

Envelhecimento positivo na região do Ave: a perspetiva dos seniores

Relatório de investigação

Ficha Técnica

Título:

Envelhecimento positivo na região do Ave: a perspetiva dos seniores

Autoras:

Isabel Amorim (EAPN Portugal/ ND Braga)

Catarina Coelho (U.Minho)

Marta Barbosa (U.Minho)

Orientadora:

Alice Delerue Matos (ICS U.Minho; EAPN Portugal/ ND Braga)

Data: 2014

(Rev. Jun. 2015).

Índice

Índice de tabelas.....	4
Abreviaturas e siglas.....	4
Introdução	
1. O envelhecimento positivo: breve enquadramento teórico.....	7
2. Metodologia.....	11
2.1. A opção pelas metodologias participativas.....	11
2.2. A seleção da amostra e suas características.....	12
2.3. A organização e dinamização dos <i>focus-groups</i>	14
2.4. O tratamento da informação.....	16
3. Dimensões do Envelhecimento Positivo.....	17
3.1. Saúde e autonomia.....	17
3.2. Cuidados formais e informais.....	24
3.3. Participação social.....	29
3.4. Aprendizagem ao longo da vida.....	34
3.5. Independência económica.....	39
3.6. Relações familiares e sociais.....	42
3.7. Reconhecimento social.....	48
4. Conclusões e recomendações.....	52
Bibliografia.....	58
Anexos.....	67

Índice de tabelas

Tabela 1- N.º de participantes, por concelho de residência

Tabela 2 - N.º de participantes Institucionalizados e Não institucionalizados, por sexo

Tabela 3- N.º de participantes Institucionalizados e Não institucionalizados, por grupo etário

Siglas e abreviaturas

AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

ALV - Aprendizagem ao Longo da Vida

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

FMI – Fundo Monetário Internacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

UTI - Universidade de Terceira Idade

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

Introdução

Vivemos numa sociedade cada vez mais envelhecida, ou seja, em que a população de 65 e mais anos constitui um grupo com uma importância crescente e significativa na população total do país. Este grupo etário que compreendia menos de 10% da população portuguesa em 1970, representa atualmente 19% dos portugueses. Esta evolução resulta, antes de mais, da redução drástica da fecundidade mas também da diminuição da mortalidade, em consequência dos progressos registados a nível médico e sanitário e da melhoria das condições de vida. Com efeito, a fecundidade que se situava nos 3 filhos por mulher, em média, no início dos anos 70 do século XX, não ultrapassa hoje 1,28 filhos (INE-PORDATA), ou seja, um valor muito inferior aquele que assegura a substituição das gerações¹. Este decréscimo da fecundidade foi precedido pela redução da mortalidade, uma das maiores conquistas das últimas décadas. Com efeito, nos últimos 40 anos, os resultados desta luta contra a morte foram consideráveis: os portugueses ganharam, em média, 3,7 meses de vida por ano. Hoje, a esperança de vida à nascença em Portugal é de 82,6 anos, para as mulheres, e de 76,7 anos, para os homens e, aos 65 anos, as mulheres podem esperar viver ainda, em média, 20,3 anos e os homens 16,9 anos (INE-PORDATA). Neste contexto, caracterizado por um aumento sem precedentes da esperança de vida, a questão da forma como as pessoas envelhecem adquire grande relevância.

O presente relatório consiste num diagnóstico das necessidades e expectativas da população sénior residente na Região do Ave, realizado com base em metodologias participativas. Contempla ainda um conjunto de propostas para a implementação e o desenvolvimento de estratégias/ações que promovam um Envelhecimento Positivo naquele território. Elaborado pela EAPN Portugal/ Núcleo Distrital de Braga e pela Universidade do Minho, integra-se no projeto "Ave Social" que é promovido pela AMAVE - Associação de Municípios do Vale do Ave, em parceria com os Municípios da região NUTS III do Ave, e é cofinanciado pelo programa ON2 – Programa Operacional da Região Norte, mais concretamente Eixo

¹ Para a reposição das gerações é necessário que cada mulher tenha, em média, 2,1 filhos. Esta situação deixou de estar garantida, em Portugal, a partir do início dos anos 80 do século XX.

V – Governação e Capacitação Institucional, cuja entidade gestora é a CCDR-Norte - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento da Região do Norte. Mobilizando um conjunto de entidades públicas e privadas dos diversos setores, o objetivo central deste projeto consistiu na operacionalização do Plano de Desenvolvimento Social (PDS) da Região, que identifica as prioridades estratégicas de intervenção no âmbito de diferentes áreas do desenvolvimento social e humano, designadamente o Envelhecimento, área em que se inscreve o presente trabalho.

Com a realização deste estudo, que apresenta a perspetiva dos destinatários (população sénior) possibilitando um reforço do conhecimento das necessidades existentes no território e das expectativas da população-alvo, pretende-se contribuir para a consolidação do trabalho interinstitucional supramunicipal e em rede com intervenção na área da Terceira Idade, com vista ao envolvimento dos atores institucionais no planeamento, operacionalização e avaliação de futuras ações e projetos e na otimização e angariação de recursos.

O presente projeto de investigação visa, mais concretamente, perceber o significado de envelhecimento positivo para os idosos, bem como as suas necessidades, expectativas e propostas de ações que contribuam para melhorar a qualidade de vida dos seniores. Foi através da técnica de *focus-group* que se auscultou este público, tendo sido os discursos dos participantes alvo de uma análise de conteúdo temática que esteve na base das pistas e recomendações para a intervenção social que se apresentam.

O presente relatório encontra-se dividido em diversos capítulos. No primeiro capítulo discute-se o envelhecimento positivo e os conceitos congéneres de envelhecimento bem sucedido e envelhecimento ativo. No segundo capítulo apresenta-se e fundamenta-se a metodologia adotada nesta pesquisa. O capítulo que se segue analisa as diversas dimensões do envelhecimento positivo, evidenciadas nos discursos dos seniores: (i) saúde e autonomia; (ii) cuidados formais e informais; (iii) participação social; (iv) Aprendizagem ao Longo da Vida; (v) independência económica; (vi) relações familiares e sociais, e (vii) reconhecimento social. No último capítulo, explicitam-se as conclusões e algumas medidas que podem favorecer o envelhecimento positivo na Região do Ave.

1. O envelhecimento positivo: breve enquadramento teórico

Envelhecer bem ou envelhecer positivamente - noção que os conceitos de envelhecimento bem sucedido e de envelhecimento ativo procuram traduzir - constitui uma preocupação dos indivíduos e das sociedades contemporâneas. O seu estudo mobiliza investigadores de diversos domínios científicos desde a biomedicina à psicologia, sociologia e gerontologia. O enfoque disciplinar determina abordagens do envelhecimento positivo centradas em aspetos singulares mas complementares deste fenómeno: a biomedicina tende a valorizar a saúde e o bem-estar físico dos indivíduos enquanto que a psicologia se interessa pelo seu bem-estar psicológico e satisfação com a vida e a sociologia sublinha a importância das condições socioeconómicas para um envelhecimento positivo. A multidimensionalidade da noção de envelhecimento positivo é, provavelmente, melhor apreendida pela gerontologia que estuda o processo de envelhecimento numa perspectiva multidisciplinar, abordando-o enquanto fenómeno biopsicossocial.

O conceito de envelhecimento bem sucedido que é utilizado com frequência, particularmente nos EUA, para expressar a noção de envelhecimento positivo, não possui uma definição e operacionalização consensuais (Pruchno *et al.*, 2010). Uma das primeiras tentativas de conceptualização de envelhecimento bem sucedido pertence a Robert Havighurst (1961), para quem a mensuração do êxito do processo de envelhecimento individual assumia a maior importância, na medida em que permitia avaliar a pertinência das duas teorias que disputavam na época a interpretação do processo de envelhecimento: a teoria da atividade que faz depender o envelhecimento bem sucedido da capacidade do indivíduo manter, em idades avançadas, as atividades e atitudes da meia idade, e a teoria da desvinculação que, pelo contrário, associa o envelhecimento positivo ao afastamento progressivo da vida ativa. Havighurst propõe mesmo o cálculo de um índice de Satisfação com a Vida centrado em características da personalidade dos indivíduos mas não foi poupado a críticas.

Em meados dos anos 80, as preocupações voltam-se para a saúde, doença e dependência. É neste contexto que surge um dos contributos mais relevantes para a conceptualização de envelhecimento bem sucedido, da autoria de Rowe e Kahn.

Estes investigadores definem envelhecimento bem sucedido como “ausência de doença e incapacidade, manutenção das funções física e cognitiva a um nível elevado, e envolvimento sustentado em atividades sociais e produtivas”² (1997: 439). Com base nesta definição desenvolvem um conjunto vasto e sobejamente conhecido de estudos epidemiológicos – os estudos *MacArthur*, em que observam 1000 idosos ao longo de um período de sete anos, procurando identificar os preditores do envelhecimento bem sucedido. Atribuem este tipo de envelhecimento, principalmente, ao esforço individual e a opções comportamentais (Rowe & Kahn, 1998).

O modelo proposto por Rowe e Kahn tem sido aplicado a diferentes contextos sociais. Recentemente, inspirou a pesquisa de McLaughlin, Connell, Heeringa, Li e Roberts (2010) sobre envelhecimento bem sucedido nos EUA e o estudo de Hank (2010) sobre 14 países europeus e Israel. McLaughlin et al. (2010) estimam, a partir da informação do Health and Retirement Survey (HRS), que o envelhecimento bem sucedido atinge 12% dos idosos residentes nos EUA. Concluem ainda, e é importante sublinhá-lo, que a taxa de prevalência varia ao longo do tempo e em função das categorias sociais, o que evidencia a importância de fatores estruturais na explicação do fenómeno. Por sua vez, Hank analisa o envelhecimento bem sucedido num conjunto de 15 países que participaram nas duas primeiras vagas do Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE)³. Adotando os critérios de Rowe e Kahn, Hank aponta para uma taxa de prevalência média de 8,5%, no grupo de indivíduos de 65 e mais anos. Sublinha, no entanto, que esta taxa média esconde a disparidade de situações encontradas na Europa, onde a Polónia apresenta uma taxa de prevalência de apenas 1,6% e a Dinamarca conta com o envelhecimento bem sucedido de 21,1% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (Hank, 2010).

Ao longo das duas últimas décadas, a conceptualização de envelhecimento bem sucedido de Rowe e Kahn foi alvo de inúmeros debates e críticas que se centram, nomeadamente, no carácter restrito do conceito (Scheidt, Humpherys, & Yorgason, 1999) e na reduzida importância atribuída aos fatores estruturais (ex: acesso aos cuidados de saúde) na explicação do fenómeno (Holstein e Minkler,

² Tradução própria

³ Portugal não participou nas três primeiras vagas do projeto SHARE pelo que não foi considerado no estudo realizado por Hank.

2003; Riley, 1998). Diversos autores têm ainda criticado a conceptualização de envelhecimento bem sucedido pelo facto de Rowe e Kahn não terem considerado as perceções dos idosos (Holmes, 2006; Glass, 2003; Phelan & Larson, 2002) que se nos afiguram de importância indiscutível para a definição de medidas que maximizem as oportunidades de envelhecimento bem sucedido, centradas nas necessidades e expectativas da população-alvo.

Na Europa, a noção de envelhecimento positivo tem sido mais frequentemente traduzida pelo conceito de envelhecimento ativo, proposto pela OMS em 2002, e definido como *“processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”*. Apesar da ênfase colocada na relação entre atividade, saúde, independência, participação social e bem-estar, o envelhecimento ativo continua a ser muitas vezes interpretado em termos de “envelhecimento saudável”, conceito que dominou o discurso e a intervenção da OMS até ao início do século XXI. Paralelamente, tem sido também valorizada a dimensão económica do envelhecimento ativo quer na literatura científica, quer nas políticas públicas dos países ocidentais (Boudiny & Mortelmans, 2011; Walker, 2010). Preocupados com a sustentabilidade dos sistemas de proteção social na velhice e na doença, muitos países têm adotado medidas a favor do envelhecimento ativo centradas no emprego, promovendo carreiras contributivas mais longas e a permanência dos indivíduos no mercado de trabalho depois dos 60 anos e descurando outras dimensões do envelhecimento ativo. Esta conceção reducionista do conceito de envelhecimento ativo é próxima da noção de “envelhecimento produtivo” que visa promover o contributo económico dos mais velhos, incentivando a sua implicação na produção de bens e serviços (Walker, 2006). Adotando uma conceção de envelhecimento ativo mais lata, outros autores consideram na operacionalização deste conceito, as atividades socialmente produtivas como o voluntariado, a prestação de cuidados e o apoio social, para além do trabalho remunerado (McKenna, 2008). Mas, também este enfoque do envelhecimento ativo nas atividades socialmente produtivas é criticável, na medida em que sobrepõe os benefícios da sociedade aos dos indivíduos. Com efeito, a sociedade retira vantagens da participação dos indivíduos em atividades socialmente produtivas mas os indivíduos podem não sair beneficiados deste tipo de envolvimento. Em

determinados contextos, a prestação de cuidados, para dar apenas um exemplo, reduz a qualidade de vida dos cuidadores idosos, pondo em causa o seu bem-estar físico e psicológico.

Uma outra crítica que pode ser dirigida à forma como o conceito de envelhecimento ativo tem sido utilizado prende-se com o facto de, em geral, a sua operacionalização não englobar a ocupação do tempo com atividades de lazer. Este tipo de atividades assumem, no entanto grande importância na velhice, na medida em que promovem a satisfação com a vida e contribuem para a preservação das capacidades físicas, funções cognitivas e inclusão social dos idosos (Boudiny & Mortelmans, 2011). Reconhecendo a sua importância, Avramov e Maskova (2003) propõem que o desporto, as atividades criativas e outras que possam ser entendidas como lazer ativo, sejam consideradas nos indicadores de envelhecimento ativo. Também Houben, Audenaert e Mortelmans (2004, cit Boudiny & Mortelmans, 2011) preconizam a adoção de um conceito de envelhecimento ativo mais lato que englobe as atividades que exigem esforço físico ou mental e que possuem uma dimensão social, excluindo desta forma as atividades de lazer realizadas no domicílio, individualmente.

A distinção entre lazer ativo e passivo que os autores mencionados procuram estabelecer afigura-se-nos ambígua. Vejamos o exemplo clássico de ocupação do tempo com a visualização de programas televisivos. Esta atividade é considerada como lazer passivo, nomeadamente por Avramov e Maskova (2003) e Houben, Audenaert e Mortelmans (2004), ainda que alguns programas de televisão possam ser muito informativos e estimulantes em termos cognitivos. Aliás, os seniores tendem a distinguir o tipo de programas que visualizam, de acordo com o seu conteúdo (Pettigrew & Roberts, 2008). A leitura é também um exemplo de atividade considerada por alguns investigadores como lazer ativo e por outros como lazer passivo enquanto que os seniores tendem a considerá-la uma forma de ocupação ativa do tempo (Pettigrew & Roberts, 2008). Dos exemplos anteriores pode inferir-se, como sublinham Hooker e Ventis (1984), que uma atividade pode ter diferentes significados para diferentes pessoas ou até diferentes significados para uma mesma pessoa, em momentos diferentes do tempo. Conhecer o significado atribuído pelos seniores às diversas atividades em que se envolvem pode pois ser bastante esclarecedor.

Em suma, o envelhecimento positivo, quer seja traduzido pelo conceito de envelhecimento bem sucedido ou de envelhecimento ativo, é geralmente descrito por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais (ainda que alguns possam ser valorizados em detrimento de outros) e apreendido por indicadores objetivos e subjetivos, que deverão ser definidos culturalmente (Fernández-Ballesteros, 2011). Esta definição de indicadores que expressam, em cada contexto cultural, a noção de envelhecimento positivo implica (ou deve implicar) a auscultação da população sénior sem a qual não é possível definir medidas que visem proporcionar um envelhecimento que tenha em conta as necessidades sentidas pela população-alvo e as suas expectativas na velhice.

2. Metodologia

2.1. A opção pelas metodologias participativas

Este trabalho foi desenvolvido com recurso a metodologias participativas, ou seja, que preconizam a participação ativa da população-alvo – os seniores, no processo de consulta. A opção por este tipo de metodologias justifica-se pelo facto de se pretender: (i) discutir uma noção complexa – o conceito de envelhecimento positivo, que implica um debate sobre princípios e valores fundamentais da sociedade; (ii) ter em conta esses princípios e valores na formulação de propostas de intervenção; (iii) envolver os seniores na procura de soluções que permitam o envelhecimento positivo para todos os cidadãos; (iv) obter a adesão do público-alvo às propostas de políticas públicas a apresentar; (v) apoiar essas propostas em consensos e soluções inovadoras.

A opção por metodologias participativas apresenta inúmeras vantagens. Destaca-se, antes de mais, a importância de dispor de diversas experiências e competências para abordar um tema complexo garantindo, tanto quanto possível, que todos os valores e opiniões estejam representados no debate. A análise da noção de envelhecimento positivo a partir de perspetivas diversas possibilita, por sua vez, a procura das melhores soluções comuns enquanto que o processo

participativo favorece a aceitação de um resultado que pode diferir do preconizado individualmente.

As metodologias participativas apresentam ainda vantagens cujas repercussões têm um carácter mais geral e impacto a médio prazo. Com efeito, a participação significativa dos cidadãos permite uma governação democrática, o reforço das capacidades da sociedade civil, a elaboração de programas mais eficientes e eficazes, a confiança do público nas decisões que vierem a ser tomadas, uma melhor compreensão das prioridades e ações previstas nas políticas públicas, a identificação dos aspetos mais polémicos do problema em análise, possibilitando a procura de consensos (Duvieusart *et al.*, 2006). Tem ainda a vantagem de favorecer a criação de redes sociais que podem ser envolvidas em debates futuros.

Do conjunto das técnicas passíveis de serem utilizadas em metodologias participativas, optou-se pelo recurso à técnica de *focus-group* que consiste na dinamização de grupos relativamente homogéneos de indivíduos selecionados da população-alvo com o objetivo de participarem numa discussão centrada em tópicos predefinidos, com interesse para a investigação. Esta técnica valoriza a interação entre os participantes que debatem entre si pontos de vista e se influenciam mutuamente. O investigador assume um papel moderador, mantendo a discussão centrada no tema e levando os participantes a aprofundar a análise das questões de discussão.

2.2 A seleção da amostra e suas características

Para este estudo foi selecionada uma amostra por quotas constituída por seniores residentes na Região do Ave. A seleção dos participantes para os *focus-groups* teve em conta critérios de idade, género, escolaridade e situação face à institucionalização. De modo a assegurar a cobertura geográfica da Região foi ainda considerado um critério de residência.

De modo a garantir alguma homogeneidade na composição dos grupos de discussão previu-se a realização de três *focus-groups* por concelho: um primeiro grupo abrangendo indivíduos não institucionalizados, com um nível de escolaridade baixo (inferior ao 4º ano de escolaridade completo), um segundo

grupo que se distingue do primeiro pelo facto dos seus elementos possuírem um nível de escolaridade mais elevado (igual ou superior ao 4º ano completo) e, finalmente, um terceiro grupo composto por indivíduos institucionalizados em Estruturas Residenciais para idosos e Centros de Dia, independentemente do nível de escolaridade que possuem. Os critérios de idade (igual ou superior a 55 anos, com quotas estabelecidas por grupo etário: 55-64 anos, 65-74 anos e 75 anos e mais) e paridade em termos de género foram definidos para todos os grupos.

A aplicação dos critérios de amostragem enunciados resultou na participação neste estudo de 215 seniores residentes nos oito concelhos do Ave, distribuídos do seguinte modo: Cabeceiras de Bastos com trinta e dois participantes, Fafe com vinte e seis, Guimarães com catorze, Mondim de Basto com vinte e sete, Póvoa de Lanhoso com vinte, Vieira do Minho com vinte e quatro, Vila Nova de Famalicão com trinta e oito e Vizela com trinta e quatro participantes (Tabela 1).

Tabela 1- N.º de participantes, por concelho de residência

Concelhos	Total	
	N.º	%
Cabeceiras de Basto	32	14,9
Fafe	26	12
Guimarães	14	6,6
Mondim de Basto	27	12,6
Póvoa de Lanhoso	20	9,3
Vieira do Minho	24	11,2
Vila Nova de Famalicão	38	17,6
Vizela	34	15,8
Total	215	100

Não foi possível assegurar a paridade em termos de género, estando as mulheres melhor representadas do que os homens no conjunto dos *focus-groups* que contaram com a participação de setenta e dois seniores do sexo masculino e cento e quarenta e três do sexo feminino (Tabela 2). A existência de um maior número de mulheres na população-alvo⁴, dado terem uma maior esperança média

⁴ Segundo os Censos 2011, existem no AVE 76.283 indivíduos do sexo feminino com 55 anos ou mais, e 61.919 indivíduos do sexo masculino.

de vida, e a sua maior motivação para a participação em estudos explica, provavelmente, a sua sobre-representação neste estudo. No que concerne a idade, constata-se uma distribuição relativamente equitativa dos participantes pelos grupos etários - 55-64 anos; 65-74 anos, e 75 e mais anos (Tabela 3).

