



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

TESIS DOCTORAL

“Plano estratégico gerontológico no município de Gaia (Portugal) para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado”.

Paula Cristina Pelicano Alves Rodrigues da Silva

ISBN 978-84-9887-787-8 (Edición digital PDF)



Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos, *Catedrático de Enfermería Geriátrica y Gerontológica* del Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela; y la **Prof^a. Dra. Mónica Antelo Martelo**, *Profesora Asociada del* Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, como codirectores de esta tesis

INFORMAN:

Que la memoria adjunta titulada: **“Plano estratégico gerontológico no município de Gaia (Portugal) para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado”**, para optar al grado de Doctor, presentada por **Paula Cristina Pelicano Alves Rodrigues da Silva**, ha sido realizada bajo nuestra dirección.

Considerando que constituye trabajo de tesis, autorizamos su presentación en la Universidad de Santiago de Compostela.

Fdo. Prof. Dr. José Manuel Mayán Santos
DIRECTOR

Fdo. Profr^a. Dra. Mónica Antelo Martelo
CO-DIRECTORA

Fdo. Paula Cristina Pelicano Alves Rodrigues da Silva

...“ na infância gatinhamos, na idade adulta apoiamo-nos seguramente em dois pés, e na velhice, por vezes, é necessário o apoio adicional de uma bengala para a locomoção”...

Édipo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Professor Doutor José Manuel Mayán Santos, por toda a amizade e dedicação demonstrada desde o dia em que me candidatei ao Doutoramento em Gerontologia.

À minha filha, Sara Filipa e ao meu marido, Fernando Domingues, pelo carinho, afecto e cumplicidade, passados ao longo da realização deste trabalho, mostrando todos os dias um sorriso, proferindo uma palavra amiga, que me estimulava a continuar e que me fizeram atingir o objectivo a que me propus.

Aos meus pais, Maria Pelicano e Euclides Silva, que são a base de toda a minha formação, com quem aprendi que a busca do conhecimento exacto é o verdadeiro caminho do crescer, e que o amor, o respeito, a gratidão e a humildade são os melhores aliados a serem seguidos por um ser humano de bem.

Aos meus avós (*in memoriam*), que com todo o carinho estiveram presentes na fase inicial da minha vida e que contribuíram para que me tornasse uma pessoa melhor.

Às minhas tias e a todos aqueles, que com carinho e dedicação incondicionais me aconselharam sempre, e que nos momentos de incertezas, estiveram ao meu lado, incentivando-me para perseguir perseverantemente os meus objectivos, depositando em mim confiança e ajudando-me com a sua experiência de vida e cujo auxílio e destreza se fizeram presentes na conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Qualquer trabalho não nasce do esforço isolado do seu autor. Para a elaboração deste, contei com o contributo de um vasto número de pessoas, a quem declaro aqui toda a minha gratidão, pelo entusiasmo e apoio que me deram na realização deste projecto; pela paciência e pela simpatia que sempre me dedicaram.

Em primeiro lugar, quero prestar a minha sentida e sincera homenagem ao Exmo. Senhor **Professor Doutor José Manuel Mayán Santos**, Director desta Tese, por todo o apoio, carinho, disponibilidade e colaboração que me dedicou na elaboração, e na oportunidade de realização de um trabalho desta índole. A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a sua preciosa ajuda; por isso cabe-lhe um lugar muito especial neste meu agradecimento.

À Prof^a. Doutora Mónica Antelo Martelo, codirectora desta tese agradeço os incentivos, apoio e sugestões críticas essenciais para que fosse possível realizar mais esta minha etapa académica.

A toda a equipa do Departamento de Gerontologia e em especial à Consuelo, por toda a ajuda, colaboração e amizade que me demonstraram de maneira directa e indirecta, durante esta etapa da minha formação.

Aos demais professores do Curso de Doutoramento em Gerontologia da Universidade de Santiago de Compostela, pela grande contribuição no alargamento do meu conhecimento teórico e científico no campo da Gerontologia.

A minha profunda amizade e gratidão à Dra. Manuela Mouro, por tudo o que me ensinou ao longo dos anos, sendo por isso uma parte muito importante na base de toda a minha formação e que com todos os seus ensinamentos, contribuiu para a

realização deste trabalho. Desta grande aventura, eu guardo a sua competência, sabedoria, entusiasmo e profissionalismo ímpares.

Aos idosos e às Instituições que amavelmente colaboraram nesta Tese, gostaria de exprimir os meus agradecimentos, pois sem eles, este trabalho não teria sido possível.

À minha família, pelas horas imensas em que tão pouca disponibilidade tive para eles e que no dia-a-dia, sempre tiveram uma bondosa palavra ou um despretenso conselho dado com a simplicidade que lhes é peculiar e me estimulavam nos momentos de desânimo que sempre surgem quando nos propomos realizar um trabalho como este.

Há muito mais a quem agradecer,... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com os seus inestimáveis apoios em distintos momentos e que contribuíram para a concretização deste projecto, deixo aqui o meu sincero obrigado!

RESUMO

A partir da segunda metade do século XX, emergiu nas sociedades desenvolvidas o fenómeno do Envelhecimento Demográfico. Estas mudanças traduzem-se no aumento do número de indivíduos mais idosos, sendo alvo de particular interesse junto da comunidade científica, com a pretensão de o caracterizar e encontrar soluções que prevejam a sua evolução irreversível. Esta dinâmica deve-se a um processo de transição demográfica, passando-se de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos. Verifica-se nas pirâmides etárias uma acentuada diminuição do número de jovens e um marcado alargamento do topo da pirâmide demográfica, ilustrando o acréscimo efectivo do número de idosos, e sobretudo do número dos muito idosos (INE, 2007).

É importante compreender quais os aspectos que fazem variar a saúde e bem-estar do idoso quer sejam de natureza psicológica, económicos e sociais, pois estes problemas podem ser minimizados por políticas de intervenção preventivas e promotoras de um envelhecimento bem sucedido.

Um Plano Estratégico Gerontológico é um documento escrito que especifica o rumo de acção que se deverá seguir. Trata-se de um instrumento de gestão orientado para a produção de decisões e de acções que guiam o que se quer alcançar.

A população idosa é cada vez maior, mas nunca é suficiente falar sobre isso, porque esta população deve ser lembrada, e mais importante, deve ser vista e atendidas as suas necessidades. É relevante falar sobre os avanços tecnológicos, o aumento da longevidade e da qualidade de vida, mas há outros problemas que surgiram e que são importantes abordar.

Os idosos têm necessidade de recorrer a cuidados de saúde, mas também e acima de tudo, precisam de companhia, carinho, actividades recreativas e culturais; têm de sentir que "alguém" se lembra deles e os pode ajudar. Embora este apoio possa ser

prestado por redes formais, deve sempre que possível englobar a família, amigos e vizinhos ou seja, as redes naturais de apoio, visando sempre o idoso no seu próprio contexto.

A eficácia de um plano estratégico avalia-se pela sua capacidade de intervir ao nível dessas condições, alterando-as no sentido da construção de processos de desenvolvimento que se revelem sustentados a médio e longo prazo.

Para fins analíticos e de definição de uma estratégia coerente de intervenção, as condições de desenvolvimento devem ser agregadas em vários conjuntos: aproveitar os recursos já existentes e tomando-os mais abrangentes; funcionar de forma articulada com os restantes recursos da comunidade; reunir condições adequadas, desde uma estrutura física, recursos materiais, humanos e um conjunto de normas de funcionamento. As condições de desenvolvimento serão tanto mais positivas quanto mais favoráveis e interactivas forem as condições verificadas no seio de cada um desses conjuntos. Encontramos assim, duas das funções fundamentais de qualquer plano estratégico: actuar ao nível das condições de desenvolvimento e assegurar a necessária integração e coerência de objectivos e acções no quadro de um domínio tão complexo como é o da gestão de recursos.

No entanto, um planeamento estratégico reflecte uma visão que permita identificar e contratualizar um conjunto coerente de acções que contribuam para a requalificação da base económica, respeitando e valorizando as suas potencialidades socioculturais, ambientais e patrimoniais.

Os planos estratégicos contemplam várias dimensões, entre elas podem-se destacar a conciliação das preocupações de solidariedade social com as de eficácia económica; dimensão voluntarista e prospectiva (criar um futuro, mais do que "prevê-lo"); e empenhamento da maior quantidade de entidades públicas e/ou privadas que intervêm, numa perspectiva de contratualização e de desenvolvimento de iniciativas em parceria.

A elaboração de um plano estratégico para as pessoas idosas resulta, portanto, da convicção de que é necessário entender e actuar sobre as próprias condições socioeconómicas e não apenas sobre as suas consequências ou manifestações.

A presente Tese tem como temática o “Plano estratégico gerontológico no município de Gaia (Portugal) para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado”.

Nesta perspectiva, foi elaborado no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos de Vila Nova de Gaia, mais especificamente, nas freguesias de Santa Marinha e Mafamude, ajudando na reestruturação do serviço de apoio domiciliário aos idosos mais necessitados nesta cidade.

O presente trabalho de investigação pretende identificar os apoios existentes nas suas áreas de residência, as necessidades referidas pelos idosos e os factores que interferem nas suas vidas, contribuindo para a manutenção do idoso no seu meio, através da satisfação das necessidades de vida diária. E ainda, contribuir, no campo da ajuda domiciliária, através do conhecimento do envelhecimento humano e das políticas e respostas sociais que se têm vindo a implementar em Portugal. Neste aspecto interessam sobretudo a abordagem multidimensional do envelhecimento e a preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas.

Este plano em concreto serve essencialmente para definir os grandes objectivos do Município de Gaia no serviço de apoio domiciliário aos idosos da cidade. Tendo em atenção as dificuldades, as capacidades e as oportunidades que existem, o Plano Estratégico procura traçar as grandes linhas de orientação na construção de um futuro melhor para a população com mais de 65 anos que vive na cidade de Gaia.

Mais que um trabalho demográfico, pretende constituir um processo que reforce a participação de toda a população em geral e de algumas instituições em particular, na construção de um futuro colectivo mais justo para os idosos deste Município.

Visa uma revisão e melhoria continuada da oferta integrada, analisando a evolução dos serviços assistenciais na área em estudo, e avaliando a oferta e os serviços oferecidos pelo município. Visando fortalecer a base científica, das necessidades assistenciais e preferências. Um novo estilo de serviço gerontológico indispensável numa futura dimensão de assistência ao grupo dos mais velhos.

Trata-se necessariamente de um “relatório” de percurso, pois que não encerra o diagnóstico, nem desenha os princípios estratégicos finais. Pretendendo suscitar discussão, transportará para trabalhos posteriores a confirmação e afinação de elementos de diagnóstico, completados com esta ou aquela informação que a participação permite acrescentar e sobretudo, permitirá criar a base para a construção colectiva de uma estratégia que se procurará definir em concordância com a população idosa, e os seus agentes mais importantes no desenvolvimento da ajuda domiciliária na cidade de Gaia.

Este trabalho resultou naturalmente de um conhecimento aprofundado obtido por via da vivência diária com idosos, da consulta bibliográfica e estatística. Todavia, houve igualmente o cuidado de realizar diversas visitas, para observação cuidada da situação e das suas dinâmicas, para acompanhar as problemáticas específicas que não suportam a espera pela concretização de outros planos, tendo em vista a obtenção de informação ou a troca de pontos de vista, particularmente enriquecedores para a compreensão das particularidades do Município em estudo.

O estudo seguiu a abordagem quantitativa e o principal instrumento de trabalho escolhido para a recolha dos dados foi a elaboração de uma entrevista estruturada, com o preenchimento de um formulário, a um total de 1500 indivíduos.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 15.0 de 2006.

Importará registar que ao longo deste trabalho se encontraram algumas dificuldades de grande importância e que constituíram fragilidades na construção de um

desenvolvimento pensado para a cidade de Gaia: a ausência de cartografia adequada e de dados estatísticos relevantes que se reportem geograficamente ao município, constituem elementos perturbadores da análise, prejudicando o cumprimento de prazos e sobretudo a profundidade da abordagem de algumas temáticas.

Este trabalho pretende constituir uma primeira peça escrita, de consolidação da informação e da reflexão realizada nesta área, para favorecer a franca participação de todos os agentes envolvidos no desenvolvimento municipal.

As dinâmicas do Município de Gaia estão marcadas essencialmente pela "juventude" do território, ou seja, pela forte capacidade de crescimento que apresenta (demográfico, urbanístico, económico...), longe de uma consolidação ou de uma desertificação/desocupação que marca hoje muitos dos aglomerados urbanos portugueses, muito especialmente as suas áreas mais centrais.

Palavras-chave: Envelhecimento, qualidade de vida, políticas sociais, intervenção social, serviço de apoio domiciliário, plano estratégico gerontológico.

RESUMEN

A partir de la segunda mitad del siglo XX, surgieron en las sociedades desarrolladas el fenómeno del "envejecimiento". Estos cambios se reflejan en el creciente número de personas mayores, y el objetivo de especial interés para la comunidad científica, con la intención de identificar y encontrar soluciones que ofrecen para su desarrollo irreversible. Este impulso se debe a un proceso de transición demográfica, el movimiento es un modelo demográfico de la fecundidad y alta mortalidad a una en que ambos fenómenos afectan baja. Hay en las pirámides de edad en una fuerte reducción en el número de jóvenes y un marcado aumento de la parte superior de la pirámide demográfica, lo que demuestra el aumento del número de ancianos, y especialmente el número de ancianos (INE, 2007).

Es importante comprender los aspectos que hacen variar la salud y el bienestar de las personas de edad si son de índole psicológica, económica y social, ya que estos problemas pueden reducirse al mínimo por las políticas de prevención y promoción de un envejecimiento exitoso.

Un Plan Estratégico Gerontológico es un documento escrito que especifica el curso de acción que debe seguir. Esta es una herramienta de gestión diseñada para producir decisiones y acciones que guía lo que quiere lograr.

La población de edad avanzada es cada vez mayor. Pero nunca es suficiente hablar de ello, ya que esta población debe ser recordada, y lo que es más importante, debe ser vista y atendida en sus necesidades. Es importante hablar de los avances en tecnología, del aumento de la longevidad y de la calidad de vida, pero también existen otros problemas que se han planteado y que son de importancia abordar.

Las personas mayores necesitan utilizar los servicios de salud, pero también y sobre todo, necesitan compañía, cuidados, actividades recreativas y culturales, tienen que sentir que "alguien" se acuerda de ellos y que puede ayudar. Este apoyo, siempre que sea posible, debe ser proporcionado por las redes formales, pero también debe

incluir a la familia, a los amigos y vecinos, es decir, *las redes naturales de apoyo*, siempre a las personas mayores en su propio contexto.

La eficacia de un plan estratégico para evaluar su capacidad para intervenir en estas condiciones, la alteración en la dirección de la construcción de procesos de desarrollo que se mantengan en el mediano y largo plazo.

Con fines analíticos y para definir una estrategia coherente para la intervención, las condiciones para el desarrollo se deberían reunir en varios grupos: el uso de los recursos existentes y hacerlos más amplios, de forma coordinada de trabajar con otros recursos de la comunidad, se reúnen las condiciones adecuadas de una estructura física, recursos materiales, humanos y un conjunto de normas de funcionamiento. Las condiciones de desarrollo serán mucho más positivas. La más efectiva e interactiva se encuentra dentro de las condiciones de cada uno de estos conjuntos. Así pues, nos encontramos con dos de las funciones fundamentales de cualquier plan estratégico: actuar en el nivel de las condiciones de desarrollo y garantizar la necesaria integración y la coherencia de objetivos y acciones en un ámbito tan complejo como la gestión de los recursos.

Sin embargo, una planificación estratégica y una visión refleja contractualmente a identificar un conjunto coherente de acciones que contribuyan a la restauración de la base económica, sin dejar de respetar y valorar sus posibles consecuencias sociales, ambientales y de patrimonio.

Los planes estratégicos incluyen varias dimensiones, entre ellas se puede destacar la reconciliación de las preocupaciones de la solidaridad social con los de eficiencia económica, el tamaño y la dinámica perspectiva (crear un futuro, más que "espera") y el compromiso de la mayor cantidad las autoridades públicas y/ o privadas que intervienen, de una contratación y desarrollo de iniciativas en asociación.

El desarrollo de un plan estratégico para la tercera edad sigue, por lo tanto, en la convicción de que es necesario, para comprender y actuar sobre sus propias condiciones socioeconómicas y no sólo en sus efectos o manifestaciones.

Esta tesis tiene como tema "el plan estratégico en el municipio gerontológico Gaia (Portugal) para contribuir a la aplicación de cuidados en el hogar como un diferencial".

En esta perspectiva, se ha desarrollado para mejorar la calidad de vida de las personas mayores de Vila Nova de Gaia, más concretamente, en las parroquias de Santa Marinha y Mafamude, ayudar en la reestructuración de la casa de servicios de apoyo para las personas mayores pobres en esta ciudad.

Este trabajo de investigación pretende identificar las ayudas disponibles en sus zonas de residencia, las necesidades comunicadas por las personas de edad y los factores que interfieren en su vida, contribuyendo al mantenimiento de las personas mayores en su entorno a través de la satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana. Además, ayuda en el ámbito de la ayuda a domicilio, a través del conocimiento del envejecimiento humano y las respuestas políticas y sociales que se han aplicado en Portugal. Especialmente interesados en este aspecto del enfoque multidimensional con el envejecimiento y la preocupación por la calidad de vida de las personas mayores.

Este plan específicamente sirve principalmente para definir los objetivos principales de la ciudad de Gaia en el hogar de servicios de apoyo para los ancianos de la ciudad. Considerando las dificultades, las capacidades y oportunidades que existen. El Plan Estratégico tiene por objeto delinear la dirección general en la construcción de un futuro mejor para la población de más de 65 años que viven en la ciudad de Gaia.

Más que un trabajo demográfico, quiere ser un proceso que aumenta la participación de la población en general y, en particular algunas instituciones, en la construcción de un futuro colectivo justo para los ancianos de esta ciudad.

Pretende una revisión y mejora continuada de oferta integrada, analizando la evolución de los servicios asistenciales en el área objeto del estudio, y evaluando la oferta y los servicios que ofrece la demanda municipal. Buscando de forma científica

el refuerzo, en su caso, de las necesidades asistenciales y preferencias. Un nuevo estilo de servicio gerontológico indispensable en una futura dimensión de la asistencia al colectivo de mayores.

Deseosa de fomentar el debate, el transporte al trabajo después de la confirmación y el perfeccionamiento de los elementos de diagnóstico, complementado con el presente, o que la información a añadir de la participación y el anterior, se creará la base jurídica para la construcción de una estrategia que se establecerán de acuerdo con población de edad avanzada y sus jugadores más importantes en el desarrollo de la ayuda a domicilio en la ciudad de Gaia.

Esta labor condujo naturalmente a un profundo conocimiento obtenido a través de la experiencia cotidiana con las personas de edad avanzada, la literatura y estadísticas de consulta. Sin embargo, hubo también la tarea de realizar varias visitas a la observación cuidadosa de la situación y su dinámica, para realizar un seguimiento de los problemas concretos que no admiten espera para la realización de otros planes con el fin de obtener información o el intercambio de punto de vista, sobre todo para enriquecer la comprensión de las particularidades de la ciudad en estudio.

El estudio siguió un enfoque cuantitativo y el principal instrumento de trabajo elegido para la recogida de datos fue el desarrollo de una entrevista estructurada, con la cumplimentación de un formulario, un total de 1500 individuos.

Los datos fueron procesados mediante el proceso del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), versión 15.0, 2006.

Hay que tener en cuenta que a lo largo de este trabajo existieron algunos problemas de gran importancia y que son puntos débiles en la construcción de un desarrollo diseñado para la ciudad de Gaia: una falta de cartografía y los datos estadísticos pertinentes que corresponden geográficamente a la municipalidad, son elementos preocupantes el análisis, lo que socava la consecución de tiempo y, especialmente, la profundidad del enfoque de algunas cuestiones.

Este trabajo pretende ser una primera obra escrita en el proceso de consolidación de la información y la reflexión en este ámbito, para fomentar la libre participación de todas las partes implicadas en el desarrollo municipal.

La dinámica de la ciudad de Gaia está marcada principalmente por la "juventud" del territorio, es decir, el fuerte crecimiento que muestra (demográficos, urbanos, económicos,...), lejos de una consolidación o una desertificación de vacaciones que marca la actualidad muchas de las ciudades portuguesas, especialmente en sus zonas más céntricas.

Palabras clave: Envejecimiento, calidad de vida, políticas sociales, intervención social, servicio de ayuda a domicilio, plan estratégico de la gerontología.

ABSTRACT

From the second half of the twentieth century, emerged in developed societies the phenomenon of aging. These changes reflected in the increasing number of older individuals, and the target of particular interest to the scientific community, with the intention to identify and find solutions that provide for its development irreversible. This momentum is due to a process of demographic transition, moving is a demographic model of fertility and high mortality to one in which both phenomena affect low. There is the age pyramids in a sharp reduction in the number of young people and a marked widening of the top of the demographic pyramid, illustrating the increase of the number of elderly, and especially the number of very elderly people (INE, 2007).

It is important to understand which aspects do vary the health and welfare of the elderly whether they are psychological in nature, economic and social, as these problems can be minimized by policies for prevention and promoting a successful aging.

Gerontological Strategic Plan is a written document that specifies the course of action that should follow. This is a management tool designed to produce decisions and actions that guide what you want to achieve.

The elderly population is growing. But is never enough talk about it, because this population should be remembered and, more importantly, should be seen and met their needs. It is important to talk about technological advances, increased longevity and quality of life, but there are other problems that are important and that address.

The elderly need to use health care, but also and above all, need companionship, care, recreational and cultural activities, have to feel that "someone" remembers them and can help. While this support may be provided by formal networks, should wherever possible include the family, friends and neighbors, ie the natural networks of support, always to the elderly in their own context.

The effectiveness of a strategic plan to assess its capacity to intervene at these conditions, altering them in the direction of building development processes that are sustained over the medium and long term.

For analytical purposes and to define a coherent strategy for intervention, the conditions for development should be clustered into several groups: use the existing resources and making them more comprehensive, coordinated way of working with other community resources, gather the appropriate conditions from a physical structure, material resources, human and a set of operating standards. The conditions of development will be much more positive the more positive and interactive are found within the conditions of each of these sets. We find thus two of the fundamental functions of any strategic plan: act at the level of conditions of development and ensure the necessary integration and coherence of objectives and actions in an area as complex as the management of resources.

However, a strategic planning reflects a vision and contractually to identify a coherent set of actions that contribute to the restoration of the economic base, while respecting and valuing their potential social, environmental and heritage.

Strategic plans include several dimensions, among them one can highlight the reconciliation of the concerns of social solidarity with those of economic efficiency, size and proactive outlook (create a future, more than "expected" it) and commitment of the larger amount public authorities and / or private involved, in a contracting and development of initiatives in partnership.

The development of a strategic plan for the elderly follows, therefore, the conviction that it is necessary to understand and act on their own socioeconomic conditions and not only on its effects or manifestations.

This thesis has as theme "the strategic plan in gerontological Gaia municipality (Portugal) to help implement home care as a differential".

In this perspective, was developed to improve the quality of life of older people from Vila Nova de Gaia, more specifically, in the parishes of Santa Marinha and Mafamude, helping in the restructuring of the home support service for the elderly poor in this city.

This research work aims to identify the support available in their areas of residence, the needs reported by the elderly and the factors that interfere in their lives, contributing to the maintenance of the elderly in their environment through the satisfaction of the needs of daily life. Also, help in the field of home help, through knowledge of human aging and the political and social responses that have been implemented in Portugal. Particularly interested in this aspect of the multidimensional approach to aging and concern for the quality of life of older people.

This plan specifically serves primarily to define the main objectives of the City of Gaia in the home support service for the elderly of the city. Considering the difficulties, capabilities and opportunities that exist, the Strategic Plan seeks to delineate the broad direction in building a better future for the population aged over 65 living in the town of Gaia.

More than a demographic work, want to be a process that enhances the participation of the population in general and especially some institutions, in building a collective future fair for the elderly of this city.

Aims to review and continuous improvement of integrated supply, analyzing the development of welfare services in the area under study, and evaluating the offer and the services offered by the municipality. Aiming to strengthen the scientific basis of care needs and preferences. A new style of service at a future gerontological essential dimension of assistance to the group of older.

This is necessarily a "report" of course, because that does not contain the diagnosis, or drawing the final strategic principles. Wishing to raise discussion, transport to work after the confirmation and refinement of the diagnostic elements, supplemented with this or that information to add that the participation and above, will create the legal

basis for the construction of a strategy that will set in agreement with elderly population, and their most important players in the development of home help in the town of Gaia.

This work led naturally to a thorough knowledge obtained through daily experience with the elderly, the literature and statistical consultation. However, there was also the task of performing several visits to careful observation of the situation and its dynamics, to track specific problems that do not support waiting for completion of other plans in order to obtain information or the exchange of view, especially for enriching the understanding of the particularities of the city under study.

The study followed a quantitative approach and the main tool of work chosen for data collection was the development of a structured interview, with the completion of a form, a total of 1500 individuals.

The data were processed using the process of the statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Science), version 15.0, 2006.

Note that throughout this work were some problems of great importance and which were weaknesses in the construction of a development designed for the city of Gaia: a lack of adequate mapping and relevant statistical data that relate geographically to the municipality, are disturbing elements the analysis, undermining the achievement of time and especially the depth of the approach to some issues.

This work aims to be a first play written in consolidation of information and reflection in this area, to encourage the free participation of all stakeholders involved in municipal development.

The dynamics of the city of Gaia are marked primarily by the "youth" of the territory, ie the strong growth which shows (demographic, urban, economic ...), far from a consolidation or a desertification / vacation that mark today many of the urban Portuguese, especially its most central areas.

Keywords: Aging, quality of life, social policies, social intervention, home support service, strategic plan gerontology.

ABREVIATURAS

a.c.	- Antes de Cristo
D^{ra}.	- doutora
Dec.	- decreto
D.L.	- decreto-lei
ex.	- exemplo
fls	- folhas
km²	- quilómetros quadrados
n^o	- número
p.	- página

SINAIS CONVENCIONAIS

IC	- Índice Confiabilidade
n	- número de elementos da série
%	- percentagem
Lda	- limitada
≥	- maior ou igual
>	- maior

SIGLAS

AVD	- Actividades de Vida Diária
ADI	- Apoio Domiciliário Integrado
CAD	- Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos
CNAPTI	- Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade
CVP	- Cruz Vermelha Portuguesa
GGC	- Gerontología Gallega en Cifras
DGS	- Direcção Geral da Saúde
FORHUM	- Formação de Recursos Humanos
GNR	- Guarda Nacional Republicana
INATEL	Instituto Nacional para Aproveitamento dos Tempos Livres dos Trabalhadores

INE	- Instituto Nacional de Estatística
IPSS	- Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISSS	- Instituto de Solidariedade e Segurança Social
MS/MESS	- Ministérios Saúde e do Emprego e da Segurança Social
MS/MSSS	- Ministérios Saúde e da Solidariedade e Segurança Social
MS/MTSS	- Ministérios Saúde e do Trabalho e Segurança Social
NUTS	- Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
ONG	- Organizações Não Governamentais
PAII	- Programa de Apoio Integrado a Idosos
PNUD	- Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PT COMUNICAÇÕES	- Portugal Telecom Comunicações
PSP	- Polícia de Segurança Pública
SAD	- Serviço de Apoio Domiciliário
STA	- Serviço Telealarme
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
WHO	- World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	7
RESUMEN	12
ABSTRACT	17
ABREVIATURAS	22
SINAIS CONVENCIONAIS	22
SIGLAS	22
1 – INTRODUÇÃO	26
1.1 - Considerações gerais sobre o Envelhecimento	30
1.1.1. Conceito de Envelhecimento	32
1.1.2. Perspectivas de Idade	36
1.2 - Envelhecimento como problema social	38
1.3 - Políticas de saúde para a terceira idade	46
1.4 - Serviço de Apoio Domiciliário	73
2 - OBJECTIVOS	78
3 – JUSTIFICACÃO	80
4 – METODOLOGIA	84
4.1. - Descrição do estudo	84
4.2 - Questões de Investigação	91
4.3 - Variáveis	92
4.4 - Instrumento de colheita de dados	96
4.5 - Tratamento Estatístico	97
5 – RESULTADOS	98
6 - DISCUSSÃO	114
7 - CONCLUSÃO	125
8 - CONCLUSION	128
9 - BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	136

Anexo A – Formulário

Anexo B - Teste de Graffar

Anexo C – Tipo de serviços prestados pelas diversas instituições de Apoio
Domiciliário

Anexo D – Mapa de Localização de Cidade de Vila Nova de Gaia

Anexo E – Dados estatísticos sobre o Concelho de Vila Nova de Gaia

Anexo F – Número de Respostas Sociais - Portugal Continental

Anexo G – Índice de Tabelas

Anexo H – Índice de Figuras

1 – INTRODUÇÃO

“A função da ciência não é só acrescentar mais anos à vida, mas acrescentar mais vida aos anos”.

John Osborn

O planeamento estratégico numa área geográfica é um processo através do qual se realiza um diagnóstico da população e do seu meio ambiente. Este planeamento estratégico, tem como objectivo fornecer um documento para ser partilhado pela comunidade, inspirando futuras acções assistenciais de instituições do município nos próximos anos.

A intensidade do envelhecimento, os aspectos que envolve, assim como os novos desafios que se apresentam numa sociedade cada vez mais constituída por pessoas idosas, tornam este tema sempre actual e exigem uma análise multidimensional. Perceber este fenómeno tem sido uma das maiores e mais antigas preocupações do Homem. Aristóteles, Leonardo da Vinci, Francis Bacon foram estudiosos da temática.

As novas questões ligadas ao envelhecimento realçam a necessidade de substituição do modelo tradicional do ciclo de vida, dividido em três fases bastante distintas: educação, trabalho e reforma. O conceito de envelhecimento activo, criado pela Organização Mundial de Saúde que tem por base o princípio de permitir aos idosos que permaneçam integrados e motivados na vida laboral e social, parece ser uma solução, tornando-se indispensável difundir e implementar as medidas.

