

CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE

PLANO GERONTOLÓGICO PARA O CONCELHO DE PENICHE 2013-2017

Abril de 2013

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	3
ÍNDICE DE TABELAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
INTRODUÇÃO	10
1. METODOLOGIA	13
2. INFLUÊNCIAS ESTRATÉGICAS	ndo mas e m o no 20
3. PROSPECTIVA ESTRATÉGICA SOBRE ENVELHECIMENTO NACIONAL E LOCA	L25
4. DETERMINANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL NA POPULAÇ IDOSA DO CONCELHO DE PENICHE	
5. FOCUS GROUPS COM IDOSOS E TÉCNICOS DO CONCELHO DE PENICHE	125
6. ESTRUTURAS DE APOIO À POPULAÇÃO IDOSA	131
7. DIREÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO NO CONCELHO DE PENICHE	143 177
8. ITINERÁRIO TEMPORAL	
9. SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO	184

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Definições dos atuais paradigmas sobre envelhecimento

Quadro nº 2 - Índice de renovação da população em idade ativa (N.º) por Sexo; Anual - INE, Indicadores Demográficos

Quadro n.º 3 – Dados sociodemográficos da amostra estudada.

Quadro n.º 4 – Outras medidas de esforço financeiro

Quadro n.º5 – Compatibilidade dos transportes públicos com as consultas no centro de saúde

Quadro n.º 6 – Expectativa da procura de serviços (dimensão capacidade) no centro de saúde

Quadro n.º 7 – Algumas medidas de adequabilidade dos serviços do centro de saúde

Quadro n.º 8 – Hábitos tabágicos da amostra estudada

Quadro n.º 9 – Comparação dos consumos alimentares entre subgrupos da amostra estudada

Quadro n.º 9 – Comparação dos consumos alimentares entre subgrupos da amostra estudada

Quadro n.º 10 – Saúde oral e deglutição entre os inquiridos

Quadro n.º 11 – Consumo de bebidas alcoólicas por parte da amostra estudada

Quadro n.º 12 – Práticas de consumo de alguns medicamentos entre a amostra estudada.

Quadro n.º 13 – Aspetos de literacia para a saúde entre os inquiridos

Quadro n.º 14 – Aspetos de adesão terapêutica entre os inquiridos

Quadro n.º 15 – O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica

Quadro n.º 16 – Questões atitudinais investigadas na amostra do estudo

Quadro n.º 17 – Características das habitações das pessoas inquiridas

Quadro n.º 18 – Factores ambientais que influenciaram a saúde dos entrevistados nos últimos 5 anos

Quadro n.º 19 – Procedimento dos inquiridos face a pequenas obras em casa.

Quadro n.º 20 – Sentimento de segurança fora e dentro de casa e percepção de violência no lugar que habita.

Quadro n.º 21 – Questões de confiança respondidas pelos inquiridos

Quadro n.º 22 – Questões relacionadas com transporte e acesso a recursos colocadas aos inquiridos.

Quadro n.º 23 – Quantidade de quedas ocorridas no ano anterior entre a amostra estudada e as suas consequências.

Quadro n.º 24 – Avaliação do risco de queda entre os respondentes.

Quadro n.º 25 – Frequência com que conversa com vizinhos e pessoas amigas

Quadro n.º 26 - Frequência com que faz as seguintes atividades

Quadro n.º 27 – Síntese das ajudas que a amostra estudada pode esperar de familiares, amigos e vizinhos.

Quadro n.º 28 – Trocas entre familiares, cujos membros pertencem à amostra estudada.

Quadro n.º 29 – Tomada de decisão em família sobre assuntos que são do interesse direto do entrevistado.

Quadro n.º 30 – Respostas a questões de maus tratos ou negligência sobre as pessoas inquiridas

Quadro n.º 31 – Respostas sobre agressões a pessoas inquiridas

Quadro n.º 32 – Expectativas e necessidades pessoais das pessoas integrantes da amostra.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Ordenação das respostas à pergunta "Com quem está a morar"

Tabela n.º 2 – Ordenação das respostas à questões sobre motivos para não aceitar sempre os convites, por ocasião de festividades familiares.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Indicadores de envelhecimento ativo integrantes do questionário de levantamento de necessidades entre a população idosa do Concelho de Peniche

Figura 2 – Envelhecimento da população: fatores implícitos e sistema de influências.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º2 - Exames mencionados realizados nos últimos 5 anos

Gráfico n.º 3 - Tempo até ao centro de saúde mais próximo

Gráfico n.º 4 - Tempo até ao hospital mais próximo

Gráfico n.º 5- Transporte que utiliza para chegar ao centro de saúde ou hospital

Gráfico n.º 6 - Quanto lhe custam as viagens (ir e vir) para o centro de saúde ou hospital

Gráfico n.º 7- Opinião sobre os cuidados de saúde no concelho

Gráfico n.º 8 - Autopercepção do estado de saúde dos inquiridos

Gráfico n.º 9 - Diversidade alimentar por agregado familiar (HDDS)

Gráfico n.º 10 - Fontes de Vitamina A consumidos pelos inquiridos

Gráfico n.º 11 - Fontes de ferro presentes na alimentação das pessoas entrevistadas

Gráfico n.º 12 - Segurança alimentar avaliada com a Escala de Segurança Alimentar entre adultos (USDA, 2008)

Gráfico n.º 13 - Respostas à pergunta: pratica alguma atividade física

Gráfico n.º 14 - Grau de dependência nas atividades de vida diárias da amostra estudada

Gráfico n.º 15 - Graus de dependência nas atividades instrumentais da vida diária, entre a amostra estudada.

Gráfico n.º 16 - Comodidades existentes nas habitações das pessoas inquiridas

Gráfico n.º 17 - Autoavaliação sobre as condições habitacionais dos entrevistados

Gráfico n.º18 - Motivos para falta de condições habitacionais adequadas

Gráfico n.º19 - Presença e necessidade de dispositivos de apoio em casa das pessoas inquiridas.

Gráfico n.º 20 - Sentimento de segurança dos inquiridos em casa e quando têm de sair de casa.

Gráfico n.º 21 - Fonte de problemas na zona de residência, de acordo com os inquiridos.

Gráfico n.º 22 - Forma de deslocação a distâncias que não possam ser percorridas a pé.

Gráfico n.º 23 - Satisfação com os contactos que mantém com os membros da família.

Gráfico n.º 24 - Atividade ou ocupação dos inquiridos durante o último ano.

Gráfico n.º 25 - Modo como ocorreu a reforma.

Gráfico n.º 26 - Preparação para a reforma entre as pessoas inquiridas.

INTRODUÇÃO

O acentuado envelhecimento da população, decorrendo do aumento da esperança de vida, da diminuição da natalidade, do fluxo migratório, traz novos desafios às sociedades. Pelo aumento da esperança de vida o envelhecimento da população acima dos 75 anos acentua-se cada vez mais, associado a situações de morbilidade/dependência com impactos ao nível socioeconómico. Neste sentido, mais do que acrescentar anos à vida é importante dar vida aos anos. É com estas preocupações que o Município de Peniche tem vindo a desenvolver junto da sua população idosa um conjunto de ações que proporcionam, nesta população, bem-estar e qualidade de vida.

Desde 2008, numa relação com vários parceiros deste concelho, IPSS e serviços de saúde, tem-se vindo a desenvolver um Plano de Promoção de Cidadania Sénior, incentivando à participação ativa dos idosos e partilhando conhecimento em áreas como a saúde, cultura, lazer, desporto.

Em 2010, o Município de Peniche integra a parceria das Cidades Amigas dos Idosos. O Projeto cIDADES assumiu-se desde a sua conceção como um Projeto investigação-ação direcionado para a identificação de fatores passíveis de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e em particular da saúde da população idosa portuguesa.

Em 2012 foi constituído um grupo de trabalho "PESSOAS IDOSAS, ENVELHECIMENTO E INTERGERACIONALIDADE", envolvendo 25 parceiros de várias áreas: IPSS, Forças de segurança, Saúde, Educação e Autarquias. Tem por missão desenvolver condições para uma intervenção interinstitucional concertada que seja orientada para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e promoção

dos direitos da pessoa idosa. Entre os objetivos definidos destacam-se os seguintes:

- Sensibilizar a comunidade em geral e as famílias em particular para a importância do papel e do lugar das pessoas idosas no atual contexto social e para os problemas que os afetam;
- Constituir-se como um Forúm de discussão e reflexão sobre as questões da população idosa e do envelhecimento;
- Promover a dinamização de parcerias ativas entre pares.

Integrado nos objetivos deste grupo de trabalho, em 2012, foi desenvolvido um trabalho de investigação, junto da população Idosa do concelho de Peniche. Para tal, contou-se com a colaboração da Escola Superior de Saúde de Leiria no desenho e desenvolvimento da investigação, bem como com a colaboração da Escola Secundária de Peniche, forças de Segurança e Juntas de freguesia na aplicação dos questionários. Esta investigação foi desenvolvida a fim de se definir direções estratégicas de envelhecimento ativo e saudável no concelho de Peniche, que constituem o Plano Gerontológico 2013-2017. Com o intuito de participação neste documento estratégico, este Plano foi submetido ao grupo de trabalho que remeteu para o CLAS, dando este parecer sobre o mesmo (em anexo), e foi efetuado um focus group com idosos e técnicos.

O Plano Gerontológico do Concelho de Peniche 2013-2017, apresenta 4 objetivos estratégicos: Inserção social das pessoas idosas; Contribuir para um envelhecimento ativo e saudável; Apoiar a prestação de Cuidados e serviços com eficácia e qualidade; Promover a colaboração interdepartamental e Interinstitucional. Destes, decorre um conjunto de objetivos operativos e medidas, que vai merecer uma calendarização, monitorização e reflexão na sua execução.

Com o Plano Gerontológico do Concelho de Peniche, acreditamos que o concelho de Peniche constituir-se-á numa comunidade onde as pessoas idosas se sentem incluídas, valorizadas e respeitadas pelos contributos que deram, estão e virão a dar à sociedade. Onde, as pessoas idosas do concelho de Peniche vivem em ambientes seguros, gozam da melhor saúde possível e possuem a oportunidade de aceder a trabalho remunerado ou voluntário, assim como a atividades sociais e culturais da sua preferência.

A Vereadora do Pelouro da Solidariedade Social e Juventude,

Clara Abrantes

1. METODOLOGIA

A preparação do presente plano gerontológico foi precedida de uma vasta revisão de bibliografia onde se incluíram as recomendações internacionais sobre o tema do envelhecimento ativo e saudável, mas também as recomendações e estratégias nacionais, quer de entidades especialmente vocacionadas para as questões do envelhecimento, quer de parceiros sociais. Também foram consultados trabalhos académicos acerca do tema, para além de se terem recolhido exemplos de planos gerontológicos – ou de estratégias orientadas para o envelhecimento – em países, regiões autónomas e cidades de todo o mundo, que publicam na Internet em espanhol, francês e inglês, esses trabalhos.

Para além dessa revisão de bibliografia, constitui-se imprescindível a articulação deste plano, com os restantes planos estratégicos existentes na Câmara Municipal. Por outro lado, o Plano Gerontológico do Concelho de Peniche surge como corolário de planeamento de atividades de carácter anual, por se entender que o fenómeno do envelhecimento demográfico não é episódico e circunstancial: trata-se de uma mudança durável e consistente que, pelas suas características, exige políticas específicas e articuladas.

É desta compreensão que nasce o grupo de trabalho "Pessoas idosas, envelhecimento e intergeracionalidade", que envolve todos os parceiros sociais com contacto com esta realidade. Um dos objetivos deste grupo de trabalho passou a ser o delineamento do Plano Gerontológico.

Existem uma série de metodologias possíveis para a recolha de dados para a constituição deste tipo de planeamento estratégico. Estas passam pela referenciação de entidades que contactam direta ou indiretamente com estes grupos etários, de grupos ou associações de cidadãos, de peritos e dos próprios cidadãos idosos e o trabalho

posterior de recolha de dados, quer através de inquéritos autopreenchidos, ou de entrevistas (mais ou menos estruturadas) individuais ou de grupo.

Entendeu o grupo de trabalho que esta recolha de dados deveria ser feita junto dos próprios cidadãos idosos. Com essa finalidade foi elaborado um questionário a ser preenchido por entrevista que integrava os principais pilares do envelhecimento ativo, para além de componentes sócio-demográficas.

Da recolha e análise de dados

Tem havido longos debates sobre o que se entende por uma pessoa idosa. Tomamos como habitual a marca dos 65 anos, tida como a idade da reforma (que atualmente se encontra nos 67 em vários países europeus), como a referência para ser idoso. Porém, no Ano Internacional das Pessoas Idosas (1999) foi definido que idoso seria toda a pessoa acima dos 50 anos. Contudo, há sociedades que aceitam uma categorização dos idosos de acordo com as suas limitações funcionais, sobretudo acima dos 75 anos (Bauman, et al., 2002). Naquela idade, os que possuem muito poucas limitações seriam os menos velhos (young old), as pessoas com algumas limitações, normalmente entre os 75-84 anos, seriam os velhos intermédios (midale old); finalmente as pessoas totalmente dependentes, habitualmente acima dos 85 anos seriam os muito velhos (very old).

Deixando de lado estas questões de definição do idoso, o levantamento de dados abrangeu toda a população acima dos 65 anos que habita nas freguesias do Concelho. Trabalhámos com base nas listas eleitorais das freguesias, identificando caso a caso as pessoas que: residiam nas freguesias do Concelho, tinham mais de 65 anos, estivessem em condições psíquicas para nos fornecerem informação (sem utilização de qualquer instrumento de avaliação,

dadas as características técnicas das pessoas que irão proceder às entrevistas) e aceitassem participar no estudo.

Quanto às questões que incorporaram o inquérito por entrevista, organizámos as ideias a partir dos determinantes de envelhecimento ativo da Organização Mundial de Saúde (2002), os quais se inscrevem num quadro no qual a cultura e o género são transversais a todos eles. A cultura, com os seus valores e tradições influenciam a forma como uma dada sociedade perspetiva o envelhecimento e o processo gerontogeriátrico. Envelhecer ativo e o papel de cada género é socialmente influenciado, tendo de ser considerado no momento de implementação de políticas de intervenção.

Traçamos os seguintes objetivos para o estudo:

- Identificar as necessidades das pessoas com mais de 65 anos que habitam no concelho de Peniche.
- Perspetivar os serviços existentes face às necessidades identificadas, de modo a reorganizar as respostas sociais e envolver novas parcerias.
- Identificar desafios de futuro que se virão a colocar neste segmento populacional, perspetivando respostas adequadas.
- Envolver a comunidade no contexto de um Plano
 Gerontológico onde se perspetivem respostas inovadoras e integradas com o restante planeamento estratégico municipal.

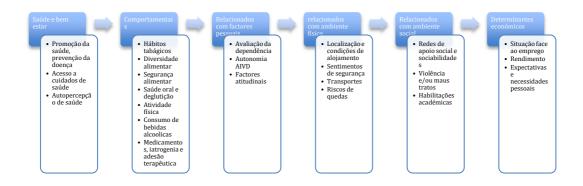
Quanto aos restantes determinantes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera: (1) serviços sociais e de saúde. Neste aspeto foram introduzidas perguntas sobre: a promoção da saúde, a prevenção primária, auto-percepção de saúde, adesão terapêutica, a articulação entre serviços de saúde e sociais, os cuidados continuados, a saúde mental, o acesso a cuidados de saúde e as doenças crónicas. No determinante (2) fatores económicos, teve-se

em conta o rendimento, o combate à pobreza, o trabalho remunerado, não-remunerado e voluntário. No determinante (3) ambiente físico foram integradas questões como: a localização geográfica e a topografia, a presença de riscos ambientais, transportes, condições habitacionais, acesso a água e alimentação. No (4) determinante ambiente social teve-se em conta a participação/exclusão social, a educação, as redes sociais, a segurança, a literacia para a saúde, a negligência, violência ou maustratos a idosos. Quanto aos (5) determinantes pessoais foram incluídas a capacidade cognitiva, traços atitudinais: optimismo, autoeficácia e autoestima. Quanto ao (6) determinante comportamental foram incluídas questões relacionadas com estilos de vida saudável, diversidade alimentar e capacidade para adquirir alimentos, ocupação de tempos livres, atividade física habitual, tabagismo e alcoolismo, uso de medicamentos (com e sem prescrição).

Na figura seguinte encontram-se esquematizados os indicadores que serviram para orientar a recolha de dados entre a população idosa. Como se verifica a organização foi feita segundo os determinantes de envelhecimento ativo da OMS (2002). Desta forma afastamo-nos de uma identificação de necessidades que seja apriorística, ou seja, não suportada pela evidência e por um constructo teórico pré-existente. Os indicadores que constam de cada um dos determinantes foram construídos com base na literatura disponível e em instrumentos de recolha de dados previamente existentes.

A conjugação dos resultados obtidos foi vertida numa matriz analítica que permitiu aplicar a estatística descritiva e posteriormente, o desenvolvimento de grandes linhas de ação, respetivos programas, indicação dos objetivos, intervenientes, resultados e repercussões (outcomes) de forma a poder fazer-se avaliação dos programas e das políticas.

Figura 2- Indicadores de envelhecimento ativo integrantes do questionário de levantamento de necessidades entre a população idosa do Concelho de Peniche



Para além destas perguntas, também havia outras que se destinavam a conhecer dados sóciodemográficos: sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, profissão, estado civil e habilitações literárias. O questionário ficou com 179 perguntas e demorava cerca de 45 minutos a preencher.

Assim, em termos metodológicos foi feito um estudo exploratório com a aplicação de um questionário por entrevista, a toda a população acima dos 65 anos que habita nas freguesias do Concelho de Peniche. Partindo da listagem de eleitores recenseados, a recolha de dados foi feita porta a porta, por entrevistadores treinados especificamente para o efeito, que eram alunos da Escola Secundária de Peniche. Foram excluídas da amostra as pessoas que se tenha verificado terem alterações cognitivas ou psicológicas que inviabilizassem a entrevista.

2. INFLUÊNCIAS ESTRATÉGICAS

Internacionais

A abordagem do envelhecimento começou por se centrar num paradigma de construção deste como um problema. Esta perspectiva, fortemente influenciada pelas teorias biomédicas, olha para o envelhecimento como um tempo no ciclo de vida de cada pessoa, caracterizado pelas alterações físicas e psíquicas, as quais amiúde levam à dependência. Nesta medida, a tarefa fundamental dos distintos governos em cada país, seria a de colocar no terreno um conjunto de políticas sociais que dessem resposta a um conjunto de pessoas que olhavam a reforma como um objetivo de vida e o tempo para além dos 65 anos, como de adaptação às alterações acima enunciadas.

Porém, à medida a que o tempo vai passando, a perspetiva sobre o envelhecimento vai-se alterando. Por um lado são os próprios cidadãos que têm dificuldade em perspetivar-se numa fase de vida caracterizada pela dependência, pela ausência completa de horários e relações produtivas, num momento em que, apesar de todos os diagnósticos, ainda se mantêm capazes de colaborar socialmente. Por outro, é a própria crise económica que demonstra que as entidades supranacionais têm realmente razão quando fomentam uma inversão de paradigma face ao envelhecimento.

Estas mudança de perspetiva acerca das experiências de envelhecimento vão-se modificando, sendo refletidas pelos diversos paradigmas teóricos, os quais são unânimes em acentuar a ideia do bem estar físico, mental e social que caracteriza cada vez mais o tempo de vida após a reforma. Como pode ver-se no quadro 1, os distintos paradigmas teóricos acerca do envelhecimento, representam organizações das necessidades destes novos idosos nas nossas sociedades. Outra característica interessante é a de se

organizarem em torno de ideias positivas acerca do envelhecimento, mas tendo cada uma delas as suas próprias fraquezas e limitações interpretativas. Desde logo porque se tratam de paradigmas teóricos, ou seja que carecem de verificação através da investigação empírica.

Seria importante notar que a ideia de envelhecimento bem sucedido tem sido criticada pelo facto de não se perspetivarem nela as influencias sociais e o acesso aos recursos disponibilizados (Holstein & Keler, 1999; Minkler & Fadem, 2002). Similarmente, têm sido dirigidas críticas à ideia de envelhecimento produtivo, porque ao incidir sobre a ideia de produtividade, está a criar distintos grupos de idosos: os que conseguem manter-se ativos e aqueles que não o conseguem ser e por isso, de menor valor social (O'Reilly & Caro, 1994). Por sua vez, o paradigma dominante é o da Organização Mundial de Saúde, o qual aproveitaremos para a organização do nosso trabalho, tanto de investigação quanto de planeamento estratégico.

Quadro 2- Definições dos atuais paradigmas sobre envelhecimento

Paradigma	Definição
Envelhecimento ativo	"Processo de optimização de oportunidades de bem estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida, de forma a obter melhor expectativa de vida, produtividade e qualidade de vida na velhice" (OMS, 2002: 12)
Envelhecimento saudável	"Capacidade para manter as funções mentais, físicas, sociais e económicas, à medida a que o corpo vai tendo os seus processos mais lentos" (Hansen-Kyle, 2005: 46)
Envelhecimento produtivo	"qualquer atividade assumida por um idoso que produza bens e serviços, ou que desenvolva capacidade para os produzir, seja ou não paga" (Bass, Caro, & Chen, 1993: 6)
Envelhecimento bem sucedido	"baixa probabilidade de doença ou incapacidade relacionada com doenças; elevado nível de funcionamento físico e envolvimento ativo com a vida" (Minkler & Fadem, 2002: 229)

O paradigma teórico acerca do envelhecimento ativo foi organizado pela OMS de modo a ultrapassar as críticas dos anteriores paradigmas e para incorporar aspectos chave dessas mesmas ideias, como sejam o envelhecimento produtivo e o bem sucedido. Nesta medida, o paradigma defendido pela OMS também nos oferece um conjunto articulado de ideias de investigação que se irão depois encontrar no momento do planeamento estratégico.

O termo envelhecimento ativo foi escolhido de modo a refletir as valiosas contribuições que as pessoas que envelhecem podem continuar a dar, tanto às suas famílias quanto à sociedade. Definido como o "processo de optimização de oportunidades de bem estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida, de forma a obter melhor expectativa de vida, produtividade e qualidade de vida na velhice" (OMS, 2002:12), o envelhecimento ativo enfatiza o contínuo envolvimento social, económico, cívico, cultural, espiritual e físico dos idosos. O conceito de envelhecimento ativo é bem explícito na frase "envolvimento com a vida" (International Council on Active Ageing, 2006).

Esta discussão sobre o envelhecimento ativo coloca ainda o ênfase na questão intergeracional. Nas perspetivas anteriores, onde um Estado Providência forte conseguiria estruturar e distribuir bens e serviços também pelas pessoas idosas, o debate incidiu exatamente sobre um grupo social oportunista e não produtivo, que exigia para si uma quantidade considerável de riqueza, sobretudo à medida a que a longevidade foi aumentando. Nesse contexto, perspetivar o envelhecimento como um tempo de uma nova produtividade e envolvimento social veio clarificar o espaço que estas pessoas deveriam ocupar na sociedade, colocando agora a ênfase em três pilares primordiais: a participação, a saúde e a segurança, os quais

são considerados críticos para encorajar as pessoas a manterem-se ativas e independentes. A noção de atividade é essencial para a clarificação e separação de conceitos, abandonando de vez a construção do envelhecimento como um problema.

Outra das iniciativas internacionais em termos de planos gerontológicos foi desenvolvido em Espanha para o quadriénio 1988-1991. O Plano Gerontológico Nacional¹ que ficou a cargo do Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), abarcou as pensões, a saúde, os serviços sociais, a cultura, o lazer e a participação. Os seus objetivos passavam por promover a saúde e o bem estar das pessoas idosas e promover a visão de que a pessoa idosa contribui de forma ativa para a sociedade. O plano nacional serviria de base à criação e desenvolvimento de planos autónomos, ao nível das diversas regiões espanholas.

Numa recente publicação (AGE, 2011) a União Europeia declara que o "envelhecimento ativo é estratégico para a agenda política europeia" (AGE, 2011: 4). A estratégia europeia Europe 2020 – crescimento estratégico europeu entre 2010-2020 - pretende "uma economia baseada no conhecimento e na inovação (crescimento inteligente); uma economia mais competitiva, de utilização eficiente de recursos e uma economia verde (crescimento sustentável); assim como uma economia de elevada empregabilidade que garanta coesão territorial e social (crescimento inclusivo). Este tipo de crescimento – de acordo com a União Europeia – apenas será possível com um envelhecimento ativo e com solidariedade entre gerações: o crescimento inteligente deve incluir inovadoras formas de ajudar as pessoas a trabalhar durante mais anos, explorando formas de desenvolvimento de mercados e serviços orientados para os idosos. O crescimento sustentável implica ajudar as pessoas a envelhecer com

¹ Acessível em: http://www.imserso.es/

mais saúde e ativamente, de forma a prevenir a sobrecarga dos serviços públicos. O crescimento inclusivo tem de incluir garantias e oportunidades de qualidade de vida para um número cada vez maior de adultos idosos.

Foram estas as razões que levaram á declaração de 2012 como o Ano Europeu para o Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações (EY2012) e que conduziu a publicação que estamos a citar. Nesta, a AGE (2011: 9) afirma que "é ao nível local e regional que muitos dos serviços essenciais orientados para a atividade dos idosos existem". Por este motivo, esta brochura está repleta de incentivos e de ideias correlatas, para o desenvolvimento de programas e iniciativas locais e regionais, eventualmente em parcerias transnacionais, orientadas para o envelhecimento ativo.

Nacionais

É nesta medida que entendemos que as publicações da OMS (2002) constituem um incentivo à construção de planos gerontológicos, na medida em que subscrevemos a ideia de que as "medidas para ajudar as pessoas mais velhas a manterem-se saudáveis e ativas são uma necessidade e não um luxo" (OMS, 2002: 8). Num levantamento feito através da Internet foi possível verificar que desde 2008 é uma prática de alguns concelhos portugueses, a elaboração de planos gerontológicos. Este é o caso de Esposende, Almada, Oeiras, Santarém, Matosinhos, Santa Maria da Feira, Lisboa e Região Autónoma da Madeira.

O plano gerontológico de Matosinhos² foi pioneiro em Portugal e o seu objetivo passava por erradicar os preconceitos associados ao envelhecimento promovendo o conceito de envelhecimento ativo e participativo, tendo por base os problemas sociais mais prementes. Da responsabilidade do pelouro da Ação Social e Saúde, este plano

_

² Acessível em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=24282&m=PDF

desenvolveu-se num trabalho de parceria com a rede social do concelho.

O plano de Santa Maria da Feira³ surgiu em 2008, com o objetivo de responder de forma global às necessidades dos idosos do concelho, através das necessidades percepcionadas por esta população. Este programa pretendia desenvolver um conjunto de atividades capazes de favorecer a imagem positiva da pessoa idosa, assim como dar-lhe a capacidade de participação social e o direito a um envelhecimento bem sucedido. Visava primordialmente a independência das pessoas idosas através de serviços de apoio domiciliário.

O plano gerontológico de Lisboa 4 surgiu também em 2008, desenvolvido pelo pelouro da Ação Social da Câmara Municipal de Lisboa, com base na aplicação de um questionário a 293 pessoas com 50 e mais anos, distribuídas pelas quatro zonas de intervenção da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Este plano assentava em três áreas fundamentais: habitat; solidão e isolamento; participação; segurança; inserção social e desenvolvimento de competências sociais; informação; serviços; violência e maus tratos; gestão do plano. As suas estratégias passavam pela adaptação da cidade ao envelhecimento, pelo desenvolvimento de estratégias locais de envelhecimento ativo e identificar as tipologias de ação em função das situações e dos grupos etários.

Finalmente, o plano gerontológico da Região Autónoma da Madeira⁵ existe desde 2008 e dirige-se às políticas de envelhecimento ativo em situações de dependência, mas o conjunto coordenado de ações e estudos iniciaram-se a partir da década de 80. Sob o mote "Viver

-

³ Acessível em: http://www.cm-feira.pt/

⁴ Acessível em: http://www.cm-lisboa.pt/

⁵ Acessível em: http://sras.gov-

mais, viver melhor", o plano previa a criação de medidas a implementar até 2013, entre as quais contribuir para a mudança de mentalidades e comportamentos da população relativamente aos mais velhos. A divulgação do turismo sénior e atividades de lazer, o incentivo a projetos e ações intergeracionais que promovam a parceria, o intercâmbio e valorização da pessoa idosa são objetivos primordiais a atingir.

É múltipla e variada a legislação que tem surgido sobre o tema, assim como são marcantes as diferentes políticas sociais que se vão desenvolvendo no país. Para além destas fontes de trabalho, tiveram impacto neste projeto as recomendações constantes do parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população, da responsabilidade do Conselho Económico e Social, que foi aprovado a 13 de março de 2013.

3. PROSPECTIVA ESTRATÉGICA SOBRE ENVELHECIMENTO NACIONAL E LOCAL

Num documento de trabalho do Departamento de Prospetiva e Planeamento e Relações Internacionais (2008) é analisada a questão do envelhecimento das populações, migrações e pressões sobre a coesão social, onde se começa por afirmar que o envelhecimento nos países desenvolvidos, e em especial na Europa, vai revestir uma tripla natureza, envolvendo as populações em geral, as populações ativas e as populações idosas. Este envelhecimento demográfico exercerá, deste modo, problemas complexos, como sejam a saturação de muitos mercados para bens "clássicos", a necessidade de valorização do capital humano e de competências, passando pela sustentabilidade financeira dos atuais sistemas de pensões e de saúde.

O envelhecimento geral da população é o primeiro dos "envelhecimentos" que se registam na maioria dos países ocidentais e em Portugal, a ritmos diferentes. No documento atrás citado (Concertação Social, 2013) afirmava-se que, para se ter uma ideia do envelhecimento em Portugal seria importante referir que, entre 1960 e 2011, o índice de envelhecimento da população passou de 27,3 para 128, o que significa que, por cada 100 jovens existem agora 128 idosos. De acordo com a Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA: www.pordata.pt) em 1960 residiam em Peniche 22 200 pessoas e em 2011 o número total de habitantes era de 27 753. No mesmo período, a população com 65 ou mais anos passou dos 8,37% para os 20,09%. Em 50 anos a variação foi de 11,72%, o que correspondeu exatamente ao inverso do que se passou com a população entre os 0-14 anos: em 1960 estes representavam 26,75% da população e em 2011 representavam 15,05%, ou seja, um crescimento negativo de 11,7%.

Contudo, este envelhecimento (nacional e local) não se deve a decisões atuais: em 1970 o índice de envelhecimento (nacional) situava-se nos 34,0; em 1981 esta relação era de 44,9; em 1991 era de 68,1 e em 2011, a proporção de idosos em relação aos jovens situava-se nos 102,2. O peso da população idosa aumentará dos 19,2% em 2011 para 32,3% em 2060. Cerca de 2030, a população com mais de 50 anos poderá representar metade da população (atualmente representa 38%) e uma em cada quatro pessoas terá 65 ou mais anos.

Já no concelho de Peniche o índice de envelhecimento populacional nos censos passou dos 103,2 em 2001 para os 141,1 em 2011, ou seja, por cada 100 jovens havia em 2011, mais de 141 pessoas com mais de 65 anos.

Ainda segundo Alvarenga (2001)são fundamentais para este envelhecimento, a diminuição das taxas de natalidade e o aumento substancial da esperança média de vida. Segundo o que o Instituto Nacional de Estatística (INE) escreve na sua publicação sobre Estatísticas Demográficas (2013), em 2011 a natalidade baixou 4,5%, em relação a 2010. O índice sintético de fecundidade, comparando 2001 com 2011, apresentou uma quebra de 1,45 crianças por mulher em 2001, para 1,35 crianças por mulher em 2011, sendo este valor idêntico ao de 2007 e de 2009, e o mais baixo até ao momento observado em Portugal. Veja-se que estes valores estão muito abaixo dos necessários para garantir a renovação geracional, ou seja, 2,1 filhos por mulher.

É ainda muito importante observar um outro indicador com impacto estratégico futuro: a idade da mulher ao nascimento de um filho e do primeiro filho. As alterações de comportamento face ao nascimento refletem uma nova vivência de juventude, a qual se prolonga até idades mais avançadas, e uma construção social de confiança face aos recursos e conhecimentos em saúde. Esta confiança assenta sobretudo em resultados estatísticos absolutamente notáveis, como

são a taxa de mortalidade infantil, a qual decresceu de 5,0‰ em 2001, para 3,1‰. Assim, segundo o INE (2013), a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho passou de 26,8 para 29,2, e a idade média da mulher ao nascimento de um filho subiu de 28,8 para 30,9 anos de idade. Quer dizer então que, as atuais opções tomadas pela população em idade fértil são marcantes para o fenómeno de envelhecimento populacional.

Em Peniche (segundo os dados da PORDATA), o número de nadosvivos em 1981 foi de 454 e em 2011 foi de 220, da qual resulta uma diminuição de 234 nados-vivos nos últimos 30 anos. A natalidade decaiu particularmente nos grupos etários dos 15 aos 19 anos (de 93 em 1981 para 5 em 2011, o que afirma o êxito das políticas de prevenção da gravidez na adolescência); dos 20-24 anos (tendo diminuído de 153 nascimentos em 1981 para os 22 em 2011); dos 25-29 anos (tendo decrescido de 127 em 1981 para os 65 em 2011). A natalidade aumentou sobretudo nos grupos etários dos 30-34 anos (tendo aumentado dos 47 nados-vivos em 1981, para os 68 em 2011) e dos 35-39 anos (tendo crescido dos 27 nados-vivos em 1981, para os 51 em 2011). Verifica-se que a natalidade em Peniche segue a regra nacional, com uma evidente tendência para os nascimentos em idades mais avançadas das mulheres. Estas questões não são de somenos importância no contexto do nosso estudo, na medida em que possuem evidentes consequências sobre as formas de organização familiar e o facto de se constituir uma geração sandwich. Esta geração, habitualmente com cerca de 50 anos, tenderá a ter a seu cargo os ascendentes (cada vez mais presentes devido ao aumento da esperança média de vida) e os descendentes, permanecendo até cerca dos 24 anos (ou mais) em casa dos pais (por motivos diversos, sendo o primeiro, a formação inicial), mas também os netos. Estas novas formas de construção familiar trazem novas formas de convivência familiar, onde a relação horizontal entre

adultos substitui a relação vertical entre estes e os seus descendentes. Para além disso, irá influenciar decisivamente a disponibilidade para a prestação de cuidados informais, até porque esta situação está a ser substituída pelo afastamento geográfico a que se obriga uma sociedade que procura o trabalho, a qualquer preço.

Também entre 2001 e 2011 a taxa de mortalidade teve uma redução generalizada em todos os grupos etários. Para o triénio 2009-2011 a esperança média de vida à nascença foi de 76,47 anos para os homens e os 82,43 anos para as mulheres.

Em 2011, o mês de fevereiro, foi o de maior intensidade na mortalidade, sobretudo para quem tinha 75 ou mais anos, tendo ocorrido uma média de 343 óbitos por dia. Dos óbitos ocorridos em Portugal em 2011, resultaram 13 442 viúvos e 32 150 viúvas. Assim, reforça-se a ideia de que são as mulheres as sobreviventes nestas mudanças demográficas, justificando que a dissolução de casamentos por esta via afeta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade masculina, e também à disparidade das taxas brutas de viuvez por sexo: 2,7 por mil homens e 5,8 por mil mulheres.

Em Peniche a mortalidade segue o padrão nacional. De acordo com a PORDATA, a mortalidade por tumores malignos aumentou de 42 em 1981 para os 100 em 2011. É evidente que se trata de um melhor diagnóstico atual, mas não deixa de ser preocupante, sobretudo se soubermos qual a adesão das pessoas aos rastreios específicos. Aumentou também a mortalidade por doenças do aparelho circulatório: houve 90 mortes por esta causa em 1981 e 107 em 2011. Finalmente, deve ser evidenciada a mortalidade por diabetes que veio de 4 óbitos em 1981 para os 18 em 2011. Estes valores colocamnos face ao resultado de investigações que vêm estudando aquilo a que se chama mortalidade evitável. De acordo com Santana (2013), investigação recente encontrou relação estatisticamente forte entre algumas causas de morte (diabetes, asma, doenças isquémicas do

coração, doenças cerebrovasculares e úlceras gastroduodenais) e a eficácia dos cuidados hospitalares, mais concretamente, com os serviços de urgência dos cuidados hospitalares. Santana (2002) refere que existe uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a distribuição de médicos de cuidados de saúde primários e a hipertensão e as doenças cardiovasculares. Esta relação estatística deve se tida em conta na leitura dos resultados do diagnóstico de situação junto da população idosa do concelho de Peniche que se descreve no capítulo seguinte, onde se pode verificar que há população sem médico de família atribuído.