Tabela 2 - N.º de participantes Institucionalizados e Não institucionalizados, por sexo

Sexo	Institucionalizados		Não Institucionalizados		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masc	36	16,7	36	16,7	72	33,5
Fem.	78	36,3	65	30,2	143	66,5
Total	114	53	101	47	215	100

Tabela 3- N.º de participantes Institucionalizados e Não institucionalizados, por grupo etário

	Institucionalizados		Não Institucionalizados		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
55-64	26	12,1	40	18,6	66	30,7
65-74	39	18,1	45	21	84	39,1
75-+	49	22,8	16	7,4	65	30,2
Total	114	53	101	47	215	100

2.3. A organização e dinamização dos *focus-groups*

Entre Novembro de 2012 e Abril de 2013 foram realizados 21 *focus-groups* no conjunto dos concelhos da Região do Ave, dos quais 11 *focus-groups* com 114 seniores institucionalizados e 10 *focus-groups* em que participaram 101 seniores não institucionalizados.

A dinamização de cada *focus-group* esteve a cargo de um(a) moderador(a), coadjuvado por um relator(a). Estes papéis foram assumidos por técnicos de

entidades que integram as Redes Sociais (Anexo 1), e pela equipa técnica coordenadora deste estudo. Os técnicos responsáveis pela dinamização dos grupos de discussão participaram, previamente, numa ação de formação sobre *focus-group* organizada pela Universidade do Minho e a EAPN/Núcleo Distrital de Braga.

A maioria dos *focus-groups* envolveu dez a doze participantes que debateram a temática do envelhecimento positivo durante uma hora e trinta minutos a duas horas. Sempre que autorizado pelo grupo, foi feita a gravação áudio das discussões. Estas foram organizadas em torno das seguintes questões (guião):

1. O que consideram ser envelhecer bem?
2. Para envelhecer bem, o que é necessário?
3. Os idosos, a sociedade, o poder local e o poder central podem contribuir para que as pessoas envelheçam bem, ou seja, envelheçam de forma positiva?
 - a. O que podem os idosos fazer para envelhecerem bem?
 - b. O que pode a sociedade fazer para que as pessoas envelheçam bem, ou seja, de forma positiva?
 - c. O que pode o poder local fazer para que as pessoas possam envelhecer bem? Que iniciativas podem ter?
 - d. E o poder central, o que pode fazer?
4. Que iniciativas concretas podem contribuir para que as pessoas tenham um envelhecimento mais positivo? Quem as deve tomar?
5. Das iniciativas que acabaram de referir, quais as 3 que consideram mais importantes? Porquê?

Após a realização dos *focus-groups*, o(a) relator(a) preencheu uma ficha de registo com informação sobre a composição do grupo e com uma breve síntese dos principais resultados da discussão.

2.4. O tratamento da informação

Os registos áudio dos diversos *focus-groups* foram alvo de transcrição integral. De seguida, o texto, com as intervenções dos participantes, resultante desta transcrição foi sujeito a uma análise de conteúdo temática, de acordo com a metodologia proposta por Isabel Guerra (Guerra, 2006). Cada *focus-group* foi alvo de uma análise vertical e o conjunto dos debates sujeitos a uma análise horizontal que permitiu identificar categorias e sub-categorias interpretativas, que estruturaram a análise sociológica dos discursos.

3. Dimensões do Envelhecimento Positivo

3.1. Saúde e autonomia

Segundo a OMS (2005), o conceito de saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades. Apresenta, assim, um carácter multidimensional, isto é a saúde relaciona-se com a capacidade funcional da pessoa em diversas dimensões - física, psicológica/ mental e social. Por isso, no âmbito do envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem a saúde mental e as relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde (OMS, 2005). A saúde é influenciada por diversos aspetos, como o meio social e físico, desde o modo de vida e estrutura familiar aos sistemas de ajuda social e económica, passando pela organização e prestação de cuidados de saúde⁵.

A saúde é determinante no processo de envelhecimento e o acesso aos cuidados de saúde constitui um direito nas sociedades desenvolvidas. Com o aumento da idade registam-se mudanças biológicas, psicológicas e sociais nos indivíduos, que exigem novos e melhores cuidados de saúde. Com efeito, a saúde é um fator que condiciona a vida do ser humano e com o passar dos anos, isso evidencia-se cada vez mais: “ (...) à medida que a idade aumenta, há também um aumento gradual do consumo dos cuidados de saúde” (CEDRU, 2008). Este tendencial aumento de procura dos cuidados de saúde com o aumento da idade demonstra a perda de funcionalidades ou capacidades (cognitivas, físicas e sociais) que o idoso vai sofrendo ao longo do processo de envelhecimento. De acordo com a OMS (2005), com o aumento da esperança média de vida, a saúde e a qualidade de vida precisam de ser acompanhadas e melhoradas.

As atividades de promoção da saúde e o acesso universal aos serviços de saúde durante toda a vida constituem as bases do envelhecimento com saúde⁶. Ou seja, o acesso aos cuidados de saúde e as ações de promoção à saúde e prevenção

⁵ A saúde do idoso remete para diversos aspetos que a influenciam tais como a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação saudável, exercício físico regular, etc.), a prevenção de doenças e de comportamentos de risco, a situação económica, o ambiente físico (condições de habitação, etc.), o ambiente social (relações interpessoais, etc.) e o acesso aos cuidados de saúde e aos serviços sociais, entre outros (OMS, 2002 e 2005).

⁶ Segundo o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento que resultou da II Assembleia Mundial do Envelhecimento promovida pela ONU, de 8 a 12 de Abril de 2002, em Madrid.

de doenças são fundamentais para um melhor envelhecimento⁷.“ (...) *Uma perspectiva que leve em conta uma vida inteira supõe reconhecer que as atividades destinadas à promoção da saúde e a prevenção das doenças devem concentrar-se em manter a independência, prevenir e retardar o aparecimento de doenças e proporcionar assistência médica e melhorar o funcionamento e a qualidade de vida de idosos que já sofrem de incapacidades*” (Silva, 2002).

A saúde do idoso constitui um importante fator de autonomia e de independência, conceitos estreitamente interligados. A autonomia é entendida como “(...) *a capacidade de tomar decisões para gerir a sua própria vida*” (Santos & Cuba, 2012), isto é ter a capacidade de tomar e executar decisões⁸ deliberadas (controlo) para satisfazer necessidades e atingir objetivos, de forma consistente com os valores individuais⁹. Por sua vez, o conceito de independência significa ser capaz de satisfazer/ exercer autonomamente as atividades da vida diária, ou seja diz respeito à autonomia funcional da pessoa nos planos psicológico, físico e social. Para a OMS, a independência pode ser avaliadas a três níveis: as (i) Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que compreendem as atividades básicas de sobrevivência do ser humano, como comer, tomar banho, vestir, mover-se de um lado para o outro, entre outras; (ii) as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que compreendem as atividades mais complexas do dia-a-dia como, pagar contas, ir às compras, gerir o dinheiro, sair de casa sozinho; e (iii) as Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), como o voluntariado e outras atividades de participação social.

O conceito de dependência é “ (...) *uma construção social que tem vindo a sustentar as medidas de proteção social às pessoas que necessitam de ajuda nas atividades diárias, para satisfação das suas necessidades básicas*” (Quaresma, 2004). Por vezes a dependência dos mais velhos parece algo normal, natural e até mesmo

⁷ O acesso remete para o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde, o que se prende diretamente com os recursos, nomeadamente os económico-financeiros e as acessibilidades em termos de redes de transporte, sendo este um fator fundamental para o acesso a cuidados de saúde.

⁸ Capacidade de decisão refere-se ao funcionamento cognitivo (raciocínio, memória, atenção, tomada de decisão, compreensão de informação, etc.); Decisão deliberada corresponde à identificação de um problema, um processo de raciocínio face às alternativas, avaliando o seu mérito relativo e a seleção de uma alternativa e respetiva execução, ou não. Tipos de autonomia: autonomia direta – quando o próprio decide e executa com base na informação que tem; autonomia consultiva – quando o idoso consulta alguém para ter informações e opções para decidir; autonomia conjunta – quando há partilha da decisão; autonomia delegada – quando há uma transferência voluntária por parte do idoso da capacidade de decisão para outros; autonomia surrogada – quando na ausência de capacidade de decisão, quem a toma tenta agir de acordo com o que seria a decisão do idoso. (Fonte: www.advita.pt, acedido em 12.12.2012).

⁹ Autonomia não significa “fazer as coisas sem ajuda” – mesmo as pessoas que estão em situação de dependência de terceiros podem atingir autonomia relativamente às suas expectativas e ao meio em que vivem. É uma atitude/capacidade, que se pode adquirir e desenvolver - a de planear a sua própria vida e de estar em relação com os outros e, com eles, participar ativamente na construção da sociedade (Fonte: www.advita.pt, acedido em 12.12.2012).

esperado por parte da sociedade. A dependência de um indivíduo, neste caso do idoso, surge quando este perde a capacidade de autonomia e de independência, afetando a sua capacidade de assegurar as tarefas do dia-a-dia e exigindo a ajuda de terceiros para as realizar. O aumento de dependência dos idosos tem origem no processo de envelhecimento, com a perda de capacidades motoras e mentais, doenças associadas à idade, dificuldades económicas e familiares, falta de apoios sociais.

Para a OMS é fundamental combater o declínio das capacidades físicas, mentais e sociais dos idosos, ou seja manter a independência e a autonomia durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes.

Cada idoso deve manter-se autónomo, independente e saudável, para participar e tomar decisões sobre o seu projeto de vida e sobre o exercício da cidadania, mantendo a dignidade de ser Pessoa, no pleno uso dos seus direitos e na assunção das suas responsabilidades (Couvaneiro & Cabrera, 2009). Para retardar o surgimento de perdas associadas ao processo de envelhecimento¹⁰, ao nível da saúde, há que adotar, ao longo da vida, estilos de vida saudáveis, prevenir os comportamentos de risco, tais como a má alimentação, o consumo de tabaco, álcool, entre outros (OMS, 2005).

A OMS propõe políticas de prevenção e de acompanhamento ao longo da vida em relação aos comportamentos mais corretos/saudáveis, prevenindo doenças e contribuindo para um melhor envelhecimento, salientando a importância da saúde mental, do “bem-estar com a vida”, da aceitação da mesma, do otimismo e da auto-valorização¹¹.

Aumentar a expectativa de uma vida saudável¹² e a qualidade de vida¹³ para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente

¹⁰ Para além disso, por vezes, as mudanças e por consequência a perda de autonomia e independência originam outros fenómenos sociais, tais como a exclusão social. Tal fenómeno desencadeia um outro que é a solidão e o isolamento. Segundo Quaresma (2004), citada por Costa (2012) *“a solidão e o isolamento são expressos na diminuição das relações sociais e um vazio afetivo e funcionam como fatores stressantes, obrigando a um grande esforço, por vezes, vivido através de comportamentos agressivos, de grande ansiedade ou de depressão”*. A solidão é a partida mais visível e sentida quando existe a perda de alguém muito próximo, como por exemplo o cônjuge. Assim, maioritariamente passa a haver um corte na relação com os outros e com a sociedade, acontecimento esse, que se agrava com as dificuldades de saúde ao longo do processo de envelhecimento (Costa, 2012).

¹¹ A este respeito, note-se que nem todos aceitam da mesma maneira (i.e. de uma forma positiva) a passagem dos anos e a entrada numa etapa da vida avançada. Dado que o processo de envelhecimento é individual e envolve muitas componentes socioculturais, é necessário prever desde cedo um acompanhamento, uma preparação e uma orientação para o indivíduo.

¹² Expectativa de vida saudável é uma expressão geralmente usada como sinónimo de “expectativa de vida sem incapacidades físicas”. Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da

incapacitadas e que requerem cuidados, constitui o objetivo de um envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2005). Os serviços de saúde devem estar dotados de recursos humanos e materiais para uma intervenção precoce e eficaz nas populações, jovem e adulta, convergindo esforços para que futuramente existam idosos mais saudáveis e autónomos. Por outro lado, é importante criar e/ou desenvolver estruturas sociais que satisfaçam as necessidades do idoso, no domicílio e/ou em locais próprios, transportes e bem-estar social e familiar, atendendo e respeitando a sua escolha e/ou opção, compreendendo que a população idosa não constitui um grupo com características uniformes, mas sim um grupo muito heterogéneo (OMS, 1999).

> Relativamente aos dados obtidos no presente estudo, como seria espectável, verificou-se que **a saúde e a autonomia representa a dimensão mais relevante** para os seniores, no âmbito do envelhecimento positivo. Com efeito, ao longo deste estudo, a saúde surge sempre em primeiro lugar, sendo considerada fundamental, essencial para “tudo o resto”, tais como a aprendizagem ao longo da vida e a participação social, conforme se depreende pelas respostas à primeira pergunta do guião (“o que é envelhecer bem?”): *“Para mim, envelhecer bem é em primeiro lugar ter saúde”* (Mulher, 71 anos, Não Institucionalizada); *“Ter saúde é o essencial”* (Homem, 74 anos, Institucionalizado); *“Sem saúde não se faz nada”* (Homem, 70 anos, Institucionalizado).

Esta importância atribuída à saúde e à autonomia é transversal aos diversos grupos, pois verifica-se tanto nos idosos do sexo masculino como feminino, assim como junto dos institucionalizados e dos não institucionalizados. Podemos depreender que sem saúde, os idosos veem condicionado o seu papel (ativo) na sociedade. Daí a importância, conforme referido anteriormente, das políticas e programas de prevenção dos comportamentos de risco e de promoção de estilos de vida saudáveis dirigidos à população jovem e adulta, assim como o acesso a cuidados de saúde flexíveis, de proximidade e adaptados às necessidades da

população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento (OMS, 2005).

¹³ Qualidade de vida é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994).

população idosa de modo a garantir o maior tempo possível a autonomia dos mesmos, num quadro de promoção da qualidade de vida.

Envelhecer de forma positiva significa segundo os participantes nos *focus-groups* ter acesso a **cuidados e serviços de saúde** com qualidade e ajustados às suas necessidades, uma subcategoria mencionada no que concerne o conceito de envelhecimento positivo (*“Ter médico, cuidados de saúde como deve ser”* - Mulher, 81 anos, institucionalizada; *“As consultas não deveriam demorar tanto tempo”* Homem, 77 anos, institucionalizado). Para além disso, apontam a importância de adotar uma **alimentação saudável** e **evitar ou moderar a ingestão de bebidas alcoólicas**, de acordo com as seguintes citações: *“É muito importante ao longo dos anos ter uma alimentação saudável”* (Mulher, 82 anos, Institucionalizada); *“Talvez ter cuidado com alimentação, com a bebida (...)”* (Homem, 81 anos, não Institucionalizados). Com efeito, a alimentação não só é determinante para o estado de saúde mas também para a qualidade de vida numa perspectiva holística - cultural, social e psicológica - e a adesão a estilos de vida saudáveis pode desempenhar um papel mais importante que a própria genética do envelhecimento (Afonso, Morais & Almeida, 2012)¹⁴.

Envelhecer de forma positiva implica **independência**, consideram os idosos/as, referindo que *“É ter (...) pernas para andar, não precisar da ajuda dos outros”* (Mulher, 67 anos, não Institucionalizada), *“É ser independente”* (Mulher, 89 anos, institucionalizado). Reforçam a ideia que não querem estar dependentes de ninguém para fazerem as suas atividades do dia-a-dia. Alguns chegam mesmo a referir que se perderem a sua independência, perderão a sua identidade, a sua alegria: *“Eu um dia se sair da minha casa, vou perder a minha identidade, a minha alegria, vou perder tudo”* (Homem, 75 anos, não institucionalizado). Estas ideias prendem-se, como anteriormente referido, com a importância de manter uma vida independente, autónoma e com qualidade de vida, inclusive no envelhecimento.

¹⁴ Por exemplo, a alimentação é fator de doença cardiovascular (DCV) sendo que a maior parte dos fatores protetores são influenciados por componentes da alimentação. A investigação é unânime em considerar a relação entre uma alimentação abundante em hortícolas, ricos em antioxidantes e a promoção das capacidades cognitivas e de memória em idosos. Para além disso, a mastigação (sendo importante, obviamente, garantir a saúde oral dos idosos e os apoios existentes neste âmbito) de alimentos é estimulante da atividade do hipocampo, região do cérebro importante para a manutenção das funções de memória e aprendizagem.

Os fatores que condicionam o estado nutricional dos idosos podem ser organizados em quatro grupos, de idêntica importância: (i) fisiológicos (saúde oral, acuidade sensorial, inatividade/ mobilidade, perda de massa muscular, densidade óssea, diminuição do pH gástrico, etc.), (ii) neuropsicológicos (doenças neurológicas, diminuição das capacidades cognitivas, depressão, etc.), (iii) ambientais (habitação degradada, falta de meios e condições para confeccionar refeições, falta de apoio de serviços comunitários, etc.) e (iv) socioeconómicos/culturais (baixo nível de educação, marginalização, baixos rendimentos, pobreza, etc.) (Afonso C., Morais C. & Almeida M., 2012).

Para envelhecer de forma positiva é, igualmente, atribuída importância à **auto-estima/ auto-valorização** (“*Em primeiro lugar, tem de gostar de si próprio, tem de aceitar a sua idade (...)*” - Mulher, 70 anos, não institucionalizada; “*(...) Eu não penso na velhice, penso que sou jovem ainda*” - Mulher, 69 anos, não institucionalizada) e à capacidade de **resiliência**, “aceitando a vida” (perdas e doenças), evidenciando força interior para ultrapassar os problemas e aceitar o processo do envelhecimento conforme alguns seniores referem: “*Saber lutar com todas as armas contra o insucesso que a própria vida nos dá*” (Homem, 87 anos, institucionalizado); “*Eu tenho mais que motivos para entrar em depressão... mas eu corro com elas*” (Mulher, 80 anos, não institucionalizada). Com o envelhecimento, os idosos desenvolvem a capacidade de resiliência do *Self*, centrando mais as suas estratégias de *coping*, para fazer às adversidades da vida, na emoção do que nos problemas, conferindo-lhes assim maior capacidade de resistência às mudanças indesejadas (Afonso, 2012)¹⁵. Poderá, assim, afirmar-se que existe uma procura de novos sentidos para a vida, através da aprendizagem do passado, aferida com as novas competências a que acresce uma maior consciência de tempo por viver e da sua rendibilidade funcional e expressiva (Couvaneiro & Cabrera, 2009).

No que concerne a segunda questão (*para envelhecer bem o que é necessário?*), as respostas dos idosos incidiram em idênticas subcategorias às identificadas para a primeira questão, designadamente a saúde, a alimentação adequada, o exercício físico e acesso aos cuidados de saúde¹⁶.

No que diz respeito à terceira pergunta do guião – *De que forma os idosos, a sociedade, o poder local e central podem contribuir para que as pessoas envelheçam melhor?* - Os participantes mencionaram, novamente, a promoção de serviços de saúde acessíveis e de qualidade - “*Deviam acabar as taxas moderadoras, devíamos ter direito ao médico gratuitamente, a nossa reforma vai dando para os*

¹⁵ A resiliência é usada para descrever as características e processos que contribuem para que as pessoas se adaptem de forma satisfatória a circunstâncias adversas. A velhice caracteriza-se pelo surgimento de várias adversidades e acontecimentos de vida negativos. Contudo, apesar destes, a satisfação com a vida é dificilmente influenciada devido ao constructo de resiliência do *Self* e da personalidade que é fundamental para o ajustamento psicossocial bem sucedido. O *Self* resiliente, ao envelhecer, não se adapta apenas às perdas, pois surgem novas oportunidades de desenvolvimento, podendo aparecer novos objetivos ou alterando-se as prioridades ao longo do ciclo vital. Para além disso, os idosos tendem a usar mais estratégias de *coping* centradas na emoção do que no problema, quando confrontados com situações stressantes, sendo característico e típico na velhice, considerarem que não há nada a fazer ou quase nada a fazer em relação às mesmas (Afonso, 2012).