Torna-se cada vez mais necessário adaptar a idade da reforma dos indivíduos idosos, aos postos de trabalho, modificando regras e práticas em matéria de emprego, assim como assegurar modalidades de trabalho mais flexíveis, incluindo a passagem gradual para a reforma, maximizar as potencialidades dos idosos, melhorar os ambientes de trabalho para tornar a vida activa mais longa e entre outros, eliminar atitudes e práticas de discriminação dos idosos.

De acordo com a actual valorização social, a velhice ou o ser idoso tem-se tornado aos poucos sinónimo de incómodo para a família, que tem de lidar permanentemente com o idoso e com as suas características. Para a sociedade este constitui um fardo pesado, pois tem que disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo.

Encontramo-nos hoje inseridos numa sociedade que não foi concebida para o ancião e onde se perderam hábitos sociais e familiares de cuidar e estimar o “avô” ou a “avó”. Muitos idosos vivem extraordinários dramas, sem casa, sem apoio domiciliário, sem afecto e alvo de várias violências.

Para além do problema que existe na maioria dos casos, por parte da família, da comunidade e do próprio idoso em aceitar a velhice, o Estado tem igualmente uma grande dificuldade em criar estruturas de apoio e em garantir o financiamento para todos os serviços a que estes têm direito, nomeadamente instituições de apoio social e médico, pensões ou reformas.

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado têm que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos. As principais respostas para os idosos, são de saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos) e sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.).

O aumento generalizado das pessoas idosas, especialmente das pessoas muito idosas, nos países industrializados, levanta questões actuais relativamente às suas necessidades específicas, aos cuidados a prestar, bem como ao contexto familiar em que se inserem.

Os cuidados aos idosos, assumem actualmente um papel importante, quer no que respeita ao levantamento da situação existente, quer em termos de medidas de intervenção na esfera da política social.

A Gerontologia¹ é a ciência que estuda os problemas do envelhecimento em todos os seus aspectos, clínicos, biológicos, históricos e sociológicos, dividindo-se em experimental quando se ocupa dos fenómenos do envelhecimento a nível de laboratório, clínico quando se lida com o envelhecimento do indivíduo e dos aspectos relativos à doença, e social quando o estudo se dirige aos problemas que o envelhecimento ocasiona para a sociedade humana, considerando as suas repercussões a nível do ambiente do idoso. (Mayán Santos)

Embora seja um ramo relativamente novo do conhecimento científico, dedica-se também aos problemas que envolvem a existência de aspectos biopsicossociais; problemas sociais; e especificidades dos idosos que justificam um tratamento diferenciado em relação aos outros grupos sociais.

Os factores biológicos do envelhecimento são muitas vezes afectados pelas experiências psicológicas e sociais vividas pelos idosos. É fácil detectar a interdependência entre os factores biológicos, psicológicos e sociais quando se estuda o envelhecimento humano, mas muitas vezes é difícil determinar onde começam uns e acabam os outros, assim como de que modo uns são causas e outros efeitos.

O envelhecimento, apesar de ser um fenómeno universal e comum a todos os seres, exige ainda um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecedores. Entre as várias linhas de estudo da Gerontologia, a assistência aos idosos ainda necessita ser mais explorada.

Para podermos investigar é importante procurar e seleccionar informação sobre o tema, para encontrar as melhores formas de o abordar. Ao escolher um quadro teórico de referência, estamos a seguir um fio condutor que nos leva a um melhor conhecimento da realidade.

O município de Gaia deseja afirmar-se como um marco na vida social e no desenvolvimento sustentável, assim como desfrutar de um elevado reconhecimento

¹ Mayán Santos, J.M. y otros (2000) – *Cuidador@s de ancian@s*. Ediciones Segs. Santiago de Compostela. ISBN: 84-921989-4-X.

oferecendo uma assistência de qualidade dentro dos parâmetros Europeus. No entanto, a sua projecção é ainda insuficiente, e para que isto seja possível, é necessário reforçar o seu perfil gerontológico, sem descurar o seu especial empenho para o futuro mais próximo, com um modelo próprio que incorpore a formação de valores, o compromisso social das pessoas idosas, fundamentos sólidos e uma abordagem multidisciplinar reforçada por alianças com outras instituições, e por associação com áreas de excelência.

A partir do diagnóstico obtêm-se as orientações estratégicas que permitem estabelecer as acções que se levam a cabo para alcançar os objectivos e os cenários futuros que esperamos.

Como parte do exercício de planeamento estratégico deve definir-se a visão para o futuro. Desta forma, Gaia pretende ser um município caracterizado pelas seguintes orientações e tendências: um elevado perfil social, com um projecto abrangente que visa aproveitar os recursos e/ou conhecimentos do seu meio ambiente e do seu padrão social, assim como o seu desenvolvimento sustentável, em relação à criação de serviços gerontológicos.

O interesse de trabalhos de investigação nesta área, surge para que se possam orientar providências educacionais, sociais e de saúde pública, assim como para encontrar respostas científicas para as perguntas; isto é, ocupar-se da investigação sistemática, da prática por si mesma e do seu efeito nos cuidados ao utente, família e comunidade, tendo sempre por base um questionar constante, utilizando um método científico.

Ao longo do nosso percurso pessoal e profissional deparamo-nos cada vez mais com problemas de ordem social, resultantes do envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos e das mudanças ocorridas na sociedade e na família; por isso é imperioso saber cuidar, intervir e reflectir num campo tão importante como é a Gerontologia. Com tudo, assiste-se a um grande desequilíbrio entre as necessidades sentidas pela população idosa e a capacidade de resposta da sociedade para fazer face às mesmas. É dentro desta problemática que se situa este estudo.

1.1 - Considerações gerais sobre o Envelhecimento

“se a vida fosse um capital adquirido à nascença, tal como a quantidade de gasolina com que se parte para uma viagem, quanto mais devagar se andasse mais longa seria a viagem para uma mesma distância percorrida”.

H. Laborit

Envelhecer é o processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. A senescência resulta de um aumento da vulnerabilidade e da probabilidade da morte. É um processo comum a todos os seres vivos e que evoca um desenvolvimento contínuo, embora mais marcado durante as últimas fases da vida, culminando com a morte.

Assim, o envelhecimento é sem dúvida, o fenómeno biológico mais equitativo partilhado por todos os seres vivos, embora de uma forma distinta para cada espécie. Na verdade, tudo na natureza se modifica mais ou menos rapidamente e é objecto de adaptações constantes. O único factor comum a todas estas transformações é o tempo que na sua passagem inexorável, renova as “estações” dando a ilusão de um eterno recomeço.

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

O “Ancianismo”² como conceito gerontológico, define-se como o “processo de estereotipia e de discriminação sistemática, contra as pessoas porque são velhas”.
(Calkins)

Este problema surge, quando o fenómeno de envelhecer é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional, isto porque o envelhecimento é um processo insensível e infinitamente lento, escapa à

² Calkins, E; Ford, A. B.; Katz, P. R. (1997) – Geriatria Prática 2ª ed Rio de Janeiro. Revinter. ISBN 85-7309-175-4

consciência de quem envelhece e é bem visível aos outros; dificilmente nos apercebemos do envelhecimento em nós próprios, porque é, de todas as realidades humanas, aquela que permanece abstracta por mais tempo.

O envelhecimento³ é uma parte natural do ciclo de vida e é desejável que se desenvolva de forma saudável e autónoma, o que implica uma acção integrada ao nível das mudanças de comportamentos e atitudes da população em geral, dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, adequando os serviços às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico. (Berger)

É importante que as políticas nacionais e mundiais, permitam desenvolver acções mais próximas dos idosos, capacitando-os para a sua autonomia e independência, permitindo minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e da população.

O aumento da longevidade, associado a uma baixa importante da fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população. De facto, os progressos e avanços das ciências da saúde contribuíram, de modo decisivo, para um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX. Portugal não se encontra alheio a esta situação, apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causando isto um impacto profundo na saúde pública do país.

O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura, comportamentos sociais e familiares determinará nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas, exigindo que ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência.

³ Berger, L., Poirier, D. (1995) - *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. 13 Edição, Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7

1.1.1. Conceito de Envelhecimento

Muitos autores têm procurado definir sob vários pontos de vista o conceito de envelhecimento. Contudo, não é possível estabelecer um consenso universalmente aceite porque associada à sua terminologia estão envolvidas ciências muito abrangentes como a sociologia, a psicologia, a medicina ou as político-económicas.

Num sentido genérico, entendemos envelhecimento⁴ como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas que surgem como consequência dos efeitos do tempo sobre os seres vivos. (Netto)

Estas modificações conduzem invariavelmente a uma redução gradual das capacidades de adaptação do organismo à diminuição da eficácia dos sistemas reguladores e paralelamente, a um aumento das probabilidades de morte.

É um fenómeno normal, universal com efeitos cumulativos e irreversíveis, intimamente relacionados com o percurso de diferenciação e crescimento. Ninguém envelhece⁵ da mesma maneira e ao mesmo ritmo; as alterações que se verificam desenvolvem-se em tempos diferentes de indivíduo para indivíduo e não atingem o mesmo grau. (Papaléo)

Envelhecer⁶ é um processo dinâmico, lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como grupo heterogéneo. Por outro lado, a pessoa que envelhece *“constrói-se socialmente de diversas formas, cristalizando valores, padrões de comportamento e costumes”*. (Costa)

Convém também distinguir envelhecimento e velhice. Todo o ser humano evolui e portanto envelhece a partir do momento da concepção (o envelhecimento é um continuum de vida). A velhice, no entanto considerada como uma "fase da vida" é o

⁴ Netto, M.P. (1996) - *Gerontologia. - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. ISBN 85-7379-109-8

⁵ Papaléo N.M. (1996) - *A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Tratado de Gerontologia. 2ª. Edição. Editora Atheneu. ISBN: 85-7379-109-8

⁶ Costa; M.A.M. (2002) – *Cuidar Idosos*. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Lisboa: Formasau e EDUCA, 2002. ISBN. 972-8485-24-7

período em que a involução começa a ser evidente, iniciando-se para a maioria dos gerontologistas actuais, a partir dos 50 anos. Ela começará tanto mais tarde quanto menor for o desgaste dos órgãos do indivíduo.

No dicionário da língua portuguesa, o termo “velho”⁷ do latim *vetulu*, significa “muito idoso; de época remota, antigo; gasto pelo uso; desusado, antiquado, obsoleto” podendo ser evidenciado por conotações tanto afectivas como pejorativas. (Ferreira)

Na França, no século XIX, o termo “*velho*” ou “*velhote*” era designado ao indivíduo que não possuía bens ou que era indigente. Aqueles que tinham uma certa posição social e que administravam os seus bens, desfrutavam de respeito e eram denominados de idosos, pois o termo “*velho*” era associado à decadência e incapacidade para o trabalho.

Com a influência francesa, o termo “*idoso*” começou a ser utilizado nos documentos oficiais. Esta terminologia já existia no nosso vocabulário, mas não era usada. No dicionário da língua portuguesa “*idoso*” significa “que tem bastante idade; indivíduo idoso”.

O limite que considera uma pessoa idosa tem variado muito ao longo da história e de acordo com cada cultura.

As especulações sobre o envelhecimento humano e a velhice são tão antigas quanto a própria história. Dentro de todos os grupos sociais, o estado de velhice foi classificado conforme a condição social, desde o simples anonimato até à posição mais dignificante. Nas culturas onde a velhice recebia privilégios, esses só eram concedidos em idades bem avançadas, de forma que poucos conseguiam obtê-los.

No entanto, ao longo de toda a evolução da humanidade, os idosos foram um elemento referencial na sociedade. Desde os mitos bíblicos da longevidade, houve a identificação incondicional da velhice vinculada à sabedoria. Vários modos de valorizar e aproveitar os recursos da velhice tomaram forma e estruturaram o modo

⁷ Ferreira, F. (1990) - *Moderna Saúde Pública*. 6ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-. 0528-4

de vida e a consciência social dos povos. As próprias escrituras provam que os nomes de velho ou ancião não foram muitas vezes atribuídos devido a uma idade muito avançada, mas sim para honrar a maturidade dos juízos sobre a vida.

A velhice bíblica começou muito cedo a gerar diversos tipos de crenças, em relação a este tema, reportando-se a níveis perduráveis. O rei David, por exemplo, fundador do reino de Israel, desposou uma jovem viúva para que no seu corpo pudesse encontrar algum alívio para a sua velhice, pois era comum acreditar-se que o calor de uma jovem poderia rejuvenescer um homem envelhecido.

Para os egípcios que cultivavam o mito da imortalidade, a fraqueza que se observava nos idosos era devida a uma dilatação do coração, uma vez que era aí, segundo a medicina faraónica que habitava a inteligência e não no cérebro. Deste modo, um ancião egípcio era saudado cortesmente pelos jovens que com ele se cruzavam, com uma reverência silenciosa.

Com esperanças de vencer a velhice, os egípcios procuraram de todas as maneiras sobrepor-se a essa realidade. É desta civilização que se tem o primeiro texto escrito 2.500 a.c. por Ptah-hotep, filósofo e poeta, de forma sombria e desesperançada, lamentava que a velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem.

A civilização judaica concebia os idosos como os eleitos e os arautos de Deus, atribuindo-lhes idades fabulosas, vendo na velhice portanto a recompensa máxima da virtude. Os anciãos possuíam um papel importante na vida pública; para os judeus, a velhice era bem encarada no caso das mulheres, mas muito mal vista no caso dos homens, eles diziam que um homem velho numa casa era um fardo, uma mulher velha era um tesouro.

Os helénicos eram particularmente pessimistas, já que o culto da juventude não lhes permitia antever nada de bom após a sua passagem.

A divisão do ciclo de vida surge na Jónia, no século VI a.c.; a idade da vida constituía-se numa categoria de grande peso, que foi absorvida por outras culturas através da arte e dos costumes ao longo dos anos.

A história sobre a velhice tem início quando gregos e romanos se lançaram na aventura pré-científica do estudo das transformações humanas no século IV a.c.

Na antiguidade grega, as instituições relacionavam a ideia de honra à velhice, de tal modo que as palavras, *gera* e *geron* que significavam velhice, tinham também o sentido de privilégio da idade, direito de ancianidade ou deputação.

Os conceitos sobre envelhecimento e velhice já eram encontrados entre filósofos e pensadores de todas as raças e partes do mundo, permanecendo voltados para sentimentos de frustração e impotência ou de conflito e repouso. Era reservado para os idosos, em cada sociedade, uma função e um lugar determinado, privilegiado ou marginal, segundo as necessidades e os valores. Desde o início das civilizações, a mitologia e a literatura transmitiram uma imagem da velhice, quase sempre deformada, conforme as épocas ou lugares.

Assim, Aristóteles brindava a velhice dizendo que carregava todos os males, embora reconhecesse que a maturidade começava aos 60 anos.

Vargas⁸, no seu levantamento histórico sobre o envelhecimento, descreve: *“Confúcio (551 a.c.), mestre por 10.000 gerações, realizou para si próprio uma das primeiras divisões das etapas da vida: aos 15 anos, dispus meu coração para estudar; aos 30, estabeleci-me; aos 40, não alimentei mais perplexidades; aos 50, fiquei a conhecer os mandamentos celestiais; aos 60, nada do que ouvia me afectava; aos 70, pude seguir os impulsos do meu coração sem ferir os limites do direito”*. Ainda no mesmo autor encontra-se que Mêncio (372 a.c.), filósofo, defensor do ideal humanista, sugeriu o que deveria ser tomado como condição de um bom governo, propagou que não se deve permitir às pessoas de cabelos brancos que levem cargas nas ruas.

⁸ VARGAS, H. S. (1993) - Psicologia do envelhecimento. São Paulo: Ed. Fundo Editorial Byk Prociénix.

Mais adiante ainda, para os adeptos do Taoísmo a longevidade constituía-se em virtude; a doutrina de Lao-Tsé situava os 60 anos como o momento em que o homem é capaz de libertar-se do seu corpo através do êxtase e de se tornar um santo.

Na civilização chinesa a velhice era a vida sob a sua forma suprema e em nenhuma hipótese, um flagelo. Enquanto os chineses idosos, conservassem vigor físico e moral, eram eles quem governavam a família.

A idade da vida, segundo Bach, ressurgiu no século XIX, com força total através da Igreja, sendo incorporada pelas escolas e hábitos da época. Ainda de acordo com a autora, supõe-se que a obrigatoriedade dos registos de nascimento, na França, tenha sido introduzida pela Igreja através de Francisco I. Nessa época foi imposto aos párocos o controle dos nascimentos através de registos, difundindo-se a partir daí, a exigência de registos civis nos serviços públicos.

Até ao séc. XX, a autora constata que a importância da idade chegava, em certos casos, a manifestar-se sob formas de representação mais elaboradas. Em toda a parte a classificação da vida pela idade, designava o modo de existência, status e papéis através de um sistema que regulava o comportamento e a própria vida do grupo.

1.1.2. Perspectivas de Idade

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera idoso, todo indivíduo com 65 anos de idade ou mais que resida nos países desenvolvidos e com 60 anos ou mais, os residentes em países em desenvolvimento. Percebe-se que essa definição de idoso da OMS está directamente ligada à qualidade de vida propiciada pelo país aos seus cidadãos.

Grandes mudanças ocorreram em relação às faixas etárias até ao nosso século, carregando consigo algumas maneiras de compreender o corpo e a vida; chega-se então às três principais classes etárias: infância, juventude e velhice. A infância, não

era reconhecida até ao séc. XII, destaca-se na arte barroca pela imagem dos anjos. A juventude, exaltada no séc. XVII, desaparece e vai ressurgir no séc. XX sob o domínio conceptual da adolescência. A velhice, repudiada nos séc. XVI e XVII, sob a imagem do velho decrépito, passa a ser privilegiada no séc. XIX com a figura do velho patriarca, do ancestral, do sábio e do prudente conselheiro, sendo novamente desprezada no séc. XX.

A classificação da vida tornou-se cada vez mais complexa em todas as culturas, preservando como características, a unidade do tempo cósmico e a biologia humana; além disso, outros factores desempenharam um papel importante de acordo com cada cultura; são eles: factores sociais, históricos, económicos, urbanização e o aumento da esperança média de vida.

A importância da classificação etária, torna-se muito mais complexa na medida em que são os seus princípios que vão fixar o “status” e conseqüentemente os papéis, a prescrição de condutas, atitudes e sentimentos.

Pitágoras, subdividia a vida em períodos de 20 anos, comparando-os às estações do ano; infância ou Primavera, até os 20 anos; adolescência ou Verão, dos 20 aos 40 anos; juventude ou Outono, dos 40 aos 60 anos; velhice ou Inverno, dos 60 aos 80 anos. Aristóteles referia-se aos 35 anos como idade da maturidade física, a partir da qual inicia o declínio.

A literatura anglo-saxónica classifica a velhice da seguinte forma: *Young old* – o jovem ancião: dos 65 aos 75 anos de idade. *Old old*: idosos propriamente ditos: dos 75 aos 85 anos. *Oldest old* ou *very old*: aqueles que ultrapassam os 85 anos de idade.

1.2 - Envelhecimento como problema social

A problemática do envelhecimento da população conduz no momento actual, à análise e tratamento de algumas questões prioritárias entre as quais se situam as relativas à rápida progressão do número de indivíduos de idade avançada.

No caso português, os dados disponíveis referentes ao grupo da população com 65 e mais anos, permitem obter uma avaliação sumária das respectivas condições de vida bem como dos sistemas de cobertura em equipamentos e serviços, visando a satisfação de necessidades específicas.

Embora se verifique uma certa aceleração do processo de urbanização do envelhecimento, assiste-se ainda à existência de uma grande percentagem de idosos residentes em pequenas localidades, o que constitui um indicador importante designadamente para a análise da acessibilidade a equipamentos e serviços.

A rápida progressão do número de pessoas de idade avançada⁹, no contexto das profundas mudanças sociais, económicas e culturais em curso na sociedade portuguesa, exige uma análise rigorosa sobre a adequação do sistema de cuidados às necessidades dos indivíduos deste grupo etário e respectivas famílias. (Ermida)

A problemática do envelhecimento demográfico é indissociável das transformações económicas, sociais e culturais operadas nas sociedades contemporâneas.

As alterações verificadas na estrutura etária da população portuguesa, traduzem mudanças de comportamento demográfico resultantes do processo de desenvolvimento socioeconómico, no qual se inscreve a dinâmica dos movimentos migratórios, sendo este um factor determinante das assimetrias espaciais observadas.

As regiões de maior crescimento são em geral as menos envelhecidas no topo. Ora como sabemos que a repulsão populacional provoca um envelhecimento no topo e

⁹ Ermida, J.G. (1995) – *Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde*. In: Temas Geriátricos, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 1º Vol.

que a atracção populacional provoca um rejuvenescimento, não é difícil concluir que o litoral tem crescido à custa do interior, provocando nesta última região um acentuar do envelhecimento causado pelo declínio da fecundidade.

Em síntese podemos afirmar que a situação portuguesa se caracteriza:

- Um aumento do número de pessoas com 65 e mais anos nos distritos do litoral;
- Uma tendência para a urbanização do envelhecimento; (aumento da percentagem das pessoas de 65 e mais anos a viver em meio urbano);
- O agravamento do duplo envelhecimento de algumas zonas do interior (zonas de repulsão da população);
- O aumento significativo do grupo de 65 e mais anos.

Perceber o fenómeno do envelhecimento¹⁰ tem sido uma das maiores e mais antigas preocupações do Homem. (Forciea)

Já nas culturas sem escrita, o papel do idoso era depositar a sabedoria e transmiti-la, sendo ao mesmo tempo a memória do seu povo. Por outro lado, no antigo Egipto, o idoso tinha reservado um estatuto social honorável, sendo uma instituição importante para a comunidade, o “Conselho dos idosos”.

É após a Segunda Grande Guerra Mundial que o envelhecimento da população começa a sobressair e a chamar à atenção dos responsáveis pela saúde.

Em Portugal, foi na década de 50, com José Reis que começam a surgir as primeiras preocupações gerontológicas. Apesar do seu esforço e persistência para impulsionar o interesse pela Gerontologia e Geriatria, continuou a pensar-se e a agir-se segundo modelos tradicionais de prevenção, diagnóstico, tratamento, prognóstico e muito poucas vezes de reabilitação. O aumento da longevidade e dos aspectos a ela inerentes, fazem do fenómeno envelhecimento uma questão de estudo actual, que merece uma reflexão mais aprofundada do ponto de vista da saúde e.

¹⁰ Forciea, M.A., Vizzo-Mourey, R. (1998) - *Segredos em Geriatria*. Edição Portuguesa, Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 8573073608

O envelhecimento, como processo vivencial¹¹, interliga-se com a noção de pessoa “*como categoria de pensamento produzida em todas as sociedades e que traduz um modelo de relações entre membros dessa sociedade e simultaneamente a relação destes com o contexto social em que se inscrevem*”. (Bonfim)

Os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal, do processo de envelhecimento, que é fortemente influenciado por factores nocivos, como os efeitos adversos do ambiente, o estilo de vida desadequado e os estados de doença.

O conceito de envelhecimento activo¹², preconizado pela Organização Mundial de Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, depende de uma variedade de influências ou de determinantes que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações.

O estado de saúde/doença pode ser modificado, em função das variáveis sociais, demográficas e económicas, já que as doenças, são acontecimentos usuais na vida de um ser humano.

Nas pessoas idosas¹³, o estado de saúde não depende tanto da idade cronológica, mas relaciona-se mais com o estilo de vida, em que a saúde e a doença fazem parte do ciclo de vida. (Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia)

As alterações fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento, conduzem a modificações funcionais de vários órgãos e sistemas; sobreposto a este curso normal dos acontecimentos, surgem alterações patológicas que conduzem à doença. Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos e psicológicos contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que em muitas situações, o declínio das funções que se associam ao envelhecimento está intimamente relacionado com

¹¹ Bonfim, C.J., Veiga, S.M. (1998) - *Serviços de Apoio Domiciliário. Guiões Técnicos*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica

¹² Processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002)

¹³ Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (1997) - *Temas em geriatria*. Lisboa. Editora Bayer Portugal, SA. Tomo m

factores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão, os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas.

A saúde é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem. A qualidade de vida nas pessoas idosas é influenciada pela capacidade em manter a autonomia¹⁴ e a independência; contudo, a diferenciação entre estas duas entidades, pode ser difícil ou impossível, constatando-se que muitas alterações consideradas até há pouco tempo como patológicas, não são mais que alterações fisiológicas.

Em suma, a saúde é um equilíbrio dinâmico que varia conforme a sociedade e a cultura em que o indivíduo está inserido, logo não é universal e como tal, os sistemas de assistência, as representações sociais sobre saúde e a doença diferem umas das outras consoante as culturas.

Neste contexto torna-se importante definir saúde. A Organização Mundial de Saúde, em 1947, definiu saúde como estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade.

Saúde¹⁵, entendida unicamente como ausência de doença ou enfermidade, é um conceito pouco realista que dificilmente se enquadra na população idosa. Numa abordagem mais global, saúde é um estado elevado de bem-estar, concretizando-se em todos os planos da organização pessoal. Para cada indivíduo, existe um nível óptimo de funcionamento; um "continuum" bem-estar que lhe permite viver uma existência satisfatória, relativamente isenta de incómodo e sofrimento. (Berger)

¹⁴ Capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com regras e preferências. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy framework*. United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002)

¹⁵ Berger, L., Poirier, D. (1995) - *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. 13 Edição, Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7

Aproveitando este conceito, podemos dizer que a saúde no idoso, é estabelecida tendo em conta o bem-estar funcional que é definido pela aptidão do indivíduo em manter um estilo de vida desejável, apesar da doença e incapacidade.

Cada vez mais se considera que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos, isto porque são atingidos todos os sistemas importantes do organismo e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais modificam os comportamentos individuais, sendo estes no entanto, processos normais e fisiológicos e não sinais de doença. O envelhecimento é depois da reprodução, o mais universal dos fenómenos biológicos. O decurso da vida é entendido como uma sequência de mudanças regulares desde a infância até à velhice.

A avaliação da necessidade de cuidados de saúde a um idoso, requer uma abordagem biomédica e também multidimensional que abarque as actividades de vida diárias, saúde mental, física, suporte social, recursos económicos e ambientais. Estas dimensões sugeridas pela OMS, devem ser consideradas em conjunto na abordagem ao idoso, uma vez que a autonomia é a componente fundamental no bem-estar do idoso.

Os cuidados aos idosos não se improvisam, apoiam-se em noções teóricas e práticas específicas e administram-se num contexto de colaboração e amor. O objectivo em cuidados de saúde, já não é o prolongamento da esperança de vida mas o prolongamento da vida com capacidades.

A OMS¹⁶ (1984), estabelece como objectivos para os cuidados prestados aos idosos:

- Prevenir a perda de aptidões funcionais;
- Manter a qualidade de vida do idoso;
- Manter o idoso no lugar que ele deseja;
- Dar suporte à família do idoso;

¹⁶ OMS; (1984): objectivos para os cuidados prestados aos idosos

- Proporcionar assistência de qualidade;
- Contribuir para que o idoso morra tranquilamente proporcionando-lhe os cuidados adequados.

A natureza biológica e relacional do homem, encaminha-nos para um certo número de necessidades, cuja satisfação depende do seu bem-estar ou sobrevivência. A realidade mostra-nos no entanto que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina, por um aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.

A promoção da saúde e dos cuidados dirigidos aos idosos, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida, ajudando a racionalizar os recursos da sociedade. A prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada é prioritária para melhorar os cuidados de nutrição; o desincentivo do consumo excessivo de álcool e tabaco; a prática regularmente actividades físicas e o controlo dos factores de stress.

O envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado, serão fundamentais para viver com mais saúde, muito mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos, ligados ao envelhecimento que considera que quando se é idoso, é tarde demais para se alterar o modo como se vive. Com este mito, a pessoa idosa, perde o seu papel de transmissor transgeracional do saber, face a uma economia de mercado onde o que mais interessa é o lucro.

A sociedade moderna marginalizou “os velhos”, dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, consumo excessivo, etc., face aos quais, as pessoas com 65 e mais anos, não estão em condições de competir, pois são considerados “pouco produtivos”.

Numa sociedade como esta que enaltece valores lucrativos e rentáveis, os idosos são votados ao esquecimento, solidão e conseqüentemente à marginalização. No

entanto e apesar das diferenças conjecturais, a atitude social generalizada é a de tratar os idosos com atitudes paternalistas, negando-lhes a sua qualidade de interlocutores válidos e não respeitando a sua individualidade.

Para além desta atitude estigmatizada surge a reforma¹⁷, que se revela como o mecanismo que marca o seu afastamento do ritmo de trabalho, quando atinge os 65 anos. Esta separação do mundo laboral é efectivada, num grande número de casos em condições que não concedem ao reformado, o mínimo indispensável para lhe garantir uma vivência com qualidade de vida e um fim digno. (Ermida)

A imagem que se tem dos idosos, está a ser influenciada pela posição que estes ocupam na nossa sociedade, isto porque, ao longo do século XX, assistiu-se, a uma grande redução na mortalidade infantil e dos idosos. Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes nos últimos censos de 2001. O peso relativo da população com 65 e mais anos aumentou, em consequência da conjugação de dois factores: o aumento da esperança de vida e a diminuição da natalidade. Tendo em conta os padrões das Nações Unidas, Portugal, pode ser considerado, como um país envelhecido porque o número de pessoas idosas aumentou consideravelmente.

Os dados do INE/2008, indicam que em Portugal a população residente é de 10627250 pessoas, da qual a população idosa¹⁸ residente é de 1874209, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral. A esperança de vida à nascença¹⁹ é de 77,79 anos (80,98 anos para as mulheres e 74,53 anos para os homens) e a esperança de vida aos 65 anos²⁰ é de 17,76 anos (19,30 anos para as mulheres e 15,95 anos para os homens). O índice

¹⁷ Ermida, J.G. (1995) – *Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde*. In: Temas Geriátricos, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 1º Vol.