Abordaremos de seguida o envelhecimento da população em idade ativa. Entende-se por Índice de renovação da população em idade ativa a "relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 55-64 anos)" (INE, 2013). Verificamos que este índice está a diminuir, tendo caído de110,4 em 2007, para 93 em 2011, para homens e mulheres. Se atendermos apenas aos homens, o índice de renovação veio, no mesmo período, de117,9 para os 98,3 (decresceu 19,6); se atendermos às mulheres, este valor caiu 15,4. De acordo com o INE (2012), este índice continuará a decrescer até 2060, quando obteremos o valor de 67,1 (homens e mulheres).

Quadro nº 2 - Índice de renovação da população em idade ativa (N.º) por Sexo; Anual - INE, Indicadores Demográficos

Período de referência dos Se dados	exo Ínc	ice de renovação da população em idade ativa em Portugal (N.º) por Sexo; Anual (1)
--	---------	---

N.º			
H 98,30 M 88,20 2010 HM 96,20 H 101,80 M 91,20 2009 HM 100,60 H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90			N.º
2010 HM 96,20 H 101,80 M 91,20 2009 HM 100,60 H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90	2011	HM	93
2010 HM 96,20 H 101,80 M 91,20 2009 HM 100,60 H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90		Н	98,30
H 101,80 M 91,20 2009 HM 100,60 H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90		M	88,20
M 91,20 2009 HM 100,60 H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90	2010	HM	96,20
2009 HM 100,60 H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90		Н	101,80
H 106,80 M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90		M	91,20
M 95 2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90	2009	HM	100,60
2008 HM 105,10 H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90		Н	106,80
H 112 M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90		M	95
M 98,90 2007 HM 110,40 H 117,90	2008	HM	105,10
2007 HM 110,40 H 117,90		Н	112
H 117,90		M	98,90
	2007	HM	110,40
M 103,60		Н	117,90
		M	103,60

Nota(s)

(1) Os valores de 2001 a 2010 foram revistos com base na série de Estimativas Definitivas de População Residente 2001 a 2010. Os valores de 2011 foram revistos com base na série de Estimativas Provisórias de População Residente 2011. Última atualização destes dados: 26 de março de 2013

Fonte: Quadro extraído em 30 de Março de 2013, disponível em http://www.ine.pt

Em Peniche, a população em idade ativa, ou seja, entre os 15 e os 64 anos, manteve-se estável. Os valores para 1960 foram de 64,87% e os valores de 2011 foram de 64,74%, o que corresponde a uma diminuição de 0,13%. Estes valores vêm enquadrar-se no que atrás ficou exposto, apesar de não se sentir tanto o peso do envelhecimento da população ativa como no restante do país.

O envelhecimento da população ativa provocará importantes alterações em termos da adequação dos perfis de conhecimentos e de competências e da capacidade de aprendizagem dos trabalhadores (Alvarenga, 2001). No período entre 2001 e 2011 a proporção dos indivíduos em idade ativa (entre os 15-64 anos) reduziu de 67,3% para 66,0%. O impacto económico deste tipo de envelhecimento dependerá sobretudo da evolução do sistema de ensino e formação profissional, assim como da implementação de processos de requalificação e de aprendizagem ao longo da vida. Estes processos deverão estar imbuídos de uma filosofia que valorize a experiência e os conhecimentos acumulados pelos trabalhadores

mais velhos, facilitando uma eficiente transmissão de informação e contribuindo para a retenção no mercado de trabalho (reforma ativa) deste valioso capital humano. Gavigan (1999), distinguia dois tipos de medidas fundamentais a tomar: (1) medidas de curto prazo: aumentar as competências e apostar na requalificação dos trabalhadores (especialmente os mais velhos), não esquecendo no entanto, que esta deverá ser apenas uma das dimensões de atuação num contexto de envelhecimento da população ativa; (2) medidas de médio e longo prazo: o desafio é a reforma dos sistemas educativos, focando-os principalmente na aquisição contínua de conhecimentos (procurando uma maior eficiência) a todos os níveis das estruturas económicas e sociais (lifelong and life-wide learning).

Num momento em se assiste a uma forte precarização do trabalho, ao crescimento do desemprego e a uma exiguidade das formas de proteção social, que resulta em forte exclusão social, reconhece-se que entramos numa era em que as máquinas são o novo proletariado, sobrando uma pequena quantidade de trabalho intelectual bem remunerado e uma enorme massa de trabalhadores temporários e de baixas remunerações. Estaremos na eminência de uma sociedade sem trabalho, o que indica a necessidade de uma modernização reflexiva onde é necessário remodelar a forma como olhamos os recursos humanos, a formação, a organização do trabalho e mesmo a configuração e ergonomia nos locais de trabalho. Estas questões ganham muita importância no momento atual e futuramente, quando vai crescendo a economia baseada no conhecimento e nos ativos intangíveis (capital humano), em relação aos ativos tangíveis (capital fixo). A revisão da duração das jornadas de trabalho – opção pelos tempos parciais como forma mais comum de emprego – a par da vinculação das pessoas a formas de trabalho artístico, cultural e cívico afiguram-se fundamentais no futuro.

Fundamentalmente, será necessário envolver os trabalhadores e os parceiros sociais desde o início dos processos de mudança, implementando abordagens preventivas e integradas a nível público e privado, que ultrapassem obstáculos como as incompatibilidades com os esquemas de ensino e aprendizagem atuais que se caraterizam pela sua clara compartimentação temporal, antes da entrada no mercado de trabalho.

O último "envelhecimento" que deveremos aqui abordar é o que diz respeito à população acima dos 75 anos. Em Portugal ocorre que a população com 75 e mais anos representava, segundo o INE (2013), 7,5% do total de população em 2005 e que em 2011 já representava 9,4%. A população com 85 e mais anos representava 1,5% da população total (INE, 2013) em 2005 e em 2011 representava 2,4%. Os homens com 75 e mais anos eram, em 2005, 5,9% do total da população e as mulher no mesmo grupo etário e ano, representavam 9,0%. Já em 2011 os homens representavam 7,6% e as mulheres 11,1%. No grupo de população com 85 e mais anos, os homens representavam 1,0% em 2005 e em 2011 representavam 1,6%; as mulheres representavam 2,0% em 2005 e, em 2011, já representavam 3.0%.

Este fenómeno de longevidade acima dos 80 anos será naturalmente, acompanhado de aumento substancial dos níveis de consumo de serviços de saúde e das situações de invalidez e dependência prolongada, as quais por sua vez, terão consequências ao nível das taxas de atividade (muito especialmente as taxas de atividade feminina).

O impacto económico deste envelhecimento dependerá sobretudo, da reforma dos sistemas de proteção social, com especial ênfase nos sistemas de pensões e de saúde. Impõe-se uma rápida abordagem dos saldos migratórios, os quais possuem impacto sobre a estrutura etária das populações, de diversas formas. Numa primeira abordagem estes podem contribuir para a estabilidade da população residente e até para o seu rejuvenescimento. Porém, no presente será de toda a importância referir que Portugal e os seus vizinhos europeus beneficiarão se os trabalhadores com mais qualificações não emigrarem, de forma a poderem participar ativamente no desenvolvimento económico das suas economias de origem. Se verificarmos os dados da PORDATA, o saldo migratório do concelho de Peniche, que era positivo (229) em 1960 passou a ser negativo em 2011 (-46). Esta tendência, que claramente se acentua no momento atual, possui repercussões etária da população: significativas sobre a estrutura envelhecimento da população residente provocado pela saída de jovens à procura de trabalho (migrações nacionais ou para países estrangeiros); uma baixa de natalidade, pelo facto de estarem a sair as mulheres em idades reprodutivas; um envelhecimento acrescido com o regresso de idosos às suas origens nacionais.

De uma forma sucinta e utilizando o esquema seguinte (Figura 2) pode afirmar-se que o envelhecimento populacional constituirá nas próximas décadas o maior desafio para as políticas orçamentais, nomeadamente em consequência do impacto das tendências demográficas sobre o nível de transferências a assegurar nas próximas décadas pelos atuais sistemas de pensões. A reforma do sistema de pensões é matéria urgente, tendo por objetivo a sustentabilidade a longo prazo, mais do que a resposta a necessidades de financiamento de curto prazo.

Figura 2 – Envelhecimento da população: fatores implícitos e sistema de influências.



Adaptado de: Alvarenga, A. (2001: 79).

No que diz respeito à saúde, a maioria das abordagens prospetivas apontam para um crescimento dos gastos per capita, relacionados com o aumento da esperança média de vida e pelas inovações tecnológicas incorporadas nos cuidados de saúde, cada vez mais dispendiosas, que poderão ou não ser compensadas pelos ganhos de produtividade. Ficou demonstrado que as pessoas estão, em média, em melhor saúde até idades mais avançadas, permitindo-lhes desempenhar ativamente e com melhor qualidade, funções bem para lá da idade de reforma. Nesta medida, seria primordial a adopção de políticas promotoras de saúde, com maior consistência e durabilidade. É neste capítulo que se inscrevem as políticas de envelhecimento ativo e a compreensão de que o aumento da esperança média de vida não é exclusivamente a consequência dos investimentos em saúde. O fenómeno da longevidade está fortemente relacionado com os chamados determinantes sociais de saúde, ou seja, os estilos de vida dos indivíduos, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e de trabalho (ambiente de trabalho, educação, produção agrícola e de alimentos, desemprego, água e esgotos, serviços de saúde e sociais, habitação) e as condições socioeconómicas, culturais e ambientais em geral. Se as políticas encetadas conseguissem atuar sobre todos os determinantes descritos, poderíamos aumentar o período de autonomia das pessoas,

reconhecendo que o grande objetivo seria o de aumentar cinco anos na vida de cada cidadão, sem necessidade de cuidados formais.

Nos próximos anos iremos assistir a um incremento das hospitalizações de doentes em fase aguda, ao desenvolvimento das cirurgias de ambulatório e dos cuidados de saúde prestados em serviços de ambulatório, em detrimento dos internamentos. Certamente que, muitos dos doentes que são hoje assistidos em serviços de internamento (sobretudo para situações não cirúrgicas), passarão a ser tratados em suas casas. Assim, cada vez maiores cargas de cuidados serão transferidos para a casa dos doentes, com forte implicação dos cuidadores formais e informais.

Certamente que iremos enfrentar uma tendência à homogeneização das esperanças médias de vida entre homens e mulheres, o que irá disponibilizar homens para cuidar das suas esposas (o que ocorre em pequena escala de momento, dada a longevidade feminina, mas também as evidentes marcas culturais), colmatando deste modo o afastamento geográfico dos filhos. Existe uma clara tendência para as chamadas "home care policies", ou seja, respostas de cuidados formais que integram profissionais de saúde e sociais, abordando aspectos de cuidados de saúde e apoio social dos cidadãos que permanecem e são cuidados em casa.

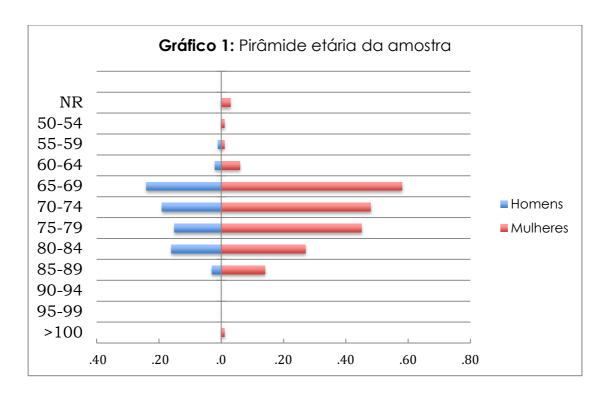
Finalmente, existe uma evidente recomendação para o não desperdício de recursos humanos preciosos, beneficiando com tal facto não só os próprios trabalhadores mais idosos que desejam continuar ativos, mas igualmente os seus empregadores. Em complementaridade a uma clara valorização dos trabalhadores idosos (através de uma educação formal centrada na aprendizagem ao longo da vida, como se disse atrás) e a medidas específicas de flexibilidade ligadas, por exemplo, aos horários de trabalho e à interrupção de carreira, os próprios trabalhadores devem, não só participar no debate sobre as especificidades ligadas à evolução

etária, mas também demonstrar uma atitude pró-ativa face às mudanças horizontais em final de carreira (preparação das reformas).

4. DETERMINANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL NA POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE PENICHE

Como atrás ficou exposto, utilizou-se o esquema conceptual de determinantes de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde, para proceder ao levantamento de necessidades de intervenção, junto da população idosa do concelho. Passamos agora à análise dos resultados obtidos e à determinação das linhas orientadoras de intervenção estratégica, as quais conformarão o Plano Gerontológico que virá exposto de seguida.

A amostra estudada consistia em 80 homens e 204 mulheres, correspondentes a 284 indivíduos pertencentes às várias freguesias do concelho. As pessoas entrevistadas estavam institucionalizadas, principalmente em centros de dia ou em suas casas e estão distribuídos na pirâmide etária seguinte. Do lado dos homens verificamos que existe apenas um entre os 50 e os 54 anos, e que a grande maioria (24 homens) estavam no grupo dos 65-69 anos. Do lado das mulheres verificou-se que havia uma no grupo etário dos 50-54 anos e que a maioria (58) estavam também no grupo dos 65-69 anos.



No quadro n.º 3 encontramos uma síntese de dados sociodemográficos da amostra, onde interessa verificar que a maior percentagem de pessoas entrevistadas pertencem à Freguesia da Atouguia da Baleia (23,9%) e que a freguesia menos representada é a Bufarda, com apenas 0,4% dos entrevistados.

Praticamente todos os entrevistados referiram estar reformados (89,1%), sendo as restantes profissões assinaladas pertencentes ao primeiro e segundo sector de atividade. Apesar das idades avançadas, 58,5% dos entrevistados referiram estar casados. A viuvez é o estado civil apontado em segundo lugar, por 38% dos entrevistados.

Quanto à escolaridade completa, verificamos que 57,7% das pessoas que integram a amostra completaram 6 anos de escolaridade e 1ue 29,2% completaram 4 anos de escolaridade.

Quadro n.º 3 - Dados sociodemográficos da amostra estudada.

Mulheres 204 727 Homens 80 28% Total 284 100,0% Freguesia de residência Percentagem Não responde Ajuda 0,4% Ajuda 25% Atouguia da Baleia 23,9% Bufarda 0,4% Conceição 12,3% Conceição 12,3% Consolação 1,4% Ferrel 9,5% São Pedro 16,2% São Pedro 16,2% Sêrra D'El Rei 10,2% Total 100,0% Profissão Número Percentagem Não responde 8 2,8% Reformado/a 253 89,1% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Estado civil Número Percentagem Não responde	Quadro n.º 3 – Dados sociodem Sexo		
Mulheres Homens B0 28% Total 284 100,00%		Número	Percentagem
Homens Ro	Mulheres		
Total 284 100,0% Freguesia de residência			28%
Percentagem			
Percentagem	Freguesia de residência		•
Ajuda Afouguia da Baleia 23,978			Percentagem
Ajuda Afouguia da Baleia 23,978		Não responde	0,4%
Bufarda Coimbră Co,4%		•	25%
Coimbră Conceição 12,3% Conceição 12,3% Conceição 12,3% Consolação 1,4% Ferrel 9,5% São Pedro 16,2% Serra D'El Rei 10,2% Total 100,0% Profissão Número Percentagem Não responde 8 2,8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% 6% Compression 6% Compression 10,4% Comerciante 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 108 38% Viúvo/a 108 38% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 3 1,1 Nove anos de escolaridade 3 1,1 1,2 1		Atouguia da Baleia	23,9%
Conceição 12.3% Consolação 1.4% Ferrel 9.5% São Pedro 16.2% Serra D´El Rei 10.2% Total 100.0% Profissão Número Percentagem Não responde 8 2.8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% 6% 6% 6% 6% 6% 6% 6		Bufarda	0,4%
Consolação 1,4% Ferrel 9,5% São Pedro 16,2% Serra D'El Rei 10,2% Total 100,0%		Coimbrã	0,7%
Ferrel 9,5% São Pedro 16,2% Serra D´El Rei 10,2% Total 100,0%		Conceição	12,3%
São Pedro Serra D'El Rei 16.2% 10.2% 10.2% 10.00% Profissão Nûmero Percentagem Não responde 8 2.8% 89.1% Reformado/a 253 89.1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0.4% Empregado/a de limpeza 1 0.4% Serralheiro/Mecânico 1 0.4% Serralheiro/Mecânico 1 0.4% Comerciante 1 0.4% Agricultor 1 0.4% Toma conta de idosos 1 0.4% Toma conta de idosos 1 0.4% Total 284 100.0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1.1% Casado/a 166 58.5% Divorciado/a 2 0.7% Separado/a 5 1.8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100.0%		Consolação	1,4%
Profissão Serra D´El Rei 10,2% Profissão Não responde 8 2,8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 166 58,5% Agrado de separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Q		Ferrel	9,5%
Profissão Número Percentagem Não responde 8 2.8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 3		São Pedro	16,2%
Profissão Número Percentagem Não responde 8 2,8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 <td< td=""><td></td><td>Serra D´El Rei</td><td>10,2%</td></td<>		Serra D´El Rei	10,2%
Não responde 8 2,8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 3 1,1 Nove anos de escolaridade 6		Total	100,0%
Não responde 8 2,8% Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 3	Profissão		
Reformado/a 253 89,1% Doméstica 17 6% Desempregado/a 1 0,4% Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 3 1,1 Nove anos de escolaridade 3		Número	Percentagem
Doméstica 17 6%	Não responde	8	2,8%
Desempregado/a 1 0,4%		253	89 ,1%
Empregado/a de limpeza 1 0,4% Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 6 2,1 Bacharelato ou l	Doméstica	17	6%
Serralheiro/Mecânico 1 0,4% Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4		1	0,4%
Comerciante 1 0,4% Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Não responde Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 6 2,1 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4		1	0,4%
Agricultor 1 0,4% Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Não responde Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,2		1	0,4%
Toma conta de idosos 1 0,4% Total 284 100,0% Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Viúvo/a 108 38% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,2		1	
Estado civil Número Percentagem Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4	•	1	
Estado civilNão respondeNúmeroPercentagemNão responde31,1%Casado/a16658,5%Divorciado/a20,7%Separado/a51,8%Viúvo/a10838%Total284100,0%Escolaridade que completouSem escolaridade217,4Quatro anos de escolaridade8329,2Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade00Bacharelato ou licenciatura41,4		1	
Não responde31,1%Casado/a16658,5%Divorciado/a20,7%Separado/a51,8%Viúvo/a10838%Total284100,0%Escolaridade que completouNúmeroPercentagemSem escolaridade217,4Quatro anos de escolaridade8329,2Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade00Bacharelato ou licenciatura41,4		284	100,0%
Não responde 3 1,1% Casado/a 166 58,5% Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4	Estado civil	\.\.'	р .
Casado/a16658,5%Divorciado/a20,7%Separado/a51,8%Viúvo/a10838%Total284100,0%Escolaridade que completouNúmeroPercentagemSem escolaridade217,4Quatro anos de escolaridade8329,2Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade62,1Bacharelato ou licenciatura41,4	N1~		
Divorciado/a 2 0,7% Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4		•	
Separado/a 5 1,8% Viúvo/a 108 38% Total 284 100,0% Escolaridade que completou Sem escolaridade 1 1 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 6 2,1 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4			
Viúvo/a10838%Total284100,0%Escolaridade que completouSem escolaridadeNúmeroPercentagemSem escolaridade217,4Quatro anos de escolaridade8329,2Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade00Bacharelato ou licenciatura41,4			
Total 284 100,0% Escolaridade que completou Número Percentagem Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 6 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4	•		
Escolaridade que completouSem escolaridade217,4Quatro anos de escolaridade8329,2Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade00Bacharelato ou licenciatura41,4			
Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 6 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4		204	100,070
Sem escolaridade 21 7,4 Quatro anos de escolaridade 83 29,2 Seis anos de escolaridade 164 57,7 Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 6 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4	Escoramada de completos	Número	Percentagem
Quatro anos de escolaridade8329,2Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade00Bacharelato ou licenciatura41,4	Sem escolaridade		7,4
Seis anos de escolaridade16457,7Nove anos de escolaridade31,1Onze anos de escolaridade62,1Doze anos de escolaridade00Bacharelato ou licenciatura41,4			29,2
Nove anos de escolaridade 3 1,1 Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4			57,7
Onze anos de escolaridade 6 2,1 Doze anos de escolaridade 0 0 Bacharelato ou licenciatura 4 1,4			1,1
Doze anos de escolaridade 0 G Bacharelato ou licenciatura 4 1,4			
Bacharelato ou licenciatura 4 1,4			
			1,4
	Mestrado	3	1,1

Doutoramento	0	0
Total	284	100,0%

Parte 1. Saúde e bem estar

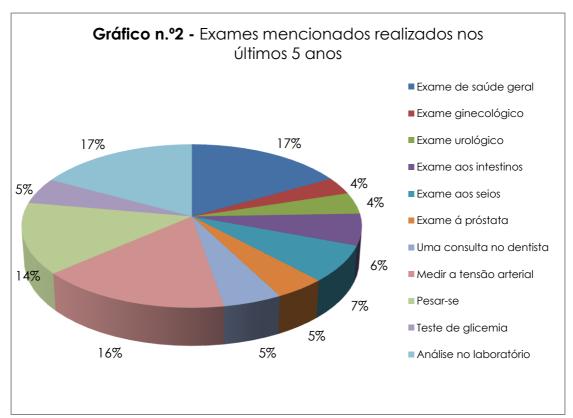
Nesta parte do questionário foram estudadas: promoção de saúde e prevenção da doença, acesso a cuidados de saúde e autopercepção de saúde.

Nas questões que diziam respeito à promoção da saúde e prevenção da doença verificou-se que 73,6% dos inquiridos têm vacinas em dia. Dos que não têm as vacinas em dia, assinalam o desinteresse (1,1%) e o esquecimento (1,1%) como motivo para tal comportamento. Apenas 31% afirma ter tomado outra vacina para além das que constam do plano vacinal, sendo que destes a maioria (19,9%) afirma ter tomado a vacina da gripe.

No gráfico número 2 verifica-se que os exames de saúde geral, a avaliação da tensão arterial, avaliação do peso, e as análises laboratoriais são preferencialmente feitos pela maioria dos entrevistados, em detrimento de exames como: exame ginecológico, urológico, aos intestinos, aos seios, à próstata e a ida ao dentista.

Verificou-se ainda que 65,1% dos entrevistados apenas vão ao médico quando estão doentes, facto que reafirma o que anteriormente foi encontrado acerca dos exames: a prevenção é relegada para segundo plano, já que o acesso aos cuidados de saúde é preferencialmente feito quando já existem sintomas de doença. A maioria dos entrevistados (221) afirmou ter ido a uma consulta nos últimos seis meses, sendo que destes houve 204 que afirmaram ter lá ido para pedir receitas, enquanto que 140 foram por estarem doentes.

A ida às urgências hospitalares é bastante mais seletiva, pois apenas 78 entrevistados (27,5%) afirma lá ter ido. Veja-se que este relativamente baixo recurso a serviços de urgência está em linha com o que acima foi afirmado acerca dos grupos etários mais avançados, os quais mais oneram o sistema de saúde. O serviço de urgência mais utilizado pelos entrevistados é o de Peniche (por 20,1% dos entrevistados), sendo que as causas apontadas podem ser agrupadas nos "Sintomas, Sinais e Afecções mal definidos", a partir da agregação em grandes grupos da CID9MC da Organização Mundial da Saúde. Pela mesma forma de categorização, concluímos que as "Doenças do sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo" (2,8%) e as doenças do aparelho circulatório (2,5%), são as que mais levam os entrevistados a procurarem as urgências. Seguem-se as "Doenças do



Aparelho Respiratório", com 1,4% dos casos de necessidade de acesso ao serviço de urgência por parte dos entrevistados.

Verificou-se ainda que 11,3% dos entrevistados referem não ter médico de família, mas que 88,7% dizem ter um médico de família.

Nos últimos seis meses, apenas 23,2% dos inquiridos não foi ao médico de família e 31,7% foram a um médico especialista. O médico especialista mais procurado foi o cardiologista (9,9% dos entrevistados) e o oftalmologista (4,6% dos entrevistados). Assinala-se aqui o facto de haver pessoas que ainda não têm médico de família e de haver uma preocupação na procura de médicos especialistas (muito mais oneroso para o sistema de saúde e para o cidadão), em detrimento do médico de família.

É ainda interessante verificar que há 7,7% de entrevistados que afirma procurar medicinas alternativas. Esta procura está a aumentar, embora não tenhamos aqui elementos que o possam confirmar ou contradizer, mas sabemos que as dúvidas em relação à medicina alopática são razões frequentes e que muitas vezes as pessoas escondem dos profissionais, este recurso.

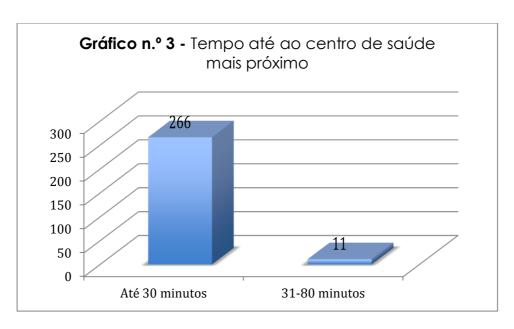
Veja-se que uma relativamente pequena percentagem de entrevistados esteve internada nos últimos seis meses – 9,2% do total – o que demonstra uma boa gestão da doença, sobretudo partindo do princípio de que nestas idades as pessoas lidam cada vez mais com doenças crónicas (uma ou mais, em cada caso). Das pessoas que estiveram internadas, apenas 5 estiveram internadas por 1 dia e outras 5 estiveram também internadas por 2 dias. O tempo máximo de internamento foram 15 dias e isso ocorreu em 3 pessoas, ou seja, em 1,1% dos entrevistados.

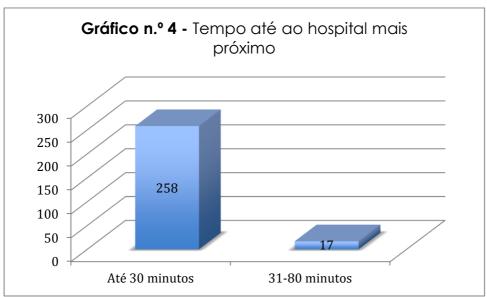
Estes dados revelam que as pessoas idosas entrevistadas escapam ao estereótipo de que são os maiores utilizadores do sistema de saúde, mas também revelam a necessidade de se intensificarem os esforços de promoção e de prevenção, seguindo também as recomendações internacionais de que, uma maior esperança média de vida é também uma enorme oportunidade para a promoção e prevenção. Não deixamos de assinalar a capacidade de gestão da doença que

é feita pela maioria dos entrevistados, partindo do pressuposto dos poucos episódios de recurso á urgência e aos serviços de internamento hospitalar.

Depois destas questões iniciais passou-se a aplicar um extrato do instrumento de avaliação do acesso a cuidados de saúde (ERS, 2009). Deste estudo aplicamos apenas algumas variáveis que poderiam ser de interesse para conhecermos a dimensão "proximidade" - Consiste na estimação da população que reside a uma distância suficientemente próxima de pelo menos um ponto dessa rede. Se toda a população residir dentro da zona de alcance de um Centro de Saúde, teremos uma proximidade perfeita, sendo a referência os 30 minutos -, a dimensão "esforço financeiro" - O esforço financeiro por parte dos utentes para suportar os encargos com a prestação de cuidados de saúde - e a dimensão "capacidade" - Refere-se à capacidade da rede oferecer serviços em quantidade suficiente para suprir necessidades das populações.

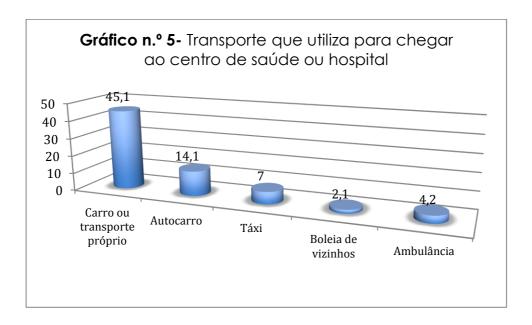
Começamos por verificar no gráfico n.º 3 que 266, das 284 inquiridas demoram até 30 minutos para chegar ao seu Centro de saúde, havendo ainda 21 pessoas que demoram entre 31 e 80 minutos. Para se deslocarem ao hospital, a distância temporal é praticamente sobreponível, uma vez que há 258 pessoas que demoram até 30 minutos e 11 demoram entre 31 e 80 minutos.



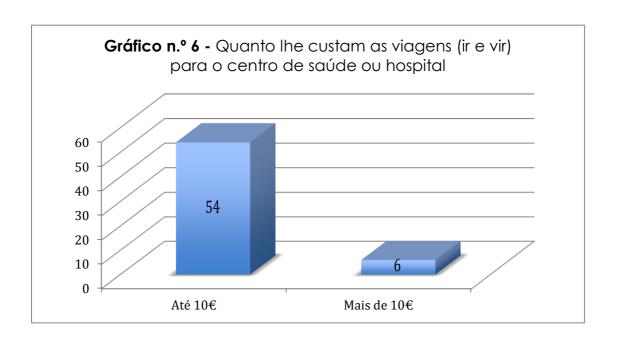


O estudo feito pela Entidade Reguladora da Saúde (2009: 28) afirma que este tipo de exercício "apenas permite afirmar que a rede de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde está próxima da quase totalidade das populações, ou seja, existem centros de saúde acessíveis aos utentes". Porém, também afirma que ignora neste cálculo a disponibilidade, qualidade e/ou diversidade de meios de transporte público, os quais reconhece influenciarem no acesso em termos de proximidade. No gráfico número 5 verificamos qual o modo de transporte para aceder ao centro de saúde e hospital do concelho e concluiu-se que as pessoas entrevistadas se deslocam

preferencialmente em carro próprio (45,1%) e que apenas 14,1% se servem do autocarro.



Em termos de custos, verificamos que 54 inquiridos gastam até 10€ para se deslocarem ao centro de saúde (ida e vinda) e que 6 referem gastar entre 11€ e 51€, para o mesmo trajeto. Estes resultados devem ser conjugados também com os anteriores: se juntarmos as despesas de deslocação às que se devem por taxas moderadoras, custo de medicamentos e demais custos que podem ser arrolados, estaremos perante dificuldades de acesso a cuidados de saúde e respetivas consequências sociais e de saúde. Para além disso, devemos ponderar ainda se estas pessoas idosas devem utilizar o seu próprio



transporte para deslocações necessárias à sua saúde.

Como facilmente se compreende, ao estudar a problemática do acesso a cuidados de saúde, sobretudo por parte daquela que é, por definição, a população que mais consumirá cuidados de saúde, reveste-se de enorme importância a questão do esforço financeiro. Também de acordo com a ERS (2009), existe um corpo de literatura que se interessa pelas questões da elasticidade-preço, ou seja, a sensibilidade dos indivíduos ao preço dos cuidados de saúde, em termos de decisões de consumo, uma vez que, por inerência à natureza do bem "cuidados de saúde, e pelo facto da procura de cuidados de saúde ser, em grande medida, ditada por decisão não do consumidor, mas do médico, é razoável argumentar que essa elasticidade será reduzida (por vezes nula). Por outro lado, a existência de preços a pagar pelos cuidados de saúde, acrescido a outros custos diretos e indiretos, num momento de forte contração do Estado Social e numa população fortemente consumidora de cuidados de saúde, pode representar uma barreira ao acesso, independentemente das escolhas do utente e, por independentemente da elasticidade-preço, sempre que esse preço colidir com a restrição financeira do utente. Acresce ainda que esta sensibilidade deve ser tida pelos profissionais de saúde, os quais representam agui os indutores do gasto (com tratamentos, medicamentos, exames complementares de diagnóstico, por exemplo).

Entende a ERS (2009) que os preços não se possam considerar impeditivos para o acesso a cuidados de saúde, até porque a cobrança dessas taxas destinam-se a evitar o sobreconsumo de cuidados de saúde. Mas também é verdade que estas taxas se destinam a financiar diretamente os serviços de saúde, depois de terem sido pagos os impostos. Verificamos no quadro número 4 que a maioria dos inquiridos está satisfeita com as taxas moderadoras que

têm de pagar, mas não podemos esquecer que existem 9 pessoas que indicam que as taxas moderadoras os impedem de ir a uma consulta no centro de saúde ou no hospital. Por outro lado, revelam ainda 82,4% dos inquiridos que nenhum profissional de saúde lhe perguntou se teriam ou não capacidade financeira para fazer face à despesa de saúde inerente ao seu estado de saúde.

Quadro n.º 4 - Outras medidas de esforço financeiro

Está satisfeito com os precos que tem de pagar pelas taxas

moderadoras quando vai ao CS ou ao H?			
	Número	Percentagem	
sem resposta	92	32,4%	
Muito satisfeito	43	15,1%	
Parcialmente satisfeito	42	14,8%	
Satisfeito	46	16,2%	
Insatisfeito	24	8,5%	
Muito insatisfeito	37	13%	
Total	284	100,0%	

Alguma vez (no último ano) deixou de ir a uma consulta no Centro de Saúde ou no Hospital por causa dos preços das taxas moderadoras?

	Número	Percentagem_
Sim	9	3,2%
Não	227	79,9%
Não responde	48	16,9%
Total	284	100,0%

Alguma vez algum profissional de saúde lhe perguntou se dispunha de dinheiro para pagar consulta, tratamentos, medicamentos ou outros?

	Número	Percentagem
Sim	3	1,1%
Não	234	82,4%
Não responde	47	16,5%
Total	284	100,0%

No quadro número 5 verificam-se outros constrangimentos que os transportes públicos podem ter no acesso a cuidados de saúde: em primeiro lugar a compatibilidade de horários, na qual se verifica que 110 utentes entrevistados afirmam que não existe compatibilidade e 15 pessoas afirmam que já deixaram de ir a uma consulta por falta de transporte.

Quadro n.º5 – Compatibilidade dos transportes públicos com as consultas no centro de saúde

CONSONAS NO CENTIO de sadae				
As horas dos transportes públicos são compatíveis com as horas das consultas?				
	Número	Percentagem		
Sim	55	19,4%		
Não	110	38,7%		
Não sabe	1	0,4%		
Não responde	118	41,5%		
Total	284	100,0%		
Já deixou de ir a uma consulta que tinha n transporte?	narcada po	r falta de		
	Número	Percentagem		
Sim	15	5,3%		
Não	214	75,4%		

Não responde

Total

55

284

19,4%

100,0%

Como atrás se descreveu, a dimensão capacidade refere-se à diversidade de serviços de entre os quais os utentes podem optar, e pode ser avaliada a partir da análise da dimensão da estrutura produtiva desses serviços (ERS, 2009). Como o nosso interesse não é o de (re) avaliar o acesso a cuidados de saúde, mas sobretudo identificar alguns constrangimentos ao acesso das pessoas idosas entrevistadas, centrámo-nos em algumas questões já medidas em todo o país. No quadro 6 poderemos encontrar as respostas a algumas questões colocadas e debate-las no contexto deste trabalho. Em primeiro lugar verificamos que apenas 31 pessoas afirmam não ter encontrado os serviços que procuram no seu centro de saúde. Estas pessoas gostariam de ter encontrado no seu centro de saúde alguns serviços de especialidade (como aparelhos de TAC), mas aproveitaram sobretudo para apresentar alguns aspectos insatisfeitos inerentes aos serviços.

Questionados sobre se tiveram de procurar ajuda noutros locais, por não terem encontrado resposta no centro de saúde, 36 pessoas inquiridas insistiram nos serviços de especialidade, havendo mesmo um que afirmou não ter encontrado serviços de enfermagem. Destacamos finalmente o facto de haver 9 inquiridos que continuam a não saber onde encontrar os serviços de saúde de que precisam, no seu concelho.