¹⁶ Conforme se depreende pelas seguintes opiniões: “*Ter uma alimentação saudável. Comer bem, porque às vezes não se sabe escolher os alimentos que não fazem mal à saúde e se comermos melhor é melhor para a saúde*” (Mulher, 86 anos, não institucionalizada); “*Ter um médico de família*” (Mulher, 89 anos, institucionalizada); “*Gostamos de ir à piscina porque é bom e faz bem à saúde*” (Mulher, 80 anos, institucionalizada).

medicamentos, já não é mau” (Mulher, 73 anos, não Institucionalizada); *“Cuidados de saúde...Mais rastreios”* (Mulher, 77 anos, não institucionalizada) – destacando-se o **apoio ao domicílio**, nomeadamente ao nível da saúde - *“Uma carinha móvel dar apoio de enfermagem... é uma das primeiras necessidades”* (Mulher, 70 anos, não institucionalizada). Os idosos respondem ser necessário **mais apoio financeiro ao transporte e/ou melhores redes de transporte público que facilitem o acesso aos serviços de saúde**, ideia expressa nas seguintes citações: *“Olhe quando temos de ir ao médico, termos alguém que nos levasse (...)”* (Mulher, 77 anos, não Institucionalizada); *“Temos de pagar o táxi porque não temos transporte de ida e volta”* (Homem, 70 anos, institucionalizado).

Para além disso, referem ser necessária a promoção de atividades de **combate ao isolamento/ solidão**, que tem repercussões diretas no estado de saúde - *“Combater a solidão”* (Homem, 73 anos, não institucionalizado); *“A solidão mata”* - Homem, 92 anos, institucionalizado). Tal poderá passar pela participação social, pela promoção das relações e contactos intergeracionais e do voluntariado. Propõem, ainda, a promoção de **ações educativas sobre envelhecimento positivo**, de forma transversal, i.é dirigidas aos diversos grupos etários. Conforme referido *“Os mais novos têm de se preparar melhor para quando chegarem à nossa idade”* (Homem, 90 anos, institucionalizado). Ou seja, conforme já referido, os serviços sociais e de saúde devem promover uma intervenção precoce e eficaz nas populações jovem e adulta para que futuramente existam idosos mais saudáveis e autónomos.

Em suma, quando questionados sobre **as iniciativas que consideram mais importantes**, os seniores apontam a (promoção da) **saúde** e o **acesso aos cuidados de saúde**, pois consideram que ter saúde é a “chave” de um bom envelhecimento, com autonomia e independência. Em segundo lugar, surge a importância atribuída ao **combate à solidão**.

3.2. Cuidados formais e informais

Sendo esta temática, também ela muito referenciada pelos seniores, importa desenvolver, à semelhança da anterior, uma breve contextualização sobre a mesma.

Em consequência das perdas cognitivas, físicas e até mesmo sociais que o processo do envelhecimento pode originar, o idoso pode necessitar de mais cuidados por parte da família e por parte do Estado, através dos serviços de saúde e de apoio social (nomeadamente IPSS). Segundo a Carta Social Europeia¹⁷, os idosos têm direito à qualidade na prestação dos cuidados, apoio e tratamento de forma a superar as suas necessidades. Quando chegam à velhice, todos têm o direito a cuidados de carácter formal e/ou informal.

Segundo Costa (2012) *“(...) são denominadas redes formais, quando se prestam cuidados, fazendo-o numa base contratual. Neste caso, a relação que se estabelece com o idoso é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária ou material pelo exercício das suas funções”*. O cuidado formal que faz parte desta rede consiste num apoio pelo Estado ou alguma instituição, que presta cuidados de saúde, apoio domiciliário e outros tipos de apoio. Este cuidado é prestado por cuidadores formais, ou seja profissionais.

Na segunda metade do século XX, as políticas deram origem a transformação dos asilos em lares e a implementação da emergência de serviços e de instituições para a Terceira Idade. É dada importância à manutenção do idoso no seu domicílio, através da criação de centros de dia, de serviços de apoio domiciliário e de centros de convívio, visando-se com esta política a manutenção do idoso na sua residência, integrado no seu meio, contribuindo para uma velhice mais autónoma e ativa e conduzindo a uma transformação da representação desta faixa etária. Contudo, segundo Veloso (2008) a maioria dos programas e medidas na área do envelhecimento caracteriza-se por não ser sustentada numa política global e integral para a terceira idade.

A crise dos sistemas de saúde e da proteção social no decurso das últimas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento das populações, deu de novo

¹⁷ Artigo 23º - Direitos das pessoas idosas a uma proteção social.

às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos familiares, e fez com que os Estados descobrissem o papel central ocupado pela família nos cuidados aos seus familiares em situação de doença e dependência (Joel *et al.*, 2001). Este apelo à solidariedade familiar acabou por desencadear nos países ocidentais o desenvolvimento de algumas medidas políticas tendentes, senão à desinstitucionalização, pelo menos à institucionalização o mais tardia possível, nas melhores condições e só quando considerada necessária. Nos diferentes países europeus, passa a assistir-se a um discurso comum centrado na preservação da autonomia e dignidade da pessoa idosa, no qual a manutenção no domicílio aparece como uma solução a privilegiar a todo o custo (Lage, 2008).

A maioria dos sistemas políticos coloca a família e as solidariedades no centro do sistema de bem-estar, acentuando a importância das redes sociais e o reforço dos vínculos e das solidariedades intergerações e da economia social pelos cuidados às pessoas idosas. Assim, a família tem uma elevada responsabilidade como prestador de cuidados aos seus idosos, tendo um papel fundamental na proteção e promoção de uma melhor qualidade de vida, satisfazendo as necessidades básicas do idoso, no desempenho da função de cuidadores informais.

Segundo Barbosa & Matos “(...) *uma das principais funções da família é a de solidariedade intergeracional*”. Contudo, a família vê-se muitas vezes impedida de exercer, total ou parcialmente, devido a um conjunto de mudanças ocorridas, nas últimas décadas, na sua estrutura e dinâmica. Entre outros fatores, a entrada da mulher para o mercado de trabalho veio dificultar ou impossibilitar o exercício do papel que a família assumia enquanto cuidadora dos idosos dependentes. Assiste-se então à transferência dessa responsabilidade ou à sua partilha com outrem. “*O apoio aos idosos deixa de ser exclusivo da família, passando a ser repartido com as instituições públicas e privadas de solidariedade social, prestadores de serviços remunerados ou em regime de voluntariado e vizinhos*” (Barbosa & Matos, 2008).

Contudo, podemos dizer que a sociedade adotou práticas familialistas, ou seja, atribuiu às famílias a maior quota de responsabilidade pelos seus idosos. Assim, os cuidados são assegurados por indivíduos, numa base informal, que prestam cuidados de forma parcial ou integral ao idoso com dificuldades de autonomia. Estes familiares, amigos ou conhecidos, não têm preparação profissional prévia ou qualquer obrigação legal, nem qualquer renumeração

fazendo parte das redes informais, que se caracterizam “(...) pela prestação de cuidados a uma pessoa que necessita de cuidados numa base de solidariedade, como voluntário, com um sentimento pessoal como amizade ou com um vínculo de parentesco, sem ser remunerado” (Costa, 2012). Contudo, este tipo de cuidado torna-se uma mais-valia para uma sociedade na qual o Estado-Providência tem dificuldades em dar uma resposta satisfatória às necessidades de cuidados da população idosa.

Assim, uma vez que o Estado não assegura todos os apoios e serviços que lhe competiria em termos de proteção social dá-se, como refere Santos (1992), “(...) a devolução à sociedade civil de áreas ou aspetos da regulação social que anteriormente tinham sido confiadas ao Estado” (Santos, Reis, & Hespanha, 1992). Desta forma o Estado-Providência português é compensado pela Sociedade-Providência, responsável pelo cuidado informal dos idosos. Este papel tinha vindo a ser perdido pela família devido às alterações ocorridas no seio desta, principalmente com a entrada da mulher no mundo laboral, uma vez que era esta quem assegurava o cuidado ao idoso.

Nos dias de hoje, devido à crise do Estado-Providência, este opera uma revalorização da rede de cuidado informal de forma a reduzir a sua responsabilidade. A Sociedade-Providência organizada por “redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança” (Santos, Reis, & Hespanha, 1992), vê-se na eminência de dar respostas a condições de privação e dificuldades deixadas pela insuficiência do Estado-Providência¹⁸. No entanto, no atual período de crise social e económica e de austeridade imposta pela Troika (FMI, CE, BCE) em Portugal, com o agravamento do desemprego, o aumento dos impostos e a descida do poder de compra, muitas famílias viram as suas condições de vida agravarem-se significativamente, o que se pode traduzir numa maior dificuldade em prestar apoio aos seus idosos, ou recorrer a ajuda destes para fazer face às dificuldades financeiras. Deixa-se assim claro que o dever de fornecer suporte social aos idosos cabe não só a rede de suporte informal, mas também (e sobretudo) ao Estado, pois

¹⁸ No entanto, a Sociedade-Providência possui características muito diferentes do Estado-Providência. A título de exemplo, um dos limites da Sociedade-Providência “é a dificuldade em conceber a solidariedade para com desconhecidos, para com aqueles com quem é impossível estabelecer relações sociais continuadas, relações ancoradas radicadas em experiências partilhadas referidas a espaços e tempos particulares” (Nunes, 1995).

este tem obrigação, num estado democrático e de direito, de prestar auxílio a todos os cidadãos de igual forma, principalmente aos que não têm uma rede de suporte informal (Nunes, 1995). Para além disso, é fundamental que o Estado implemente e assegure meios de suportes aos cuidadores informais para garantir que a qualidade de vida destes não se deteriore, atendendo a exigência das funções impostas no cuidar dos seus idosos.

Nos países cada vez mais envelhecidos, como é o caso de Portugal, a política social da velhice tem sido alvo de uma preocupação constante. Nos países desenvolvidos, esta preocupação está associada ao direito de subsistência das pessoas idosas que saem do sistema produtivo (mercado de trabalho) e é materializada sobretudo na forma de transferências financeiras. As pensões constituem uma das primeiras medidas de proteção social explícita, contudo em Portugal, os valores de referência são baixos, como se sabe. Os serviços e ofertas de cuidados na velhice ainda são insuficientes para atender e satisfazer as necessidades dos idosos, visto que, a esperança média de vida desta faixa etária é cada vez mais elevada, ou seja, a sua longevidade aumentou. Necessariamente, carecem de mais cuidados, o que consecutivamente fará aumentar as despesas económicas com a Terceira Idade. Com tal facto (o aumento da esperança média de vida dos idosos), o Estado e a sociedade tiveram de se organizar, proporcionando uma diversidade de respostas, com o objetivo de satisfazer as necessidades básicas dos idosos, nas áreas da saúde e social.

No âmbito da prestação de cuidados (formais e informais) aos idosos, importa, ainda, referir o potencial e as vantagens das novas Tecnologias de Informação e Comunicação. Com efeito tem sido financiada e desenvolvida a investigação e a conceção de tecnologias inovadoras adaptadas às necessidades dos idosos no seu ambiente doméstico e/ou no seu ambiente de trabalho. A “gerontotecnologia”, que resulta da colaboração de engenheiros e geriatras, tem sido incentivada, sendo o trabalho desenvolvido aplicado no campo dos cuidados médicos (aparelhos médicos de utilização caseira ou profissional, como é o caso da telemedicina), nos transportes (carros e bicicletas especiais ou autocarros-táxis), casas (como a teleassistência, etc.), lares e centros de reabilitação “inteligentes”, têxteis “inteligentes” que incorporam aparelhos eletrónicos na roupa de uso diário e muitas outras aplicações tecnológicas que aumentam a autonomia e

independência dos idosos e facilitam o seu dia-a-dia sem colidir com a sua privacidade e dignidade (Pinto, 2008).

> A dimensão dos cuidados formais e informais é bastante valorizada. De acordo com os resultados obtidos, verifica-se uma acentuada preocupação dos idosos com os cuidados que lhes são prestados ao nível da saúde e do apoio social (IPSS) (cuidados formais) e da família (cuidados informais). Para envelhecer positivamente, é prioritário para os idosos ter os **cuidados e apoio da família**, principalmente em momentos de maior vulnerabilidade, conforme referem: *“Ter apoio da família é muito importante para nós”* (Homem, 88 anos, institucionalizado); *“Ter uma boa família que nos apoie nos momentos difíceis, de doença.. a família faz falta (...)”* (Mulher, 74 anos, não Institucionalizada). Defendem um maior **apoio aos cuidadores informais**, por parte das instituições, para que possam cuidar melhor dos seus idosos - *“Apoio às famílias que tomam conta dos mais idosos que estão em casa”* (Mulher, 65 anos, não institucionalizada).

Consideram também necessário um **maior apoio e acompanhamento institucional**, com destaque para o **apoio ao domicílio** no âmbito da saúde (como verificamos no ponto 1.) e de pequenas reparações nas habitações, conforme referido - *“Criar uma oficina com reformados para arranjar umas torneiras, aqueles que não podem”* (Homem, 72 anos, não institucionalizado); *“Pequenos arranjos”* (Mulher, 71 anos, não institucionalizada). Alguns participantes referem também o acesso/ criação de **infraestruturas/equipamentos de apoio social**, sobretudo Centros de Dia e de Convívio e, ainda, Estruturas Residenciais - *“Maior acompanhamento social”* (Homem, 88 anos, institucionalizado); *“Casa com espaço de convívio e lazer (...)”* (Mulher, 65 anos, não institucionalizada); *“As pessoas terem espaços para irem e estar juntos com outras pessoas (...)”* (Mulher, 69 anos, não institucionalizada); *“Ter uma casa para idosos, um lar”* (Homem, 99 anos, Institucionalizado). Alguns defendem uma maior **flexibilidade** nas instituições, referindo-se aos Lares/ Estruturas residenciais: *“Eu acho que devia mudar as regras do lar... a rigidez dos horários. Mudar os horários. Não tornar a vida numa rotina”* (Mulher, 86 anos, Institucionalizada).

Para além disso, entendem necessário desenvolver mais ações/ projetos de **voluntariado** (envolvendo, inclusive, os jovens) que permitissem combater os

sentimentos de solidão: “Trazer pessoas para voluntariado para as nossas casas, conversar com os velhotes...” (Mulher, 66 anos, não Institucionalizada); “Pessoas para darem um passeio com os idosos” (Mulher, 67 anos, institucionalizada).

Importa, ainda, referir a importância atribuída à **dimensão afetiva na prestação dos cuidados** quer formais, quer informais (“É preciso carinho para com os velhos e às vezes não se tem” - Mulher, 71 anos, não institucionalizada; “É preciso dar-nos muito amor e carinho” - Mulher, 71 anos, institucionalizada). Neste sentido, os cuidados familiares para os idosos consistem na atenção, carinho e no apoio por parte dos seus familiares (portanto, livre de qualquer tipo de violência¹⁹), sobretudo em momentos de maior vulnerabilidade (ex. doença, incapacidade). Os cuidados formais, prestados pelas instituições/ organizações representam para os idosos: o cuidar bem, o ser bem tratado como uma “*pessoa igual às outras que tem sentimentos e quer ser respeitada*” (Mulher, 77 anos, Institucionalizada).

Em suma, relativamente às **iniciativas mais importantes** para um envelhecimento positivo, no âmbito dos cuidados formais e informais, **os idosos propõem**: (i) **apoio por parte da rede social do idoso (família, amigos, vizinhos) e da sociedade** para que se sintam integrados e não excluídos; (ii) maior **apoio aos cuidadores informais**; (ii) **humanismo e afetividade nas interações com os cuidadores** (dimensão afetiva) - “*serem bem tratados, com carinho*”, referem; (iii) **mais cuidados por parte da rede institucional**, inclusive (a) **serviços de apoio ao domicílio**, (b) **iniciativas de voluntariado** para contrariar a solidão dos idosos e (c) **acesso/construção de infraestruturas/ equipamentos** (centros de convívio e de dia, etc.).

¹⁹ **Violência** física, psicológica, exploração material, abandono, negligência, etc. A violência contra as pessoas idosas tem ganho relevo nas sociedades contemporâneas, não só devido ao aumento do número das pessoas idosas, mas também a uma maior consciencialização da população relativamente às diferentes formas de violência no seio familiar e das suas consequências não só para as vítimas (que vão desde a depressão, a múltiplos problemas de saúde, à baixa qualidade de vida a ao aumento do risco de mortalidade e morbilidade, e para quem com elas convive) mas também repercussões no sistema de saúde, de proteção social e judicial, envolvendo geralmente muitos recursos. Torna-se assim uma grande prioridade o desenvolvimento de ações específicas contra os maus-tratos. É urgente sensibilizar os cidadãos, dar formação adequada aos cuidadores (formais e informais) para cumprirem a sua função e dotar os profissionais de saúde de ferramentas que lhes permitam uma mais eficaz deteção, avaliação e intervenção junto das vítimas e dos seus sistemas familiares (Vergueiro, 2012).

3.3. Participação social

Uma das formas dos idosos terem maior qualidade de vida é participarem na sociedade. O conceito de participação social tem vindo a ganhar relevância nos órgãos comunitários. Em 1991, as Nações Unidas decretaram os três princípios básicos do envelhecimento com qualidade, dando relevância à participação social: (1) Proporcionar nesta fase da vida oportunidades de realização pessoal através de uma série de atividades, entre as quais se incluem as de formação contínua e aprendizagem ao longo da vida; (2) Preparação para esse papel na fase de reforma; (3) Desenvolvimento de um papel ativo na sociedade.

O fenómeno de participação social compreende a interação social, e pode ser desempenhado quer através de atividades de cariz formal, quer de cariz informal. Concerne as atividades que se efetuam na presença e interação (Gorjão & Marques, 2012).

A participação social tem impacto ao nível da saúde física e psicológica, podendo constituir uma forma de lidar com as mudanças em termos de saúde, tendo um papel preponderante na longevidade bem como na solidão. No entanto, não parece existir muito consenso relativamente à sua definição, sendo que cada autor define este conceito de forma diferente e contendo características diferenciadas. (Gorjão, 2011).

No que concerne a participação social ligada à saúde, a OMS define este conceito como o envolvimento dos indivíduos numa situação da vida real contendo nove domínios: (1) Aprendizagem e aplicação do conhecimento; (2) Tarefas gerais; (3) Comunicação; (4) Mobilidade; (5) Autocuidado; (6) Vida doméstica; (7) Relações interpessoais; (8) Aspectos principais da vida diária; (9) Vida comunitária, social e cívica.

Por sua vez, a perspetiva sociopsicológica, aborda a participação na sua relação com a ocupação social, constatando que esta relacionada com o facto de se ser ativo e envolvido socialmente (Gorjão S. , 2011) e com as interações sociais que se estabelecem (Maier & Klumb, 2005).

Para Bukov, Mass e Lampert (2002), existem três tipos de participação: (i) participação coletiva, (ii) participação produtiva e (iii) participação política. Para

estes autores a participação social dá-se quando se efetuam ações através das quais os indivíduos partilham parte dos seus recursos com outros indivíduos.

Segundo a Teoria da Atividade (desenvolvida no final dos anos 40), a participação social está ligada à satisfação com a vida, pois as atividades proporcionam ocasiões onde se podem desenvolver papéis sociais. Esta teoria foi desenvolvida em duas fases: a primeira fase foi iniciada por Havighurst, que propôs o conceito de tarefas de desenvolvimento na perspetiva de percurso de vida. Caso essas tarefas fossem efetuadas com sucesso, o indivíduo teria sucesso em tarefas posteriores, caso contrário restar-lhe-ia a reprovação da sociedade. (Dall *et. al*, 2007). Numa segunda fase, a teoria foi desenvolvida a partir de um estudo de Lemon, Bengtson & Peterson (1972), *“Teoremas foram deduzidos a partir dos conceitos relacionando a atividade social e a satisfação da vida, além da elaboração das hipóteses que associavam os três diferentes tipos de atividades à satisfação da vida”* (Dall *et al*, 2007). Segundo esta teoria existem três tipos de participação social: (1) participação informal (diz respeito à família amigos e vizinhos); (2) participação formal (ações de voluntariado através de organizações formais); e (3) participação solitária (atividades que não incluem presença nem interação com outros indivíduos). De acordo com o estudo de Lemon, Bengtson e Peterson (1972) e Longino & Kart (1982), são principalmente as atividades informais com os amigos que contribuem para uma maior satisfação da vida, ou seja a participação informal demonstrou ser mais importante (Dall *et. al*, 2007). Em suma, existe nesta teoria uma relação positiva entre a satisfação da vida e o desempenho de atividades.

Existem evidências que revelam que a participação social se encontra associada a melhores resultados ao nível de saúde física e mental, bem como é através desta que se concebe contactos sociais (Gorjão & Marques, 2011).

Muitos seniores desenvolvem sentimentos de inutilidade por não estarem ligados a atividades recreativas e/ou comunitárias, fazendo “somente” as atividades normais do dia-a-dia, conduzindo a um estado depressivo e de isolamento que pode levar a exclusão social. Por isso, o voluntariado (forma de participação social), por exemplo, pode desempenhar um papel essencial na qualidade de vida dos idosos. Por sua vez, as universidades seniores também são

um exemplo de participação social, que frequentemente levam o sujeito a uma maior integração na sociedade.

Não podemos deixar de salientar que um dos fatores que promove a participação social é a independência física do idoso, pois são os indivíduos que têm maior capacidade motora e bem-estar, que participam, por norma, mais nas atividades (OMS, 2005). Outro fator que condiciona a participação social relaciona-se com a representação que o próprio idoso tem de si próprio, por exemplo quando se considera “velho” para participar em dada atividade. Para além disso, importa referir o idadismo, um problema grave que condiciona a participação dos seniores na sociedade.

