

Comunidade e adaptação  
de serviços a idosos:  
diagnosticar para educar

**Pedro António Gonçalves da Silva Moura**

**Dissertação de Doutoramento em Educação**

Orientação: Professora Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo

22 de novembro de 2013



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

# **Comunidade e adaptação de serviços a idosos: diagnosticar para educar**

**PEDRO ANTÓNIO GONÇALVES DA SILVA MOURA**

**Dissertação de Doutoramento em Educação**

Orientação: Professora Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo

Novembro, 2013



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

## **Resumo**

O envelhecimento demográfico é uma realidade nas sociedades ocidentais, devido ao aumento da longevidade e baixa taxa de natalidade.

O presente estudo centra-se nos indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos de idade que, recorrendo ao questionário da Organização Mundial de Saúde "Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas" procura avaliar o quanto o concelho de Celorico de Basto é amigo das pessoas idosas tendo em consideração oito áreas: Espaços exteriores e edifícios; Transportes; Habitação; Participação social; Respeito e inclusão social; Participação cívica e emprego; Comunicação e informação; e, Serviços comunitários e saúde.

Pretendemos também, saber qual a opinião dos inquiridos relativamente a outras áreas como, o Apoio social, Serviços de saúde, Lazer/bem-estar, Informação/educação, Ações educativas, Informação/bem-estar, e Atividades lúdicas.

O principal objetivo deste estudo é conhecer a situação atual dos idosos no concelho de Celorico de Basto e propor estratégias de intervenção para melhorar a sua qualidade de vida

No estudo, constatamos que a grande parte dos inquiridos sentiu a necessidade de esclarecer, logo de início, que gosta do concelho, que se sente bem e feliz por residir no mesmo, talvez relacionado com o facto de os inquiridos terem vivido em Celorico de Basto durante a maior parte das suas vidas.

**Palavras-chave: envelhecimento, educação, qualidade de vida**

## **Abstract**

Demographic aging is a reality in Western societies, due to increased longevity and low in fertility.

The present study focuses on individuals aged over 55 years who, using the questionnaire of the World Health Organization "Checklist Fundamental Characteristics of Cities Friends of the Elderly" seeks to assess how much of the council Celorico Basto is a friend of the elderly considering eight areas: Outdoor spaces and buildings; Transport; Housing; Social participation; Respect and social inclusion; Employment and civic participation; Communication and information; and Community services and health.

We intend also to know the opinion of respondents on other areas such as the Social Support, Health Services, Leisure / wellness, information / education, Educational activities, information / wellness, and recreational activities.

The main objective of this study is to know the current situation of the elderly in the council Celorico de Basto and intervention strategies to improve their quality of life

In the study, we found that most of the respondents felt the need to clarify at the outset that the county like, what feels good and happy to reside in the same, perhaps related to the fact that the respondents have lived in Celorico de Basto for most of their lives.

**Keywords: aging, education, quality of life**

## **Résumé**

Le vieillissement démographique est une réalité dans les sociétés occidentales, en raison de la longévité accrue et peu fertiles.

La présente étude se concentre sur les personnes âgées de plus de 55 ans qui, en utilisant le questionnaire des "Caractéristiques Liste Fondamentaux de Villes Amis des Personnes Âgées" Organisation Mondiale de la Santé vise à évaluer dans quelle mesure le comté Celorico Basto est un ami des personnes âgées compte tenu huit domaines: Espaces extérieurs et bâtiments; Transports; Logement; Participation sociale; Respect et inclusion sociale; Services de l'emploi et de la participation civique; de Communication et de l'information; et, de la Communauté et de la santé.

Nous voulons aussi connaître l'opinion des répondants sur d'autres domaines tels que le soutien social, les services de santé, les loisirs / bien-être, information / éducation, des activités éducatives, information / bien-être et les activités récréatives.

L'objectif principal de cette étude est de connaître la situation actuelle des personnes âgées dans le comté de Celorico de Basto et stratégies d'intervention pour améliorer leur qualité de vie.

Dans cette étude, nous avons constaté que la plupart des répondants estiment la nécessité de préciser d'emblée que le comté comme, ce qui se sent bien et heureux de résider dans le même, peut-être lié au fait que les répondants ont vécu dans Celorico de Basto pour la plupart de leur vie.

**Mots clés: vieillissement, l'éducation, la qualité de vie**

## **Agradecimentos**

Este trabalho deve-se, em primeiro lugar, aos meus queridos pais, por sempre me apoiarem em todas as decisões e terem sempre a paciência necessária.

Agradeço à minha irmã Paula por sempre me ter estimulado para realizar a tese.

Agradeço à minha mulher Natália pelo apoio inequívoco, incondicional, motivacional e por estar sempre a meu lado.

Agradeço à minha orientadora, Prof. Doutora Zaida pela disponibilidade transmitida quando solicitei orientação e, pela atenção e conhecimentos transmitidos ao longo da realização deste trabalho.

Os meus agradecimentos para quem, de alguma forma colaborou, nomeadamente a Câmara Municipal de Celorico de Basto.

<b>Índice</b>	
<b>Resumo</b>	<b>1</b>
<b>Abstract</b>	<b>1</b>
<b>Résumé</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>3</b>
<b>Índice de gráficos</b>	<b>6</b>
<b>Índice de siglas e abreviaturas</b>	<b>7</b>
<b>Introdução</b>	<b>8</b>
<b>O envelhecimento humano</b>	<b>13</b>
<b>Envelhecimento demográfico e envelhecimento bem-sucedido</b>	<b>14</b>
<b>Caracterização da população portuguesa</b>	<b>16</b>
<b>Envelhecimento bem-sucedido</b>	<b>21</b>
<b>Qualidade de vida e educação</b>	<b>25</b>
<b>O idoso na comunidade</b>	<b>34</b>
<b>Universidades séniores e educação</b>	<b>41</b>
<b>Atividade física no idoso</b>	<b>54</b>
<b>Perspetiva nacional</b>	<b>58</b>
<b>O envelhecimento e as mudanças fisiológicas</b>	<b>62</b>
<b>Benefícios da prática de atividade física</b>	<b>69</b>
<b>Barreiras associadas à prática de atividade física</b>	<b>81</b>
<b>Investigação empírica</b>	<b>84</b>
<b>Origem e justificação do problema de investigação</b>	<b>85</b>
<b>Questões de investigação</b>	<b>86</b>
<b>Hipóteses</b>	<b>86</b>
<b>Objectivo geral</b>	<b>87</b>
<b>Objectivo específico</b>	<b>87</b>
<b>Finalidade do estudo</b>	<b>88</b>
<b>População</b>	<b>88</b>
<b>Instrumento</b>	<b>89</b>
<b>Aplicação do instrumento</b>	<b>94</b>
<b>Constrangimentos</b>	<b>94</b>
<b>Questões éticas</b>	<b>94</b>
<b>Tratamento de dados</b>	<b>94</b>
<b>Procedimentos</b>	<b>95</b>
<b>Análise e discussão de resultados</b>	<b>96</b>
<b>Espaços exteriores e edifícios</b>	<b>97</b>
<b>Transportes</b>	<b>99</b>

<b>Habitação</b>	<b>101</b>
<b>Participação social</b>	<b>103</b>
<b>Respeito e inclusão social</b>	<b>104</b>
<b>Participação cívica e emprego</b>	<b>106</b>
<b>Comunicação e informação</b>	<b>108</b>
<b>Serviços comunitários e de saúde</b>	<b>110</b>
<b>Apoio social</b>	<b>112</b>
<b>Serviços de saúde</b>	<b>113</b>
<b>Lazer/bem-estar</b>	<b>114</b>
<b>Informação/educação</b>	<b>115</b>
<b>Ações educativas</b>	<b>116</b>
<b>Informação/bem-estar</b>	<b>117</b>
<b>Atividades lúdicas</b>	<b>118</b>
<b>Conclusões</b>	<b>127</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>136</b>
<b>Anexos</b>	

## Índice de gráficos

<b>Gráfico 1 – Estrutura etária da população por sexo, 2001 e 2011</b>	<b>16</b>
<b>Gráfico 2 – Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050</b>	<b>19</b>
<b>Gráfico 3: Percentagem de utentes que percecionam os espaços exteriores e edifícios como adequados a idosos</b>	<b>98</b>
<b>Gráfico 4: Distribuição dos utentes pela perceção da adequação dos transportes</b>	<b>100</b>
<b>Gráfico 5: Distribuição dos utentes pela perceção das condições de habitação</b>	<b>102</b>
<b>Gráfico 6: Distribuição dos participantes pela acessibilidade a participação social</b>	<b>104</b>
<b>Gráfico 7: Distribuições dos participantes pelo respeito e inclusão social</b>	<b>105</b>
<b>Gráfico 8: Distribuição dos participantes pela opinião sobre oportunidades de participação cívica e emprego</b>	<b>107</b>
<b>Gráfico 9: Distribuição dos inquiridos pela possibilidade de comunicação e informação</b>	<b>109</b>
<b>Gráfico 10: Distribuição dos inquiridos pela opinião sobre serviços comunitários e de saúde</b>	<b>111</b>
<b>Gráfico 11: Distribuição dos inquiridos sobre o local onde recolhe mais informação de apoio social</b>	<b>112</b>
<b>Gráfico 12: Distribuição dos inquiridos sobre onde podem recolher informação sobre serviços de saúde</b>	<b>113</b>
<b>Gráfico 13: Distribuição dos inquiridos sobre a sua opinião de qual a ação que é considerada mais importante para o seu bem-estar</b>	<b>114</b>
<b>Gráfico 14: Distribuição dos inquiridos sobre a opinião de qual a área de informação/educação em que os idosos têm mais necessidade</b>	<b>115</b>
<b>Gráfico 15: Distribuição dos inquiridos sobre o local privilegiado para as ações educativas</b>	<b>116</b>
<b>Gráfico 16: Distribuição dos inquiridos sobre a opinião de qual das seguintes ações contribui mais para o seu bem-estar</b>	<b>117</b>
<b>Gráfico 17: Distribuição dos inquiridos sobre a opinião do que mais gostam de fazer</b>	<b>118</b>