¹⁸ Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos por exemplo, pessoas com 60 anos e mais, dependendo de factores culturais e individuais. (CF. Organização Mundial de Saúde. *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO's Ageing and Health. Geneva, 1999). Neste momento consideram-se pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

¹⁹ Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

²⁰ Número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade exacta x pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

de longevidade²¹ é de 46,40% (49,20% para as mulheres e 42,40% para os homens). O Índice de dependência de idosos²² é 26,30 pessoas (30,30 para as mulheres e 22,20 para os homens). O índice de envelhecimento²³ é de 115,50 pessoas (138,10 para as mulheres e 94 para homens).

O grupo dos idosos cresceu em poucos anos, prevendo-se que em meados do presente século, a proporção da população jovem diminuirá, enquanto a população idosa terá uma tendência sempre crescente. Mais de metade da população, situada neste grupo etário é constituída por mulheres. Se no grupo etário, 65 a 69 anos, a proporção entre os homens e as mulheres é ainda praticamente idêntica, à medida que se avança em termos de idade esta proporção vai aumentando.

A esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e de 13 anos para as mulheres. Como consequência do aumento da mortalidade masculina atingiu-se o século XXI com uma diferença de 7 anos, favorável às mulheres que podem viver em média 80,98 anos, contra os 74,53 dos homens. Este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos e em desenvolvimento. A população mundial, com 65 ou mais anos, cresceu muito nos últimos anos e aumentará mais em 2050. O crescimento dos idosos será quatro vezes superior ao dos jovens.

As implicações do envelhecimento são habitualmente analisadas em duas dimensões: pela base da pirâmide, tem consequências sobretudo a longo prazo, nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho; enquanto o envelhecimento pelo topo, repercute-se a curto prazo, dependendo o seu grau da maior ou menor longevidade da população.

Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os

²¹ Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10[^]2) pessoas com 65 ou mais anos).

²² Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10[^]2) pessoas com 15-64 anos).

²³ Relação existente entre o número de idosos e o de jovens, definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 0-14 anos.

meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto destes na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente.

Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas, pode criar outras oportunidades em diversos domínios, novas actividades económicas e profissões, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade; ambientes e arquitecturas diferentes; padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas.

É importante ter em conta que os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações mais antigas. Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser factores a ter em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade mas de maneira diferente.

A velhice não é uma doença, constitui uma fase do desenvolvimento da vida que apresenta necessidades específicas à qual os idosos têm que dar resposta, assim como os que lhe são mais próximos e o sistema social em que estão inseridos. As necessidades surgem inevitavelmente ligadas a atitudes, crenças ou valores de referência e são definidas tendo em conta as várias dimensões que caracterizam o ser humano, nas vertentes, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

1.3 - Políticas de saúde para a terceira idade

"Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escurram entre nós"

Victor Hugo

A questão da velhice²⁴ não é apenas demográfica, trata-se também de uma questão social e política. Organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas, têm discutido frequentemente este tema, elaborado Planos, realizado eventos sobre a questão do idoso e recomendado aos países signatários que desenvolvam políticas, planos e projectos com o objectivo de implementar acções que beneficiem esse segmento populacional. (Grande)

O conceito de Promoção da Saúde aparece na década de 40, como sendo uma das tarefas essenciais da medicina; Na década de 60, surge com o sentido de incentivar a prevenção das doenças, através da introdução de hábitos e comportamentos saudáveis e com a preocupação de estar a actuar nos factores de risco, onde a Promoção da Saúde entra como parte da prevenção primária. Nos anos 70, com a crise nos sistemas de saúde, continua-se a perceber que não basta actuar apenas na cura, ou seja, depois que a doença já se instalou, é necessário intervir nos factores que levam à doença.

A OMS realiza em 1978 a I Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata²⁵, onde é colocada a meta "Saúde para todos no ano 2000", reforçando a proposta de cuidados de saúde primários. Esta conferência culmina com a adopção de oito elementos essenciais para a saúde, como: *"educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle; promoção da alimentação e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; cuidados materno-infantil; incluindo o planeamento familiar; vacinação contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endémicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos."*

A Organização das Nações Unidas²⁶ (ONU), realizou em 1982, a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento em Viena na Áustria. O propósito principal dessa Assembleia foi iniciar um fórum para traçar um Plano Internacional de Acção, sensibilizando os governos e a sociedade da necessidade de instituir um Sistema de

²⁴ Grande, N. (1994) - *Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade*. In: Geriatria. Lisboa, Vol. VII, nº 68

²⁵ OMS (2000) - I Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata, meta "Saúde para todos no ano 2000".

²⁶ ONU (1991) Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Acedido em Novembro. 2006 em: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/princ.html>

Segurança Económico e Social para os idosos, assim como oportunidades de participação e contribuição do desenvolvimento destes países.

Em 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, este conceito é definido como: "o processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Dessa forma, a Promoção da Saúde, sai dos Serviços de Saúde e estende-se para as comunidades, acrescentando como campo de actuação, o apoio comunitário que tem uma componente educativa.

A Promoção da Saúde é o maior auxílio para o desenvolvimento social, económico, pessoal e da qualidade de vida, no entanto, existem factores que a condicionam como políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. As acções de Promoção da Saúde, devem reduzir as diferenças no estado de saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, proporcionando os meios que permitam a toda a população desenvolver o seu potencial de saúde.

A Conferência de Adelaide²⁷, realizada em 1988, elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto destas sobre a saúde da população. (WHO)

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, foi a primeira conferência global a focar directamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. (WHO) Ocorreu previamente à Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento "preparar o mundo para o século XXI".

A Conferência de Jacarta (WHO), foi a primeira a realizar-se num país em desenvolvimento e o seu subtítulo "novos actores para uma nova era", pretendeu ser uma actualização da discussão sobre um dos campos de acção definidos em Ottawa: o reforço da acção comunitária.

²⁷ WHO (1988) - World Health Organization World Health Organization Geneva. ISBN: 92-4-154280-2

Foram aprovados na Assembleia Geral das Nações Unidas em 1991, os Princípios das Nações Unidas para o Idoso, (Resolução ONU 46/91). Estes são relativos aos direitos humanos:

1. Independência,
2. Participação,
3. Cuidados,
4. Realização pessoal
5. Dignidade.

Estes reconhecem que a qualidade de vida não é menos importante que a longevidade e que por conseguinte as pessoas de idade devem na medida do possível desfrutar no seio das suas próprias famílias e comunidades de uma vida plena, saudável e satisfatória.

Com a finalidade de proporcionar cada vez mais condições para um envelhecimento saudável em Portugal, a Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas, em 1999, implementou os direitos dos idosos, baseados em Cartas de alguns países da União Europeia; ainda que se defenda que estes têm os mesmos direitos e deveres dos demais cidadãos portugueses, dado que a sua capacidade jurídica não sofre qualquer limitação por força da idade.

1. Direito do Idoso de ter acesso à “qualidade total” do viver humano, em que consiste a base do bem comum;
2. Direito de manter as condições pessoais do Idoso no mais alto grau possível de auto-suficiência sob plano mental, psíquico e físico;
3. Direito ao tratamento preventivo e de reabilitação;
4. Direito a obter, gratuitamente, o tratamento e os aparelhos necessários para permanecer em comunicação com o ambiente social e evitar a degradação física e psíquica. Próteses acústicas e dentárias, óculos e outros subsídios que permitam conservar a funcionalidade e a dignidade da própria pessoa;
5. Direito a viver num ambiente familiar acolhedor;

6. Direito de ser acolhido nos locais de recuperação, alojamento e hospitalares, por todo o pessoal, incluindo os quadros directivos, com atendimento cortês e cuidados, respeitando a dignidade da pessoa;
7. Direito do Idoso a ser respeitado na sua identidade e a não ser ofendido no seu senso de pudor, salvaguardando a sua intimidade pessoal;
8. Direito de ter garantido um rendimento que consista não apenas na mera sobrevivência mas também no desenvolvimento de uma vida social normal e integrada no próprio contexto e com isso o direito de auto-determinação e de auto-promoção;
9. Direito a que as potencialidades, as capacidades e a experiência pessoal do Idoso sejam valorizadas e usadas com benefício dos bens comuns;
10. Direito a que o Estado, com o generoso apoio do voluntariado e igual colaboração do sector sem fins lucrativos, predisponha novos serviços informativos – culturais e estruturas aptas a favorecer a aprendizagem de novas aquisições com vista a manter o idoso activo e protagonista da sua vida, bem como participante do desenvolvimento civil da comunidade.

Em 2002, foi realizada a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid - Espanha, tendo como resultado o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, no qual foram adoptadas medidas de âmbito nacional e internacional, em três direcções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e ainda, criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

Em 2003, foi realizada a I Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, em Santiago do Chile da qual resultou o documento intitulado Estratégias Regionais de implementação para América Latina e Caribe tendo este por base o Plano de Acção Internacional de Madrid sobre Envelhecimento.

Em 2007, foi realizada a II Conferência sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, em Brasília no Brasil, resultando desta, a Declaração de Brasília, que tem como destaque principal a designação de um membro para o Conselho de Direitos Humanos da ONU, com a finalidade de zelar pela promoção dos direitos da pessoa

idosa, e implicando que cada país consulte o seu governo, sobre a criação de uma convenção para a pessoa idosa, como um documento juridicamente vinculativo de âmbito internacional.

Portugal, à semelhança de outros países, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa. São tendências pesadas com fortes implicações estruturantes, mas uma das principais consequências desta transformação verifica-se ao nível do sector da saúde²⁸. (Ministério da Saúde)

Não há dúvida que o envelhecimento da população está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde; ao progresso da ciência no combate à doença; a uma melhor intervenção no meio ambiente e sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos nós os principais agentes da nossa própria saúde. Nesta perspectiva, devemos considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde²⁹ e por isso, torna-se necessário encorajá-las a participar neste processo. (Guimarães)

Já sabemos que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A par dos factores genéticos que determinam muito do processo³⁰, há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, activo ou inactivo. (Ministério da Saúde)

No caso português, os dados disponíveis referentes ao grupo com 65 e mais anos permitem obter uma avaliação sumária das respectivas condições de vida bem como dos sistemas de cobertura em equipamentos e serviços, visando a satisfação de necessidades específicas. Apesar dos progressos verificados em todas as componentes relativas às condições de vida da população portuguesa, os indivíduos

²⁸ Ministério da Saúde (2005) – *Centros de saúde e hospitais. Recursos e produção do sns 2003*. Lisboa: DGS,. 127 p. ISSN. 1645-8893. Acedido em Julho de 2007 em <http://www.dgsaude.pt>

²⁹ Guimarães, R.M. (2004) - *Sinais e Sintomas em Geriatria.*, U.G.V. 2ª. Edição. Editora Atheneu,. ISBN: 61897047

³⁰ Ministério da Saúde (2003) – *Health in Portugal. Basic Indicators 2000*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em Setembro de 2006 em <http://www.dgsaude.pt>

cujas idades se situam nos escalões superiores da nossa pirâmide etária apresentam ainda alguns défices significativos em termos de rendimentos.

É importante compreender quais os aspectos que fazem variar a saúde e bem-estar do idoso, quer sejam de natureza psicológica, económicos e sociais, pois estes problemas podem ser minimizados por políticas de intervenção preventivas e promotoras de um envelhecimento bem sucedido.

Este constante envelhecimento da população³¹, coloca novos desafios em termos sociais, económicos e de saúde pública, assumindo cada vez maior importância as políticas de saúde que evoluíram de forma considerável, ao longo dos últimos 50 anos. (Comissão das Comunidades Europeias)

Em Portugal, a reforma de 1971 tinha como objectivo integrar os centros de saúde pública e os postos das caixas de previdência numa rede de cuidados de saúde primários, que só aconteceu cerca de 12 anos depois e 5 anos após a Lei do Serviço Nacional de Saúde voltar a afirmar esta integração.

Com a declaração de uma política de terceira idade, na Constituição Portuguesa de 1976, preconizava-se um novo modo de gerir a velhice, iniciando-se um novo período. Assim, em Portugal, verifica-se, uma alteração na forma de tratar os idosos, na qual a modificação mais visível concretiza-se na transformação dos asilos em lares e na emergência de serviços e instituições para a terceira idade.

A política de manutenção dos idosos no seu domicílio, foi divulgada e introduzida em Portugal, através da criação de centros de dia, do apoio domiciliário, de centros de convívio e da alteração dos asilos em lares. Caracteriza-se por preconizar a continuação dos idosos no seu domicílio, criando condições para que possam aí permanecer integrados socialmente; Pressupõe que é possível retardar o envelhecimento (físico e mental) através de diferentes actividades culturais,

³¹ Comissão das Comunidades Europeias (1995) – Proposta de decisão do Conselho relativa ao apoio comunitário a acções em favor dos idosos. *Acções comunitárias a favor das pessoas idosas*, incluído no Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre as Gerações. Relatório de avaliação. C.E. Bruxelas.

recreativas e desportivas e também veicula uma representação de velhice diferente da velhice dos hospícios, ou seja, uma velhice autónoma e activa.

A Constituição da República Portuguesa no capítulo II dos direitos e deveres sociais (Segurança Social e Solidariedade) no seu artigo 63º afirma que “todos têm direito à segurança social” e no artigo 72º explicita o seguinte no que diz respeito à terceira idade:

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural para proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

Assim, verifica-se que este texto da lei fundamental portuguesa, obriga o Estado a desenvolver uma política de velhice, não apenas no plano das garantias dos direitos económicos mas também nos direitos sociais, no sentido de contrariar os fenómenos de desvalorização das pessoas idosas.

Para além da Constituição de 1976, ter consagrado uma política dirigida especificamente para este grupo etário, encontramos uma intenção de intervenção no campo da terceira idade, no programa do I Governo Constitucional³², promovendo medidas que se inserem nesta nova política de manter os idosos no domicílio. No ponto 4.3, alínea g) foram propostas as medidas para a terceira idade e que concretizariam essa política de manter no domicílio, através dos centros de dia:

“As carências de equipamento social de resposta aos problemas da terceira idade provoca a necessidade da criação de estruturas adequadas, nomeadamente, de

³² Constituição (1976) - Programa do I Governo Constitucional. Acedido em Maio 2008 em: <http://www.governo.gov.pt>

equipas de apoio às pessoas idosas residentes nos seus domicílios - «os centros de dia»” (Programa do I Governo).

Para além de especificar o tipo de equipamento que consideravam mais adequado às necessidades da população idosa, esclareciam qual a função que este tipo de serviço iria desempenhar, pois, *“teria uma dupla função: proporcionar, através do convívio e de actividades adequadas, a quebra de isolamento em que normalmente os idosos se encontram e, por outro lado, permitir uma avaliação mais correcta das verdadeiras necessidades de alojamento. Em consequência, proceder-se-á à criação de centros de dia”*. (Programa do I Governo)

Outros documentos sobre os equipamentos para idosos também salientam o centro de dia³³ como um equipamento que torna exequível a política de manter os idosos no domicílio. Numa publicação promovida pela Secretaria de Estado da Segurança Social³⁴, com o objectivo de orientar na criação destes equipamentos, afirma-se:

“Podemos concluir dizendo que o centro de dia é, antes de mais, um equipamento aberto que tem como função fundamental manter o idoso no seu próprio meio familiar e social, através da prestação de serviços específicos proporcionados no próprio Centro e de outros extensivos ao domicílio”. (Morais)

Outro documento, promovido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade³⁵, referia:

“O centro de dia aparece, a título experimental, em meados dos anos setenta, como tendo como objectivo essencial a criação de condições mais favoráveis à manutenção das pessoas idosas no seu domicílio”. (Ré)

³³ Morais, F. (1989) - População Idosa, Centros de Dia, Centros de Convívio. Secretaria de Estado da Segurança Social, Divisão de Programas e Projectos.

³⁴ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (MTSS) (2006 – 2007) – Estatísticas: *Pessoas idosas*, 2007. Acedido em Junho de 2007 em: <http://www.mtss.gov.pt>

³⁵ Ré, O. (coord.) (2000 - Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Departamentos de Estudos, Prospectiva e Planeamento, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Esta nova política, contribuía para a manutenção das pessoas idosas no domicílio e outros interesses poderão ter estado por detrás destas medidas, como os de ordem financeira. Estes equipamentos, como por exemplo os centros de dia, para além de proporcionarem um novo modo de vida aos idosos, que se desejavam inseridos e mais participativos na comunidade, também reduziriam as despesas ao Estado.

Esta política continuou a ser seguida pelo Segundo Governo Constitucional no seu Programa, onde está declarada a intenção de continuar o alargamento da rede de equipamentos:

“Intensificação do esforço que vem sendo desenvolvido no que se refere a equipamentos sociais para a terceira idade – lares e centros de dia, oficiais – e o de instituições de solidariedade social não lucrativas, esforços a que se conferirá carácter da primeira prioridade, designadamente no que se refere ao aumento e cobertura territorial e à aplicação de soluções que evitem a marginalização do idoso em relação à família e à comunidade. Os centros de dia e o apoio domiciliário à família e à comunidade representam, assim, nota dominante do conjunto destas medidas ”³⁶.(Programa do II Governo)

Para além dos centros de dia e do apoio domiciliário, outra instituição que também começa a emergir, nesta década, é o centro de convívio, traduzindo a política de integração dos idosos no seu meio social e tendo como objectivos:

“Visa prestar alguns serviços às pessoas idosas, para além do seu objectivo fundamental, que é o de proporcionar um local de reunião e convívio. Por isso, está mais ligado a uma ideia de lazer e de ocupação de tempos livres. Naturalmente que se prevê o desenvolvimento de pequenos serviços que, pela sua própria natureza, vão aliciar os idosos a procurar o centro como local de convívio, oferecendo actividades recreativas, refeições ligeiras e informação específica relacionada com a prevenção da saúde e da sua autonomia, retardando assim a dependência.”
(Morais)

³⁶ Constituição (1978) - Programa do I Governo Constitucional. Acedido em Maio 2008 em: <http://www.governo.gov.pt>

Outras justificações foram convocadas para a criação de centros de dia, como a experiência externa a Portugal, a qual mostrava que retardando o recurso ao alojamento colectivo se retardava também a senilidade, mantinha-se a identidade da Pessoa Humana, e diminuía-se os gastos financeiros e, por vezes, até se conseguia que a Pessoa Idosa continuasse útil a toda uma sociedade. Criavam-se, portanto, melhores condições de bem-estar social.

A questão dos custos financeiros, como sendo um dos factores que contribuíram para a concretização desta política de manutenção dos idosos no domicílio, traduzida em equipamentos como o centro de dia, também a encontramos na seguinte passagem da Carta Social:

“O aparecimento desta resposta social surge da necessidade de diversificar as estruturas de apoio à população idosa, dado que o lar, além de exigir um forte investimento financeiro já não correspondia há necessidades da maioria destas pessoas”. (Ré)

Os centros de dia foram igualmente considerados como um contributo para a permanência dos idosos na sua residência, apesar de certos constrangimentos como baixas pensões de reforma ou problemas de saúde, o que poderá eventualmente significar que os centros de dia se dirigiam para uma população idosa pouco autónoma e carenciada:

“No entanto, os condicionalismos de toda a ordem provocados pela reforma, pelos baixos recursos financeiros consequentes, pelo somatório de problemas de saúde que podem surgir numa idade avançada, obrigaram os serviços a encontrarem formas de respostas tendentes a manter o idoso no domicílio”.

O centro de convívio responde *“às carências socioeconómicas dos idosos, favorecendo as suas relações interpessoais a fim de evitar o isolamento e promovendo actividades socioculturais e recreativas diversificadas”.* (Ré)

Com o centro de convívio *“pretende-se proporcionar ao idoso um local para conviver e que se torne um ponto de referência essencial. Por outro lado, procura-se promover uma maior participação deste grupo na vida sociocultural da área e na própria gestão do centro através de uma comissão de utentes”*. (Ré)

O centro de dia parece ter a “capacidade” de por um lado, fazer com que os idosos continuem úteis, mantendo-os autónomos e por outro lado de conseguir retardar o envelhecimento. O centro de dia parece ser considerado como a panaceia para os males da velhice e do envelhecimento, um meio de reconversão da velhice, inútil e dependente, numa velhice activa e autónoma.

A Comissão Nacional sobre o Envelhecimento, continuou a defender a manutenção dos idosos no seu meio:

“Desde a Constituição de 1976 que se criaram condições favorecedoras da afirmação do princípio da autonomia dos idosos, procurando preservar a sua manutenção na comunidade, através do recurso a múltiplas formas de apoio, adequadas à variedade das situações observadas. (...) As orientações actuais encaminham-se para acções de promoção da participação³⁷ dos idosos na vida da comunidade e criação de condições que favoreçam o máximo aproveitamento das suas capacidades e experiências”. (Comissão Nacional sobre o Envelhecimento)

A política de manutenção e participação do idoso no respectivo meio social foi preconizada pelo Estado, mas fazendo uma apologia à contenção de despesas e ao envolvimento de outros parceiros, nomeadamente de instituições, autónomas financeiramente.

Esta preocupação do Estado em envolver outros parceiros na prossecução da política da terceira idade, designadamente Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), já tinha sido defendida no Programa do I Governo Constitucional:

³⁷ Comissão Nacional sobre o Envelhecimento (1982) - “O envelhecimento em Portugal”. Seminário sobre Envelhecimento – O Idoso na Família e na Comunidade. Solidariedade e Progresso. Secretaria de Estado da Família.

“Incentivação da acção das instituições privadas de solidariedade social não lucrativas, estabelecendo, através das normas da sua regulamentação e fiscalização, as desejáveis cooperação e articulação entre essa acção e a do Estado”. (Programa do I Governo)

A defesa do envolvimento de outros parceiros na execução da política³⁸ da terceira idade encontra-se presente em algumas propostas apresentadas pela Comissão Nacional sobre o Envelhecimento, tais como “controlar o crescimento dos encargos, equilibrar o sistema e melhorar as condições de vida dos idosos”.

“A limitação crescente dos recursos financeiros, confrontada com necessidades cada vez maiores, impõe-nos o desafio da eficiência. Ela traduzir-se-á na escolha permanente entre alternativas de diferente custo e diversa eficácia. A intervenção do Estado em matéria de cuidados a idosos impõe algumas escolhas (...)”. (Comissão Europeia)

Entre essas escolhas encontravam-se os equipamentos e serviços que ficassem com custo mais reduzido e que atendessem maior número de idosos. Ao compararem lares, centros de dia e apoio domiciliário, ficou subentendido que a “escolha acertada” recairia no centro de dia e na ajuda domiciliária. (Comissão Nacional sobre o Envelhecimento)

Uma outra escolha relacionava-se com a opção de parceiros do Estado em matéria de implantação e desenvolvimento da política de terceira idade. Neste ponto é explícito o discurso quanto à redução das despesas do Estado, incentivando os parceiros para se tornarem autónomos financeiramente:

“Definir os possíveis parceiros do Estado na prossecução da política de apoio aos idosos. Há instituições de solidariedade social que obtêm por si meios materiais com que cobrem quase metade dos seus encargos de funcionamento, recorrendo fortemente ao voluntariado e inserindo as suas acções no tecido social envolvente (Lar do Comércio, Inválidos do Comércio, Caritas Portuguesa, p. ex.); outras, estão

³⁸ Comissão Europeia (2004) – *A situação demográfica na União Europeia*. Relatório C.E. Bruxelas. Acedido em Maio de 2008 em: <http://www.prodesa.azores.gov.pt>

dependentes do Estado em mais de 90% da sua acção, quer quanto a investimentos, quer quanto a encargos de funcionamento. Torna-se cada vez mais necessário incentivar os parceiros de intervenção ao desenvolvimento de projectos que diminuam o nível da sua dependência financeira do Estado”. (Comissão Nacional sobre o Envelhecimento)

Problematizar a actuação do Estado, neste período, contribuirá para a compreensão sociológica da política de terceira idade, relativamente à redução do investimento por parte do Estado e ao apelo do envolvimento de outros parceiros sociais.

Este período, designado por período de «normalização», foi caracterizado por o Estado regulamentar a vida social e económica, por um lado e por outro lado, reduzir a sua intervenção, designadamente em termos financeiros na protecção social.

“No domínio da política social³⁹, ao contrário do constitucionalmente previsto iniciam-se práticas de restrição estatal, mas ao mesmo tempo é visível a defesa de uma política de idosos e de manutenção no domicílio, reduzindo os gastos do Estado. Por outro lado, o incentivo que começa a ser feito às IPSS e a outros parceiros sociais, como instituições privadas sem fins lucrativos, para colaborarem com o Estado, na prossecução da política de terceira idade que encontramos, expresso no documento orientador da política de terceira idade, da Comissão Nacional sobre o Envelhecimento, são medidas que traduzem essa mesma lógica de funcionamento. Esta orientação assentava, ainda, quer na consensualidade sobre a insuficiência das respostas estatais, quer na constatada falta de recursos e duvidosa qualidade dos serviços prestados. De notar, todavia, que em Portugal tal tendência se inscrevia, sobretudo, no ‘modismo’ da crise do Estado e na pretendida redução da presença estatal nos vários níveis da sua intervenção (...).” (Rodrigues)

Neste contexto foi criada em 1988, a “Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI)” com o objectivo de dinamizar, promover e coordenar o estudo e a elaboração de propostas conducentes à definição de uma política social, global, coerente e adequada às necessidades das pessoas idosas. É constituída por

³⁹ Rodrigues, F. (1999) - Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal, Lisboa, Instituto Superior de Serviço Social.

representantes dos diferentes departamentos governamentais, designadamente: Comunicação Social, Cultura, Educação, Finanças, Justiça, Transportes, Saúde e Segurança Social.

A Lei de Bases da Saúde de 1990 só foi compatibilizada com o Sistema Nacional de Saúde devido à legislação produzida em 1993 e com a aplicação de uma das suas maiores apostas: a gestão privada de instituições públicas.

Somente entre 1996 e 1999 foi produzida e finalmente adoptada, uma estratégia⁴⁰ de saúde, “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século” (1998-2002).

Actualmente, estão a ser preparadas novas orientações estratégicas – “Plano de Saúde”, que após um extenso processo de consulta, em cooperação próxima com a Organização Mundial de Saúde e União Europeia, se espera venha a ser adoptado.

As dificuldades na implementação de reformas dos cuidados de saúde podem ser atribuídas a múltiplos factores e foram identificadas pelo Observatório Europeu de Sistemas de Saúde:

1. Decisões pouco baseadas no conhecimento;
2. Tradição normativa;
3. Administração “comando e controlo”;
4. Descontinuidade política;
5. Limitações à governação e resistência à mudança;

Em Portugal, as condições económicas e sociais sofreram progressos extraordinários nos últimos 30 anos. A melhoria do estado da saúde e dos serviços de saúde são também reflexo destas evoluções sociais. Em algumas áreas, fez mais do que seria de esperar atendendo aos seus indicadores económicos e sociais.

⁴⁰ Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas (1999) - Relatório Ano Internacional das Pessoas Idosas

Numa perspectiva preventiva do envelhecimento saudável, o segredo está em actuar no estilo de vida (educação para a saúde) e no contexto de vida do idoso (optimizando o seu ambiente residencial, seja na comunidade, seja em instituições).

Com a finalidade de proporcionar cada vez mais condições para um envelhecimento saudável, em Portugal no ano de 1999, foram postos em destaque os direitos dos idosos, ainda que se defenda que os idosos têm os mesmos direitos e deveres que os demais cidadãos portugueses, dado que a sua capacidade jurídica não sofre qualquer limitação por força da idade.

Como já foi citado, a Constituição da República Portuguesa no capítulo II dos direitos e deveres sociais (Segurança Social e Solidariedade) no seu artigo 63º afirma que “todos têm direito à segurança social”.

Os mecanismos que levam ao envelhecimento são distintos de país para país, mas pode considerar-se que este fenómeno é o resultado da redução da natalidade e da diminuição da mortalidade e morbilidade acompanhada de uma melhoria acentuada das condições ambientais, nutricionais e de saúde. As alterações demográficas do último século que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. Coloca-se pois a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada,

potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. As alterações demográficas arrastam consigo inevitáveis repercussões sociais, económicas, éticas e sanitárias cujas soluções vão constituir seguramente um dos maiores desafios para este milénio.

O Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas diz: *“o desenvolvimento humano é um processo contínuo que leva à ampliação das possibilidades conferidas a cada indivíduo... seja qual for o seu estado de desenvolvimento e de saúde...”*

Viver mais tempo numa sociedade mais envelhecida é um duplo desafio para a saúde pública, embora a longevidade não seja necessariamente sinónimo de boa saúde.

A Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência⁴¹, (criada pelo *Despacho n.º23035/2005, de 8 de Novembro*), integra áreas de coordenação nacional, responsáveis por iniciativas e programas considerados prioritários, em termos de ganhos em saúde e que estão previstos no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e tem por objectivos:

- Implementar políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde, que promovam a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência.
- Participar na implementação de orientações específicas e intervenções necessárias para a promoção do envelhecimento activo.

⁴¹ Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas (1999) - Relatório Ano Internacional das Pessoas Idosas

- Implementar o modelo integrado de cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, em articulação com os serviços competentes da Segurança Social.
- Coordenar os trabalhos que visem o estabelecimento de níveis de responsabilidade e das necessidades de coordenação, articulação e complementaridade entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social no desenvolvimento e implantação do modelo de cuidados a pessoas idosas e com dependência.
- Implementar o Plano de Acção proposto pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas idosas e às Pessoas, que permita o desenvolvimento das redes locais de cuidados continuados (Serviços Comunitários de Proximidade)
- Desenvolver instrumentos de apoio para a implantação e avaliação do novo modelo de cuidados continuados.
- Fomentar a criação e o desenvolvimento de Serviços Comunitários de Proximidade.
- Promover, com os serviços competentes do Ministério da saúde, a formação dos profissionais envolvidos nos cuidados continuados e a adequação do seu conteúdo funcional a este novo tipo de cuidados.
- Propor mecanismos de financiamento específico para este tipo de cuidados.
- Promover a elaboração e a permanente actualização de uma agenda de investigação em cuidados continuados, que possa constituir orientação e referência para investigadores e instituições que queiram acrescentar conhecimento nesta área.