O conceito de idadismo é recente, surgiu pela primeira vez em 1969 por Robert Butler quando este tentava *“compreender as atitudes e reações negativas de uma comunidade em relação a um grupo de indivíduos, baseadas apenas numa característica - a sua idade”* (Gorjão & Marques, 2012). Este conceito em termos gerais significa discriminação baseada na Idade. Geralmente, trata-se da discriminação das gerações mais novas em relação as gerações mais velhas, e apresenta-se sob a forma de atitudes e práticas negativas em relação aos indivíduos mais velhos. Estas atitudes idadistas, que podem afetar a vida dos seniores, podem assumir três formas: (1) Estereótipos: crença a cerca das pessoas idosas; (2) Preconceitos: sentimentos negativos em relação ao grupo alvo; (3) Discriminação: atos e comportamentos afetivos.

O idadismo vai contra os direitos humanos fundamentais. Para além das formas referidas, existem formas de idadismo mais subtis, tomando-se necessário delinear *“políticas necessárias para combater a disseminação deste tipo de atitudes”* (Gorjão & Marques, 2012). O idadismo é um problema que se agrava na nossa sociedade. *“O facto do nível médio de participação das pessoas idosas ser em média reduzido ou moderado torna-se preocupante, se encararmos o fenómeno de participação social como fulcral para uma integração plena na terceira idade, exercendo efeitos importantes sobre a redução da mortalidade e outros benefícios ao nível da saúde física e psicológica”* (Gorjão & Marques, 2012), tornando-se, assim, imperativo criar serviços, infraestruturas de apoio à participação social para a inclusão deste grupo na população. É igualmente necessário promover alterações na forma como as pessoas veem o envelhecimento e os idosos. As ideias idadistas

que continuam a ver as pessoas como incompetentes, e sem valor tornam-se auto-confirmatórias.

Com o crescente envelhecimento da população é urgente a adoção de medidas económicas e sociais que deem resposta às novas exigências colocadas pelas mudanças na população. A promoção da participação social das pessoas mais velhas para o tecido económico e empresarial surge como uma necessidade prioritária, ou seja a implementação de medidas que erradiquem o idadismo para que os idosos não “percam” o seu valor. Com efeito, é preciso promover a desmistificação do conceito de velhice associado à fragilidade física e à dependência socioeconómica de terceiros (OMS,1999) e que as pessoas idosas constituem um grupo homogéneo que já não contribuiu para as suas famílias e sociedades.

> Relativamente à dimensão da participação social, quando se perguntou aos idosos de que necessitavam para envelhecer bem, identificou-se, de acordo com as respostas obtidas, a importância dada ao **sentimento de utilidade**. Com efeito, os seniores não institucionalizados responderam que precisavam de se **sentir úteis à sociedade**, através do trabalho por exemplo (mais referido por homens), e **à família**, ajudando a cuidar dos mais novos (mais referido por mulheres): *“Ter trabalho porque ainda sou muito novo e não gosto de estar parado”* (Homem, 66 anos, não institucionalizado); *“Quero é ajudar a criar os meus netos e a ajudar os meus filhos sempre que posso. Levar os netos à escola, ir buscar, dar comida (...)”* (Mulher, 68 anos, não Institucionalizada).

No que diz respeito às iniciativas que podem ser desenvolvidas pelos próprios idosos, os grupos referiram o **voluntariado (sénior)**, principalmente os idosos não institucionalizados - *“Eu acho que se cada um de nós cultivasse o voluntariado para o vizinho, para quem precisar, para a sociedade”* (Homem, 80 anos, não institucionalizado).

Os seniores (não institucionalizados e institucionalizados) dão importância às relações de **entajuda e redes de (boa) vizinhança**, que segundo eles podem ser (mais) promovidas pelas associações locais e pelo poder local.

Entendem que a sociedade, o poder local e central podem contribuir para que as pessoas envelheçam melhor, através da **sensibilização e formação dos**

jovens para uma cultura de valorização dos mais velhos e de iniciativas que combatam as representações e atitudes discriminatórias em relação à idade (idadismo), promovendo uma sociedade mais aberta à participação social dos idosos - *“Agora as pessoas novas não ligam as pessoas de idade”* (Homem, 72 anos, não institucionalizado); *“Preparar os jovens para as carências das pessoas com mais idade”* (Homem, 80 anos, Institucionalizado).

3.4. Aprendizagem ao Longo da Vida

A aprendizagem ao longo de vida considera todo o processo de aquisição de conhecimentos, podendo ser definido como: *“toda e qualquer atividade de aprendizagem, com um objetivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências, e os seus principais objetivos são a promoção da cidadania e o fomento da empregabilidade”* (Pires, 2002). Este conceito surge, segundo alguns autores, em 1727 em Filadélfia num grupo de discussão sendo que outros autores atribuem o surgimento deste conceito as escolas ou universidades populares nórdicas. *“A escolarização na democracia e cidadania ativa é uma parte importante disto. Estas ideais são baseados no diálogo e na cooperação, e no conceito de que as pessoas se devem auto-educar e auto-esclarecer através de si próprias e pela partilha de conhecimentos com a comunidade”* (Jacob, 2012). Em Portugal, estas ideais reafirmaram-se com a Academia de Estudos Livres criada em 1919 em Lisboa, e posteriormente é criada a Universidade Popular do Porto em 1979.

O termo Aprendizagem ao Longo da Vida começou a “nível oficial” com os planos de educação obrigatória nos anos 50, no nosso país, com o objetivo de aumentar o cumprimento da idade de escolaridade obrigatória através de cursos de educação para adultos.

Mais tarde, em 1979 procurou-se promover uma educação para adultos com o Plano Nacional de Alfabetização, contudo sem alcançar os objetivos (Melo & Federighi, 1999). Referem-se ao termo Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV) como: *“Não é uma expressão técnica ou legal, com um significado preciso, mas sim um termo cultural com um novo paradigma. Representa uma mudança do*

significado de educação dispensado por um organismo versus uma aprendizagem individualizada". Dá-se ênfase à experiência de aprendizagem individual, fornecendo uma responsabilidade reduzida ao educador. Este conceito vem pôr a tónica na aprendizagem durante a vida, de forma contínua. (Melo & Federighi, 1999).

De acordo com a Cimeira Europeia realizada em Lisboa em março de 2000, a Europa entrou na *Era do Conhecimento*, o que originou todo um conjunto de implicações e alterações na vida cultural, económica e social, bem como nos modelos de aprendizagem, vida e trabalho. *"A aprendizagem ao longo da vida deixou de ser apenas uma componente da educação e da formação, devendo tornar-se o princípio orientador da oferta e da participação num contínuo de aprendizagem, independentemente do contexto. A década que se avizinha deverá assistir à execução prática desta visão. Todos os europeus deverão, sem exceção, beneficiar de oportunidades idênticas para se adaptarem às exigências das mutações sociais e económicas e participarem ativamente na construção do futuro da Europa"* (CE, 2000), sendo que na prática a aprendizagem ao longo da vida impõe a colaboração eficaz de todos - indivíduos e organizações. Por exemplo, é neste contexto que surge em 2005, em Portugal, a iniciativa Novas Oportunidades, oferta educativa e formativa mais dirigida para os adultos, procurando aumentar os níveis de formação e qualificação.

A ALV permite aos idosos continuar a aprender, ficando disponíveis para acolher e atualizar as informações. *"Um maior grau de conhecimento limita a solidão, ajuda no envelhecimento e favorece a aproximação entre as pessoas. Deixa cada um mais apto para compreender as alterações que ocorrem em si próprio e no mundo que o rodeia"* (Couvaneiro & Cabrera, 2009). Permite dispor das novas descobertas e conhecimentos e refletir sobre eles, mantém um alto grau de interesse pelas novas descobertas científicas e pelo mundo, e eleva os níveis de saúde ao mesmo tempo que proporciona a manutenção dos circuitos neurobiológicos em bom estado de funcionamento.

A ALV permite estimular as funções cognitivas, que com o ciclo de vida e o envelhecimento biológico vão perdendo a sua plasticidade. Contudo, o envelhecimento cognitivo é um processo extremamente complexo e heterogéneo em termos intra e interpessoais. A plasticidade à estimulação cognitiva está

limitada pelas condições biológicas em associação ao potencial desenvolvimental da cultura (Bastos, Faria & Moreira, 2012)²⁰.

Com o progressivo aumento do envelhecimento demográfico, surgiu o conceito de Gerontopedagogia que tem como objetivo a conceção e desenvolvimento de modelos e programas de animação, estimulação, enriquecimento pessoal, formação e instrução dirigidos aos idosos (Jacob, 2012). Este tema tem sido alvo de vários estudos, nos quais são consideradas duas perspetivas: segundo a primeira, a educação para seniores está ligada a “socioterapia”, estimulando a integração social, sendo a educação encarada como um instrumento de promoção social; de acordo com a segunda perspetiva, alcançam um melhor envelhecimento aqueles que mantêm a mente ativa através de atividades educativas (Jacob, 2012).

São diversos os modelos e programas de animação, estimulação cognitiva, enriquecimento pessoal e formação dirigidos aos idosos, no âmbito da ALV. Refira-se a título exemplificativo, os programas de educação e alfabetização (nomeadamente informática) e as Univeridades séniores, entre muitos outros.

As Universidades Seniores ou Universidades da Terceira Idade constituem uma oferta educativa relativamente recente para os idosos. O primeiro modelo deste tipo de escolas surgiu em França em 1972, com o D. Pierre Vellas²¹. Hoje em dia, existe dois modelos de organização das Universidades de Terceira Idade (UTIs): (i) O modelo francês, que se associa a um modelo de Universidades formais, tem por base logística uma unidade formal (os professores e recursos), privilegia a investigação e pode criar cursos superiores e de pós-graduação para seniores, o que pressupõe exigências culturais para o acesso; (ii) o modelo Britânico baseia-se nas associações sem fins lucrativos ou nos grupos auto-organizados e é o único a operar numa base de ajuda mútua. Nem os professores, nem os dirigentes são pagos, exceto em circunstâncias excecionais. Os professores e os líderes dos grupos

²⁰ Numa perspetiva de desenvolvimento, ocorrem transformações ao longo do ciclo de vida que se traduzem por uma maior capacidade adaptativa. O comportamento das capacidades e funções cognitivas mecânicas (pobre em conteúdo, universal, biológica e geneticamente predisposta reflete propriedades organizacionais do sistema nervoso central) e pragmáticas (rica em conteúdo, dependente da cultura e baseada na experiência revela o poder da ação humana e da cultura) da inteligência é muito distinto ao longo do ciclo de vida, estando associado a trajetórias de vida pautadas pela diversidade e enraizadas em contextos socio-históricos e culturais distintos. Além disso, há nos sistemas humanos uma grande plasticidade, muito embora haja limites, tal como referido. Ainda, atendendo às dinâmicas entre a mecânica e a pragmática da cognição, surge um novo constructo psicológico – a sabedoria – que pode ser entendida como um refinamento das pragmáticas cognitivas, altamente sensível ao contexto e à incerteza da própria existência humana (Bastos Faria & Moreira, 2012).

²¹ Médico investigador 1930-2005, que após leituras sobre o envelhecimento, visitas a hospitais e lares, concluiu que as oportunidades oferecidas aos seniores eram quase inexistentes, sendo um impulsionador das universidades se direcionam para as pessoas mais velhas.

oferecem voluntariamente os seus préstimos e qualificações. As aulas são informais, dadas pelos próprios membros (Jacob, 2012)²². Em Portugal a maioria das Universidades seniores segue o modelo britânico em regime não formal. São espaços de aprendizagem para pessoas com 50 e mais anos, onde os indivíduos podem partilhar conhecimentos, terem aulas num horário pós-laboral com a vantagem de não haver avaliações e a assiduidade não ser controlada²³.

No que concerne as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), os idosos continuam a ser um dos grupos mais tecno-excluídos²⁴ da sociedade e o termo “info-exclusão”, que se refere a exclusão ou acesso desigual às informações divulgadas via informática e conseqüentemente ao conhecimento, que move toda a sociedade, passou a ser aplicado a alguns grupos sociais, onde os idosos se incluem²⁵. As causas que mais contribuem para a exclusão dos indivíduos da utilização dos computadores e Internet estão diretamente relacionados com a idade, baixo nível de escolaridade e baixo rendimento económico. Por conseguinte, Portugal apresenta várias características potenciadoras da info-exclusão da população idosa. Para além destes, crescem ainda outros condicionalismos referentes à acessibilidade e usabilidade de alguns equipamentos tecnológicos. *“Em Portugal, vive-se um ambiente particularmente propício para a alfabetização digital dos idosos. As políticas públicas, a sociedade civil e os próprios idosos estão conscientes da necessidade de se inserirem na sociedade cada vez mais informatizada²⁶. (...) As tecnologias, para além de reduzirem o isolamento, contribuem para a melhoria da auto-estima e competências pessoais dos idosos, também melhoram a sua qualidade de vida, ao fomentarem a sua autonomia e participação social”* (Pinto, 2008). Para além disso, atualmente a diminuição de algumas capacidades físicas (como a visão e a destreza motora) não é argumento

²² No entanto, este universo é muito amplo e pode variar de país para país ou de cidade para cidade. Cabe a cada organização saber o que pretende ou o que pode implementar em cada região.

²³ Em Portugal, a criação de UTIs é estabelecida no Regulamento Geral das UTIs que foi aprovado pelos dirigentes da RUTIS- Associação Rede de Universidades da Terceira Idade. A primeira UTI em Portugal foi criada em Lisboa no ano de 1976, sendo que durante muitos anos somente existia no Porto e em Lisboa (RUTIS, 2007). Com a criação em 2005 da RUTIS, as Universidades Seniores expandiram-se passando de 30 em 2001 para 112 em 2008 (Jacob, 2012).

²⁴ Tecno-exclusão: situação de alguém com reduzidas ou sem competências para operar com equipamentos tecnologicamente avançados.

²⁵ Com a revolução técnico-científica ocorrida sem precedentes no século XX, que permitiu o avanço das telecomunicações, informática, eletrónica e afins, as denominadas Novas Tecnologias de Comunicação e Informação, em especial o computador e a Internet, conquistaram uma importância extrema no desenvolvimento planetário e posicionam-se na base da construção de uma nova sociedade que requer o uso cada vez mais intenso de conhecimentos e informações que se renovam a uma velocidade vertiginosa (Pinto, 2008)

²⁶ Os serviços de Governo em linha incentivam e em algumas situações impõem que a comunicação com as estruturas públicas seja feita por via eletrónica: marcar consultas, apresentar uma reclamação, pagar impostos, requerer pensões, comunicar com a administração central, etc.

para que os idosos não utilizem as tecnologias de informação e comunicação, porque os equipamentos permitem hoje múltiplas adaptações e formas de utilização. Provavelmente a maior barreira a ser desmistificada é a que resulta da própria motivação do idoso, que pode acabar por desistir sobretudo em momentos de maiores dificuldades. Neste grupo etário, os argumentos de motivação devem ter em conta as necessidades e interesses decorrentes de todo um percurso de vida e deverá proporcionar-se num ambiente de aprendizagem que não intimide o idoso e respeite o seu ritmo de aprendizagem.

> Em relação aos dados globais do estudo, não se verifica, comparativamente às anteriores dimensões, uma relevância expressiva do conceito de ALV por parte dos seniores. Poder-se-á referir que este facto estará diretamente relacionado com os baixos níveis de escolaridade da população auscultada e da insipiente ou inexistente experiência de vida dos mesmos, ligada à aprendizagem contínua ou mesmo à escola. **Os idosos institucionalizados não referiram de forma significativa esta dimensão. No entanto, ela é referida por seniores não-institucionalizados**, que na sua maioria já frequentam espaços/atividades de aprendizagem (ex. Universidade Sénior) e que terão/apresentam níveis de escolaridade mais elevados, no conjunto dos destinatários. Assim, quando perguntamos a estes seniores (não institucionalizados) o que era necessário para envelhecerem positivamente, refeririam a importância da participação em **atividades de aprendizagem ao longo da vida**, que possibilitam manterem-se ativos em termos cognitivos e sociais, combater a solidão e de algum modo contrariar os estereótipos existentes em relação aos idosos, como podemos constatar através das seguintes afirmações: *“É bom ter conhecimento! Ler e aprender coisas diferentes”* (Mulher, 70 anos, não institucionalizada); *“Vim para a UNAGUI porque me aposentei e o meu marido tinha morrido e eu sozinha em casa estava a entrar em “parafuso”, portanto arranjei novas e boas amigas, sinto-me bem”* (Mulher, 71 anos, não Institucionalizada).

Referem a necessidade de **aprendizagem das TIC** (alfabetização informática), motivada nomeadamente na facilitação da interação com familiares distantes: *“Podíamos ter necessidade de ter um curso para nós velhos, termos apoio*

para um computador, para contactarmos com os familiares que estão fora” (Mulher, 71 anos, Institucionalizada).

3.5. Independência económica

A par das determinantes transversais (género e cultura), relacionadas com os sistemas de serviços de saúde e social, o próprio indivíduo (genética, fatores psicológicos), o ambiente físico e o meio social (suporte social, violência e abuso, educação), comportamentais (adoção de estilos de vida saudáveis e autocuidado), os determinantes económicos, ié. o rendimento, o nível de proteção social e o trabalho, afiguram-se parte integrante de um envelhecimento ativo (OMS, 2002).

A independência económica constitui um fator determinante na qualidade de vida do idoso. A falta de recursos económicos representa um condicionalismo responsável pelas perturbações mentais da população idosa e passível de afetar o seu bem-estar nas diversas dimensões – físico, mental e social. A dimensão económica reveste-se de uma importância significativa na qualidade e na quantidade de contactos do idoso, bem como na reflexão da sua própria estabilidade. Na sociedade capitalista, onde em grande medida as pessoas são consideradas pelo aquilo que possuem, o poder económico revela-se importante para o poder de consumo, os conceitos de liberdade e de independência do idoso (Paulino, 1991). Assim, por norma, os idosos que possuem um maior poder económico, revelam mais possibilidade de ter acesso a melhores e mais diversificados cuidados de saúde, manter mais e melhores relacionamentos sociais, possuir melhores condições de conforto habitacional, desfrutar do lazer, etc. Contudo, esta realidade não constitui a regra no nosso país, bem pelo contrário.

Apesar dos progressos alcançados nos últimos trinta anos no nosso país em termos de proteção social, os montantes das prestações sociais, nomeadamente das reformas, são de um modo geral muito baixos. Segundo dados do EUROSTAT²⁷, em 2012, 22,1% da população idosa em Portugal vivia em risco de pobreza ou exclusão social devido essencialmente às baixas reformas. Esta realidade remete-

²⁷ www.eurostat acedido em 03/01/2014.

nos para o campo da pobreza estrutural diretamente associada ao nível de desenvolvimento do país e dos seus níveis de proteção social (Capucha, 2005).

A reforma pode constituir um fator importante para assegurar a vivência do idoso na família, representando o seu contributo económico como um fator positivo e necessário para a família. No atual contexto de crise socioeconómica, em que muitas famílias se veem a braços com dificuldades económicas frequentemente associadas a situação de desemprego, assistimos a casos em que o idoso sustenta os elementos descendentes da família (filhos, netos) com a sua pensão. Para além disso, muitas vezes são relegados a tarefas como cuidar da casa, de crianças e de doentes para que os adultos possam ir trabalhar. Num país em que os níveis das prestações sociais são de um modo geral baixos, não raras vezes, por opção ou por necessidade, o idoso mantém-se ativo no mercado de trabalho.

A crise económica e o envelhecimento acentuado da população no atual contexto da União Europeia (e em particular, em Portugal) têm intensificado os holofotes sobre a questão dos sistemas sociais sustentáveis (EFILWC, 2012). Tendencialmente e nos últimos anos, assiste-se, nos Estados-Membros, ao aumento da idade de aposentadoria (por exemplo, a Alemanha aumentou para os 67 anos e o Governo português já deu sinais claros de ponderar esta possibilidade num futuro próximo²⁸) e tem-se procurado encontrar e implementar formas de incentivar os trabalhadores a permanecerem nos seus empregos por mais tempo, nomeadamente através dos sistemas de benefícios fiscais. A par do aumento da idade legal de reforma, nos anos mais recentes, sobressai o uso generalizado de medidas políticas como a supressão dos incentivos à reforma antecipada, mudança do regime de cálculo das pensões e reconfiguração do sistema de proteção social.