## **Índice de siglas e abreviaturas**

<b>a.C. – antes de Cristo</b>	<b>8</b>
<b>SENECA - Survey in Europe on Nutrition and the Elderly, a Concerted Action</b>	<b>12</b>
<b>CIT IN – Citado em</b>	<b>12</b>
<b>ET AL. – Outros</b>	<b>12</b>
<b>OMS – Organização Mundial de Saúde</b>	<b>15</b>
<b>INE – Instituto Nacional de Estatística</b>	<b>15</b>
<b>ONU – Organização das Nações Unidas</b>	<b>21</b>
<b>E.X. – Exemplo</b>	<b>21</b>
<b>SOC – Selective Optimization with Compensation Model</b>	<b>23</b>
<b>QV – Qualidade de Vida</b>	<b>26</b>
<b>CVO – Condições de Vida Objetivas</b>	<b>27</b>
<b>BES – Bem-Estar Subjetivo</b>	<b>27</b>
<b>OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico</b>	<b>43</b>
<b>UTI – Universidades da Terceira Idade</b>	<b>46</b>
<b>US – Universidades Sêniores</b>	<b>47</b>
<b>UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura</b>	<b>50</b>
<b>WHO – World Health Organization</b>	<b>56</b>
<b>CCAA – Canadian Center for Activity and Aging</b>	<b>58</b>
<b>DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica</b>	<b>58</b>
<b>AVC – Acidente Vascular Cerebral</b>	<b>58</b>
<b>ADH – Arkansas Department of Health</b>	<b>58</b>
<b>PEPPI – Peer Exercise Program Promotes Independence</b>	<b>58</b>
<b>MBVO – Mais Exercício para os Idosos</b>	<b>59</b>
<b>SPSS – Statistic Packed Social Sciences</b>	<b>94</b>

## Introdução

A história sobre o envelhecimento teve início quando gregos e romanos se lançaram na aventura pré-científica do estudo das transformações humanas no século IV a.C. Nesse período, já existiam conceitos sobre o envelhecimento, entre filósofos e pensadores, sendo muito voltados para sentimentos de frustração e impotência ou de conflito e repouso. Em cada sociedade, os idosos tinham uma função e um lugar determinado segundo a cultura à época, isto é, as necessidades e valores da comunidade onde estavam inseridos. Desde o início das civilizações, a mitologia e a literatura transmitiram uma imagem do envelhecimento quase sempre deformada, conforme as épocas e os lugares (Vargas, 1983).

O envelhecimento nem sempre foi visto da mesma forma, dependendo de fatores, como os econômicos, sócio-culturais, demográficos e políticos entre outros. Porém, ao longo da evolução da humanidade, os idosos foram um elemento de referência na sociedade e sempre houve, até quase ao final do século XX a identificação do envelhecimento vinculado à sabedoria. Vários modos de valorizar e aproveitar os recursos do envelhecimento tomaram forma e estruturaram o modo de vida e a consciência social dos povos.

O envelhecimento tem sobretudo uma dimensão existencial e, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história revestindo-se de características biopsíquicas, sociais e culturais (Vargas, 1983).

O envelhecimento não é um estado, mas um processo universal, multidimensional e perfeitamente natural, que se caracteriza por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. No entanto, envelhecer não significa necessariamente perder capacidades cognitivas e reduzir atividade.

O processo de envelhecimento ocorre de forma diferente nas pessoas, dependendo do seu ritmo e da sua época de vida. Apesar do envelhecimento aumentar a probabilidade de doenças e de limitações biológicas, é possível manter a funcionalidade nas áreas física, cognitiva e afetiva. O envelhecimento contempla influências biológicas, sociais e psicológicas sendo necessário distinguir entre a maturidade social e a senescência. A maturidade social corresponde à aquisição de papéis sociais e de comportamentos apropriados aos diversos e progressivos grupos etários. A senescência é referente ao aumento de probabilidade da morte, com o avanço da idade (Néri, 1995). Já na velhice há alguma perda de funcionalidade.

O envelhecimento enquanto processo de auto regulação do indivíduo está subjacente aos estados de maturidade social, de senescência e de velhice.

Novaes (1995), refere-nos as contradições de alguns mitos do envelhecimento, como por exemplo o envelhecimento cronológico progressivo e universal sem levar em conta que muitas pessoas atingem a idade da reforma com vigor físico, muitas vezes invejável, participando em eventos desportivos e mesmo competições. O mito da improdutividade, está em desacordo com o desempenho intelectual e profissional de muitas pessoas de idade avançada que influenciam mais a história e a sociedade do que muitos jovens. Outro mito, o do desligamento e da ausência de compromissos na vida sendo possível encontrar pessoas com idade avançada que possuem muita vontade de viver. Confunde-se, de forma estereotipada senescência com senilidade, porém existem muitas pessoas idosas com saúde mental e física, com capacidade para aprender e motivadas para se manterem atualizadas. A falta de interesse e desejo sexual é outro mito pelo que deverá ser ultrapassado, pois é comum observar pessoas de idade mais avançada procurarem um parceiro para viverem uma vida de relação em comum. O auto isolamento, social e cultural é outro mito facilmente desmentido quando vemos numerosos grupos de idosos em vários tipos de socialização, tais como culturais, turísticos, espirituais, de crescimento pessoal e uma necessidade cada vez maior de convivência intergeracional.

A velhice pode ser vista tanto do ponto de vista orgânico, com alterações anatómicas, fisiológicas e/ou psíquicas, como do ponto de vista moral e social sendo caracterizada como "o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas" (Soares, 2001).

Schroots e Birren (1990), procuraram definir diferentes conceitos de tempo e respetivas relações com o envelhecimento, como tempo físico, biológico, psicológico e social. Assim, chamaram tempo físico ao tempo objetivo, medido em calendários, relógios, datas de nascimento e outros. Este é mensurável e quantificável podendo estar relacionado com idade do organismo. Denominaram tempo biológico aos referenciados relógios biológicos e metabólicos. Indivíduos com a mesma idade cronológica, isto é, idade medida em número de anos decorridos desde o nascimento, podem ter idades biológicas distintas. A idade biológica está relacionada com o envelhecimento das células, esta influenciada pelo estilo de vida de cada um, hábitos alimentares, prática desportiva, doenças hereditárias, etc.

Tempo psicológico é definido como a experiência subjetiva do tempo, a forma como este é percebido e vivenciado pelo indivíduo na sua vida material. Tempo social refere-se à posição e hábitos sociais adquiridos e sentidos pelo indivíduo como pertencentes ao papel social e cultural esperado para a idade cronológica.

Morhi (1999, p. 26), considera que envelhecer é

"o processo de acumular experiências e enriquecer a vida por meios de conhecimento e habilidades físicas. Essa sabedoria adquirida proporciona o potencial para tomar decisões razoáveis e benéficas a respeito de nós mesmos. O grau de independência que dispomos na vida está diretamente relacionado à maior ou menor atividade do nosso corpo, mente e espírito".

Magalhães (1987), refere que o processo de envelhecimento tem determinantes sociais e peculiaridades que são relativas a cada sociedade e a cada momento da mesma. A velhice é uma construção social, em que os idosos enfrentam vários obstáculos na sua integração social, tais como, solidão, abandono, marginalização, rejeição, resultante do estereótipo de inutilidade, angústia existencial oriunda do medo, desespero, sensação de fracasso, empobrecimento gradativo, conflito de gerações, incapacidade e falta de energia para mudar.

Com o envelhecimento da população surgiram novas ciências como a Gerontologia e a Geriatria, em que a primeira estuda os fenômenos relacionados com o processo de envelhecimento nas suas diferentes componentes, quer integradas, quer na sua especificidade.

Baltes e Silverberg (1995), concluíram num estudo que realizaram, que o nível de dependência que os idosos têm, entre os 65 e os 74 anos, é uma dependência estruturada, gerada pela perda de emprego ou reforma onde o significado de valor de ser humano é em primeiro lugar determinado pelo facto de deixarem de participar no processo produtivo e não por aspetos funcionais relativos a eles próprios.

Botelho (2000), num estudo, verificou que os idosos com mais de 74 anos apresentam uma dependência funcional 1,08 vezes superior aos idosos entre os 65 e 74 anos

Sousa e Figueiredo (2003), realizaram um estudo com objetivo de caracterizar o nível de (in) dependência dos idosos com 75 anos ou mais e concluíram que dos 1.747 sujeitos inquiridos, 12,5% eram "totalmente dependentes", 14,7% eram "muito dependentes", 54% eram "completamente independentes" e 15,8% tinham apenas "limitações nas atividades de vida diária".

Afirmam que, muito provavelmente, o grupo que era "completamente independente", (54% dos indivíduos) alcançou um envelhecimento bem-sucedido.

O grupo com "limitações nas atividades de vida diária" (15,8%), perceciona uma qualidade de vida média, não estando, em geral, deprimido e não apresentando diminuição cognitiva.

O grupo dos "muito dependentes" (14,7%), percebe uma qualidade de vida baixa (equivalente ao grupo dos "totalmente dependentes") e alguns sinais de depressão.

O grupo "totalmente dependentes" (12,5%), refere-se a idosos com elevada incapacidade em todas as atividades consideradas; têm uma fraca percepção da qualidade de vida, e encontra-se tendencialmente deprimido, apresentando uma clara diminuição cognitiva e problemas de memória. A média etária deste grupo é também a mais elevada e apresenta níveis de escolaridade mais baixos.

Um estudo realizado na Europa, que contou com a participação dos idosos portugueses, (SENECA - Survey in Europe on Nutrition and the Elderly, a Concerted Action, (1988/89), *cit in* Sousa & Figueiredo, 2003), revelou que os homens, e os menos idosos, apresentam melhor funcionalidade. Relativamente à avaliação do estado mental verificou-se no estudo, uma considerável prevalência de depressão embora com preservação das capacidades cognitivas.

Heikinen (2000), afirma que os indivíduos que sentem problemas físicos se preocupam mais com o envelhecimento do que os outros, e que as pessoas se sentem mais confiantes se as mudanças no corpo forem graduais.

Num estudo de Paúl *et al.* (*cit in* Paúl & Fonseca, 2005), realizado a idosos rurais e urbanos, com intuito de conhecer as diferenças entre eles, foi concluído que os idosos residentes na comunidade (sejam mulheres ou homens), têm um baixo nível de escolaridade (ou são mesmo analfabetos); têm, também, rendimentos muito baixos; o nível de autonomia é mais elevado nos idosos rurais. Em 27% dos idosos a qualidade de vida geral é "boa ou muito boa"; em 41% "nem boa nem má" e em 32% é "má ou muito má", não se tendo notado diferenças significativas entre os grupos de idosos, o que vem corroborar um estudo feito por Fernández-Ballesteros *et al.* (2003, *cit in* Paúl & Fonseca, 2005, p. 93), que refere que "um estudo realizado em vários países europeus, incluindo Portugal, afirma que da comparação entre idosos rurais e urbanos resultam poucas diferenças".

Após verificar disparidades em vários estudos acerca do envelhecimento, interessou-nos conhecer melhor este processo, particularmente em Celorico de Basto.

Celorico de Basto é um concelho do norte interior, eminentemente rural, onde os seus habitantes são maioritariamente idosos. O estudo irá avaliar o processo de envelhecimento mas, sobretudo, que estruturas e serviços estão disponíveis para as necessidades dos idosos neste concelho.