De acordo com a ERS (2009:33) "a mera existência de centros de saúde geograficamente próximos das populações não garante que os serviços estejam disponíveis a toda a população, uma vez que o número de centros de saúde e a sua dimensão podem não ser suficientes para suprir as necessidades desses serviços". Verificamos pelas respostas dos entrevistados que neste caso não se trata de uma questão de dimensão: trata-se, em primeiro lugar de uma informação correta e acessível para que as pessoas consigam compreender quais os serviços que integram o cuidado de primeira linha (base do sistema de saúde português) e posteriormente uma informação adequada sobre a disponibilidade de serviços no seu centro de saúde.

Quadro n.º 6 – Expectativa da procura de serviços (dimensão capacidade) no centro de saúde

de que estava à espera?		
	Número	Percentagem
Sim	208	73,2%
Não	31	10,9%
Não sabe	1	0,4%
Não responde	44	15,5%
Total	284	100,0%
Oue conviene anatoria de ter encentras	102	

Tem encontrado sempre no Centro de Saúde os cuidados de saúde

Que serviços gostaria de ter encontrado?				
	Número	Percentagem		
Sem resposta	275	96,8%		
Aparelho da TAC	1	0,4%		
Falta de atenção; Não dão os				
medicamentos	1	0,4%		
Mais atenção por parte dos				
recepcionistas	1	0,4%		
Mais tempo para o atendimento	1	0,4%		
Médica fosse mais atenciosa	1	0,4%		
O horário de				
atendimento/consultas mais				
alargado.	1	0,4%		

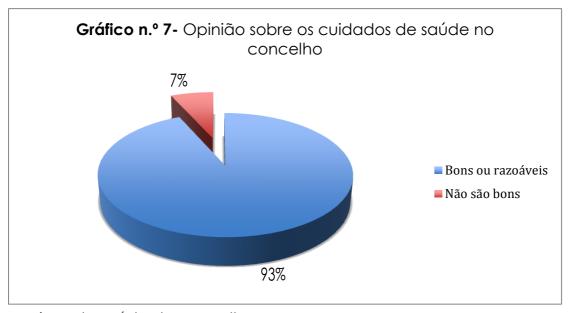
Ortopedista	1	0,4%		
Problemas Administrativos do				
Centro de Saúde	1	0,4%		
Que o Hospital não fechasse	1	0,4%		
Total	284	100,0%		
Alguma vez teve de procurar assistê	ncia noutro lo	cal porque o		
Centro de Saúde não tinha o serviço	que procurav	/a?		
_	Número	Percentagem		
Sim	36	12,7%		
Não	205	72,2%		
Não responde	43	15,1%		
Total	284	100,0%		
Se respondeu sim diga-nos: que serv				
encontrado?	. 			
	Número	Percentagem		
Sem resposta	272	95,8%		
Alergologista	1	0,4%		
Dentista	1	0,4%		
Especialidades médicas	1	0,4%		
Não teve assistência no Hospital de		·		
Peniche	1	0,4%		
Não tinha o Especialista	2	0,7%		
Neurologista	1	0,4%		
Oftalmologista	2	0,7%		
Ortopedista	1	0,4%		
Serviços de Enfermagem	1	0,4%		
Torres Vedras	1	0,4%		
Total	284	100,0%		
Aqui no seu concelho, sabe onde en	contrar os cu			
de que precisa (mesmo em situações de emergência)?				
	Número	Percentagem		
Sim	239	84,2%		
Não	9	3,2%		
Não responde	36	12,7%		

Nesta matéria será importante regressarmos ao texto da ERS (2009) onde se afirma que o indicador de capacidade é o número de médicos por cada 10 000 habitantes. De acordo com esta Entidade, constatou-se a existência de 6,39 médicos em centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde por 10 000 habitantes em Portugal Continental, valor que está em linha com o valor estabelecido para

Total 284 100,0%

2010 no Plano Nacional de Saúde. Porém, uma análise mais fina deste indicador permitiu à ERS concluir que existe heterogeneidade na distribuição de médicos pelos distritos de Portugal Continental, sendo que "a capacidade potencial de resposta da rede de centros de saúde face à população residente é mais reduzida nos distritos urbanos do litoral, com exceção de Coimbra, Lisboa e Setúbal". O distrito de Leiria possui uma densidade de 5,84 médicos por 10 000 habitantes, portanto abaixo do rácio de referencia.

Finalmente será importante referir que (ver gráfico n.º 7) existem apenas 7% de inquiridos insatisfeitos com os cuidados de saúde no concelho. Estes resultados foram obtidos juntando 22,2% de referencias a serviços muito bons com 57,4% de opiniões de que os serviços são razoáveis. Ignorando 14,8% que referiam que os serviços não são nem bons nem maus, juntámos os 3,9% que referiram que os serviços "não são bons" com os 1,8% que referiram que os serviços "não são nada bons", obtendo-se assim os 7% de insatisfeitos com os



serviços de saúde do concelho.

No quadro número 7 verifica-se que os utentes inquiridos estão parcialmente satisfeitos com o processo de marcação de consultas

(27,1%) ou muito satisfeito (26,1%). Devermos atender neste ponto ao que diz a ERS (2009), também acerca desta questão: quando se desagregam as respostas por grupos etários, é frequente verificar que as pessoas com 65 ou mais anos preferem consultas entre as 9 e as 12 horas ou entre as 14 e as 17 horas (ERS, 2009: 50). Os mais jovens preferem consultas após as 17 horas. Quanto ao processo de marcação de consultas (por não ser importante para o estudo) não foi feita nenhuma diferenciação entre a marcação presencial ou por outro método, até por se entender que este é um interesse do próprio centro de saúde e não do estudo feito, que pretendia apenas completar a informação sobre estas matérias, retirando daí meios de intervenção que fossem do próprio interesse do grupo de trabalho sobre idosos.

O mesmo se passou quanto ao tempo de espera para uma consulta (desde a sua marcação). Sem obedecer a particularidades, verificamos que as pessoas inquiridas estão globalmente satisfeitas, sendo o parcialmente satisfeito (28,5%) o resultado mais obtido. Quando questionadas sobre o tempo de espera desde que chegam ao centro de saúde até que são atendidos, verificamos que 30,6% dos inquiridos estão satisfeitos e que 29,6% estão muito satisfeitos com a facilidade que têm em falar com o seu médico de família.

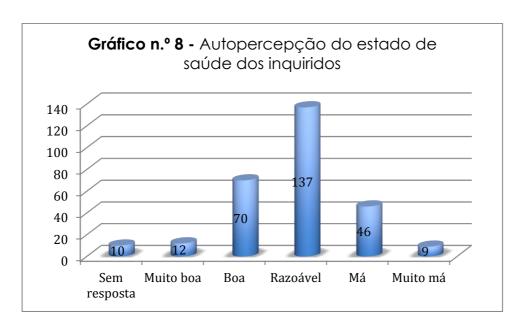
Quadro n.º 7 – Algumas medidas de adequabilidade dos serviços do centro de saúde

Está satisfeito com o processo de marcação de consultas no seu CS?			
	Número	Percentagem	
sem resposta	10	3,5%	
Muito satisfeito	74	26,1%	
Parcialmente satisfeito	77	27,1%	
Satisfeito	52	18,3%	
Insatisfeito	51	18%	
Muito insatisfeito	20	7%	
Total	284	100,0%	
Está satisfeito com o tempo de espera para uma consulta no seu CS			
	Número	Percentagem	

Sem resposta	13	4,6%	
Muito satisfeito	60	21,1%	
Parcialmente satisfeito	81	28,5%	
Satisfeito	59	20,8%	
Insatisfeito	56	19,7%	
Muito insatisfeito	15	5,3%	
Total	284	100,0%	
Está satisfeito com o tempo que tem de e	sperar na s	ala de espera	
pela consulta, no seu CS?			
	Número	Percentagem	
Sem resposta	13	4,6%	
Muito satisfeito	50	17,6%	
Parcialmente satisfeito	87	30,6%	
Satisfeito	68	23,9%	
Insatisfeito	56	19,7%	
Muito insatisfeito	10	3,5%	
Total	284	100,0%	
Está satisfeito com o horário de atendimento dos médicos do seu CS?			
Esta satisfello com o notario de dienalme	nto aos me	alcos ao seu CS?	
Esta satisfeito com o norano de dienalme	Número	Percentagem	
Sem resposta			
	Número	Percentagem	
Sem resposta	Número 13	Percentagem 4,6%	
Sem resposta Muito satisfeito	Número 13 63	Percentagem 4,6% 22,2%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito	Número 13 63 87	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito	Número 13 63 87 67	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito	Número 13 63 87 67 44	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito	Número 13 63 87 67 44 10 284	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total	Número 13 63 87 67 44 10 284	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar o	Número 13 63 87 67 44 10 284	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar o	Número 13 63 87 67 44 10 284 com o seu n	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0% nédico de família	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar o quando precisa de o fazer?	Número 13 63 87 67 44 10 284 com o seu n	Percentagem	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar a quando precisa de o fazer?	Número 13 63 87 67 44 10 284 com o seu n	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0% nédico de família Percentagem 4,6%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar o quando precisa de o fazer? sem resposta Muito satisfeito	Número 13 63 87 67 44 10 284 com o seu r Número 13 84	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0% nédico de família Percentagem 4,6% 29,6%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar a quando precisa de o fazer? sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito	Número 13 63 87 67 44 10 284 com o seu r Número 13 84 66	Percentagem 4,6% 22,2% 30,6% 23,6% 15,5% 3,5% 100,0% nédico de família Percentagem 4,6% 29,6% 23,2%	
Sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito Insatisfeito Muito insatisfeito Total Está satisfeito com a facilidade em falar o quando precisa de o fazer? sem resposta Muito satisfeito Parcialmente satisfeito Satisfeito	Número 13 63 87 67 44 10 284 com o seu r Número 13 84 66 71	Percentagem	

A autopercepção do estado de saúde é um instrumento que, por si só, é sobejamente utilizado por várias áreas científicas e que sabemos pode estar relacionado com muitas variáveis: idade, sexo, aspectos familiares, rendimento, presença de doenças crónicas, capacidade funcional e outras. Também é frequente entender-se que todas as restantes variáveis (indicadores) de saúde são resumidas no entendimento que cada um faz do seu estado de saúde. Assim sendo,

verificamos pelo gráfico número 8 que 137 pessoas entendem que o seu estado de saúde é razoável e que 70 pessoas acham que têm um bom estado de saúde. Mesmo sabendo que será importante conhecer a natureza dos indicadores que influenciam esta autoapreciação, não deixa de ser importante que, pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 50 e os 109 anos afirmem gozar de boa saúde.



Parte 2. Determinantes comportamentais

Começou-se por estudar os hábitos tabágicos desta amostra, na medida em que estes influenciam claramente o desenvolvimento de doenças pulmonares e de outros órgãos.

Na população entrevistada verificamos que existem 2,5% que mantém hábitos tabágicos, sendo que estes perduram desde os 7 até aos 64 anos. Dos que fumam, há duas pessoas que consomem cerca de 20 cigarros/dia e as restantes pessoas têm consumos variáveis entre os 2 e os 10 cigarros/dia.

Quadro n.º 8 - Hábitos tabágicos da amostra estudada

Quality II. 6 - Habitos tabagicos da arriostra estudada			
Se fuma, há quanto tempo? Em anos			
	Número	Percentagem	
50	277	97,5%	
51 anos	1	0,4%	
53	1	0,4%	
60 Anos	2	0,7%	
64 Anos	1	0,4%	
7 Anos	1	0,4%	
Não responde	1	0,4%	
Total	284	100,0%	
Quanto cigarros por dia?			
	Número	Percentagem	
0	278	97,9%	
2	1	0,4%	
4	1	0,4%	
7	1	0,4%	
10	1	0,4%	
20	2	0,7%	
Total	284	100,0%	

Outra questão estudada relacionou-se com a diversidade e segurança alimentar entre os elementos desta amostra. A diversidade alimentar (Kennedy, Ballard & Dop, 2013) – número de diferentes alimentos ou grupos alimentares que são consumidos durante um período de referencia – constitui um elemento informativo sobre consumo alimentar por duas razões distintas:

- 1. Por si só, uma alimentação variada constitui um resultado benéfico que se impõe por si mesmo.
- 2. Uma dieta variada, direta ou indiretamente garante um aporte de micronutrientes que estão associados a melhor peso à nascença, medidas antropométricas da criança, valores de hemoglobina, reduzida incidência de hipertensão, reduzido risco de mortalidade por doença cardiovascular e cancro.

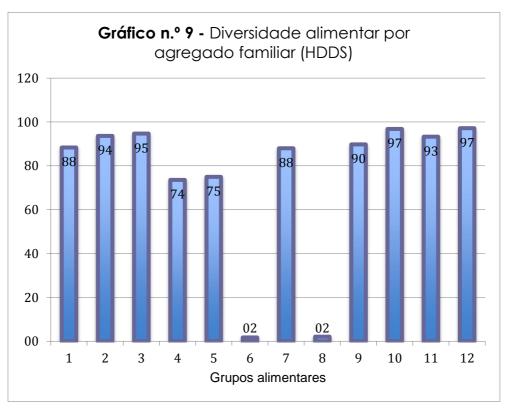
A metodologia seguida nesta parte do estudo segue as recomendações da FAO (2013) para a investigação da diversidade alimentar. As pessoas foram questionadas sobre os

alimentos que tinham ingerido no dia anterior à entrevista, tivesse sido em casa ou fora, às refeições ou entre estas. Pretendi saber-se quais os alimentos que tinham sido ingeridos desde o levantar até ao deitar, durante o dia anterior à aplicação do questionário.

De acordo com (Kennedy, Ballard & Dop, 2013) os resultados obtidos devem ser agregados de seguida numa escala que permite compreender a diversidade alimentar no agregado familiar onde a pessoa está incluída (Household Dietary Diversity Score ou HDDS) ou numa outra que permite avaliar o score de diversidade alimentar das mulheres. Não sendo este último do nosso interesse, por motivos óbvios, procedeu-se à agregação de resultados de acordo com o agregado familiar, tendo-se obtido os que constam do gráfico número 9.

Como deve ser lido o gráfico: verifica-se que 88,4% dos inquiridos consome cereais (Milho, arroz, aveia, centeio, trigo, cevada e outros grãos utilizados na alimentação em Portugal e que são consumidos sob a forma de pão, bolachas, cereais de pequeno almoço, massas e acompanhamento de outras comidas.), 93,7% consomem tubérculos (batatas, nabos, rabanete, mandioca, inhame), 94,7% consomem vegetais (cenouras, brócolos, batata doce, beterraba, abóboras, ervilhas, couve, espinafres, repolho e outros vegetais desta cor ricos em vitamina A, tomate, cebola, alface, pimento e outras vegetais), 73,6% incluíram fruta na dieta (manga, pêssegos, papaia, melão e meloa comidos sós ou em saladas ou sumos naturais), 75% incluíram carnes na dieta (fígado, rins, coração ou outros órgãos de animais que fazem parte da alimentação habitual, carne de vaca, porco, cabrito, galinha ou frango, pato ou peru ou de outros animais habitualmente consumidos), apenas 1,8% incluíram os ovos, 88% incluíram o peixe e outro pescado (incluem-se todos os peixes, moluscos e crustáceos habitualmente consumidos entre nós), apenas 2,1%

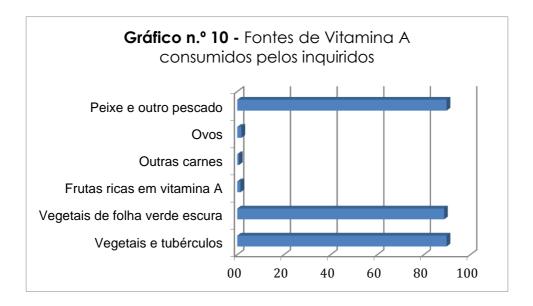
incluíram leguminosas, nozes e sementes (feijão seco, lentilhas, nozes, avelãs, amendoins), 89,8% incluíram o leite e os seus derivados (leite, queijo, iogurte, outros derivados), 96,8% incluíram azeite, óleos e outras gorduras (azeite, óleos, manteiga, margarina e outras gorduras utilizadas na confecção de refeições), 93,3% incluíram doçaria (açúcar, mel, refrescos e sumos, chocolates, bolos), e 97,2% incluíram especiarias, condimentos e outras bebidas na sua refeição (especiarias (pimenta), condimentos (sal, molho



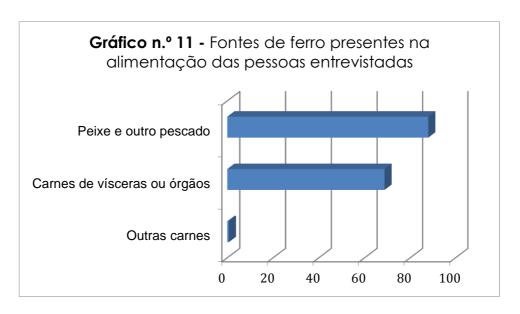
de soja, pimentão, picantes), café, chá, bebidas alcoólicas).

No gráfico número 10 verificamos que as fontes de vitamina A na alimentação das pessoas inquiridas são provenientes do peixe e outro pescado (Incluem-se todos os peixes, moluscos e crustáceos habitualmente consumidos), mas também de fontes vegetais, como sejam os vegetais de folha verde escura (couve, espinafres, repolho e outros vegetais desta cor) e os vegetais e tubérculos

(cenouras, brócolos, batata doce, beterraba, abóboras, ervilhas).



Os micronutrientes que são fonte de ferro e que são preferencialmente consumidos pela amostra do estudo, consome peixe e outro pescado (Incluem-se todos os peixes, moluscos e crustáceos habitualmente consumidos) e carnes de vísceras ou órgãos (Fígado, rins, coração ou outros órgãos de animais que fazem parte da alimentação habitual). Podem ver-se estas representações no gráfico número 11.



Finalmente, na análise dos dados sobre a alimentação dos agregados familiares e dos indivíduos inquiridos foi possível verificar

que apenas uma pessoa consumiu todos os alimentos considerados e que 12 pessoas consumiam até 50% dos grupos alimentares considerados, ou seja, entre 0 e 6 grupos alimentares (de uma listagem de 16). Procedeu-se, por isso, a uma desagregação da listagem inicial por três grandes grupos: pessoas que consumiam até 50% dos grupos alimentares considerados (12 pessoas), pessoas que consumiam entre 51% e 75% dos grupos alimentares considerados (141 pessoas) e pessoas que consumiam entre 76% e 100% da listagem de grupos alimentares (128).

Em consequência, verificou-se que a dieta dos indivíduos (ver quadro n.º 9) que consomem até 50% dos grupos alimentares considerados é baseada em: doces (Açúcar, mel, refrescos e sumos, chocolates, bolos), especiarias, condimentos e outras bebidas (Especiarias (pimenta), condimentos (sal, molho de soja, pimentão, picantes), café, chá, bebidas alcoólicas), peixe e outro pescado (Incluem-se todos os peixes, moluscos e crustáceos habitualmente consumidos entre nós), cereais (Milho, arroz, aveia, centeio, trigo, cevada e outros grãos utilizados na alimentação em Portugal e que são consumidos sob a forma de pão, bolachas, cereais de pequeno almoço, massas e acompanhamento de outras comidas), vegetais e tubérculos (Cenouras, brócolos, batata doce, beterraba, abóboras, ervilhas) e vegetais de folha verde escura (Couve, espinafres, repolho e outros vegetais desta cor, ricos em vitamina A).

A dieta dos que consomem entre 51% e 75% dos grupos alimentares considerados, baseia-se nos seguintes grupos alimentares: azeite, óleos e gorduras (Azeite, óleos, manteiga, margarina e outras gorduras utilizadas na confecção de refeições), especiarias, condimentos e outras bebidas (Especiarias (pimenta), condimentos (sal, molho de soja, pimentão, picantes), café, chá, bebidas alcoólicas), doces (Açúcar, mel, refrescos e sumos,

chocolates, bolos), tubérculos (Batatas, nabos e outros), leite e derivados (Leite, queijo, iogurte, outros derivados) e peixe e outro pescado (Incluem-se todos os peixes, moluscos e crustáceos habitualmente consumidos entre nós).

As pessoas que consomem mais de 76% dos grupos alimentares listados, baseiam a sua alimentação em: cereais (Milho, arroz, aveia, centeio, trigo, cevada e outros grãos utilizados na alimentação em Portugal e que são consumidos sob a forma de pão, bolachas, cereais de pequeno almoço, massas e acompanhamento de outras comidas), tubérculos (Batatas, nabos e outros), leite e derivados (Leite, queijo, iogurte, outros derivados), azeite, óleos e gorduras (Azeite, óleos, manteiga, margarina e outras gorduras utilizadas na confecção de refeições), doces (Açúcar, mel, refrescos e sumos, chocolates, bolos)e especiarias, condimentos e outras bebidas (Especiarias (pimenta), condimentos (sal, molho de soja, pimentão, picantes), café, chá, bebidas alcoólicas).

Quadro n.º 9 – Comparação dos consumos alimentares entre subgrupos da amostra estudada

Baixa diversidade alimentar (<=50% dos grupos alimentares)	Média diversidade alimentar (>50%<=75% dos grupos alimentares)	Elevada diversidade alimentar (>=76% dos grupos alimentares)
Doces	Azeite, óleos e gorduras	Cereais
Especiarias, condimentos e outras bebidas	Especiarias, condimentos e outras bebidas	Tubérculos
Peixe e outro pescado	Doces	Leite e derivados
Cereais	Tubérculos	Azeite, óleos e gorduras

Vegetais e tubérculos ricos em vitamina A	Leite e derivados	Doces
Vegetais de folha verde escura	Peixe e outro pescado	Especiarias, condimentos e outras bebidas

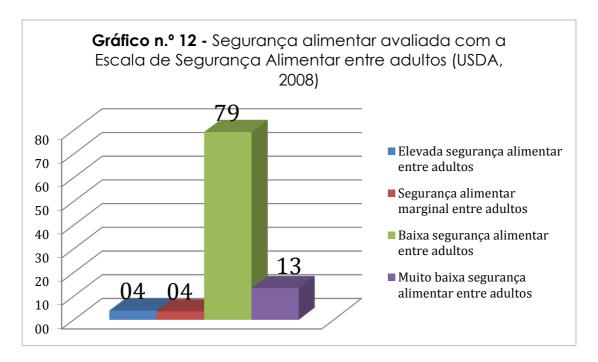
Veja-se ainda que, no primeiro grupo (baixa diversidade alimentar) diríamos que o prato principal é o peixe, sendo os restantes, os acompanhamentos ou componentes para confecção. O mesmo ocorre no segundo grupo (média diversidade alimentar), com a partilha do peixe como prato principal e com a introdução do leite e derivados. No terceiro grupo (elevada diversidade alimentar), apenas mudam de ordem os grupos alimentares mais consumidos, em relação ao grupo anterior e onde não existe um componente na qualidade de prato principal (o que supõe a elevada diversidade de que falamos).

A segurança alimentar é mais do que apenas um determinante social de saúde e esta questão funciona um pouco como a velha alegoria do elefante na sala de estar: todos o estamos a ver, mas não queremos falar nele. Nos dias que correm tornou-se mais simples (como aliás na nossa história recente) atirar com comida (ou dinheiro, em circunstâncias anteriores) para os necessitados (mesmo na ausência de um diagnóstico social), prescrever tratamentos e devolver as pessoas aos seus habitat habituais, do que tentar intervir junto das origens dos problemas. Se continuarmos a ignorar os problemas, continuaremos a falhar a possibilidade de os resolver. Reconhecemos através dos resultados anteriores que as condições sociais nas quais as pessoas vivem possuem um impacto dramático sobre a sua saúde. De facto, a pobreza, baixa escolaridade, insegurança alimentar, exclusão social, discriminação social, precárias condições de habitação,

desde a infância, são factores determinantes nas desigualdades, quer num mesmo país, quer entre países.

Por este ser um problema de saúde pública que merece a atenção de todos os intervenientes sociais, procedeu-se à aplicação de uma outra escala de avaliação da segurança alimentar que vem consolidar as apreciações anterior. Nesta medida fez-se a adaptação da Escala de Segurança Alimentar que está a ser utilizada nos Estados Unidos da América e no Canadá (com algumas alterações de adequação à nossa cultura, tendo-se chegado às conclusões que estão vertidas no gráfico número 12. Não se estabelecem relações com rendimentos, nem com proveniência ou sexo dos respondentes. Limitamo-nos a fazer a agregação de resultados depois de submeter-mos os dados ao processo de análise e agregando-os depois em quatro categorias distintas: os que obtiveram resultados iguais ao valor zero (0) (são 3,9% na nossa amostra), possuem uma elevada segurança alimentar, ou seja, durante o último ano, estas pessoas tiveram acesso a alimentos necessárias a uma vida ativa e saudável, assim como o agregado em que se encontram; os que obtiveram valores entre 1 e 2 (são 3,5% na nossa amostra), possuem uma segurança alimentar marginal, ou seja, em algum momento do ano anterior tiveram alguma dificuldade em aceder aos alimentos necessários, ou estão em risco de passar ao grupo seguinte; os que obtiveram resultados entre 3 e 5 (são 79,2% na nossa amostra) possuem baixa segurança alimentar (insegurança alimentar, de acordo com a classificação canadiana), ou seja, estas pessoas dificuldades durante o último ano em aceder de forma contínua e consistente aos alimentos de que tiveram necessidade. Nestes agregados familiares os adultos e as crianças (se presentes) tiveram insegurança alimentar, tendo compromissos importantes na quantidade ou qualidade de alimentos consumidos; a classe

seguinte obteve resultados entre os 6 e os 10 (são 13,4% na nossa amostra), sendo classificada com insegurança alimentar severa (na classificação canadiana ou, muito baixa segurança alimentar, de acordo com a classificação americana). Nestes agregados familiares tiveram uma reduzida ingestão alimentar (já tipificada pelo estudo anterior) ou possuem padrões alimentares disruptivos.



Saúde oral e deglutição

No quadro n.º 10 estão resultados que permitem afirmar que a amostra estudada teve dores de dentes nos últimos seis meses (83,5%), que estas dores não as impedem de fazer a sua vida habitual (71,1%), que não foram a uma consulta de estomatologia durante o ultimo ano (73,2%), mas a maioria deles (63,4%) usam uma prótese dentária. Todos estes valores conjugados permitem afirmar que as pessoas não possuem hábitos de consulta regular no dentista, a que não são alheias as políticas de saúde nacionais, pelo facto da estomatologia não fazer parte da oferta da maioria dos serviços públicos de saúde.

Pode discutir-se o impacto das medidas preventivas de saúde oral, não apenas no que diz respeito à dentição, mas também sobre patologias osteoarticulares e a qualidade de vida em geral das pessoas. Veja-se por exemplo que as pessoas entrevistadas (40,8%) dizem que possuem uma má saúde oral, fruto não apenas de hábitos mantidos durante muitos anos, como também de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde oral. Será importante ter consciência política de medidas atinentes a colmatar esta falta, de forma a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos também neste aspeto das suas vidas.

Finalmente, verificamos um aspeto importante, que não está apenas relacionado com a dentição: a deglutição. Verificamos que, apesar de haver 68,3% de inquiridos que afirmam não ter qualquer dificuldade de deglutição, há 22,5% que afirma ter dificuldades de deglutição para líquidos e sólidos, enquanto que a percentagem de pessoas com dificuldades de deglutição de sólidos (2,5%) é superior à dos que possuem dificuldade de deglutição de líquidos (0,7%).

Os problemas anteriormente estudados acerca da segurança alimentar não tomam em conta estas questões, pois as perguntas feitas estão muito relacionadas com questões culturais e sociais em geral (rendimento, por exemplo). Contudo, constitui mais uma questão de saúde publica com inquestionável impacto na qualidade de vida dos cidadãos. As dificuldades de deglutição apresentadas por esta amostra, apela para outras necessidades de acompanhamento profissional da sua alimentação (eventualmente no domicílio), na medida em que correm riscos que os cuidados informais podem não ser capazes de suprir.

Quadro n.º 10 - Saúde oral e deglutição entre os inquiridos

Nos últimos 6 meses teve dores de dentes?		
	Número	Percentagem
Sim	45	15,8%
Não	237	83,5%
Não responde	2	0,7%

T-1-1	00.4	100.00	
Total	284	100,0%	
Essas dores de dentes imped			
	Número	<u>Percentagem</u>	
Sim	18	6,3%	
Não	202	71,1%	
Não responde	64	22,5%	
Total	284	100,0%	
Durante o último ano foi a u		entista?	
	Número	Percentagem	
Sim	58	20,4%	
Não	208	73,2%	
Não responde	18	6,3%	
Total	284	100,0%	
De um modo geral acha qu	e o estado de sai	íde da sua boca é:	
	Número	Percentagem	
Muito bom	6	2,1%	
Bom	14	4,9%	
Razoável	97	34,2%	
Mau	116	40,8%	
Muito mau	41	14,4%	
Não sabe	10	3,5%	
Total	284	100,0%	
Tem a sua dentição comple	ta?		
	Número	Percentagem	
Sim	15	5,3%	
Não	232	81,7%	
Não responde	37	13%	
Total	284	100,0%	
Usa prótese dentária?	201	1.00,0,0	
ou protoso demana.	Número	Percentagem	
Sim	180	63,4%	
Não	84	29,6%	
Não responde	20	7%	
Total	284	100,0%	
Tem alguma dificuldade em engolir os alimentos:			
Não rospondo	Número	Percentagem 197	
Não responde	17	6% 2.59	
Sólidos	7	2,5%	
Líquidos	2	0,7%	
Sólidos e líquidos	64	22,5%	
Nenhuma dificuldade	194	68,3%	
Total	284	100,0%	

Atividade física

No gráfico n.º 13 estão os resultados que nos permitem afirmar que a amostra estudada não possui hábitos de atividade física, sobejamente defendidos como essenciais a uma vida autónoma e participativa. Verificamos que 66,2%, ou seja, 188 pessoas referem não ter qualquer atividade física (9 pessoas não respondem e 87 afirmam praticar alguma atividade física). Nesta matéria será importante apelar para o desenvolvimento de atividades de grupo e individuais que possam contribuir para alterar esta situação, nomeadamente se as pessoas se encontram institucionalizadas. A indução de dependências, prática habitual nas instituições que acolhem idosos, carateriza-se por não haver um apelo a práticas autónomas por parte da pessoa cuidada, como seja a deambulação (preferencialmente feita em cadeira de rodas ou com outros dispositivos), a alimentação por mão própria (porque é mais rápido e seguro dar a alimentação à boca). Por outro lado, o apelo à atividade física (em instituições ou fora delas) pode ser intensificado desde que se utilizem os técnicos com formação específica para o fazer.



Para conhecermos os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas foram feitas perguntas sobre frequência de ingestão deste tipo de

bebidas, Conclui-se pelas respostas que 108 pessoas (38%) não ingeriram bebidas alcoólicas no ano anterior e que 88 pessoas (31%) nunca beberam destas bebidas. De seguida as respostas vão sendo diversas, até convergirem em 58 (20,4%) respostas de ingestão diária de bebidas alcoólicas.

Quadro n.º 11 – Consumo de bebidas alcoólicas por parte da amostra estudada

Com que periodicidade ingeriu bebidas alcoólicas?		
	Número	Percentagem
Todos os dias	58	20,4%
3 a 4 vezes por semana	7	2,5%
1 a 2 vezes por semana 2 a 3 vezes por		
mês	12	4,2%
2 a 3 vezes por mês	2	0,7%
Uma vez por mês	2	0,7%
7 a 11 vezes no ano passado	2	0,7%
4 a 6 vezes no ano passado	1	0,4%
Uma vez no ano passado	4	1,4%
Não ingeriu bebidas alcoólicas no ano		
passado	108	38%
Nunca ingeriu bebidas alcoólicas	88	31%
Total	284	100,0%

Para a interpretação destes resultados não devemos esquecer a representação social existente na atualidade sobre a ingestão deste tipo de bebidas. O que pretendemos dizer é que as respostas podem estar imbuídas de uma certa desejabilidade social, que impede certamente de saber o real peso da ingestão de bebidas alcoólicas entre a amostra estudada.

Medicamentos, literacia para a saúde e adesão terapêutica

A apreciação inicial foi feita em matéria de utilização de medicamentos. Estamos perante uma sociedade em mudança no acesso ao medicamento. Se anteriormente a aquisição de medicamentos era fortemente controlada e dispendiosa para o Estado e para os utentes de per se, estamos num momento em que as

farmácias estão em evidente concorrência com as lojas de medicamentos dos centros comerciais, quando a inclusão dos genéricos no mercado fez baixar os preços e promoveu o livre acesso a alguns tipos de medicamentos e que as pressões internacionais fizeram com que os preços dos medicamentos decaíssem (assinalavelmente em alguns casos). Este estado de coisas pode influenciar as decisões de compra e consumo de medicamentos, onde também pesam as influências culturais e dos grupos de pertença (a família, por exemplo, mas também os amigos).

Com se vê no quadro número 12 apenas existe um tipo de medicamento que é tomado sem receita médica: medicamentos para os nervos (65,1%). Deve ainda ter-se em conta que existem 269 pessoas no total da amostra (284) que tomam estes medicamentos e que apenas 29,6% do total toma medicamentos deste grupo, com receita médica.

Perante estas resposta teremos de comparar a relativa facilidade de compra de medicamentos como vitaminas (vendidos livremente em supermercados, por exemplo) ou outros pertencentes a esta lista e que são maioritariamente tomados após a competente receita médica. Teremos ainda de ponderar sobre a prevalência de doenças mentais (nestes casos, as depressões, por exemplo), que são estigmatizadas e, por esse motivo, dificilmente tratáveis porque quem delas padece não as pretende declarar.

Quadro n.º 12 – Práticas de consumo de alguns medicamentos entre a amostra estudada.

Nos últimos 6 meses utilizou medicamentos para a febre?		
	Número	Percentagem
Com receita	15	5,3
Sem receita	11	3,9
Não tomou	240	84,5
Não responde	18	6,3
Total	284	100
Nos últimos 6 meses utilizou medicamentos para as dores?		

-		
	Número	Percentagem
Com receita	148	52,1
Sem receita	10	3,5
Não tomou	109	38,4
Não responde	17	6
Total	284	100
Nos últimos 6 meses tomou antibió	ticos?	
	Número	Percentagem
Com receita	42	14,8
Sem receita	2	0,7
Não tomou	222	78,2
Não responde	18	6,3
Total	284	100
Nos últimos 6 meses tomou vitamir	nas?	
	Número	Percentagem
Com receita	30	10,6
Sem receita	3	1,1
Não tomou	232	81,7
Não responde	19	6,7
Total	284	100
Nos últimos 6 meses utilizou medic		
	Número	Percentagem
Com receita	101	35,6
Sem receita	1	0,4
Não tomou	166	58,5
Não responde	16	5,6
Total	284	100
Nos últimos 6 meses utilizou medic		
	Número	Percentagem
Com receita	84	29,6
Sem receita	185	65,1
Não tomou	14	4,9
Não responde	1	0,4
Total	284	100
Nos últimos 6 meses utilizou medic		
The summer of means summer and	Número	Percentagem
 Com receita	134	47,2
Sem receita	1	0,4
Não tomou	131	46,1
Não responde	18	6,3
Total	284	100
Nos últimos 6 meses tomou medica		
Nos dillinos d meses fornod medica	Número	Percentagem
Com receita	191	67,3
Sem receita	1 7 1 1	0,4
	Ţ	0,4
Não tomou	76	26,8

Não responde	16	5,6	
Total	284	100	
Nos últimos 6 meses tomou laxar	ntes?		
	Número	Percentagem	
Com receita	9	3,2	
Sem receita	1	0,4	
Não tomou	258	90,8	
Não responde	16	5,6	
Total	284	100	
Nos últimos 6 meses tomou medi			
	Número	Percentagem	
Com receita	6	2,1	
Sem receita	2	0,7	
Não tomou	259	91,2	
Não responde	17	6	
Total	284	100	
Nos últimos 6 meses tomou medicamentos para a azia?			
	Número	Percentagem	
Com receita	21	7,4	
Sem receita	4	1,4	
Não tomou	243	85,6	
Não responde	16	5,6	
Total	284	100	
Nos últimos 6 meses tomou medi			
	Número	Percentagem	
Com receita	139	48,9	
Não tomou	129	45,4	
Não responde	16	5,6	
Total	284	100	
Nos últimos 6 meses tomou medicamentos para a diabetes?			
	Número	Percentagem	
Com receita	63	22,2	
Sem receita	2	0,7	
Não tomou	201	70,8	
Não responde	18	6,3	
Total	284	100	

Ainda nesta parte do estudo, incidiu-se sobre aspetos de literacia para a saúde e sobre adesão terapêutica. Estes dois aspetos estão interligados, na medida em que "uma criança, à qual tenha sido negada a oportunidade de frequentar a escolaridade elementar está a ser privada, enquanto criança ou adolescente, mas está a ser incapacitada para o resto da sua vida (como pessoa incapaz de

executar tarefas básicas de leitura, escrita ou aritmética)" (Sen, 1999: 284). A literacia deixa, por isso, de se constituir como um problema individual para ser entendida como uma prática social, com impacto a vários níveis da vida das pessoas e das sociedades.