Estes factos transportam-nos para os problemas de saúde dos idosos e os cuidados geriátricos que se tornam imperativos quando estão doentes e para os quais a institucionalização surge como opção. Envelhecer e poder permanecer no domicílio com todas as condições e apoios, é hoje em Portugal um privilégio para poucos. Os idosos com poucas posses para recorrer à institucionalização ou a outras alternativas, permanecem no seu domicílio sem ajudas, isto deve-se aos ritmos de vida acelerados, à separação das famílias e à falta disponibilidade e tempo necessários para apoiar eficazmente os seus familiares mais idosos.

O ideal seria permanecerem no seio da sua família até à morte, mas por vezes são vítimas de uma atitude hostil e de rejeição, que os leva a viverem sós e a experimentarem a solidão e isolamento, agravando-lhes a sensação de inutilidade e valorizando as dificuldades que sentem para desempenharem as tarefas caseiras.

No sentido de conciliar esforços para proteger os idosos, o Coordenador Nacional para os Assuntos da Família no Decreto-Lei n.º 3/2003, de 7 de Janeiro aprova os seguintes pontos:

- Combater a exclusão e a solidão dos mais idosos, incentivando e apoiando as famílias que privilegiem a manutenção dos idosos em casa;
- Apoiar as iniciativas e os projectos de âmbito local que desenvolvam actividades e prestem serviços de apoio a pessoas idosas, incluindo o apoio domiciliário, acompanhamento e actividades de lazer;
- Promover a participação na sociedade dos reformados e pensionistas, designadamente em programas de apoio à infância e à juventude;
- Aprovar o regime jurídico da reforma parcial e assim promover o envelhecimento activo;
- Fomentar uma cultura positiva da velhice, promovendo e divulgando estilos de vida activa, participativa e autónoma de acordo com o Plano Internacional de Acção sobre o Envelhecimento;
- Promover o estudo continuado sobre as causas e as consequências das alterações demográficas, em especial nas estruturas familiares e na sustentabilidade dos sistemas de segurança social;
- Sensibilizar as pessoas e a sociedade para as questões demográficas, para a sua evolução e para as profundas alterações que se têm vindo a verificar em Portugal e na Europa.

Para além disto, existem muitos casos em que a única alternativa é colocar o idoso num Lar como acontece quando as famílias não têm condições em casa; ambos os elementos do casal trabalham; quando não há possibilidade de prestar ao idoso os cuidados que necessita; a família rejeita completamente o idoso; este vive sozinho e não se basta a si próprio e necessita de ajuda; quando necessita de assistência

permanente de enfermagem; entre outros. Portanto se houvesse um alargamento do Serviço de Apoio Domiciliário, evitavam-se muitos casos de internamento em Lares e permitia aos idosos permanecer na sua casa. O mesmo acontece com a criação de Centros de Dia, que normalmente oferecem aos idosos além do almoço e do lanche a possibilidade de conviverem.

Embora existam múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, não existe ainda uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada que promova o envolvimento das várias medidas numa perspectiva integrada, ao longo da vida para um envelhecimento activo.

As pessoas idosas em risco ou em situação de dependência, requerem uma particular atenção por parte dos serviços de saúde e sociais, em termos de organização de cuidados e de recuperação global, através de respostas adequadas, as quais obrigam a uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde e das formas mais tradicionais de apoio social.

Relativamente à cobertura em Serviços de Saúde, a população idosa portuguesa não dispõe de equipamentos e serviços específicos⁴², utiliza o esquema geral de cuidados que ao abrigo do sistema nacional de saúde, cobrem a generalidade da população quer ao nível dos cuidados de saúde primários quer ao nível dos cuidados diferenciados e especializados. (Page)

A criação de estabelecimentos geriátricos⁴³ nunca foi verdadeiramente encarada, enquanto que as unidades geriátricas em hospitais gerais constitui uma hipótese defendida por muitos profissionais com experiência na área dos cuidados a idosos, dado o aumento significativo da procura destes cuidados de saúde por pessoas deste grupo etário. Entende-se pois que as referidas unidades permitiriam não só uma melhor qualidade do atendimento de saúde aos idosos em situações

⁴² Page, M. (1994) – *Os cuidados de Saúde Primários: O Centro de Saúde na periferia do Sistema de Saúde Português*. Trabalho de Seminário apresentado ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa. Documento mimeografado.

⁴³ Garcia, E.M.B. (1997) - *Visita domiciliária tratar ou cuidar?* Servir. Lisboa. Volume 45, nº 1 (Janeiro/Fevereiro), p. 26-28.

específicas como também favoreceriam o desenvolvimento dos conhecimentos científicos e técnicos na área da Gerontologia. (Garcia)

Nesta área, podemos destacar a existência de consultas de gerontopsiquiatria em alguns hospitais, o desenvolvimento da formação em serviço de alguns profissionais relativamente à problemática gerontológica e geriátrica e os protocolos de acordo instituídos entre os Lares de Idosos e os estabelecimentos de saúde de forma a promover a racionalização da utilização dos recursos existentes na comunidade.

O modelo actual de prestação de cuidados de saúde⁴⁴, está mais organizado para responder a episódios agudos de doença, tomando-se desadequado para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento, originando internamentos que podiam ser evitados, assim como o aparecimento de dependências e até o esgotamento das famílias, cujos recursos e disponibilidade encontram suporte em serviços de apoio ao domicílio. (Portugal)

O Sistema Português de Segurança Social, por Despacho Conjunto nº 407/98 define as “Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência” onde prevê oficialmente as seguintes modalidades de resposta às necessidades dos idosos:

Atendimento/Acompanhamento Social

Destina-se a informar, orientar, encaminhar e apoiar indivíduos e famílias.

Acolhimento Familiar

Integra pessoas idosas, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas ou tecnicamente enquadradas, quando por ausência de familiares e/ou insuficiência de respostas sociais, não se possam manter no seu domicílio (Decreto-Lei nº 391/91 de 10 de Outubro).

⁴⁴ Portugal (2002) - *Ganhos de Saúde em Portugal*: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Ministério da Saúde Direcção-Geral da saúde. Lisboa.

Serviço de Apoio Domiciliário

Visa a manutenção de pessoas idosas ou com dependência no seu ambiente habitual de vida, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. Presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária (Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro).

Centro de Convívio

Concede serviços de recreio, convívio, animação, ocupação dos tempos livres, fomenta as relações interpessoais para evitar o isolamento. É adequado a idosos que não apresentam, dependências e/ou carências, pois não presta ajuda domiciliária nem serve almoços.

Centro de Dia

Fornece serviços de refeições, convívio ocupação dos tempos livres, cuidados de higiene, tratamento de roupas, férias organizadas, favorecem as relações interpessoais e evitam o isolamento, contribuindo para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.

Centro de Noite

É dirigido a idosos com autonomia que desenvolvem as suas actividades da vida diária no domicílio mas que durante a noite, por motivos de isolamento necessitam de acompanhamento.

Centro de Apoio a Dependentes

Dão apoio temporário e visam a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência, promovendo a autonomia possível. Desenvolvem-se a partir de

estruturas existentes e o internamento que esta resposta pode ter, desenvolve-se em pequenas unidades, com ligação ao serviço de apoio domiciliário, criando condições para a participação da família e para o retorno ao meio habitual de vida o mais rapidamente possível.

Colónia de Férias

Dirige-se a todas as faixas etárias da população ou à família na sua globalidade, com o objectivo de proporcionar actividades de lazer e quebra de rotina da vida quotidiana.

Lar

São estabelecimentos de alojamento colectivo, temporário ou permanente, proporcionam actividades de apoio social, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Despacho normativo nº 12/98 de 5 de Março).

Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para idosos

Aloja temporariamente idosos em situação de emergência social, e promove o seu encaminhamento para a família ou para outra resposta social de carácter permanente.

Refeitório

Fornece refeições (almoço e jantar) a indivíduos carenciados economicamente.

Residência

Conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum para idosos que se bastam a si próprios e podem cuidar da sua habitação.

Mesmo com este tipo de ajudas é necessário criar um modelo conceptual integrado, na Rede de Cuidados de Saúde para promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio e melhorar o acesso a cuidados de qualidade, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade dos mesmos, com ganhos em anos de vida com independência.

O sistema de acção social, desenvolvido por Instituições Públicas, e por IPSS, sem fins lucrativos, têm por objectivo reparar situações de carência e desigualdade sócioeconómica, de dependência, exclusão social, de modo a que seja feita a integração e respectivas capacidades.

Resumindo, a acção social destina-se a assegurar a protecção aos grupos mais vulneráveis, onde se enquadram os idosos, em situações que não possam ser superadas através do subsistema de solidariedade.

Em matéria de protecção dos idosos, a oferta no âmbito da acção social é bastante ampla, como já foi referido, existem os lares, as residências, o sistema de acolhimento familiar de idosos, o acolhimento temporário de emergência para idosos, os centros de noite, os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia, etc.

Para além das políticas mencionadas anteriormente, em Portugal existem outros programas de protecção social para idosos, como o Programa de Apoio integrado aos idosos. Para idosos dependentes temos respostas como, Serviços de Apoio Domiciliário Integrado; Serviços de Apoio Domiciliário; Plano Avô; Programa de apoio a iniciativa Privada Social, entre outros.

A seguir apresentam-se alguns programas de inserção social, que foram criados em Portugal para apoiarem os idosos mais necessitados:

Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)

Foi criado por Despacho Conjunto, dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social (MS/MESS) em 1 de Julho de 1994. Tem por objectivos promover

a autonomia das pessoas idosas e/ou com dependência, no seu meio habitual de vida; estabelecer medidas que visem melhorar a acessibilidade a serviços; implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados; promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais e formais, (profissionais, familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade); desenvolver medidas preventivas de isolamento e de exclusão; contribuir para a solidariedade entre as gerações; desenvolver respostas inovadoras e integradas (saúde/acção social); promover parcerias e a criação de postos de trabalho.

Os destinatários são pessoas com 65 e mais anos, famílias, vizinhos, voluntários, profissionais e comunidade em geral. Envolve parcerias de serviços da Saúde; Centros Distritais de Segurança Social; Autarquias (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia); União das Misericórdias Portuguesas; Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS); Organizações Não Governamentais (ONG); PT Comunicações; Cruz Vermelha Portuguesa; Serviços de Segurança (Pólicia Segurança Pública - PSP e Guarda Nacional Republicana - GNR); Bombeiros; Escolas; Organizações de Voluntários.

Podem candidatar-se os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelos Ministérios da Saúde e da Segurança Social e do Trabalho, as IPSS, Misericórdias e Mutualidades do âmbito da Saúde e da Segurança Social e ONG sem fins lucrativos.

↳ Serviço de Apoio Domiciliário – SAD

Visa a manutenção das pessoas idosas e/ou com dependência no seu meio ambiente, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. Neste âmbito os projectos desenvolvem-se tendo em conta o alargamento da cobertura existente, às vinte e quatro horas do dia, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas.

↳ Formação de Recursos Humanos – FORHUM

Este projecto destina-se prioritariamente a familiares, vizinhos e voluntários, bem como a profissionais das áreas da acção social e da saúde e outros elementos da comunidade, habilitando-os para a prestação de cuidados formais e informais.

↳ Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos – CAD

São centros de recursos locais, para apoio temporário que visam a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência. Desenvolvem-se a partir de estruturas existentes, assegurando apoio e cuidados diversificados, promovendo a autonomia possível e a continuação de um projecto de vida participativa. O internamento que esta resposta pode ter, desenvolve-se em pequenas unidades de cariz familiar e humanizado com forte ligação ao serviço de apoio domiciliário, criando condições para a participação da família e para o retorno ao meio ambiente.

↳ Serviço Telealarme – STA

É um sistema de telecomunicações que permite accionando um botão de alarme, contactar rapidamente a rede social de apoio de cada pessoa para responder à ajuda ou encaminhar para o serviço adequado. A rede social pode ser organizada por pessoas singulares e/ou entidades ou serviços, (IPSS, Centros de Saúde, Hospitais, Bombeiros, Forças de Segurança e outras). Os parceiros envolvidos no Protocolo de articulação do Serviço Telealarme são o PAII, que financia o projecto, a Cruz Vermelha Portuguesa, onde está instalada a central do STA; as operadoras telefónicas e a PT Comunicações que providencia a assistência técnica.

↳ Saúde e Termalismo Sénior

Programa promovido pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, É participado pelo PAII, tem a colaboração da Associação das Termas de Portugal, das Direcções-Gerais da Saúde e do Turismo e é gerido pelo INATEL. Permite à população idosa de menores recursos financeiros o acesso a tratamentos

termais (prescritos pelos Médicos de Família), o contacto com um meio social diferente (vertente lúdica, de convívio e animação) e a prevenção do isolamento.

↳ Passes Terceira Idade

Elimina as restrições horárias para pessoas com 65 e mais anos, nos transportes das zonas urbanas e sub-urbanas de Lisboa e Porto.

↳ Plano Avô

É uma parceria do Ministério da Economia e Inspecção Geral e do Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Visa identificar os utentes das redes de apoio, as infra-estruturas e os equipamentos existentes. Desenvolve um processo de certificação da qualidade das instituições prestadoras dos serviços e forma os recursos humanos envolvidos. Propõe a revisão da legislação para idosos; a remodelação de equipamentos e a recuperação de habitações degradadas das pessoas idosas; o investimento no Apoio Domiciliário para alargar a duração e o número de pessoas abrangidas e desenvolver centros comunitários de pequena dimensão que garantam a transgeracionalidade das acções a desenvolver.

↳ Programa Apoio 65 - Idosos em Segurança

É uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas; ajudar a prevenir e a evitar situações de risco, através de reforço de policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos; criação de uma rede de contactos directos e imediatos entre os idosos a GNR e a PSP, em caso de necessidade; instalação de telefones nas residências das pessoas que vivem mais isoladas e tem menores defesas; colaboração com outras entidades que prestam apoio à 3ª idade.

É desejável conhecer e compreender a realidade da saúde e envelhecimento da população portuguesa, de forma a promover novas abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados, retardando situações de

doença/dependência, factores de risco e o seu impacto nos cuidados de saúde. Esta é uma regra básica que deve estar subjacente a todas as políticas de saúde a instituir.

Como foi retratado, as respostas específicas para a Terceira Idade enquadram-se tanto no âmbito da Segurança Social, como nas políticas de outros sectores. Assim podemos destacar a discriminação positiva no acesso a determinados bens e serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, os passes sociais para a Terceira Idade. Outros tipos de apoios que os idosos têm, é no acesso à saúde como isenção de taxas moderadoras e transportes.

1.4 - Serviço de Apoio Domiciliário

O serviço de apoio domiciliário, é uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e a famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou definitivamente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária” (Despacho Normativo nº 62/99, de 12 de Novembro).

Visa a manutenção das pessoas idosas, ou com dependência, no seu ambiente, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos através do alargamento do apoio às vinte e quatro horas, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas.

O apoio domiciliário ao idoso⁴⁵, não deve ser apenas um serviço sanitário no sentido de tratar e/ou ajudar, mas sim um serviço social que pode ser independente ou funcionar como complemento dos programas de saúde. (Rice)

A forma como estes serviços se têm implantado, o aumento crescente de estruturas de apoio bem como as actividades desenvolvidas, demonstra claramente a adesão

⁴⁵ Rice, R. (2004) – *A formação prestada ao utente no domicílio*. In: Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários. Conceitos e aplicação, 3ª ed Lusociência, Loures. 2004. ISBN: 972-8383-46-0

das populações a esta modalidade de serviços como forma de responder a alguns dos seus problemas. No que se refere às pessoas idosas, a prestação destes serviços coloca-se hoje como um requisito normal e integrado, possibilitando-lhes por essa via a permanência no seu meio habitual de vida.

O Ministério da Segurança Social e do Trabalho, através do Programa de Apoio Domiciliário Integrado (ADI), complementa a oferta a dependentes que é uma resposta a prestar no domicílio com intervenção articulada do apoio social e dos cuidados da saúde continuados dos Centros de Saúde e Unidades de Apoio Integrado (para a prestação de cuidados de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades humanas básicas), que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, visando promover a autonomia das pessoas em situação de dependência

Como já foi comentado, o facto de existir um maior isolamento na população idosa e o facto de haver uma menor capacidade por parte da família em prestar os cuidados necessários para a satisfação das necessidades básicas e/ou actividades da vida diária destas pessoas, os SAD tornam-se essenciais e com grande relevância na rede de recursos sociais oferecidos pela Segurança Social. Por outro lado, ao prestar um serviço ao domicílio, nos casos em que este tipo de atendimento seja viável, permite combinar a prestação de cuidados individualizados e personalizados respeitando ao máximo o conforto pessoal do receptor dos cuidados⁴⁶. (Vieira)

O Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio de 1997 estabelece a obrigatoriedade de Licenciamento para poder exercer a sua actividade como prestador da Segurança Social. Este decreto estabelece o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos para actividades de apoio social.

No Despacho Normativo nº 75/92 de 20 de Maio de 1992, definem-se as Normas Reguladoras de Cooperação entre os centros regionais de Segurança Social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social.

⁴⁶ Vieira, E.B. (2004) - *Manual de Gerontologia: Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares*. São Paulo: Revinter.

A Carta Social constitui um potente instrumento configurado pela criação de uma base de dados que contém a informação disponível mais relevante de carácter social da rede de serviços e equipamentos.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Circular Normativa N.º: 13/DGCG 02/07/04), tem a finalidade de contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa; pretendendo ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas assim como a sua participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Visa um horizonte temporal até 2010.

Tem como objectivos, contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral: *Obter ganhos em anos de vida com independência*. É operacionalizado a nível regional e local pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde que deverão definir Planos de Acção. Estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento activo da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência.

O SAD tenta proporcionar o bem-estar ao utente esperando que este possa ficar no seu lar o máximo tempo possível. Este tipo de programa deve ser articulado com vários serviços e técnicas que exijam programação, supervisão e avaliação periódica de cada intervenção, formação e remuneração adequadas dos profissionais envolvidos, distinguindo-se assim dos serviços de voluntariado e/ou do apoio informal de familiares e vizinhos. É um serviço recente, que teve o seu grande impulso na segunda metade da década de 90. Este aumento resulta na aposta que o Estado tem feito para os idosos permanecerem em casa e assim evitar que recorram aos lares mais cedo.

O Serviço de Apoio Domiciliário não é um somatório de serviços, mas sim uma actividade submetida a uma lógica de análise global de cada situação e a um estudo conjunto de uma equipa multidisciplinar com funções muito concretas e que poderão prestar uma assistência mais especializada, constituída por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, e outros técnicos como calista, cozinheiro, ajudante familiar, motorista, entre outros, que prestarão serviços técnicos de apoio, de modo a responder adequadamente à situação específica e que permita a avaliação contínua para que em cada momento, se acrescentem ou diminuam serviços de acordo com a evolução de cada caso.

É necessário que os prestadores de serviços tenham formação em competências técnicas, assim como competências de comunicação, rentabilização de tempos e espaços e trabalho de equipa com outros profissionais e familiares ou vizinhos, tudo isto enquadrado por um Código Deontológico que facilite uma relação ética, respeitando e potenciando a autonomia de cada idoso ou dependente.

Este tipo de apoio deve incidir sobre vários aspectos da vida do ser humano, incluindo por isso níveis de intervenção de diversos graus de complexidade e especificidade. As acções ou serviços a prestar podem incluir apoio pessoal (passeios, companhia, escuta activa, ajuda para o auto-cuidado, cuidados de higiene e conforto, mobilização,...), apoio doméstico através de ajuda nas actividades instrumentais de vida diária (arrumo e limpeza da casa, compras, confecção e distribuição de refeições, tratamento de roupas contactos com o exterior,...), apoio psicossocial (fomentar a auto-estima, o convívio, a actividade, as relações sociais,...), apoio familiar (formação e informação, incentivar a colaboração,...), apoio em relação ao meio onde está inserido (estimular contactos externos, reduzir o isolamento,...), não esquecendo o uso do telefone, um meio de comunicação e que mantém os idosos em contacto com o meio que os rodeia.

Pelo que tem sido descrito até agora, o Serviço de Apoio Domiciliário, cobre um vasto conjunto de intervenções direccionadas para a população idosa, mas o seu desenvolvimento e implementação envolve por vezes aspectos bastante complexos. O tipo e o número de recursos existentes na comunidade, as particularidades do

meio, rural ou urbano e as necessidades dos idosos, determinam níveis de serviços diferentes.

2 - OBJECTIVOS

Apesar dos laços afectivos dos familiares poderem evitar ou retardar a institucionalização, a fragilidade do tripé Família-Estado-Sociedade tem sido incapaz de garantir a manutenção dos idosos com alguma dependência no seu domicílio, tornando-se imperioso criar um plano estratégico gerontológico que facilite a manutenção destes no seu meio ambiente, desfrutando de uma boa qualidade de vida, tendo boas condições e os apoios que mais necessitarem. Um Plano Estratégico é um documento que contém, de maneira sintética e ordenada, os resultados de um processo deste tipo.

O presente trabalho tenta abordar a problemática dos idosos do município de Gaia e os tipos de apoios que a sociedade põe ao seu dispor, assim como obter o diagnóstico possível da situação destes, em termos de apoio domiciliário. Proporcionar um melhor aproveitamento das potencialidades e necessidades da terceira idade é, um dos desafios colocados neste trabalho, conforme se estabelece nos objectivos.

Objectivo geral

- Criar um Plano Estratégico Gerontológico no município de Gaia para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado.

Objectivos específicos

Para alcançar o objectivo geral para este estudo foram definidos como objectivos específicos:

- Caracterizar a população estudada;
- Identificar os apoios existentes nas suas áreas de residência, as necessidades referidas pelos idosos e os factores que interferem nas suas vidas;
- Definir estratégias relacionadas com o desenvolvimento do plano gerontológico;

- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;

3 – JUSTIFICACÃO

As razões que determinaram a realização da pesquisa para esta Tese são de ordem intelectual, social e prática. O tema escolhido para este estudo foi definido tanto pela sua relevância teórica quanto pela contribuição prática e social do tema abordado; atender às necessidades específicas das unidades, dotando internamente os recursos com objetivos estratégicos institucionais; e criar uma referência em termos sociais, ambientais e de desenvolvimento sustentável, a nível local e/ou nacional.

A realidade que justifica a pesquisa está no conjunto de problemas relacionados à velhice, destacando-se sobretudo a sua dimensão social e as grandes pressões sobre a instituição familiar, cada vez mais incapaz de arcar com os cuidados a serem dispensados aos seus membros mais velhos.

Sabe-se hoje que a capacidade do governo para executar tarefas sociais é limitada. O sistema de acção social, desenvolvido por Instituições Públicas, e por IPSS, sem fins lucrativos, têm por objectivo reparar situações de carência e desigualdade sócioeconómica, de dependência, exclusão social, de modo a que seja feita a integração e respectivas capacidades. Actualmente, muitas instituições de apoio a idosos de cunho público e privado cuidam de necessidades sociais específicas dessas pessoas e assumem um compromisso fundamental com a sua cidadania.

Esta pesquisa desenvolve-se de modo a contribuir para a elaboração de um “Plano estratégico gerontológico no município de Gaia (Portugal) para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado”.

Como já foi referido, uma das contribuições mais significativas da pesquisa está na sua dimensão social. A configuração organizacional inclui serviços profissionais delineados em concordância com os direitos e garantias constitucionais da pessoa idosa, assegurados nos Direitos dos Idosos e demais normas pertinentes; considera as bases científicas dos campos do conhecimento da Gerontologia e da Geriatria.

Parte-se do princípio que a velhice não responde só a determinantes biológicos, mas também a factores sociais, económicos e psicológicos.

A partir do reconhecimento da população idosa como um segmento social com especificidades, o foco principal das actividades incide nos serviços profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de acções voltadas à promoção da saúde deste grupo etário, procurando mantê-los no seu meio ambiente, através da satisfação das suas necessidades de vida diária, assim como activos e participantes no exercício da sua cidadania.

A dualidade de ser, ao mesmo tempo, um serviço de apoio domiciliário e um meio de manter o idoso por mais tempo no seu lar, reflecte a originalidade desta pesquisa.

A principal característica do funcionamento deste serviço é o de promover actividades necessárias ao dia a dia dos idosos, a sua sociabilização evitando o isolamento e o desenvolvimento da personalidade individual.

Do ponto de vista da sua relevância teórica, a pesquisa contribui para aplicação de uma estrutura projectada especificamente para instituições de idosos existente na Cidade de Vila Nova de Gaia.

Ressalta-se que na investigação da literatura especializada, não se identificou um modelo de configuração organizacional projectado para atender às especificidades deste tipo de apoio e a este segmento etário.

Uma correcta gestão, estruturação e implementação do SAD exige todo um processo que engloba um conjunto de fases específicas com linhas orientadoras próprias.

A primeira etapa ou diagnóstico da situação, inclui a identificação dos problemas reais dos idosos e o levantamento de todos os recursos disponíveis aplicáveis às situações em concreto.

Pela entrevista com a aplicação do formulário, obtêm-se dados pertinentes como o estado de saúde do idoso, a sua percepção individual de saúde e bem-estar, os recursos económicos, a capacidade funcional para as actividades básicas de vida diária (AVD) e actividades instrumentais da vida diária (AIVD), as condições habitacionais e barreiras arquitectónicas, o papel desenvolvido pela família e amigos, o suporte da rede formal e ainda os riscos potenciais para acidentes domésticos.

A avaliação gerontológica deverá ser conseguida a partir da aplicação de um formulário, onde se classifica a amostra e se detectam as dificuldades deste grupo. É importante também definir, o apoio social existente e o tipo de ajuda.

O planeamento propriamente dito, inclui o estabelecimento de objectivos gerais e específicos. É necessário pois, nesta etapa, determinar concretamente as medidas e as tarefas a desenvolver para a resolução dos problemas.

Outro aspecto não menos importante a ter em conta nesta etapa, é a promoção das funções exercidas pelas redes naturais como forma de complementar e facilitar as tarefas levadas a cabo pelo SAD.

Finalmente a avaliação oferece a possibilidade de comparar os resultados esperados e os resultados obtidos a partir dos dados de "entrada". O carácter dinâmico e flexível patente nesta fase, ajuda não só, a detectar o grau de satisfação do idoso, como também permite a reformulação dos objectivos inicialmente traçados e a planificação de novos serviços surgidos a partir das novas necessidades.

Este trabalho foi elaborado no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos de Vila Nova de Gaia, mais especificamente, nas freguesias de Santa Marinha e Mafamude, ajudando na reestruturação do serviço de apoio domiciliário aos idosos mais necessitados nesta cidade.

Foi escolhida como objecto de estudo a população idosa de Cidade de Vila Nova de Gaia que solicitou apoio domiciliário às Instituições da sua área. Sendo assim, a

finalidade do trabalho é a de ***contribuir para a manutenção do idoso no seu meio, através da satisfação das necessidades de vida diária.***

4 – METODOLOGIA

Na investigação é fundamental percorrer um caminho para se chegar ao fim pretendido. Para atingir o conhecimento, torna-se necessário usar um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, ou seja, um método científico.

A melhor forma de pesquisar este tema é através da integração do método quantitativo, pois para se analisar com fidedignidade uma situação, é necessário o uso de dados estatísticos/quantitativos obtidos. Considerando-se que a subjectividade do pesquisador está sempre presente, mesmo nas pesquisas quantitativas, o melhor procedimento a tomar é fazer um cruzamento de dados para se obter uma melhor compreensão do problema estudado.

4.1. - Descrição do estudo

Na investigação não existe um método ideal mas sim, uma possibilidade de mistura de métodos que podem ser usados com flexibilidade. Nesta perspectiva, este trabalho pretende conhecer a realidade social, através da obtenção de informações e do estudo das características dos idosos e do seu contexto. Trata-se pois, de uma pesquisa descritiva, dado que poderá servir para lançar novas ideias e clarificar conceitos. Para a análise dos dados aplica-se a estatística, pelo que como já foi referido é um estudo quantitativo.

Convém realçar que com este trabalho pretende-se adquirir e desenvolver conhecimentos pessoais, e acima de tudo, ter uma aplicabilidade prática na população estudada, de forma a ser útil para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Neste sentido, define-se como uma pesquisa aplicada. Relativamente à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal.

Este estudo foi desenvolvido na cidade de **Vila Nova de Gaia** que usualmente se designa por área do Grande Porto, já que pertence ao conjunto de cidades

contíguas ao Porto, uma vez que a densidade e proximidade das cidades vizinhas cria uma única co-urbanização, criando a ilusão de ser uma só "cidade" de cerca de 400 km², onde moram cerca de 1500000 pessoas; a Área Metropolitana do Porto, engloba concelhos e cidades mais distantes, sendo que a sua área total é de 1575 km² e a sua população é superior a 1800000 habitantes. Estima-se que em 2020 a população do Grande Porto suplante os 2000000 habitantes, dado que o crescimento de 0,75% da população de ano para ano "soma" à Área Metropolitana do Porto cerca de 16 mil habitantes todos os anos (3^a aglomerado urbano em maior crescimento na Europa). A Região do Porto ultrapassa os 2200000 habitantes, sendo o 25^o maior aglomerado urbano da Europa. Está a pensar-se na união dos municípios do Porto e Gaia num só, criando um município único 4 vezes maior do que o do Porto, com o dobro da população na cidade e com uma elevada taxa de crescimento populacional. Caso haja efectivamente a união dos municípios, a futura cidade, não só passará a ser a maior cidade do país, mas também aquela que mais cresce.

A nível regional, verifica-se que Vila Nova de Gaia, Santo Tirso, Espinho, Gondomar, Valongo, Matosinhos e Maia, localizados na coroa envolvente do Porto, são os únicos municípios que apresentam saldos migratórios positivos, o que aponta para o acentuar de fenómenos de sub-urbanização em torno do Porto – decréscimo de população na cidade com aumento nas periferias.