Esta investigação tem, assim, como principal objetivo contribuir para o efetivo conhecimento das estruturas e serviços que os idosos residentes no concelho de Celorico de Basto e as pessoas acima dos 55 anos (ainda que não sejam

cronologicamente idosas) têm ao seu dispor. A principal finalidade deste estudo é propor estratégias de intervenção para que este concelho se torne mais amigo dos idosos.

Assim, apresenta-se um trabalho organizado em três partes, em que, a primeira parte será constituída por três capítulos, onde desenvolveremos um quadro teórico que sustente a investigação.

No capítulo I serão analisados os aspetos demográficos relacionados com o desenvolvimento humano e o envelhecimento bem-sucedido.

No capítulo II analisaremos o conceito de qualidade de vida, o idoso na comunidade e a educação para um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente através das universidades seniores e os programas intergeracionais.

No capítulo III analisaremos os aspetos relacionados com a atividade física no idoso.

A segunda parte, será dedicada à investigação empírica realizada no concelho de Celorico de Basto, onde se aborda o planeamento da investigação.

No capítulo IV apresentaremos e discutiremos os resultados obtidos junto dos participantes do estudo.

Na terceira parte serão apresentadas conclusões do estudo e faremos algumas propostas de intervenção ajustadas à realidade e necessidades deste grupo social.

**PARTE I**  
**O ENVELHECIMENTO HUMANO**

## CAPÍTULO I

### ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

O processo de envelhecimento afeta todos os seres vivos que termina com a sua morte; é complexo, progressivo e irreversível, provocando várias alterações nas capacidades dos sujeitos, diferindo de indivíduo para indivíduo; depende ainda do género, bem como, de fatores genéticos, culturais, estatuto socioeconómico, nível habitual de atividade, saúde, e localização geográfica do indivíduo (Fontaine, 2000).

Numa perspetiva demográfica, envelhecer é contar haver uma percentagem crescente de pessoas idosas (65 ou mais anos) em relação à população total.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002), refere que nos países mais desenvolvidos, graças ao apoio da medicina, da higiene e de outros fatores como por exemplo o nível socioeconómico, pode-se considerar os 70 ou 75 anos como a idade de passagem à velhice.

Portugal, como a maioria dos países da Europa do Sul, está a tornar-se envelhecido devido à diminuição da taxa de fertilidade, ao aumento da longevidade e da esperança média de vida ao nascer.

Portugal segue o mesmo padrão de envelhecimento populacional dos países ditos desenvolvidos, acentuando-se o aumento do número de indivíduos com 65 ou mais anos, nomeadamente nas últimas duas décadas do século XX. (Instituto Nacional de Estatística (INE), 1999).

Em Portugal, estamos perante um quadro de envelhecimento tanto na base da pirâmide etária como no topo, ou seja, a natalidade existente é insuficiente para uma renovação de população, sendo a média de filhos por mulher em idade fértil inferior a 2,1 (em 2008 já era de 1,4 filhos por mulher).

De referir que, este estreitamento da base vai ter como repercussão a diminuição de ativos no futuro (Departamento Estatísticas Censitárias População (DECP), 2002).

Durante muitos anos acreditava-se que a causa do envelhecimento era unicamente a mortalidade. Hoje, ponderam-se outros fatores como a baixa da fecundidade e os fluxos migratórios, internos e externos, bem como o aumento da longevidade e da esperança média de vida ao nascer (envelhecimento do topo da pirâmide). A fecundidade está relacionada com a diminuição da quantidade de jovens; os fluxos migratórios estão relacionados não só com a estrutura etária da população mas também com alterações na taxa de fertilidade pois é a população em idade fértil que maior mobilização sofre.

Assim, perante esta nova realidade é necessário um conjunto de políticas sociais (exclusão social, solidão e pobreza), de saúde (acessível para todos) e económicas (reformas), para tentar inverter esta tendência, e para que se responda de forma adequada às novas solicitações e exigências.

Os idosos, as crianças e os portadores de deficiência são, talvez, os grupos mais vulneráveis à pobreza - não só pelas poucas reformas que recebem (os idosos) mas também por serem os mais vulneráveis a doenças e a agressões do meio (DECP, 2002).

De acordo com os Censos de 2011, é de referir, que o ritmo de crescimento da população idosa não é homogéneo. O grupo de indivíduos com 75 ou mais anos de idade cresceu a taxas superiores às da população com 65 e mais anos na década de 60 e 80.

Nas sociedades mais desenvolvidas existem fatores que conduzem ao aumento do número de pessoas idosas que, segundo Shephard (1997), são: o controlo das doenças infecciosas ao longo da primeira metade do século 20, a diminuição na proporção das mortes prematuras que é consequência da prevenção e tratamento precoces de algumas situações de saúde, o aumento generalizado dos cuidados de saúde e a melhoria das condições de vida das populações.

Não é o envelhecimento por si só que conduz a incapacidades e doenças; é necessário compatibilizar o envelhecimento com uma qualidade de vida que permita viver com sucesso (Pinto, 2001).

A população portuguesa conheceu uma profunda mudança no seu perfil, que se traduz numa alteração da configuração geral da pirâmide de idades, a qual perde a sua configuração marcadamente triangular, passando a apresentar uma forma tipo cone (Llano, Manz & Oliveira 2004).

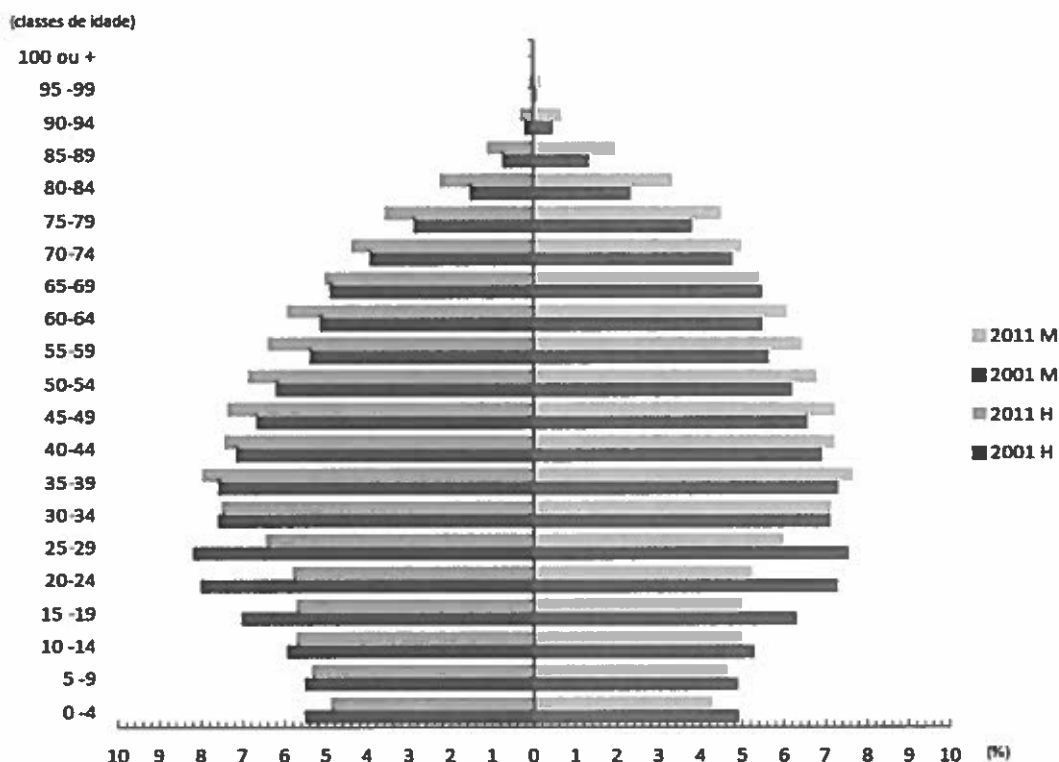
Se é verdade que o envelhecimento de cada indivíduo é um fenómeno único, certo é também, que o envelhecimento é um fenómeno coletivo. O envelhecimento demográfico é característico das sociedades atuais, que se traduz em alterações na estrutura etária da população e resulta dos denominados "envelhecimento no topo" (aumento da proporção e número de pessoas idosas) e "envelhecimento na base" (diminuição do número de jovens), podendo ainda resultar na combinação de ambos os processos um "duplo envelhecimento".

As causas do envelhecimento demográfico podem ser, de acordo com Fernandes (1997), atribuídas a duas ordens de fatores que são, o declínio da mortalidade e o aumento da esperança de vida, por um lado, e por outro, a diminuição da taxa de fertilidade (envelhecimento na base).

## Caracterização da população Portuguesa

É inegável a mudança do perfil etário da população portuguesa que se iniciou na primeira metade do século XX. A partir de 1940, a população idosa cresce a um ritmo mais rápido que a restante população (Fernandes, 1997). Contudo, o fenómeno do envelhecimento demográfico acentuou-se ainda mais ao longo dos últimos anos, como podemos constatar na figura.

**Gráfico 1 – Estrutura etária da população por sexo, 2001 e 2011**



**Fonte:** INE, Recenseamentos Gerais da População

A estrutura etária da população em 2011 acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. Diminui a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem, e alarga-se o topo com o crescimento da população idosa.

Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para

idades superiores a 69 anos. Assim a percentagem dos grupos mais velhos é maior do que a dos grupos mais jovens.

O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades mais avançadas verificou-se um reforço da sua importância no total da população. Os indivíduos com 70 e mais anos representavam 11% da população em 2001, tendo em 2011 aumentado para 14%.

A nível demográfico, na última década agravou-se a desproporção entre jovens e idosos. A percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa assistiu-se ao movimento inverso tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011.

Em 2011 o índice de envelhecimento da população agravou-se para 128% (102% em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos.

O índice de longevidade é uma medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Em 2011 este índice era de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas.

A proporção da população idosa que representava 8% do total da população em 1960 passou para 16% em 2001 e cifra-se em 19% em 2011 (INE, 2011).

O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a acentuar-se, quer pela base da pirâmide etária, pelo decréscimo da população jovem, quer pelo topo com o aumento da população idosa. A população portuguesa, que há uns anos era constituída por famílias numerosas de várias gerações, é hoje constituída em grande parte por famílias nucleares pequenas e por famílias monoparentais reconstruídas (Barreto, 2000).

Em Portugal, entre 1960 e 2011, o fenómeno de envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. No mesmo período, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 anos para as mulheres.

O aumento da população idosa parece, assim, estar associado, às conquistas do conhecimento da medicina, à melhoria do nível da população nomeadamente na urbanização, saneamento, trabalho, alimentação e higiene (McPherson, 1999).