Adoptámos as ideias de Nutbeam (2000) sobre as questões de literacia para a saúde, sendo útil verificar quais os conceitos que descreve a este propósito: a literacia funcional será o primeiro nível de literacia e comportaria, em termos de educação para a saúde, a comunicação factual de informação sobre riscos de saúde e do modo de utilizar o sistema de saúde. Tais ações terão um número limitado de objectivos, sendo primordialmente orientadas para a melhoria dos conhecimentos das pessoas acerca de serviços e cumprimento de atividades prescritas. Estas ações podem resultar em benefícios públicos (estimular a participação em campanhas de vacinação, em rastreios), mas não são orientadas para a interação comunicacional, nem sequer visam o desenvolvimento de competências, nem de autonomia. Exemplos concretos deste nível são a produção de panfletos e a educação para a saúde tradicional.

A literacia interativa (segundo nível), como um conjunto de competências pessoais que, em conjunto com as competências sociais, permitem às pessoas adaptarem-se às atividades quotidianas e às mudanças que ocorrem a cada momento. Neste nível de literacia a preocupação é que as pessoas consigam defender os seus pontos de vista quando interagem com pessoal de saúde, ao mesmo tempo que asseguram a sua capacidade para recolherem a informação necessária e suficiente para lidarem com as suas realidades de saúde. No terceiro nível estariam as competências individuais e comunitárias para a ação, baseadas na ideia de empowerment.

Quanto á adesão terapêutica é definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde (Bugalho e Carneiro, 2004). Esta problemática assume particular importância em doentes portadores de doença crónica, com repercussões na saúde pública, em termos de incidência e prevalência de doenças, mas também repercussões sobre a hospitalização e a economia do país e das pessoas em particular (Shelly et al: 2005).

As perguntas que colocamos para fazermos uma ideia da literacia para a saúde foram reduzidas, mas incluíam: quando se sente mal, deixa de tomar medicamentos prescritos? Verificamos neste aspeto que existe uma compliance terapêutica, ou seja, a ideia de cumprimento acrítico de um plano terapêutico. Os efeitos adversos – sentir-se mal – são relegados em nome da ideia inicial e transmitida de que os medicamentos "farão sempre bem". Verificamos que 67,6% dos respondentes continuam a tomar os medicamentos, sem preferirem um esclarecimento do seu prescritor sobre modo de tomar, efeitos adversos ou outro tipo de informação que permitam compreender se existe segurança na toma do medicamento.

Seguiu-se depois a pergunta sobre se, quando se esquece de uma toma, de seguida reforça-a para substituir a toma anterior. Houve 7,7% dos inquiridos que responderam afirmativamente, a um tipo de comportamento que deve ser completamente evitado, na medida em que acarreta riscos. Algo que uma simples informação pode resolver. Pelo contrário, há 77,1% de pessoas que não têm este comportamento. Por último perguntou-se se conheciam os seus diagnósticos, uma vez que tomam medicamentos. 97,5% das pessoas não responderam e 2,5% não conhecem o seu(s) diagnóstico(s). De

entre 294 pessoas nenhuma declarou conhecer o(s) seu(s) diagnóstico(s).

Quadro n.º 13 – Aspetos de literacia para a saúde entre os inquiridos

	Quality II. 13 - Asperos de meracia para a sabae erme os inquinaos			
Quando se sente mal depois de tomar medicamentos que o médico				
receitou, deixa de os tomar?				
		Número	Percentagem	
	Sim	37	13%	
	Não	192	67,6%	
	Não responde	55	19,4%	
	Total	284	100,0%	
Quando se esquece de to	omar um comprimi	ido a certa	hora, a seguir	
toma dois?	·			
		Número	Percentagem	
		110111010	reicemagem	
	Sim	22	7,7%	
	Sim Não			
		22	7,7%	
	Não	22 219	7,7% 77,1%	
Se toma medicamentos h	Não Não responde Total	22 219 43 284	7,7% 77,1% 15,1% 100,0%	
Se toma medicamentos h	Não Não responde Total	22 219 43 284	7,7% 77,1% 15,1% 100,0%	
Se toma medicamentos h	Não Não responde Total	22 219 43 284 e dizer que	7,7% 77,1% 15,1% 100,0%	
Se toma medicamentos h	Não Não responde Total a abitualmente, sab	22 219 43 284 e dizer que Número	7,7% 77,1% 15,1% 100,0% Percentagem	

Em termos de adesão terapêutica as perguntas incluídas são clássicas na abordagem deste problema de saúde pública. Uma das principais questões de adesão relaciona-se com aspetos muito práticos: as pessoas conseguem retirar os medicamentos dos blisters, das caixas ou dos invólucros habitualmente utilizados. Podem aqui ser equacionadas questões de motricidade fina do doente (conseguir manusear os invólucros e os próprios medicamentos) ou de embalagem. Verificámos que 79,2% dos inquiridos possuem capacidades para retirarem os medicamentos dos seus invólucros. Disseram-nos ainda que possuem boa memória, pois 65,1% dizem não se esquecer de tomar os medicamentos e também que a maioria, ou seja, 79,6% são cuidadosos com a hora de tomar os medicamentos. Deve conjugar-se esta questão com o facto de haver 71,1% de inquiridos que não usam dispositivos (como gavetas subdivididas por

momentos de toma de medicamentos, por exemplo) auxiliares de gestão de medicamentos. É importante verificar que 78,2% dos inquiridos prossegue os tratamentos de acordo com a prescrição, ou seja, não deixa de tomar medicamentos, por sua iniciativa, logo que se sente melhor. 82,7% dos inquiridos afirma que tem sempre conseguido adquirir os medicamentos, mas em contrapartida, 78,9% dos inquiridos gostaria de ter tratamentos mais simplificados (na sua complexidade: alternância de horários, quantidade de medicamentos variável em cada toma diária, por exemplo) e 84,2% afirmam que gostariam de ter medicamentos mais baratos, se fosse possível, para obter os mesmos efeitos.

Quadro n.º 14 - Aspetos de adesão terapêutica entre os inquiridos

Quadro n.º 14 – Aspetos de adesao terapeutica entre os inquiridos			
Consegue retirar os comprimidos do invólucro?			
	Número	Percentagem	
Sim	225	79,2%	
Não	34	12%	
Não responde	25	8,8%	
Total	284	100,0%	
Já alguma vez se esqueceu de tomar os se	eus medican	nentos?	
	Número	Percentagem	
Sim	78	27,5%	
Não	185	65,1%	
Não responde	21	7,4%	
Total	284	100,0%	
É cuidadoso com as horas de tomar os me		?	
	Número	Percentagem	
Sim	226	79,6%	
Não	35	12,3%	
Não responde	23	8,1%	
Total	284	100,0%	
Usa algum recurso/dispositivo para tomar o	os medicam	entos certos à	
hora certa?		<u> </u>	
	Número	Percentagem	
Sim	40	14,1%	
Não	202	71,1%	
Não responde	42	14,8%	
Total	284	100,0%	
Logo que se sente melhor deixa de tomar os medicamentos?			
	Número	Percentagem	
Sim	34	12%	

Não	222	78,2%
Não responde	28	9,9%
Total	284	100,0%
Tem sempre conseguido pagar os medica	mentos que	lhe foram
prescritos?		
	Número	Percentagem
Sim	235	82,7%
Não	23	8,1%
Não responde	26	9,2%
Total	284	100,0%
Se fosse possível gostaria de tomar menos	medicamer	ntos para obter
os mesmos efeitos?		•
	Número	Percentagem
Sim	224	78,9%
Não	32	11,3%
Não responde	28	9,9%
Total	284	100,0%
Se fosse possível gostava que lhe prescrev	essem medi	camentos
mais baratos?		
	Número	Percentagem
Sim	239	84,2%
Não	16	5,6%
Não sabe	1	0,4%
Não responde	28	9,9%
Total	284	100,0%

Verificamos que a literacia e a adesão terapêutica são concomitantes para se entender porque motivo os doentes abandonam os tratamentos. Estas perguntas destinavam-se a compreender este problema entre as pessoas inquiridos. Mesmo retirando um certo enviesamento induzido pela desejabilidade social, que vai no sentido de transmitir uma ideia de capacidade de gestão dos planos terapêuticos, facilmente compreendemos a dimensão do problema e que este tende a ser evolutivo, ou seja, com o avançar da idade e a dificuldade em obter ajuda, o idoso tende a ter dificuldades acrescidas nestes processos, as quais por vezes, têm consequências para si mesmo e para o sistema de saúde.

Parte 3. Fatores pessoais

Todas as publicações sobre envelhecimento ativo e saudável convergem na ideia de que o combate à inelutável (Carneiro et al, 2012) dependência física e psíquica e a maximização do bem estar do idoso, são as pedras de toque de todas as iniciativas de preparação pessoal para a idade mais avançada.

Será interessante antes de abordarmos as questões da dependência nas atividades de vida diária, saber como está a ser equacionada a perspetiva do envelhecimento produtivo, que deriva da ideia inicial de envelhecimento ativo e saudável que pauta o nosso trabalho. Osório e Pinto (2007: 216) propõem uma comparação interessante e importante para defender, mais uma vez, a nossa perspetiva de cidadania ativa e completa por parte dos idosos:

Quadro n.º 15 – O paradigma do envelhecimento produtivo na prática gerontológica

Perspetiva tradicional	Perspetiva do envelhecimento produtivo
Niilista	Esperançoso
Deterioração	Crescimento e desenvolvimento
Incapacidade	Saúde e bem-estar
Institucionalização e dependência	Autonomia, independência e interdependência
Forte resistência à mudança	Ajustamento à mudança
Incapaz de aprender	Estimulação intelectual
Preparação para a morte	Desfrutar o dia-a-dia
Vulnerabilidade/passividade	Empowerment

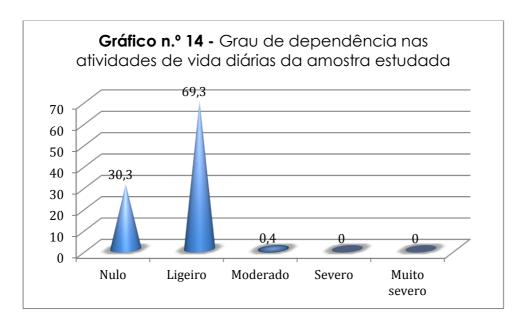
Qualidade de vida (uma dimensão)	Qualidade de vida (multidimensional)
Desapego social	Envolvimento social
Isolamento comunitário	Integração comunitária
Negação e fuga aos desafios	Enfrentar desafios
Necessidades, défices, perda de oportunidades	Força, habilidades, desejos, oportunidades
O passado e o que este poderia ter sido	O futuro e o que ele ainda poderá representar
O microambiente	O macroambiente
Comportamentos "apropriados à idade"	Comportamentos neutrais para a idade
Uso de um "stock" terapêutico	Melhoria terapêutica
Estilo de vida sedentária	Ativismo e atividade
Receber	Dar, prestar voluntariado, trocar
Fonte: Osório e Pinto (2007: 216)	

Deveremos fazer a leitura deste quadro concomitantemente aos resultados que temos comentado até este momento, em matéria de autopercepção de saúde, de participação e, como agora iremos ver, de dependência física e instrumental.

Atividades de vida diária (AVD) são as tarefas de desempenho diário que todos temos, englobando atividades como sejam: vestir-se, alimentar-se, tomar banho, pentear, andar de um lado para o outro, passar de uma cadeira de rodas para outra cadeira, ou outras. A escala de avaliação da dependência nas atividades de vida diária utilizada pretendeu avaliar níveis de dependência (nula, ligeira, moderada, severa e muito severa), nas seguintes atividades: (1)

corporais: alimentação, higiene, eliminação; (2) atividades locomotoras: transferências, deslocação, espaço de vida; (3) atividades sensoriais: fala, visão, audição; (4) atividades mentais: memória, comportamento, humor.

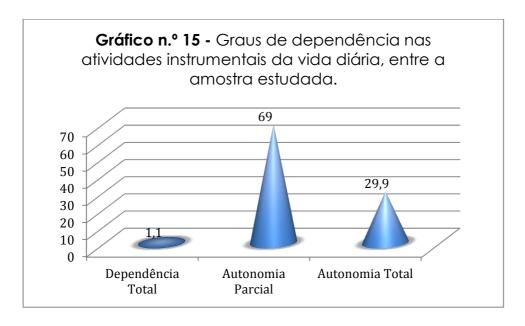
Os resultados concentram-se no gráfico número 14 e permitem concluir que 69,3% dos inquiridos possuem um grau ligeiro de dependência e 30,3% possuem um grau nulo de dependência. Não houve ninguém com grau severo ou muito severo de dependência incluído nesta amostra, o que demonstra bem a autonomia nas atividades de vida diária, mas também o potencial de agravamento, no curto/médio prazo.



Quanto às atividades instrumentais de vida diária (AIVD) elas englobam aspetos da vida como sejam a utilização do telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, tomar medicamentos, usar transportes, preparar refeições, fazer a lida da casa, lavar/tratar a roupa.

Todas estas atividades constavam da escala utilizada e os resultados obtidos da sua aplicação estão consignados ao gráfico número 15. Neste verificamos que a amostra estudada concentra-se entre a autonomia parcial (69%) e a autonomia total (29,9%). Estes níveis de

dependência são reveladores do inexorável envelhecimento das estruturas sensoriais e perceptivas que estão subjacentes a estes desempenhos e da necessidade de acompanhamento e intervenção por parte de voluntariado e de cuidadores informais.



Para lermos corretamente estes dados deveremos fazer a sua comparação com os de outros estudos. Começámos por compara-los com o estudo realizado pelo Observatório Nacional de Saúde (2001), baseado num inquérito com uma amostra representativa da população idosa (>65anos), sobre a saúde dos idosos, em particular as capacidades funcionais e locomotora e a rede social de suporte. A amostra foi constituída por 692 pessoas com 65+ anos que concluiu que necessitam de ajuda nas AVD: 36% dos indivíduos com idade superior ou igual a 85 anos; 14,7% dos indivíduos com 75 a 84 anos; 8,7% dos indivíduos com 65 ou mais anos.

Embora não tendo cruzado os nossos resultados com as mesmas variáveis que os estudos citados, aceitamos que estes graus de dependência possuem uma estreita relação com fatores sociodemográficos, como sejam a idade e o sexo. Nesta medida,

sobram-nos argumentos para mantermos a defesa de uma cidadania ativa e de uma participação social cada vez maior, combatendo os estereótipos vigentes acerca dos idosos como grupo homogéneo e de que a idade avançada é uma mera expectativa de terminar os dias com a melhor qualidade de vida possível.

Fatores atitudinais

As questões que de seguida colocamos no questionário relacionavase com aspetos importantes de satisfação com a vida ou de
personalidade que se relacionam com dependência/independência
que anteriormente conhecemos. Sabemos que já que a melhoria das
condições gerais de vida das populações é responsável por maior
longevidade. Porém, o desenvolvimento do conhecimento na área
das ciências da saúde, não tendo resolvido a maioria das doenças
conhecidas, acabou por as transformar em doenças crónicas, ou seja,
doenças que acompanham as pessoas durante toda a vida, ou em
grande parte do seu ciclo vital. Uma das avaliações que se tornou
clássica para a avaliação do êxito dos tratamentos ou das
intervenções de saúde tem sido a ideia de qualidade de vida. Esta
forma de avaliação acabou por transcender este âmbito e por ser
adoptado para muitas outras dimensões da vida humana.

É evidente a relação da satisfação com a vida, com o meio cultural onde é estudado. Estamos em crer que a amostra estudada – como aliás muitos dos portugueses nesta idade – viverão entre processos de transição que os questionam intimamente: se por um lado, inicialmente nas suas vidas – ao tempo de uma sociedade mais ruralizada ou piscatória – se dava primordial importância às questões coletivas, eis que as transformações recentes valorizam cada vez mais os valores individualistas. Finalmente, agora que estão a envelhecer, voltamos a pretender que regressem aos seus valores de origem, ou seja, uma sociedade em que a interdependência seja um valor maior

e eventualmente, aquele que pode ajudar quem envelhece a sentirse, de novo, um cidadão de pleno direito.

Se olharmos para o quadro número 16 verificamos que estamos perante uma amostra de pessoas que se sentem satisfeitas com a vida (70, 4% de satisfeitos aos quais se juntam 6,3% de muito satisfeitos); de pessoas que não têm motivos (dos elencados) para se sentirem deprimidos ou menos optimistas com a vida (desde óbitos na família a doenças em familiares e amigos), pessoas que são naturalmente optimistas (69,7% vêm sempre as coisas pelo lado bom), embora vivam as suas vidas com algumas preocupações (53,5%) e que sentem que tomam a direção a dar às suas vidas nas suas mãos (40,8%).

Quadro n.º 16 – Questões atitudinais investigadas na amostra do estudo

do estudo			
Como descreve a sua satisfação atual com a vida?			
	Número	Percentagem	
Muito satisfeito	18	6,3%	
Satisfeito	200	70,4%	
Insatisfeito	50	17,6%	
Muito insatisfeito	12	4,2%	
Não sabe	1	0,4%	
Não responde	3	1,1%	
Total	284	100,0%	
Mudou de emprego?			
	Número	Percentagem	
Não	284	100,0%	
Doença grave em amigo/familiar			
	Número	Percentagem	
Não	246	86,6%	
Sim	38	13,4%	
Total	284	100,0%	
Óbito na família?			
	Número	Percentagem	
Não	243	85,6%	
Sim	41	14,4%	
Total	284	100,0%	
Morte amigos?			

	Número	Percentagem
Não	273	96,1%
Sim	11	3,9%
Total	284	100,0%
Doença grave de amigos?		
	Número	Percentagem
Não	280	98,6%
Sim	4	1,4%
Total	284	100,0%
Considera-se uma pessoa que vê sem bom?	npre as cois	as pelo lado
	Número	Percentagem
Sim	198	69,7%
Não	56	19,7%
Não responde	30	10,6%
Total	284	100,0%
Descreve a sua vida, como:		
	Número	Percentagem
Cheia de preocupações (de		
stresse)?	55	19,4%
Com algumas preocupações?	152	53,5%
Com poucas preocupações?	51	18%
Não responde	22	7,7%
Sem preocupações?	4	1,4%
Total	284	100,0%
Em relações às decisões que afetam o sente:	a sua vida d	atual e futura,
	Número	Percentagem
Não é você quem decide?	21	7,4%
Há coisas que pode decidir?	50	17,6%
A maioria das coisas dependem da		
sua decisão?	65	22,9%
É você quem decide tudo da sua		
vida?	116	40,8%
Não responde	32	11,3%
Total	284	100,0%

A autonomia que as pessoas pertencentes à amostra sentem, pode ser traduzida tal como Parmelee e Lawton (1990: 465) já o haviam feito: "estado em que a pessoa se define ou se sente capaz de prosseguir objetivos de vida, utilizando os seus próprios recursos". Ao

longo da vida, a dinâmica entre a dependência e a independência assumem papel importante: a dependência da infância vai sendo substituída pela independência do adolescente, até atingir o seu auge na idade adulta. Dai para a frente caminhar-se-á progressivamente, e pretende-se que o mais lentamente possível, para a dependência induzida pelo envelhecimento.

também Aprendemos que estas questões de dependência/independência são predominantemente contextuais, veja-se, por exemplo as situações de sobreprotecção de crianças ou mesmo de adultos, quer por parte de familiares, quer da parte de profissionais. Finalmente, à autonomia e dependência são atribuídos valores: enquanto que a autonomia é positivamente valorizada, a dependência é negativamente conotada. Claro que esta valoração pode ser questionada: a dependência emocional é central na relação amorosa e, por outro lado, pode ser muito questionável a luta pela autonomia em situações de dependência do doente em fase terminal.

Porém, ainda mais importante, e explicativo do sentir dos nossos entrevistados, parece ser a explicação de Wahl (2001): para este modo de sentir que os idosos experimentam, é essencial a resolução de questões específicas da idade adulta e das suas transições. O apoio e a solidariedade que se demonstram durante a idade adulta para com os filhos, mas também, em sentido lato, a capacidade que existe para transferir para a geração seguinte, a experiência e saber acumulados. Lidar com a situação de "ninho vazio", relacionar-se com os (agora) filhos adultos que estão em casa – ou fora dela -, tornarem-se avós, constituem outros tantos desafios essenciais a um envelhecer com confiança e autonomia.

Quais as consequências destas dinâmicas entre autonomia e dependência? Baltes e Silverberg (1994) insistentemente descreveram

a noção de interdependência, capaz de ligar agência e autonomia, bem como laços e ligações afetivas na idade adulta. A interdependência está em evidência quando os adultos precisam dos mais jovens, de tal forma que sentem que estes também precisam deles, sobretudo para lhes transmitirem saber e experiência de vida. Normalmente são as mulheres as mais capazes de demonstrar interdependência e ligações afetivas, contribuindo por isso, para fortalecer laços familiares e de vizinhança.

Parte 4. Ambiente físico

Integraram a pesquisa acerca do ambiente físico, aspectos como a localização e condições do alojamento, o sentimento de segurança, os transportes e o risco de quedas.

Localização e condições do alojamento

Verificamos no quadro número 17 que a maioria dos nossos entrevistados habita em moradias (68%) ou em apartamentos, sendo que a percentagem mais elevada destes (16,9%) habita acima do résdo-chão. Declaram que as suas habitações são de fácil acesso a pé para 94% dos inquiridos e também de carro, para 77,8%. Destacamos contudo, que a acessibilidade a pé é difícil para 7 entrevistados (2,5%) e de carro para 16 pessoas (5,6%).

O tipo de ocupação das casas é maioritariamente por propriedade pessoal, para 77,5% dos inquiridos ou de aluguer (15,8%). Estão ainda incluídos na amostra casos de pessoas com habitação social (2,8%) e em regime de coabitação com familiares (2,1%) ou de amigos (0,4%).

Quadro n.º 17 – Características das habitações das pessoas inquiridas

inquinaas		
Tipo de alojamento:		
	Número	Percentagem
Apartamento acima do rés-do-chão	48	16,9%
Apartamento no rés-do-chão do		
prédio	31	10,9%
Moradia (vivenda)	193	68%
Alojamento familiar não clássico ⁶	8	2,8%
Duplex	2	0,7%
Anexo	2	0,7%
Total	284	100,0%
O local onde mora é de fácil acesso a	pé:	
	Número	Percentagem
Sim	267	94%
Não	7	2,5%
Não responde	10	3,5%
Total	284	100,0%
O local onde mora é de fácil acesso de carro:		
	Número	Percentagem
Sim	221	77,8%
Não	16	5,6%
Não responde	47	16,5%
Total	284	100,0%
Tipo de ocupação da casa		
	Número	Percentagem
Não responde	4	1,4%
Aluguer	45	15,8%
Casa própria	220	77,5%
Em habitação social	8	2,8%
Em coabitação em casa de familiar	6	2,1%
Em coabitação em casa de amigo	1	0,4%
Total	284	100,0%

De acordo com a PORDATA, o número de alojamentos clássicos ocupados por proprietários em Peniche, eram 4 000 nos censos de 2011, sendo que os que tinham encargos de compra, a essa data, eram 3 115, e 4 780 não tinham encargos de compra. Já os

_

⁶ Incluem-se a barraca, o alojamento móvel, a casa rudimentar de madeira e o alojamento improvisado, entre outros não destinados à habitação.

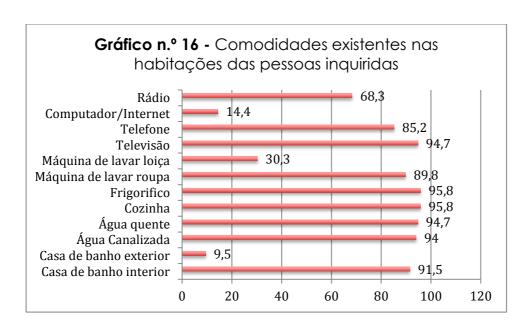
alojamentos familiares não clássicos, segundo a mesma fonte e no mesmo ano, eram contabilizados da seguinte forma: 24 barracas e 43 habitações classificadas como "outro tipo de habitação".

No caso do aluguer, de acordo com a PORDATA, havia em 2011 (censos), 2 192 casas arrendadas em Peniche, sendo que as rendas oscilavam entre 100€ (980 casas) e os 500€ ou mais (7 casas). Estes valores seguem a regra da zona Oeste de Portugal Continental, sendo sempre maior o número de rendas de 100€ e menor o número de casas com rendas mais elevadas.

Segundo a mesma fonte e ano, o número médio de residentes nos alojamentos era de 2,5 em Peniche. Estando em linha com o que se passa de norte a sul de Portugal Continental, esta realidade vem sublinhar a importância das estatísticas relativas a famílias unipessoais: em Peniche, segundo a mesma fonte e ano, havia 2 394 famílias unipessoais, sendo de 1 256 aquelas que tinham pessoas com 65 ou mais anos.

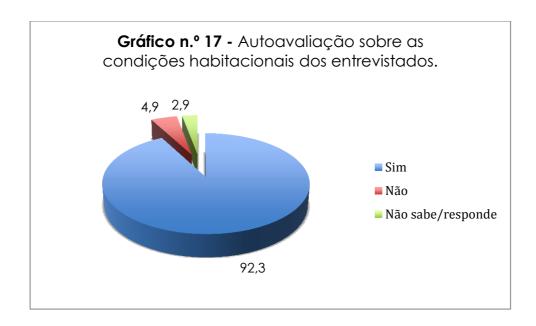
De seguida pretendemos conhecer as comodidades existentes nos domicílios dos inquiridos. De acordo com o gráfico número 16, a cozinha existe em 95,8% das habitações das pessoas inquiridas, assim como o frigorífico (95,8%). Existe água quente em 94,7% dos domicílios e uma casa de banho interior existe em 91,5% dos casos. Existe casa de banho exterior em 9,5% dos casos.

A água canalizada está instalada em 94% das casas e uma máquina de lavar roupa existe em 89,8% dos casos. As máquinas de lavar loiça são menos numerosas, existindo em 30,3% dos casos. O telefone é uma comodidade existente em 85,2% das casas das pessoas inquiridas e apenas 14,4% possuem computador com ligação à Internet. O rádio existe em 68,3% das habitações das pessoas inquiridas.

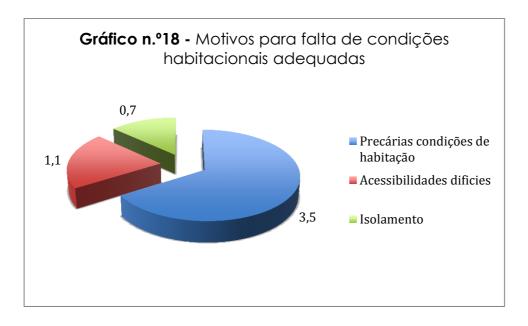


De acordo com a PORDATA, em Peniche, nos censos de 2011 verificou-se que a água canalizada chegava a 10 856 casas e havia duche/banho em 10 742 casas. Havia instalações sanitárias em 10 823 habitações. Devem conjugar-se finalmente, estas comodidades com a capacidade aquisitiva das pessoas. Os dados mais recentes foram disponibilizados pelo INE a 13 de dezembro de 2012 e exprimem o Produto Interno Bruto per capita em Portugal (PIBpc), assim como a Despesa de Consumo Individual per capita (DCIpc), para 37 países, medidos em termos relativos, face à média da União Europeia (UE27=100,0%). Enquanto que o PIBpc é um indicador de nível económico, o DCIpc é um indicador que reflete o bem estar das famílias. Neste último indicador, Portugal estava em 84,1% da média da UE em 2010 e a 81,4% da mesma média em 2011, o que indica que o poder de compra está claramente a diminuir.

Perguntámos depois às pessoas que constituem a amostra se entendiam habitar uma casa adequada às suas condições e à sua saúde. A maioria dos entrevistados entende que habita um local adequado (92,3%), sendo que 4,9% (14 pessoas) dizem habitar num local que, por algum motivo, não reúne condições. Os resultados estão no gráfico seguinte.



Às pessoas que declararam não ter condições nas suas habitações, solicitámos a descrição dessas dificuldades. Os resultados estão contidos no gráfico número 18. Verificamos que as pessoas entendem viver com precárias condições de habitação (3,5%), difíceis acessibilidades (1,1%) e isolamento (0,7%).



Em termos de condições ambientais, os entrevistados responderam que o ruído (10,9%) e a poluição do ar (7,4%) seriam os factores que mais influenciaram a sua saúde nos últimos 5 anos.

Quadro n.º 18 – Factores ambientais que influenciaram a saúde dos entrevistados nos últimos 5 anos

	Percentagem
Poluição do ar	7,4%
Ruído	10,9%
Localização da residência	1,4%
Condições de habitação	1,8%
Necessidades de obras em casa	1,1%

A qualidade e a dignidade da vida das pessoas com idades avançadas passa pela sua habitação, pelos acessos e pela possibilidade de acederem a construções dignas, quer seja em meio urbano, quer em meio rural. A questão neste momento, não passa já por aquilo a que habitualmente chamamos "qualidade da habitação", seja qual for a ideia que cada um de nós faz sobre isso: podemos falar sobre materiais de construção, acabamentos ou muitos outros. Neste momento e para os anos que se seguem trata-se de construir habitações e seus acessos de modo a acomodar esperanças de vida mais longas. Esse facto passa por gerir as barreiras arquitectónicas habituais (escadarias, desníveis, falta de sinalização sonora ou visual), mas também de incorporar equipamentos desenhados para todas as idades: desde puxadores de portas, à sua largura, até aos desenhos ergonómicos desses mesmos equipamentos, de modo a serem utilizados por pessoas com algum tipo de limitação física ou sensorial. No futuro, cerca de metade da nossa população terá 65 anos ou mais e quererão viver em casas que respondam às suas necessidades. Muitos são os que atualmente, tendem a conviver com dificuldades de acesso e de utilização, ou que tendem a resolver os constrangimentos, pois não sabem a quem e como recorrer a ajuda.

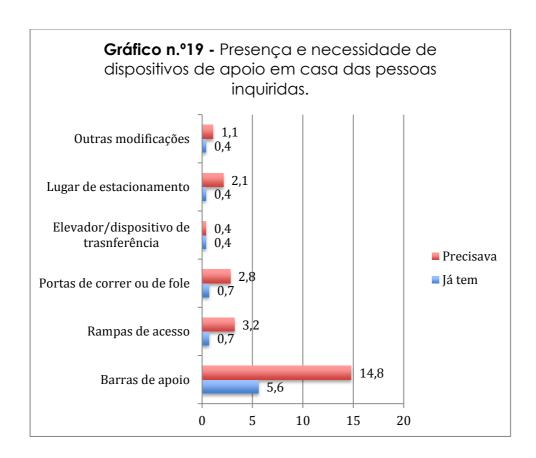
É isso que está espelhado no quadro número 19. A maioria dos inquiridos afirma não precisar de obras em casa 98,9% e apenas 3 pessoas (1,1%) dizem necessitar destas obras. Perguntámos às pessoas

o que fazem quando precisam de pequenas obras. Nesse caso há 18,3% que faz essas obras, 36,3% pedem ajuda e 42,6% contrata quem faça.

Quadro n.º 19 – Procedimento dos inquiridos face a pequenas obras em casa.

Necessidades de obras em casa				
	Número	Percentagem		
Não	281	98,9%		
Sim	3	1,1%		
Total	284	100,0%		
Você próprio faz				
	Número	Percentagem		
Não	232	81,7%		
Sim	52	18,3%		
Total	284	100,0%		
Pede ajuda				
	Número	Percentagem		
Não	181	63,7%		
Sim	103	36,3%		
Total	284	100,0%		
Contrata quem faça				
	Número	Percentagem		
Não	163	57,4%		
Sim	121	42,6%		
Total	284	100,0%		

De seguida perguntámos às pessoas se dispunham de equipamentos de apoio que lhes permitissem a deambulação e utilização das suas casas e verificamos que os dispositivos de apoio que mais existem são as barras de apoio (5,6%), mas é também a que as pessoas referem necessitar mais (14,8%). Veja-se ainda no gráfico n.º 19 que apenas 0,7% das pessoas dispõem de rampas de acesso e portas de correr ou de fole, mas que 3,2% têm necessidade de rampas e 2,8% necessitariam de portas de correr ou de fole em suas casas.



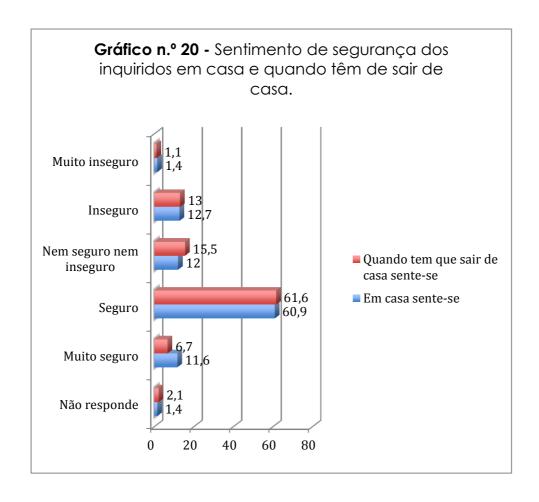
Com verificamos anteriormente, com o poder de compra a diminuir, mas habitando casas que não levaram em conta o envelhecimento destas pessoas, torna-se muito complicado para os moradores fazerem obras de adaptação às suas dependências atuais ou futuras. A questão deve ser vista em perspetiva, na medida em que se já existem agora as limitações apontadas, muitas mais iremos ter de futuro. Acresce ainda que, uma vez que se intensifica a prática de cuidados no domicílio, também esta atividade terá de ser acautelada: possibilidade de reinstalar a pessoa num quarto de fácil acesso, desimpedido de mobiliário supérfluo, sem fios elétricos espalhados pela chão, sem tapetes, com ambiente aquecido. Por isto tudo, entende-se que o investimento nesta área é prioritária, na medida em que se este não ocorrer de momento, estaremos a condenar as pessoas a viver em casas com cada vez menos condições, por falta de perspetiva: ao tempo das suas construções estas obedeciam a todos os requisitos; e doravante?

Sentimento de segurança

Como já atrás ficou expresso, o envelhecimento ativo é um processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, das pessoas (ou grupos populacionais) que vão envelhecendo. É neste contexto que deveremos falar de segurança, ou de inseguranças. As incertezas vão aumentando a cada dia que passa. As pessoas vão-se sentindo mais frágeis, mais vulneráveis entre as mudanças que vão ocorrendo a uma velocidade cada vez maior. Criados num tempo em que havia coisas para a vida, certezas a que se agarrassem, as pessoas assistem hoje a profundas mudanças nas formas de vida e de relacionamento interpessoal que lhes transmitem sensações de risco e indefesa. Sentem-se inseguras nas ruas e até mesmo em suas casas. As sensações de isolamento e solidão tornam-se ainda mais intensas dada a desconfiança em relação a estranhos, mas sobretudo porque a violência mais frequente espera-se das pessoas conhecidas, muitas delas convivem com os idosos diariamente.