Vila Nova de Gaia é uma cidade portuguesa pertencente ao Distrito do Porto, encontrando-se geograficamente inserida na Região Norte, mais concretamente na província de Douro Litoral e sub-região do Grande Porto. Está situada a 300 km da capital de Portugal, Lisboa; a 112 km de Valença, na fronteira com Espanha e a 240 km de Santiago de Compostela. Este Concelho é actualmente o terceiro município mais populoso de Portugal e o mais populoso na região Norte; tem 168,7 km² de área, uma densidade populacional de 1838 hab/km², num total de 312742 habitantes (2008), dos quais 178255 são residentes urbanos, distribuídos essencialmente nas freguesias de Mafamude, Santa Marinha e Afurada, as três, que formam a cidade de Vila Nova de Gaia e destes 61489 têm mais de 65 anos.

O concelho de Vila Nova de Gaia é constituído por 24 freguesias, das quais 3 correspondem exactamente à cidade (Mafamude, Santa Marinha e S. Pedro da Afurada). A cidade está localizada na margem esquerda da foz do rio Douro, ou seja, o município é limitado a Norte pelo Rio Douro, encontrando-se na outra margem o concelho do Porto, a Nordeste por Gondomar, a Sul por Santa Maria da Feira e Espinho e a Oeste tem o litoral no Oceano Atlântico. Foi elevada a cidade em 28 de Junho de 1984. (Anexo C) e (Anexo D)

Como indicadores demográficos pode referir-se que ao nível da estrutura etária, Vila Nova de Gaia, tal como o País em geral, tem vindo a sofrer um processo de envelhecimento populacional que se deve à forte baixa da natalidade, ao aumento da esperança média de vida e que se traduz numa elevada diminuição da população das faixas etárias mais jovens e num ligeiro incremento da população mais idosa, aumentando o índice de envelhecimento para 93,40 nesta cidade; como indicadores sociais o número de médicos por 1000 habitantes é de 3,80; o número de enfermeiros por 1000 habitantes é de 4,50; existem 2 hospitais, um estatal com todas as valências e um hospital particular; quanto a centros de saúde, este concelho tem 23 unidades e 21 extensões destes centros de saúde, quanto à zona da cidade de Gaia, existem apenas 4 centros de saúde; relativamente a instituições de apoio social estão contabilizadas 46 famílias institucionais, 85 alojamentos colectivos (Fonte INE/2008). Segundo dados, do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP)⁴⁷, (Relatório da Carta Social de 2007) a resposta social de serviços de apoio a idosos e os equipamentos existentes, em todo o Concelho ou seja, nas 24 freguesias, são 15 Centros de Convívio, 20 Lares, 1 Residência, 25 Centros de Dia, e 24 Serviços de Apoio Domiciliário. (Anexo E)

As freguesias a que se reporta este estudo são: Santa Marinha que tem 6,00 km² de área, 30758 habitantes e uma densidade de 5126,3 hab/km² e Mafamude que tem 5,39 km² de área, 38940 habitantes e uma densidade de 7224,5 hab/km².

Embora sejam as 2 freguesias do Concelho de Vila Nova de Gaia com mais população, concentrando cerca de 24% da população residente, as respostas

⁴⁷ Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) (2006 – 2007) – *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*, Última actualização: Dezembro de 2007. Acedido em Maio 2008 em: <http://www.dgeep.mtss.gov.pt/estudos/cartasocial.php>

sociais existentes segundo os dados do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), (Relatório da Carta Social de 2007) são só 9 instituições com Alvará ou autorização de funcionamento que tentam responder às necessidades dos idosos. Sendo que destas 9, algumas têm várias valências. (Anexo C)

Em relação à capacidade total de utentes que podem ajudar, nos Serviços de Apoio Domiciliário têm apenas uma lotação total para 333 utentes, nos Centros de Dia 180 utentes, nos Lares 361 utentes e nos Centros de Convívio 20 utentes, daí a pertinência de realizar este estudo. (Anexo C)

Ainda segundo os mesmos dados do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), (Relatório da Carta Social de 2007), e relativamente ao serviço de apoio domiciliário os equipamentos existentes têm grandes listas de espera conforme a seguir se apresenta:

<u>Equipamentos:</u>	<u>Total de utentes:</u>	<u>Lista de espera:</u>
Santa Marinha 5	192	123
Mafamude 4	141	110

O **Plano Estratégico Gerontológico** é um documento escrito que especifica o rumo de acção que se deverá seguir. Trata-se de um instrumento de gestão orientado para a produção de decisões e de acções que guiam o que se quer alcançar.

Já é demais conhecido o facto de que a população idosa está a aumentar significativamente. Mas nunca será demasiado falar sobre o assunto, dado que esta população precisa de ser lembrada e sobretudo de ser atendida e cuidada nas suas necessidades. Com os avanços da tecnologia, aumentou a longevidade e qualidade de vida mas também surgiram outros tipos de problemas a que é urgente fazer face.

Os idosos têm necessidade de recorrer a cuidados de saúde, mas também e acima de tudo, precisam de companhia, carinho, actividades recreativas e culturais; têm de sentir que "alguém" se lembra deles e os pode ajudar. Embora este apoio possa ser prestado por redes formais, deve sempre que possível englobar a família, amigos e

vizinhos, ou seja, as redes naturais de apoio, visando sempre o idoso no seu próprio contexto.

O plano estratégico, pelas suas características e natureza, actua ao nível das condições de desenvolvimento e a sua eficácia avalia-se pela sua capacidade de intervir nestas, alterando-as no propósito da construção de processos que se revelem sustentados a médio e longo prazo.

Para fins analíticos e de definição de uma estratégia coerente de intervenção, as condições de desenvolvimento devem ser agregadas em vários conjuntos: aproveitar os recursos já existentes e tornando-os mais abrangentes; funcionar de forma articulada com os restantes recursos da comunidade; reunir condições adequadas, desde uma estrutura física, recursos materiais, humanos e um conjunto de normas de funcionamento. As condições de desenvolvimento serão tanto mais positivas quanto mais favoráveis e interactivas forem as condições verificadas no seio de cada um desses conjuntos. Encontramos assim, duas das funções fundamentais de qualquer plano estratégico: actuar ao nível das condições de desenvolvimento e assegurar a necessária integração e coerência de objectivos e acções no quadro de um domínio tão complexo como é o da gestão de recursos.

No entanto, um planeamento estratégico reflecte uma visão que permita identificar e contratualizar um conjunto coerente de acções que contribuam para a requalificação da base económica, respeitando e valorizando as suas potencialidades socioculturais, ambientais e patrimoniais.

Os planos estratégicos contemplam várias dimensões, entre elas podem destacar-se as preocupações de solidariedade social, as económicas e o empenho de entidades públicas e/ou privadas que intervêm numa perspectiva de parceria.

A elaboração de um plano estratégico para as pessoas idosas resulta, portanto, da convicção de que é necessário entender e actuar sobre as próprias condições socioeconómicas e não apenas sobre as suas consequências ou manifestações.

A presente Tese tem como temática o “Plano estratégico gerontológico no município de Gaia (Portugal) para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado”.

Nesta perspectiva, foi elaborada no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos de Vila Nova de Gaia, mais especificamente, nas freguesias de Santa Marinha e Mafamude, ajudando na reestruturação do serviço de apoio domiciliário aos idosos mais necessitados nesta cidade.

O presente trabalho de investigação pretende identificar os apoios existentes nas suas áreas de residência, as necessidades referidas pelos idosos e os factores que interferem nas suas vidas, contribuindo para a manutenção do idoso no seu meio, através da satisfação das necessidades de vida diária. E ainda, contribuir no campo da ajuda domiciliária, através do conhecimento do envelhecimento humano e das políticas e respostas sociais que se têm vindo a implementar em Portugal. Neste aspecto interessam sobretudo a abordagem multidimensional do envelhecimento e a preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas.

Este plano em concreto serve essencialmente para definir os grandes objectivos do Município de Gaia no serviço de apoio domiciliário aos idosos desta cidade. Tendo em atenção as dificuldades, as capacidades e as oportunidades que existem, o Plano Estratégico procura traçar as grandes linhas de orientação na construção de um futuro melhor para a população com mais de 65 anos que habita e vive na cidade de Gaia. Este plano, mais que um trabalho escrito, pretende constituir um processo que reforce a participação de toda a população em geral e de alguns agentes mais activos em particular, na construção de um futuro colectivo mais justo para os idosos deste Município.

Trata-se necessariamente de um “relatório” de percurso, pois que não encerra o diagnóstico, nem desenha os princípios estratégicos finais. Pretendendo suscitar discussão, transportará para trabalhos posteriores a confirmação e afinação de elementos de diagnóstico, completados com esta ou aquela informação que a participação permite acrescentar e sobretudo, permitirá criar a base para a

construção colectiva de uma estratégia que se procurará definir em concordância com o sentir da população idosa total, dos seus habitantes e dos seus agentes mais importantes no desenvolvimento da ajuda domiciliária na cidade de Gaia.

Este trabalho resultou naturalmente de um conhecimento aprofundado obtido por via da vivência diária com idosos, da consulta bibliográfica e estatística. Todavia, houve igualmente o cuidado de realizar diversas visitas, para observação cuidada da situação e das suas dinâmicas, para acompanhar as problemáticas específicas que não suportam a espera pela concretização de outros planos, tendo em vista a obtenção de informação ou a troca de pontos de vista, particularmente enriquecedores para a compreensão das particularidades do Município em estudo.

Importará registar que ao longo deste trabalho se encontraram algumas dificuldades de grande importância e que constituíram fragilidades na construção de um desenvolvimento pensado para a cidade de Gaia: a ausência de cartografia adequada e de dados estatísticos relevantes que se reportem geograficamente ao município, constituem elementos perturbadores da análise, prejudicando o cumprimento de prazos e sobretudo a profundidade da abordagem de algumas temáticas.

Este trabalho pretende constituir uma primeira peça escrita, de consolidação da informação e da reflexão realizada nesta área, para favorecer a franca participação de todos os agentes envolvidos no desenvolvimento municipal.

As dinâmicas do Município de Gaia estão marcadas essencialmente pela "juventude" do território, ou seja, pela forte capacidade de crescimento que apresenta (demográfico, urbanístico, económico...), longe de uma consolidação ou de uma desertificação/desocupação que marca hoje muitos dos aglomerados urbanos portugueses, muito especialmente as suas áreas mais centrais.

De facto, no contexto regional, como em termos nacionais e europeus, Gaia pode ser vista em traços gerais como um espaço em franco processo de expansão (sobretudo demográfica e urbanística), com uma base económica fortemente

marcada pela indústria, histórica, geográfica, estrategicamente posicionada na Região Norte, mais concretamente na província de Douro Litoral e sub-região do Grande Porto.

Os dados do estudo baseiam-se no formulário aplicado, durante o período compreendido entre 1 de Janeiro de 2006 e 30 de Maio de 2007, a alguns idosos do Concelho de Vila Nova de Gaia que solicitaram apoio a instituições da sua área de residência.

O tratamento analítico, estatístico e interpretativo dos dados quantitativos recolhidos a partir das amostras foram trabalhados segundo o método de análise estatística com base em frequências relativas e absolutas e análise do conteúdo. O tratamento estatístico foi processado através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 15.0 de 2006. Os resultados obtidos serão apresentados e sintetizados sob a configuração de quadros, no capítulo dos resultados.

4.2 - Questões de Investigação

A melhor forma de começar um trabalho de investigação consiste em enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida. Com esta pergunta tenta-se exprimir o mais exactamente possível aquilo que se procura saber ou compreender.

A pergunta de partida servirá de fio condutor da investigação. Para desempenhar correctamente a sua função ela deverá ter um certo número de qualidades. Deve ser precisa, concisa e unívoca, realista e ter uma intenção compreensiva ou explicativa.

Tendo em conta estas qualidades, elaborou-se a seguinte pergunta de investigação:

- Que problemas e necessidades apresentam os idosos da Cidade de Gaia?

A amostra seleccionada para o grupo controlo e aplicação do pré-formulário, das freguesias de Santa Marinha e Mafamude que é constituída por 31 elementos. Os

indivíduos da amostra foram seleccionados aleatoriamente a partir desta população. O pré-formulário foi aplicado no período de 1 de Janeiro a 15 de Abril de 2006, tendo sido efectuado nos domicílios das pessoas idosas seleccionadas.

Com a aplicação do pré-formulário verificou-se que os termos utilizados eram facilmente compreensíveis pelos sujeitos; as questões utilizadas permitiam colher as informações desejadas e as questões não provocavam ambiguidade. (Anexo A)

Os dados do estudo baseiam-se no formulário aplicado nos domicílios das pessoas idosas seleccionadas, das freguesias de Santa Marinha e Mafamude, Concelho de Vila Nova de Gaia que solicitaram apoio a instituições das suas áreas de residência, durante o período compreendido entre 1 de Janeiro de 2006 e 30 de Maio de 2007, num total de 1500 indivíduos, dos quais 1073 indivíduos são do sexo feminino e 427 do sexo masculino. Os indivíduos foram seleccionados aleatoriamente a partir desta população. As condições de admissão/candidatura e ingresso dependem da situação económica e/ou recursos ou apoios que estes idosos possuam/necessitem, avaliadas pela comissão de recursos humanos de cada instituição. (Anexo E)

4.3 - Variáveis

Chama-se **variável** a *"todo o atributo, dimensão ou conceito susceptível de assumir várias modalidades"* (Quivy).

No sentido de obter informação sobre a categorização social dos sujeitos da amostra, foi utilizado Teste de Graffar (Graffar, 1956). Trata-se de uma escala que permite situar os sujeitos em 5 níveis socioeconómicos, em função de 5 parâmetros: nível profissional, nível de instrução, fontes de rendimento, condições de alojamento e bairro de habitação. (Anexo B)

As variáveis seleccionadas para este estudo foram as seguintes:

- Sexo;
- Idade;

- Estado civil;
- Escolaridade;
- Actividade profissional;
- Situação económica;
- Situação familiar;
- Habitação;
- Condição de saúde;
- Hábitos/actividades de lazer;
- Grau de dependência;
- Apoios requisitados.

No contexto deste trabalho houve necessidade de conceptualizar algumas das variáveis utilizadas:

- **Idade** - fizeram parte da amostra os indivíduos nascidos até 31 de Dezembro de 1942.
- **Escolaridade** - é a frequência ou permanência na escola. A leitura desta variável faz-se em função do ensino reportado à época da população considerada. O nível de instrução foi ordenado segundo as categorias estabelecidas pelo Teste de Graffar (graus de 1 a 5). (Anexo B)
- **Actividade profissional** - foi considerada a actividade remunerada exercida durante mais anos. As profissões foram classificadas e agrupadas com base no teste de Graffar (Anexo B)
- Situação profissional, na pergunta "**está reformado**", considerou-se que seriam reformados por limite de idade, os indivíduos com 65 e mais anos; e reformados por invalidez, todos aqueles que o foram por motivos de doença ou acidente.
- Situação económica, quanto ao tipo de "**receitas**", considera-se "vencimento" ao pagamento peculiar resultante duma actividade do tipo profissional; "pensão", é toda a prestação pecuniária, mensal e vitalícia atribuída pela Segurança Social (invalidez e velhice); no item "outras" estão incluídas todas as restantes prestações pecuniárias de montante fixo (pensão de viuvez, subsídio por assistência de terceira pessoa. complemento por cônjuge a cargo, pensão de

sobrevivência) ou ainda qualquer tipo de rendimentos resultantes de donativos, ajudas ou bens próprios.

- Situação familiar, na questão "**com quem vive**", considera-se que "está só" quando não existe ninguém que coabite com o indivíduo, isto é, que faça parte do seu agregado familiar.

Em "acompanhado" foram consideradas as seguintes situações:

- ↳ esposa/marido
- ↳ filho(s)
- ↳ outros (sobrinho(s), irmão).

- Grau de dependência, na pergunta "**recebe apoio de alguém**", considera-se "apoio" qualquer intervenção ou ajuda de ordem física, psicológica e espiritual, material, económica ou social, prestada por outros que não a pessoa em causa.

- **Habitação** é considerada como o local de residência habitual.

- ↳ Relativamente ao regime de propriedade considera-se "outro" quando se verifica situações de subalugamento ou quando a pessoa questionada vive em casa de familiares ou conhecidos.

- ↳ No que diz respeito a "**casa de banho**", considera-se que é "completa" quando possui banheira ou poliban com chuveiro, sanita e lavatório. É incompleta, na ausência de qualquer um daqueles dispositivos.

- ↳ Considerou-se "**barreiras arquitectónicas**" como elementos ou factores que integram o ambiente físico que representam (ou podem representar) condições de limitação à autonomia e independência nas actividades de vida. São internas quando se encontram no interior da casa e externas quando se localizam no exterior à habitação ou nas zonas circundantes a esta.

- Condições económicas, na pergunta "**quais os seus principais problemas de saúde**", para facilitar o tratamento de dados, optou-se por agrupar as doenças mais frequentes por sistemas:

- ↳ cardiovasculares;
- ↳ pulmonares;
- ↳ endócrinas;
- ↳ digestivas;
- ↳ músculo-esqueléticas;

- ↪ neurológicas;
 - ↪ psiquiátricas;
 - ↪ outras.
- Em "**toma medicamentos regularmente**", considerou-se "regularmente" quando aqueles são administrados pelo menos uma vez por dia, há pelo menos 3 meses.
- Para facilitar o tratamento das respostas obtidas, agrupou-se os fármacos por categorias fármaco-terapêuticas:
- ↪ cardiotónicos;
 - ↪ anti-hipertensores;
 - ↪ psico-farmacos;
 - ↪ antidiabéticos;
 - ↪ analgésicos/anti-inflamatórios;
 - ↪ outros.
- Dentro do grupo de perguntas sobre "**actividades de lazer**", no item "que tipo de locais de lazer costuma frequentar" inclui-se em "outros", associações religiosas, organizações de carácter especificamente cultural (teatro, universidades, academias da terceira idade) ou ainda programas de ocupação de tempos livres (INATEL).
- Relativamente ao "**tipo de apoios acha que necessita**" considera-se:
 - ↪ "Higiene e cuidados pessoais" - as tarefas de auto cuidado de levantar-se, mobilizar-se, lavar-se, pentear-se, vestir-se e calçar-se;
 - ↪ "Tratamento de roupas" - lavar e passar peças de vestuário, de cama e de uso comum;
 - ↪ "Limpeza da habitação" - varrer, limpar e arrumar as várias divisões do domicílio;
 - ↪ "Confecção de refeições" - adquirir, preparar e cozinhar os alimentos das duas principais refeições; estas operações poderão ser efectuadas dentro ou fora de casa (distribuição ao domicílio);
 - ↪ "Administração de medicamentos - preparação e administração de terapêutica oral ou tópica;
 - ↪ "Acções no exterior" - actividades de ajuda de vida social realizadas fora da habitação como pequenas compras, pagamentos mensais obrigatórios ou marcação de consultas:

- ↳ "Arranjos na habitação" - pequenos concertos ou improvisações efectuados no domicílio;
- ↳ "Cuidados de enfermagem" - intervenções específicas de enfermagem de carácter primário, secundário, terciário ou de reabilitação (ensino, tratamentos prescritos ou execução de pensos, administração de terapêutica injectável);
- ↳ "Companhia" - apoio sócio relacional que inclui actividades lúdicas (ler, conversar) ou de acompanhamento em saídas para o exterior (passeios, visitas, espectáculos, consultas médicas); poderá também incluir a assistência não especializada nos períodos considerados críticos (noite, doença aguda, convalescença);
- ↳ "Outros" - transporte para deslocação para o exterior, ajudas técnicas.

4.4 - Instrumento de colheita de dados

O principal instrumento de trabalho escolhido para a recolha dos dados foi a elaboração de uma entrevista estruturada, com o preenchimento de um formulário (Anexo A)

Dessa forma, o método de trabalho envolveu os seguintes passos:

- ↳ Explicação do porquê de se fazer esta entrevista;
- ↳ Explicação das questões do formulário;
- ↳ Após efectuada a entrevista, foram tratados os dados recolhidos;

Este método de colheita de dados tem a preocupação de não interferir nos resultados e mostra-se vantajoso pois pode ser aplicado a uma população heterogénea (não exige que o inquirido saiba ler ou escrever) e porque fornece uma taxa mais elevada de respostas com preenchimento total do formulário. Este foi explicado detalhadamente a cada pessoa esclarecendo-se todas as dúvidas em relação ao seu preenchimento. A presença do entrevistador poderá determinar uma melhor compreensão e interpretação das questões formuladas e por outro lado, garantir um maior grau de flexibilidade relativamente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista. A relação fixa das perguntas possibilita o

tratamento quantitativo e a análise sistemática, dado que as respostas obtidas são padronizadas.

Na sua totalidade, o formulário é constituído por vinte e oito questões. São utilizadas catorze perguntas fechadas dicotómicas e/ou de múltipla escolha com mostruário, duas perguntas abertas e doze perguntas duplas (em que a questão aberta é introduzida por "*porquê*", "*de quem*" e "*quais*"). Foi aplicado no período de 1 de Janeiro de 2006 a 30 de Maio de 2007, tendo sido efectuado nos domicílios das pessoas idosas seleccionadas. Ao formulário poderiam responder o idoso ou alguém que com ele coabitasse, quando aquele estivesse impossibilitado de responder, mantendo-se as respostas individuais e anónimas.

4.5 - Tratamento Estatístico

As informações adquiridas ao longo da pesquisa não respondem por si só, às perguntas de investigação. Elas precisam de ser codificadas e classificadas de forma a que se possa detectar, interpretar e avaliar as tendências e padrões de relação existentes entre as variáveis.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 15.0 de 2006. Calculámos frequências absolutas (n) e relativas (%) e determinados intervalos para uma proporção com um grau de confiança de 95% (IC_{95%}).

5 – RESULTADOS

A análise e apresentação dos dados permite descrever as características da amostra e fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto.

A amostra em estudo era constituída por 1500 idosos, sendo a maioria 1073 (71,5%) do sexo feminino.

Observando os dados apresentados na tabela 1 podemos verificar que (48,3%) dos idosos tinham idade igual ou superior a 80 anos. Estimamos que, em termos populacionais e com uma confiança de (95%), pertençam a esta grupo etário entre (45,8%) e (50,9%) dos idosos. No sexo masculino a percentagem de idosos com pelo menos 80 anos situou-se nos (47,3%) enquanto no sexo feminino a percentagem era (48,7%). Analisando comparativamente os dois sexos verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas no grupo etário dos 65 aos 69 anos, onde predominam os idosos do sexo masculino e no grupo etário dos 75 aos 79 anos no qual é superior a proporção de idosos do sexo feminino.

Tabela 1 - Idosos segundo o sexo e o grupo etário

Grupo etário	Sexo	Masculino	Feminino	Total
65 – 69	n	46	57	103
	%	10.8	5.3	6.9
	IC _{95%}	]7.8 ; 13.7[	]4.0 ; 6.7[	]5.6 ; 8.1[
70 – 74	n	124	261	385
	%	29.0	24.3	25.7
	IC _{95%}	]24.7 ; 33.3[	]21.8 ; 26.9[	]23.5 ; 27.9[
75 – 79	n	55	232	287
	%	12.9	21.6	19.1
	IC _{95%}	]9.7 ; 16.1[	]19.2 ; 24.1[	]17.1 ; 21.1[
≥ 80	n	202	523	725
	%	47.3	48.7	48.3
	IC _{95%}	]42.6 ; 52.0[	]45.8 ; 51.7[	]45.8 ; 50.9[
Total	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0

Relativamente ao estado civil, constatamos que (48,1%) dos idosos eram viúvos, estando a proporção populacional destes casos compreendida entre (45,5%) e (50,6%), com uma probabilidade de 95%. Verificamos que no sexo masculino predominam os idosos casados com uma percentagem de (39,6%) seguidos dos viúvos (33,7%). A maioria dos idosos do sexo feminino (53,8%) eram viúvas. Constatamos ainda que, comparando os dois sexos, no masculino são significativamente superiores as proporções de idosos casados e divorciados enquanto no sexo feminino são significativamente superiores os idosos solteiros e viúvos.

Tabela 2 - Idosos segundo o sexo e o estado civil

Estado civil		Sexo	Masculino	Feminino	Total
Solteiro	n		41	176	217
	%		9.6	16.4	14.5
	IC _{95%}		]6.8 ; 12.4[	]14.2 ; 18.6[	]12.7 ; 16.2[
Casado	n		169	320	489
	%		39.6	29.8	32.6
	IC _{95%}		]34.9 ; 44.2[	]7.1 ; 32.6[	]30.2 ; 35.0[
Viúvo	n		144	577	721
	%		33.7	53.8	48.1
	IC _{95%}		]29.2 ; 38.2[	]50.8 ; 56.8[	]45.5 ; 50.6[
Divorciado	n		73	-	73
	%		17.1	0.0	4.9
	IC _{95%}		]13.5 ; 20.7[	]-- ; --[	]3.8 ; 6.0[

Em termos de escolaridade, verificamos que a maioria dos idosos possuía o Ensino Primário, com uma percentagem (53,9%). Estima-se que na população entre (51,3%) e (56,4%) dos idosos tenham este nível de escolaridade. Em ambos os sexos predominam também os idosos com o Ensino Primário, sendo a percentagem de (43,8%) no sexo masculino e de (57,9%) no feminino.

As proporções de idosos que apenas sabem ler e escrever e com o Ensino Primário são significativamente superiores no sexo feminino enquanto no sexo masculino são significativamente superiores as proporções de idosos com o Ensino Secundário ou com o Ensino Médio. Estes resultados permitem-nos afirmar que os idosos do sexo

masculino tendem a apresentar níveis de escolaridade superiores aos do sexo feminino.

Tabela 3 - Idosos segundo o sexo e a escolaridade

Escolaridade	Sexo	Masculino	Feminino	Total
	Sabe ler e escrever	n % IC _{95%}	73 17.1]13.5 ; 20.7[362 33.7]30.9 ; 36.6[	435 29.0 ]26.7 ; 31.3[
Ensino Primário	n % IC _{95%}	187 43.8]39.1 ; 48.5[	621 57.9]54.9 ; 60.8[	808 53.9]51.3 ; 56.4[
Ensino Secundário	n % IC _{95%}	126 29.5]25.2 ; 33.8[	90 8.4]6.7 ; 10.0[	216 14.4]12.6 ; 16.2[
Ensino Médio	n % IC _{95%}	41 9.6]6.8 ; 12.4[	- 0.0 ]-- ; --[	41 2.7]1.9 ; 3.6[

No que concerne à actividade profissional anterior constatamos que (49,5%) dos idosos tinham profissões do Grau IV (pequenos agricultores; Operários semi-qualificados, escriturários...). Em termos populacionais estimamos, com uma confiança de (95%), que entre (47,0%) e (52,1%) dos idosos pertençam a este grupo profissional. Em ambos os sexos predominam os idosos que tiveram aquele tipo de profissões, sendo a percentagem de (43,8%) no sexo masculino e de (51,8%) no feminino.

Analisando comparativamente os dois sexos, verificamos que as proporções de casos que tiveram profissões do Grau II (médios industriais, comerciantes e agricultores; Dirigentes intermédios e quadros técnicos das empresas e Administração Pública) e do Grau III (pequenos industriais e comerciantes; Encarregados e operários qualificados) são significativamente superiores no sexo masculino e que as proporções de indivíduos com profissões do Grau IV (pequenos agricultores; Operários semi-qualificados, escriturários...) e do Grau V (mão-de-obra indiferenciada) são superiores no sexo feminino.

Tabela 4 - Idosos segundo o sexo e a actividade profissional anterior

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Actividade profissional anterior	n	-	-	-
	%	0.0	0.0	0.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Grau I	n	41	-	41
	%	9.6	0.0	2.7
	IC _{95%}	]6.8 ; 12.4[	]-- ; --[	]1.9 ; 3.6[
Grau II	n	126	90	216
	%	29.5	8.4	14.4
	IC _{95%}	]25.2 ; 33.8[	]6.7 ; 10.0[	]12.6 ; 16.2[
Grau III	n	187	556	743
	%	43.8	51.8	49.5
	IC _{95%}	]39.1 ; 48.5[	]48.8 ; 54.8[	]47.0 ; 52.1[
Grau IV	n	73	427	500
	%	17.1	39.8	33.3
	IC _{95%}	]13.5 ; 20.7[	]36.9 ; 42.7[	]30.9 ; 35.7[

Como podemos constatar pelos dados apresentados na tabela 5, (88,4%) dos idosos estavam reformados, situando-se a proporção populacional destes casos entre (86,8%) e (90,0%), com uma confiança de (95%). Todos os idosos do sexo masculino estavam reformados enquanto o feminino a percentagem se situou nos (83,8%).

Tabela 5 - Idosos segundo o sexo e a situação de reforma

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Reformado	n	427	899	1326
	%	100.0	83.8	88.4
	IC _{95%}	]-- ; --[	]81.6 ; 86.0[	]86.8 ; 90.0[
Não	n	--	174	174
	%	0.0	16.2	11.6
	IC _{95%}	]-- ; --[	]14.0 ; 18.4[	]10.0 ; 13.2[

Verificamos na tabela 6 que (88,7%) dos idosos tinham a pensão como única fonte de rendimentos e estimamos que ao nível da população a percentagem destes casos se situe entre (87,1%) e (90,3%), com um grau de confiança de (95%). Todos

os idosos do sexo masculino tinham a pensão como fonte de receitas enquanto no sexo feminino a percentagem destes casos era de (84,2%).