Barreiros (1999), descreve o envelhecimento como um processo bio social de regressão, observável em todos os seres vivos e, com expressão particular, na perda de capacidades ao longo da vida, devido à influência de diferentes variáveis como, as genéticas, danos acumulados, condições de vida, fatores nutricionais, entre outras.

Entender o processo de envelhecimento é importante para determinar a etiologia associada aos processos degenerativos, bem como para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência de forma a garantir a vivência do final do ciclo de vida de forma autónoma e com qualidade (Mota & Carvalho, 1999).

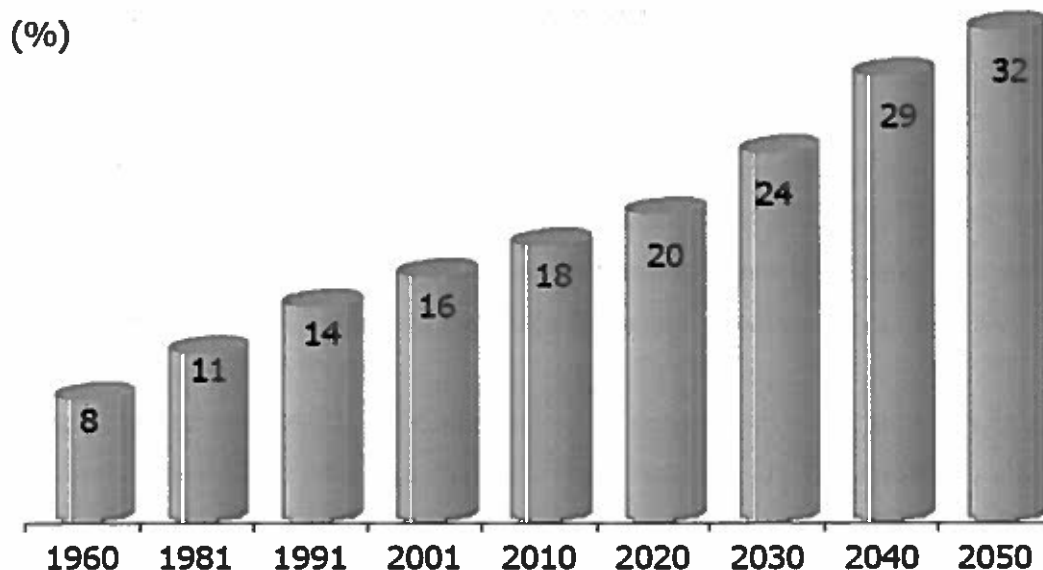
Atualmente, assiste-se a um acentuado envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos.

Segundo os censos 2011, 15% da população residente em Portugal encontra-se no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos idosos, com 65 ou mais anos de idade.

Em Portugal, à semelhança do que acontece no resto do mundo, a população também está a envelhecer sendo que, entre 1960 e 2011, o fenómeno de envelhecimento demográfico traduziu-se num decréscimo da população jovem e um incremento da população idosa.

Estes dados são explicados pelo decréscimo das taxas de fecundidade e natalidade, pelo aumento crescente da esperança de vida, bem como pela diminuição das taxas de mortalidade. A pirâmide populacional tende a inverter-se, a ponto do século XXI poder ser considerado como o século do idoso (Bento, 1999).

**Gráfico 2 – Proporção da população idosa (65 + anos), 1960-2050**



**Fonte:** INE, Recenseamentos Gerais da População

Em Portugal, o número de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 18,% em 2010. As projeções do INE apontam para que nos próximos 50 anos esse valor volte a duplicar representando 32% da população em 2050.

Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea.

Em Portugal continuam a persistir assimetrias demográficas relativamente ao envelhecimento demográfico. De acordo com Rosa e Chitas (2000), se em 1960 já existiam desequilíbrios crescentes na distribuição da população, estes foram-se agravando. Existem zonas onde o envelhecimento é mais acentuado, em que o enfraquecimento da dinâmica natural das populações as expõe a maiores influências dos fenómenos migratórios e existem zonas onde se verificam ganhos significativos da população, por serem centros de desenvolvimento e de atração de jovens (e. g. o litoral, as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto). Em contrapartida há regiões menos dinâmicas e, onde o envelhecimento quer no topo da pirâmide etária quer na base da mesma se torna mais evidente (interior do país).

O envelhecimento demográfico é mais acelerado nos países em desenvolvimento, em relação aos países desenvolvidos, por terem começado mais

tarde a sua transição demográfica (Mazo, Lopes & Benedetti, 2004), (Azeredo, 2011). Porém, verifica-se a nível mundial que a esperança de vida média ao nascer está a aumentar em todo o mundo, bem como a proporção de pessoas longevas (Llano *et al.*, 2004). Mas, enquanto que nos países mais desenvolvidos a população global autóctone tenderá a diminuir, nos países menos desenvolvidos esta ainda continuará a crescer, embora a envelhecer, o que fará com que em 2025, os onze países com maior população de idosos possam pertencer ao terceiro mundo (Mazzo *et al.*, 2004).

Segundo previsões da ONU, a nível mundial, em 2025 os idosos vão ultrapassar os jovens com menos de 15 anos; a população com mais de oitenta anos vai multiplicar-se por seis e o número de centenários será dezasseis vezes maior do que atualmente (Llano *et al.*, 2004).

Segundo Moreno (1999), o homem primitivo tinha como esperança média de vida os 20 anos; na idade média situava-se por volta dos 40 anos, há um século atrás, situava-se nos 50 anos e, há três décadas, nos 60 anos de idade. No final do século XX a esperança média de vida aumentou consideravelmente nos países desenvolvidos atingindo assim, os 75 anos.

De acordo com dados do (INE, 2011), a esperança média de vida ao nascer dos portugueses aumentou nesse mesmo ano, tendo sido estimada em 79,4 anos (76,4 anos para os homens e de 82,3 anos para as mulheres).

Porém, o facto de se viver mais tempo não significa necessariamente melhor qualidade de vida e menos incapacidades. À senescência estão associados um conjunto de processos degenerativos com repercussões na funcionalidade, mobilidade, autonomia, saúde e bem-estar da população que influenciam de forma negativa a sua qualidade de vida. Conhecer e entender o processo de envelhecimento e as suas múltiplas causas é fundamental para o desenvolvimento de estratégias que atenuem os efeitos degenerativos da senescência garantindo aos idosos uma vida independente e vivida nas suas múltiplas expressões.

Appell e Mota (1991), referem que não parece muito importante saber qual a idade máxima que cada indivíduo vai atingir mas sim saber como envelhecer.

Birren e Scrnoots (1995), referem que existem três tipos de envelhecimento: o primário, que são as mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, sendo irreversíveis, progressivas e universais (e.x. aparecimento de rugas, embranquecimento dos cabelos, perda de massa óssea e muscular, declínio do equilíbrio, da força e da velocidade e a perdas cognitivas); secundário, que são as mudanças causadas por doenças, pelo que, quanto mais tempo vivido maior a probabilidade de exposição a fatores de risco (doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, depressão, alzheimer, esclerose múltipla, entre outras); terciário,

que se refere ao declínio terminal, caracterizado por um grande aumento de perdas num período relativamente curto, resultando na morte.

Em suma, o aumento populacional resulta do avanço de medidas de saúde pública, do avanço da ciência, de melhores condições de sócio sanitárias e da tomada de consciência da necessidade de ter um estilo de vida saudável, através da (re)educação de hábitos de vida mais saudáveis, tais como, hábitos alimentares saudáveis, redução de consumo de tabaco, álcool e de outras drogas e prática de exercício físico (Bento, 1999).

### **Envelhecimento bem-sucedido**

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge nos finais da década 60, refletindo uma preocupação a nível mundial, como um modelo que procurava um equilíbrio entre a capacidade da pessoa idosa e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005).

A definição de envelhecimento bem-sucedido é difícil de concetualizar na medida em que levanta questões acerca dos critérios a utilizar. Habitualmente, entre os mais referidos figuram a longevidade, a saúde física e mental, o funcionamento intelectual, as competências sociais, a autonomia e o bem-estar subjetivo (Fontaine, 2000).

A *Fundação MacArthur*, realizou um estudo, lançado em 1984, que constitui um dos principais contributos para a afirmação do conceito de envelhecimento bem-sucedido, numa tentativa de ultrapassar a visão do envelhecimento centrado na doença e na incapacidade (Fonseca, 2005). Seguidamente, surge a perspetiva de Rowe e Kahn (1998) que apontam os fatores que permitem à pessoa manter-se funcional à medida que envelhece (Fonseca, 2005).

Rowe e Kahn (1998) definem pela primeira vez envelhecimento bem-sucedido como a capacidade da pessoa idosa para manter três características fundamentais: baixo risco de doença e de incapacidade funcional; elevada funcionalidade física e mental; e compromisso ativo com a vida.

Evitar a doença e a incapacidade é muito importante ao longo da vida sendo assim, necessário, prevenir alguns riscos passando pela adoção de estilos de vida saudáveis, como a realização de exercício físico adaptado à idade; a prevenção é vital, para o bem-estar físico, e conseqüentemente para a manutenção da funcionalidade quer física, quer cognitiva (Rowe & Kahn, 1998).

O idoso deve desenvolver estratégias de forma a ajustar-se com sucesso às dificuldades e perdas que ocorrem com o processo de envelhecimento. Por exemplo através do modelo de seleção, otimização e compensação (*Selective Optimization with Compensation Model - SOC*), desenvolvido por Baltes e Baltes (1990, citado em Cerrato & Trocóniz, 1998), que pressupõe que a pessoa selecione domínios de vida que para si são relevantes e consiga otimizar recursos para obter sucesso nesses domínios colmatando, assim, as perdas ocorridas devido a alterações biológicas, psicológicas e sócio económicas, criando um ambiente de desenvolvimento com sucesso ao longo da vida (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2006).

Não há uma única forma de envelhecer com sucesso; existem diferentes caminhos e diferentes formas de os percorrer, podendo diferentes pessoas alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico (Fonseca, 2005).

Fontaine (2000), refere que o envelhecimento bem-sucedido está associado a três categorias de fatores, sendo que a primeira é a reduzida probabilidade de doenças, especialmente as que geram redução de autonomia; a segunda, consiste na manutenção de um elevado nível funcional no plano físico e cognitivo; e a terceira, consiste na conservação da atividade social e do bem-estar subjetivo.

Nos idosos, uma má qualidade de vida tem sido associada a questões de dependência e autonomia. A dependência observada nos idosos resulta tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidades) como de mudanças nas exigências sociais.