Neste contexto fizemos uma série de perguntas aos idosos inquiridos para conhecermos as ideias de segurança que possuíam. No gráfico número 20 encontramos as respostas às perguntas sobre o sentimento de segurança em casa e fora dela. De um modo geral 72,5% dos inquiridos sentem-se seguros em casa – 60,9% seguros e 11,6% muito seguros – e 14,1% sentem-se inseguros – 12,7% inseguros e 1,4% muito inseguros.

Já fora de casa predominam os sentimentos de segurança (68,3%) sendo 61,6% que se sentem seguros e 6,7% que se sentem muito seguros. 14,1% dos inquiridos sentem-se inseguros na rua, sendo 13% inseguros e 1,1% muito inseguros.



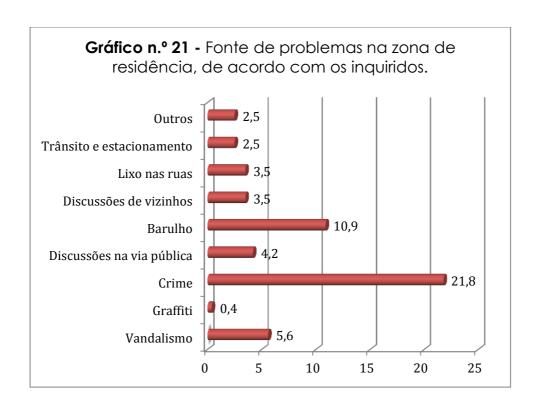
Perguntámos às pessoas de seguida se sentiam inseguras fora de casa durante a noite e durante o dia. As respostas estão no quadro número 20 e verificamos ali, que 79,6% das pessoas não se sente limitada por motivos de segurança, fora de casa durante o dia, e que 70,4% também nutre o mesmo sentimento de segurança durante a noite.

A maioria dos respondentes entende que habitam lugares muito pacíficos – 85,9% - onde há distúrbios de tempos a tempos – 11,6%. É relevante a ideia de que o grau de violência da zona que habitam não se alterou – 57%, sendo porém mais aqueles que afirmam que tem aumentado nos últimos 5 anos – 37,3%, obtido da soma dos que afirmam que tem aumentado pouco (23,9%) e os que afirmam que tem aumentado muito (13,4%).

Quadro n.º 20 – Sentimento de segurança fora e dentro de casa e percepção de violência no lugar que habita.

Este sentimento de segurança limita a sua atividade fora de casa			
durante o dia?			
	Número	Percentagem	
Sim	47	16,5%	
Não	226	79,6%	
Não sabe	2	0,7%	
Não responde	9	3,2%	
Total	284	100,0%	
Este sentimento de segurança	limita a su	a atividade fora de casa	
durante a noite?			
	Número	Percentagem	
Sim	69	24,3%	
Não	200	70,4%	
Não sabe	6	2,1%	
Não responde	9	3,2%	
Total	284	100,0%	
Na sua opinião, o seu local de			
	Número	Percentagem	
Muito pacífico	244	85,9%	
Há distúrbios de tempos a			
tempos	33	11,6%	
Há distúrbios frequentes	6	2,1%	
Há sempre distúrbios	1	0,4%	
Total	284	100,0%	
Em sua opinião, nos últimos cinco anos, na sua zona de residência o grau de violência:			
-	nco anos, i	na sua zona de residencia o	
-	Número	Percentagem	
-			
grau de violência:	Número	Percentagem	
grau de violência: Não responde	Número 9	Percentagem 3,2%	
grau de violência: Não responde Aumentou muito	Número 9 38	Percentagem 3,2% 13,4%	
grau de violência: Não responde Aumentou muito Aumentou pouco	Número 9 38 68 162 5	Percentagem 3,2% 13,4% 23,9%	
grau de violência: Não responde Aumentou muito Aumentou pouco Não se alterou	Número 9 38 68 162	Percentagem 3,2% 13,4% 23,9% 57%	

A questão seguinte tem os resultados resumidos no gráfico número 21. Ali podemos verificar que o problema de segurança mais identificado pelos idosos é o crime (21,8% dos inquiridos), logo seguido do barulho (10,9%) e do vandalismo (5,6%).



Qualquer destas dimensões (crime, barulho, vandalismo) são suficientes para transmitir uma sensação de insegurança que impede os idosos de fazerem a sua vida com normalidade, e sobretudo, de desenvolverem relações de confiança com a sua envolvente social (vizinhos, amigos e a própria família). As perguntas seguintes relacionavam-se com as questões de confiança. Sabemos que as relações que os idosos estabelecem com a sua envolvente social são determinantes para a sua saúde e bem estar. Quem tem amigos, tem muito mais hipóteses de garantir ajuda quando dela necessita: para questões de saúde, mas também para outras ajudas necessárias. A rede social em que os idosos estão inseridos, influencia os seus comportamentos, mas também o seu acesso aos recursos existentes. Por isso, incluímos as questões que se encontram no quadro número 21 respondidas.

Verificamos que 71,1% dos idosos tendem a confiar nas pessoas que habitam na sua vizinhança, 70,1% dizem que podem confiar neles,

tanto que 50,4% poderiam pedir-lhes uma pequena quantia de dinheiro em caso de lhes faltar para pagar uma pequena conta e 68,3% poderiam esperar ajuda se fossem assaltados na rua.

Expectativa inversa seria a das pessoas entrevistadas em relação a outros aspetos: 66,5% não esperavam que lhes devolvessem a carteira em caso de a terem perdido e também são poucos os que esperavam que lhes dissessem que lhes tinham estragado o carro: 83,5% entendem que isso não acontecia.

Quadro n.º 21 – Questões de confiança respondidas pelos inquiridos

Referindo-se à sua vizinhança pode dizer que confia:			
	Número	Percentagem	
Em todas as pessoas	202	71,1%	
Há muitas pessoas em quem pode confiar	33	11,6%	
Há algumas pessoas em quem pode			
confiar	27	9,5%	
Há poucas pessoas nas quais pode confiar	18	6,3%	
Não há pessoas em quem tenha			
confiança	4	1,4%	
<u>Total</u>	284	100,0%	
Em relação à sua vizinhança diria que:			
	Número	Percentagem	
Nunca é demais ter cuidado com eles	39	13,7%	
Pode confiar em toda a gente	199	70,1%	
Depende da situação	46	16,2%	
Total	284	100,0%	
Pedia ao vizinho o dinheiro que faltava para necessário?	completar	o montante	
	Número	Percentagem	
Não	141	49,6%	
Claro que pedia	143	50,4%	
Total	284	100,0%	
Se perdesse a carteira aqui na sua zona de r	residência e	podia esperar	
que a devolvessem, caso a encontrassem?			
	Número	Percentagem	
Não	189	66,5%	
Claro que pedia	95	33,5%	
Total	284	100,0%	
Alguém da sua vizinhança o iria socorrer se t		tado na rua?	
	Número	Percentagem	
Não	90	31,7%	
Claro que iria	194	68,3%	

	Total	284	100,0%	
Se alguém estragasse o seu carro	(ou de um vi	zinho) sem v	você ver,	
podia esperar que essa pessoa deixasse lá um cartão para você				
contatar a pedir responsabilidades?				

	Número	Percentagem
Não	237	83,5%
Claro que podia	47	16,5%
Total	284	100,0%

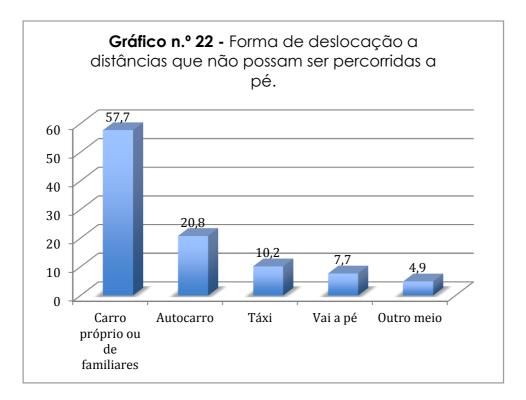
Diríamos que os idosos entrevistados vivem numa dualidade de sentimentos em relação à sua segurança e à confiança nos seus vizinhos. Há circunstâncias em que podem esperar solidariedade e outras em que isso não é expectável. Poderá haver vizinhos nos quais eles confiam – sobretudo os que vivem mais perto de si, ou os que têm a mesma idade – mas haverá outros nos quais não confiam e aos quais apontam mesmo algum acréscimo de problemas na vizinhança.

As soluções tomadas por outros municípios tem passado pela identificação de pessoas que vivem sós ou em lugares isolados, ou que estão em ambas as situações: vivem sós em lugares isolados. As preocupações com os burlões que se aproveitam da ignorância dos idosos, ou de outros criminosos que roubam e agridem os idosos são as maiores preocupações. Seria importante que estas preocupações fossem conjugadas com os recursos existentes nas habitações, já que não poderemos equacionar a presença de um elemento de segurança com cada idoso. Verificámos que alguns idosos não têm telefone e que são muito poucos os que utilizam o computador. Estes modos de pedir ajuda são essenciais e poderiam também ser equacionados em termos de segurança.

Transportes

A mobilidade dos idosos é essencial para poderem aceder aos recursos existentes na sua área habitacional. Verificamos pelo gráfico número 22 que a maioria das deslocações dos idosos é feita em carro

próprio, ou seja, 57,7% deslocam-se desta forma, sendo que 20,8% desloca-se em autocarro e 10,2% vai de táxi, quando é necessária uma deslocação. É importante referir que as alternativas fornecidas para a resposta eram: em carro próprio, em autocarro, de táxi ou outros. A alternativa acrescentada por 7,7% dos inquiridos foi a de deslocar-se a pé.



Ainda a propósito das deslocações perguntámos às pessoas se sentem que não podem sair de casa por falta de transporte. Havendo 85,9% que não sentem este impedimento, há 8,5% que referem não sair por falta de transporte.

Pretendemos ainda saber se as pessoas não deixam de fazer coisas essenciais por falta de transporte. Dessas coisas elegemos a ida à farmácia – 92,3% dizem que a falta de transporte não é impedimento – e se pedem a alguém que os substitua em tarefas como fazer compras ou aviar receitas. Quem não pede substituição nestas tarefas representa 47,9% e quem pede representa 45,4%.

Quadro n.º 22 – Questões relacionadas com transporte e acesso a recursos colocadas aos inquiridos.

a recorsos corocadas dos inquindos.					
Sente que não pode sair de casa por falta de transporte?					
	Número	Percentagem			
Sim	24	8,5%			
Não	244	85,9%			
Não responde	16	5,6%			
Total	284	100,0%			
Deixou de ir à farmácia por falta de transporte?					
	Número	Percentagem			
Sim	6	2,1%			
Não	262	92,3%			
Não responde	16	5,6%			
Total	284	100,0%			
Em caso de necessidade ou por falta de transporte tem de pedir					
a familiares ou a vizinhos que lhe façam compras ou que lhe					
aviem receitas?	•				
	Número	Percentagem			
Sim	129	45,4%			
Não	136	47,9%			
Não responde	19	6,7%			
Total	284	100,0%			

Risco de quedas

As quedas entre os idosos, ao contrário do que ocorre em várias outras ocasiões da vida, são normalmente de etiologia multifatorial, indo desde doenças agudas às doenças crónicas, como situações prodrómicas de outras doenças ou fenómenos idiopáticos. O risco de cair nesta idade aumenta, conforme o número e qualidade das situações patológicas ou fatores de risco pré-existentes, sendo por isso muito importante, preveni-las. Muitos esforços estão a ser feitos no sentido de prevenir as quedas nos idosos, que podem ir de experiências de fortalecimento muscular (com evidente benefício ao nível do equilíbrio), até à incorporação de dispositivos de monitorização a distância, que permitem saber se uma pessoa, que está em sua casa, está caída e tem de ser ajudada a levantar.

Reconhecendo esta importância, muito esforço tem sido feito para elaborar uma bateria de perguntas que permitam identificar o risco de quedas para uma pessoa (ou grupo), de acordo com o ambiente, a idade, o género e outras circunstâncias.

Nesta parte do questionário identificamos primeiro a experiência pessoal com a situação e depois foram feitas algumas perguntas que integram habitualmente os questionários identificativos de risco de queda nos idosos. A primeira constatação (Quadro n.º 23) foi que 43,7% dos inquiridos experimentaram episódios de quedas durante o ano anterior. Verificamos que se trata de um número elevado, e também constatámos que dessas quedas 70,1% não ficou com ferimentos, mas 14,8% ficou com ferimentos que não necessitaram de intervenção profissional e 9,2% tiveram de ter assistência por profissionais de saúde. Estes dados estão no quadro n.º 22.

Quadro n.º 23 – Quantidade de quedas ocorridas no ano anterior entre a amostra estudada e as suas consequências.

erille a arriosita estudada e as suas consequencias.					
No último ano houve algum episódio em que tivesse caído no					
chão?					
	Número	Percentagem			
Sim	124	43,7%			
Não	154	54,2%			
Não responde	6	2,1%			
Total	284	100,0%			
Dessa queda:					
	Número	Percentagem			
Não resultaram ferimentos	199	70,1%			
Ficou com ferimentos que não					
necessitaram de tratamento médico	42	14,8%			
Ficou com ferimentos que tiveram de					
ser tratados por pessoal médico	26	9,2%			
Resultou uma (ou várias) fraturas	17	6%			
Total	284	100,0%			

No quadro número23 estão resumidas s respostas dos inquiridos a várias questões identificadoras da propensão pessoal para quedas. Começamos por constatar que 71,5% dos inquiridos toma até cinco

medicamentos diferentes e que 24,3% toma entre 6 e 10 medicamentos. 58,8% dos inquiridos teve períodos de tonturas no ano anterior. 43% dos inquiridos não consegue ver claramente imagens e objetos e 45,4% destes não vão ao oftalmologista há mais de 2 anos. 56,3% dos inquiridos possuem as pernas ou pés dormentes e 29,6% tem necessidade de se amparar, quando caminha.

Quadro n.º 24 - Avaliação do risco de queda entre os respondentes.

A la la la casa de la				
Ao todo, quantos medicamentos diferentes está a tomar?				
Percentagem Percentagem Percentagem				
0 a 5	71,5%			
6 a 10	24,3%			
11 a 15	2,2%			
16 ou mais	2,2%			
Tem ou já teve durante o ano anter	•			
	Percentagem			
Sim	58,8%			
Não	37,3%			
Não sabe	0,4%			
Não responde	3,5%			
Tem ou teve durante o ano anterior	, os seguintes problemas visuais:			
	Percentagem			
Não consegue ver claramente				
imagens e objetos	43%			
Não consegue ter a noção das				
distâncias (ao descer				
escadas, aproximação				
dos carros)	9,5%			
Não consegue distinguir objetos				
de grandes dimensões				
com pouca luz	2,1%			
Não vai a um oftalmologista há	,			
mais de 2 anos	45,4%			
Problemas atuais	, ·			
	Percentagem			
Pernas ou os pés dormentes	56,3%			
Gota ou joanetes	20,4%			
Necessidade de se amparar	29,6%			
Dificuldade em sentar-se ou	=1,7676			
levantar-se	21,8%			
	=:/5/5			

Assinale-se que foi feita a opção por não ser utilizada uma escala de avaliação de risco de quedas, pelo facto da entrevista não estar a ser feito por pessoal especializado, mas pelos resultados apresentados, esta amostra possui elevado risco para a ocorrência de quedas, na medida em que toma vários medicamentos, padece de várias patologias (eventualmente crónicas), muitos deles referentes ter tido episódios de tonturas no ano anterior, muitos deles possuem dificuldades visuais e alterações neurológicas dos membros inferiores (dormência, para além de deformidades dos pés, com necessidade de se ampararem quando caminham.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2007), o rápido envelhecimento das populações pode contribuir para que as consequências das quedas nestas populações se tornem epidémicas, com enormes encargos económicos e sociais. A natureza multifatorial e complexa destes episódios, exige ações concertadas de várias instituições e atores sociais, e a integração de medidas proactivas nas políticas públicas de saúde.

Parte 5. Ambiente social

Nos processos de desagregação económica ocorrem enormes desafios à família. As questões do desemprego, das desigualdades sociais, a pobreza e a marginalização social são desafios à constituição de laços familiares e sociais fortes, que permaneçam e facultem a ajuda necessária. A família, no seio da qual as crianças nascem e têm as primeiras experiências de relacionamento, afeto, satisfação e também de cumprimento (ou não) de desejos e convicções, deixou de ser a sacrossanta instituição de referencia na sociedade, passando a integrar cada vez menos elementos. Sobretudo as famílias de idosos, pessoas que estão juntas há mais de 45 anos, assistiram ao nascimento dos seus filhos, à sua partida, eventualmente ao seu regresso, e por vezes com mais um

descendente, e experimentaram o que significa transformar a relação diádica (entre o casal), bastante equilibrada porque aprendida e exercitada durante vários anos, numa relação triádica ou com mais focos, que cria assimetrias, litígios e diferenças, tem sido alvo de controvérsias teóricas.

De todos os modos, as famílias de hoje são vividas a várias velocidades: umas vezes mais intensa e estável, de outras vezes, mais passageira e distante. É esta família que se junta e afasta, que se constitui e reconstitui em permanência, que acompanha os idosos de hoje, que a olham, vivem e refletem à luz de uma ideia bem mais à semelhança da família nuclear do seu nascimento que aqui se debaterá. Mas são também estas transformações que fazem com que as pessoas idosas se sintam marginalizadas ou incluídas socialmente.

Foi exatamente esta apreciação que pretendemos fazer nesta parte do questionário. Começámos por perguntar às pessoas com quem moravam. Não resistimos à tentação de colocar por inteiro a tabela (número 1) que resulta da agregação de dados, para que se apreciam por inteiro as diversidades de coabitação registadas.

Como se pode verificar pela tabela, existe uma significativa diversidade de arranjos de coabitação, indo do mais comum – 44,4% dos inquiridos vivem com os esposos – até ao viver sozinho, que ocorre para 23,9% dos respondentes. Existem depois uma série de nuances que passam pela coabitação com a filha – 8,1% dos inquiridos -, esposa e a filha – para 4,9% dos inquiridos -, com esposa e neto – para 3,5% dos inquiridos – até com a esposa, a filha e o pai – em 0,7% dos inquiridos.

Tabela n.º 1 - Ordenação das respostas à pergunta "Com quem está a morar"

Com quem está a morar?	Número	Percentagem
Não responde	19	6,7%
Filhos	2	0,7%
Companheiro/a	1	0,4%
Esposa, filha, pai	2	0,7%
Esposa; Filha	14	4,9%
Esposa; Filha; Neto	3	1,1%
Esposa; Filhos; Sogro	1	0,4%
Esposa; Neto	10	3,5%
Esposo	126	44,4%
Filha	23	8,1%
Filha, genro	2	0,7%
Filha, genro, netos	2	0,7%
Filhas; Neta; Marido; Genro	2	0,7%
Filho; Nora; Netos; Esposo	1	0,4%
Irmão	1	0,4%
Marido; Irmão	1	0,4%
Marido; Mãe	1	0,4%
Neto/a	4	1,4%
Senhora	1	0,4%
Sozinha	68	23,9%
Total	284	100,0%

Estes dados servem para debater, embora muito brevemente, a ideia construída de que mudança e descontinuidade na família são de alguma forma, fenómenos novos ou que ocorrem atualmente numa nova escala. De facto, as preocupações atuais sobre a mudança nas famílias e as suas consequências intergeracionais, não são novas. Parte das preocupações é criada pela assunção de que a vida familiar é hoje significativamente menos estável do que no passado. Porém, há argumentos para ambas as opções nesta área, mas este é um assunto em discussão, não um facto.

De acordo com Sousa, Patrão e Vicente (2012), quem atinge os 65 anos pode esperar viver mais uns 30 anos (marca social da velhice) de vida saudável e independente. Este processo d extensão da velhice é recente e ainda mal compreendido, mas muito explicado pela visão

biomédica, de uma forma excessivamente patologizante, enfatizando a doença e a dependência, sobretudo na sua vertente económica. Por outro lado, o ageism (idadismo ou velhismo) tem retratado as imagens sociais da velhice sobretudo do seu lado negativo, enfatizando ainda, as famílias menos coesas, que abandonam os seus membros mais velhos. Reparemos nos resultados que estão descritos no quadro número 25. Os entrevistados quase todos os dias da semana conversam com vizinhos (84,9%) e 10,2% conversam com eles uma a duas vezes na semana. As pessoas inquiridas quase todos os dias se encontram com pessoas amigas (86,3% dos inquiridos e apenas 1,1% nunca estão com pessoas amigas ou só estão com elas uma vez por mês (1,1%).

Quadro n.º 25 – Frequência com que conversa com vizinhos e pessoas amigas

Com que frequência conversa com os seu	s vizinhos?			
	Número	Percentagem		
Quase todos os dias da semana	241	84,9		
Uma a duas vezes na semana	29	10,2		
Uma a duas vezes no mês	7	2,5		
Menos de uma vez por mês	4	1,4		
Nunca	3	1,1		
Total	284	100		
Com que frequência se encontra com pessoas amigas?				
		<u> </u>		
	Número	Percentagem		
Quase todos os dias da semana				
	Número	Percentagem		
Quase todos os dias da semana	Número 245	Percentagem 86,3		
Quase todos os dias da semana Uma a duas vezes na semana	Número 245 25	Percentagem 86,3 8,8		
Quase todos os dias da semana Uma a duas vezes na semana Uma a duas vezes no mês	Número 245 25 8	Percentagem 86,3 8,8 2,8		

Nutrir redes sociais parece constituir matéria atual e exclusiva de quem acede à Internet. Porém, os indivíduos que percebem o futuro como algo sempre em aberto e o presente como orientado para um futuro alargado, tendem a atribuir prioridade a objetivos instrumentais,

relacionados com o conhecimento, tais como a construção de uma rede alargada de amigos. Deriva daqui que a percepção do tempo é essencial na velhice e o reconhecimento de existência numa rede social alargada é essencial para o ajustamento social e emocional dos idosos. Veja-se no quadro número 26, que os nossos inquiridos falam com os seus familiares, em média, uma a duas vezes na semana (38%) ou todos os dias da semana (31%); 35,9% visita familiares uma a duas vezes na semana, 28,5% falam com amigos ao telefone, uma a duas vezes na semana e visitam uma pessoa amiga, pelo menos uma a duas vezes no mês (20,8%). Sendo estes os exemplos do que representa nutrir uma rede de apoio social, e a busca do conhecimento e da partilha, existe em contrapartida um reverso, também ilustrado neste mesmo quadro.

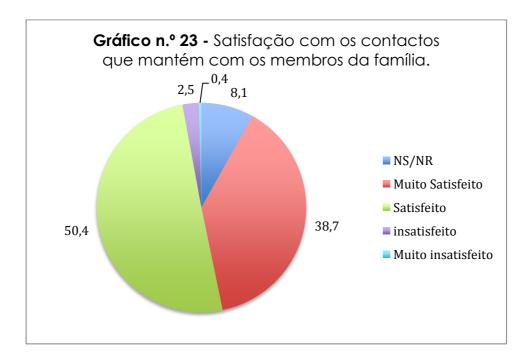
Verificamos que 9,5% dos inquiridos nunca falam (6,7%) ou falam menos de uma vez por mês com familiares (2,8%). Constatamos também que 16,9% visitam familiares menos de uma vez por mês (6,7%) e nunca os visitam (10,2%). Ainda verificamos que 22,5% falam com pessoas amigas ao telefone menos de uma vez por mês (10,2%) ou nunca falam com elas (12,3%). Finalmente 21,5% visitam amigos menos de uma vez ao mês (9,2%) ou nunca os visitam (12,3%).

Quadro n.º 26 - Frequência com que faz as seguintes atividades

	Fala com familiares ao telefone	Visita familiares	fala com pessoas amigas ao telefone	Visita pessoas amiga
Não responde Quase todos os dias da	14,1%	15,8%	16,9%	17,3%
semana Uma a duas vezes na	31,0%	19,7%	14,1%	15,5%
semana Uma a duas vezes no	38% 7,4%	35,9% 11,6%	28,5% 18,0%	25,0% 20,8%

mês				
Menos de uma vez por				
mês	2,8%	6,7%	10,2%	9,2%
Nunca	6,7%	10,2%	12,3%	12,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como se pode ver pelo gráfico número 23, 89,1% dos idosos que entram na nossa amostra estão muito satisfeitos (39,7%) ou satisfeitos (50,4%) com os seus contactos familiares. Pelo contrário, 2,9% estão insatisfeitos (2,5%) ou muito insatisfeitos com os mesmos contactos.



Estamos em crer que existe uma forte relação entre esta percepção de satisfação e a ideia que cada um dos intervenientes faz do que e envelhecer, na atualidade. Por um lado há as pessoas (e famílias) que, no seu processo de envelhecimento, se apresentam com um sentido de utilidade e desejo de plenitude, centrado num futuro próximo: juntar amigos durante a semana, ver os netos acabar o semestre ou o ano letivo com boas notas; por outro lado haverá pessoas e famílias que, tendo ideais de futuro próximo, estão mais centrados na resolução de problemas do passado ou em recuperar um passado que já lá vai... Estas pessoas tenderão a ser mais amarguradas e

insatisfeitas, na medida em que não conseguem ter relacionamentos estáveis, por terem lutos por resolver.

Esta baixa percentagem de pessoas que estão de alguma forma com problemas por resolver nas suas relações intrafamiliares surge nas várias questões que são colocadas. Veja-se na tabela número 2 que há 60 pessoas (21,3%) que não costumam aceitar os convites que os seus familiares lhes fazem para irem a festas ou eventos em que toda a família se reúne. As razões pelas quais estes idosos assumem estas posições devem-se a: sentir-se muito doente (5,6%), a ter coisas inadiáveis a fazer (3,2%), a ter de tomar conta do marido/esposa ou ainda a outros motivos (4,2%).

Tabela n.º 2 – Ordenação das respostas à questões sobre motivos para não aceitar sempre os convites, por ocasião de festividades familiares

Se não aceita sempre os convites dos seus		
familiares, indique os motivos para isso:	Número	Percentagem
Tem coisa inadiáveis para fazer	9	3,2%
Tem de tomar conta dos netos	2	0,7%
Tem de tomar conta do marido/esposa	7	2,5%
Não tem transporte próprio	5	1,8%
Os transportes não são às horas que		
interessam ou são caros	1	0,4%
Sente-se muito doente	16	5,6%
Sente-se velho/a para festas	1	0,4%
Quando lá ia não me sentia bem	3	1,1%
É muito longe	4	1,4%
Outros motivos	12	4,2%
Subtotal	60	21,3%

Vamos agora verificar as ajudas que os idosos pertencentes à amostra podem esperar ter, por parte de familiares, amigos ou vizinhos. No quadro número 27 podemos verificar que existe expectativa de ajuda face a situações emocionais para 69,7% dos inquiridos e mais de metade (51,1%) podem esperar ajuda financeira em situações de emergência. Em relação a arranjar trabalho para si ou para algum

familiar, as expectativas são mais baixas: 46,1%. Embora façamos a discussão destes resultados logo de seguida, será importante notar que arranjar trabalho coloca a pessoa inquirida face a vários cenários de difícil resolução: o primeiro prende-se com a situação socioeconómica do país no presente; a segunda, muito mais de cariz relacional, coloca as pessoas face à necessidade de acionar contactos com pessoas que estão fora dos seus contactos habituais e, como sabemos, as relações com estranhos são cada vez mais difíceis para as pessoas idosas.

Num segundo grupo de situações tipificadas, verificamos que são muito grandes as expectativas de ajuda: para ir urgentemente a algum lugar, 75,7% dos inquiridos acham que podem dispor de ajuda; se estiverem em casa doentes, 75,7% podem esperar a ajuda necessária, o mesmo ocorre para situações de necessidade urgente de dinheiro (57% dos inquiridos) e para ajudas emocionais – 62,3% dos inquiridos. Por outro lado, os inquiridos podem esperar de familiares e amigos serem ajudados numa série de diferentes situações: em todas as situações (86,3%); arranjar quem cuidasse de si (77,5%); para apoio e encorajamento (81,7%); cuidar diretamente de si (74,3%).

Finalmente, os inquiridos têm arranjado ajuda em situações concretas, como sejam: quando está com gripe em casa (76,1%); quando precisas de fazer trabalhos pesados em casa (79,2%); quando precisam de conselhos para tomar decisões importantes (62,3%); quando estão preocupados com a saúde dos cônjuges (54,9%). Têm obtido objetivamente menor ajuda, em duas situações concretas: quando precisam de ser substituídos na prestação de cuidados diretos aos cônjuges (23,2%) e quando precisam que alguém lhes tome conta da casa, na sua ausência (34,9%).

Quadro n.º 27 – Síntese das ajudas que a amostra estudada pode esperar de familiares, amigos e vizinhos.

pode esperar de familiares, amigos e vizinhos.	
Se tivesse algum dos seguintes problemas, haveria alguén	n que
a/o ajudasse?	
Quando se sente triste ou deprimida	69,7%
Se precisasse de trabalho para si ou para um	
familiar	46,1%
Se precisasse de dinheiro para fazer face a	
uma despesa urgente	51,1%
Há situações para as quais as pessoas procuram ajuda. Di	aa -
me se pediria ajuda no caso de estar ou vir a estar numa d	_
•	uus
seguintes situações:	75.707
	75,7%
·	75,7%
Precisar urgentemente de dinheiro	57%
Estar numa crise emocional	62,3%
Das seguintes afirmações, diga quais são verdadeiras:	
Tenho familiares e amigos nos quais posso	0/207
confiar para tudo	86,3%
Tenho familiares e amigos que poderiam	
	77,5%
precisasse	, , , , , ,
Tenho familiares e amigos que me apoiam e	
encorajam quando eu preciso	81,7%
Tenho familiares e amigos que podem cuidar	
de mim se eu precisar	74,3%
Tem obtido ajuda nas seguintes situações?	
Fazer alguma coisa em casa quando está de	76,1%
cama com gripe	
Quando precisa de fazer trabalhos pesados	79,2%
em casa	
Precisa de conselhos para tomar uma decisão	62,3%
importante na vida	02,070
Está preocupado com a saúde do seu	54,9%
marido/esposa	J4,7/0
Precisa de alguém que a/o substitua a cuidar	വാ വത്
da esposa ou marido	23,2%
Precisa de alguém para lhe tomar conta da	24.007
casa quando se ausenta	34,9%

Veja-se que os resultados são evidentemente favoráveis às pessoas entrevistadas em termos de ajudas que podem esperar vir a obter em caso de necessidade, ou das quais estão objetivamente a disfrutar. Para além de evidentes sinais de trocas intergeracionais e de apoio

social que, para já estes resultados parecem evidenciar, existem duas situações que, por motivos diferentes, talvez não estejam a ser tão conseguidos: o primeiro relaciona-se com a substituição em caso de estar a cuidar do cônjuge. Se por um lado, o trabalho dos filhos pode ser justificativo, por outro, a falta de disponibilidade de amigos ou vizinhos assenta no distanciamento que ocorre em casos em que, eventualmente, a ação do cuidador (nem que seja provisório), passa pelo contacto corporal e atividades que são realmente confiadas a uma certa intimidade e proximidade entre o casal.

No quadro número 28 pode ver-se em que factores as trocas de ajuda entre membros da mesma família têm ocorrido e em que áreas. As pessoas inquiridas tendem a ajudar os seus filhos com dinheiro (15,8%), em comida (5,3%) e a tomar conta de netos (10,9%). A ajuda que têm recebido dos familiares centra-se sobretudo na renda da casa (3,2%) e nas compras (2,5%).

Quadro n.º 28 – Trocas entre familiares, cujos membros pertencem à amostra estudada.

Número	Percentagem	
45	15,8%	
15	5,3%	
6	2,1%	
31	10,9%	
1	0,4%	
166	69,0%	
284	100,0%	
Recorre a ajuda financeira de familiares (ou de outras pessoas) mais chegados para fazer face às seguintes despesas:		
	45 15 6 31 1 166 284 (ou de outras	

	Numero	Percentagem
Renda de casa	9	3,2%
Gás, água, luz e telefone	3	1,1%
Alimentação	6	2,1%
Compras	7	2,5%
Nenhumas	3	1,1%
NS/NR	257	90,5%
Total	284	100,0%

Existe uma quantidade significativa de investigação que tem evidenciado a importância dos avós para a vida dos seus netos e para auxiliar os seus descendentes diretos. Outros estudos têm evidenciado o benefício do Estado-Providência com a atividade dos avós, o qual passa sobretudo pelo apoio formal aos netos. Por outro lado, convém ainda afirmar que a coabitação (tão diversificada com a que encontramos na amostra estudada), funciona como reflexo da densidade e robustez das redes informais de apoio social e, frequentemente, como indicador da responsabilidade e envolvimento das famílias na prestação de apoio a idosos dependentes, reforçando, por vezes, o discurso sobre o peso que os idosos representam para as gerações mais novas.

Segundo estudos nacionais (Lopes, 2006) é maior a proporção de agregados de coresidência intergeracional que resulta da extensão descendente que os que resultam da incorporação de idosos, nomeadamente com algum tipo de dependência, em agregados de descendentes. Também em estudos internacionais o mesmo assunto é abordado com as mesmas constatações, ou seja, que o balanço final das transferências intergeracionais pende mais para os descendentes.

Da mesma forma, as transferências financeiras, à semelhança do que também ocorre na nossa amostra, parecem ocorrer com os mesmos beneficiários, existindo um manancial de evidência empírica que sustenta o importante lugar dos idosos enquanto pilar de prestação de apoio às gerações mais jovens. Uma vez que a partilha de espaços, de trocas financeiras e de outros serviços é um lugar comum nas relações intergeracionais, com evidente benefício para as gerações mais jovens, costumam agrupar-se as motivações dos idosos da seguinte forma (Lopes e Carvalho, 2012): o modelo altruísta e o modelo da reciprocidade. No primeiro as transferências transgeracionais são desencadeadas, sem qualquer expectativa de retorno; o segundo sugere que as transferências obedecem a uma lógica de troca recíproca, embora essa reciprocidade possa ser deferida no tempo, ou dito de outra forma, pais idosos ajudam os seus descendentes, porque já foram eles próprios ajudados pelos seus progenitores.

Interessa por fim explicar e debater rapidamente o papel que os idosos que entrevistamos desempenham nas suas famílias. Para Lopes e Carvalho (2012) estas trocas intergeracionais aqui tipificados são o exemplo da ajuda que os idosos dão a uma Estado-Providência em final de ciclo, não deixando de parecer relevante, não apenas a quantidade de funções de proteção social que os idosos asseguram, como deve ser igualmente ponderada a qualidade das suas intervenções, mais concretamente no amortecimento que podem garantir em relação aos efeitos da reconfiguração das estruturas familiares e das modalidades de inserção no mercado de trabalho das gerações mais novas, garantindo, entre outras, o suporte social e emocional dos descendentes destas últimas, na fase da infância e da adolescência.

Se é verdade que as trocas entre gerações são favoráveis (como ocorre na nossa amostra) aos descendentes, não deixa de ser verdade que esta forma de atuação dos idosos não deveria ser entendida num quadro de entendimento de envelhecimento ativo. Temos vindo a defender o trabalho como um modo de inserção social, assim como temos vindo a defender que, em qualquer idade devem existir objetivos, cujo prazo é limitado a um horizonte expectável, cada vez mais reduzido, em tempo, para as pessoas mais velhas.

Muitos dos objetivos das pessoas idosas não passarão (apenas), por ver crescer os netos e dar apoio aos filhos. Concordamos com Méda (1999) que este não é o século do trabalho, mas do emprego. O emprego é o trabalho assalariado, no qual o salário não é apenas a

estrita contrapartida da prestação de trabalho, mas também o canal de acesso dos assalariados à formação, à segurança e aos bens sociais. Deste modo, a redução do tempo de trabalho e a partilha do trabalho são essenciais. Se, nos nossos dias, o trabalho constitui o principal meio de distribuição do rendimento, dos estatutos, da proteção e das posições sociais, deveremos rever os modos como se partilha o trabalho, levando por isso também à repartição do conjunto de bens sociais.