Tabela 6 - Idosos segundo o sexo e a fonte de receitas

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Pensão	n	427	903	1330
	%	100.0	84.2	88.7
	IC _{95%}	]-- ; --[	]82.0 ; 96.3[	]87.1 ; 90.3[
Outras	n	-	170	170
	%	0.0	15.8	11.3
	IC _{95%}	]-- ; --[	]13.7 ; 18.0[	]9.7 ; 12.9[

Como podemos constatar pela análise dos dados apresentados na tabela 7, todos os idosos, no global e em ambos os sexos, tinham despesas de água, electricidade, alimentação e medicamentos. Verificamos ainda que (71,1%) tinham despesas com o gás, (44,2%) tinham despesas com o telefone e (66,1%) tinham outras despesas. As proporções de idosos com despesas de gás (78,9%) e outras (68,5%) são significativamente superiores no sexo feminino enquanto a proporção de idosos com despesas de telefone (51,3%) é significativamente superior no sexo masculino.

Tabela 7 - Idosos segundo o sexo e as despesas

Despesas	Sexo	Masculino	Feminino	Total
Água	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Electricidade	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Gás	n	219	847	1066
	%	51.3	78.9	71.1
	IC _{95%}	]46.5 ; 56.0[	]76.5 ; 81.4[	]68.8 ; 73.4[
Telefone	n	219	444	663
	%	51.3	41.4	44.2
	IC _{95%}	]46.5 ; 56.0[	]38.4 ; 44.3[	]41.7 ; 46.7[
Alimentação	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Medicamentos	n	427	1.073	1.500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Outras	n	257	735	992
	%	60.2	68.5	66.1
	IC _{95%}	]55.5 ; 64.8[	]65.7 ; 71.3[	]63.7 ; 68.5[

Como podemos verificar pelos dados que constituem na tabela 8, a maioria dos idosos afirmou que os rendimentos eram suficientes para as despesas, sendo as percentagens de (63,0%), (51,3%) e (67,7%), respectivamente, no global no sexo masculino e no sexo feminino. Em termos populacionais e com uma confiança de (95%), estima-se que a proporção de idosos cujos rendimentos são suficientes para as despesas está compreendida entre (60,6%) e (65,4%). Verificamos no entanto, que a proporção destes casos é significativamente superior no sexo feminino.

Tabela 8 - Idosos segundo o sexo e o facto dos rendimentos chegarem para as despesas

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Os rendimentos chegam para as despesas				
Sim	n	219	726	945
	%	51.3	67.7	63.0
	IC _{95%}	]46.5 ; 56.0[	]64.9 ; 70.5[	]60.6 ; 65.4[
Não	n	208	347	555
	%	48.7	32.3	37.0
	IC _{95%}	]44.0 ; 53.5[	]29.5 ; 35.1[	]34.6 ; 39.4[

Relativamente à situação em que vivem, a maioria dos idosos (55,1%) afirmou viver acompanhado estimando-se que a proporção destes casos, em termos populacionais, se situe entre (52,6%) e (57,6%), com uma confiança de (95%).

No entanto, analisando comparativamente os dados dos dois sexos, verificamos que a situação é significativamente diferente para os homens e para as mulheres. Assim, verificamos que a totalidade dos idosos do sexo masculino viviam acompanhados enquanto a maioria (62,7%) dos do sexo feminino viviam sozinhos.

Tabela 9 - Idosos segundo o sexo e com quem vive

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Com quem vive				
Sozinho	n	-	673	673
	%	0.0	62.7	44.9
	IC _{95%}	]-- ; --[	]59.8 ; 65.6[	]42.4 ; 47.4[
Acompanhado	n	427	400	827
	%	100.0	37.3	55.1
	IC _{95%}	]-- ; --[	]34.4 ; 40.2[	]52.6 ; 57.6[

Como podemos constatar pelos dados apresentados na tabela 10, todos os idosos, quer em termos globais quer nos dois sexos, afirmaram ter apoio de alguém.

Tabela 10 - Idosos segundo o sexo e o facto de terem apoio de alguém

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Tem apoio				
Sim	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Não	n	--	--	--
	%	0.0	0.0	0.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[

Relativamente à satisfação dos idosos sobre o apoio que têm, (88,4%) dos idosos acham-no suficiente, situando-se a proporção populacional destes casos entre (86,8%) e (90,0%), com uma confiança de (95%). Todos os idosos do sexo masculino estavam satisfeitos com o apoio enquanto o feminino a percentagem se situou nos (83,8%).

Tabela 11 - Idosos segundo a suficiência de apoio

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Apoio suficiente				
Sim	n	427	899	1326
	%	100.0	83.8	88.4
	IC _{95%}	]-- ; --[	]81.6 ; 86.0[	]86.8 ; 90.0[
Não	n	--	174	174
	%	0.0	16.2	11.6
	IC _{95%}	]-- ; --[	]14.0 ; 18.4[	]10.0 ; 13.2[

Quanto à situação face à habitação, verificamos que (52,3%) dos idosos moravam em casa alugada, estimando-se, com um grau de confiança de (95%), que a proporção destes casos em termos populacionais esteja compreendida entre (49,7% e (54,8%).

Verificamos também que a situação é semelhante em ambos os sexos, com (50,8%) dos idosos do sexo masculino e (52,8%) dos do sexo feminino a viverem em casas alugadas.

Tabela 12 - Idosos segundo o sexo e a habitação

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Habitação	n	210	506	716
	%	49.2	47.2	47.7
	IC _{95%}	]44.4 ; 53.9[	]44.2 ; 50.1[	]45.2 ; 50.3[
Própria	n	217	567	784
	%	50.8	52.8	52.3
	IC _{95%}	]46.1 ; 55.6[	]49.9 ; 55.8[	]49.7 ; 54.8[

Relativamente ao tipo de habitação, constatamos que a maioria dos idosos moravam em andares, sendo as percentagens de (67,5%) para o global, (70,3%) para o sexo masculino e (66,4%) para o feminino. Em termos populacionais, estimamos que a proporção de idosos que vivem em andares se situe entre (65,2%) e (69,9%), com uma confiança de (95%).

Tabela 13 - Idosos segundo o sexo e o tipo de habitação

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Tipo de habitação	n	127	315	442
	%	29.7	29.4	29.5
	IC _{95%}	]25.4 ; 34.1[	]26.6 ; 32.1[	]27.2 ; 31.8[
Moradia	n	300	713	1013
	%	70.3	66.4	67.5
	IC _{95%}	]65.9 ; 74.6[	]63.6 ; 69.3[	]65.2 ; 69.9[
Andar	n	-	45	45
	%	0.0	4.2	3.0
	IC _{95%}	]-- ; --[	]3.0 ; 5.4[	]2.1 ; 3.9[

No que concerne às características e condições da habitação, verificamos que todos os idosos, de ambos os sexos e no global, moravam em casas com energia eléctrica, com água da rede pública e com casa de banho e, na maioria dos casos, a casa de banho era no interior da habitação e era completa. Verifica-se que a proporção de idosos com casa de banho completa é significativamente superior no sexo feminino. Também a maioria dos idosos, (84,2%) para o global, (70,0%) para o sexo masculino e (89,8%) para o feminino, residia em casas com saneamento

básico, sendo a proporção significativamente mais elevada para os do sexo feminino. Relativamente à presença de humidades na habitação verificamos que no global (27,9%) dos idosos disseram que tal acontecia, sendo a percentagem de (30,0%) no sexo masculino e de (27,0%) no feminino. Quase todos os idosos referiram que a habitação tinha luz natural, sendo as percentagens de (90,1%) para o global, (82,9%) para os do sexo masculino e de (93,0%) para os do sexo feminino. Embora a maioria dos idosos tenha referido que a habitação tinham ventilação natural, o panorama não é tão favorável como no caso da luz natural. Como se constata as percentagens situaram-se nos (76,1%) para o global, (70,0%) para o sexo masculino e (78,5%) para o feminino. De referir que as proporções de idosos que tinham habitações com luz e ventilação natural são significativamente superiores nos do sexo feminino. As barreiras arquitectónicas internas estão presentes em (32,8%) das habitações, sendo a proporção significativamente mais elevada no caso dos idosos do sexo masculino. Relativamente às barreiras arquitectónicas externas a situação inverte-se, sendo a percentagem de (67,2%) no global, (59,8%) no sexo masculino e (70,2%) no feminino. Esta proporção é significativamente superior à registada para os idosos do sexo masculino.

Tabela 14 - Idosos segundo o sexo e as características/condições da habitação

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Características/condições da habitação				
Tem energia eléctrica	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Tem água da rede pública	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Tem saneamento básico	n	299	964	1263
	%	70.0	89.8	84.2
	IC _{95%}	]65.7 ; 74.4[	]88.0 ; 91.6[	]82.4 ; 86.0[
Tem casa de banho	n	427	1073	1500
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Casa de banho interior	n	427	994	1.421
	%	100.0	92.6	94.7
	IC _{95%}	]-- ; --[	]91.1 ; 94.2[	]93.6 ; 95.9[
Casa de banho completa	n	299	933	1232
	%	70.0	87.0	82.1
	IC _{95%}	]65.7 ; 74.4[	]84.9 ; 89.0[	]80.2 ; 84.1[
Tem humidade	n	128	290	418
	%	30.0	27.0	27.9
	IC _{95%}	]25.6 ; 34.3[	]24.4 ; 29.7[	]25.6 ; 30.1[
Tem luz natural	n	354	998	1352
	%	82.9	93.0	90.1
	IC _{95%}	]79.3 ; 86.5[	]91.5 ; 94.5[	]88.6 ; 91.6[
Tem ventilação natural	n	299	842	1141
	%	70.0	78.5	76.1
	IC _{95%}	]65.7 ; 74.4[	]76.0 ; 80.9[	]73.9 ; 78.2[
Tem barreiras arquitectónicas internas	n	105	190	295
	%	40.2	29.8	32.8
	IC _{95%}	]35.6 ; 44.9[	]27.0 ; 32.5[	]30.4 ; 35.2[
Tem barreiras arquitectónicas externas	n	156	448	604
	%	59.8	70.2	67.2
	IC _{95%}	]55.1 ; 64.4[	]67.5 ; 73.0[	]64.8 ; 69.6[

Quanto aos principais problemas de saúde, verificamos que os problemas pulmonares e os cardiovasculares são os mais frequentes, com percentagens de (46,9%) e (41,5%), respectivamente. Com uma confiança de 95%, estimamos que, na população total, entre (44,3%) e (49,4%) dos idosos sofram de problemas pulmonares e que entre (39,0%) e (44,0%) sofram de problemas cardiovasculares. Foram ainda referidos os problemas endócrinos (18,8%), os problemas digestivos

(14,2%), os problemas músculo-esqueléticos (14,0%), os problemas neurológicos (9,5%) e os problemas psiquiátricos (6,9%).

Analisando comparativamente os dados dos dois sexos, verificamos que a situação apenas difere ao nível dos problemas digestivos, onde a proporção de casos é significativamente superior no sexo masculino, e ao nível dos problemas neurológicos, sendo as mulheres que apresentam proporções significativamente mais elevadas.

Tabela 15 - Idosos segundo o sexo e os principais problemas de saúde

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Principais problemas de saúde				
Cardiovasculares	n	191	431	622
	%	44.7	40.2	41.5
	IC _{95%}	]40.0 ; 49.4[	]37.2 ; 43.1[	]39.0 ; 44.0[
Pulmonares	n	190	513	703
	%	44.5	47,8	46.9
	IC _{95%}	]39.8 ; 49.2[	]44.8 ; 50.8[	]44.3 ; 49.4[
Endócrinos	n	82	200	282
	%	19.2	18.6	18.8
	IC _{95%}	]15.5 ; 22.9[	]16.3 ; 21.0[	]16.8 ; 20.8[
Digestivos	n	84	129	213
	%	19.7	12.0	14.2
	IC _{95%}	]15.9 ; 23.4[	]10.1 ; 14.0[	]12.4 ; 16.0[
Músculo-esqueléticos	n	54	156	210
	%	12.6	14.5	14.0
	IC _{95%}	]9.5 ; 15.8[	]12.4 ; 16.6[	]12.2 ; 15.8[
Neurológicos	n	30	113	143
	%	7.0	10.5	9.5
	IC _{95%}	]4.6 ; 9.4[	]8.7 ; 12.4[	]8.0 ; 11.0[
Psiquiátricos	n	34	70	104
	%	8.0	6.5	6.9
	IC _{95%}	]5.4 ; 10.5[	]5.0 ; 8.0[	]5.6 ; 8.2[

Quanto à toma regular de medicamentos e aos tratamentos específicos para os problemas de saúde de que padecem, verificamos que (94,1%) dos idosos disseram que tomavam medicamentos regularmente mas nenhum fazia qualquer tipo de tratamento específico. Estimamos que a proporção populacional dos idosos que tomam regularmente medicação esteja compreendida entre (92,9%) e (95,3%).

A situação é semelhante nos dois sexos, constatando-se que (93,0%) dos homens e (64,5%) das mulheres tomam regularmente medicamentos.

Tabela 16 - Idosos segundo o sexo, a toma de medicamentos e os tratamentos específicos

Sexo		Masculino	Feminino	Total
Medicamentos e tratamentos				
Toma medicamentos regularmente	n	397	1014	1411
	%	93.0	94.5	94.1
	IC _{95%}	]90.6 ; 95.4[	]93.1 ; 95.9[	]92.9 ; 95.3[
Faz tratamentos específicos	n	--	--	--
	%	0.0	0.0	0.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[

No que respeita às actividades de lazer verificamos que as principais eram ver televisão (100,0%) e o conversar (92,4%). Verificamos também que a maioria dos idosos referiu ter como actividades de lazer o passear (69,8%) e o ouvir rádio (59,3%). Os idosos referiram ainda outras actividades de lazer, tais como, os trabalhos manuais (48,8%), a jardinagem (39,7%), a leitura (23,5%) e a participação em grupos corais (12,9%).

Da análise comparativa entre os dois sexos, verificamos que nos homens são significativamente superiores as proporções dos casos que têm como actividades de lazer o passear, o ouvir rádio, os trabalhos manuais e a leitura, enquanto no grupo das mulheres é significativamente superior a proporção de casos que têm como actividade de lazer o conversar.

Tabela 17 - Idosos segundo o sexo e o tipo de actividades de lazer

Actividades de lazer	Sexo	Masculino	Feminino	Total
Ver televisão	n	427	1073	1550
	%	100.0	100.0	100.0
	IC _{95%}]-- ; --[]-- ; --[]-- ; --[
Conversar	n	362	1024	1386
	%	84.8	95.4	92.4
	IC _{95%}	]81.4 ; 88.2[	]94.2 ; 96.7[	]91.1 ; 93.7[
Passear	n	418	629	1047
	%	97.9	58.6	69.8
	IC _{95%}	]96.5 ; 99.3[	]55.7 ; 61.6[	]67.5 ; 72.1[
Ouvir rádio	n	397	492	889
	%	93.0	45.9	59.3
	IC _{95%}	]90.6 ; 95.4[	]42.9 ; 48.8[	]56.8 ; 61.8[
Trabalhos manuais	n	344	388	732
	%	80.6	36.2	48.8
	IC _{95%}	]76.8 ; 84.3[	]33.3 ; 39.0[	]46.3 ; 51.3[
Jardinagem	n	151	444	595
	%	35.4	41.4	39.7
	IC _{95%}	]30.8 ; 39.9[	]38.4 ; 44.3[	]37.2 ; 42.1[
Leitura	n	256	96	352
	%	60.0	8.9	23.5
	IC _{95%}	]55.3 ; 64.6[	]7.2 ; 10.7[	]21.3 ; 25.6[
Grupo coral	n	69	124	193
	%	16.2	11.6	12.9
	IC _{95%}	]12.7 ; 19.7[	]9.6 ; 13.5[	]11.2 ; 14.6[

Relativamente aos locais onde os idosos praticam as suas actividades de lazer, verificamos que (69,0%) referiram os Centros de Dia, seguidos de (68,4%) que disseram praticar as actividades de lazer ao ar livre. Estima-se que, em termos populacionais, entre (66,7%) e (71,3%) dos idosos frequentem Centros de Dia. Foram também referidos como locais de lazer as Associações Recreativas (15,2%) e os Centros de Convívio (11,4%).

Em termos comparativos verificamos que no grupo do sexo masculino são significativamente superiores as proporções de casos que utilizam os Centros de Convívio e o ar livre como locais de lazer, enquanto no grupo do sexo feminino são significativamente superiores as proporções dos sujeitos que usam os Centros de Dia e as Associações Recreativas nos seus tempos de lazer.

Tabela 18 - Idosos segundo o sexo e os locais de lazer

Locais de lazer	Sexo	Masculino	Feminino	Total
Centro de Dia	n	6	1029	1035
	%	1.4	95.9	69.0
	IC _{95%}	]0.3 ; 2.5[	]94.7 ; 97.1[	]66.7 ; 71.3[
Ar livre	n	421	605	1026
	%	98.6	56.4	68.4
	IC _{95%}	]97.5 ; 99.7[	]53.4 ; 59.4[	]66.0 ; 70.8[
Associação Recreativa	n	45	183	228
	%	10.5	17.1	15.2
	IC _{95%}	]7.6 ; 13.5[	]14.8 ; 19.3[	]13.4 ; 17.0[
Centro de Convívio	n	104	67	171
	%	24.4	6.2	11.4
	IC _{95%}	]20.3 ; 28.4[	]4.8 ; 7.7[	]9.8 ; 13.0[

Relativamente aos tipos de apoio que necessitam que a maioria dos idosos referiu a confecção de refeições (79,4%), o tratamento de roupas (77,1%), a limpeza da habitação (61,6%) e os cuidados de enfermagem (59,3%). Ainda (67,2%) dos idosos referiram necessitar de outros tipos de apoios sem os especificar. Estimamos que, ao nível da população, entre (77,4%) e (81,4%) dos idosos necessitem de apoio na confecção de refeições, entre (75,0%) e (79,3%) precisem de apoio no tratamento de roupas, entre (59,1%) e (64,1%) necessitem de ajuda na limpeza da habitação e entre (56,8%) e (61,8%) precisem de cuidados de enfermagem.

Analisando comparativamente os dois grupos, verificamos que as proporções de casos que necessitam de apoio no tratamento de roupa, na limpeza da habitação, em acções no exterior, na administração de medicamentos, nos arranjos na habitação, na companhia e em cuidados de higiene pessoais, são significativamente superiores no sexo feminino enquanto a proporção de casos que necessitam de apoio na confecção de refeições é significativamente superior no sexo masculino.

Tabela 19 - Idosos segundo o sexo e os tipos de apoio que necessitam

Tipo de apoio	Sexo	Masculino	Feminino	Total
Confecção de refeições	n	381	810	1191
	%	89.2	75.5	79.4
	IC _{95%}	]86.3 ; 92.2[	]72.9 ; 78.1[	]77.4 ; 81.4[
Tratamento de roupas	n	285	872	1157
	%	66.7	81.3	77.1
	IC _{95%}	]62.3 ; 71.2[	]78.9 ; 93.6[	]75.0 ; 79.3[
Limpeza da habitação	n	199	725	924
	%	46.6	67.6	61.6
	IC _{95%}	]41.9 ; 51.3[	]64.8 ; 70.4[	]59.1 ; 64.1[
Cuidados de enfermagem	n	245	645	890
	%	57.4	60.1	59.3
	IC _{95%}	]52.7 ; 62.1[	]57.2 ; 63.0[	]56.8 ; 61.8[
Administração de medicamentos	n	110	403	513
	%	25.8	37.6	34.2
	IC _{95%}	]21.6 ; 29.9[	]34.7 ; 40.5[	]31.8 ; 36.6[
Acções no exterior	n	60	437	497
	%	14.1	40.7	33.1
	IC _{95%}	]10.8 ; 17.3[	]37.8 ; 43.7[	]30.8 ; 35.5[
Arranjos na habitação	n	42	427	469
	%	9.8	39.8	31.3
	IC _{95%}	]7.0 ; 12.7[	]36.9 ; 42.7[	]28.9 ; 33.6[
Companhia	n	81	337	418
	%	19.0	31.4	27.9
	IC _{95%}	]15.3 ; 22.7[	]28.6 ; 34.2[	]25.6 ; 30.1[
Higiene e cuidados pessoais	n	36	200	236
	%	8.4	18.6	15.7
	IC _{95%}	]5.8 ; 11.1[	]16.3 ; 21.0[	]13.9 ; 17.6[
Outros	n	280	728	1008
	%	65.6	67.8	67.2
	IC _{95%}	]61.1 ; 70.1[	]65.1 ; 70.6[	]64.8 ; 69.6[

6 - DISCUSSÃO

Espera-se que estes resultados contribuam para dar respostas adequadas aos problemas desta população idosa, designadamente dos que decorrem da garantia da prestação dos serviços de apoio domiciliário.

- Relativamente ao **sexo** e à **idade**, a amostra do Concelho de Gaia é constituída por 1500 indivíduos sendo, essencialmente mulheres e destes indivíduos (48,3%) têm idade superior a 80 anos. Estes valores corroboram o que já está genericamente descrito em muitos países industrializados e com o que é descrito no trabalho *Gerontología Gallega en Cifras*⁴⁸, do Prof. Doutor José Manuel Mayán Santos, que apresenta nesse estudo que (54%) da população estudada são do sexo feminino e (46%) do sexo masculino. Logo todos estes valores estão em concordância com os elementos estatísticos dos Censos mais recentes (2001), efectuados nas freguesias estudadas onde há predominância feminina na população total e o aumento progressivo dos indivíduos mais idosos.

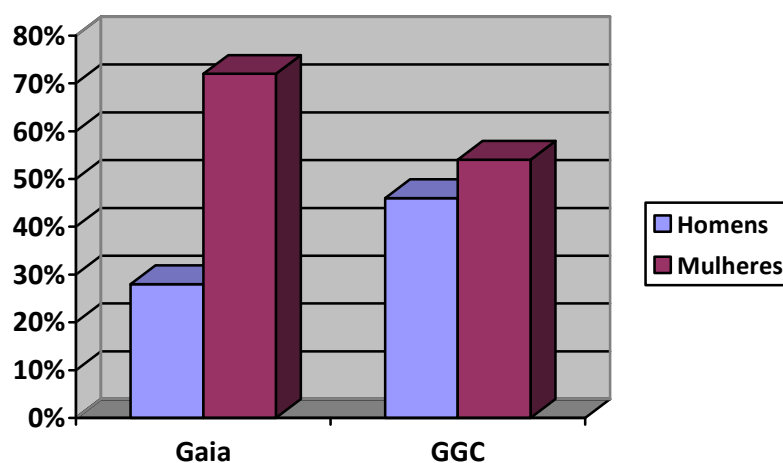


Figura 1 - Distribuição em valor percentual da população segundo o sexo

⁴⁸ Mayán Santos, J.M. (y otros) (2003) - *Gerontología Gallega en cifras*. Diputación de A Coruña. ISBN: 84-95950-58-8

- Quanto ao **estado civil**, no Concelho de Gaia, constata-se o carácter dominante dos indivíduos viúvos, cerca (48,1%), contra apenas (32,6%) dos casados; aliado ao facto da existência de (14,5%) de solteiros e (4,9%) divorciados, encontra-se um número significativo de pessoas a viverem isoladamente. Comparativamente com o estudo Gerontología Gallega en Cifras, (68%) dos inquiridos são casados, seguindo-se os viúvos com (26%); os solteiros (4%) e os separados (2%). O mesmo estudo faz a comparação com os dados totais correspondentes à população Gallega de idade avançada, e observa-se que (53%) são casados; (32%) viúvos; (14%) solteiros e (0,5%) separados ou divorciados.

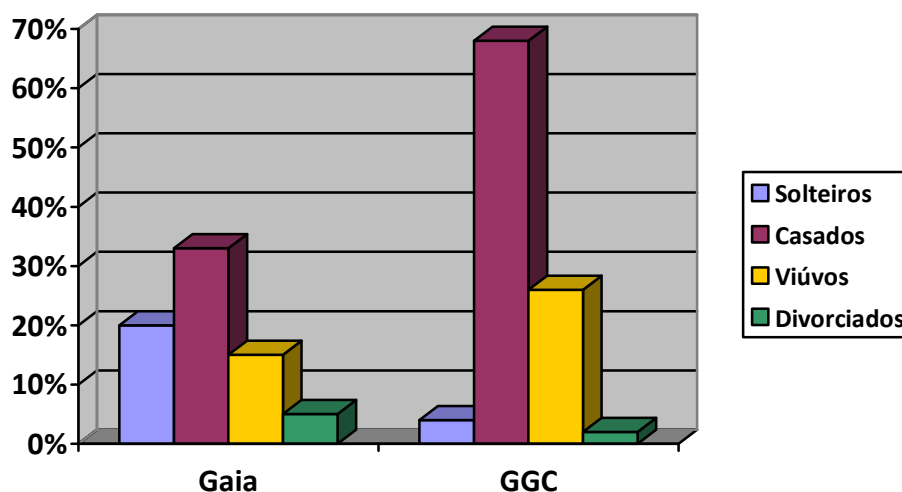


Figura 2 - Distribuição em valor percentual da população segundo o estado civil

- Ao avaliar a **situação familiar**, no Concelho de Gaia, verifica-se que aproximadamente (55,1%) dos idosos vive acompanhado. No entanto, analisando comparativamente os dados dos dois sexos, verificamos que a situação é significativamente diferente para os homens e para as mulheres. Verificando-se que a totalidade dos idosos do sexo masculino viviam acompanhados enquanto a maioria (62,7%) dos do sexo feminino viviam sozinhos. Constatamos que todos os idosos, quer em termos globais quer nos dois sexos, afirmaram ter apoio de alguém.

- No que se refere à **escolaridade**, no Concelho de Gaia, verifica-se que (53,9%) dos inquiridos frequentou o ensino primário, Deve-se referir que o nível de escolaridade varia significativamente com o sexo, apresentando o sexo masculino níveis de escolaridade superiores aos do sexo feminino. Comparando os dados deste Concelho com os resultados do estudo Gerontología Gallega en Cifras, neste estudo, na amostra analisada só (28%) têm estudos primários incompletos; (8%) têm estudos universitários incompletos e (6%) completou este tipo de ensino o que significa que na Galiza há mais idosos com maior nível de escolaridade.

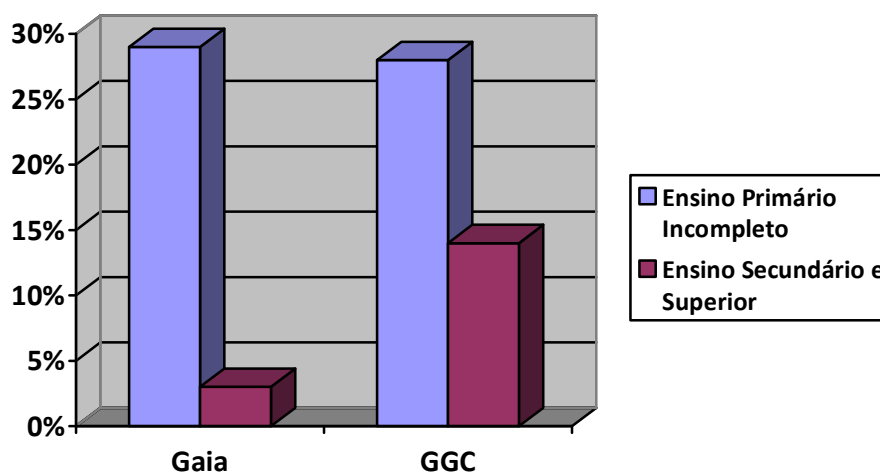


Figura 3 - Distribuição em valor percentual da população segundo a escolaridade

- Em relação à **atividade laboral anterior**, no Concelho de Gaia, referem-se alguns exemplos de profissões encontradas na população estudada e agrupadas segundo a escala de Graffar: Grau I – Não se encontrou nenhum inquirido; do Grau II (2,7%), dos indivíduos – Bancário; do Grau III (14,4%), dos indivíduos – Encarregados de sectores, trolhas; Grau IV (49,5%), dos indivíduos – Motoristas, polícias, cozinheiros; e do Grau V (33,3%), dos indivíduos – Ajudantes de cozinha, domésticas, cozinheiras, empregadas de limpeza, trabalhadores rurais. Assim constatamos que (49,5%) dos idosos tinham profissões do Grau IV (pequenos agricultores; Operários semi-qualificados, escriturários...). Analisando comparativamente os dois sexos, verificamos que as proporções de casos que tiveram profissões do Grau II (médios industriais, comerciantes e agricultores; Dirigentes intermédios e quadros técnicos das empresas e Administração Pública) e

do Grau III (pequenos industriais e comerciantes; Encarregados e operários qualificados) são significativamente superiores no sexo masculino e que as proporções de indivíduos com profissões do Grau IV (pequenos agricultores; Operários semi-qualificados, escriturários...) e do Grau V (mão-de-obra indiferenciada) são superiores no sexo feminino. Estes dados confirmam o facto de que em décadas anteriores as mulheres desempenhavam essencialmente actividades menos qualificadas e de dedicação à família. Comparativamente com o estudo realizado na Galiza, Gerontología Gallega en Cifras, (8%) da população eram agricultores; (6%) operários; (10%) trabalhadores por conta própria; (14%) funcionários do estado e (16%) mulheres domésticas.