As políticas da União Europeia assentam, assim, em duas perspetivas. Por um lado, numa perspetiva de natureza mais económica que pretende manter e incentivar o ingresso dos ativos idosos no emprego como principal meio para garantir no futuro um crescimento económico sustentado, que contribua para compensar, pelo menos em parte, o avolumar dos encargos financeiros decorrentes do envelhecimento demográfico. Por outro lado, junta-se uma outra perspetiva, embora menos determinante – o prolongamento da vida ativa é benéfico para os trabalhadores, em termos da sua inclusão social, como igualmente

²⁸ www.economias.pt acedido em 03/01/2014.

possibilitaria o aproveitamento das competências e, principalmente, da experiência dos mais idosos. Recorde-se que toda esta argumentação tem subjacente um desiderato político – possibilitar que o prolongamento da vida seja acompanhado por uma extensão temporal da presença no mercado de trabalho (Gonçalves, 2008).

Este cenário, de promoção de oportunidades de emprego para uma força de trabalho envelhecida, traz consigo desafios, exigindo desde logo, um novo “pensamento” na empresa, ao nível nacional e ao nível da União Europeia. Isso significa que as entidades patronais ponham em prática políticas que reflitam uma perspetiva mais ampla do percurso/ciclo de vida, ié que mantenham e promovam a saúde dos colaboradores, desenvolvam e atualizem as competências dos trabalhadores ao longo das suas vidas profissionais, proporcionem condições de trabalho adequadas introduzindo medidas destinadas a conciliar o trabalho e a vida familiar, adotem planos de carreira para as necessidades dos trabalhadores em vários estágios das suas vidas (de modo a manter a motivação e a saúde dos trabalhadores). É importante que as políticas de empresa facilitem as transições entre o trabalho e o não trabalho, por exemplo quando um trabalhador se afasta para cuidar de dependentes (idosos, filhos, etc.) ou para fazer uma transição gradual para a reforma, cujo processo deve iniciar-se portanto na própria empresa (EFILWC, 2012). Com efeito, cada vez mais as empresas terão de adotar políticas e práticas para lidar com questões relativas à saúde, organização do trabalho, conciliação e equilíbrio entre a vida familiar/ pessoal e o trabalho.

> A independência económica, ié. o acesso a um rendimento que possibilite condições de vida tidas como aceitáveis ou dignas, afigura-se como um determinante relevante na conceção do significado de envelhecimento positivo por parte dos idosos, institucionalizados e não institucionalizados, abrangidos no estudo.

Desde logo, identificam os **baixos valores das reformas** como entrave a um envelhecimento positivo, reivindicando em relação ao poder central (Governo) o aumento das reformas ou pelo menos a sua não redução, conforme se constata através das seguintes citações: *“Não sei como é que há gente que vive com duzentos euros? Têm de envelhecer mal, não é? .. eles [o Governo] estão a contribuir (...) para*

envelhecer mal” (Mulher, 68 anos, não institucionalizada); *“Não cortar tanto no rendimento das pessoas. Ter cuidado com as reformas”* (Homem, 71 anos, institucionalizado).

Defendem igualmente **mais apoios sociais/ financeiros** por parte do poder central e do poder local no que concerne a ajuda na **compra de medicação (saúde), utilização de transportes, facilidade de acesso a atividades sociais e ajuda para melhores condições de habitação**: *“O governo podia ajudar os pobres a dar mais apoio na medicação pois as reformas são baixas”* (Mulher, 77 anos, institucionalizada); *“Apoiar as pessoas doentes através do pagamento dos transportes”* (Homem, 65 anos, não institucionalizado); *“Condições como por exemplo ao nível da habitação”* (Mulher, 69 anos, não institucionalizada); *“Os idosos têm que desistir muitas vezes dos seus hobbies por falta de dinheiro”* (Mulher, 68 anos, não institucionalizada).

3.6. Relações familiares e sociais

Como tivemos oportunidade de perceber, a par do processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer (senescência) e do envelhecimento psicológico definido pela autorregulação do indivíduo, o envelhecimento comporta igualmente uma componente do envelhecimento social, que se refere aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário (Schroots & Birren, 1980).

As redes de apoio ou suporte informal incluem estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) e funções explícitas, instrumentais e sócio-afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença. Assim, o apoio social refere-se sobretudo a três medidas: (1) a integração social, ou seja a frequência de contactos com os outros; (2) o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede; e (3) o apoio percebido (Uchino, 2004).

O efeito das redes sociais, da interação social e familiar na investigação relativa aos idosos mostram o minoramento das consequências negativas do *stress* associado ao envelhecimento. O apoio social é um determinante chave para um

envelhecimento bem-sucedido. Os efeitos são positivos para a saúde e mortalidade, para o próprio bem-estar psicológico e qualidade de vida (Paúl, 2005).

Diferenciam-se as redes familiares e as redes de amigos, sendo que a primeira é “involuntária” e baseada no sentido de obrigação, enquanto a segunda é uma escolha voluntária, o que produz efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte de amigos e vizinhos (Paúl, 2005).

As redes de suporte social não aparecem significativamente associadas à satisfação de vida dos idosos (conceito mais associado a dimensão psicológica e a características de personalidade) mas estão claramente associadas a qualidade de vida, ié a variáveis externas, sociodemográficas, físicas, sociais e ambientais (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Em termos de qualidade de vida, sobressaem aspetos mais valorizados pelos idosos tais como: ter boas relações com a família e os amigos; ter papéis sociais, como voluntariado e ocupação dos tempos livres; ter boa saúde e funcionalidade; viver numa boa casa e numa zona de boa vizinhança; e ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência (Paúl, 2005).

Uma área particular de rede de relações sociais dos idosos refere-se à que eles estabelecem com os netos. As relações intergeracionais no séc. XXI assumem contornos particulares e acompanham a evolução estrutural das próprias famílias (Hareven, 2001). As crianças aprendem a olhar os mais velhos através dos olhares dos seus pais, professores, pares e media e aprendem a envelhecer com base nessas imagens que os rodeiam. A existência de convívio próximo com os avós altera a perceção das crianças de forma positiva, introduzindo elementos de afeto e entreajuda nos seus discursos, personalizando e humanizando o estereótipo do velho à dimensão da sua vivência com os avós (Paúl, 2005). Contudo, é importante que o apoio prestado pelos idosos/avós às crianças/ netos seja a tempo parcial, encarado portanto como um complemento da guarda e educação das crianças, deixando espaço ao idoso para outras atividades e interesses (Paúl, 2005).

Importa ainda referir no que concerne o cuidado e a interação familiar, uma frequente tendência para o paternalismo sobretudo por parte dos filhos que contrasta com a autonomia nas relações entre filhos e pais idosos. O paternalismo implica indução de menor bem-estar e satisfação de vida, senão mesmo de

precipitação do declínio cognitivo dos idosos (Paúl, 2005). Tanto ao nível familiar como institucional (Estrutura Residencial, etc.), as atitudes paternalistas devem ser evitadas sob pena de se precipitar a perda de autonomia ao nível psicológico (controlo) e social (participação) do idoso.

As características da rede social das pessoas têm repercussões no campo das emoções. A escolha de inserção de pessoas na nossa rede de relacionamentos (rede social) ao longo da vida está associada à regulação emocional (critério de proximidade e significância afetiva). Idosos com carência na rede social, principalmente de apoio emocional, poderão ter tendência a desenvolver mais a depressão. A rede social é uma fonte de apoio emocional. Quando a sua configuração apresenta pessoas muito próximas e importantes emocionalmente, os idosos tendem a perceber mais positivamente a sua vida (Nogueira, 2001).

A participação em atividades da/ na comunidade (voluntariado, associativismo, política, atividades recreativas, de animação socio-cultural, Universidades seniores, etc.) podem proporcionar um ambiente facilitador de manutenção ou inclusão de novas relações/ contactos.

A participação em grupos de terceira idade originam, tendencialmente, um aumento da qualidade de vida, através da melhoria das condições de saúde física e mental (Areosa *et al.*, 2010). Permite ainda aumentar o período de vida ativa, prevenindo perdas funcionais e recuperando capacidades. Ter um grupo de referência, no qual se possa partilhar alegrias, tristezas e conhecimentos propicia ao idoso um suporte emocional e motivação para que tenha objetivos de vida (Areosa *et al.*, 2010). O exercício constante para preencher o tempo, as atividades e o contacto com amigos e familiares podem permitir aos idosos que não se sintam solitários (Capitanini, 2000).

A solidão é um tema relevante no âmbito do processo de envelhecimento. *“As pessoas mais velhas reformam-se e afastam-se dos contextos de trabalho que preenchião grande parte das suas vidas, vivenciam as mortes dos seus pares e sofrem outras perdas relacionadas com a idade, o que pode desencadear sentimentos de solidão”* (Paúl, 2008). Importa distinguir entre solidão e isolamento social (Wenger *et al.*, 1996). A situação de isolamento social é uma condição de ausência de contactos sociais, provocada por condições objetivas do contexto social e físico

em que as pessoas habitam²⁹. Por sua vez, o sentimento de solidão pode resultar desse isolamento social ou não decorrer dele. Pessoas que vivem isoladas ou sempre viveram isoladas, nomeadamente por opção pessoal, podem não sentir solidão, mesmo quando sentem falta de apoios para a manutenção da vida. Da mesma forma, o estar rodeado de gente não resolve com frequência os sentimentos de solidão, como se verifica em muitas situações de institucionalização. As consequências dos sentimentos de solidão são: a perda ou fraca qualidade de vida, saúde mental e física fraca (depressão, ansiedade), incapacidade³⁰ (Paúl, 2012). As múltiplas variáveis associadas à solidão, com a diversidade de consequências possíveis, tornam-no um problema muito difícil de resolver, do ponto de vista psicológico ou social. Com o uso massivo das novas tecnologias de informação e comunicação e do incentivo à participação social, assistimos a um menor isolamento social. Contudo, no que concerne a solidão, as variáveis de natureza mais individual associadas à mesma precisam de ser abordadas numa perspetiva psicológica e através de estratégias e intervenções inovadoras (Paúl, 2008).

Para além disso, a promoção de relações de intergeracionalidade (dentro e fora da família) deve ser encarrada como um fator de promoção da inclusão e solidariedade social e bem-estar das pessoas. Os contactos e as atividades intergeracionais, que devem ser contínuas e não pontuais, demonstram benefícios mútuos para os participantes das várias idades, estabelecem novos papéis sociais e/ou novas perspetivas para os atores, promovem a consciencialização crescente e a compreensão entre gerações, aumentando a autoestima de ambos. Através da intergeracionalidade promovem-se, entre outros, a transmissão de experiências de vida, valores e princípios e para o idoso, o contacto com a criança permite-lhe aprender coisas novas, animá-lo, incentivá-lo a realizar várias atividades, a sentir-se útil e não abandonado.

²⁹ Nomeadamente residir em zonas remotas ou, no contexto urbano, não obstante haver pessoas por perto, não haver contactos, por ausência de família ou esta ser inacessível, nem existirem redes informais de vizinhança que prestem apoio instrumental ao outro.

³⁰ "As principais descobertas acerca da solidão são: i) é uma experiência subjetiva comum; ii) é uma condição negativa para os seres humanos; iii) a prevalência da solidão é maior nos países do sul da Europa; iv) a solidão é mais prevalente nos grupos de jovens e idosos do que nos grupos de adultos de meia-idade; v) a solidão está associada a diversas variáveis (idade - idosos, género - mulheres, estado civil - viuvez, escolaridade baixa, baixos rendimentos, condição de vida - sozinho, incapacidade, saúde fraca, etc.), apesar da direção da associação, como causa ou consequência, estar longe de ser clara; vi) muito provavelmente, as variáveis pessoais e contextuais têm uma relação bidirecional" (Paúl, 2012)

Quanto mais envolvidos com as suas vivências do dia-a-dia, com os amigos e os familiares, melhor enfrentarão as adversidades, pois esta rede é um apoio que contribui para a qualidade de vida do idoso (Osório, 2009). É importante que os idosos tenham a possibilidade de fazer novas amizades, tenham novas alternativas de participação, lazer e ocupação do tempo livre e que a sociedade garanta o desenvolvimento integral e permanente do indivíduo também nessa etapa da vida (Bulla & Kunzler, 2005).

A interação social e familiar é fundamental para que o idoso continue ativo, conectando-se com o que está a acontecer no mundo, à sua volta, evitando a diminuição do isolamento e tristeza. Neste sentido, é importante perceber como estão as relações sociais do idoso, desde o espaço micro (relações com familiares e vizinhos) até ao macro (participação em associações comunitárias).

Importará ainda referir a importância da utilização das redes sociais digitais (TIC) na facilitação da interação. Com efeito, as TIC podem beneficiar muito a qualidade de vida das pessoas mais velhas, principalmente nas relações sociais, aproximando os idosos à sociedade (família, amigos, etc.) através da comunicação e informação com o mundo que os cerca. Caberá aos profissionais que trabalham com o referido público, encontrar e mostrar as possibilidades e potencialidades do uso das redes digitais (Jantsch, Machado, Behar & Lima, 2012).

> De acordo com as opiniões dos seniores, a interação familiar e social, ou seja a possibilidade de espaços de apoio, convívio e de interação (com familiares, vizinhos, amigos, jovens, etc.) é fundamental para um envelhecimento positivo, afigurando-se, nomeadamente, como uma forma de **evitar o sentimento de solidão**.

A interação social é entendida como contemplando **atividades que estimulem a cognição, promovam o exercício físico e as relações sociais**. Para tal, os seniores defendem a importância de se desenvolver, ao nível local, **projetos e atividades de lazer** (convívios, passeios, ateliers, atividades religiosas, etc.), **físicas** (ginástica, hidroginástica, etc.) **e de estímulo mental** (espaços de aprendizagem) na comunidade, conforme identificado nas seguintes afirmações: *“Ter atividades para fazer porque são a coisa melhor que pode haver para as pessoas idosas”* (Mulher, 75 anos, não institucionalizada); *“Ter a mentalidade sempre aberta*

e o nosso cérebro sempre ativo” (Mulher, 64 anos, não institucionalizada); *“O convívio é muito importante”* (Mulher, 61 anos, não institucionalizada); *“Manter-me ativo, fazendo caminhadas por exemplo”* (Homem, 79 anos, não institucionalizado).

De acordo com esta ideia, os idosos institucionalizados reforçam a importância de se promover **atividades nas instituições** (*“Haver lazer, distração para as pessoas idosas (...) uma distração para eles que estão sempre sentados nas cadeiras, nas salas, todo o dia”* (Mulher, 67 anos, não institucionalizada).

A interação social e familiar é percebida como resultado da própria predisposição e características de **personalidade do idoso**, na medida em que lhe cabe tomar a iniciativa, de acordo com as suas capacidades motoras e cognitivas, quanto ao tipo e frequência de interações/ contactos com os outros e de participação em atividades da e na comunidade, nomeadamente com os jovens.

A perspectiva de **intergeracionalidade**, apoio mútuo e de transmissão de conhecimentos e de experiências de vida inscreve-se num quadro de autovalorização do idoso: *“Abrirem-se com os mais novos e passarem o que sabem”* (Mulher, 90 anos, institucionalizada); *“Colaborar com os jovens”* (Mulher, 64 anos, não institucionalizada). Esta predisposição para se sentirem úteis manifesta-se igualmente quanto a ajuda ou **apoio que entendem poder dar a família** (filhos, netos e outros familiares), nomeadamente nas lides domésticas, no cuidar de pessoas dependentes – netos, doentes ou outros idosos (*“Apoiar a família”* - Mulher, 68 anos, não institucionalizada).

Quanto aos contributos da sociedade civil para a promoção da interação social dos idosos, são referidas a importância das **redes de boa vizinhança** (que ajudam, inclusive, a combater o sentimento de solidão) e o **combate aos estereótipos** negativos face aos idosos, segundo se depreende pelas seguintes palavras: *“É bom darmos-nos bem uns com os outros”* (Mulher, 89 anos, institucionalizada); *“A sociedade o que pode fazer é não rejeitar, não dizer “aquele velho que está ali”* (Homem, 81 anos, institucionalizado). Por fim, associam a interação social às condições de segurança, pois alguns reivindicam mais **segurança**³¹ nos meios onde vivem, sendo obviamente um aspeto relevante no bem-estar de todos os cidadãos - *“Tenho medo de andar a pé sozinha por causa dos*

³¹ Note-se que foi implementado em Portugal, o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança, uma iniciativa do Ministério da Administração Interna.

gatunos” (Mulher, 70 anos, não institucionalizada); “Sítios seguros... Porque na minha aldeia não dá para fazer caminhadas, pois a qualquer momento vem um carro, leva-me à velocidade que eles andam...” (Mulher, 66 anos, não institucionalizada).

3.7. Reconhecimento social

Na resposta aos desafios de uma sociedade cada vez mais envelhecida, só uma sociedade pluriactiva em todas as idades e em torno da valorização e reconhecimento pessoal e coletivo, da vida profissional, pessoal e social de todos os indivíduos, independentemente da sua faixa etária, poderão dar conta da conciliação dos objetivos económicos e sociais com que as sociedades pós-modernas se deparam (Gauillier, 1999).

O reconhecimento social encontra-se intimamente associado aos conceitos de imagem e de identidade. Os projetos de vida desenvolvidos durante o percurso de trabalho do idoso ficam comprometidos com a sua entrada na reforma, que vem exigir-lhe a reorganização do ciclo de vida em torno das mudanças ocorridas em função da reconversão do tempo de trabalho para o tempo de lazer. Estas mudanças implicam problemas identitários para os sujeitos e obrigam os reformados a iniciarem novos projetos de vida e de reconhecimento pessoal e social fora dos cânones vinculados pelo trabalho (Gauillier, 1999). Neste sentido, o estímulo à ocupação pelas atividades benevolentes e voluntárias, portanto de utilidade pública e/ familiar, podem responder a uma desorientação e incapacidade dos idosos em recriar o seu tempo e a sua identidade através de ocupações não produtivas (i.e. fora do mercado de trabalho formal) e que contrariem o percurso investido nas últimas décadas da sua vida. Desta forma, as atividades de utilidade social recolocam o lugar do idoso na sociedade e promovem o seu reconhecimento e valia sociais. No entanto, este tipo de atividades não se substitui plenamente ao trabalho nem se propõe como uma verdadeira alternativa de equilíbrio entre os tempos de trabalho e de lazer vividos ao longo do curso de vida (Gauillier, 1999).

O reconhecimento social implica a interconexão entre o desenvolvimento da formação da identidade, as formas de reconhecimento e as formas de organização social, entendidas como pré-condições para a autorealização saudável e não distorcida de vida dos membros da sociedade (Honneth, 2003).

Identificar o indivíduo é dizer de que grupos faz parte (familiar, religioso, étnico, profissional, etário, etc.) nos quais a sua individualidade é subsumida, ao mesmo tempo singularizando-o e contrastando-o com os demais. Neste sentido, a identidade é aquilo que nos apresenta a nós mesmos, que os outros veem, reconhecem e identificam em nós. O jogo identidade-reconhecimento é o jogo entre a parte e o todo social (Almeida, 2005).

A formação da identidade constitui-se como um processo intersubjetivo e constante de luta por reconhecimento mútuo entre parceiros de interação social, através da qual o indivíduo desenvolve três formas de relação consigo mesmo ou processos intersubjetivos de aprendizagem: i) autoconfiança, adquirida em relações afetivas; ii) autorrespeito, adquirido em relações jurídicas de direitos; e iii) auto-estima, adquirida em comunidades locais definidas por orientações de valor compartilhadas (Honneth, 2003).

Quanto às formas de reconhecimento, podemos distinguir as que se realizam (i) nas relações íntimas de amor e amizade, (ii) por meio do conhecimento que o indivíduo adquire acerca da sua capacidade formal para ação moral autónoma, e (iii) por via da participação de cada um em contribuição positiva para uma forma de vida compartilhada, que expressa valores específicos, mantidos de modo comunitário (Honneth, 2003).

Um fenómeno social, que assume a forma de desrespeito e que afeta negativamente a autoestima do idoso, prende-se com a formulação de estereótipos, definidos como pré-concepções rígidas, mais ou menos falsas e irracionais acerca de um grupo, podendo ser de natureza positiva ou negativa (Castro, 1999). O problema surge quando os estereótipos são negativos, ié quando o fenómeno de envelhecer é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional. Os preconceitos envolvem geralmente crenças de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inativas, fracas e inúteis (Nogueira, 1996).

A valorização dos estereótipos por parte dos idosos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que os idosos

têm de si próprios. Os mitos e estereótipos são causa de enorme perturbação nos idosos, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades, de procurar soluções precisas para os seus problemas e encontrar medidas adequadas. A formação de estereótipos hiper-simplifica a realidade, levando muitas vezes a uma ignorância acerca das características, minimizando as diferenças individuais entre os membros de um determinado grupo.