A repartição do trabalho não deve ser feita por mera razão económica, ou seja, para que – no caso em que estamos a defender a continuidade do trabalho dos idosos, em vez de os colocarmos em casa, a cuidar de netos e fora do mundo da economia do trabalho e da inclusão social – se reafirme a exclusão dos não produtivos (para além do limite da idade de trabalho aceitável), ou em direção ao alongamento da jornada de trabalho, o que levaria a uma forte seletividade. Propõe-se, nos termos de Méda (1999) uma sociedade plenamente ativa, através da redução dos tempos de trabalho (e o crescimento de uma sociedade em que existe mais tempo para que as mães possam estar com os filhos, por exemplo, mas também uma sociedade de lazer), que assegure a cada pessoa o acesso a todo o espectro de atividades humanas, sejam elas políticas, produtivas ou culturais, assim como as atividades privadas.

A esta visão de trabalho, acresce a de Beck (1997), o qual defende o aumento de oferta no "trabalho público", o qual viria a criar novos centros de ação e identidade política, no seio de uma sociedade fragmentada, constituindo-se como um trabalho que implica compaixão ativa, crítica prática e democracia ativa. As empresas sociais e o voluntariado são exatas representações desta proposta.

Violência e/ou maus tratos

Esta é uma situação que não é nova, mas que ganhou novos entendimentos depois dos estudos feitos ao longo dos últimos anos do século XX. Antes, este era um assunto privado, do domínio exclusivo da família, fortemente relacionado com o envelhecimento das pessoas e enraizado nas tradições culturais. Neste momento, sem deixar de estar inscrito no espaço familiar e particularmente, nas raízes culturais de cada sociedade, este passou a ser um assunto de saúde pública e de âmbito criminal, até porque, para além de ser algo que ocorria somente na família, passou também a ser detectado nas instituições que cuidam de pessoas em idades mais avançadas.

Para facilidade de entendimento adoptaremos uma definição de abuso sobre idosos, como um ato de ação intencional ou de omissão (ambos descritos como negligentes). Estes atos podem ser de natureza física, psicológica (envolvendo agressão verbal ou emocional), ou podem envolver facetas financeiras ou de outra ordem material. Independentemente do tipo de abuso, naturalmente que estes atos irão resultar em sofrimento, dor ou ferimentos desnecessários, violação dos direitos humanos e diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas.

As perguntas que incorporámos no questionário seguem as recomendações de peritos, mas assumem o compromisso de ser feitas por não profissionais no momento da entrevista. Queremos com isto dizer que se tratou apenas de recolha de situações-problema que possam de alguma forma indiciar o potencial risco de ocorrência destes atos entre as pessoas inquiridas. Este é exatamente o caso das questões, cujas respostas estão descritas no quadro 29. Sendo a pessoa entrevistada capaz de tomar decisões sobre temas que lhe interessem, em que medida é que essa capacidade é respeitada ou que, por qualquer motivo, é pura e simplesmente ignorada? O

respeito inerente ao ato de tomada de decisão livre e esclarecida não pode ser ignorado e se isso ocorrer, pode indiciar outras faltas ou omissões, intencionais ou inadvertidas.

Verificamos que em matéria de tomada de decisão sobre assuntos que diretamente dizem respeito aos entrevistados – fazer uma compra vultosa, vender uma propriedade, por exemplo – as respostas distribuem-se de forma praticamente igual entre o nunca (30,6%), algumas vezes (29,6%) e o sempre (26,8%), indiciando forte propensão para que este tipo de decisões seja tomado sem respeito pela capacidade de tomada de decisão das pessoas idosas que integram a amostra. Esta ideia pode ser reforçada pela leitura das respostas seguintes. À pergunta sobre se existe um familiar que toma as decisões as respostas tendem novamente a diluir-se entre o nunca (35.6%) e o algumas vezes, com 33,8% do total.

Verificamos de seguida que a prática de reunir para tomar uma decisão é habitual para 38% dos entrevistados, mas 28,9% dizem que isso nem sempre ocorre. De facto, o corolário de todas estas respostas encontra-se na última resposta, ou seja, 37,3% entendem que só são consultadas algumas vezes para tomar decisões sobre assuntos que são do seu interesse.

Quadro n.º 29 – Tomada de decisão em família sobre assuntos que são do interesse direto do entrevistado.

A decisão é imposta por algum ou alguns familiares (esposa, marido, filhos, noras, genros, por exemplo)		
	Número	Percentagem
Sempre	76	26,8%
Algumas vezes	84	29,6%
Nunca	87	30,6%
Não sabe	4	1,4%
Não responde	33	11,6%
Total	284	100,0%
Há um membro da família que decide (esposa, marido, filhos, noras,		
genros, por exemplo)		
	Número	Percentagem

Sempre	53	18,7%
Algumas vezes	96	33,8%
Nunca	101	35,6%
Não sabe	3	1,1%
Não responde	31	10,9%
Total	284	100,0%
Reúnem-se todos para tomar uma decisão	o	
	Número	Percentagem
Sempre	108	38%
Algumas vezes	82	28,9%
Nunca	60	21,1%
Não sabe	3	1,1%
Não responde	31	10,9%
Total	284	100,0%
A decisão é tomada por si		
	Número	Percentagem
Sempre	87	30,6%
Algumas vezes	106	37,3%
Nunca	59	20,8%
Não sabe	2	0,7%
Não responde	30	10,6%
Total	284	100,0%

As perguntas seguintes (quadro número 30) seguem os princípios recomendados sobre assuntos que deverão integrar questionários sobre maus tratos, salvaguardadas as questões acima referenciadas. Verificamos que a larga maioria (81,3%) dos inquiridos não tem medo de ninguém dentro ou fora da família. Existem porém (e estes é que devem ser, quanto a nós valorizados) 12% dos inquiridos, que sentem medo de alguém.

Quando perguntamos se se sentiram forçados a fazer algo contra sua vontade, a larga maioria dos entrevistados (85,9%) responde negativamente, mas existem 9 pessoas (3,2%) que sentem exatamente o contrário, ou seja, haverá possibilidade de serem forçados a fazer algo contra a sua vontade. À questão sobre se foram abandonados sem explicações, por parte dos cuidadores, verificamos que 87% dos

entrevistados afirma não se encontrar nesta situação, mas existem 4 pessoas que deixaram de ser cuidadas, sem explicações adicionais ou explícitas. Outra situação que caracteriza negligência estava perguntada a seguir. Verificamos que 75,7% afirma não ser abandonada durante muito tempo, mas existem 34 pessoas (12%) que afirmam que são deixadas muito tempo sozinhas, mesmo precisando de cuidados.

Quadro n.º 30 – Respostas a questões de maus tratos ou negligência sobre as pessoas inquiridas

sobre as pessoas inquinaas			
Tem medo de alguém (dentro ou fora da família)?			
		Número	Percentagem
	Sim	34	12%
	Não	231	81,3%
	Não sabe	3	1,1%
	Não responde	16	5,6%
	Total	284	100,0%
Alguém a forçou a fazer a	lgo que não esta	va na sua vo	ontade?
		Número	Percentagem
	Sim	9	3,2%
	Não	244	85,9%
	Não sabe	4	1,4%
	Não responde	27	9,5%
	Total	284	100,0%
Houve alguém que estivesse a tomar conta de si e que tivesse deixado de o fazer sem qualquer explicação?			
		Número	Percentagem
	Sim	4	1,4%
	Não	247	87%
	Não responde	33	11,6%
	Total	284	100,0%
Permanece só por muito te	empo, mesmo pr	ecisando de	
		Número	Percentagem
	Sim	34	12%
	Não	215	75,7%
	Não responde	35	12,3%
	Total	284	100,0%

Talvez a forma de maus tratos mais facilmente reconhecível seja a física. Naturalmente que não foi feita (e não é feita, neste contexto) a

pergunta sobre quem ofendeu fisicamente a pessoa inquirida. Contudo é importante saber se as pessoas foram ou não agredidas e, pelas respostas no quadro número 31, ficamos a saber que 85,6% dos inquiridos não foram agredidos, mas isso ocorreu em 23 pessoas, ou seja, em 8,1%. Essas agressões permaneceram sigilosas (2,8%) ou então são contadas a pessoas mais chegadas (2,5%). Raramente chegaram às forças de segurança (1,1%). Como se vê esta questão permanece matéria familiar, no mesmo âmbito da restante violência doméstica: entre marido e mulher, não metas a colher, como diz o ditado popular.

Quadro n.º 31 – Respostas sobre agressões a pessoas inquiridas

Alguma vez foi agredida/o?	·	
	Número	Percentagem
Sim	23	8,1
Não	243	85,6
Não sabe	2	0,7
Não responde	16	5,6
Total	284	100
Case tenha side garedida eu ferenda a fe	~~~ ~l~~ ~	não octivosco
Caso tenha sido agredida ou forçada a fo na sua vontade, contou este acontecime		ndo esilvesse
		Percentagem
	nto:	
na sua vontade, contou este acontecime	Número	Percentagem
na sua vontade, contou este acontecime Não responderam	Número	Percentagem 91,5
Não responderam Aos seus familiares mais chegados	Número 260 7	Percentagem 91,5 2,5
Não responderam Aos seus familiares mais chegados Aos seus vizinhos	Número 260 7 4	Percentagem 91,5 2,5 1,4
Não responderam Aos seus familiares mais chegados Aos seus vizinhos Às forças de segurança	Número 260 7 4 3	Percentagem 91,5 2,5 1,4 1,1

Existem múltiplas formas de lidar com esta situação descritas na bibliografia, relatando experiências dos mais variados países. Existe contudo uma ideia essencial: este é um problema que deve reunir profissionais de várias áreas disciplinares, sendo que a saúde, o serviço social e o direito deverão estar representadas. Por outro lado, as experiências de outros países aconselham a formação contínua de

profissionais e também a formação direcionada a pessoas que frequentemente lidam com pessoas idosas: carteiros, os profissionais das farmácias, dos lares e de outras instituições cujos clientes sejam idosos. Também tem revelado eficácia a formação direcionada para crianças e jovens a qual, para além do tema central, sensibiliza para as relações intergeracionais e para lidar futuramente com uma sociedade envelhecida.

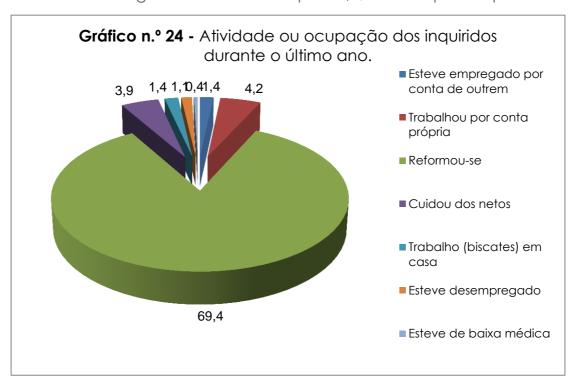
Parte 6. Determinantes económicos

Dentro deste determinante foram estudados dois planos distintos: as questões face ao emprego e as expectativas e necessidades pessoais.

Começamos pelas questões económicas, condensadas sob a forma de gráficos, para melhor visualização dos resultados e depois iremos ao sentimento de idade e às expectativas pessoais.

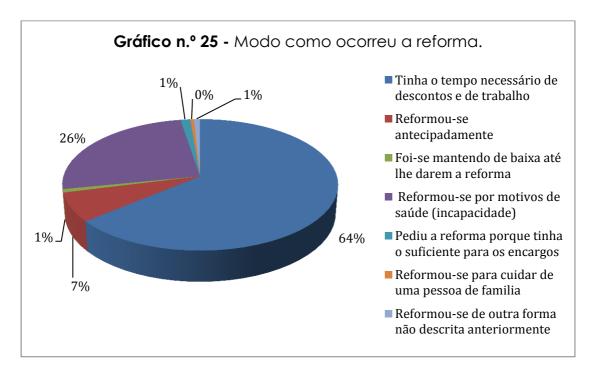
Situação face ao emprego

Verificamos no gráfico número 24 que 69,4% dos inquiridos passou à



reforma no último ano, e que 4,2% estava a trabalhar por conta própria.

Verificamos ainda (gráfico número 25) que as reformas ocorreram predominantemente por limite de idade e de tempo de serviço (64%), mas também por motivos de saúde (26%). Estas questões estão em linha com as preocupações sobre a sustentabilidade do modelo de segurança social existente no País.



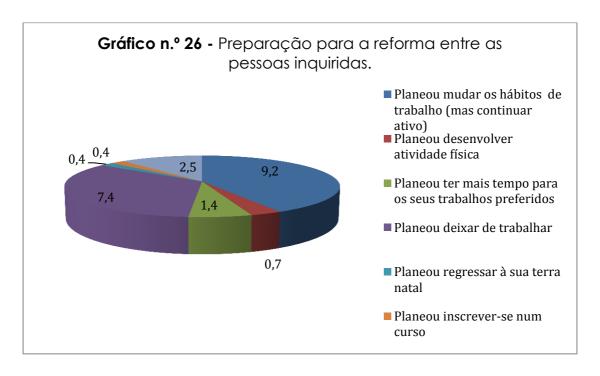
De acordo com a Economic Policy Committe of the European Commission⁷ (2012) as projeções apontavam para um aumento de 12,5% do PIB em 2010 até a um pico de 13,2% em 2045 e uma pequena diminuição em 2050 para 13,1% e que, por isso, o atual sistema de pensões seria sustentável. Porém, a eclosão da presente crise e a sua duração irão ser determinantes nestas matérias.

-

⁷ Economic Policy Committee (2011) The 2012 Ageing report underlying assumptions and projection methodologies. Acedido em 12 de fevereiro de 2013 em: http://europa.eu/epc/publications/subject/ageing/index_en.htm

Do ponto de vista deste plano gerontológico possui particular importância a preparação das reformas. Esta matéria é muito importante, na medida em que está a ocorrer um elevado número de reformas, de pessoas que pensam "de um dia para o outro" no assunto ou que são empurradas para a reforma, por questões relacionadas com a necessidade manifestada de reduzir postos de trabalho nos serviços públicos, ou em situações de insolvência das empresas. Por outro lado, como se dizia mais acima, existe um sempre constante número de regressos de pessoas que estiveram durante as suas idades ativas no estrangeiro e que sempre acalentaram o legítimo desejo de regressar às suas origens, para passarem o tempo após a atividade laboral.

No gráfico número 26 estão expostas as experiências pessoais dos inquiridos, face à preparação da reforma. A grande maioria dos inquiridos – 42% - pensou mudar de hábitos de trabalho, mas continuar ativo e 34% dos entrevistados pensou deixar de trabalhar.



Em matéria de rendimentos do agregado familiar, o gráfico número 26 indica que a maioria das pensões de reforma – das quais vivem 75%

dos inquiridos – situa-se entre os 201€ e os 400€, sendo que 19% vive com reformas de 201€ a 300€ e 19,7% vive com reformas de 301€ a 400€. É fundamental verificar que 8,1% desta amostra sobrevive com pensões de reforma até 100€.

Expectativas e necessidades pessoais

Para as pessoas inquiridas envelhecer representa sobretudo a aproximação do fim (20,4%) – quadro número 32, facto muito pouco positivo no encarar da vida após a reforma. Contudo, há 18,7% que pensam que esta fase da vida ainda corresponde a viver muitos anos, único sentimento positivo, se compararmos com o anterior e com os 16,9% que acham que significa estar sozinho e também, a sentir-se ou ver-se como um velho, com toda a carga de negatividade que isso acarreta.

Apesar disso, existem 46,5% dos inquiridos que olham o seu envelhecimento com naturalidade (46,5%), existindo contudo 32,7% que olham o seu envelhecer com preocupação, agora ainda mais agravada pelos acontecimentos que nos colocam na dependência do exterior por muito anos.

Quadro n.º 32 – Expectativas e necessidades pessoais das pessoas integrantes da amostra.

Envelhecer é:	
	Percentagem
Ficar dependente	9,2
estar sozinho	16,9
Sentir-se/ver-se velho	16,9
Aproximar-se do fim	20,4
experiência/sabedoria	8,8
Deixar de ter saúde	18
Natural/inevitável	13,7
Mais dificuldades	10,6
Estado de espírito	2,5
Deixar de trabalhar/ter atividades	1,1
Perder faculdades	4,9
Viver muitos anos	18,7

Não sabe/não responde	10,5_
Como vê o seu próprio envelhecimento?	
	Percentagem
Não responde	2,1
Com preocupação	32,7
Com receio	10,9
Com segurança	2,8
Com optimismo	3,9
Com naturalidade	46,5
Outro	1,1
Total	100

5. FOCUS GROUPS COM IDOSOS E TÉCNICOS DO CONCELHO DE PENICHE

Depois de se ter delineado o plano gerontológico que foi submetido a reunião de Câmara e antes desta ocorrer, foi realizada uma dinâmica de grupos com idosos, onde se pretendeu debater o plano delineado e obter o parecer de pessoas idosas e de técnicos que trabalham com idosos e jovens no concelho de Peniche.

Formaram-se 5 grupos de idosos, dinamizados por um técnico, e um grupo de técnicos, moderado também por um colaborador. Utilizaram-se as técnicas de focus groups, procurando beneficiar da dinâmica de grupo criada, com a finalidade de aceder a informação "fresca" e com a espontaneidade necessária, dando oportunidade para que as pessoas - diretamente interessadas, em termos presentes ou num futuro próximo – exprimissem as suas opiniões, quer sobre o trabalho proposto, quer sobre outras ideias que eventualmente quisessem propor.

Formaram-se cinco grupos com idosos (44 idosos, no total), provenientes de instituições (sobretudo de centros de convívio) de Peniche (cidade) e das restantes freguesias do concelho. Foi ainda constituído um grupo com cinco técnicos (que não estavam a trabalhar com os grupos de idosos). Aos grupos com idosos foi dada a oportunidade de criticarem o plano gerontológico que lhes estava a ser apresentado e dada a oportunidade de debaterem partes distintas do mesmo, de tal forma que cada uma das partes era atribuído a um grupo distinto, de forma a não se repetirem. O grupo de técnicos pode ler e debater todo o trabalho e sugerir alterações.

Sobre matérias de envelhecimento ativo, um dos grupos de idosos que continha 10 elementos com um animador, debruçou-se sobre

matérias de atividade física e social, sugerindo que esta poderia incluir: atividades domésticas, agricultura, ajudar os vizinhos, desporto, leitura, estudo e escrita. Verificamos pois, que o envelhecimento ativo, no entendimento destes idosos, pode revestir múltiplas formas e não se traduz num problema: reveste formas pessoais e grupais, com um sentimento de interdependência e de criação de laços sociais, que já haviam sido identificados anteriormente, neste trabalho.

Verificaram ainda que a falta de companhia é um problema que estão a viver. As formas de resolver esta solidão passam por um forte investimento na sua prevenção e na propiciação de convívios, sobretudo com vizinhos e familiares. Constatam ainda que os centros de convívio realizam um papel crucial nesta matéria, pois as atividades aí propiciadas (desporto, terço, e interpretação de leituras ao domingo) possuem uma natureza de intervenção social porque retiram o idoso do seu lar e criam um ambiente de interação. Ao propiciarem atividades conjuntas, criam espaço para a formação ou fortalecimento de laços sociais, ao mesmo tempo que possibilitam o desenvolvimento da espiritualidade que obtém nestas idades expressões bastante fortes e necessárias, na perspetiva dos idosos.

Gostariam de obter ajuda voluntária para acompanhamento em suas casas. Esta manifestação é importante e tinha sido anteriormente tipificada no contexto do plano gerontológico que aqui se apresenta, e vem, por esse motivo, reforçar a proposta. Estudos anteriormente feitos dão conta de uma rápida redução das redes sociais das pessoas idosas, normalmente na proporção das possibilidades de deslocação (a casa de familiares, amigos, vizinhos, centros de convívio), que os idosos vão desenvolvendo. Uma pessoa que não possa sair de casa, não poderá cultivar a sua rede social, pois não pode criar novos laços sociais, nem sequer os poderá fortalecer. Instalam-se por isso, muitas das "sociopatias" que acompanham estas situações. É de facto aqui que entram os voluntários – bem acolhidos,

nas palavras destes idosos – que fazem as visitas domiciliárias, quebram os ciclos de solidão e promovem a eventual intervenção de profissionais.

Finalmente, concomitantemente a esta solidão, é referida uma sensação de insegurança, sobretudo durante a noite, pelo facto de viverem sozinhos (maioritariamente, senhoras). Esta questão apela à existência de centros de noite ou a modos de acompanhamento a distância que possam ser promovidos neste contexto e com apelo a tecnologias de informação recentes.

O segundo grupo de 12 idosos com um moderador, debruçou-se sobre instituições existentes no concelho, suas vantagens e melhoria de serviços. Concluíram que os centros de convívio são espaços que, para além de permitirem o convívio, permitem evitar a solidão, mas que deve ter um sentido de proximidade. Por isso, sugerem a construção de outro centro de convívio, na media em que o que existe acaba por ficar demasiado distante de algumas pessoas que, desta forma, acabam por não usufruir deste serviço.

Para este grupo os serviços de apoio domiciliário são importantes, para que as pessoas permaneçam em suas casas. Quais os problemas que lhes associam? As pessoas ficam muito tempo sozinhas, podem ter necessidade de contactar alguém e não têm como pedir essa ajuda.

Os lares representam mais segurança (porque as pessoas permanecem naquele espaço), permite que os descendentes assumam as suas vidas ativas. Identificam como problemas: o preço elevado, a violação de privacidade (pelo facto dos quartos possuírem mais que uma cama), mas também por falta de capacidade dos trabalhadores em respeitarem as pessoas que estão internadas. Por este motivo, entendem que a formação contínua dos cuidadores é uma necessidade.

Entendem, por fim, que deveriam existir serviços que recebessem idosos durante a noite, mas no domicílio. No entender deste grupo, poderiam existir cuidadores que se deslocassem e permanecessem com os idosos nas casas destes.

O outro grupo de 8 idosos com um moderador sugere inicialmente a educação de afetos, sobretudo centrada nos mais novos, a que junta a ideia de transmissão e intercâmbio de saberes. Estas possibilidades resultariam no aumento da autoestima do idoso, na medida em que este poderia participar através da conversa, da música, da expressão corporal, da poesia, dos trabalhos manuais e expressão plástica em atividades conjuntas, nas quais dava e recebia na troca de afetos e de atenções.

Sugeriram ainda a criação de uma página nas redes sociais relativa aos idosos do concelho e a divulgação de ações positivas da responsabilidade de idosos do concelho, através dos meios de comunicação social. Sugerem homenagear, em vida, as pessoas que se notabilizassem, neste concelho, pela defesa de instituições, princípios e valores (fossem em prol dos idosos ou da população concelhia). Deveriam ser empreendidas ações de desmistificação dos direitos das pessoas idosas ("dos que têm menos poder"), criando também uma comissão orientada para o idoso em risco. Esta deveria ser a responsabilidade de um observatório local.

Um outro grupo de 7 idosos identificou como atividades prioritárias a desenvolver: renda de bilros, arraiolos e croché, fazer ginástica, ocupação como terapia, natação e caminhadas. Também entendem que seria benéfico a existência de um técnico que fale sobre alimentação e nutrição. Entendem que deveriam ser intensificados os rastreios de saúde (nomeadamente: fígado, coração, tensão e memória) e que os ajudassem com pesquisas na internet (doenças, falar com os filhos, alimentação).

O último grupo de 7 idosos concluiu sobre aspetos que envolvem a prestação de serviços e cuidados. Dizem que é difícil arranjar consultas no médico de família, para as efetuar é necessário ir muito cedo. Concluem que, tentar marcar consulta "é uma volta de mar perdida".

Esperam das consultas: ser bem recebidos, atenção e bons modos, respeito, disponibilidade e necessidade de fazer rastreios. Nas suas instituições desejavam ter visita do médico uma vez na semana e acham que os cuidados de enfermagem são de boa qualidade. Quanto a cuidadores e envelhecimento em casa, entendem que este é o desejo de muitos, mas que sentem a falta de apoio: os seus familiares estão ausentes e que alguns se demitem dos seus papéis. Dizem que "é tudo muito bom, mas quando precisamos não temos ninguém". Sentem, da parte dos familiares, falta de tempo, disponibilidade, dificuldades económicas e que não se querem entender como um peso para eles. Acham que os cuidadores que acumulam estas atividades com as que são inerentes a uma vida ativa (emprego), provocam enorme desgaste. Se pudessem, permaneceriam em suas casas, mas existem necessidades de adaptações.

Finalmente o grupo dos técnicos empenhou-se sobretudo em questões de envelhecimento ativo e de inserção social. Quanto ao primeiro propõem a formação de um banco de voluntariado, acolhimento de voluntariado sénior e a implementação de programas de voluntariado concelhio.

Em matéria de inserção social, sugeriram a integração de idosos ativos nas instituições do concelho e um gabinete de informação sénior. Este gabinete deveria debruçar-se sobre deveres e responsabilidades cidadãs envolvendo idosos, na medida em que, agora que muitos possuem responsabilidades fiscais, seria de todo conveniente abrir um

gabinete que elucidasse e ajudasse a preencher impressos (IRS, por exemplo).

6. ESTRUTURAS DE APOIO À POPULAÇÃO IDOSA

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir ao desenvolvimento de uma rede de serviços e equipamentos sociais, ajustados à realidade nacional, de modo a poder dar respostas às necessidades identificadas (ou calculadas) em certos grupos alvo de base populacional, nomeadamente, a população idosa. A criação destas redes de apoio tem-se vindo a alargar e a especializar. Embora ainda não tenhamos ultrapassado situações em que idosos com diferentes necessidades de cuidados são colocados numa mesma instituição (os lares, por exemplo), temos vindo a assistir a um melhor cuidado com esses aspetos e também à diversificação da oferta, nomeadamente com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A implementação da Rede Social no Concelho foi organizada de acordo com as seguintes etapas: sessões de informação; elaboração de Regulamento Interno; constituição da CLAS® e designação de um núcleo executivo; elaboração e aprovação de instrumentos de planeamento (diagnóstico social concelhio, plano de desenvolvimento social, planos de ação anuais subsequentes).

Neste contexto é de salientar o papel que tem sido assumido pelas instituições de solidariedade social, nomeadamente através de acordos de cooperação celebrados com o Estado, entre os quais se destacam, de acordo com o artigo 2.º, do capítulo 1 do Decreto Lei n.º119/83 de 25 de fevereiro, as associações de solidariedade social.

_

⁸ O Conselho Local de Ação Social, designado por CLAS, rege-se nos termos da Resolução do Conselho de Ministros nº197/97, de 18 de Novembro, do Despacho nº8/2002, de 12 de fevereiro e de demais legislação complementar. As CLAS coordenam as atividades e a intervenção das instituições de solidariedade social.

Com a publicação do Decreto Lei n.º 115/2006, de 14 de junho, foi regulada a Rede Social e veio dar um novo impulso às redes. Os seus principais ganhos foram: a legitimação da Rede Social; o seu reconhecimento enquanto instância de planeamento consequentemente, a revitalização das dinâmicas locais; a validação e competência para emissão de pareceres sobre os investimentos públicos em projetos, serviços, equipamentos e respostas sociais; a introdução da possibilidade de adesão/participação de novos atores; a constituição de plataformas de âmbito territorial supraconcelhio. Estas plataformas vieram preencher um espaço de articulação da rede social no plano supraconcelhio, de forma a garantir a concertação e o planeamento a este nível.

Com base no artigo 63.°, n.° 5 da Constituição da República Portuguesa, bem como nos princípios orientadores do subsistema de ação social, definidos na Lei n.º 4/2007 de 16 de janeiro que define as bases gerais do sistema de segurança social, estabelecem-se princípios de uma parceria público/social, através de protocolo tendo por base uma partilha de objetivos e interesses comuns ao mesmo tempo que define obrigações e responsabilidades entre o Estado e as Instituições.

Essencialmente os protocolos são celebrados com caráter anual e têm por objetivo preferencial fixar o valor da comparticipação financeira da Segurança Social relativamente ao custo das respostas sociais, de harmonia com o estabelecido na Norma XXII, n.º 2 e 4, do Despacho Normativo n.º 75/92, de 20 de Maio.

O último protocolo celebrado reflete também a atual situação de crise e os compromissos assumidos pelo País, derivados do Memorando de Entendimento sobre as Contingências da Política Económica que obriga a reduzir os subsídios a entidades produtoras de bens ou prestadoras de serviços. Definiu o atual Governo um

Programa de Emergência Social (PES) que possibilita uma flexibilização e maximização das capacidades instaladas, nomeadamente em lares de idosos, a inovação e alargamento dos serviços de apoio domiciliário, o incentivo aos centros de noite, permitindo aos idosos a manutenção da sua residência e do seu quotidiano diurno autónomo, mas precavendo e apoiando a sua segurança no período noturno; a instalação de uma rede solidária de cantinas sociais, através do reforço da capacidade e utilização desta resposta, alargando os serviços e número de pessoas que podem beneficiar da satisfação das suas necessidades alimentares.

7. DIREÇÕES ESTRATÉGICAS DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO NO CONCELHO DE PENICHE

As direções estratégicas que a seguir se irão demonstrar derivam então de: análise prospetiva do envelhecimento em Portugal; análise dos principais indicadores demográficos para o concelho de Peniche; dados recolhidos junto de amostra de 284 cidadãos do concelho com 65 ou mais anos; dados recolhidos de focus groups desenvolvidos com cidadãos seniores do concelho de Peniche. Foram tidas em conta as recomendações do documento "Peniche 2025: Diagnóstico estratégico. Estratégia de desenvolvimento e programas de atuação".

Tendo como pano de fundo a análise prospetiva para o Envelhecimento em Portugal, os dados recolhidos junto da população, que estavam inicialmente ordenados de acordo com os determinantes de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde, foram depois desagregados e ordenados sob a forma de evidência recolhida que identificava necessidades, as quais poderiam ser resolvidas através da ação concertada de várias entidades municipais ou intermunicipais. Após esta desagregação, foram feitas categorizações que foram criando outros tantos eixos estratégicos. Para cada eixo estratégico foram depois organizados objetivos operativos e medidas. Cada uma destas medidas obedece a um racional que se exporá mais à frente.

Foram assim formados 4 eixos estratégicos, 14 objetivos operativos e 16 medidas de atuação. Iremos começar por formar o quadro que permitiu agregar evidência recolhida e respetivos objetivos estratégicos.

VISÃO E VALORES

A declaração da visão estratégica para o presente Plano Gerontológico é essencial para enquadrar o conjunto de atividades propostas e para as direcionar a um futuro onde a população idosa será mais presente e influente, num quadro económico e social onde a capacidade de mudança e a redução da dependência de investimentos públicos será muito importante.

VISÃO

O concelho de Peniche constituir-se-á numa comunidade onde as pessoas idosas se sentem incluídas, valorizadas e respeitadas pelos contributos que deram, estão e virão a dar à sociedade. As pessoas idosas do concelho de Peniche vivem em ambientes seguros, gozam da melhor saúde possível e possuem a oportunidade de aceder a trabalho remunerado ou voluntário, assim como a atividades sociais e culturais da sua preferência.

O conceito de envelhecimento ativo consiste numa resposta a algumas das controvérsias inerentes à longevidade atual e às mudanças na compreensão e expectativas sobre os idosos e ao seu papel social. O conceito de envelhecimento ativo emerge do valor da participação social através do trabalho, de acordo com a vontade e a capacidade de cada um, ou da sua produtividade em outros âmbitos, não necessariamente geradores de rendimento económico. O valor da participação articula-se ainda com outros valores éticos, como sejam a autonomia pessoal, a saúde, a satisfação com a vida e a qualidade de vida em geral.

Os princípios de envelhecimento ativo que irão orientar a aplicação do presente Plano Gerontológico:

Princípios de envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo é:

- 1. Um conceito dinâmico de vida.
- Optimização de oportunidades de participação social e de tomada de decisões pessoais e cívicas.
- 3. Valorização das pessoas idosas, encorajando-os a:
 - a. Valorizarem-se a si mesmas.
 - b. Manterem a sua dignidade e independência.
 - c. Optimizarem a sua saúde, segurança, participação e sentimento de pertença.
 - d. Cumprirem com as suas responsabilidades.
 - e. Manterem aspirações e objetivos pessoais.

	Evidência recolhida	Objetivos estratégicos
•	Em 29,6% dos casos a decisão a tomar é imposta por algum familiar.	
•	Em 33,8% dos casos há um membro da família que decide unilateralmente o que deve ser feito.	Inserção social das pessoas idosas
•	Em 21,1% dos casos as decisões são tomadas sem reunião entre os interessados.	inserção social das pessoas laosas
•	Em 20,8% dos casos as decisões não são tomadas pelos entrevistados.	
•	Há 12% dos inquiridos que têm	

	medo de alguém dentro ou fora	
	da família.	
•	Há 8,1% de inquiridos que	
	afirmam já ter sido agredidos.	
•	Há 3,2% de inquiridos que referem	
	ter sido forçados a fazer algo	
	contra a sua vontade.	
•	Em caso de agressão ou de	
	terem sido forçados, apenas 1,1%	
	fala com as forças de segurança	
	e a maioria (2,8%) não dizem a	
	ninguém.	
•	Há 1,4% de inquiridos que foram	
	abandonados sem explicação e	
	11,6% que não respondem a esta	
	·	
	questão.	
•	Há 12% de inquiridos que afirmam	
	passar muito tempo sós, mesmo	
	precisando de ajuda.	
•	Pode dizer-se que não	
	apresentam quadros depressivos,	
	porque 71% estão satisfeitos com	
	a vida; preocupam-se com a	
	saúde de pessoas amigas (40%);	
	são pessoas que veem a vida	
	pelo lado positivo (70%) e	
	possuem algumas preocupações	
	nas suas vidas (54%).	
•	2,5% dos entrevistados têm	
	hábitos tabágicos.	
•	57% dos inquiridos desloca-se em	
	carro próprio.	
•	Embora 81% dos inquiridos confie	
	em familiares ou vizinhos para as	Contribuir para um envelhecimento
	suas deslocações, há 15% que	ativo e saudável
	não sai de casa por falta de	diivo e saudavei
	transporte.	
•	Alimentação baseada em	
	condimentos (97,2%); Óleos e	
	gorduras (96,8%); vegetais (94,7%;	
	tubérculos (93,7%); leite e	
	derivados (89,8%); cereais (88,4%);	
	peixe (88%); carne (75%); e fruta	
	(73,6%).	
•	79,2% dos inquiridos apresenta	
	baixa segurança alimentar e	
	13,4% apresenta muito baixa	
	segurança alimentar.	
•	69% dos inquiridos possui	
	dependência ligeira nas	
	atividades de vida diária.	
<u> </u>	antiques de vide didile.	