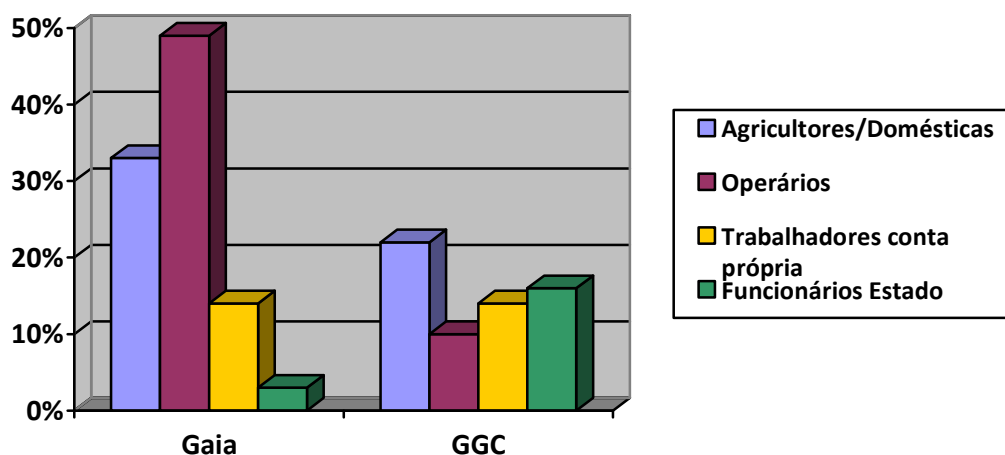


Figura 4 - Distribuição em valor percentual da população segundo actividade profissional

- Constatou-se que quanto à **Reforma**, no Concelho de Gaia, e no presente estudo a maioria dos inquiridos (88,4%) estavam reformados; ou seja, todos os idosos do sexo masculino estavam reformados enquanto no feminino a percentagem se situou nos (83,8%). Todos os idosos, no global e em ambos os sexos, tinham despesas de água, electricidade, alimentação e medicamentos. Verificamos ainda que (71,1%) tinham despesas com o gás, (44,2%) tinham despesas com o telefone e (66,1%) tinham outras despesas. As proporções de idosos com despesas de gás (78,9%) e outras (68,5%) são significativamente superiores no sexo feminino enquanto a proporção de idosos com despesas de telefone (51,3%) é significativamente superior no sexo masculino. A maioria dos idosos afirmou que os rendimentos eram

suficientes para as despesas, sendo as percentagens de (63,0%), (51,3%) e (67,7%), respectivamente, no global no sexo masculino e no sexo feminino. Verificamos no entanto, que a proporção destes casos é significativamente superior no sexo feminino. O trabalho Gerontología Gallega en Cifras, refere que (38%) dos elementos da amostra compatibilizaram as pensões com actividades laborais remuneradas; (10%) dos quais trabalharia por sentido de sobrevivência se tivesse oportunidade de realizar alguma actividade laboral remunerada, uma quarta parte tomaria esta decisão para melhorar o seu nível de vida, gastos extras, para viagens e para imprevistos, ou seja, para fins de primeira necessidade; (30%) trabalharia por razões de solidariedade e mesmo que tratando-se de actividades retributivas também se estariam a ajudar a si mesmos; (32%) fazia-o por mero entretenimento. Conclui-se que o grupo analisado na Galiza, não se encontra em situação de precariedade económica que se comprova por (78%) receber regularmente algum tipo de pensão.

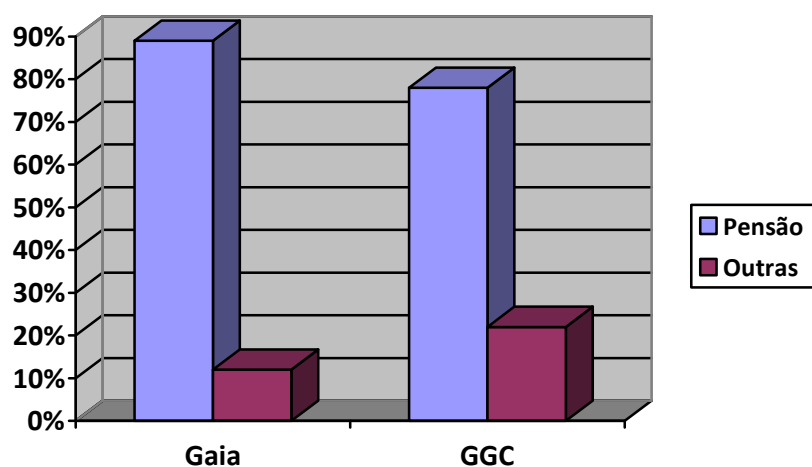


Figura 5 - Distribuição em valor percentual da população segundo a reforma

- No que diz respeito aos **rendimentos económicos**, no Concelho de Gaia, e relativamente à situação do rendimento familiar, ser ou não suficiente, para a satisfação das despesas, conclui-se que (88,7%) dos idosos tinham a pensão como única fonte de rendimentos. Todos os idosos do sexo masculino tinham a pensão como fonte de receitas enquanto no sexo feminino a percentagem destes casos era de (84,2%). A maioria dos idosos (63,0%) afirmou que os rendimentos eram

suficientes para as despesas. Relacionando estes dados com os do trabalho Gerontología Gallega en Cifras que apresenta que (52%) dos idosos reformados da amostra não diminuiu os gastos alimentares; (44%) não reduziram os gastos em roupa e os que reduziram só o fizeram porque tiveram uma diminuição na vida activa. Em geral a maioria não renunciou a usos, costumes e desfrute de bens e serviços, viagens e férias.

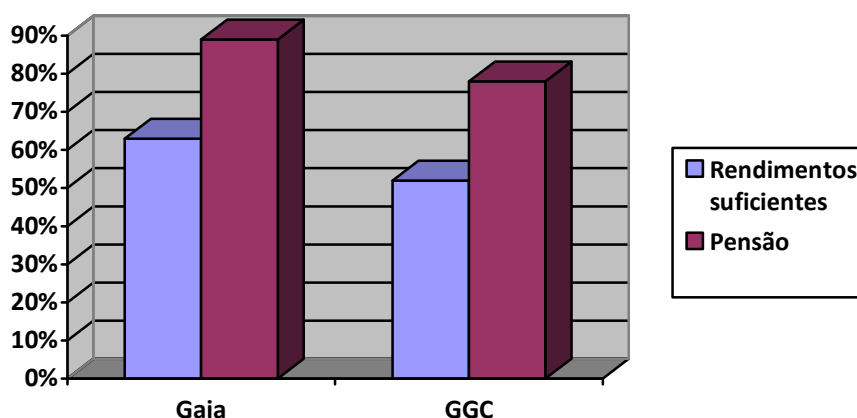


Figura 6 - Distribuição em valor percentual da população segundo os rendimentos

- Relativamente à **habitação**, no Concelho de Gaia, constatou-se que (52,3%) dos idosos moravam em casa alugada, Verificamos também que a situação é semelhante em ambos os sexos, com (50,8%) dos idosos do sexo masculino e (52,8%) dos do sexo feminino a viverem em casas alugadas. Relativamente ao tipo de habitação, constatamos que a maioria dos idosos moravam em andares, sendo as percentagens de (67,5%) para o global, (70,3%) para o sexo masculino e (66,4%) para o feminino. Comparando com a situação na Galiza, referida no trabalho Gerontología Gallega en Cifras, (76%) dos idosos são proprietários das habitações onde residem; (16%) vivem em vivendas familiares e (8%) em casa alugadas, não se encontrando ninguém a viver noutra tipo de situação.

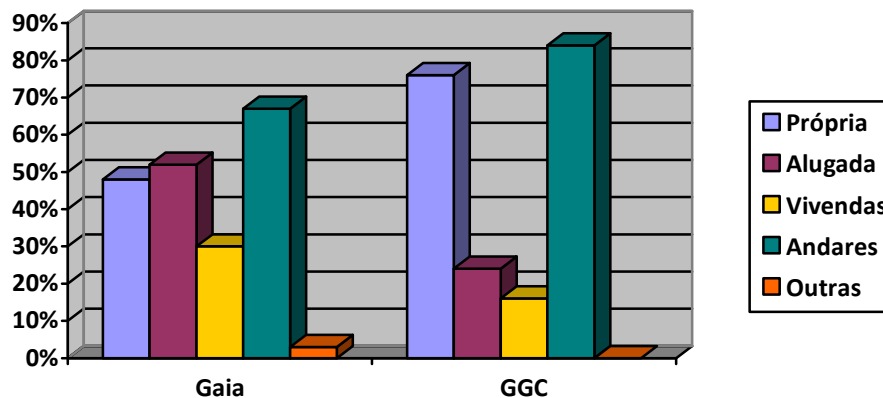


Figura 7 - Distribuição em valor percentual da população segundo a habitação

● Uma vez que as **infra-estruturas básicas** (saneamento, electricidade e água de rede pública) estão garantidas, as principais queixas dos inquiridos recaem sobre problemas da humidade, falta de luminosidade e ventilação, e barreiras arquitectónicas. Este facto vai de encontro ao esperado pois, segundo os Censos de 2001, todos os domicílios se localizam nos círculos onde a cobertura destas infra-estruturas é quase total. No que concerne às características e condições da habitação, verificamos que todos os idosos, de ambos os sexos e no global, moravam em casas com energia eléctrica, com água da rede pública e com casa de banho e, na maioria dos casos, a casa de banho era no interior da habitação e era completa. Verifica-se que a proporção de idosos com casa de banho completa é significativamente superior no sexo feminino. Também a maioria dos idosos, (84,2%) para o global, (70,0%) para o sexo masculino e (89,8%) para o feminino, residia em casas com saneamento básico, sendo a proporção significativamente mais elevada para os do sexo feminino. Relativamente à presença de humidades na habitação verificamos que no global (27,9%) dos idosos disseram que tal acontecia, sendo a percentagem de (30,0%) no sexo masculino e de (27,0%) no feminino. Quase todos os idosos referiram que a habitação tinha luz natural, sendo as percentagens de (90,1%) para o global, (82,9%) para os do sexo masculino e de (93,0%) para os do sexo feminino. Embora a maioria dos idosos tenha referido que a habitação tinham ventilação natural, o panorama não é tão favorável como no caso da luz natural. Como se constata as percentagens situaram-se nos (76,1%) para o global, (70,0%) para o sexo masculino e (78,5%) para o feminino. De referir que as proporções de

idosos que tinham habitações com luz e ventilação natural são significativamente superiores nos do sexo feminino. No estudo realizado na Galiza, Gerontología Gallega en Cifras, as habitações dispõem de condições higiénicas e comodidades aceitáveis, das quais (64%) têm casa de banho incompleta e (66%) completa e (94%) tem água corrente.

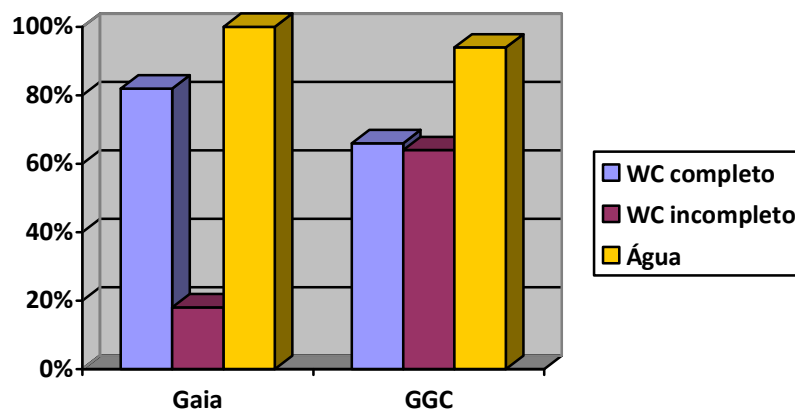


Figura 8 - Distribuição em valor percentual da população segundo as infra-estruturas

- Na população do Concelho de Gaia, as **barreiras arquitectónicas** internas estão presentes em (32,8%) das habitações, sendo a proporção significativamente mais elevada no caso dos idosos do sexo masculino. Relativamente às barreiras arquitectónicas externas a situação inverte-se, sendo a percentagem de (67,2%) no global, (59,8%) no sexo masculino e (70,2%) no feminino. Esta proporção é significativamente superior à registada para os idosos do sexo masculino. Quanto às barreiras arquitectónicas no estudo realizado na Galiza, só (32%) das casas dispõem de elevador, ou seja, é um número menor do que seria desejável porque esta carência limita as possibilidades de saída e de relações familiares e sociais dos idosos. Assim, para (56%) dos entrevistados as condições do local de habitação são satisfatórias e para (36%) têm algumas limitações.

- As **patologias** prevalentes são as pulmonares e as cardiovasculares, com percentagens de (46,9%) e (41,5%), respectivamente. Foram ainda referidos os problemas endócrinos (18,8%), os problemas digestivos (14,2%), os problemas músculo-esqueléticos (14,0%), os problemas neurológicos (9,5%) e os problemas

psiquiátricos (6,9%). Analisando comparativamente os dados dos dois sexos, verificamos que a situação apenas difere ao nível dos problemas digestivos, onde a proporção de casos é significativamente superior no sexo masculino, e ao nível dos problemas neurológicos, sendo as mulheres que apresentam proporções significativamente mais elevadas.

- Relativamente à **regularidade de ingestão de medicação** e aos tratamentos específicos para os problemas de saúde de que padecem, verificamos que (94,1%) dos idosos disseram que tomavam medicamentos regularmente mas nenhum fazia qualquer tipo de tratamento específico. A situação é semelhante nos dois sexos, constatando-se que (93,0%) dos homens e (64,5%) das mulheres tomam regularmente medicamentos. Quanto aos principais problemas de saúde, verificamos que os problemas pulmonares e os cardiovasculares são os mais frequentes, com percentagens de (46,9%) e (41,5%), respectivamente. Foram ainda referidos os problemas endócrinos (18,8%), os problemas digestivos (14,2%), os problemas músculo-esqueléticos (14,0%), os problemas neurológicos (9,5%) e os problemas psiquiátricos (6,9%). No estudo Gerontología Gallega en Cifras, as patologias mais frequentes são a artrite reumatóide com (37%), os problemas circulatorios (27%) e a hipertensão (25,5%). Em qualquer caso, estas doenças influenciam em maior ou menor grau as vidas dos idosos mas não as condicionam totalmente.

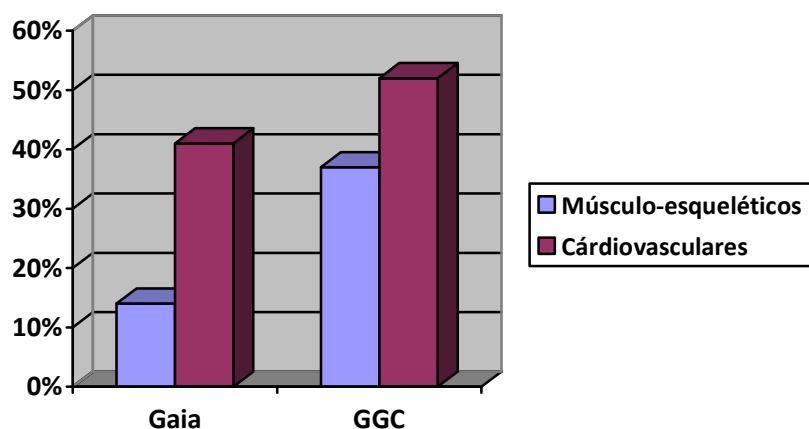


Figura 9 - Distribuição em valor percentual da população segundo a ingestão de medicamentos

● No que respeita às **actividades de lazer** ou tarefas diversas que o ajudarão a manter-se activo e realizado, verificamos que as principais eram ver televisão (100,0%) e o conversar (92,4%). Verificamos também que a maioria dos idosos referiu ter como actividades de lazer o passear (69,8%) e o ouvir rádio (59,3%). Os idosos referiram ainda outras actividades de lazer, tais como, os trabalhos manuais (48,8%), a jardinagem (39,7%), a leitura (23,5%) e a participação em grupos corais (12,9%). Da análise comparativa entre os dois sexos, verificamos que nos homens são significativamente superiores as proporções dos casos que têm como actividades de lazer o passear, o ouvir rádio, os trabalhos manuais e a leitura, enquanto no grupo das mulheres é significativamente superior a proporção de casos que têm como actividade de lazer o conversar. Relativamente aos locais onde os idosos praticam as suas actividades de lazer, verificamos que (69,0%) referiram os Centros de Dia, seguidos de (68,4%) que disseram praticar as actividades de lazer ao ar livre. Estima-se que, em termos populacionais, entre (66,7%) e (71,3%) dos idosos frequentem Centros de Dia. Foram também referidos como locais de lazer as Associações Recreativas (15,2%) e os Centros de Convívio (11,4%). Em termos comparativos verificamos que no grupo do sexo masculino são significativamente superiores as proporções de casos que utilizam os Centros de Convívio e o ar livre como locais de lazer, enquanto no grupo do sexo feminino são significativamente superiores as proporções dos sujeitos que usam os Centros de Dia e as Associações Recreativas nos seus tempos de lazer. No caso do trabalho realizado na Galiza, Gerontología Gallega en Cifras, os reformados deste estudo dedicam o seu tempo preferencialmente a ouvir rádio e a ver televisão (64%), ou a passear e a fazer exercício (30%), ler (22%), fazer visitas (18%) e actos culturais (10%).

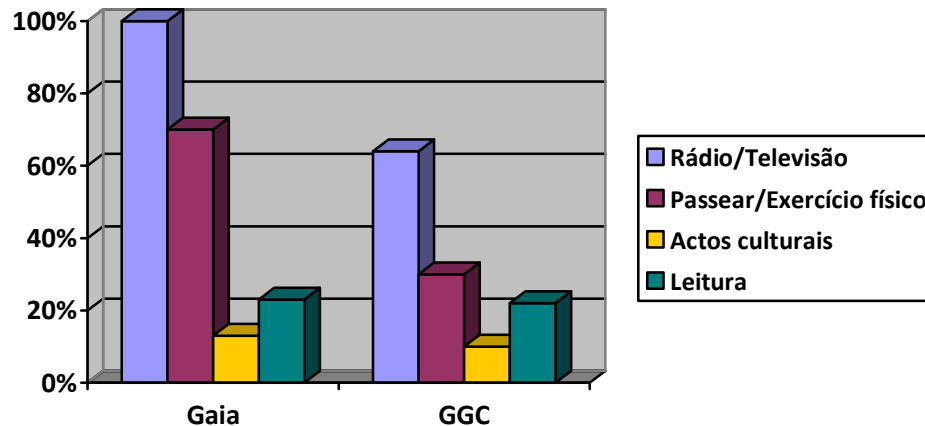


Figura 10 - Distribuição em valor percentual da população segundo as actividades de lazer

● Quando questionados os indivíduos do Concelho de Gaia, sobre o tipo de **serviços de apoio domiciliário** que achavam necessitar, a maioria dos idosos referiu a confecção de refeições (79,4%), o tratamento de roupas (77,1%), a limpeza da habitação (61,6%) e os cuidados de enfermagem (59,3%). Ainda (67,2%) dos idosos referiram necessitar de outros tipos de apoios sem os especificar. Estimamos que, ao nível da população, entre (77,4%) e (81,4%) dos idosos necessitem de apoio na confecção de refeições, entre (75,0%) e (79,3%) precisem de apoio no tratamento de roupas, entre (59,1%) e (64,1%) necessitem de ajuda na limpeza da habitação e entre (56,8%) e (61,8%) precisem de cuidados de enfermagem. Analisando comparativamente os dois grupos, verificamos que as proporções de casos que necessitam de apoio no tratamento de roupa, na limpeza da habitação, em acções no exterior, na administração de medicamentos, nos arranjos na habitação, na companhia e em cuidados de higiene pessoais, são significativamente superiores no sexo feminino enquanto a proporção de casos que necessitam de apoio na confecção de refeições é significativamente superior no sexo masculino. Relativamente aos locais de lazer apresentados no estudo Gerontología Gallega en Cifras, a frequência dos centros para idosos é escassa e muito esporádica, e daqueles que mais os frequentam, a percentagem mais elevada é de (10%) e estes não vão lá mais que uma vez por ano, preferencialmente nas actividades festivas (16%), e em actividades culturais (8%).

7 - CONCLUSÃO

Com este trabalho pretendeu-se contribuir para criação de um Plano Estratégico Gerontológico no município de Gaia (Portugal) para implementar ajuda domiciliária como nível assistencial diferenciado. O itinerário prosseguido envolveu uma intervenção gerontológica, através do estudo da população de Vila Nova de Gaia, realizado segundo uma abordagem quantitativa.

Do percurso de investigação desenvolvido apresentam-se as principais conclusões:

1. Verificamos que em Vila Nova de Gaia, as instituições de apoio aos idosos, são insuficientes para dar resposta a todos os pedidos e têm grandes listas de espera. socioeconómicas Visto que neste Concelho a população total de habitantes é de 312742, dos quais 61489 habitantes têm idade ≥ 65 anos, para os quais existem apenas 23 instituições, (com capacidade total de 858 utentes), ou seja, tem que se ter em conta aumentar o número destas instituições para satisfazer as necessidades desta população, pois um serviço eficaz ao dispor dos idosos contribui muito para a melhoria da sua qualidade de vida; daí a necessidade de um programa de apoio domiciliário bem estruturado.
2. O centro de dia é uma alternativa para os idosos, mas também com esta valência são escassas as instituições em Gaia, deviam ser criadas novas instituições ou alargadas as já existentes para solucionarem as carências no presente e no futuro. O Plano Estratégico indica que se necessita realmente de APOIO DOMICILIÁRIO e mais uma vez se verifica uma insuficiência de meios; segundo a investigação desta tese, seriam necessárias mais 6 instituições de Apoio Domiciliário para ajudar os idosos de Gaia. A nível nacional (Portugal Continental), segundo os dados do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), (Relatório da Carta Social de 2007), em 2007 encontram-se identificadas cerca de 6400 respostas sociais para esta

população-alvo, das quais 1886 são centros de dia, 2309 Serviços de Apoio Domiciliário e 1584 Lares de Idosos em todo o país. Ainda segundo a mesma fonte, no município de Gaia, para uma população residente de 61489 habitantes com ≥ 65 anos, existem 25 Centros de dia; embora as 2 freguesias em estudo, que concentram cerca de 24% da população, só têm 7 centros de dia, distribuídos 3 na freguesia de Mafamude e 4 na freguesia de Santa Marinha, o que comprova uma escassez de respostas para a população idosa nesta área.

3. Sistematizar a assistência constitui uma ferramenta essencial para o cuidar personalizado e seguro dos idosos, pois garante a uniformidade nos cuidados prestados pela equipe, assim como a identificação das suas principais necessidades. As longas listas de espera, mesmo quando se trata de instituições privadas, onde são exigidas grandes quantias de dinheiro, levam os idosos a procurarem outros serviços como é o caso dos centros de dia, frequentados por (69,0%) dos idosos deste estudo; daí a necessidade de estruturas que forneçam serviços de refeições, convívio, ocupação dos tempos livres, cuidados de higiene, tratamento de roupas, entre outros e que contribuam para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar, favorecendo as relações interpessoais e evitando o seu isolamento.
4. Relativamente à situação com quem vivem, a maioria dos idosos (55,1%) afirmou viver acompanhado, no entanto, analisando comparativamente os dados dos dois sexos, verificamos que a situação é diferente para os homens e para as mulheres. A totalidade dos idosos do sexo masculino viviam acompanhados, enquanto a maioria (62,7%) dos do sexo feminino viviam sozinhos, o que comprova que no futuro uma grande parte desta população, terá necessidade de ser institucionalizada. Todos os tipos de ajuda devem ser transversais, ou seja, devem ser adequados ao nível assistencial do idoso na actualidade como acontece com o SAD, isto porque a longo prazo (por ex. daqui a 10 anos) esta população vai necessitar de outros géneros de apoios, como os lares ou as residências.

5. Antes de criar um nível assistencial diferenciado ou uma instituição gerontológica é necessário realizar um plano estratégico gerontológico. Segundo os resultados obtidos com este trabalho, a melhor assistência a prestar aos idosos em Gaia, é o serviço de apoio domiciliário, isto porque os serviços mais requisitados por este grupo etário são: a confecção de refeições (79,4%); o tratamento de roupas (77,1%); a limpeza da habitação (61,6%) e os cuidados de enfermagem (59,3%); ou seja, estas são situações que podem ser colmatadas pelo serviço de apoio domiciliário (SAD) porque melhora a qualidade de vida desta população, não exigindo a sua institucionalização.

6. Embora não tenha sido estudado no Plano Estratégico, pode ver-se nos dados apresentados, que é importante assinalar que os idosos, actualmente dependentes de ajuda domiciliária vão necessitar dentro de poucos anos da prestação de cuidados de outra índole, já que muitos deles têm problemas degenerativos, como Alzheimer, Parkinson, pelo que será necessário aplicar outro nível de assistência, precisamente para tratar estes problemas degenerativos. A institucionalização dos idosos só deve ser aplicada a indivíduos que necessitam de cuidados diários específicos, prestados por profissionais de saúde qualificados e ministrados em instituições para o efeito; como sucede aos idosos com processos neurodegenerativos de nível I ou II, daí a necessidade de criar um centro específico para pessoas que têm estas patologias, pois esta estrutura destina-se a dar apoio aos doentes e familiares, privilegiando a multidisciplinaridade, assistida por valências como a neurologia, enfermagem, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, apoio jurídico, entre outras.

8 - CONCLUSION

This work aims to contribute to the creation of a Gerontology Strategic Plan in Gaia's city (Portugal) to implement at home helps as differentiated assistance. The route pursued involved an intervention for the elderly, by studying the population of Vila Nova de Gaia, performed in a quantitative approach.

The course of research designed to present the main conclusions:

1. In Vila Nova de Gaia we found, elderly institutions support, are insufficient to respond all requests, and have large waiting lists, as in this county the total population is 312,742 habitants, of which 61,489 with ≥ 65 years, there are only 23 institutions (with total capacity of 858 users), what means that this number must be increased to meet the needs of this population, therefore an efficient service to the elderly have contributed much to improving their quality of life, hence the need for an well supported and structured home care.
2. An alternative to the home care service is the day care, but once again, there is a few amount of resources on Gaia, new institutions should be created or expand the existing ones, to fulfill the needs now and in the future. The Strategic Plan indicates that it really needs HOME CARE, and once again there is an insufficient amount of means, according to the research of this thesis, it would be necessary more than 6 institutions of Home Care to help older people of Gaia. Nationally, (Continental Portugal), according to data from the Office of Strategy and Planning (GEP), (Report of the Social Charter of 2007) in 2007 were identified about 6400 social services for this population, of which are 1886 day centers, 2309 Home Care Services and 1584 nursing homes across the country. According to the same source, the city of Gaia, for a resident population of 61,489 habitants aged ≥ 65 years, there are 25 day centers: although the two parishes in study, witch represent nearly 24% of the population, have only seven day centers, distributed 3 in Mafamude parish and 4 in Santa Marinha parish, which demonstrates a lack of responses for elderly population in this area.

3. The systematized assistance is an essential tool for the personal and safety care of the elderly, as it guarantees the consistency of care provided by the team as well as the identification of their major problems. The long waiting lists, even when it comes to private institutions, where they charge large amounts of money, take the elderly to search for other services such as day centers, frequented by (69.0%) of the elderly in this study, hence the need for structures that provide services of meals, meeting, occupation of leisure, health care, treatment of clothing, among others, and that contribute to the maintenance of the elderly in their social and family environment, fostering interpersonal relationships and preventing its isolation.
4. Regarding the situation with whom they live, most of the patients (55.1%) said that they are living together, however, comparatively analyzing the data of both sexes, we can see that the situation is different for men and for women. All the older males living together, while the majority (62.7%) of females were living alone. That proves that in future a large part of the population, will need to be institutionalized. All types of aid should be cross, in other words, should be appropriate to the level of the elderly in care today, such as the DSS, because in a long term (eg. In 10 years) the population will need other general support, such as homes or residences.
5. Before creating a differential level of care or a gerontological institution is necessary to perform a Gerontology Strategic Plan. According to the results of this work, the best assistance for elderly in Gaia, is the home support service, because the services most requested by this age group are: the preparation of meals (79.4%), the treatment of clothes (77.1%), cleaning the house (61.6%) and nursing cares (59.3%), in other words, these are situations that can be addressed by the DSS, because improves the life quality of this population, not requiring its institutionalization.
6. Although not been studied in the Strategic Plan we can see from the presented data, that it is important to note that older people currently depending on home helps, will need within a few years of other cares, since that many of them have degenerative problems such as Alzheimer's, Parkinson's, so it will be necessary to apply a different level of care,

specifically to treat these degenerative problems. The institutionalization of the elderly should only be applied to individuals who need special daily care provided by qualified health professionals and ministered in institutions for the purpose, as the elderly with neurodegenerative processes in level I or II, hence the need to create a specifically center for people who have these diseases, because this structure is intended to provide support to patients and families, focusing on multidisciplinary, specialties by aspects such as neurology, nursing, psychology, physiotherapy, occupational therapy, speech therapy, legal assistance, among others.

9 - BIBLIOGRAFIA

Berger, L., Poirier, D. (1995) - *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. 13 Edição, Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7

Bonfim, C.J., Veiga, S.M. (1998) - *Serviços de Apoio Domiciliário. Guiões Técnicos*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica.

Calkins, E; Ford, A. B.; Katz, P. R. (1997) – *Geriatría Prática* 2ª ed Rio de Janeiro. Revinter. ISBN 85-7309-175-4

Comissão das Comunidades Europeias (1995) – Proposta de decisão do Conselho relativa ao apoio comunitário a acções em favor dos idosos. *Acções comunitárias a favor das pessoas idosas*, incluído no Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre as Gerações. Relatório de avaliação. C.E. Bruxelas.

Comissão Europeia (2004) – *A situação demográfica na União Europeia*. Relatório C.E. Bruxelas. Acedido em Maio de 2008 em: <http://www.prodesa.azores.gov.pt>

Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas (1999) - Relatório Ano Internacional das Pessoas Idosas.

Comissão Nacional sobre o Envelhecimento (1982) - “O envelhecimento em Portugal”. Seminário sobre Envelhecimento – O Idoso na Família e na Comunidade. Solidariedade e Progresso. Secretaria de Estado da Família.

Constituição (1976) - Programa do I Governo Constitucional. Acedido em Maio 2008 em: <http://www.governo.gov.pt>

Constituição (1978) - Programa do I Governo Constitucional. Acedido em Maio 2008 em: <http://www.governo.gov.pt>

Costa; M.A.M. (2002) – *Cuidar Idosos*. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Lisboa: Formasau e EDUCA, 2002. ISBN. 972-8485-24-7.

Ermida, J.G. (1995) – *Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde*. In: Temas Geriátricos, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, 1º Vol.