Realçam-se algumas atitudes negativas mais comuns em relação ao envelhecimento: (1) o automorfismo social, ié o não reconhecimento da unicidade do idoso; (2) a gerontofobia, ou seja o medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento; (3) o “âgisme” que reporta a todas as formas de discriminação, com base na idade; e a (4) infantilização, que se manifesta geralmente pelo tratamento por tu, pela simplificação demasiada das atividades sociais e/ou recreativas e pela organização de programas que não correspondem às necessidades dos indivíduos (Martins & Rodrigues, 2004). Por isso, e tendo em conta este último ponto, o planeamento e a definição das atividades devem envolver a participação dos próprios idosos, numa perspectiva de capacitação, reconhecimento de capacidades e *empowerment*. Posto isto, torna-se urgente o combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, levando a sociedade e o cidadão a adotarem medidas e comportamentos adequados face aos idosos.

É importante para a saúde integral da pessoa idosa, poder participar da vida normativa em redes de relações sociais valorativas de afeto, amizade, estima social, reconhecimento de direitos e responsabilidades. A falta de participação e o rompimento de normatividade nessas redes de relações sociais que sustentam a vida moral intersubjetiva – por atitudes de desvalorização (difamação ou humilhação), desrespeito (subordinação, marginalização e exclusão) e por violência (traumas) – contribui para fenómenos de isolamento, desorientação mental e fragilização e para o surgimento de doenças entre a população idosa.

Políticas públicas orientadas pelo paradigma do reconhecimento social podem contribuir para a manutenção da saúde da população idosa e reforçar o sentimento de dignidade, a solidariedade e a justiça social (Schumacher, Puttini & Nojimoto, 2013).

> O reconhecimento social, para os seniores alvo do estudo, assenta nas noções de **valorização** (sentir-se e ser visto como útil à sociedade) e de **respeito** pelos idosos. Neste sentido, indicam ser necessário promover estratégias e **ações que de algum modo mudem mentalidades, combatam estereótipos negativos, com vista à construção de uma sociedade que volte a valorizar os mais velhos**, não os vendo como um “fardo”, referem. Tais ideias estão presentes nas seguintes citações: *“Sentimos que podemos ser úteis em qualquer momento e em qualquer circunstância”* (Homem, 76 anos, institucionalizado); *“Ter mais respeito pelos idosos”* (Homem, 82 anos, institucionalizado); *“A sociedade por vezes falha e não dá a atenção devida aos idosos”* (Mulher, 88 anos, não institucionalizada).

4. Conclusões e recomendações

O presente estudo apresenta os resultados de um diagnóstico de necessidades e expectativas da população sénior residente na região do Ave. Descreve as perceções desta população sobre o envelhecimento positivo e as condições que o promovem. A partir dos resultados da auscultação dos seniores, propõe um conjunto de ações/ estratégias de intervenção social com o objetivo de incrementar a qualidade de vida deste grupo populacional.

Importa referir que este estudo se inscreve num quadro de prevenção das perdas e patologias inerentes ao processo de envelhecimento, tendo envolvido, de um modo geral, seniores com algum grau de autonomia. Indivíduos idosos em situação de grande dependência física e/ou psicológica não foram abrangidos nesta pesquisa. Não são pois aqui referidas as necessidades desses seniores, nomeadamente, dos que sofrem de doenças neurodegenerativas. Constituem outro segmento da população idosa, relativamente ao qual é necessário e prioritário a definição e desenvolvimento de respostas sociais específicas, em particular ao nível da saúde.

De modo a assegurar a cobertura dos diferentes perfis de seniores (sem um grau de dependência grave) residentes no território do Ave, procedeu-se à seleção de uma amostra por quotas de indivíduos de 55 e mais anos, com base em critérios de idade, género, nível de escolaridade, situação face à institucionalização e concelho de residência. Esta seleção resultou no envolvimento de 215 indivíduos neste estudo, maioritariamente do sexo feminino e com níveis de escolaridade reduzidos. Um pouco mais de metade dos participantes estão institucionalizados em estruturas residenciais para idosos ou em Centros de Dia. Todos os concelhos da Região do Ave se encontram representados na amostra do estudo.

Esta pesquisa recorreu a metodologias participativas com o objetivo de mobilizar a população de 55 e mais anos da Região do Ave. Mais concretamente, organizaram-se 21 *focus-groups* em todo o território, cuja dinamização esteve a cargo de técnicos de diversas entidades públicas e privadas da Região. Os debates foram registados em suporte áudio tendo-se, posteriormente, procedido à sua transcrição integral. Os textos que daí resultaram foram então submetidos a uma rigorosa análise de conteúdo temática.

A análise de conteúdo aos discursos dos participantes pôs em evidência sete dimensões do envelhecimento positivo (estritamente relacionadas entre si): (1) saúde e autonomia; (2) cuidados formais e informais; (3) participação social; (4) Aprendizagem ao Longo da Vida; (5) Independência económica; (6) relações familiares e sociais e (7) reconhecimento social.

Para os seniores que participaram neste estudo, a saúde e a autonomia constituem características essenciais de um envelhecimento positivo. Neste sentido, atribuem muita importância ao acesso aos cuidados de saúde e à sua qualidade mas essencialmente, numa perspetiva de intervenção sobre os problemas de saúde. A abordagem dos cuidados de saúde numa perspetiva de prevenção da doença e de incapacidades foi pouco explicitada pelos seniores, o que merece reflexão. Destacam a importância de disporem de infraestruturas de saúde de proximidade ou, se tal não for possível, melhores redes de transportes públicos e participação nas despesas de deslocação para receberem cuidados de saúde.

Em caso de doença ou incapacidade, manifestam preferência pelos cuidados informais no domicílio, de modo a poderem envelhecer em casa. Os cuidados formais e sobretudo a institucionalização são mencionados como uma alternativa quando o envelhecimento no domicílio deixa de ser possível. Compreende-se pois que considerem necessária a promoção dos serviços de apoio domiciliário, particularmente ao nível da saúde, com visitas médicas e cuidados de enfermagem prestados na própria residência.

O apoio emocional/afetivo da rede familiar e social (vizinhos e amigos) afigura-se-lhes muito importante, uma vez que favorecem a inclusão familiar e social. A criação de condições que evitem o isolamento e a solidão na velhice assumem grande valor para esta população. Mas referem igualmente, a importância do papel que podem desempenhar na família, prestando-lhe apoio emocional, cuidando dos netos ou de outros familiares e apoiando de diversas formas os filhos adultos.

Defendem a promoção de atividades e projetos comunitários e institucionais que criem oportunidades de interação social e também o desenvolvimento físico (atividades de ginástica e hidroginástica são as mais referidas) e cognitivo (atividades de estimulação cognitiva e de aprendizagem). Sublinham a importância das atividades intergeracionais pela oportunidade de

apoio mútuo e de transmissão de conhecimentos e da experiência das diversas gerações.

Os seniores não institucionalizados atribuem maior ênfase às dimensões da participação social e Aprendizagem ao Longo da Vida do que os seniores institucionalizados devido, provavelmente, ao facto de não viverem situações de dependência física ou psicológica graves, apresentando menos limitações à realização das atividades da vida quotidiana e ao envolvimento em atividades de desenvolvimento pessoal e de participação social e cívica. Estes seniores manifestam muito interesse na aquisição de (novos) conhecimentos, nomeadamente ao nível das TIC. Entendem que a participação em ações de formação lhes permite manterem-se ativos, nomeadamente em termos cognitivos, combater o sentimento de solidão dadas as oportunidades de interação com outras pessoas e até contrariar os estereótipos existentes em relação aos idosos, que os consideram menos capazes de se atualizarem e adquirirem novos conhecimentos.

Grande parte dos grupos entrevistados refere a existência de atitudes discriminatórias da sociedade em relação às pessoas mais velhas, nomeadamente, por parte dos jovens. Os seniores consideram que estas atitudes afetam a sua autoestima e constituem obstáculos à participação social e cívica. Sublinham a necessidade de se sentirem úteis socialmente, declarando disponibilidade para o envolvimento (ou maior envolvimento) em ações de ajuda, nomeadamente, de vizinhança e em ações mais formais de voluntariado. Pretendem uma participação efetiva na sociedade, a valorização e o reconhecimento social do papel dos idosos propondo a definição de estratégias e ações que combatam estereótipos em relação aos mais velhos e assegurem a construção de uma sociedade que os valorize.

Para os seniores que participaram neste estudo, o envelhecimento positivo passa ainda pela sua independência económica. Os baixos recursos financeiros, associados essencialmente ao reduzido valor das reformas, afiguram-se-lhes como um entrave importante à Qualidade de Vida, determinando constrangimentos ao nível da alimentação, condições de habitação e de conforto habitacional, saúde e da própria participação social dos idosos, uma vez que condiciona fortemente as possibilidades de deslocação e participação em atividades. Neste sentido, pretendem mais apoios financeiros do poder central e local mencionando

explicitamente apoios no acesso aos cuidados de saúde e aquisição de medicação, nos transportes, na melhoria das condições de habitação e no acesso a atividades de caráter social³².

Apresentadas as principais conclusões, importa considerar (de forma tópica) um conjunto de pistas ou recomendações para a intervenção social, no âmbito da promoção do envelhecimento positivo na região do Ave:

1. Promover a **saúde** e o acesso a (melhores e mais diversificados) cuidados/serviços de saúde para os idosos, nomeadamente, cuidados de saúde no domicílio, melhoria dos serviços/ rede de transportes, informação sobre hábitos e estilos de vida saudáveis (alimentação adequada, saúde oral, etc.);
2. Desenvolver políticas sociais para um envelhecimento com mais **autonomia e independência**, apoiando a permanência do idoso no seu meio natural de vida, i.é na sua residência, através da implementação de mais serviços de apoio ao domicílio. Para além dos cuidados de saúde na residência dos idosos, já mencionados no ponto 1, sugere-se a criação de serviços de apoio psicológico, de modo a combater sentimentos de solidão e estados depressivos, apoio à habitação (recuperação, reparação) e serviços de acompanhamento nas saídas dos idosos com dependências;
3. Promover a **segurança nos locais de residência e as redes de (boa) vizinhança**, que servem inclusive de “almofada” no combate aos sentimentos de solidão e no apoio a qualquer problema que exige intervenção urgente;
4. Promover a **educação e alfabetização** dos idosos através de formação/ações de Aprendizagem ao Longo da Vida e simultaneamente, e preferencialmente, a intergeracionalidade, numa perspetiva de valorização dos saberes e experiências de vida. Atender igualmente ao combate à infoexclusão promovendo (novas) aprendizagens ao nível das TIC, entendendo o papel que estas poderão desempenhar na

³² Refere-se essencialmente aos idosos em situação de maior vulnerabilidade social/pobreza.

- inclusão social e, em particular, na facilitação da interação do idoso com familiares ou outras pessoas que se encontram fisicamente distantes;
5. Promover uma política de apoio à **família** que possibilite uma maior conciliação entre a vida familiar e profissional e que promova as relações/ solidariedade intergeracional;
 6. Promover a formação dos **cuidadores informais** e a criação de condições de apoio a estes cuidadores que assegurem a sua Qualidade de Vida;
 7. Promover nas **empresas** e serviços públicos o desenvolvimento de estratégias de transição para a reforma, bem como novas estratégias de gestão que, tendo em conta o envelhecimento significativo da população, atendam às necessidades dos trabalhadores mais velhos, nomeadamente ao nível da saúde, e que valorizem o saber destes trabalhadores e a transmissão de conhecimentos aos mais novos;
 8. Promover **ações educativas sobre envelhecimento positivo**, de forma transversal, i.é dirigidas aos diversos grupos etários;
 9. Promover políticas assentes no **reconhecimento social** dos idosos, mediante ações e projetos que contrariem os **estereótipos negativos** associados ao envelhecimento e possibilitem uma imagem positiva dos idosos, nomeadamente, nas escolas (crianças e jovens) e junto dos meios de comunicação social;
 10. Promover espaços de **participação comunitária e política** dos seniores ao nível local, num quadro de democracia participativa, de modo a que possam colaborar na definição de políticas em seu benefício e ter um papel ativo no desenvolvimento comunitário/ territorial;
 11. Promover a participação social e comunitária dos idosos através do incentivo ao envolvimento em **atividades de cultura e de lazer, voluntariado sénior e associativismo**;
 12. Promover a **qualificação e a inovação ao nível das IPSS em termos de intervenção junto da população sénior**, através da promoção do trabalho em rede, formação dos técnicos em áreas específicas da gerontologia e envelhecimento ativo;

13. Promover a **divulgação** das atividades/ projetos para os seniores na região do Ave.

Para além das recomendações anteriores, não se poderia deixar de referir que, apesar das dificuldades na sua implementação prática, todos os projetos de desenvolvimento e todas as intervenções sociais deverão ter como objetivo explícito a capacitação (*empowerment*) dos seniores, envolvendo-os em todas as fases da intervenção, desde o diagnóstico até a monitorização e avaliação, passando pela planificação e execução das ações. Apenas os projetos com este tipo de preocupação são capazes de promover a transformação social.

Bibliografia

Afonso C., Morais C. & Almeida M. (2012). Alimentação e nutrição em Gerontologia. In P. Constança & R. Óscar. *Manual de Gerontologia* (pp. 41-70). Lisboa: Lidel.

Afonso, M. (2012). Stress, Coping e resiliencia em pessoas idosas. In P. Constança & R. Óscar. *Manual de Gerontologia*. (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.

Almeida, J.M (2005). *Sobre a Anamorfose: Identidade e Emancipação na Velhice*. Tese de doutoramento em Psicologia Social. PUCSP.

AMAVE. (sd). *Ave Social*. Guimarães .

António, S. (2012). Envelhecimento demográfico e relações intergeracionais. *Rediteia - Revista de Política Social*, 45, 139-154.

Areosa, V., Wichmann F., Benites, L, Ohlweiller, Z. Ross. N. Froemming, M. & Marion, D. (2010). Relações Sociais e familiares do idoso atendido pela UNISC. *RBCEH, Passo Fundo, v. 7, supl. 1., 124-134*.

Avramov, D. & Maskova, M. (2003). Active ageing in Europe. *Population Studies*, 1(41), 1-152.

Barbosa F. & Matos A. (2008). Cuidadores familiares idoso: Uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. In A. M. Rodrigues, *Configurações: Genero e Gerações* (pp. 127-139). Vila Nova de Famalicão: Humus.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70 ed..

Bastos A., Faria C. & Moreira E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idades à sabedoria. In P. Constança & R. Óscar. *Manual de Gerontologia*. (pp. 105-127). Lisboa: Lidel.

- Boddy, D. (2005). *Management: An Introduction*. Financial Times Prentice Hall.
- Boudiny K. & Mortelmans D. (2011). A critical perspective: towards a broader understanding of “active ageing”. *E-Journal of Applied Psychology*, 7, 1-3.
- Bulla LC. & Kunzler R. (2005). Envelhecimento e género: distintas formas de lazer no cotidiano. In B. DORNELLES & G.J.C. COSTA (org.). *Lazer, realização do ser humano: uma abordagem para além dos 60 anos* (pp.81-87). Porto Alegre: Dora Luzzatto.
- Capitanini, M.E. (2000). *Sentimento de Solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Oeiras: Celta
- Castro V, Veja J. (1999) *Construcción psicológica da la identidade regional:tópicos y estereótipos en ele processo de socialización el referente a Extremadura*. Badajoz: Gráfica Disputación Providencial de Badajoz.
- CCE - Comissão das Comunidades Europeias (2000). *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida* . Bruxelas: CCE.
- CEDRU (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*: Lisboa: Fundação Aga Khan Portugal.
- Costa, A. (2012). *A Família Cuidadora Perante a Deficiência do seu Familiar Idoso*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau Mestre em Saúde e Envelhecimento, UNL, Lisboa.
- Dall, J. et. al (2007). Actividade, Desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos interdisciplinares envelhecimento*, Vol. 12, 7-33.

Duvieusart B., Lisoir H., Rauws G. & Campenhout A.V. (coord.) (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*. Paris: Fondation Roi Baudouin.

EFILWC - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2012). *Living longer, working better – Europe's coming of age*. Dublin: Eurofound

Fernandes, E. A. (2001). *Métodos e Técnicas de Avaliação: Contributos para a Prática e Investigação Psicológicas*. Braga: Universidade do Minho.

Fernandez-Ballesteros R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1).

Gaullier, X. (1999). *Les Temps de la Vie. Emploi et Retraite*. Paris: Éditions Esprit.

Glass, T.A. (2003). Assessing the success of successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 382-383.

Gonçalves, C. (2008). Envelhecimento e emprego. *Rediteia. Revista de Política Social*, 41, 26-28.

Gorjão, S. (2011). *Envelhecimento Activo: O papel da participação social*. (D. s. Organizações, Ed.) Lisboa: ISCTE-IUL.

Gorjão, S., & Marques, S. (2012). Idadismo e participação das pessoas idosas. *Rediteia - Revista de Política Social*, 45, 129-138.

Guerra, I. (2002). *Participação e Acção Colectiva*. Cascais: Principia - Complementar.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo-Sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipeia.

Hank, K. (2010). How “successful” do older Europeans age? Findings from SHARE. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(2), 230-236.

Hareven, T. (2001). Historical Perspectives on Aging and Family Relations. In R. Binstock & L. George (eds). *Handbook of Aging and The Social Sciences*, Fifth Edition (pp. 141-159). San Diego: Academic Press.

Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8-13.

Holmes J. (2006). *Successful ageing: a critical analysis*. A dissertation submitted at Massey University, Palmerston North, New Zealand.

Holstein, M. & Minkler, M. (2003). Self, society and the new gerontology. *The Gerontologist*, 43, 787-796.

Honneth, A. (2003). *A luta por reconhecimento: a Gramática Moral dos Conflitos Sociais*. São Paulo: Ed. 34.

Hooker, K. & Ventis, D. G. (1984). Work ethic, daily activities, and retirement satisfaction. *Journal of Gerontology*, 39(4), 478-484.

Jacob, L. (2012). A aprendizagem ao longo da vida e a formação para seniores. *Rediteia - Revista de política social - nº45*, 53-66.

Jacob, L. (2013). *Caderno de Envelhecimento Ativo* IPB. Bragança: RUTIS.

Jantsch A., Machado L., Behar P. & Lima J. (2012). As Redes Sociais e a qualidade de vida: os idosos na era digital. *IEEE-RITA, Vol. 7, nº 4*, 173-179.

Joel, M. (2001). L'Europe de la Dépendance, In Chabert J., Ennuyer B., Grunwald D., Gucher C., Haehnel P. & Joel M., *Vivre au grand âge: angoisses et ambivalences de la dépendance* (pp. 171-189). Paris: Éditions Autrement.

Lage, I. (2008). Cuidados informais na velhice. *Rediteia. Revista de Política Social*, 41, 41-43.

Maier, H. & Klumb P. L. (2005). Social Participation and Survival at Older Ages. *European Journal of Aging*, 2:1, 31-39.

Martins R. & Rodrigues M. (2004). Estereótipos sobre os idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium – Revista do ISPV*, 29, 249-254.

Mcdaniel, C. & Gattes, R. (2004). *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

McLaughlin S. J., Connell C. M., Heeringa S. G., Li L. W. & Roberts J. S. (2010). Successful aging in the United States: prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journal of Gerontology Series B*, 65 (2), 216–226.

McKenna, M. A. (2008). Transcultural nursing care of older adult clients. In M. M. Andrews & J. S. Boyle (Eds.), *Transcultural concepts in nursing care* (pp.168-195), Wolters-Kluwer.

Melo, A. & Federighi P. (1999). *Glossário de Educação de adultos na Europa, Associação Europeia para a Educação de Adultos*. Bruxelas: EURYDICE.

Natália, F. S. (2006). A investigação participativa no grupo social da infância. *Currículo sem fronteiras*. 6, 25-40.

Nogueira, EJ. (2001). *Rede de Relações Sociais. Um Estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Campinas: São Paulo.

Nogueira P., (1996). *O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono*. Monografia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Nunes, J. (1995). Com mal e com bem, aos teus te até: As solidiedades primarias e os limites da sociedade-providência. *Revista Critica em Ciências Sociais*, 42, 5-25.

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

OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: OMS.

Osório, LC. (2009). *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista Sociologia*, Vol. 15, 275-287.

Paúl, C. (2012). Solidão em pessoas mais velhas. *Rediteia. Revista de Política Social*, 45, 33-44.

Paúl, C., Fonseca AM., Martín I. & Amado J. (2005). A satisfação e qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses. In C. Paúl & A.M. Fonseca (eds), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestações de Cuidados (pp.23-66)*. Lisboa: Climepsi.

Paúl C. & Ribeiro Ó. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel

Paulino, M. (1991). Respostas sociais no envelhecimento. *Geriatrics N.º 4*, 29-31.

Pettigrew, S. & Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging & Mental Health*, 12(3), 302-309.

Phelan, E. A. & Larson, E. B. (2002). "Successful aging"—Where next?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.

Pinto, T. (2008). Novas Tecnologias & Idosos. *Rediteia. Revista de Política Social*, 41, 29-31.

Pires, A. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica aos sistemas e dispositivos de recolhimento e validação de aprendizagens e competências*. Dissertação de Doutoramento, UNL, Lisboa.