Baltes e Silverberg (1994), descreveram três tipos de dependência: estruturada, em que o valor atribuído ao indivíduo é determinado pela participação no processo produtivo; física, que se revela pela incapacidade funcional individual para realizar atividades da vida diária e, comportamental, que é socialmente induzida e que pode ser antecedida pela dependência física.

A relação entre envelhecimento e sucesso é paradoxal, na medida em que o envelhecimento desenha-se através de um quadro de perdas, declínio, aproximação à morte, enquanto que o sucesso, no desenvolvimento (enquanto positivo) nos remete para noções de ganhos e balanços positivos.

Assim, a identificação dos indicadores para um envelhecimento de sucesso é uma tarefa complexa que implica a interação de múltiplos critérios: longevidade, saúde física, saúde mental, eficácia cognitiva, competências sociais e produtividade, controlo pessoal e bem-estar subjetivo.

É desejável que o indivíduo siga um estilo de vida saudável de forma a reduzir eventuais condições patológicas e promova a flexibilidade individual e social.

Para Néri (2000), o conceito de velhice bem-sucedida tem implícito a realização do potencial para alcançar o bem-estar físico, social e psicológico avaliado como adequado pelo indivíduo e pelo seu grupo de idade e, a manutenção da competência em domínios selecionados do funcionamento, por meio de mecanismos de compensação e otimização.

A população idosa constitui um grupo heterogêneo que difere não só ao nível do funcionamento global, mas também na capacidade de conhecer mudanças ambientais internas e externas à medida que envelhece. O idoso que melhor se adapta às mudanças sucessivas como por exemplo, défices sensoriais ou a perda do cônjuge é aquele que maior probabilidade tem de se manter no grupo dos "bem-sucedidos". Uma adaptação bem conseguida pode requerer uma readaptação do seu conjunto de estratégias, de aceitação de recursos adicionais ou de novos mecanismos de *coping*.

Baltes e Baltes (1990), definiram o modelo de otimização seletiva por compensação, onde a velhice bem-sucedida procura por um lado, um elevado nível de ganhos, e por outro, evitar as perdas. Os autores afirmam que a velhice bem-sucedida se situa entre três processos: a seleção, que é a especialização em determinados registos de atividades físicas e intelectuais; a otimização, onde estas atividades são otimizadas dada a eficácia pessoal; e, a compensação, onde o idoso tenta compensar da melhor forma possível o que já foi perdendo.

Assim, referem que o resultado da coordenação destes três processos é a manutenção de uma velhice bem-sucedida onde as perdas são compensadas com os ganhos.

Lehr (1999 *cit in* Paúl & Fonseca, 2005), refere que o envelhecimento bem-sucedido, físico e psíquico está relacionado com fatores genéticos e biológicos, ecológicos, meio ambiente e socialização, interação social, personalidade, inteligência e interesses, educação, cultura e ocupação, nutrição, saúde e atividade física.

Envelhecer com sucesso significa adotar estratégias de *coping* adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento.

Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2003, p. 166), referem que estudos têm demonstrado que

"a resignação com a vida e com o destino é um sentimento muito comum entre os portugueses, especialmente entre os idosos. Este sentimento, em conjunto com uma profunda atitude religiosa, define a imagem dos idosos que envelhecem com sucesso".

A relação entre envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida passa fundamentalmente por uma grande capacidade de resiliência às diversas frustrações e

perdas, e por uma capacidade de adaptação ou ajustamento às circunstâncias da vida.

Fernández-Ballesteros (2002, p.14 *cit in* Paul & Fonseca, 2005), interroga-se “de que serve viver mais anos se estes são vividos de forma penosa, com sofrimento?”, assim deve-se criar as condições para um envelhecimento bem-sucedido deve-se “dar mais vida aos anos e não mais anos à vida” Fernández-Ballesteros (2002, p.15 *cit in* Paúl & Fonseca, 2005).

No final da década de 90, a OMS aplicou o conceito de envelhecimento ativo para transmitir uma mensagem mais abrangente e inclusiva do processo de envelhecimento do que o termo “envelhecimento saudável” ou envelhecimento bem-sucedido.

Segundo a OMS (2002), o envelhecimento ativo pode ser percebido como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O objetivo principal do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e da qualidade de vida. A população idosa é um grupo heterogéneo, cujas diferenças tendem a aumentar com o avançar da idade sendo que existem alguns fatores que determinam o processo de envelhecimento ativo podendo ser transversais a um grupo populacional, como o género e a cultura, ou implicar outros fatores como, os determinantes sociais, económicos, pessoais e comportamentais, os próprios serviços sociais e de saúde e o ambiente físico (OMS, 2002).

## CAPÍTULO II

### QUALIDADE DE VIDA E EDUCAÇÃO

É difícil precisar o nascimento da expressão "qualidade de vida" (Bowling, 2001). O conceito de qualidade de vida (QV), floresceu nas economias após a II Guerra Mundial, principalmente nos países desenvolvidos (Bech, 1993). Este interesse pelo assunto teve implicações práticas, visíveis através de diversas tentativas de avaliar o constructo. No entanto, só na década de 60 é que se começou a falar neste conceito numa perspetiva mais científica.

Campbell, Converse e Rodgers (1976), desejavam tornar compreensíveis determinadas experiências que descreviam a QV dos indivíduos. Para tal, debruçaram-se sobre indivíduos americanos com mais de 18 anos, assumindo uma perspetiva retirada da Psicologia Social, mais especificamente de Kurt Lewin e identificaram 12 domínios representativos para a QV: saúde, vida familiar, amizades, emprego, habitação, casamento, governo, comunidade, fé, atividades de lazer, situação financeira e participação em organizações.

Por seu turno, Flanagan (1982), descreveu 15 domínios, agrupáveis em categorias a incluir na avaliação da QV a partir da técnica dos incidentes críticos. Recorreu à determinação da importância, para a vida dos entrevistados, de um conjunto de situações hipotéticas, reais ou idealizadas, tendo confirmado os dados recolhidos com indivíduos de ambos os sexos e de três gerações distintas (30, 50 e 70 anos), estabelecendo as seguintes categorias: bem-estar físico, material e social; relações com as outras pessoas; desenvolvimento e relações pessoais; comunidade e atividades cívicas; e recreação.

Os estudos ou utilizações continuaram nos mais diversos quadrantes (psicológico, sociológico, político, médico, religioso, educacional, económico, literário, jornalístico, publicitário, filosófico, ecológico), e com uma variedade conceptual e metodológica consideráveis, de tal forma que, a partir da década de 80, o conceito tornou-se do interesse geral, estando inserido no senso comum (Bowling, 2001).

Ainda que a QV possa significar diferentes coisas para diferentes pessoas, o denominador comum dos que a passaram a utilizar parecia ser o interesse pelo bem-estar das populações (Vieira, 2002).

A QV é um juízo subjetivo e genérico, é um produto da atenção sobre e da avaliação da experiência pessoal do indivíduo em vários domínios e da integração destas observações num juízo global (Leventhal & Colman, 1997).

Segundo os mesmos autores, na década de 60, a ênfase dada à QV estava centrada no envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento positivo e a qualidade

de vida na velhice. Hoje, a gerontologia tem-se focado na satisfação com a vida, na satisfação moral e na motivação para uma vida ativa.

O crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e de ciências afins parece ter sido acompanhado de uma maior desumanização na sua prática. Assim, a preocupação com o conceito de QV provém de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck, 1998).

A OMS (1997), definiu qualidade de vida como, a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações baseadas nos domínios físico, psicológico, a nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade, religião e crenças pessoais.

Brown, Bowling e Flynn (2004) referem que o conceito de qualidade de vida tem vindo a ser perspectivado segundo duas dimensões, uma objetiva e outra subjetiva.

Objetiva, porque inclui as condições de emprego, habitação, educação e circunstâncias ambientais, e subjetiva, porque engloba experiências de vida, valores, sensação de bem-estar, felicidade e satisfação de vida de cada indivíduo.

Cummins (1997), refere que a QV é objetiva e subjetiva, considerando sete domínios: saúde, segurança, produtividade, intimidade, bem-estar material, bem-estar comunitário e emocional. Os domínios objetivos compreendem medidas culturalmente relevantes de bem-estar objetivo, sendo que os subjetivos compreendem a satisfação de domínios pensados pela importância atribuída pelos indivíduos.

Noll (2000), também fez essa distinção e conceptualizou dois eixos: o das condições de vida objetivas (CVO) e o do bem-estar subjetivo (BES), que podem dicotomicamente ser bons ou maus. Do cruzamento destas variáveis podem resultar quatro situações: bem-estar (boas CVO e bom BES), dissonância (boas CVO e mau BES); privação (más CVO e mau BES) e, adaptação (más CVO e bom BES).

A definição e a avaliação do bem-estar subjetivo conseguem ser melhor aceites pela comunidade científica, havendo mais investigadores na clarificação deste conceito.

Quartilho (2010) refere que o bem-estar subjetivo se refere à avaliação do indivíduo, ao modo como se sente, podendo ser questionada a sua validade, devido ao facto desta avaliação depender das circunstâncias na vida das pessoas. Contudo, para avaliar o bem-estar ou a felicidade das pessoas é imperioso que estas se manifestem sobre esses aspetos.

No bem-estar subjetivo, Land (2001) refere que, existem características de traço ou de estado, ou seja, reconhece a existência de uma condição psicológica duradoura, diferente entre cada indivíduo, que contribui para a estabilidade e consistência para ultrapassar situações ao longo do tempo e que pode ser alterado pelas circunstâncias e, por outro lado, que se remete à forma como, com mais ou menos aspetos fixos, as pessoas particulares vêem o seu mundo.

Cummins (2000) dá maior ênfase aos aspetos biológicos e/ou cognitivos, encarando o bem-estar subjetivo como um dispositivo do sistema cerebral cuja ação é manter, de forma homeostática, o bem-estar dentro de um intervalo positivo qualquer que seja a escala utilizada de QV, satisfação ou felicidade.

Campbell *et al.* (1976) definiram QV como um sentimento de satisfação determinado por elementos psicológicos e comportamentais, influenciada por características individuais e por cinco padrões de referência: aspirações e expectativas pessoais; nível patrimonial; referências ao grupo de inserção e necessidades pessoais.

Devido à subjetividade do conceito e às poucas discussões sobre o tema até à década de 1980, o termo era usado como sinónimo de satisfação com a vida, auto estima, bem-estar, felicidade, saúde, valor e significado, habilidade de cuidar de si e independência funcional (Ferreira, 2008).

Segundo Vecchia *et al.* (2005) o conceito de QV relaciona-se com auto estima e bem-estar pessoal, abrangendo um conjunto de fatores como, a capacidade funcional, estado de saúde, nível socioeconómico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, estilo de vida, auto cuidado, suporte familiar, valores culturais, éticos, religiosidade, satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias.