- 17,9% dos inquiridos diz que o estado da sua boca é mau ou muito mau.
- 23% dos inquiridos apresenta dificuldades de deglutição para sólidos e líquidos.
- 48% dos entrevistados diz que tem um estado de saúde razoável enquanto que 25% diz que goza de boa saúde.
- 66,2% dos inquiridos não pratica qualquer atividade física.
- 44% dos inquiridos moram com esposa/marido.
- 24% moram sozinhos.
- Embora 69% dos inquiridos falem com familiares assiduamente, há 16,9% que referem falar com pouca ou nenhuma assiduidade aos seus familiares.
- Embora 42,6% dos inquiridos refiram falar com assiduidade aos seus amigos, 40,5% referem não o fazer com assiduidade ou nunca.
- 55,6% dos inquiridos visitam os seus familiares com assiduidade, mas 28,5% não são assíduos nessas visitas ou nunca visitam familiares (10,2%).
- Quanto à satisfação nos contactos com familiares, 39% estão muito satisfeitos.
- Há 8,5% de inquiridos que nunca aceitam convites de familiares para festas ou outros acontecimentos familiares.
- Há 60,4% dos inquiridos que olham a sua velhice com naturalidade e otimismo, mas 43,6% olham-na com preocupação.
- 20,4% dos inquiridos ingere bebidas alcoólicas diariamente.
- 44% dos inquiridos referem ter caído durante o último ano.
- Dos que caíram, 34% ficou com ferimentos que não necessitaram de tratamento médico, mas 35% tiveram de receber tratamento médico e 14% tiveram fraturas.
- As quedas relacionam-se

sobretudo com:

- o tonturas, em 59% dos inquiridos.
- Com problemas visuais em 43% dos casos (não conseguem ver claramente imagens e objetos).
- Com problemas musculoesqueléticos e/ou circulatórios para 56,3% dos casos (manifestam terem pernas e pés dormentes).
- 85% dos inquiridos reformou-se durante o último ano.
- 64% dos inquiridos reformou-se por limite de tempo e idade e apenas 7% se reformaram antecipadamente.
- 42% pretendiam reformar-se mas continuar ativos.
- 26% permanecem com atividade remunerada após a reforma, porque não queriam deixar de trabalhar (22%).
- a principal fonte de rendimento dos inquiridos são as pensões (75%), sendo que 5% refere ser do trabalho.
- 8,1% das pessoas vivem com pensões até 100, 19% com pensões entre os 201 e os 300€ e 19,7% com pensões entre os 301 e os 400€.
- 75% dos inquiridos referem ter uma situação económica má ou muito má, ao passo que 16% referem ter uma situação económica boa ou muito boa.
- 69% dos inquiridos são parcialmente autónomos nas atividades instrumentais da vida diária.
- Promoção da saúde e prevenção da doença:
 - Há 16,5% dos inquiridos que não tem vacinas em dia, sendo que 6,4% manifesta desinteresse no assunto e 6,4% manifesta esquecimento para não ter

Cuidados e Serviços

139

- vacinas em dia.
- Os exames de rastreio são feitos apenas por 5 a 6% dos idosos entrevistados.
- 65,1% vão ao médico só quando estão doentes.
- 71,8% dos inquiridos vão às consultas para pedir receitas.
- 27,5% vão à urgência, principalmente em Peniche (7,5%) com quadros mal definidos.
- 11,3% das pessoas entrevistadas não tem médico de família.
- 31,7% dos entrevistados foi a um médico especialista
 - 30% foi ao cardiologista.
 - 13,3% foram ao oftalmologista.
- Medicamentos iatrogenia e adesão terapêutica:
 - 13% deixam de tomar medicamentos logo que se sentem mal.
 - 15,1% duplica a dose quando se esquece de tomar uma toma.
 - Apenas 14,1% utilizam dispositivos que ajudam a fazer a medicação à hora certa.
- Acesso a cuidados de saúde
 - o Proximidade:
 - 4,4% demoram mais de 30 minutos a chegar ao Centro de Saúde.
 - 45,1% deslocam-se em transporte próprio.
 - o Esforço financeiro:
 - Para quem utiliza transportes a viagem custa maioritariamente até 5€ (para 10,9%)

- e entre 6 a 10€para 7,5%.
- 3,1% dos
 entrevistados
 deixaram de ir a
 consultas em CS ou
 H por causa das
 taxas moderadoras.
- 79,6% dos
 entrevistados
 declara que a sua
 disponibilidade
 financeira não é
 tida em conta no
 momento da receita
 de medicamentos
 ou tratamentos.
- Localização e condições de alojamento:
 - 77,5% dos inquiridos vive em casa própria que é maioritariamente uma vivenda (68%), sendo de fácil acesso a pé (77,8%) ou de carro (94%).
 - 9,5% das habitações possuem casas de banho exteriores
 - Há 4,9% dos inquiridos a afirmar que as suas casas não possuem condições adequadas para a sua saúde, quer porque possuem acessibilidades difíceis (57,1%) ou porque possuem precárias condições de habitabilidade (42,9%).
 - O factor ambiental que mais afeta a saúde destas pessoas é o ruído (10,9%) e a poluição do ar (7,4%).
 - 54,6% dos inquiridos quando precisam de fazer obras em casa fazem-nas eles mesmos (18,3%) ou pedem ajuda para as fazer (36,3%).
- Deve notar-se que existe entreajuda na vizinhança ou dentro da família, já que 36,3%

dos inquiridos sabem que podem contar com ajuda para obras em casa • Em termos de ajudas técnicas, o que mais precisam é de barras de apoio (15,2% dos inquiridos) • Sentimento de segurança • 72,5% dos inquiridos sentese seguro em casa e 72,5% sentese seguro fora de casa.	
 O sentimento de segurança é limitado para 24,3%, sobretudo à noite. 2,5% dos inquiridos afirma que existem distúrbios frequentes (2,1%) ou muito frequentes (0,4%) nas suas imediações. 	
 Embora 57% dos inquiridos refira que o grau de violência das suas imediações não se alterou, 3% afirmam que diminuiu (um pouco a muito) e 37% afirmam que aumentou (24% diz que pouco e 13% diz que muito). 40% dos inquiridos referem que o crime é a principal fonte de problemas no seu local de residência e 20% diz que é o barulho. 10% referem o vandalismo como fonte de problemas na zona de residência. Confiança na vizinhança Apenas 7,7% refere não ter confiança 	
nos vizinhos.	Promover a colaboração
Colaboração interdepartamental	interdepartamental em torno do envelhecimento saudável e ativo no concelho de Peniche

7.1 OBJETIVOS OPERATIVOS, MEDIDAS E AÇÕES

De seguida estão descritos os objetivos operativos e respetivas medidas. Para cada uma das medidas está descrito o racional, as ações, a calendarização e as entidades promotoras. Ao longo do processo de audições dos vários órgãos envolvidos estabelecem-se as parcerias tendentes a constituir entidades que, conjuntamente com a Rede Social se responsabilizem pela concretização das mesmas.

Eixo estratégico 1: Promover a inserção social das pessoas idosas

Objetivos gerais:

- 1. Melhorar a imagem social das pessoas idosas do concelho, superando estereótipos tradicionais vinculados ao envelhecimento, fomentando a difusão e a proteção de valores positivos associados a esta etapa da vida.
- 2. Assumir a proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas do concelho no âmbito da Constituição da República Portuguesa e das recomendações das Organizações Internacionais.

Objetivos operativos:

- 1. Defender a velhice como uma etapa de vida que contribui para o desenvolvimento socioeconómico da sociedade.
- 2. Divulgar os direitos dos idosos no concelho de Peniche
- 3. Melhorar os mecanismos existentes para a proteção dos direitos das pessoas idosas e prevenção de situações de risco.

Objetivo operativo 1

Defender a velhice como uma etapa de vida que contribui para o desenvolvimento socioeconómico da sociedade.

Medida 1

Melhorar a imagem social das pessoas idosas e promoção de valores positivos associados ao envelhecimento

Racional:

Nos anos mais recentes o envelhecimento demográfico trouxe consigo um risco potencial ou real de conflito intergeracional. À medida a que aumenta o desemprego jovem, adotam-se como solução as reformas antecipadas (exemplo dado pelo próprio Estado) sendo que, por esse motivo, uma geração pode sentir que os seus interesses estão a ser afetados pelas escolhas de um estado social cada vez mais restritivo. Em sentido contrário, a geração ativa pode estar agora a sentir que está a fazer descontos para uma população envelhecida cada vez mais numerosa, não estando a equidade garantida, na medida em que diminuem as perspetivas desta geração vir a beneficiar dos mesmos direitos. Estas motivações do âmbito da economia moral estão certamente associados com a imagem social que fazemos do envelhecimento, manifestando-se sob a forma de violência sobre idosos, a qual não é mais do que uma extensão da violência doméstica.

As formas mais insidiosas de abuso sobre idosos estão relacionadas com estereótipos e atitudes negativas face aos idosos e ao próprio processo de envelhecimento. Desde que os idosos sejam desvalorizados socialmente e marginalizados, irão certamente estar susceptíveis à discriminação e a alguma forma de abuso. Entre outras medidas, muitos são os trabalhos que defendem: (1) melhoria do conhecimento sobre o problema; (2) legislação mais rígida e melhor controlo; (3) estratégias de prevenção mais efetivas.

Ações:	Calendarização				
	2013	2014	2015	2016	2017
1. Realização de uma atividade em todas as freguesias do concelho que coloque em evidência a solidariedade intergeracional. Esta ação deveria ser promovida por um grupo que integrasse avós e netos.					
2. Realização de um seminário, sobre violência intrafamiliar e sobre os idosos, dirigida a técnicos de serviço social e de saúde. Esta ação deve incidir sobretudo sobre violência económica.					
3. Apoio ao desenvolvimento de um projeto de sensibilização de crianças e jovens (a desenvolver em escolas de ensino básico e secundário) para os fenómenos de violência sobre idosos, como modo de prevenir futuros atos violentos.					

4. Desenvolver um projeto de formação orientada para pessoas com 55 ou mais anos que se voluntariem a servir como mentores de adolescentes e adultos jovens (15 a 25 anos) que tenham abandonado precocemente a escola, providenciando uma adequada qualificação destes para entrarem no mercado de trabalho.			
5. Criação de uma bolsa de formadores jovens (15 a 25 anos) que se voluntariem para funcionar como formadores pessoais de idosos (um ou dois) que queiram utilizar ferramentas informáticas.			

- 1. Quantidade de material impresso editado e distribuído.
- 2. Registo de uma atividade em cada uma das freguesias do concelho sobre a solidariedade intergeracional.
- 3. Registo de presenças de técnicos de serviço social e de saúde no seminário sobre violência intrafamiliar e sobre idosos apoiado ou realizado pela Câmara Municipal de Peniche.
- 4. Existência de um projeto de sensibilização de crianças e jovens (desenvolvido em escolas de ensino básico e secundário) para os fenómenos de violência sobre idosos.
- 5. Número de voluntários acima dos 55 anos a funcionar como mentores de jovens.
- 6. Número de voluntários entre os 15 e os 25 anos a funcionar como formadores de idosos em Tl.

Entidades Promotoras:

Autarquias

Agrupamentos de escolas do concelho

Escola Secundária

Escola Superior de Tecnologia do Mar-IPL

Serviço de Voluntariado Europeu - AJP

Universidade Sénior

Outros

Medida 2

Promover a participação social das pessoas idosas através dos meios de comunicação social.

Racional:

No mundo de hoje a velhice é tida como uma doença incurável com um declínio inevitável, sendo qualquer intervenção votada ao fracasso. É por este motivo que o envelhecimento demográfico é visto como um problema - mais gastos com saúde, com medicamentos, mais instituições para prestar cuidados, mais reformas, mais dependência, entre outras - numa sociedade

que endeusa a juventude. Muitas destas opiniões são fundamentadas por frequentes publicações nos media sobre casos de violência em idosos, associando a sua imagem a situações de submissão, de pessoas facilmente enganadas e violentadas por delinquentes, pessoas frágeis, isoladas e doentes, humilhados pelos familiares e pela restante sociedade. Esta é apenas uma parte da realidade. Esta engloba também as pessoas bem sucedidas, pessoas com idades avançadas que pensam e sentem a vida com mais autonomia e dignidade. Ou seja, os media podem também ter um papel promotor da qualidade de vida e do reconhecimento social dos idosos, publicando os bons acontecimentos que também fazem parte do envelhecimento.

Ações:	Calendarização				
	2013	2014	2015	2016	2017
1. Elaboração de um acordo com os media que inclua recomendações relativas ao tratamento da imagem das pessoas idosas, a linguagem a utilizar e os valores positivos do envelhecimento.					
2. Estabelecimento de acordos com os meios de comunicação locais para a difusão de intervenções, recursos ou serviços dirigidos às pessoas idosas do concelho assim como para a promoção da sua participação nas realizações que lhes sejam dedicadas.					

Indicadores:

- 1. Existência de um acordo sobre as práticas mais frequentes que interessem particularmente as pessoas idosas.
- 2. Quantidade de material divulgado com o acordo consensualizado.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Imprensa escrita Radiodifusão Outras

Medida 3

Desenvolver ações de reconhecimento social de entidades singulares ou coletivas que se tenham destacado pelas ações promotoras das pessoas idosas do concelho.

Racional:

Um dos aspetos essenciais das políticas tendentes à promoção dum envelhecimento ativo é a inclusão social. A participação social ativa da parte deste sector populacional cada vez mais numeroso pode significar a

colocação do seu tempo, energias, experiências e saberes ao serviço de iniciativas de cidadania ativa, organizações de cariz voluntário ou remunerado, assim como de grupos sociais e das suas próprias famílias. Este plano estratégico deve então estar também orientado para a promoção de vidas plenas, ativas e independentes, através de medidas que visem a participação económica, cívica e social das pessoas idosas.

Ações:	Calendarização				
	2013	2014	2015	2016	2017
1. Identificar as barreiras complexas e distintas que impeçam as pessoas idosas de participarem plenamente na vida da autarquia.					
2. Descrever formas de intervenção precoce, de prevenção e de promoção da participação das pessoas idosas na vida da comunidade.					
3. Criar um prémio anual (Peniche Sénior, por exemplo) que reconheça as pessoas com 65 ou mais anos que se tenham distinguido pela sua contribuição para o bem estar de todos aqueles que vivem no concelho.					
4. Celebração de um ato público (uma gala) onde se entreguem os prémios que distingam as pessoas idosas (evitando o Dia Internacional das Pessoas Idosas, mas integrando-o num evento que comemore outra data municipal).					

Indicadores:

- 1. Resultados dos estudos sobre as barreiras à participação social dos idosos na vida do concelho.
- 2. Constituição do júri para apreciação dos contributos pelas pessoas idosas.
- 3. Número de candidatos selecionados.
- 4. Número de pessoas e entidades galardoadas.

Entidades Promotoras:

Grupo de trabalho "pessoas idosas, envelhecimento e intergeracionalidade" Outras

Objetivo operativo 2

Difundir os direitos dos idosos no concelho de Peniche

Medida 1

Criação de uma página web específica no site do município (www.cm-peniche.pt) dedicada à divulgação de (entre outros) os direitos dos idosos.

Racional:

Várias organizações internacionais têm promovido a inclusão social e o envelhecimento ativo, deixando para as autoridades nacionais o desenvolvimento de iniciativas que se submetam às suas recomendações. Um dos vetores dessa inclusão é adoção dos direitos (e deveres) constantes em resoluções de organizações internacionais, as existentes na Constituição da República Portuguesa e na legislação nacional.

Ações:			Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Elaboração e distribuição de material impresso onde estejam descritos os direitos dos idosos, tal como constam da Resolução nº 46/91 aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas de 16/12/1991, e o seu reflexo na ordenação jurídica nacional (Chama a atenção para uma versão mais completa disponibilizada para consulta pública na página web da Câmara Municipal de Peniche).					
2.	Elaboração de um menu especificamente criado para alojar na página web da Câmara Municipal de Peniche, os direitos das pessoas idosas (versão mais completa em relação ao que foi divulgado em suporte escrito).					
3.	Redação de um documento completo sobre direitos dos idosos para disponibilizar na página web citada.					
4.	Publicação na página web das várias organizações que integram o grupo de trabalho.					
5.	Fomentar a participação de idosos na interpretação dos direitos.					
6.	Encorajar a participação das organizações à reflexão sobre direitos de idosos e a sua incorporação nas normas operativas, incluindo os trabalhos realizados na Semana Sénior.					

Indicadores:

- 1. Quantidade de material impresso editado e distribuído sobre direitos dos idosos.
- 2. Existência de uma página web existente na página da Câmara Municipal de

Peniche sobre direitos dos idosos.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Grupo de trabalho Outras

Objetivo operativo 3

Melhorar os mecanismos existentes para a proteção dos direitos das pessoas idosas e prevenção de situações de risco.

Medida 1

Promover a proteção e segurança das pessoas idosas.

Racional:

Quando, no último quartel do século XX se começou a trabalhar sobre questões de violência doméstica e particularmente sobre violência infantil e sobre as mulheres, compreendeu-se que seria de desvelar também as formas de violência sobre idosos, deixando esta de ser também matéria privada. Hoje esta matéria é reconhecida como um problema de saúde pública que também recai na alçada da justiça.

Ações:		Calendarização			
	2013	2014	2015	2016	2017
1. Criar um grupo de trabalho que estude a questão da violência sobre idosos no concelho, cujas conclusões possam servir de apoio à decisão política e social por parte dos responsáveis locais. a. Objetivos do grupo de trabalho: i. Promover a compreensão sobre violência sobre os idosos. ii. Aconselhar medidas de política local tendentes a prevenir e a lidar melhor com situações de violência sobre idosos. iii. Melhorar o conhecimento e a compreensão acerca da violência sobre idosos. iV. Promover a intervenção multidisciplinar devidamente informada.					
2. Elaboração de protocolos de atuação e suportes documentais de utilização em situações de emergência social, maus tratos e abusos sobre idosos					
3. Intervenção junto da população na qual foram identificadas situações de maus tratos.					

- 1. Evidência de constituição do grupo de trabalho.
- 2. Estudos e recomendações da responsabilidade do grupo de trabalho.
- 3. Protocolos celebrados com entidades públicas ou do setor social que visem a resolução de problemas relacionados com situações de violência sobre idosos.
- 4. Número de publicações e de atuações de difusão dos protocolos de atuação junto de profissionais das diferentes instituições intervenientes.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Entidade públicas (unidade de investigação) Forças de segurança pública Saúde Segurança social

Medida 2

Criação de uma comissão de acompanhamento de idosos em situações de risco.

Racional:

O desenvolvimento recente de call centers em várias áreas sociais relacionase com múltiplos benefícios, dos quais destacamos os que são transponíveis para as questões dos direitos dos idosos: divulgação de informação abrangente cujo objetivo é o de melhorar a compreensão sobre o fenómeno em causa e garantir o acesso direto e atempado por parte dos cidadãos.

	Ações:	Calendarização				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Criação de uma comissão que integre serviços de primeira linha na proteção dos direitos dos idosos					
2.	Criar um serviço de atendimento, para dar cobertura à procura local sobre direitos dos idosos, recepção e encaminhamento de incumprimentos detetados por cidadãos ou profissionais.					
3.	Divulgação da linha de atendimento junto da população e das instituições do concelho.					
4.	Formação contínua dirigida a técnicos de serviço social e de outros profissionais com contacto preferencial com pessoas idosas (correios, farmácias, bancos).					

- 1. Número de atendimentos e denúncias recebidas.
- 2. Número de publicações e de atuações de difusão do serviço junto de profissionais e restantes cidadãos.
- 3. Número de formações feitas, por grupo profissional.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Forças de segurança Segurança Social UCC

Proteção civil

Eixo estratégico 2. Contribuir para um envelhecimento ativo e saudável

Objetivos gerais

- 1. Contribuir para a autonomia das pessoas idosas baseando-nos nos princípios do envelhecimento ativo e saudável divulgados pela União Europeia.
- 2. Promover a participação ativa dos idosos na vida do concelho, partindo das suas experiências e conhecimentos pessoais e profissionais.

Objetivos operativos

- 1. Promover a autonomia das pessoas idosas e favorecer um envelhecimento saudável e ativo.
- 2. Promover a inclusão social e potenciar a participação de pessoas idosas em programas de voluntariado.
- 3. Promover o acesso e a participação de pessoas idosas aos programas culturais de lazer e de bem estar .
- 4. Potenciar novas dinâmicas profissionais depois dos 45 anos.

Objetivo operativo 1

Promover a autonomia das pessoas idosas e favorecer um envelhecimento saudável e ativo.

Medida 1

Promoção da atividade física e a nutrição entre os idosos.

Racional:

Esta população é bem demonstrativa de um envelhecimento sem grandes alterações de dependência física mas sem hábitos de atividade física como imperativo para uma via saudável. Por outro lado, é importante notar que os indicadores de diversidade alimentar permitem concluir pela necessidade

de investir em programas de ajuda que resolvam problemas pontuais, mas que deixem nas pessoas hábitos de alimentação saudável. Atividade física e alimentação saudável são fatores importantes para envelhecer bem, uma vez que melhoram a condição física, regulam o stress e promovem a participação e a inclusão social.

Ações:			Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Desenvolvimento de brochuras sobre os benefícios da atividade física e das mudanças de hábitos alimentares em pessoas acima dos 50 anos.					
2.	Promover uma campanha de divulgação da atividade física entre idosos, aproveitando a experiência das pessoas idosas do concelho que praticam algum tipo de atividade física.					
3.	Promover workshops sobre preparação de refeições (utilização de ervas aromáticas, por exemplo) adequadas a pessoas acima dos 50 anos, diminuindo os aportes calóricos e aumentando os componentes nutritivos.					
4.	Promover uma campanha que envolva a população de todas as freguesias, profissionais de saúde e de serviço social destinada a prevenir a osteoporose entre as mulheres.					
5.	Promover uma campanha de prevenção da hipertensão e da diabetes tipo 2, através da alimentação e atividade física adequadas.					
6.	Promover a utilização da bicicleta para deslocações dentro das principais localidades do concelho, através da construção de ciclovias, da disponibilização de bicicletas para uso público e da restrição de circulação de automóveis em alguns circuitos públicos.					

Indicadores:

- 1. Quantidade de brochuras sobre benefício da atividade física distribuídas.
- 2. Registo dos workshps desenvolvidos e das imagens recolhidas, focando a

- presença de cidadãos acima dos 50 anos.
- 3. Registos escritos (divulgação e suporte) e fotográficos das campanhas de prevenção da osteoporose.
- 4. Registos escritos (divulgação e suporte) e fotográficos das campanhas de prevenção da hipertensão e da Diabetes tipo 2.
- 5. Existência de ciclovias, de bicicletas disponibilizadas pelo organismo responsabilizado pela atividade e de circuitos onde se restringiu a circulação automóvel.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

UCC

Entidades sem fins lucrativos

ESTM

Outras

Medida 2

Desenvolvimento de programas de promoção da saúde, prevenção e detecção de patologias associadas ao envelhecimento

Racional:

Os princípios de promoção de saúde e prevenção de doenças aplicam-se de modo transversal a todas as idades, porém são cada vez mais as evidências de que existem princípios que têm de ser adequados a certos grupos etários. Neste contexto deveremos reconhecer que quando passamos dos 50 anos a nossa vida passa por várias modificações que envolvem o trabalho, o emprego, a doença, o luto, a relação com os filhos e com os netos. Estas transformações tornam as pessoas mais receptivas a mensagens sobre saúde e manutenção de uma vida ativa e saudável. A investigação promovida em muitos países permitiu conhecer melhor estes processos de mudança e é por isso que existem cada vez mais consensos acerca da importância da qualidade de vida e da independência nesta fase da vida, em vez de nos continuarmos a centrar sobre as fragilidades e dependências dos idosos, assim como nos serviços de saúde e sociais que estes consumiam. Uma tal mudanca necessita de uma transformação sistemática e de muitos atores sociais, de forma a desenvolver oportunidades de participação social e de serviços que satisfaçam as necessidades e preferências dos que envelhecem. Verificámos pelo levantamento de necessidades que existem alguns problemas que têm de ser resolvidos de imediato, como sejam a saúde oral e o acesso a rastreios de saúde, mas verificámos também que existem pessoas que desejam manter-se ativas, embora de momento alguns o façam por necessidade. Porém, um plano estratégico olha para metas mais distantes e por isso, mais exigentes e tendentes à transformação das contingências atuais.

Ações:			Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1. Aplicação de um progra	ma que,					

	utilizando as possibilidades garantidas pelo estado social, promova o acesso dos idosos do concelho a cuidados de saúde oral, cuidados oftalmológicos e auditivos.			
2.	Trabalhar com os técnicos de saúde para se melhorarem os indicadores de imunização de idosos, particularmente no que diz respeito à vacinação da gripe.			
3.	Eliminar a discriminação no trabalho baseada na idade promovendo o trabalho como um modo de integração social e prevenção em termos de saúde mental.			
4.	 Aplicar um programa de empregabilidade e de manutenção do trabalho de pessoas idosas. a. Identificação de necessidades e de preferências de pessoas acima dos 50 anos elegíveis para o programa. b. Desenvolvimento de um portfólio de empresas interessadas no trabalho de pessoas acima dos 50 anos. c. Desenvolvimento de modelos de trabalho ajustáveis e orientadores da empregabilidade de pessoas acima dos 50 anos. d. Implementação de um grupo de trabalho que apoie pessoas e empresas e que produza relatórios de avaliação das experiências. 			
5.	Dinamizar iniciativas empreendedoras que tenham como ponto de partida a experiência pessoal e profissional de idosos do concelho. a. Criação de um registo de pessoas que se disponham a partilhar as suas experiências e conhecimentos, de forma altruísta, para o desenvolvimento de atividades empreendedoras ou de promoção e consolidação empresarial.			

- b. Desenvolvimento de um programa de mentoria entre pessoas idosas e outros adultos mais jovens que estejam no seu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.
- c. Promover o apoio de mentores na área de produção agrícola

- 1. Quantidade de pessoas abrangidas pelo programa de saúde oral.
- 2. Quantidade de pessoas vacinadas a cada ano, por grupos etários.
- 3. Quantidade de pessoas e de empresas envolvidas no programa de empregabilidade de pessoas acima dos 50 anos.
- 4. Existência de um grupo de trabalho que tenha por incumbência a identificação de pessoas para o programa de empregabilidade, o desenvolvimento de um portfólio de empresas e a avaliação dos processos de integração social das pessoas envolvidas no programa.
- 5. Número de pessoas idosas inscritas para processos de mentoria; número de adultos jovens assessorados

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

Empresas (sobretudo de pequena ou média dimensão)

Incubadora de Empresas D. Dinis (IPL)

UCC

ACISP

Outras

Medida 3

Promoção da aprendizagem ao longo da vida e a e-inclusão

Racional:

De acordo com as mais recentes investigações um dos modos mais eficazes para estimular a inclusão social e o envelhecimento saudável é a promoção da aprendizagem ao longo da vida. Este processo melhora a atividade e a responsabilidade, ao mesmo tempo que reduz a dependência. É uma responsabilidade do poder local a criação de condições acolhedoras para a aprendizagem, nas quais as pessoas acima dos 50 anos se sintam bem vindas e motivadas para desenvolverem os seus conhecimentos e habilidades, de modo a manterem-se ativas. Muitas das atividades intergeracionais que são desenvolvidas centram-se na manutenção de tradições e pouco se interessam pelo envolvimento das pessoas de mais idade com as tecnologias de informação, por exemplo. Por outro lado, é cada vez mais reconhecido que a implicação destas pessoas no delineamento das atividades de aprendizagem e a adesão às tecnologias de informação constitui um modo essencial de inclusão e participação social.

		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Apoiar as atividades da Universidade Sénior de Peniche, colaboração com o Programa 60+ (IPL).					
2.	Desenvolver cursos de formação cujo público alvo sejam as pessoas com mais de 50 anos, sobre temáticas orientadas para a sua inclusão em meio laboral.					
3.	Apoiar a alfabetização digital de pessoas com mais de 50 anos, especialmente utilização da Internet.					
4.	Identificar necessidades de cuidadores informais e promover ações de entreajuda e formação tendentes à sua resolução/minimização.					
5.	Aplicação dos critérios de acessibilidade digital nas páginas web de responsabilidade da autarquia.					

Outras

- 1. Atividades para o desenvolvimento e implantação da universidade de terceira idade entre a população com mais de 50 anos.
- 2. Oferta formativa disponibilizada a pessoas com mais de 50 anos, sobre temáticas orientadas para a sua inclusão em meio laboral .
- 3. Quantidade de formações apoiadas para pessoas com mais de 50 anos, particularmente sobre utilização da Internet.
- 4. Evidência de apoio à formação de cuidadores informais, pelo menos nas patologias que são mais frequentes no concelho.
- 5. Evidência de que todas as páginas web da responsabilidade da autarquia podem ser acedidas por todos, independentemente das suas capacidades.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Universidade Sénior de Peniche IPL Inclusivo IPL 60+

Medida 4

Aplicação de medidas preventivas de acidentes no domicílio e no espaço público

Racional:

Verificou-se que existem idosos que sofreram quedas com evidentes prejuízos físicos e sociais e que estes compreendem que a existência de suportes físicos e a eliminação de barreiras arquitectónicas são essenciais para prevenir estes acidentes. Constatou-se também que as pequenas obras são

feitas a expensas próprias e/ou com a ajuda de familiares, representando por isso um impedimento à adaptação dos espaços às suas capacidades. Ao mesmo tempo, compreendeu-se que existem dificuldades individuais de circulação na via pública (até porque são muitos os idosos que continuam a utilizar os seus automóveis para as deslocações necessárias) que podem estar relacionadas com problemas de visão ou mesmo de ordenação dos espaços.

	Ações:	Calendarização				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Criação de um equipa de resposta a necessidades de pequenas obras em casa, particularmente a cidadãos que estejam sinalizados em matéria de isolamento social.					
2.	Criação de incentivos à aquisição de equipamento de apoio (especialmente para casas de banho e escadas).					
3.	Desenvolvimento de uma rede de cidadãos que identifiquem constrangimentos à circulação viária e de acesso a espaços públicos, propondo as soluções adequadas.					
4.	Desenvolvimento de um programa destinado à prevenção de acidentes domésticos dirigido a pessoas com mais de 50 anos.					
5.	Desenvolvimento de um programa de segurança rodoviária dirigido a pessoas com mais de 50 anos.					
6.	Promover o estudo sobre o sistema de transportes existentes no concelho, de forma a conciliá-lo com as necessidades específicas da população idosa. a. Articular com projeto cidades amigas					

Indicadores:

- 1. Existência de uma equipa de execução de pequenas obras domiciliárias, de iniciativa autárquica.
- 2. Evidência de um programa de incentivos à aquisição de equipamento de apoio no domicílio.
- 3. Existência de um levantamento de constrangimentos à circulação e acesso em espaços públicos e da descrição das soluções identificadas.

- 4. Evidência de produtos utilizados no programa de prevenção de acidentes domésticos.
- 5. Programa das atividades de segurança rodoviária desenvolvido, exemplares de materiais utilizados e descrição das entidades envolvidas.
- 6. Evidência de estudo sobre sistema de transportes e conciliação com necessidades específicas dos idosos.
- 7. Existência de intervenção integrada entre área social e da saúde.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Outras Forças de segurança Serviços rodoviários UCC

Objetivo operativo 2

Promover a inclusão social e potenciar a participação de pessoas idosas em programas de voluntariado.

Medida 1

Dinamizar um movimento associativo de pessoas idosas e contribuição para a autonomia pessoal na tomada de decisões.

Racional:

Um dos problemas mais comuns aos reformados é a perda de contactos sociais. Os laços sociais que se constituíram ao longo de uma vida ativa perdem-se progressivamente, porque deixam de ser cultivados e estimulados, ao mesmo tempo que diminui a rede de relações, sejam elas familiares ou de vizinhança. As pessoas idosas que estão socialmente integradas, com frequentes contactos com a família, amigos, vizinhos, possuem melhores níveis de saúde mental e física. Por outro lado, o envolvimento com a comunidade, promove melhor apoio social, melhores índices de atividade física e mais baixos níveis de stress.

	Ações:		Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Reforço de suporte ao associativismo sénior, independentemente dos níveis de intervenção social a que se propõem.					
2.	Celebração de protocolos de parceria com associações nacionais e internacionais representativas do associativismo sénior ou com associações cívicas que orientem as suas atividades para a população idosa, de forma a garantir intervenções transversais e integradoras dos idosos do concelho.					

- 1. Quantidade de protocolos assinados para suporte ao associativismo sénior.
- 2. Evidência dos protocolos celebrados com associações nacionais e internacionais.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Entidade sem fins lucrativos Pessoas da comunidade Grupos de voluntariado já existentes

Medida 2

Promoção do voluntariado entre as pessoas idosas.

Racional:

A investigação tem permitido compreender que uma elevada percentagem de cidadãos vive em famílias unipessoais e ao mesmo tempo, aumentam muito as situações de solidão percursora de alguma morbilidade psiquiátrica (depressões, por exemplo), de aumento da dependência, da diminuição da rede social, de menor satisfação com a vida e de exclusão social. O voluntariado funcionaria aqui como um antídoto para a exclusão social e para o isolamento, podendo funcionar como um modo de manter as pessoas ativas e envolvidas, possibilitando a cada um, novos objetivos e sentidos de vida.

	Ações:	Calendarização				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Publicar informação atualizada sobre iniciativas e atividades voluntárias que se realizem no concelho ou fora deste, pelos meios de melhor acesso por parte dos cidadãos (em suporte de papel ou na Internet).					
2.	Criação e manutenção de um "Banco de Voluntariado", onde haja pessoas que ofereçam os seus serviços e tempo e outras que os procurem.					
3.	Criação/dinamização de grupos de voluntários que efetuem visitas domiciliárias. A preocupação inicial seria combater o isolamento e ajudar em pequenas tarefas diárias (preparar refeições, providenciar limpeza e arrumação de espaços).					
4.	Instituir um prémio anual a ser entregue					

	num ato público para distinguir pessoas que se tenham notabilizado pelas suas atividades voluntárias em prol de pessoas idosas.			
5.	Formação de voluntários para práticas de cuidados informais.			

Outras

- 1. Número de informações sobre atividades voluntárias disponibilizadas.
- 2. Existência de um banco de voluntariado e quantidade e tipologia de serviços disponibilizados e utilizados.
- 3. Existência de grupos de visitação domiciliária de iniciativa autárquica ou dinamizados pela autarquia.
- 4. Existência de uma gala de entrega dos prémios pela atividade voluntária.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Entidade sem fins lucrativos Escola Secundária ESTM (IPL) Pessoas da comunidade UCC

Objetivo operativo 3

Promover o acesso e a participação de pessoas idosas aos programas culturais, de lazer e de bem estar.

Medida 1

Promover a participação de pessoas idosas em programas intergeracionais de carácter sociocultural.

Racional:

A memória é parte fundamental da criação de identidades culturais coletivas e individuais, da instituição de tradições e de preservação e valorização de experiências significativas. Não se trata de nos prendermos ao passado, mas apenas de explicar o que fomos, o que somos e aquilo que queremos ser. À medida a que os rápidos avanços das tecnologias e das ciências contribuem para a construção de novos paradigmas, valores e para a reconstrução das sociedades, esbatem-se as memórias culturais e as tradições, desvinculando-se o homem da sua realidade objetiva, impossibilitando-o de compreender os processos de mudança que o trouxeram aos dias de hoje e que o transportarão para o futuro desejado. A partilha das histórias experimentadas por cada um promove a identidade e reforça o capital de pertença a uma comunidade, atribuindo-lhe uma consciência coletiva que perdura no tempo.

Ações:	Calendarização				
	2013	2014	2015	2016	2017

1.	Promover a participação de idosos em atividades extracurriculares no ensino básico e secundário.			
2.	Criação de um blog destinado à recolha de experiências pessoais vividas pelos habitantes do concelho.			

- 1. Número de participações de idosos em atividades extracurriculares.
- 2. Registo de histórias entradas no blog construído para o efeito.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Escola Secundária Entidade sem fins lucrativos ESADCR (IPL) Outras

Medida 2

Promoção do acesso das pessoas idosas a atividades culturais, artísticas e artesanais.

Ações:		Cale	ndariz	ação	
	2013	2014	2015	2016	2017
Reforço das atividades de caráter artístico, cultural e artesanal existentes no concelho.					
 Apoio à realização de atividades artísticas, culturais e artesanais de iniciativa de associações de pessoas idosas. 					

Indicadores:

- 1. Número de atividades organizadas por entidades dinamizadas pela autarquia.
- 2. Número de atividades de outras instituições apoiadas pela autarquia.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Entidade sem fins lucrativos Centros de convívio

Objetivo operativo 4

Potenciar novas dinâmicas profissionais depois dos 55 anos.

Medida 1

Promover novas dinâmicas profissionais e a transição para a reforma ativa.

Racional:

As novas dinâmicas socioeconómicas representam um desafio tanto para empregados quanto para empregadores, exigindo compreensão de modos diferentes de enfrentar o envelhecimento que ocorre cada vez com mais saúde e por mais anos. Gerir a segunda metade de uma carreira profissional constitui um desafio também para quem promove o apoio à decisão, na medida em que os serviços existentes estão maioritariamente orientados para a juventude e a escolha vocacional. São necessárias novas formas de organização do trabalho para reter trabalhadores, a par do desenvolvimento de novas competências por parte dos trabalhadores.

	Ações:		Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Desenvolver um gabinete de aconselhamento a trabalhadores e empregadores, sobre modos de antecipar a problemática do envelhecimento, conjugando-o com o trabalho.					
2.	Divulgação do trabalho do gabinete de aconselhamento junta da população do concelho					
3.	Construção de um site de atendimento interativo a todos quantos pretendam reorientar as suas carreiras profissionais, após os 55 anos.					
4.	Providenciar serviços de aconselhamento sobre a preparação da reforma.					