Pruchno R. A., Wilson-Genderson M., Rose M. & Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6), 821-833.

Quaresma, M. (2004). *Interrogar a dependência. O Sentido das Idades da Vida - Interrogar a solidão e a dependência*. Porto: Cesdet Edições.

Riley M.W. (ed.) (1998). *Aging in society: select reviews of recent research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Rowe, J. W. & KAHN, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science* 237(4811): 143-9.

Rowe, J.W. & Kahn R.L. (1998). *Successful Aging*. New York: Random House.

RUTIS (2007). *Regulamento Geral das Universidades da Terceira Idade*. Lisboa: RUTIS.

Santos, Á. & Cuba, M. R. (2012). *Saúde Coletiva: Linhas de cuidado e consulta de enfermagem*. Brasil: Elsevier.

Santos B., Reis J. & Hespanha P. (1992). *O estado e a sociedade civil: A criação de autores sociais num período de reconstrução do estado*. Coimbra: CES.

Scheidt R.J., Humpherys D.R. & Yorgason B.J. (1999). Successful aging: what's not to like. *Journal of Applied Gerontology* 18(3), 277-282.

Schroots, J. & BIRREN, J. (1980). A Psychological point of view toward human aging and adaptability. *Adaptability and Aging, Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology* (pp.43-54). Quebec, Canada.

Schumachera C., Puttini R. & Nojimoto T. (2013). Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde em Debate, V. 37, n.º 97*, 281-293.

Silva, L. I. (2002). *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento*. Madrid: ONU.

Torres, M. (2012). Envelhecimento e saúde mental: estratégias locais de intervenção. *Rediteia - Revista de Política Social*, 45, 91-104.

Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health. Understanding The Health Consequences of Relationships*. New Haven: Yale University Press.

Veloso, E. (2008). *A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. VI Congresso Português de Sociologia - Mundos sociais: Saberes e práticas*, (pp. 3-12).

Vergueiro, M. (2012). Os maus tratos exercidos contra as pessoas idosas: da sensibilização à avaliação. *Rediteia. Revista de Política Social*, 45, 105-116.

Walker, A. (2006). Active ageing in employment: Its meaning and potential. *Asia Pacific Review*, 13(1), 78-93.

Walker, A. (2010). The emergence and application of active ageing in Europe. In G. Naegele (Ed.), *Soziale lebenslaufpolitik*, Ten Brink (pp. 585-601). Meppel: Springerlink.

Wenger G., Davies, R., Shahtahmasebi, S. & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model. *Ageing Soc*, 16, 333-343.

ANEXOS

Anexo1

Entidades que colaboraram na realização/dinamização dos *focus-groups*:

Associação Em Diálogo

Associação de Moradores das Lameiras

Associação de Solidariedade Social das Aldeias de Mondim de Basto

Ave Cooperativa Intervenção Psico-social

Basto Vida – Serviços de Acção Social e Cuidados de Saúde, SRL

Centro Social da Paróquia de Tabuaças

Centro Social e Paroquial de Monsul

Centro Social e Paroquial de Santa Eulália

Delegação de Fafe da Cruz Vermelha Portuguesa

Município de Vieira do Minho (CLDS)

Município de Vizela

Anexo 2

Análise de conteúdo horizontal

Idosos Institucionalizados:

Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações
Significado de Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Saúde	<p>“Se não cuidarmos da saúde não nos sentimos bem e para poder viver bem é preciso ter saúde.”</p> <p>“Ter objectivos e saúde”</p> <p>“ É preciso saúde”</p> <p>“ Ter saúde é o essencial”</p> <p>“ Ter saúde”</p> <p>“ Saúde”</p> <p>“ É não ter doenças”</p> <p>“ É ter cuidado com a saúde”</p>
		Acesso a cuidados de saúde	<p>“As consultas não deveriam demorar tanto tempo”;</p> <p>“Não há facilidade em passar os remédios”;</p> <p>“Demoram muito as consultas, o atendimento é mau, não nos respeitam”;</p> <p>“Ter médico, cuidados de saúde como deve ser”</p> <p>“ Ir ao médico... tomar os remédios”</p>
		Alimentação adequada	<p>“ Ter uma alimentação saudável.”</p> <p>“É muito importante ao longo dos anos ter uma alimentação saudável.”</p> <p>“Comer refeições saudáveis e caminhar.”</p> <p>“Gosto de comer bem”</p> <p>“Comer não aquilo que faz mal, mas sempre aquilo que faz bem”</p> <p>“Uma alimentação saudável”</p> <p>“ Comer e beber”</p>
		Independência	<p>“Ser dependente de nós e não precisar de tomar medicamentos”;</p> <p>“Ser independente”</p> <p>“Não incomodar os filhos.”</p> <p>“Estar à vontade na minha casa”</p>
		Autoestima/ autovalorização	<p>“Sentir-se bem connosco próprios”</p> <p>“ é também ser alegre”</p> <p>“Ser velho e ter espírito jovem”</p> <p>“Arranjar-se bem”</p>

			<p>“ sentir-se bem onde estiver” “ sou ativa”</p>
		Bem-estar/ alegria	<p>“A primeira coisa é ter alegria” “A alegria no geral é importantíssima” “ Ter alegria para viver” “ Sinto-me mais nova, tenho alegria” “ Para mim é ser alegre... dançar... cantar... pintar o diabo”</p>
		Resiliência/ Aceitar a vida/aceitar perdas	<p>“Temos de viver com calma... Ir com a vida consoante ela nos levar.” “Saber lutar com todas as armas contra o insucesso que a própria vida nos dá” “Força de vontade” “Vontade de viver e de lutar pelos seus objetivos” “Passar uma vida de satisfação, durante o tempo que cá andamos, só se pode envelhecer bem assim” “Resignação e paciência”</p>
	Relações sociais e familiares	Atividades Lazer/ exercício físico/convívios , etc	<p>“É manter-se ativo e fazer desporto.” “Escolher uma atividade de que goste, passear” “Andar, fazer caminhadas” “Ter uma piscina” “Dançamos, cantamos... gosto de fazer ginástica” “Croché e malha” “Ter atividades para se fazer, porque são a coisa melhor que pode haver para uma pessoa idosa “Estar sempre entretido com alguma coisa, seja muito, seja pouco” “Haver lazer, distração para as pessoas idosas, uma distinção para eles, que estão sentados nos cadeirões nas salas, todo o dia”, “ter outro pessoal que faça distrair os doentes que estão na sala” “seja jogos”, “distração”</p>

		Interação/ relações sociais	<p>“Deixarmos o comodismo de nossa casa.”</p> <p>“Ir passear”</p> <p>“...Convívio faz-me bem”</p> <p>“Ter a mente fresca para estar bem ocupado, poder fazer dança e mais atividades.”</p> <p>“ É gostar de atividades, gostar de passear”</p> <p>“E nós convivermos uns com os outros, brincarmos uns com os outros, fazermos umas brincadeiras. Isso já é o nosso passatempo.”</p> <p>“A distração é importantíssima”</p> <p>“Convívio”</p> <p>“ Passear é importante”</p> <p>“É a gente sair distrair-se com os amigos”</p> <p>“Conversar com as pessoas e conviver”</p>
		Intergeracionalidade	<p>“Tento lidar com os jovens para ganhar força.”</p>
		Relações familiares	<p>“É sentir e estar entre família e pessoas que goste.”</p> <p>“Envelhecer sempre entre família e amigos.”</p>
	Reconhecimento social	Ter paz e sossego	<p>“Sossego”; “Ter paz”</p> <p>“Paz e sossego. Paz de espirito”</p> <p>“É descanso”</p>
		Sentimento de (in) utilidade	<p>“Gosto de ajudar”</p> <p>“Sentirmos que pudemos ser úteis em qualquer momento ou em qualquer circunstância”</p> <p>“ É ser prestável para qualquer coisa”</p>
		Respeito	<p>“Haver respeito”</p> <p>“Envelhecer com dignidade”</p> <p>“É ser bem tratada”</p>
	(In)dependência económica	Aumentar as reformas	<p>“Ter uma reforma maior”;</p>
		Apoio económico	<p>“Ter mais dinheiro e ter acesso ao médico com mais facilidade”;</p>

	Cuidados (formais e informais)	Infraestruturas de apoio	“Ir para um lugar onde haja convívios, para passarmos o tempo.” “Construir uma casa para os idosos, para passarem ali o dia”
		Apoio institucional/ cuidados formais	“Ter pessoas no lar que olhem por nós”, “as pessoas terem vontade para o fazer” “Quando precisar de qualquer coisa, ter alguém que a leve lá” “Eu já estou no centro dia a muitos anos e gosto de lá estar” “Termos uma pessoa aqui para fazer jogos, para cantarmos”, “criar um grupo coral” “Animadores que fizessem que a gente convive-se e estivéssemos mais tempo entretidos”,
		Apoio por parte da Família	“Ter a companhia dos nossos filhos e família”; “Ter apoio da família é muito importante para nós”; “É bom ter o amor de família”; “Ter paz na família e em casa, com os filhos” “Qualidade de vida, elo familiar”, “Estar com a família” “Termos apoio familiar” “ Ter a família por perto” “Dialogo familiar... a própria família ajuda a viver a velhice... os filhos, netos”
		Afetividade	“Que me tratem bem na casa onde estou”
		Apoios aos cuidadores informais	“Apoio às famílias que tomam conta dos mais idosos que estão em casa”
		Participação Social	Entreaajuda
	Temas	Conceitos	Subcategorias
Identificação do que é necessário para um Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Saúde	“Eu precisava de fisioterapia, se não fosse o Dr. eu já não andava”;
		Acesso cuidados de saúde	“Ter um médico de família, “Gostamos de ir à piscina porque é bom e faz bem à saúde”; “Unidade móvel era indispensável”,

		Alimentação adequada	“Boa alimentação”
		Apoio nos transportes	“Transportes para idosos mais dependentes”, “Meio de transporte para ir buscar a casa, para os trazer pelo a menos à paragem”,
	Relações sociais e familiares	Atividades de lazer/ atividades físicas	“Passear, ir até às Fisgas do Ermelo”; “Ir à missa, caminhar” “Caminhar de Verão e dançar”; “Dançar”; “Ter ginástica para andar”; “Ter piscina no verão”; “Ginástica” “É preciso convívios, passeios”
			“Manter-nos ativos...”
	(In)dependência económica	Apoio financeiro/fiscal	“ Ajuda na situação económica”
	Cuidados (formais e informais)	Apoio e cuidados institucionais	“Ter alguém que a apoie, alguém que a oriente.” “Ajuda pessoal” “Ter proteção”, “Ter apoio, uma companhia”; “Necessitar de verificar diabetes... há muitas que não sabem como o fazer” “Nas aldeias ter mais apoio, não sabem o que é medir tensão, diabetes”.
		Apoio ao domicílio	“Ter condições de vida” “Acompanhamento social” “Ter uma pessoa que acompanhe diariamente idosos que moram sozinhos” “As assistentes sociais fazerem visitas aos idosos”,
		Voluntariado	“Voluntariado para ajudar os mais necessitados”
		Apoio familiar	“Três filhas, muito minhas amigas”
		Equipamentos/ infraestruturas	“Construindo Lares” “Ter uma casa para idosos, um lar”, “ter uma coisa que nos protegesse” “Queremos um lar”

	Aprendizagem ao longo da vida	Atividades de aprendizagem	“Ter a mentalidade sempre aberta e o nosso cérebro ativo.”
		Novos conhecimentos/ TIC	“Podíamos de ter necessidade de ter um curso para nós velhos, termos apoio para um computador, para contactarmos com os familiares que estão fora”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações
Identificação de Contributos dos Idosos para um Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Alimentação adequada	“Ter uma boa alimentação”
	Idadismo e Participação social	Entreajuda	“Podemos ajudar-nos uns aos outros”
		Interação familiar e social	Atividades físicas
	Intergeracionalidade		“Abrirem-se com mais novos e passarem o que sabem”, “Espaço onde as pessoas de idade se juntam e contam historias”, “Colaborar com os jovens” “As pessoas são muito fechadas”
	Participação social	Voluntariado	“Os velhotes fazerem voluntariado”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações
Identificação de Contributos da Sociedade Civil para um	Participação social	Entreajuda	“Colaborar uns com os outros”
	Relações familiares e sociais	Combate à solidão	“Não estarmos sós.” “Precisamos de quem nos faça companhia.” “Ter alguém que olhe por nós.” “Ter companhia para não nos sentirmos sós.” “ O mal da sociedade hoje é a solidão que dão ao idoso”
		Cuidados (formais e informais)	Educação para a o envelhecimento ativo
	Reconhecimento	Educação para a cidadania/	“Precisam de estar mais preparados para lidar connosco.”

	social	desconstrução de estereótipos	“Preparar os jovens para as carências das pessoas com mais idade.”
		Respeito	“Ajudarem-nos mas nunca por interesse”; “Havia de haver mais carinho por nós”; “Havia de haver mais caridade sem haver interesse”; “Ter ajuda para fazer o comer”; “ Ter mais respeito pelos idosos”; “As pessoas entenderem-se bem umas com as outras”; “Mais respeito, mais simpatia, mais educação, as pessoas não ajudam nada”; “Falta ajudas, não digo de espécie humana, digo de postura, digo de civismo.” “ Ter respeito, uns pelos outros... compreendermo-nos uns aos outros.”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações
Identificação de Contributos do Poder Local para um Envelhecimento Positivo	Cuidados (formais e informais)	Apoio transportes/ acesso	“Não é fácil ir ao médico e não temos transporte”; “Não há transporte e temos de ir de autocarro ou chamar um táxi”; “Agora todos têm carro e por isso tiraram os autocarros”; “Os autocarros passam muito cedo de manhã”; “Temos de pagar o táxi porque não temos transporte de ida e volta”; “Os transportes e essencial”
		Criação de infraestruturas/ equipamentos	“Contribuíram em algumas coisas e criaram centros de dia.” “Arranjar um salão para juntar as senhoras, todas juntas” “Fazer mais lares com mais conforto”
		Segurança	“Haver segurança”
	(In)dependência económica	Apoio financeiro/fiscal	“Falta dinheiro”
	Interação familiar e social	Atividades de lazer	“Queria que não nos tirassem o passeio à praia porque gosto muito de apanhar sol”, “Fazer passeios com mais regularidade”; “Os passeios é que são importantes”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações
	(In)dependência económica	Baixos valores reformas	“Um pobre não pode pagar tudo só com a reforma que tem” “ As nossas são reformas pequeninhas não podemos pagar tudo” “ Hoje em dia é difícil fazerem alguma coisa, não há dinheiro” “ Podiam nos aumentar a reforma” “ Dar mais dinheiro, aumentar a reforma”

		Apoios medicação	“O governo podia ajudar os pobres e dar mais apoio na medicação pois as reformas são baixas”; ...
		Apoio transportes	“ apoiar as pessoas doentes através do pagamento dos transportes”;
		Apoios para actividade lazer	“Os idosos têm que desistir muitas vezes de seus hobbies por falta de dinheiro. Os cortes nas reformas, obrigou a desistir de projetos feitos antes da reforma.”
Identificação de Contributos do Poder Central para um Envelhecimento Positivo		Apoio financeiro/fiscal	“A parte económica para a nossa idade é fundamental e eles andam a cortar.” “Envelhecer bem também depende da situação financeira e agora pouco nos resta.” “Ter algum dinheiro também ajuda mas o governo anda a tirar a todos.” “O poder central tem que criar meios para os idosos com mais carências económicas envelhecerem bem. “ Era dar dinheiro as freguesias...para irmos para a piscina”
	Cuidados (formais e informais)	Levantamento de necessidades	“Deviam vir conhecer as necessidades das populações, deviam ter conhecimento, conhecer as bases”, “o poder central podia ter alguém responsável, equipas... e dizer, vão para o Norte e fazer levantamento de todos os lugares” “O poder tem as camaras, juntas, governador civil, eles aqui, é que têm de dizer as necessidades”
		Apoio transporte	“Tenho de me deslocar para longe, para ir buscar medicamentos, precisamos de um lar para quem não pode pagar”;
		Infra-estruturas/equipamentos	“Apoiar mais o nosso centro de dia, para crescer mais” “Cedência de escolas para fazer um centro de dia” “Um lar de noite”; “ centros de noite” “ Talvez um lar onde as pessoas ficassem, pessoas que não tivessem família”
		Atividades lazer	“Dar umas camionetas para darmos uns passeios.”
		Apoio habitação	“Melhorar as habitações dos que precisam”
	Relações sociais e familiares	Atividades Lazer	“Termos convívios, termos apoio, principalmente, das camaras ou juntas para que leve os da terceira idade a certos lados, que por vezes a gente não conhece... a gente sai das nossas aldeias, já distrai” “Mais ajuda nas freguesias” “Uma vez por ano os idosos tenham um passeio”

Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações
Identificação de Iniciativas para um Envelhecimento Positivo	Relações familiares e sociais	Atividades Lazer (físicas, religiosas, convívios, manuais, etc.)	<p>“Ter mais vezes piscina”;</p> <p>“Ter piscina no verão também”;</p> <p>“Ter mais passeios”;</p> <p>“Fazer iniciativas novas, porque as que fazemos não são interessantes”;</p> <p>“Fazer mais passeios”; “Haver mais bailaricos e passeios”;</p> <p>“Ir à praia e haver mais convívio”;</p> <p>“Fazer muitas atividades.”</p> <p>“Fazer caminhadas (caminhada de Cavez).”</p> <p>“Fazer teatro, pintura, dança e música.”</p> <p>“Fazer hidroginástica.”</p> <p>“Viver a vida nos meios rurais e ver paisagens lindas é o meu lema de vida.”</p>
		Estímulo cognitivo	“Vamos andando na Universidade Sénior e também no Teatro.”
	Saúde e autonomia	Combate à solidão	“Combater a solidão.”
		Acesso a cuidados de saúde/ apoio ao domicílio	<p>“Uma carrinha móvel dar apoio de enfermagem... é uma das primeiras necessidades”</p> <p>“cuidados de saúde, neste momento seria o ideal”</p> <p>“Mais rastreios”</p>
	Cuidados formais	Apoio ao domicílio (reparações nas habitações)	<p>“Criar uma oficina com reformados para arranjar umas torneiras, aqueles que não podem”,</p> <p>“pequenos arranjos”</p>
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citações

Definição das 3 Iniciativas mais Importantes	Relações sociais e familiares	Atividades lazer/ Exercício físico...	<p>“Passeios” “Conviver é também muito importante” “ Mais passeios, mais atividades” “Ginástica” “Piscinas” “Trabalhos manuais” “ Exercício físico” “Oficina móvel para idosos” “Criação dos grupos e a animação” “Atividades em geral”</p>
	Saúde e autonomia	Saúde/	<p>“Primeiro é a saúde”; “Saúde” “Saúde, paz e amor. É o essencial”</p>
		Acesso aos cuidados de saúde/ apoio ao domicílio	“O carro móvel da saúde é prioritário”
		Alimentação adequada	“Alimentação saudável”
		Combater a solidão	“A solidão mata.”
	Reconhecimento social	Respeitos pelos outros	“Faz falta investir em nós, respeito!”;
	Cuidados (formais e informais)	Afetividade nos cuidados/ interação	<p>“É preciso muito carinho”; “É preciso dar-nos muito amor e carinho”; “Saúde, paz e amor. É o essencial” “Pessoas para darem um passeio com os idosos” “Ser bem tratada como uma pessoa igual às outras, também tenho sentimentos”</p>
Apoio da rede social do idoso		<p>“Muito amor dos outros e carinho da família”; “Queria ter os meus irmãos à minha beira e ter também a família era muito bom”; “Ter alguém que se lembre de nós, filhos, família, amigos e vizinhos.”; “O primeiro pilar é a família e depois vêm os amigos.”;</p>	

Idosos Não-Institucionalizados:

Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
<p>Significado de Envelhecimento Positivo</p>	<p>Saúde e autonomia</p>	<p>Saúde</p>	<p>“É ter saúde e ser bem tratada” “Não doer nada no corpo e não ter doenças graves” “A gente o que quer é saúde para poder ir para o campo dar um giro, ir a passeios e sair da rotina” “É ter saúde e a família perto isso é um sonho” “Saúde, para fazer aquilo que nos aparece...” “Ter saúde e força para andar...” “Ter saúde é a gente acordar vivo...” “Ter saúde” “Essencialmente saúde” “(...)É ter mural, mas a mural também é saúde, a mural vem da saúde...” “Trabalho com moderação dá saúde...” “Para mim, envelhecer bem é em primeiro lugar é ter saúde.” “Com saúde faz-se tudo”</p>
		<p>Felicidade</p>	<p>“Eu nunca fui tão feliz do que como sou agora. Eu, às vezes pergunto, ai meu Deus será que eu mereço ter assim uma vida, tão boa, tão feliz.”</p>
		<p>Independência</p>	<p>“É ter saúde e pernas para andar, não precisar da ajuda dos outros” “Para mim o melhor era envelhecer em casa. Ter alguém que nos apoiasse quando não podermos estar sozinhas” “Eu um dia se sair da minha casa, vou perder a minha identidade, a minha alegria, vou perder tudo” “E há outra questão que é tudo que é preciso viver com um nível razoável de tudo que possa ter para viver e não estar dependente dos centros sociais, dos lares e em que a família possa colaborar para o envelhecimento daqueles que tão a precisa” “vivo sozinha mas em todo o caso eu não troco a minha casa, a minha solidão para ir para um lar ou para uma coisa dessas. Ser independente, fazer o que eu quero.” “preciso de apoio e muito agradeço pela minha deficiência porque eu luto para ser independente o mais possível e todos nós devíamos fazer isso, lutar pela nossa</p>