O conceito de QV é também subjetivo; depende do nível socio cultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Verifica-se que, ao longo dos tempos, vários autores vão acrescentando itens de avaliação, porque tempos diferentes envolvem exigências variadas e a QV vai-se associando a padrões de vida diferentes (Carneiro & Kluppel, 2008).

O termo “qualidade de vida” é um conceito dinâmico e multidimensional apresentando vários desafios relativamente à sua medição pelo que contempla as experiências individuais, positivas e negativas que ao longo do tempo condicionam a própria perceção do indivíduo sobre a qualidade de vida (Brown, Bowling & Flynn, 2004).

Brown, Bowling e Flynn (2004), através de uma revisão da literatura, propuseram uma taxonomia de diferentes abordagens suscetíveis de aplicação ao contexto gerontológico:

- Indicadores objetivos (inclui a saúde e longevidade, habitação, o padrão de vida, e características de vizinhança);
- Indicadores subjetivos (centrados na satisfação com a vida, bem estar psicológico, valores, morais e felicidade);
- Satisfação das necessidades humanas (inclui as circunstâncias objetivas e subjetivas propostas por Maslow (1962, *cit in Walker, 2005*): desde as necessidades mais básicas de segurança e alimentação, até às necessidades de pertença social, competência, controlo, ego, estatuto e auto estima);
- Modelos psicológicos (ênfase no crescimento pessoal, competências cognitivas, eficácia e adaptabilidade);
- Modelos de saúde e funcionalidade (baseados em medidas de avaliação do estado de saúde geral, funcionalidade nas atividades básicas de vida diária);
- Modelos de saúde social (inclui indicadores relativos às redes sociais, de suporte e atividades sociais);
- Coesão social e capital social (incluiu os recursos sociais, ambientais e locais);
- Modelos ambientais (ambiente onde a pessoa se insere, e na importância de se promover ambientes facilitadores da independência e participação social das pessoas idosas);
- Abordagens hermenêuticas (baseadas nos valores individuais, interpretações e percepções, satisfação pessoal e prioridades de vida).

Segundo Walker (2005), a própria possibilidade de um modelo teórico de qualidade de vida é discutível porque, na prática, ele teria de operacionalizar um constructo com diferentes níveis, capaz de englobar as múltiplas dimensões de cada pessoa.

Um grupo de especialistas em QV da OMS, afirmam que não há uma definição consensual do conceito de QV, embora exista entre os pesquisadores uma considerável concordância de opinião (The Whoool Group, 1994).

Assim, pode-se caracterizar QV sob o ponto de vista de:

- subjetividade: apesar de se reconhecer que o conceito de QV é bastante subjectivo, deve-se ter em atenção o seu limite pois há contradições externas às pessoas presentes no meio, nas condições de vida e de trabalho que influenciam a sua QV;
- multidimensionalidade: quando se mede a QV tem que se ter em atenção as múltiplas dimensões que fazem parte da vida, tais como, física, psicológica, social, cultural e espiritual;
- bipolaridade: verifica-se a presença de dimensões positivas e negativas. Qualquer avaliação de QV deve incluir posições positivas e negativas, dando ênfase

às percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. Como exemplo de dimensões positivas pode-se abordar a mobilidade e a autonomia; de entre as dimensões negativas fazem parte a dor, a fadiga e a dependência. Assim, para que exista uma "boa" QV é necessário que alguns elementos estejam presentes (e.g. mobilidade) e outros ausentes (e.g. dor) (Fleck, 2008);

- mutabilidade: a avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural e, para uma mesma pessoa muda conforme o seu estado de espírito ou de humor.

As características do conceito de qualidade de vida acima mencionadas justificam a falta de consenso na definição deste.

Assim, uma boa QV para os idosos depende de fatores como: a longevidade, saúde física e mental, controle cognitivo, competência social, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais a autonomia e independência, as relações interpessoais e um estilo de vida ativo.

A avaliação da QV do idoso é um tema de interesse em diversas áreas do conhecimento, tais como:

- Psicologia, onde existem vários termos e associações tais como, auto controle, auto eficácia, competência social, competência cognitiva, bem-estar subjetivo, integridade e envolvimento;

- Gerontologia Social, onde predominam as associações entre qualidade de vida na velhice, satisfação e atividade;

- Serviço Social, políticas de assistência ao idoso e projetos de intervenção;

- Educação física, onde se destacam os estudos relacionados com a atividade física como promoção da saúde, com o objetivo de um envelhecimento ativo e saudável;

- Medicina, onde os critérios principais são a longevidade, saúde e capacidade funcional;

- Enfermagem, onde os critérios principais são a longevidade, saúde, cuidado e auto cuidado;

- Bioética, onde se realizam discussões sobre as possibilidades de autonomia oferecidas aos idosos pelo sistema social como um todo e pelos seus vários micro sistemas sendo a autonomia definida em termos de possibilidade de escolha e de auto governo (Néri, 2000).

Os estudos nas diferentes disciplinas pretendem explicar a QV na velhice que deve ser encarada na sua multidimensionalidade, ou seja, quando ocorrem situações que conduzem à perda de QV, como no caso das doenças é necessário considerar

múltiplos fatores, tais como, físicos, psicológicos, sociais, económicos e espirituais (Williams, 1996).

Os estudos sobre a QV e o idoso são de grande importância para uma maior compreensão do processo de envelhecimento pessoal e coletivo, sendo que devem levar em consideração que o processo de envelhecimento é uma experiência individual e heterogênea, onde cada indivíduo pauta a sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes. Consequentemente, a avaliação deve ser multidimensional, sensível à grande variabilidade da população.

Arnold (1991), refere que para medir a QV de idosos fragilizados há necessidade de avaliar a efetividade de intervenções, a qualidade de cuidados, bem como, de identificar as necessidades da população e melhorar as decisões clínicas.

Sousa *et al.* (2002), realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a QV e bem-estar dos idosos com 75 ou mais anos tendo sido inquiridos 516 sujeitos. Concluíram que destes, 52,5% se encontram no grupo “autônomo”, apresentando raras limitações mas algo descontentes com o seu estado de saúde e QV; 19,7% estão incluídos no grupo dos “dependentes” e 34,1% no grupo com tendência para “diminuição cognitiva” (moderada ou grave).

Num outro estudo realizado em 13 distritos de Portugal, onde foram inquiridos 1354 sujeitos, as mesmas autoras concluíram que 62,8% são “autônomos”, 4,3% são “quase dependentes” e 3,2% são “dependentes”.

Os grupos quase dependentes e os dependentes são idosos com diminuição cognitiva grave estando a sua QV diminuída.

Verificaram que a autonomia diminui com a idade vivendo os idosos mais dependentes em lares de idosos.

Os resultados apontam para a diversidade individual nos idosos, o que contraria o preconceito social que afirma que “os velhos são todos iguais”. A situação varia a nível de dependência e percepção da QV.

Constataram que, os idosos, muitas vezes, temem que a ida para um lar diminua a sua independência, autonomia e qualidade de vida (Sousa *et al.*, 2002).

Bowling *et al.* (2003 *cit in* Paúl & Fonseca, 2005), concluíram, depois de analisar um rastreio sobre QV, no Reino Unido, que os idosos residentes em comunidade preferem em primeiro lugar ter boas relações com família e vizinhos, depois, desempenhar papéis sociais como voluntariado e *hobbies*, seguidamente, ter boa saúde e funcionalidade, a seguir, viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança e finalmente, ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência.

Cheng, Chan e Phillips (2004), num estudo sobre QV nos idosos, em Hong Kong, constataram que as pessoas mais preocupadas com a dieta, exercício e saúde oral têm melhor saúde do que as que se preocupam com doenças, dores e tomar medicamentos.

Referem também, a necessidade de reduzir estereótipos, promovendo interações sociais de idosos e jovens devendo-se facilitar a participação dos mais idosos nas atividades comunitárias.

De acordo com Steinhilber (2003), a percepção de QV é diferente de indivíduo para indivíduo com tendência a modificar-se ao longo da vida de cada um, referindo nove fatores determinantes da QV: estado de saúde, longevidade, salário, relações familiares, satisfação no trabalho, lazer, disposição, prazer e espiritualidade.

Hortelão (2004), refere que para envelhecer com QV é necessário ser criativo, viver numa luta interna com o corpo e externa com a sociedade, sendo que a QV é uma das dimensões humanas mais desejada por todos os indivíduos.

É através da aceitação dos próprios limites, em conjunto com uma razoável luta contra a velhice, que se consegue um aumento da QV.

A QV relacionada com a saúde foi um conceito que surgiu devido à generalização empregue em contextos clínicos. Estes dois termos, embora diferentes, aparecem muitas vezes como sinónimos e são utilizados de formas sobrepostas (Ribeiro, 1994).

Desde os anos 60 que a QV tem sido associada à promoção da saúde, sendo inicialmente desenvolvida por investigadores provenientes de áreas fora da saúde e só posteriormente passou a integrar investigações em contextos médicos. O desenvolvimento de investigações de tipo interdisciplinar, vieram colocar em evidência a dificuldade no estabelecimento de distinção clara entre saúde, bem-estar e QV (Ribeiro, 1998).

Numa investigação desenvolvida por Campbell *et al.*, (1976), estes constataram que a variável saúde era a que melhor explicava a QV.

Apoiando-se na perspetiva que a saúde é um recurso pessoal para a vida de todos os dias, Ribeiro (1994), defende que a intervenção sobre a saúde melhora a QV, isto é, a saúde é o objeto da intervenção tendo como objetivo a QV.

Segundo Rosser (1992) a QV relacionada com a saúde é um conceito subjetivo e, prende-se, essencialmente, com os efeitos percebidos do estado de saúde de um indivíduo.

Este facto, pode ser observado tanto na literatura como nas escalas de medição de qualidade de vida, uma vez que incluem componentes como: a capacidade funcional do indivíduo, o grau e a qualidade de interação social e

comunitária, o bem-estar psicológico, a sensação somática (e.g. dor), sintomas,  *coping*  e satisfação com a vida (Pelechano, 1992).

O'Donnell (1986), identifica cinco dimensões na saúde, que devem coexistir de forma equilibrada, que são os seguintes: saúde emocional, que integra a gestão das crises emocionais e do  *stress* ; saúde social, que inclui as redes de suporte social; saúde intelectual, abrangendo o desenvolvimento da carreira profissional e a realização intelectual; saúde espiritual, que contempla áreas como a do amor, objetivos de vida e esperança; e saúde física que inclui os hábitos alimentares e a condição física do indivíduo.