Ferreira, F. (1990) - *Moderna Saúde Pública*. 6ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN: 972-31-. 0528-4

Forciea, M.A., Vizzo-Mourey, R. (1998) - *Segredos em Geriatria*. Edição Portuguesa, Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 8573073608

Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) (2006 – 2007) – *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*, Última actualização: Dezembro de 2007. Acedido em Maio 2008 em: <http://www.dgeep.mtss.gov.pt/estudos/cartasocial.php>

Garcia, E.M.B. (1997) - *Visita domiciliária tratar ou cuidar?* Servir. Lisboa. Volume 45, nº 1 (Janeiro/Fevereiro), p. 26-28.

Grande, N. (1994) - *Linhas mestras para uma política nacional da terceira idade*. In: Geriatria. Lisboa, Vol. VII, nº 68.

Guimarães, R.M. (2004) - *Sinais e Sintomas em Geriatria.*, U.G.V. 2ª. Edição. Editora Atheneu,. ISBN: 61897047

Instituto Nacional de Estatística (1998) - *Estatísticas de Protecção Social 1995/1996*. Lisboa: Editora INE. Acedido em Maio de 2008 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (1998) - *Portugal Social 1991 - 1995*. Lisboa: Editora INE. Acedido em Maio de 2008 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2002) - *Estimativas da população residente, Portugal e NUTS III, 2001*. In Destaque do INE para a comunicação social, Portugal. 27 de Julho. Acedido em Maio de 2008 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2007) – *População e sociedade: Indicadores sociais de 2006*. Lisboa: Editora INE. Acedido em Maio de 2008 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2007) – *Dia Internacional do Idoso*: In Destaque do INE para a comunicação social, Portugal. 27 de Setembro. Acedido em Maio de 2008 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2008) - *Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2001) - Anual*; INE, Estimativas Anuais da População Residente. Acedido em Maio de 2008 em <http://www.ine.pt>

Mayán Santos, J.M. y otros (2000) – *Cuidador@s de ancian@s*. Ediciones Sega. Santiago de Compostela. ISBN: 84-921989-4-X

Mayán Santos, J.M. (y otros) (2003) - *Gerontología Gallega en cifras*. Diputación de A Coruña. ISBN: 84-95950-58-8

Ministério da Saúde (2005) – *Centros de saúde e hospitais. Recursos e produção do sns 2003*. Lisboa: DGS,. 127 p. ISSN. 1645-8893. Acedido em Julho de 2007 em <http://www.dgsaude.pt>

Ministério da Saúde (2003) – *Health in Portugal. Basic Indicators 2000*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em Setembro de 2006 em <http://www.dgsaude.pt>

Ministério do Trabalho e da Segurança Social (MTSS) (2006 – 2007) – *Estatísticas: Pessoas idosas, 2007*. Acedido em Junho de 2007 em: <http://www.mtss.gov.pt>

Morais, F. (1989) - *População Idosa, Centros de Dia, Centros de Convívio*. Secretaria de Estado da Segurança Social, Divisão de Programas e Projectos.

Netto, M.P. (1996) - *Gerontologia. - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu. ISBN 85-7379-109-8

OMS; (1984): objectivos para os cuidados prestados aos idosos.

OMS (2000) - I Conferência Internacional de Saúde, em Alma-Ata, meta "Saúde para todos no ano 2000".

OMS (1999) - *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO's Ageing and Health. Geneva.

ONU (1991) Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Acedido em Novembro. 2006 em: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/princ.html>

Page, M. (1994) – *Os cuidados de Saúde Primários: O Centro de Saúde na periferia do Sistema de Saúde Português*. Trabalho de Seminário apresentado ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa. Documento mimeografado.

Papaléo, N.M. (1996) - *A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Tratado de Gerontologia. 2ª. Edição. Editora Atheneu. ISBN: 85-7379-109-8

Portugal, S. (2002) - *Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Ministério da Saúde Direcção-Geral da saúde. Lisboa.

Ré, O. (coord.) (2000 - Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Departamentos de Estudos, Prospectiva e Planeamento, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Rice, R. (2004) – *A formação prestada ao utente no domicilio*. In: Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários. Conceitos e aplicação, 3ª ed Lusociência, Loures. 2004. ISBN: 972-8383-46-0

Rodrigues, F. (1999) - Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal, Lisboa, Instituto Superior de Serviço Social.

Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (1997) - *Temas em geriatria*. Lisboa. Editora Bayer Portugal, SA. Tomo m.

Vargas, H. S. (1993) - Psicologia do envelhecimento. São Paulo: Ed. Fundo Editorial Byk Prociénix.

Vieira, E.B. (2004) - *Manual de Gerontologia: Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares*. São Paulo: Revinter.

WHO (2002) - World Health Organization World Health Organization. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva. ISBN: 92-4-154280-2

ANEXOS

ANEXO A
FORMULÁRIO

Formulário

Nome do entrevistador _____

Data ___/___/___

Nº do formulário _____

1 – Sexo

Masculino _____
Feminino _____

2 - Idade

65 – 69 _____
70 – 74 _____
75 – 79 _____
≥ 80 _____

3 - Estado civil

Solteiro _____
Casado _____
Viúvo _____
Divorciado _____

4 - Escolaridade

Não saber ler, nem escrever _____
Sabe ler e escrever sem escolaridade _____
Ensino Primário Completo _____
Ensino Primário Incompleto _____
Ensino Secundário _____
Ensino Médio _____
Curso Superior _____

5 – Actividade Profissional Anterior

Qual? _____

6 – Está reformado?

Sim _____

Não _____

Se sim:

Por limite de idade _____

Por invalidez _____

7 - Receitas

Vencimento _____

Pensão _____

Outras _____

8 - Despesas

Água _____

Luz _____

Gás _____

Telefone _____

Alimentação _____

Medicamentos _____

Outras _____

Quais? _____

9 – Os seus rendimentos chegam para pagar as suas despesas?

Sim _____

Não _____

10 – Situação familiar

10.1 – Com quem vive?

Só _____

Acompanhado _____

Com quem? _____

10.2 – Recebe apoio de alguém?

Sim _____

De quem? _____

Não _____

Porquê? _____

10.3 – Este apoio é suficiente?

Sim _____

Não _____

11 – Características da habitação

11.1 - Habitação

Própria _____

Alugada _____

Outra _____

Qual? _____

11.2 - Tipo

- Moradia _____
- Andar _____
- Barraca _____
- Ilha _____
- Quarto _____
- Outro _____

11.3 – Tem luz eléctrica?

- Sim _____
- Não _____

11.4 – Tem água da rede pública?

- Sim _____
- Não _____

11.5 – Tem saneamento básico?

- Sim _____
- Não _____

11.6 – Tem casa de banho?

- Sim _____
- Não _____

Se sim:

- Dentro de casa _____
- Fora de casa _____

Completa _____
Incompleta _____

11.7 – Condições da habitação

Humidade

Sim _____
Não _____

Luz natural

Sim _____
Não _____

Ventilação natural

Sim _____
Não _____
Outras _____

11.8 – Barreiras arquitectónicas

Internas _____
Externas _____
Quais? _____

12 - Saúde

12.1 – Quais os seus principais problemas de actuais? _____

12.2 – Toma medicamentos regularmente?

- Sim _____
- Não _____
- Quais? _____

12.3 – Faz algum tratamento específico?

- Sim _____
- Não _____

13 - Actividades de lazer

13.1 - Tipo

- Jardinagem/Quintal _____
- Leitura _____
- Ouvir Rádio _____
- Ver Televisão _____
- Conversar _____
- Trabalhos Manuais _____
- Passear _____
- Grupo Coral _____

13.2 - Locais de lazer

- Centro de Dia _____
- Centro de Convívio _____
- Associação Recreativa _____
- Passear _____
- Não faz nada _____

14 - Tipo de apoios acha que necessita

- Higiene e Cuidados Pessoais _____
- Tratamento de Roupas _____
- Limpeza da Habitação _____
- Confecção de Refeições _____
- Administração de Medicamentos _____
- Acções no exterior _____
- Arranjos na Habitação _____
- Companhia _____
- Cuidados de Enfermagem _____
- Outros (transportes) _____

ANEXO B

TESTE DE GRAFFAR

TESTE DE GRAFFAR*

* GRAFFAR, M. – Une Méthode de Classification Sociale d' Echantillons de population. Courrier du Centre International de l' Enfance, Paris 6, n° 8, (1956),455.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL ESTABELECIDADA PELO PROFESSOR GRAFFAR (BRUXELAS)

O método baseia-se no estudo não apenas de uma característica social, mas num conjunto de cinco critérios a saber:

- 1- Profissão;
- 2- Nível de instrução;
- 3- Fontes de rendimento;
- 4- Tipo de habitação;
- 5-Local de residência.

Numa primeira fase há que atribuir a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados, e numa segunda fase, servir-se da soma destas pontuações para definir o escalão que a família ocupa na sociedade.

1 – PROFISSÃO

Classificar-se-ão as famílias em cinco categorias segundo a profissão exercida pelo pai servindo-se da classificação britânica, tal qual se descreve na obra “Classification of Occupations”, General Register Office (London Stationary Office 1951); no caso da mãe de família exercer uma profissão de nível mais elevado do que a do pai será a primeira a que servirá de base para a classificação da família.

NOTA: A pontuação que se dá na classificação britânica não é equivalente às mesmas profissões de Espanha pelo que se faz acompanhar este trabalho de uma folha adicional com a pontuação provisória que se atribui a cada profissão.

1º Grau – Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente;

2º Grau – Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos e técnicos;

3º Grau – Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras;

4º Grau – Motoristas, polícias, cozinheiros, etc.

5º Grau – Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.

2 – NÍVEL DE INSTRUÇÃO

As categorias estabelecidas são as seguintes:

1º Grau – Ensino universitário ou equivalente;

2º Grau – Ensino médio ou técnico superior;

3º Grau - Ensino médio ou técnico inferior;

4º Grau – Ensino primário completo;

5º Grau – Ensino primário incompleto ou nulo.

Exemplos de graus de instrução:

1º Grau – Catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juízes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares de Academia;

2º Grau – Técnicos e peritos;

3º Grau – Cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia;

4º Grau – Ensino primário completo;

5º Grau – Um ou dois anos de escola primária, saber ler e escrever ou analfabetos.

3 – FONTES DE RENDIMENTO

Para o seu estilo partir-se-á da principal fonte de rendimentos da família. Adoptam-se as cinco categorias seguintes:

1º Grau – A fonte principal de fortuna é herdada ou adquirida;

2º Grau – Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.

3º Grau – Os rendimentos correspondentes a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário;

4º Grau – Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, horas ou à tarefa;

5º Grau – Beneficência pública ou privada é que sustenta o indivíduo ou a família. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Exemplos de rendimentos familiares:

1º Grau – Pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais;

2º Grau – Encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos;

3º Grau – Empregados de Estado, Governos Cívicos ou Câmaras Municipais, oficiais de primeira, sub-gerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissões liberais de mediano rendimento, caixeiros-viajantes;

4º Grau – Operários, empregados do comércio e escriturários;

5º Grau – Sem rendimentos.

4 - TIPO DE HABITAÇÃO

Trata-se de dar uma impressão de conjunto, ainda que um pouco subjectiva.

Estabeleceu-se cinco categorias:

1º Grau – Casa ou andares luxuosos e muito grandes oferecendo aos seus moradores o máximo conforto;

2º Grau – Casa ou apartamento espaçoso e confortável;

3º Grau – Casa ou apartamento em bom estado de conservação, com saneamento básico, cozinha e casa de banho e com electrodomésticos essenciais;

4º Grau – Habitação sem um ou mais elementos básicos como a água, luz, saneamento básico, mau estado de conservação, escassa ventilação, condições exíguas e dimensão da família;

5º Grau – Barraca, sem água, saneamento básico, luz, sem ventilação, condições impróprias, dimensão da família.

5 – LOCAL DE RESIDÊNCIA

Para o estudo estabeleceu-se o aspecto do bairro residencial onde habite; e adoptaram-se as cinco seguintes categorias:

1º Grau – Bairro residencial elegante, zonas onde o valor da casa/terreno é muito elevado;

2º Grau – Bairro residencial de casas conservadas, avenidas amplas, com zonas verdes e zona de valor moderado;

3º Grau – Bairro de construção antiga, zona antiga, menos valorizado e confortável que o 2º grau;

4º Grau – Bairro operário populoso, baixo valor pela proximidade de fábricas, portos, águas contaminadas, barracas, etc.

5º Grau – Bairros de lata, zona insalubre suburbana, ilhas, zona rural de escasso valor.

NOTAÇÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS – GRAFFAR (NOTAS EXPLICATIVAS)

1 – A família é classificada em cada um dos cinco critérios (profissão, instrução, fonte de rendimento, tipo de habitação e local de residência).

2 – Obtém-se assim uma série de cinco números, cuja soma identifica a posição social e económica da família.

3 – A classificação pela escala de Graffar constitui cinco níveis sociais determinados pela soma dos valores atribuídos a cada um dos critérios parciais.

4 – a classificação é feita de acordo com:

- Ocupação de maior nível desempenhado pelo pai ou pela mãe ou pelo adulto que desempenhe funções de chefe de família;
- O nível máximo de instrução alcançado pelo pai, pela mãe ou pelo tutor que convive com a criança e que é o chefe de família. (será o que serve de critério de classificação se o pai ou a mãe têm diferente nível instrução), adaptar-se-á para a classificação aquele que tiver o nível mais elevado;
- Deve atender-se e apontar-se a fonte de rendimento maior, quer seja do pai, da mãe ou do adulto que constitui o chefe de família.

5 – Poderá haver necessidade de se adaptar a classificação, quando numa determinada família seja difícil avaliar um dos critérios. Nesses casos, a classificação é feita do mesmo modo mencionado o critério que não foi avaliado, atendendo a que o resultado das somas será o seguinte:

CLASSE I – de 4 a 7

CLASSE II – de 8 a 10

CLASSE III – de 11 a 13

CLASSE IV – de 14 a 16

CLASSE V – de 17 a 20

CRITÉRIOS GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	FONTE DE RENDIMENTO	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	CLASSE SOCIAL
1	<ul style="list-style-type: none"> ✓Profissões liberais ✓Professores universitários ✓Directores de empresas, bancos, fábricas ✓Executivos ✓Oficiais F. Armadas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Universitária completa ou equivalente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Fortuna adquirida/herdada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Casa ou apartamento luxo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bairro residencial elegante ✓Zonas valor da casa/terreno elevado 	I - ALTA
2	<ul style="list-style-type: none"> ✓Administradores de empresas públicas/privadas ✓Funcionários cargos elevada responsabilidade ✓Comerciantes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Secundária completa ou técnica superior ✓Universitária incompleta 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Baseada em honorários ✓Ordenado mensal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Casa ou apartamento espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bairro residencial casas conservadas ✓Avenidas amplas ✓Arborizado ✓Zona moderado valor 	II - MÉDIA ALTA
3	<ul style="list-style-type: none"> ✓Pequenos industriais/comerciantes ✓Encarregados ✓Operários qualificados ✓Funcionários públicos/administrativos ✓Secretárias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Curso complementar ✓Ensino secundário ou equivalente incompleto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Vencimento certo ✓Salário mensal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Casa ou apartamento em bom estado de conservação ✓Com saneamento básico/cozinha/casa de banho ✓Electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bairro construção antiga ✓Zona antiga ✓Menos valorizada e confortável que em 2 	III - MÉDIA
4	<ul style="list-style-type: none"> ✓Operários semi-qualificados ✓Empregados comércio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Primária completa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Salário quinzenal, semanal, diário 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Má conservação ✓Sem um ou mais elementos: água/luz/saneamento ✓Dimensão familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bairro operário populoso ✓Baixo valor proximidade fábricas/portos e barracas 	IV - MÉDIA BAIXA
5	<ul style="list-style-type: none"> ✓Mão obra não qualificada ✓Serventes/trabalhadores rurais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Primária incompleta ✓Não sabe ler/escrever 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Irregular ✓Origem/ajuda pública ou privada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Barraca sem água/luz/saneamento ✓Condições impróprias ✓Dimensão familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓Bairro lata ✓Zona insalubre/rural, escasso valor 	V - BAIXA

ANEXO C

**TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS PELAS DIVERSAS INSTITUIÇÕES DE APOIO
DOMICILIÁRIO**

Instituição Tipo	<u>Lar</u> <u>Almeida e</u> <u>Costa</u>	<u>Lar</u> <u>Santa</u> <u>Isabel</u>	<u>Centro de</u> <u>Convívio</u> <u>da Serra do</u> <u>Pilar</u>	<u>Centro de</u> <u>Saúde</u> <u>Soares</u> <u>dos Reis</u>	<u>Santos</u> <u>Silva &</u> <u>Amorim</u> <u>lda</u>	<u>Casa de</u> <u>Repouso</u> <u>Casa</u> <u>Nostra</u>	<u>Ajuda e</u> <u>Companhia</u>	<u>Lar</u> <u>Padre</u> <u>Alves</u> <u>Correia</u>	<u>Cruz</u> <u>Vermelha</u> <u>Portuguesa</u> <u>V.N. Gaia</u>
Higiene pessoal	X	X	X						
Tratamento de roupas	X		X						
Limpeza habitação	X	X	X						
Confeção refeições	X	X	X						
Administração medicação	X		X						
Acções no exterior			X						
Cuidados Enfermagem				X					
Serv. Apoio Domiciliário	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Centro de Dia	X	X				X		X	X
Lar de Idosos	X	X				X		X	
Centro de Convívio			X						X

ANEXO D

MAPA DE LOCALIZAÇÃO DE CIDADE DE VILA NOVA DE GAIA

Localização de Vila Nova de Gaia



Gentílico	<i>Gaiense</i>
Área	168,7 km ²
População	312742 hab.(2008)
Densidade populacional	1838 hab./km ²
Número de freguesias	24
Região	Norte
Sub-região	Grande Porto
Distrito	Porto
Província	Douro Litoral

Freguesias:

- Arcozelo
- Avintes
- Canelas
- Canidelo
- Crestuma
- Grijó
- Gulpilhares
- Lever
- Madalena
- Mafamude
- Olival
- Oliveira do Douro
- Pedroso
- Perosinho
- Sandim
- Santa Marinha
- S. Félix da Marinha
- São Pedro da Afurada
- Seixezelo
- Sermonde
- Serzedo
- Valadares
- Vilar de Andorinho
- Vilar do Paraíso

ANEXO E

DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE O CONCELHO DE VILA NOVA DE GAIA

População do concelho de Vila Nova de Gaia (1801 – 2008)									
1801	1849	1900	1930	1960	1981	1991	2001	2004	2008
24675	43454	74072	102950	157357	226331	248565	288749	300868	312742

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Vila_Nova_de_Gaia

Designação do Indicador	Valor	Unidade	Período
Indicadores Genéricos			
Área Total <u>ni1106</u>	168,7	km ²	2008
Freguesias	24	nº	2008
Densidade Populacional	1 838	hab/km ²	2008
População Residente HM, em 2001	288 749	indivíduos	2001
População Residente H, em 2001	139 808	indivíduos	2001
População Presente HM	278 396	indivíduos	2001
População Presente H	133 411	indivíduos	2001
População Residente HM, em 2008	312 742	indivíduos	2008
População Residente H, em 2008	150 824	indivíduos	2008
Famílias Clássicas Residentes	99 096	nº	2001
Famílias Institucionais	46	nº	2001
Alojamentos Familiares - Total	123 562	nº	2001
Alojamentos Familiares - Clássicos	122 831	nº	2001
Alojamentos Familiares - Outros	731	nº	2001
Alojamentos Colectivos	85	nº	2001
Edifícios	63 742	nº	2001
Indicadores Demográficos			
Nados vivos, HM <u>ni143</u>	3 144	nº	2004
Nados vivos, H <u>ni143</u>	1 593	nº	2004
Óbitos, HM <u>ni1109</u>	2 191	nº	2004
Óbitos, H <u>ni1109</u>	1 128	nº	2004
Taxa de Natalidade	9,90	permilagem	2008
Taxa de Mortalidade	7,2	permilagem	2008
Taxa de Nupcialidade	3,6	permilagem	2008
Taxa de Divórcio	2,9	permilagem	2008
Índice de Envelhecimento	93,40	nº	2008
Núcleos Familiares Residentes	87 832	nº	2001
Variação População Residente, entre 1991 e 2001	16,2	percentagem	2001
Actividade Económica			
Capacidade de Alojamento dos Estabelecimentos Hoteleiros <u>ni6</u>	1 640	lugares	2004
Dormidas em Estabelecimentos Hoteleiros <u>ni1122</u>	225 548	nº	2004
Taxa de Ocupação dos Estabelecimentos Hoteleiros <u>ni6</u>	35,6	percentagem	2004
Estada Média por Hóspede em Estabelecimentos Hoteleiros <u>ni6</u>	1,5	noites	2004
Sociedades Sediadas <u>ni1113</u>	9 464	nº	2004/12/31
Sociedades do Sector Primário <u>ni1113</u>	,5	percentagem	2004/12/31
Sociedades do Sector Secundário <u>ni1113</u>	30,0	percentagem	2004/12/31
Sociedades do Sector Terciário <u>ni1113</u>	69,5	percentagem	2004/12/31
Volume de Vendas nas Sociedades Sediadas <u>ni1113</u>	5 736 345	milhares de euros	2003/12/31
Bancos, Caixas Económicas e Caixas de Crédito Agrícola Mútuo <u>ni1</u>	103	nº	2003
Depósitos em Bancos, Caixas Económicas e Caixas de Crédito Agrícola Mútuo	1 435 154,0	milhares de euros	2003
Crédito Concedido por Bancos, Caixas Económicas e Caixas de Crédito Agrícola Mútuo	2 456 366,9	milhares de euros	2003

Crédito Hipotecário Concedido a Particulares	1 417,2	milhares de euros	2003
Obras Concluídas - Total de Edifícios	282	nº	2004
Obras Concluídas - Edifícios para habitação	253	nº	2004
Licenças Concedidas para Construção de Edifícios (Construções Novas)	463	nº	2004
Licenças Concedidas para Construção de Edifícios para Habitação (Construções Novas)	406	nº	2004
Consumo Doméstico de Electricidade por Consumidor	3,5	milhares de kWh	2003
Consumo Industrial de Electricidade por Consumidor	120,0	milhares de kWh	2003
Taxa de Actividade HM, em 2001	52,8	percentagem	2001
Taxa de Desemprego HM, em 2001	8,1	percentagem	2001

Indicadores Sociais

Médicos por 1000 Habitantes <u>ni1048</u>	3,80	nº	2008
Enfermeiros por 1000 Habitantes	4,50	nº	2008
Farmácias por 1000 Habitantes	0,2	nº	2008
Hospitais Oficiais	1	nº	2008
Hospitais Particulares	1	nº	2008
Taxa Média de Mortalidade Infantil no Quinquénio	4,90	per milagem	2005
Taxa de Analfabetismo HM, em 2001	5,4	percentagem	2001

Notas:

ni1:	Exclui o Banco de Portugal
ni6:	Os dados apresentados apenas abrangem os estabelecimentos classificados na Direcção Geral do Turismo.
ni143:	Os dados vivos são apresentados segundo a distribuição geográfica de residência da mãe.
ni1048:	O número de médicos por 1000 habitantes é apresentado por local de residência.
ni1106:	A informação constante da Carta Administrativa Oficial de Portugal é permanentemente actualizada. Alerta-se, por isso, para o facto de os dados poderem não coincidir com os publicados em anos anteriores.
ni1109:	Os valores de óbitos são apresentados segundo a distribuição geográfica de residência.
ni1113:	Os dados foram obtidos a partir do FUE do INE, que contém dados físicos (número de Empresas/Sociedades) reportados a Dezembro de 2004 e económicos (Pessoas ao Serviço e Volume de Vendas) relativos a Dezembro de 2003.
ni1122:	Os dados apresentados abrangem apenas os estabelecimentos classificados na Direcção Geral do Turismo. O total não corresponde à soma das partes em virtude de não ser publicada alguma informação de menor expressão quantitativa.

Fonte: INE

Santa Marinha e Mafamude são duas, das 24 freguesias do concelho de Vila Nova de Gaia; estas freguesias estão descritas como Áreas Predominantemente Urbanas, segundo a Tipologia de Áreas Urbanas.

VILA NOVA DE GAIA (SANTA MARINHA)

Designação	Valor	Unidade	Periodo
Área Total	5,9	km ²	2001
Densidade Populacional	5197,1	hab/km ²	2001
População Residente HM	30758	indivíduos	2001
População Residente H	14492	indivíduos	2001
População Presente HM	29806	indivíduos	2001
População Presente H	13916	indivíduos	2001
População Presente M	15890	indivíduos	2001
População Residente M	16266	indivíduos	2001
Famílias Clássicas Residentes	11331	nº	2001
Famílias Institucionais	12	nº	2001
Alojamentos Familiares - Total	14153	nº	2001
Alojamentos Familiares - Clássicos	14103	nº	2001
Alojamentos Familiares - Outros	50	nº	2001
Alojamentos Colectivos	14	nº	2001
Edifícios	5471	nº	2001
Nados vivos, HM	313	nº	2001
Nados vivos, H	185	nº	2001
Óbitos, HM	314	nº	2001
Óbitos, H	157	nº	2001
Núcleos Familiares Residentes	9232	nº	2001

Fonte: INE, Censos/2001

MAFAMUDE

Designação	Valor	Unidade	Periodo
Área Total	5,3	km ²	2001
Densidade Populacional	7376,4	hab/km ²	2001
População Residente HM	38940	indivíduos	2001
População Residente H	18239	indivíduos	2001
População Presente HM	37743	indivíduos	2001
População Presente H	17461	indivíduos	2001
População Presente M	20282	indivíduos	2001
População Residente M	20701	indivíduos	2001
Famílias Clássicas Residentes	14509	nº	2001
Famílias Institucionais	5	nº	2001
Alojamentos Familiares - Total	18066	nº	2001
Alojamentos Familiares - Clássicos	17994	nº	2001
Alojamentos Familiares - Outros	72	nº	2001
Alojamentos Colectivos	11	nº	2001
Edifícios	5550	nº	2001
Superfície agrícola utilizada (SAU)	14	ha	1999
Superfície agrícola utilizada (SAU) - Por conta própria	9	ha	1999
Superfície agrícola utilizada (SAU) - Arrendamento	5	ha	1999
Nados vivos, HM	365	nº	2001
Nados vivos, H	192	nº	2001
Óbitos, HM	271	nº	2001
Óbitos, H	138	nº	2001
Superfície agrícola não utilizada		ha	1999
SAU por exploração	1,79	ha/exploração	1999
Blocos com SAU por exploração	1,38	nº/exploração	1999
Núcleos Familiares Residentes	11759	nº	2001
População Agrícola	20	indivíduos	1999

Fonte: INE, Censos/2001

ANEXO F

Número de Respostas Sociais - Portugal Continental

Número de Respostas Sociais - Portugal Continental

Número de Respostas Sociais - Portugal Continental, Ano de 2007

Concelhos	Creche	Centro de Actividades Ocupacionais	Lar Residencial	Centro de Dia	Lar de Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário
Aveiro	185	26	19	121	76	142
Beja	27	6	3	47	53	57
Braga	174	22	13	96	110	184
Bragança	24	5	3	89	65	82
Castelo Branco	55	6	7	126	49	145
Coimbra	121	25	13	162	104	172
Évora	50	8	7	80	61	73
Faro	95	9	5	59	57	63
Guarda	46	11	4	171	93	197
Leiria	104	14	13	81	107	120
Lisboa	464	73	50	231	263	262
Portalegre	36	4	3	68	55	66
Porto	297	54	29	167	160	201
Santarém	58	15	9	117	82	145
Setúbal	172	11	5	105	89	93
Viana do Castelo	37	11	3	38	41	63
Vila Real	47	5	3	45	35	93
Viseu	73	9	7	83	84	151
TOTAL	2 065	314	196	1 886	1 584	2 309

Fonte: GEP, Carta Social - <http://www.cartasocial.pt>

ANEXO G

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idosos segundo o sexo e o grupo etário	98
Tabela 2 - Idosos segundo o sexo e o estado civil	99
Tabela 3 - Idosos segundo o sexo e a escolaridade	100
Tabela 4 - Idosos segundo o sexo e a actividade profissional anterior	101
Tabela 5 - Idosos segundo o sexo e a situação de reforma	101
Tabela 6 - Idosos segundo o sexo e a fonte de receitas	102
Tabela 7 - Idosos segundo o sexo e as despesas	103
Tabela 8 - Idosos segundo o sexo e o facto dos rendimentos chegarem para as despesas	104
Tabela 9 - Idosos segundo o sexo e com quem vive.....	104
Tabela 10 - Idosos segundo o sexo e o facto de terem apoio de alguém	105
Tabela 11 - Idosos segundo a suficiência de apoio.....	105
Tabela 12 - Idosos segundo o sexo e a habitação	106
Tabela 13 - Idosos segundo o sexo e o tipo de habitação	106
Tabela 14 - Idosos segundo o sexo e as características/condições da habitação ..	108
Tabela 15 - Idosos segundo o sexo e os principais problemas de saúde	109
Tabela 16 - Idosos segundo o sexo, a toma de medicamentos e os tratamentos específicos	110
Tabela 17 - Idosos segundo o sexo e o tipo de actividades de lazer	111
Tabela 18 - Idosos segundo o sexo e os locais de lazer	112
Tabela 19 - Idosos segundo o sexo e os tipos de apoio que necessitam	113

ANEXO H

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição em valor percentual da população segundo o sexo	114
Figura 2 - Distribuição em valor percentual da população segundo o estado civil ..	115
Figura 3 - Distribuição em valor percentual da população segundo a escolaridade	116
Figura 4 - Distribuição em valor percentual da população segundo actividade profissional	117
Figura 5 - Distribuição em valor percentual da população segundo a reforma.....	118
Figura 6 - Distribuição em valor percentual da população segundo os rendimentos	119
Figura 7 - Distribuição em valor percentual da população segundo a habitação	120
Figura 8 - Distribuição em valor percentual da população segundo as infra-estruturas	121
Figura 9 - Distribuição em valor percentual da população segundo a ingestão de medicamentos	122
Figura 10 - Distribuição em valor percentual da população segundo as actividades de lazer.....	124