			<p>independência, pelo nosso cantinho”</p> <p>“Não ir para a cama muito cedo porque se não só se dorme. Se, se for para a cama às oito da noite ainda é muito cedo. Deve-se ficar a ler ou a ver televisão. Eu acho que temos de viver como podemos.”</p>
		Auto valorização/realização	<p>“Eu penso em ajudar todo o mundo”</p> <p>“Tratar os dentes, o cabelo, para além de não ajudar estão a tirar o que temos, eu não estou mal!”</p> <p>“procuro tudo o que seja atividades, algo para fazer e poder dizer... “eu estou ocupada”</p> <p>“sobretudo fazer o que nos vai na alma, fazer aquilo que não podíamos fazer quando estávamos no ativo, conhecer novas pessoas, fazer novas amizades”</p> <p>“Em primeiro lugar, tem de gostar de si próprio, tem de aceitar a sua idade. Saírem, praticar desporto, pode até ser caminhar”</p> <p>“Pois eu não estou, eu não penso na velhice, penso que sou jovem ainda.”</p>
		Alimentação adequada	<p>“Ter comida do Centro Social, pena que não traga vinho”</p> <p>“Talvez ter cuidado com alimentação, com a bebida...”</p> <p>“(...) ter mais cuidados, com a alimentação, e com a “pinginha””</p> <p>“eu como tudo do campo tudo feito ali em casa, não há cá outras coisas...”</p> <p>“E gostamos muito de comer”</p> <p>“Envelhecer bem é ter uma alimentação não supérflua”</p>

	Resiliência/ Aceitar a vida/aceitar perdas	<p>“Eu acho que tem de haver muito otimismo, muita força. Não é fácil... não é fácil... mas temos de lutar com muita força”</p> <p>“Para envelhecer bem temos que aceitar aquilo que nos surge do dia-a-dia (...)”</p> <p>“Aceitarmos as dores e os cabelos brancos... e tudo aquilo que aparecer.”</p> <p>“Aceitar o que a idade nos traz”</p> <p>“Aceitar a idade, o que a vida nos dá”</p> <p>“Aceitar que é preciso fazer algumas coisas quando se fica mais velho, por exemplo, se for preciso fralda aceitar e ajudar quem está a tomar conta.</p> <p>Aceitar a vida como ela é.”</p> <p>“não fazermos do envelhecimento um drama, porque não é”</p> <p>“acho, que há uma mania de dizermos, no meu tempo...ai se eu tivesse feito isto... E por conseguinte temos de para de ser saudosistas e termos a dignidade de possuir a idade que temos, aceitarmos o que somos.”</p> <p>“envelhecer bem para mim é fechar os olhos e dizer ‘pronto sou feliz, tive exatamente aquilo que eu desejava”</p>
Cuidados (formais e informais)	Cuidar da família	<p>“Dedicarmo-nos à família, sobretudo aos netos. Dar apoio aos netos e viver o dia-a-dia.”</p> <p>“Dar apoio aos netos, e saber aproveitar o que a vida nos dá. Aproveitar e viver um dia de cada vez.”</p>
	Apoio Familiar	<p>“Ter uma boa família que nos apoie nos momentos difíceis, a família faz falta...”</p> <p>“com o apoio dos filhos, que eu sou viúva, os meus filhos são espetaculares, tenho quatro filhos espetaculares, apoiam-me muito”</p> <p>“Sempre que eu preciso estão prontos... Ao domingo vou para o meu filho e ao sábado vou para a minha filha do meio”</p> <p>“Para mim o melhor era envelhecer em casa. Ter alguém que nos apoiasse quando não podermos estar sozinhas”</p> <p>“ter uma boa estrutura familiar e ser feliz o mais possível e ter algum dinheiro para que se possa viver sem grandes dificuldades”</p>
	Ter apoio por parte da rede social do idoso/ combate à solidão	<p>“Os amigos, a gente tem que conviver com eles e falar...”</p> <p>“Depois é ter o suporte, o apoio da família e dos amigos, para aquilo que a gente precisar.”</p> <p>“não conhecer a solidão, porque acho que a solidão é a coisa mais triste que pode</p>

			existir, ter sempre alguém que nos escute, seja família ou outras pessoas, ter saúde, ter um bom nível de vida tanto na alimentação como na higiene, termos ainda a possibilidade de sonhar, de realizar coisas que a gente podia ter feito e que não pode por questões de se ter filhos, ter a nossa vida, ter ainda a possibilidade de ajudar os outros.”
		Rede boa vizinhança	“União dos vizinhos/amigos” “eu acho que o principal é a boa vizinhança, haver uma boa vizinhança para não haver atritos entre uns e outros (...)”
		Ter mais apoio Institucional/ apoio domicílio	“ Os do apoio domiciliário vêm levar o comer e tudo...” “A gente conseguir fazer a sua higiene”
	Relações sociais / familiares	Atividades lazer	“As aldeias estão desertificadas, eu tenho de procurar fora alguma coisa para conviver... Ginásio, as amigas... Ir ao cinema, que gosto muito” “É poder cantar, dançar, dizer umas asneirinhas... e sabe tão bem.” “(...) conviver com esta gente toda... Isto é que é bom, não é a estar fechada em casa que se esta bem, eu pelo menos não.” “Nós cantamos, dançamos, bebemos e conversamos...” “(...) para envelhecer bem precisava de passear todos os dias, esquecer os assuntos maus, e arejar e passear...” “(...) as vezes, umas saídas esquece os problemas...” “Convívio.” “O convívio é importante, (...), gosto muito destes passeios, convivemos muito.” “Passeios”
		Sentimento de Solidão	“Chega a noite sinto-me só...”
	Reconhecimento social	Ter paz e sossego	“Ter paz e sossego”
		Sentimento de (in) utilidade	“Dar valores aos velhos, nós não somos um peso”

	(In)dependência económica	Rendimentos/ apoios	“É ter algum dinheiro para a velhice” “Dinheiro é preciso para o dia-a-dia”
		Ser ativo/ Trabalhar	“Gosto muito de trabalhar quando estou cansado, descanso (risos), ainda me dá gosto trabalhar.” “Estar ativo, não estar parado, arranjar coisas para fazer.”
	Participação social	Entreajuda	“A gente ajuda-se...tem que ter força para lutar, força para viver...”
		Rede de boa vizinhança	“União dos vizinhos/amigos” “eu acho que o principal é a boa vizinhança, haver uma boa vizinhança para não haver atritos entre uns e outros (...)” “Eu passo dias e dias que não vejo esta minha vizinha e é porta com porta, ela anda no trabalho dele e eu no meu... E assim aqui encontramos-nos...”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Identificação do que é necessário para um Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Alimentação adequada	“Ter uma alimentação saudável. Comer bem, porque às vezes não se sabe escolher os alimentos que não fazem mal à saúde e se comermos melhor é melhor para a saúde.”
		Saúde	“Fazer o que puder e o que a saúde deixar” “É ter carro para ir passear e ir ao médico” “ É não ter de trabalhar, principalmente ao frio”; “Ter dinheiro para ir ao médico e para alugar um carro, nem carta e carro tenho” “É preciso saúde”
		Auto valorização/realização	“Conheço pessoas que trabalharam e estão boas, penso que o meu aspeto está muito mau” “Envelhecer era a gente ser coradinha, bonita, uma cara novinha... Agora envelhecer e ficarmos marrequinhas, velhinhas... (risos) é uma tristeza. (risos)”
		Felicidade	“Envelhecer bem é ter momentos com alegria, ouvir música e dançar”
		Aceitar a vida/aceitar as perdas	“Eu tenho mais que motivos para entrar em depressão... mas eu corro com elas”
	(In)dependência económica	Apoio habitação	“Condições... como por exemplo a nível de habitação”
	Apoio acesso cuidados saúde	“Ter dinheiro para ir às consultas”; “Termos apoios no dinheiro”	

		Apoio actividade lazer	“Ter mais dinheiro para passear, sem dinheiro não posso”
		Aumentar as reformas	“Aumentar a reforma porque são muito baixas”
	Relações sociais e familiares	Atividades lazer	<p>“Nestes convívios/passeios nada faz mal, convivemos todos! Em casa tudo faz mal, porque a gente não tem com quem conversar”</p> <p>“ocupar o tempo com coisas que nos dê prazer, como praticar um desporto ou caminhando, dançando, ir a espetáculos, ao cinema, para mim isso dá-me prazer, pronto”</p> <p>“Iniciativa como esta de estarmos todos juntos, passeios mas a sítios diferentes, não é sempre a Fátima”</p> <p>“Ser ativos.”</p> <p>“Sair de casa, muitas pessoas ainda são tão novas e dizem que já são velhas e ficam em casa”</p> <p>“Ter vontade de fazer coisas”</p> <p>“Sair de casa”</p> <p>“Nós aqui construímos uma segunda família”</p> <p>“Arranjar formas de passar bem o tempo, porque há pessoas que não tem essa facilidade e capacidade”</p>
		Rede de boa vizinhança	“Os vizinhos podem ajudar no que for preciso”
	Cuidados (formais e informais)	Apoio familiar e de amigos	“E também sentir o apoio...”
		infra-estruturas de convívio	<p>“As pessoas terem espaços para irem e estar juntos com outras pessoas. Podiam fazer joguinhos juntos, lanchar, um levar uma coisa e outro outra, uns bolinhos e chá”</p> <p>“Criar mais lares e centros de dia”</p>
	Participação social	Sentimento utilidade	<p>“quero é ajudar a criar os meus netos e a ajudar os meus filhos sempre que posso. Levar os netos à escola, ir buscar, dar comida e não é preciso tempo para ler”</p> <p>“Ter trabalho porque ainda sou muito novo e não gosto de estar parado”</p>
	Aprendizagem ao longo da vida e formação	Atividades de aprendizagem	<p>... E temos a universidade sénior em Braga. Tem-me feito muito bem...”</p> <p>“Exercitando a mente... Ler umas frases, recapitulando a tabuada...”</p> <p>“Envelhecer bem é fazer outras coisas, ler, ver programas de televisão, ter mais</p>

			cultura porque as pessoas não querem fazer isso e ajuda a não ser enganadas, a ser educadas e a passar o tempo.”
		Novos conhecimentos / TIC	“É bom ter conhecimento, ler e ver programas de televisão diferentes.. ter computador.”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Identificação de Contributos dos Idosos para um Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Alimentação adequada;	“Temos de nos alimentar direito”
		Resiliência	“Aceitar o que a vida e a velhice nos traz”
	Relações familiares e sociais	Apoiar a familiar	“Apoiar a família”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Identificação de Contributos da Sociedade Civil para um Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Combate à Solidão	“Não tenho uma pessoa que passe por mim e me dê uma fala, as pessoas agora são muito más”; (...) “Agora as pessoas novas não ligam as pessoas de idade.”
		Cuidados (formais e informais)	Apoio voluntariado/domicílio
	Apoio institucional		“(…)quando eu necessitar de ajuda para cuidar da minha mãe, vou pedir ao centro social (lar)”
	Apoio á Segurança		“Tenho medo de andar a pé sozinha por causa dos gatunos”
	Reconhecimento social	Respeito	“A sociedade por vezes falha e não dá a atenção devida aos idosos, há dias um garoto mandou-me uma bola à cabeça”;
	Interação familiar e social	Rede social do idoso	“É bom dar-mo-nos bem uns com os outros, amigos e vizinhos”;
Combate a discriminação		“sociedade o que pode fazer é não rejeitar, não dizer ‘aquele velho que está ali’.”	
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Identificação de Contributos do Poder Local para um Envelhecimento Positivo	Interação familiar e social	Atividades lazer	“ Já tivemos muitos passeios bonitos”;
		(In)dependência económica	Aumentar as reformas
	Apoio social / ao domicílio		“Manter sempre as ajudas, não é só quando precisam dos votos dos idosos que são muitos. Se houver eleições ajudam em muitas coisas e depois já não se interessam”

			“Apoio ao domicílio. Portanto serem as próprias câmaras e juntas a fazerem isso, a organizar”
		Atividades lazer	“Era bom que não nos tirasse do bolço, que nos deixe as nossas reformas em paz...” “A Camara e as Freguesias, deviam-se juntar e promover as atividades” “Deviam levar as pessoas de idade a espetáculos, ao cinema, a ir lanchar a um sítio diferente”
		Apoio financeiro/fiscal	“Igualdade nos apoios” “Acho mal os lares serem um comércio (...) a segurança social devia ajudar mais, fiscalizar mais. (...)”
	Cuidados (formais e informais)	Apoio nos transportes	“Olhe quando temos de ir ao médico, termos alguém que nos levasse por exemplo. Se não, tenho de ir de táxi assim...” “Camara podia fazer um projeto, onde forneciam uns passes...”
		Apoio/Cuidados Sociais	“Na nossa aldeia é necessário fazer alguns caminhos, fazer caminhos de casa com espaço de convívio e lazer”;
		Formação para cuidadores (formais e informais)	“Mas eu acho que no fundo está a formação da pessoa. Porque se tiver uma boa formação pessoal, é diferente. (...) Existem pessoas que não têm feitos para trabalhar nestes sítios” “As pessoas que trabalham no lar deveriam ter uma formação antes de começarem a trabalhar lá” “Eu acho que as Câmaras podiam dar formações as pessoas, como tratar das pessoas que têm em casa acamadas. Instruir os familiares, como virar um doente, dar a comida à boca.”
		Saneamento/ habitação	“Faz falta saneamento básico”;
	Aprendizagem ao longo da vida e formação	Atividades de aprendizagem/ formação	“Criar sítios para aprendermos cultura” “exercitar a mente”

Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Identificação de Contributos do Poder Central para um Envelhecimento Positivo	Saúde e autonomia	Acesso aos cuidados de Saúde	“Deviam acabar as taxas moderadoras, devíamos ter direito ao médico gratuitamente, a nossa reforma vai dando para os medicamentos, já não é mau” “Não devíamos pagar para ir ao médico”
	(In)dependência económica	Aumentar as reformas	“Sabe Deus para a gente fazer os descontos naquela altura e agora ter uma reforma tão pequenina” “Poderiam não cortar as reformas...”
		Apoio financeiro/fiscal (medicação, transporte, apoio social,, Apoio social	“Temos de comprar medicamentos e ir a médicos particulares por vezes e as reformas vão todas...” “Poderiam ajudar no pagamento de algumas contas...” “Podia colocar a medicação a preços mais baixos...” “Eu vivo da minha reforma... e pelo menos não me mexerem nela... já é bom. Não é muito grande mas vai dando para a gente sobreviver.” “O dinheiro que o Estado comparticipa para um lar, ajudasse a família. (...)” “Colocar os lares com condições ... A segurança social deveria dar mais apoio fiscalizar, mas não dão aquele apoio por utente e deveriam ver onde é gasto esse dinheiro...” “poder central devia proporcionar entradas gratuitas nos lares para toda a gente, para os idosos.”
			“O Estado tem como obrigação de nos dar outro envelhecimento...por exemplo falo

			<p>por mim, se um dia mais tarde, eu ficar em casa doente acamada, o meu filho não pode deixar de trabalhar para cuidar de mim..."</p> <p>"Deviam proporcionar uma velhice feliz, com dignidade. (...)"</p> <p>"Eu acho que as assistentes sociais também deviam se ocupar um bocadinho de certas coisas"</p> <p>"Má distribuição dos rendimentos e desconfiança, mas o normal é terem um bocadinho esta confiança... se têm algum caso que conheçam, dirigem-se aos centros sociais e denunciem... Porque os técnicos acompanham centenas e centenas... É muito complicado. Portanto a ajuda parte de todos nós um bocadinho. O Estado somos todos nós."</p> <p>"Os nossos governantes deviam não gastar tanto dinheiro mal gasto..."</p> <p>"Escola Sénior sem se pagar porque eu fui ver da Universidade Sénior e paga-se muito. Por exemplo nós fizemos uma parceria com uma escola e alguns professores faziam voluntariado para nos ensinar algumas coisas"</p>
	Cuidados (formais e informais)	infraestruturas	<p>"Têm de criar condições."</p> <p>"E que haja estruturas, do estado, camararias..."</p>
		Apoio por parte do Estado	"O governo poderia fazer alguma coisa para que agente envelheça bem..."
		Mais fiscalização	"Havia de haver mais fiscalização...nestes centros, porque...as vezes as pessoas estão ai a morrer aos bocados. Porque se quer ir para um lar, pedem-lhe balúrdios. Eu conheço um caso (...) os lares levam valores muito altos, é um exagero"
		Humanismo / afectividade nas relações	<p>"Esta frieza que a colega está a dizer é natural, é o profissionalismo. O profissional não tem possibilidade de estar permanente com um só idoso. (...) O profissional está a trabalhar, e porque ainda tem não sei quantas camas para posicionar... "</p> <p>"Não é essa a frieza... mas sim a frieza de todo o sistema. (...)"</p> <p>"Eu acho que devia mudar as regras do lar... a rigidez dos horários. Mudar os horários. Não tornar a vida numa rotina."</p>
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Identificação de <u>Iniciativas</u> para um Envelhecimento Positivo	Interação familiar e social	Atividades lazer/ físicas/	<p>"A hidroginástica pode estar incluída na atividade física"</p> <p>"Desde que veio este padre que não há missas, a missa é um convívio"</p> <p>"Vou sempre aos passeios, os convívios são importantes"</p> <p>"Gosto de ir à feira só para comer o almoço num restaurante, assim saio da rotina"</p> <p>"Convívios"</p>

	Participação social	Segurança	“Sítios seguros... Porque na minha aldeia não dá para fazer caminhadas, pois a qualquer momento vem um carro, leva-me a velocidade que eles andam....”
		Voluntariado (sénior)	“Eu acho que se cada um de nós cultiva-se o voluntariado para o vizinho, para quem precisar, para a sociedade” “Espírito de ajuda entre as pessoas... Podia haver um banco de voluntariado nas freguesias...” “Eu acho que deviam arranjar mais sítios ou pessoas para ajudar os necessitados”
Temas	Conceitos	Subcategorias	Citação
Definição das 3 Iniciativas mais Importantes	Saúde e autonomia	Saúde/ acesso aos cuidados de saúde	“Trazer enfermeiros fazer rastreios...” “Boa assistência medica...” “Trazer aqui enfermeiros como já fizeram uma vez” “Realmente é pena termos o património assim, têm de fazer alguma coisa... vender ou assim porque a Câmara não aguenta estas despesas todas... É a degradação o património...”
	(In)dependência económica	Mais Apoio financeiro/fiscal	“(...)que é muitos edifícios escolares abandonados e a Camara de Vila Verde fizeram pequenas habitações para famílias carenciadas, as salas era grandes dividiram-se com umas obras também. (Pausa) Têm uma renda simbólica, mas para isto tem que haver investimento (...)” “Ter um pouquinho de mais dinheiro” “Para mim era dar uma reforma de maneira a que as pessoas possam viver com as mínimas condições...”

	Interação familiar e social	Atividades lazer, físicas, religiosas,	<p>“Os grupos locais, religiosos, porque tudo que envolve a igreja junta as pessoas, mas infelizmente os padres não têm tempo, a paróquia poderia ser mais dinâmica com a população...”</p> <p>“A gente se distrair, comer uma merendinha, rir e cantar e ter a companhia do marido”;</p> <p>“Visitar sítios que não conheço”</p> <p>“temos uma escola mais velha que as eras chegam ao telhado, podíamos juntar para limpar para não estar ao abandono, mas não fazem nada... Isso também era convívio...”</p> <p>“Convívio, participação...”</p> <p>“Convívios com comida (risos)...”</p> <p>“Os grupos corais”</p> <p>“um rancho, e outro grupo os Amigos da Pandega. ”</p> <p>“Is para as piscinas”</p> <p>“Cuidar das hortas e jardins”</p>
		Rede Boa vizinhança	“Ter amigos e bons vizinhos”
	Cuidados (formais e informais)	Criar infraestruturas	“Criação de infraestruturas”
		Combate à solidão/	<p>“é muito importante não deixar os velhotes sozinhos”</p> <p>“Trazer pessoas para voluntariado para as nossas casas, conversar com os velhotes...”</p> <p>“eu estou muitas vezes sozinha e tenho medo”</p>