O estudo das relações entre QV e saúde evidencia a importância do bem-estar global e a adequabilidade às tarefas desenvolvimentais do ponto de vista físico, psicológico e social; contribui também para a identificação de fatores biopsicossociais que influenciam a vulnerabilidade à doença, ou que exercem um efeito protetor das mesmas (Pasikowski & Seck, 1995).

A qualidade de vida dos indivíduos não significa, necessariamente, ausência de doença e este é um dos primeiros pressupostos a ter-se em conta quando fazemos uma intervenção ao nível da promoção da qualidade de vida. O bem-estar e a funcionalidade do indivíduo são os principais reveladores da QV.

O bem-estar é considerado uma dimensão auto percebida; integra componentes sociais, ambientais, físicos e mentais; trata-se de um processo dinâmico e só pode ser entendida em termos ecológicos (Ribeiro, 1997).

Karoly (1985), identifica uma vasta lista de variáveis socioculturais, institucionais e contextuais suscetíveis de se relacionarem com a saúde, com a doença e com a QV, destacando-se de entre elas, estilos de vida promotores de saúde ou de doença, modelos de formação dos técnicos de saúde e o contexto profissional, nomeadamente expectativas profissionais e  *stress*  ocupacional.

Visto que a QV abarca diferentes dimensões, sugere-se que a sua avaliação inclua questões como a capacidade funcional, o estado de saúde numa perspetiva global, o bem-estar psicológico, o suporte social e a satisfação com a vida, a moral, a independência, o controle sobre a vida, os sistemas de  *coping*  e capacidades de adaptação.

Ribeiro (1994), também argumenta que a QV é um conceito pragmático que representa o nível individual, medido a partir da perceção do doente e, que se exprime através de quatro aspetos: funcionamento ocupacional e físico, estado psicológico, interação social e sensações somáticas.

Desta forma, quando se administram instrumentos que pretendem avaliar a QV, acabamos por não avaliar diretamente a QV, mas sim outras dimensões que podem ser bons indicadores desta.

Os cuidados de saúde, sobretudo os Cuidados de Saúde Primários, tendo como objetivo principal melhorar a saúde individual e coletiva têm também como finalidade melhorar a sua QV na qual a componente saúde desempenha um papel fundamental. Com a mudança nos padrões de doença numa comunidade, com prevalência das doenças crónico-degenerativas, a QV assume ainda maior relevância

É então necessário, que os profissionais da saúde promovam junto dos doentes crónicos e seus familiares uma vida com melhor qualidade ensinando-os a viver com as suas limitações e sobretudo, desenvolver-lhes habilidades de adaptação.

Banister e Bowling (2003), realizaram um estudo com pessoas de idade igual ou superior a 65 anos e concluíram que a QV do idoso está relacionada com otimismo, boa saúde, funcionalidade física, participação em atividades sociais, residência perto de estabelecimentos públicos, acessibilidade a transportes e, segurança na zona de residência.

Vários autores salientam o estado de saúde como o fator mais importante para uma vida com qualidade no idoso. Para eles a ausência ou a diminuição de sintomas relacionados com qualquer tipo de doença está positivamente associada à satisfação com a vida.

Spiriduso (1995), afirma que para o idoso a preocupação com a QV está relacionada com a saúde e com a capacidade de realizar as atividades da vida diária de uma forma independente, com sentido de bem-estar e satisfação.

Se as capacidades físicas estão conservadas, a probabilidade de bem-estar e boa QV parece ser considerável mas, quando o indivíduo deixa de ter saúde, o nível de QV percebida baixa drasticamente.

Em suma, a QV corresponde a uma perceção única e pessoal, marcada pela inter-relação de diversos fatores, como o bem-estar físico, funcional, mental, a habitação, o trabalho, a família, os amigos e outras circunstâncias de vida. Quando definida esta perceção deve-se ter em atenção várias componentes, desde a capacidade ou habilidade funcional, como o desenvolvimento de funções habituais, tanto domésticas como profissionais, passando pelo nível de qualidade das interações sociais e comunitárias, até ao bem-estar psicológico, às sensações somáticas e à satisfação de vida.

## O Idoso na Comunidade

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 27), afirmam que “a reforma já assumiu o carácter de ritual de passagem ao estatuto de idoso, representa a transição das pessoas da categoria dos ativos à dos reformados, inativos e improdutivos”. Assim, é necessário que o idoso reoriente os seus objetivos de forma a encontrar um novo sentido de utilidade.

Os idosos vivem cada vez mais em famílias unipessoais, não só por os elementos de um agregado serem em menor número e a fase de dissolução do ciclo familiar se ter alongado bastante, mas também pela mobilização dos elementos mais jovens para outras áreas geográficas à procura de melhores condições de vida não só habitacionais mas também ocupacionais.

Viver na própria casa, significa para os idosos a salvaguarda no sentido da integridade pessoal, de segurança contra o meio ambiente, local de intimidade, privacidade e identidade, pois é lá que estão os pontos de referência ligados a histórias de vida (Sousa *et al.*, 2006).

Com o objetivo de melhorar as condições dos idosos surgiram um conjunto de serviços e equipamentos de forma a abranger diferentes necessidades e níveis de carência.

Verifica-se uma crescente diversidade de respostas, de maior proximidade com o intuito de facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares proporcionando serviços de âmbito comunitário e domiciliário que retardem ou evitem o recurso à institucionalização, tais como, centros de dia e serviços de apoio domiciliário.

Perracini (2006, p. 144), refere que quando se projetam ambientes para idosos estes devem ter as seguintes características:

- *“acessibilidade e uso;*
- *facilidade de circulação, especificamente no que diz respeito ao conforto, à conveniência e à possibilidade de escolha;*
- *conservação de energia;*
- *comunicação: aspetos sensoriais e interação social;*
- *segurança: sem risco de lesões ou acidentes;*
- *proteção: que não cause medo ou ansiedade e que seja previsível (confiável;*
- *privacidade”.*

Pimentel (2005), refere que o progressivo envelhecimento da população juntamente com alterações na estrutura familiar, com a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação da sua saúde e serviços de apoio insuficientes levam a que cada vez mais idosos procurem os lares para sua residência até ao fim da vida.

A decisão de sair da “sua casa” e passar a residir num lar deve ser tomada, ponderando vários aspetos, tais como, a qualidade de vida e os contextos ligados ao inevitável envelhecimento com todos os *deficits* que daí advêm. Paúl (1996, p. 30), refere que a opção entre continuar a viver na sua antiga casa ou escolher e partilhar um espaço institucional está, muitas vezes ligada a fatores “funcionais do idoso, à qualidade objetiva e adequação residencial e, sem dúvida nenhuma, ao bem-estar subjetivo”.

Por vezes, a opção da escolha depende, não do facto de preferir um lugar ou outro, mas da existência ou não de uma pessoa que possa cuidar do idoso. Lemos (2005, p. 71), afirma que a palavra cuidado significa basicamente “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, preocupação, inquietação, sentido de responsabilidade, porque a pessoa que tem que cuidar se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro”. Menciona ainda o autor que, para se cuidar de idosos é necessário que alguém ofereça ajuda para fazer aquilo que eles já não conseguem fazer sozinhos, evitando, no entanto, a super proteção. O cuidador não deve apenas oferecer ajuda; deve, também, ser possuidor de um conjunto de qualidades técnicas, emocionais, físicas e intelectuais que se coadunem com este tipo de trabalho.

De referir que, no nosso país, apesar de se valorizarem todos os sistemas de suportes de cuidados a idosos, é necessário enaltecer o papel dos cuidadores informais, pois sem eles, o idoso não teria a possibilidade de se “manter no seu meio ambiente vinte e quatro horas diárias com o mínimo de qualidade de vida, seria praticamente uma utopia” (Marote, Cármen, Leodoro & Pestana, 2005, p. 6).

A Organização Mundial da Saúde, nas suas metas para a saúde para a região europeia propunha como objetivos não só aumentar a esperança de vida média ao nascer (dar mais anos à vida) mas também dar mais vida aos anos (Oliveira, 2008).

As sociedades modernas ao privilegiarem os conceitos de otimização da economia, levam-nos a dar particular atenção ao impacto que o fenómeno do envelhecimento e suas conseqüências produzem não só nas famílias, mas também nos grupos mais vulneráveis dos quais destacamos os idosos.

A sociedade contemporânea, como sociedade de consumo, rege-se essencialmente por valores materiais o que implica ter como principal objetivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos ativos. Nos indivíduos sem autonomia, ou com algum grau de dependência pode ser um fator de exclusão social, não lhes permitindo a integração num mercado de trabalho. Assim, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, haja uma tendência para o isolamento e, ao isolar-se se assumam cada vez mais uma situação de dependência. Este fenómeno, encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é

dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre os mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros ativos e membros inativos.

O envelhecimento sempre foi um assunto pelo qual o Homem se interessou. Platão (427-347 a.C.) apresentava uma perspetiva atual, opinando que o envelhecimento decorre da continuidade da vida, sendo que se envelhece de acordo com a forma como se viveu (Paúl, 2005). Por sua vez, Hipócrates (460-377 a.C.) foi o primeiro a tentar explicar o envelhecimento numa perspetiva médica, defendendo que consiste num fenómeno natural, físico e irreversível (Paúl, 2005).

Atualmente, a sociedade está preparada para dar resposta a este fenómeno, sendo que houve a necessidade de perante o envelhecimento progressivo da população, precisarem de se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos.

Na comunidade existem repostas sociais para idosos quer ao nível da saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado) quer a nível social (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.). Estas repostas têm com objetivo prestar serviços de proximidade de forma a promover qualidade de vida aos idosos.

Para além das repostas mencionadas existe uma sucessão de serviços na comunidade que vão de encontro à promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Em 2002 realizou-se o plano internacional sobre o envelhecimento, inspirado no princípio de uma sociedade para todas as idades, que preceitua como um dos eixos de orientação a criação de habitações seguras e optimizadoras da autonomia e independência da pessoa idosa (Daré, 2010).

Assim, verificou-se a necessidade de implementar diversas medidas como: promover a elaboração e construção de casas acessíveis e adaptadas aos seus habitantes; garantir que as habitações dos idosos tenham em atenção as suas necessidades; apoiar os idosos na eliminação de barreiras arquitetónicas dentro e fora da habitação; assegurar a comodidade de acesso a edifícios públicos (ONU, 2003).

Assim, no que concerne à pessoa idosa e ao meio habitacional, existem estudos recentes que afirmam que há a necessidade de adaptar a habitação aos idosos.

A habitação é uma questão central na vida das pessoas e deve ser garantia de bem-estar e segurança. As características da habitação devem possibilitar aos idosos independência/ autonomia permitindo-lhes envelhecer com saúde em suas casas.