Indicadores:

- 1. Existência de um gabinete de aconselhamento com pessoal qualificado.
- 2. Número de pessoas atendidas durante um ano.
- 3. Número de pessoas que utilizaram o site de orientação vocacional.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

Grupo de trabalho emprego, formação e empreendedorismo

Centro de Emprego

Outra

Medida 2						
Promover a participação de pessoas idosas em programas universitários						
Ações: Calendarização						

		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Difusão de iniciativas de universidades e de politécnicos, cujos cursos sejam orientados para pessoas com mais de 55 anos.					
2.	Apoio à frequências de cursos ministrados nas universidades ou politécnicos, por parte de idosos do concelho					

- 1. Número de atividades que foram publicitadas
- 2. Número de estudantes apoiados pela autarquia.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Universidades Instituto Politécnico Outras

Eixo estratégico 3. Apoiar a prestação de cuidados e serviços com eficácia e qualidade

Objetivos gerais

- Contribuir para a utilização de serviços de saúde e para a adesão terapêutica entre idosos do concelho.
- 2. Apoiar os cuidadores informais de idosos em situação de dependência e as pessoas que envelhecem em suas casas.
- 3. Aumentar a diversidade e a qualidade das respostas sociais existentes no concelho, tendo em atenção as necessidades atuais e futuras da população que irá envelhecendo.
- 4. Contribuir para o incremento de competências profissionais de todos os técnicos da área social e da saúde para atenderem às exigências de uma população progressivamente envelhecida.

Objetivos operativos

- 1. Promover a utilização de serviços de saúde e a adesão terapêutica.
- 2. Apoiar os cuidadores informais e o envelhecimento em casa.
- 3. Aumentar a diversidade e a qualidade das Respostas Sociais disponíveis no concelho para apoio aos idosos.

4. Apoiar a formação contínua entre os profissionais que cuidam de idosos.

Objetivo operativo 1

Promover a utilização de serviços de saúde e a adesão terapêutica.

Medida 1

Apoio à utilização de serviços de saúde

Racional:

O levantamento de necessidades evidenciou que existem idosos que não têm médico de família e que um escasso número faz rastreios de saúde. É reconhecido por todos os organismos que as pessoas idosas têm de ser seguidos em consulta, para além de deverem fazer exames regulares como medida preventiva (tendo em atenção a principal causalidade de morte no concelho) e como modo de reduzir as dependências. Muito deste trabalho é feito na área dos Cuidados de Saúde Primários. As avaliações sobre acesso a cuidados de saúde baseiam-se sobretudo em aspectos quantificáveis e de fácil demonstração através de processos estatísticos, relegando questões qualitativas, como seja o estigma sobre doenças psiquiátricas, a literacia para a saúde, a população migrante e os grupos minoritários.

	Ações:		Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Identificação de barreiras no acesso aos cuidados de saúde, independentemente dos estudos existentes					
2.	Criar um programa de incentivo à realização de exames de rastreio de saúde.					
3.	Apoiar o desenvolvimento de consultas na área da saúde mental, em Unidades de Saúde Familiares e/ou Centros de Saúde.					
4.	Apoiar as intervenções de profissionais de saúde que permitam combater as principais causas de morte no concelho.					
5.	Melhorar o mix de serviços de saúde e serviço social no concelho.					
6.	Utilizar estratégias de melhoria da					

literacia para a saúde (panfletos, intervenções em associações recreativas, filmes e outros), mas também para os serviços prestadores de cuidados de saúde (melhorar a comunicação, dar a conhecer a carteira de serviços, melhorar a marcação de consultas, por exemplo).

Indicadores:

- 1. Estudo sobre barreiras ao acesso a cuidados de saúde no concelho.
- 2. Número de exames de rastreio de saúde feitos pelos idosos com incentivos autárquicos.
- 3. Número de consultas de saúde mental em USF e CS
- 4. Número de atividades de combate às principais causas de morte no concelho apoiadas pela autarquia.
- 5. Relatório de avaliação do trabalho conjunto realizado por pessoal de saúde e de serviço social.
- 6. Número de atendimentos domiciliários realizados
- 7. Número de intervenções comunitárias de ensino para a saúde e de panfletos e de reuniões realizadas com pessoal de saúde advogando em favor dos utentes em matéria de comunicação e relação com os utentes.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

UCC

UCSP

Outras

Medida 2

Promover a adesão terapêutica entre os idosos do concelho

Racional:

Este é um aspecto relacionado com o acesso a cuidados de saúde. Sabemos que os idosos são o grupo populacional que mais utiliza medicamentos per capita, o que está em relação com os seus problemas físicos e mentais. A informação sobre o modo de tomar os medicamentos tem de se relacionar de perto com a literacia para a saúde de cada um independentemente da sua escolaridade - de forma a otimizar a efetividade e a segurança dos tratamentos, tornando os doentes conscientes das consequências de tomar medicamentos abaixo ou acima das doses recomendadas, das suas interações e possíveis efeitos secundários. Verificámos no nosso levantamento de necessidades que existem pessoas que deixam de tomar medicamentos porque se sentem mal, outros tomam o dobro da dose guando esquecem uma toma e outros ainda referem alterações de visão e de equilíbrio, para além de hipertensão e outros sintomas que também podem ser relacionados com a toma da medicação prescrita. Para além disso, é do conhecimento geral que muitos doentes deixam de tomar medicamentos receitados porque não se sentem melhores, logo nas primeiras tomas.

	Ações:		Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Desenvolver com as farmácias do concelho, um programa de consciencialização para o cumprimento das terapêuticas prescritas entre os idosos, melhorando o aconselhamento e distribuindo documentação de suporte destinada aos doentes.					
2.	Promover o uso de caixas de medicação e de outros dispositivos que permitam melhorar a adesão terapêutica entre idosos do concelho.					
3.	Protocolar com unidades de saúde do concelho e com uma unidade de investigação, o desenvolvimento de um programa de intervenção que identifique, avalie e resolva problemas relacionados com a adesão terapêutica entre adultos idosos que estejam a fazer tratamentos em suas casas.					

Outras

- 1. Número de panfletos distribuídos.
- 2. Número de sessões de esclarecimento sobre utilização de caixas de medicação entre idosos.
- 3. Evidência de um protocolo para a criação do programa de intervenção destinado a resolver problemas de adesão terapêutica entre idosos.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Farmácias Unidade de investigação UCC

Objetivo operativo 2

Apoiar os cuidadores informais e o envelhecimento em casa.

Medida 1

Apoiar as famílias cuidadoras de idosos em situação de dependência

Racional:

O sistema de saúde integra nos dias de hoje a família como cuidadora de pessoas que vão progressivamente necessitando de mais cuidados, mas também de outros doentes que, depois de algum tempo de hospitalização regressam a casa com exigentes e diversas necessidades de cuidados. Mesmo que se instituam cuidados domiciliários de diversa natureza e cada vez mais sofisticados pela incorporação tecnológica que vai sendo disponibilizada, recairão sobre os familiares decisões e cuidados complexos. Ocorre ainda que os idosos são cada vez mais os cuidadores de netos. Isso implica o reconhecimento deste papel social por parte das famílias, mas também do concelho.

	Ações:		Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Manutenção ou reforço de serviços orientados para o descanso do cuidador: programa de permanências temporárias em instituições.					
2.	Desenvolvimento de outros tipos de resposta, decorrentes de necessidades identificadas.					
3.	Promover eventos de encontro de avós, onde estes possam partilhar experiências e lhes possa ser prestada homenagem pública pela atividade social desempenhada.					
4.	Reforço de intervenção integrada entre área social e de saúde.					

Indicadores:

- 1. Número de pessoas que utilizam serviços para substituição temporária de cuidadores.
- 2. Número e tipo de serviços complementares aos cuidadores que foram desenvolvidos, por período de tempo.
- 3. Número de eventos realizados.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

UCC

Entidade sem fins lucrativos

Bombeiros Voluntários

Outras

Medida 2

Melhorar as condições de habitabilidade das pessoas que, com diferentes graus de dependência permanecem em casa.

Racional:

O inquérito às despesas das famílias (INE, 2012) em 2010/2011, revela que estas incidem sobretudo sobre habitação, despesas com água, eletricidade, gás e outros combustíveis e que as despesas relativas a produtos alimentares e bebidas não alcoólicas estão em queda. Por outro lado, teremos de conjugar esta realidade estatística com questões atuais de crise das políticas sociais e também com o desejo cada vez maior dos idosos quererem envelhecer nas suas casas, prolongando aí a permanência até que a sua autonomia o permita. Oras estas questões devem-nos fazer pensar nas possibilidades existentes no domicílio das famílias unipessoais, que são cada vez mais numerosas, para que tais desideratos se consubstanciem. Uma das questões que surge imediatamente à cabeça das prioridades são as barreiras arquitectónica existentes em muitos dos domicílios e a falta de apoios técnicos (barras de apoio, entre outras) que os inquiridos mencionaram. Os idosos não dispõem já de capacidade - em muitos casos de poderem por si só, realizar estas pequenas instalações e obras, para além de se verem limitados na sua aquisição. Nesta medida, a conjugação da vontade autárquica com os programas de revitalização do sector da construção em Portugal, podem ser importantes para concretizarmos a reabilitação de espaços de vida dos idosos do concelho.

Ações:		Cale	ndariz	ação	
	2013	2014	2015	2016	2017
Desenvolvimento de políticas de apoio à adaptação dos espaços residenciais adequados às necessidades dos idosos.					
2. Utilização do "Programa conforto habitacional para pessoas idosas" (PCHI)					

Indicadores:

1. Número de habitações adaptadas

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Segurança Social Outras

Medida 3

Promoção da acessibilidade e da mobilidade de pessoas idosas.

Racional:

Para além das questões enunciadas na medida anterior no que diz respeito às condições habitacionais de idosos, verificamos que ainda são significativas as barreiras arquitectónicas existentes em serviços públicos. Partindo do pressuposto de que a deficiência é um determinante de marginalização social dos seus detentores e que esta só é vivida pelos sujeitos se a sociedade não for inclusiva, pretendemos através desta medida

que todos os cidadãos, independentemente das suas capacidades possam utilizar os serviços públicos, mesmo que este acesso seja virtual (Internet). É também significativo que os cidadãos entrevistados continuem a utilizar os seus meios de transporte pessoais para deslocações a consultas médicas, por exemplo. Se é verdade que esta utilização se fundamenta em fatores culturais que podem ser desmistificados, também é verdade que dá origem a sinistralidade evitável. A alternativa é a existência de um sistema de transportes estudado para servir interesses de um sector populacional concreto. É fácil encontrar serviços de transportes públicos adaptados aos interesses da população estudantil (ir e vir da escola); também existem destes serviços adaptados aos horários laborais da população ativa: porque será que não existem serviços de transportes públicos dedicados aos interesses da população idosa?

Ações:			Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Desenvolvimento de um programa de revisão urbanística de espaços públicos.					
2.	Organização de uma linha de financiamento a alterações arquitectónicas em serviços públicos, com vista a melhorar o acesso dos cidadãos, independentemente das suas capacidades físicas ou sensoriais.					
3.	Apoio à utilização de transportes públicos por todos os cidadãos, independentemente das suas capacidades físicas e sensoriais.					

Indicadores:

1. Número de ações de promoção empreendidas em cada uma das tipologias.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Segurança Social Outras

Medida 4

Criação de novos serviços de apoio no domicílio.

Racional:

As opções de institucionalização precoce de idosos estão cada vez mais em desuso, à medida a que se desenvolve a ideia de envelhecer em casa. Esta opção corresponde ao investimento num conjunto de modificações nas residências habitadas pelas pessoas idosas, de forma a que elas permaneçam no seu meio pelo maior espaço temporal possível. Desta

forma, quer os cuidados familiares, quer os cuidados institucionais serão cada vez menores e inseridos apenas quando de todo não for manifestamente possível aos idosos permanecerem nas suas casas. A prevenção de quedas, melhores condições de luminosidade, melhores comunicações, a incorporação de meios que correspondam a necessidades específicas, através do diagnóstico de situações e aconselhamento por um terapeuta ocupacional especializado, serão formas de manter os idosos nas suas habitações pelo mais longo espaço de tempo possível.

Ações:			Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Identificação de necessidades das pessoas com 65 ou mais anos.					
2.	Organização de respostas adequadas às necessidades identificadas.					

Indicadores:

- 1. Evidência de uma avaliação trienal de necessidades dos idosos.
- 2. Número de respostas às necessidades identificadas, desenvolvidas pela autarquia.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Segurança Social UCC Outras

Objetivo operativo 3

Aumentar a diversidade e a qualidade das Respostas Sociais disponíveis no concelho para apoio aos idosos.

Medida 1

Incremento de serviços de apoio domiciliário

Racional:

As necessidades das pessoas que envelhecem irão mudando, tanto quanto as sociedades onde essas pessoas estão inseridas. Nesse contexto, as necessidades a que teremos de dar resposta são dinâmicas e exigentes de novas respostas, para além de estarem a mudar também as políticas sociais que estão subjacentes a todos os processos de resposta às necessidades daqueles que envelhecem. Verificámos no levantamento de necessidades que a alimentação é algo que está deficitário e que carece de intervenção.

Ações:	Calendarização					
	2013	2014	2015	2016	2017	

1.	Distribuição de jantar em contexto de cuidados domiciliários			
2.	Extensão de serviços domiciliários através da incorporação de cuidados técnicos diversos: fisioterapia, terapia ocupacional, dietética.			
3.	Formação de um grupo de voluntários que ajude com a confecção de refeições em domicílios unipessoais ou com pessoas dependentes.			

- 1. Número de serviços de apoio domiciliário com distribuição de jantar.
- 2. Número de técnicos de fisioterapia, terapia ocupacional e dietética integrados nos serviços de apoio domiciliário.
- 3. Número de famílias a usufruírem de apoio na confecção de refeições.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche ESSLei Entidade sem fins lucrativos ESTMIPL(Catering) Outras

Medida 2

Criar um serviço de teleassistência para idosos do concelho.

Racional:

Os serviços de atendimento servem como meio expedito de colocar e resolver problemas, mas também ocorre constituírem o único meio possível de ligação de alguns familiares e idosos com o exterior. Têm-se verificado em algumas autarquias que estes serviços, a funcionar de forma conjunta com a Polícia de Segurança Pública, a Proteção Civil e os Bombeiros, garantem apoio personalizado e auxílio imediato em situações de emergência. Para além disso contribuem para a manutenção da autonomia dos idosos no seu domicílio, apoio na solidão e não representam acréscimo de despesas para os beneficiários.

Ações:	Calendarização				
	2013	2014	2015	2016	2017
1. Criar um serviço de teleassistência que contribua para a manutenção da autonomia dos idosos no seu domicílio, que disponibilize respostas imediatas em situações de urgência/emergência ou derivadas destas.					

2.	Constituição de parcerias com as forças de segurança e de proteção civil para disponibilizar as respostas aos pedidos de intervenção.			
3.	Criação de um gabinete de coordenação (eventualmente em conjunto com outro previamente existente) das respostas aos pedidos de intervenção.			

- 1. Evidência do serviço criado.
- 2. Número e tipologia de atendimentos durante um período de tempo

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Polícia de Segurança Pública Proteção Civil Bombeiros Voluntários Outros

Medida 3

Envolvimento na aplicação do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais existentes no concelho.

Racional:

As respostas sociais, como sejam o acolhimento familiar, os centros de acolhimento temporário, os centros de atividades ocupacionais, os centros de dia, os lares residenciais, as estruturas residenciais para idosos e o serviço de apoio domiciliário (para além doutros) terão de responder perante conjuntos normativos dentro do Programa que foi assinado em março de 2003 entre o então Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias e a União das Mutualidades Portuguesas, visando a promoção da qualidade das respostas sociais de âmbito público, privado e solidário. Estes processos são normalmente longos e carecem de incentivos à sua prossecução, para além de necessitarem de respostas rápidas a problemas muito concretos. O envolvimento autárquico neste processo, como forma de incentivo e de oferta de rápida solução de problemas, funciona como garante da qualidade das respostas sociais para idosos existentes no concelho.

Ações: Calendo			ndariz	ação	
	2013	2014	2015	2016	2017
Criar um serviço autárquico de consultadoria às instituições abrangidas pelo programa .					

2.	Apoiar ativamente as instituições na organização dos processos de melhoria contínua da qualidade que respondam às normas do Programa de Qualidade e Segurança e nas alterações que daí decorrerem, dentro do âmbito específico da sua intervenção.			
3.	Apoiar ações de formação sobre gestão da qualidade para os técnicos responsáveis pela gestão desses programas nas Respostas Sociais do concelho.			
4.	Valorizar a acreditação de serviços nos processos de contratualização de serviços ou colocação de idosos.			
5.	Apoiar a realização de auditorias cruzadas entre as Respostas Sociais existentes no concelho e inseridas no Programa, como forma de criação de sinergias, diagnosticar problemas e resolve-los antes dos visitas dos auditores externos.			

- 1. Número de consultadorias realizadas durante uma unidade de tempo (anual).
- 2. Número de respostas sociais para idosos intervencionadas pela autarquia no seu processo de qualidade e segurança.
- 3. Número de ações de formação apoiadas pela autarquia
- 4. Número de processos de contratualização de serviços e de colocação de idosos pela autarquia, onde a escolha tenha sido baseada no processo de qualidade.
- 5. Número de auditorias cruzadas que tenham sido patrocinadas pela autarquia.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Entidade sem fins lucrativos Segurança Social ESSLei Outras

Objetivo operativo 4

Apoiar a formação contínua entre os profissionais que cuidam de idosos.

Medida 1

Colaborar no desenvolvimento de programas de formação graduada e pós-graduada na área da geriatria e gerontologia.

Racional:

A evolução das necessidades das pessoas idosas coloca desafios aos profissionais, uma atualização constante de conhecimentos e a necessidade de formações mais específicas. Por outro lado existe conhecimento que decorre da prática que deve ser aproveitado para a transmissão de experiências e saberes práticos dali resultantes. Nesta medida, compete à autarquia zelar para que a formação ao longo da vida da parte dos profissionais que trabalham com os idosos do concelho seja uma realidade. O apoio para esta formação pode traduzir-se na reserva de vagas, na instituição de parcerias e noutros tipos de incentivos, devendo para isso ser celebrados acordos com as instituições cuja formação melhor responda às necessidades dos idosos do concelho.

	Ações:	Calendarização				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Proposição de novas formações de âmbito do ensino superior (nível 5 e 6).					
2.	Incentivo à participação de profissionais nos programas de primeiro e segundo ciclos existentes na oferta formativa do ensino superior (indicar em que instituições).					
3.	Celebração de protocolos com instituições de ensino superior tendo em vista a prioridade de acesso dos técnicos da autarquia .					
4.	Celebrar protocolos de cooperação interinstitucional entre a autarquia e instituições de ensino superior para a realização de iniciativas de interesse comum, dentro das áreas de investigação e ensino.					
5.	Fomento da investigação como forma de desenvolvimento de novos recursos e de adequação dos existentes.					

Indicadores:

- 1. Número de formação propostas
- 2. Número de profissionais das Respostas Sociais e da autarquia a fazer ou que já concretizaram formações dentro dos protocolos celebrados.
- 3. Número de protocolos celebrados, por tipologia.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

IPI

Escola

Outras

Objetivo estratégico 4. Promover a colaboração interdepartamental em torno do envelhecimento saudável e ativo no concelho de Peniche

Racional:

O desenvolvimento do plano gerontológico só será possível se houver o envolvimento dos vários departamentos autárquicos e se houver uma compreensão de que a populações idosa não pode ser apenas alvo de intervenção de um sector em particular. Os idosos são utentes de vários serviços autárquicos e estão presentes em todos os sectores da vida da autarquia. Por este motivo, teremos desde logo de pensar num conjunto de medidas que tornem possível coordenar atividades entre vários serviços e/ou departamentos, obviando a replicações e/ou sobreposições, a desperdícios e fundamentalmente descrédito de um planeamento que se pretende ser inovador, mas útil e prático, facilitando intervenções e motivando a participação de cidadãos e técnicos autárquicos. Ao aplicar-se "interdepartamental" pretende-se alcancar transversalidade de ações dos vários serviços autárquicos, como atrás está ilustrado, mas também uma sinergia na ação de serviços nacionais e internacionais. Sabemos de há muito tempo que a mobilidade populacional é um fator que agrava o envelhecimento demográfico local, na medida em que gerações anteriores de cidadãos procuraram, por vários motivos, noutras regiões do país e do mundo, as condições de vida e de trabalho de que não dispuseram em certo momento das suas vidas, procurando regressar às suas raízes, logo que se reformam.

Estes movimentos populacionais são muito bem vindos e importantes localmente, mas terão de passar a ser preparados e devidamente acompanhados, para que possamos promover regressos bem sucedidos, quer se tratem de pessoas que tenham estado noutras regiões do país ou noutros países. O quarto eixo estratégico do presente plano pretende ainda dar resposta à necessidade de divulgação interna e externa deste plano gerontológico. Em primeiro lugar as questões relacionadas com os idosos são hoje em dia, alvo de preocupações partilhadas em muitas instâncias, sejam elas na área do ensino, da política, da investigação, nacionais ou internacionais. Este é ainda um tema que tem sido alvo de intervenções de várias organizações internacionais que têm apoiado direta ou indiretamente o desenvolvimento de programas inovadores e específicos para idosos, mas que têm também sido férteis em recomendações de ordem política de orientação para os diversos países do mundo, para os intervenientes autárquicos e para os próprios cidadãos. Participar em ações de debate e apresentação deste plano gerontológico e dos vários programas e subprogramas nele contidos é aceitar o repto e ao mesmo tempo, dar conta do que está a ser feito; é colocar soluções em debate, aprender alternativas e motivar outros ao trabalho neste âmbito. O quarto eixo estratégico do plano gerontológico está, pelos motivos apontados acima orientado para a transversalidade, para o diálogo intersectorial e para a divulgação plena dum trabalho que interessa a todos e que é decisivo em termos sociais para a autarquia.

Objetivos gerais

- 1. Promover a cooperação interdepartamental na autarquia visando o cumprimento do plano gerontológico
- 2. Promover a colaboração com entidades nacionais e internacionais visando o envelhecimento ativo e saudável da população do concelho.
- 3. Promover a difusão do plano gerontológico para que se consiga obter o seu impacto e se promova a participação e implicação da sociedade civil.

Objetivos operativos

- Estabelecer estratégias de cooperação interdepartamental que permitam alcançar objetivos dependentes de atuações conjuntas.
- 2. Promover estratégias e/ou instrumentos de cooperação com entidades nacionais e/ou estrangeiras, visando o cumprimento do plano gerontológico.
- 3. Promover a difusão integral do plano gerontológico.

Objetivo operativo 1

Estabelecer estratégias de cooperação interdepartamental que permitam alcançar objetivos dependentes de atuações conjuntas.

Medida 1

Definição e utilização de indicadores de medida e controlo das ações conjuntas que visem as pessoas idosas do concelho.

Ações:		Calendarização					
	2013	2014	2015	2016	2017		
Desenvolver programas interdepartamentais comuns visando a saúde e o bem estar de famílias unipessoais referenciadas no concelho.							

Indicadores:

- 1. Número de programas interdepartamentais existentes.
- 2. Número de programas interdepartamentais em ação.
- 3. Número de famílias unipessoais abrangidas.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

Departamento Energia e Ambiente

Departamento Planeamento e Gestão Urbanística

Acessibilidades

Departamento Obras Municipais

Departamento Administrativo e Financeiro

Cultura

Desporto

Educação

Social

Gabinete de Proteção Civil

Objetivo operativo 2

Promover estratégias e/ou instrumentos de cooperação com entidades nacionais e/ou estrangeiras, visando o cumprimento do plano gerontológico.

Medida 1

Definição de indicadores de medida e controlo de ações conjuntas de integração de idosos no plano gerontológico, em parceria com entidades supra concelhias.

Ações: Calendarização			ação		
	2013	2014	2015	2016	2017
Identificar necessidades dos cidadãos reformados que regressaram ao concelho depois de vidas ativas noutras regiões do país					
2. Promover medidas específicas de resposta às necessidades identificadas.					

Indicadores:

- 1. Número de cidadãos envolvidos neste programa específico
- 2. Número de ações de resposta a necessidades específicas de reformados que regressaram de outras zonas do país.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

Departamento

Departamento

Entidade sem fins lucrativos

Outras

Medida 2

Criação de uma comissão interdepartamental de acompanhamento de emigrantes acima dos 55 anos pertencentes ao concelho.

Ações:		Cale	ndariz	ação	
	2013	2014	2015	2016	2017
Referenciação dos emigrantes do concelho com mais de 55 anos.					

2.	Estabelecer protocolos de colaboração com entidades sociais dos países de acolhimento, que permitam por em marcha atividades previstas neste plano gerontológico.			
3.	Promoção de medidas específicas de acompanhamento e resposta a necessidades detetadas.			

- 1. Existência de um órgão de coordenação.
- 2. Número de emigrantes acima dos 65 anos acompanhados pelo programa.
- 3. Número de protocolos internacionais existentes.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche Segurança social Entidade sem fins lucrativos Outras

Medida 3

Referenciação de famílias de idosos, cujos descendentes emigraram, identificação das suas necessidades específicas

Ações:		Calendarização				
	2013	2014	2015	2016	2017	
1. Identificação de famílias de idosos que tenham ficado sem acompanhamento próximo de familiares devida a emigração.						
2. Levantamento de necessidades, por parte de profissionais de serviço social e de saúde.						
3. Inclusão das famílias nas ações de apoio identificadas no plano gerontológico						

Indicadores:

- 1. Número de famílias identificadas
- 2. Levantamentos de necessidades elaborados
- 3. Ações de apoio desenvolvidas

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche UCC

Outras

Objetivo operativo 3

Promover a difusão integral do plano gerontológico.

Medida 1

Desenvolver uma campanha de divulgação do plano gerontológico.

	Ações:		Calendarização			
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Apresentação pública do plano gerontológico.					
2.	Desenvolvimento de campanhas nos meios de comunicação e elaboração de materiais informativos para a difusão das linhas estratégicas do plano gerontológico.					
3.	Utilização da Internet para divulgação integral do plano gerontológico.					

Indicadores:

- 1. Número de pessoas presentes na apresentação pública do plano gerontológico
- 2. Número de documentos informativos feitos e distribuídos.
- 3. Número de acessos ao documento na Internet.

Entidades Promotoras:

Câmara Municipal de Peniche

IPL

Outras

Medida 2

Promoção do plano gerontológico em acontecimentos nacionais ou internacionais.

	Ações:		Cale	ndariz	ação	
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Promover a presença de técnicos em encontros nacionais ou internacionais no âmbito do apoio a idosos, para divulgação do plano gerontológico.					
2.	Divulgar em encontros técnicos sobre políticas sociais orientadas para idosos, os resultados dos programas ou subprogramas contidos no plano gerontológico.					
3.	Utilização da Internet para divulgação das auditorias ao desenvolvimento do					

	plano gerontológico.						
Ind	Indicadores:						
1. 2.	 Número de participações de divulgação técnica do plano gerontológico. Número de participações nacionais e/ou internacionais onde se tenham divulgado resultados de programas ou sub-programas contidos no atual plano gerontológico 						
3.	3. Resultados de auditorias divulgados na Internet.						
	Entidades Promotoras:						
Cĉ	Câmara Municipal de Peniche						
IPL							
Οι	Outras						

8. ITINERÁRIO TEMPORAL

O desenvolvimento temporal dos objetivos estratégicos está concentrado nos quadros seguintes:

Objetivos	Objetives an austives	Medidas		Cale	ndariz	ação	
estratégicos	Objetivos operativos	iviedidas	2013	2014	2015	2016	2017
	Defender a velhice como	1					
	uma etapa de vida que contribui para o desenvolvimento	2					
	socioeconómico da sociedade.	3					
Inserção social das pessoas idosas	Difundir os direitos dos idosos no concelho de Peniche	1					
	Melhorar os mecanismos existentes para a proteção dos	1					
	direitos das pessoas idosas e prevenção de situações de risco.	2					
Objetivos	Objetives anamatives	Madidaa	Calendarização				
estratégicos	Objetivos operativos	Medidas	2013	2014	2015	2016	2017
	Promover a autonomia das pessoas idosas e favorecer um envelhecimento saudável e ativo.	1					
		2					
		3					
		4					
	Promover a inclusão	1					
Contribuir para um envelhecimento	social e potenciar a participação de pessoas idosas em programas de voluntariado.	2					
ativo e saudável	Promover o acesso e a	1					
	participação de pessoas idosas aos programas culturais, de lazer e de bem estar.	2					
	Potenciar novas	1					
	dinâmicas profissionais depois dos 55 anos.	2					
Objetivos	Ohietivos	80.41.1		Cale	ndariz	ação	
estratégicos	Objetivos operativos	Medidas	2013	2014	2015	2016	2017
Apoiar a prestação		1					
de cuidados e serviços com		2					
eficácia e	Apoiar os cuidadores	1					

qualidade	informais e o	2						
	envelhecimento em	3						
	casa.	4						
	Aumentar a diversidade	1						
	e a qualidade das	2						
	Respostas Sociais disponíveis no concelho para apoio aos idosos. Apoiar a formação contínua entre os profissionais que cuidam de idosos.	3						
		1						
Objetivos	Objetives energtives	perativos Medidas	Calendarização					
estratégicos	Objetivos operativos	ivieuluas	2013	2014	2015	2016	2017	
Promover a colaboração	Estabelecer estratégias de cooperação interdepartamental que permitam alcançar objetivos dependentes de atuações conjuntas.	1						
-	udável e ativo no entidades nacionais e/ou estrangeiras	1						
envelhecimento		2						
saudável e ativo no concelho de Peniche		3						
	Promover a difusão	1						
	integral do plano gerontológico.	2						

9. SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

O seguimento e avaliação compreende a proposta metodológica e o conjunto de ações destinadas a assegurar o desenvolvimento de medidas e a consecução de objetivos do Plano Gerontológico do Concelho de Peniche.

As ações de seguimento e avaliação integradas irão permitir:

Avaliar a efetividade das medidas desenvolvidas:

Nível de execução das atuações previstas no Plano Gerontológico: efetividade e qualidade.

Grau de cumprimento dos objetivos previstos.

Resultados alcançados: perspetivas quantitativas e qualitativas.

Impacto: alterações que o Plano venha a produzir nas pessoas visadas.

Nível de participação: departamentos e demais entidades envolvidas no cumprimento das diferentes medidas.

Recursos económicos dedicados.

Facilitar o processo de tomada de decisão, identificar e incorporar outras ações de melhoria:

Retificação e/ou aperfeiçoamento das medidas propostas.

Fomentar uma análise prospetiva sobre as condições de vida das pessoas idosas e perspetivar novas e diferentes intervenções.

_	_ &	
Fases	Acões	Calendarização
Edoco	ALUES	Calculativata

	Promover a implementação do
	plano nos seus primeiros meses de
Pré-avaliação	vigência
	Rever objetivos, medidas, iniciar
	contactos com entidades
	colaboradoras
	Planificação das fases seguintes
Seguimento e avaliação	Preparação e análise de
do processo	documentação
	Recolha de informação
	Tomada de decisão
	Elaboração de documentos
	informativos
Avaliação de impacto	Recolha de informação
	Elaboração de informação
	Apresentação e comunicação
	pública de resultados ou impactos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGE Platform Europe (2011). How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Alvarenga, A. (2001). Os 'Envelhecimentos' da População e suas Consequências na Zona Euro 11. Informação Internacional - Análise Económica e Política (II) DSP-DPP (MP), Lisboa pp. 71-85, acedido a 29 de março de 2013, em

http://www.dpp.pt/pages/files/infor_inter_2000_II_III1.pdf.

Baltes, M., & Silverberg, S. (1994). The dynamic between dependency and autonomy: illustrations across the life span. In: Featherman, D., Lerner, R., & Perlmutter, M. (eds.). Life-span Development and Behavior. Vol. 12: 41–90

Bass, S. A., Caro, F. G., & Chen, Y. P. (Eds.). (1993). Achieving a Productive Aging Society. Westport, CT: Auburn House.

Bauman, A., Bellew, B., Vita, P., Brown, W., & Owen, N. (2002). Getting Australia active: towards better practice for promotion of physical activity. Melbourne, Australia: National Public Health Partnership

Beck, U. (1997). Capitalismo sem trabalho. In: Ensaios FEE. Porto Alegre, ano 18 (1): 41-55

Branco, M., Nogueira, P., & Dias, C. (2001). MOCECOS – uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde

Bugalho, A. e Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência

Canadian Community Health Survey, Cycle 2.2, Nutrition (2004). Income-related household food security in Canada. Acedido a 24 setembro 2012. Disponível em http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/status-situation-eng.php

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C. Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Universidade Católica Portuguesa

Departamento de Prospetiva e Planeamento e Relações Internacionais (2008). Enquadramento Externo e Desafios Estratégicos (documento de trabalho). Acedido a 29 de março de 2013 em http://www.dpp.pt/Lists/Pesquisa%20Avanada/Attachments/3043/DPP _Portugal_Profiles_1.pdf

Economic Research Service, USDA (2008). U.S. Adult food security survey module: three-stage design, with screeners. Acedido a 23 de setembro de 2012. Disponível em http://www.ers.usda.gov/

Entidade Reguladora da Saúde (2009). Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Disponível em www.ers.pt

Gavigan, J. (1999). The learning imperative for Europe's ageing workforce, The IPTS report, n.° 38. Institute of Prospective Technological Studies (IPTS). Sevilha: Joint Research Center (JRC).

Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. Nursing Forum, 40(2), 45-57.

Holstein, M., Keller, I. (1999). The WHO perspective on active ageing. Promotion and education, 6(4), 20-23.

Instituto Nacional de Estatística (2013). Estatísticas Demográficas 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP

Instituto Nacional de Estatística (2013). Indicadores sociais 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

International Council on Active Aging. (2006). Active Aging Week 2006. Retrieved 8 September, 2006, from http://www.icaa.cc/aaw.htm

Kennedy, G., Ballard, T., & Dop, MC. (2013). Guidelines for measuring household and individual dietary diversity. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Acedido a 1 de abril de 2013, em http://www.fao.org/docrep/014/i1983e/i1983e00.pdf

Lopes, A. (2006). Welfare arrangements, safety nets and familial support for the elderly in Portugal. Tese de doutoramento. Londres: London School of Business.

Lopes, A. & Carvalho, C. (2012). Envelhecimento atvo e dinâmicas sociais contemporâneas. In Paúl, C. Ribeiro, O. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, edições técnicas Lda.

Méda, D. (1999). O trabalho: um valor em vias de extinção. Lisboa: Fim de século – Margens.

Minkler, M., & Fadem, P. (2002). Successful ageing: a disability perspective. Journal of Disability and policy Studies, 12(4), 229-235.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. Vol. 15 (3). Oxford. Oxford University Press.

O'Reiley, P., & Caro, F. (1994). Positive ageing: an overview of the literature. Journal of Aging and Social policy. 6(3), 39-71.

Organização Mundial da Saúde (2002). Active Ageing: a policy framework. Department of Health Promotion, Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2002). Active Ageing: a policy framework. Department of Health Promotion, Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2007). WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO Press.

Osório, A. & Pinto, F. (2007). As pessoas idosas contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget, 2007

"Parmelee P A, Lawton M P 1990 Design for special environments for the elderly. In: Birren J E, Schaie K W (eds.) Handbook of the Psychology of Aging, 3rd edn. Academic Press, San Diego, CA, pp. 464–87

Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health. In: Social Science & Medicine, 55, pp. 33-45.

Santana, P. (2013). A mortalidade "evitável" em Portugal Continental, 1989 a 1993. Acedido a 31 de março de 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUD OSest_boui=106361&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt

Sen, A. (1999). Development as freedom. Oxford. Oxford University Press.

"Shelly A., Colleen J., David B., Scott B., Jeffrey A., Lori R. (2005).

Assessing medication adherence among older persons inn community settings. Cannadian Journal of Pharmacology Vol. 12 (1). Canadian Societyfor Clinical Pharmacology.

Sousa, L., Patrão, M., Vicente, H. (2012). Famílias e Envelhecimento: o último estádio do ciclo de vida. In Paúl, C. Ribeiro, O. Manual de Gerontologia. Lisboa: Lidel, edições técnicas Lda.

Wahl, H. (2001). Adulthood: dependency and autonomy. In Smelser, N., & Baltes, M. International Encyclopedia of Social & Behavioural Sciences, 1st edition. Oxford: Pergamon.