Neste sentido, a OMS (2009), considera que esta deve ser confortável, segura e deve estar rodeada de um conjunto de serviços básicos que permitam um fácil acesso. É considerado também um fator importante, e determinante para a permanência em casa, o custo da habitação.

Com o decorrer dos tempos o idoso fica cada vez mais vulnerável no seu meio habitacional, observando-se que o desenho, bem como, a construção das habitações, na sua maioria, não têm em consideração as necessidades dos idosos a nível de segurança, localização, acessibilidade e independência (Daré, 2010), não só porque são construções antigas, mas também por os idosos as terem começado a habitar ainda jovens.

Papaneck (1995 *cit in* Daré, 2010), refere que a população idosa é exatamente o público-alvo mais esquecido pela indústria da construção e respetivos *designers*.

Assim, o meio habitacional adequado às necessidades, limitações, expectativas e gostos das pessoas idosas é extremamente importante para a manutenção da qualidade de vida do idoso. A literatura internacional refere que existem duas opções para as pessoas idosas: a primeira permite a manutenção no seu domicílio, salientando-se o exemplo de *Lifetime Home e Homeshare* ; a segunda, visa a integração do morador idoso em espaços habitacionais especialmente adaptados a esta faixa etária, como *Cohousing, Sheltered, Extra Care Home*.

*Lifetime home* visa a adequação das habitações às necessidades decorrentes do ciclo de vida familiar, colocando em ênfase a acessibilidade e o *design* habitacional (Davey *et al.*, 2004), como por exemplo, entrada nivelada para a habitação, portas e corredores com largura suficiente para a passagem de uma pessoa em cadeira de rodas, banheira/chuveiro disposta lado a lado com a sanita para facilitar a transferência da pessoa.

Tendo em consideração estes aspetos verifica-se uma diminuição nos custos posteriores com a habitação, facilitando a realização de modificações, o que representa uma vantagem comparativamente com as habitações que não têm em consideração as diferentes necessidades dos indivíduos ao longo da vida. Além deste facto, pode existir também um menor índice de institucionalização e uma menor procura de cuidados de saúde resultantes de acidentes domésticos ocorridos por inadequação das habitações (Davey *et al.*, 2004).

*Homeshare*, emergiu em 1970, nos Estados Unidos da América para colmatar determinadas necessidades através da coabitação tendo-se expandido posteriormente para a Europa; está atualmente presente em nove países (*Care & Repair England*, 2009).

Normalmente, os programas são geridos por agências especializadas sem fins lucrativos, responsáveis por todo o processo desde a candidatura, entrevista inicial, encaminhamento de acordo com as necessidades e capacidades dos envolvidos, acompanhamento da integração e avaliação final do programa (Kreickemeier & Román, 2000).

*Homeshare* baseia-se na partilha recíproca de recursos durante a coabitação entre um idoso que necessita de apoio e uma pessoa mais jovem, que necessita de um lugar acessível para residir (NAAPS, 2011), visando colmatar as necessidades de ambos, uma vez que a pessoa idosa usufrui de companhia e apoio enquanto a pessoa jovem beneficia de estadia gratuita numa habitação confortável que tem um conjunto de requisitos de habitabilidade, beneficiando de novas aprendizagens com a pessoa idosa.

De uma forma mais global, a sociedade pode igualmente tirar proveitos da criação dos referidos programas, uma vez que diminui a taxa de institucionalização de idosos, estimula o contacto intergeracional e permite compensar a falta de respostas de apoio no período da noite (Homeshare NSW, 2007).

O parque habitacional português registou um forte ritmo de desenvolvimento durante a última década, traduzindo-se no aumento de rácio dos alojamentos por habitante e na melhoria considerável das condições habitacionais (MTSS, 2006; Guerra *et al.*, 2007; Daré, 2010), que resultaram essencialmente da generalização das infraestruturas básicas como eletricidade, instalações sanitárias, água canalizada e instalações de banho ou duche (MTSS, 2006). A nível qualitativo, 33% do parque edificado necessita de pequenas/médias intervenções e 8% encontra-se muito degradado, carecendo de grandes reparações (Guerra *et al.*, 2007). Verifica-se também a existência de alojamentos sem pelo menos uma das quatro infraestruturas básicas, o que se traduz na expressão de insatisfação dos portugueses face à sua casa em comparação com os restantes moradores europeus (MTSS, 2006; Daré, 2010).

Relativamente à população idosa, observa-se que a maioria das pessoas (96,61%) com idade igual ou superior a 65 anos, mora preferencialmente nas suas casas ou em casas de familiares (Daré, 2010). Com o avançar da idade, tanto o tempo de permanência como o uso da habitação aumenta, tornando-se o foco espacial das suas vidas (Oswald & Wahl, 2005 *cit in* Tanner *et al.*, 2008).

Um estudo nacional (CEDRU/BCG, 2008), verificou que os idosos têm, na sua maioria (63,8%) casa própria, de tipologia apartamento (58,9%) e cujo estado de conservação é considerado bom (40,3%). No entanto 17,4% dos idosos vivem em

habitações a necessitar de pequenas intervenções de recuperação ou reconstrução e que 4,8% reside em edifícios degradados.

Gonçalvez (2002), alerta para o facto de os idosos possuírem as piores condições habitacionais e níveis mínimos de bem-estar e conforto, porque vivem, na sua maioria, em habitações consideradas de risco, sem uma das quatro infraestruturas básicas e, com condições de conforto precárias (sem aparelhos de aquecimentos, ar condicionado, máquina de lavar roupa e máquina de secar roupa) (INE, 2000; INE, 2002; Daré, 2010).

De salientar que, a população mais vulnerável é a população mais idosa (com 85 ou mais anos), uma vez que se encontra associada a dinâmicas familiares mais frágeis, piores condições habitacionais e económicas, comparativamente com os demais grupos etários.

Assim, é necessária a intervenção adequada na área habitacional para as pessoas idosas, que só será possível através da recolha de dados sobre a situação vivenciada pelos residentes, justificando também, a pertinência deste trabalho.

A habitação é de extrema importância no ciclo de vida de cada pessoa. A maior parte do tempo permanece-se nas habitações, que se vão personalizando e tornando cada vez mais confortáveis.

No entanto, quando são planeadas ou adquiridas não se considera a sua acessibilidade ou adaptabilidade a novas circunstâncias físicas. A população idosa é a que mais sofre com os obstáculos impostos no seu próprio lar, pela probabilidade acrescida de experimentarem estados de saúde de dependência.

Paralelamente à habitação existem outros aspetos mencionados na lista de verificação "Cidades Amigas das Pessoas Idosas" que interferem no dia a dia das pessoas mais idosas, como, os espaços exteriores e edifícios, tendo sempre presente que o meio urbano determina o contexto e as condições de execução das ações humanas (Grafmeyer, 1994).

Percebe-se assim, a importância das características físicas das ruas, jardins, passeios, praças, lojas e edifícios públicos desde logo, na mobilidade e, conseqüentemente, no acesso aos serviços disponíveis e no envolvimento social das pessoas, e particularmente dos idosos, nestes meios (OMS, 2009).

Nas cidades, este tipo de espaços são frequentemente procurados por pessoas idosas e correspondem a um contexto de grande socialização, que para alguns idosos poderá mesmo ser o principal promotor da interação social.

No que concerne aos transportes este tema reveste-se de uma importância significativa na vida das pessoas idosas, desde logo pelo facto da capacidade de movimentação ser determinante na participação social e cívica, bem como, no acesso

aos serviços de saúde. Assim, torna-se essencial que as pessoas mais velhas acedam a meios e redes de transporte coletivos ou individuais seguros e confortáveis (OMS, 2009).

Também o custo dos transportes públicos determina o acesso das pessoas idosas a eles e conseqüentemente a uma série de serviços comunitários.

Ao abordarmos o tema, respeito e inclusão social, verificamos que um dos graves problemas que os idosos enfrentam atualmente é sentirem-se elementos sociais secundários, sendo este sentimento, o reflexo das atitudes e comportamentos da sociedade em relação às pessoas idosas.

Não é pouco comum os idosos serem desrespeitados, discriminados, ignorados e por vezes agredidos (Ferreira & Novo, 2006; Ritsatakis, 2008). Por oposição, uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas (OMS, 2009) valoriza e respeita as pessoas mais velhas, torna-as parte ativa da vida da cidade, ouve e segue opiniões dos idosos, responde às suas necessidades e, garante dignidade.

Relativamente à participação social verifica-se uma tendência para fazer depender esta das ofertas disponibilizadas pelas instituições, o que pode ser entendido sob dois prismas, por um lado, os aspetos económicos, os preços reduzidos são um fator muito importante e, por outro, a diminuição das redes sociais. Verifica-se pois, uma grande dependência dos idosos em relação a estas instituições no que concerne ao envolvimento em atividades sociais e de lazer.

O facto de que a "participação em atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais realizadas no âmbito da comunidade e da família permite aos idosos continuarem a exercer as suas competências, a ser objeto de respeito e estima e a manter ou estabelecer relações de apoio e de afeto" (OMS, 2009, p. 38), revela a grande importância desta categoria.

Quando se fala de participação cívica e emprego para uma cidade que pretenda ser Amiga das Pessoas Idosas, deve-se pensar em proporcionar oportunidades que promovam a participação dos idosos em diferentes formas de trabalho e no seu envolvimento em assuntos políticos e organizacionais da cidade (OMS, 2009).

No entanto, a este nível encontramos apenas atividades ao nível do voluntariado que são por um lado, uma forma de ocupação dos tempos livres, tornando-os úteis à sociedade, mas que não contempla o desejado, no sentido de promover uma oportunidade participativa nas políticas e organizações, ou seja participação cívica ativa, como refere a lista das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

Em relação à questão da comunicação e informação no sentido de proporcionar às pessoas idosas a manutenção dos contactos com eventos e com

peças e o acesso a informação atempada e prática que lhes permita gerir de forma documentada as suas vidas, as cidades devem possuir sistemas de informação e de comunicação disponíveis, apropriados e desenhados de acordo com as necessidades destas pessoas (OMS, 2009).

No que concerne ao apoio comunitário e serviços de saúde, duas áreas relevantes para a questão do envelhecimento populacional, o que importa compreender nesta categoria é até que ponto os idosos têm acesso aos serviços de saúde e ao apoio comunitário que necessitam de forma a se manterem saudáveis e independentes.

É portanto, necessário, que exista um conjunto de respostas diversificadas, adequadas, acessíveis e de boa qualidade que permita a manutenção da saúde e a independência na comunidade (OMS, 2009).

Atualmente, proliferaram os serviços e políticas direcionadas para o envelhecimento, no entanto, a questão prende-se pelo facto de serem ou não suficientes e estarem ou não direcionados para as necessidades deste público-alvo.

### **Universidades seniores e educação**

Considerar que os idosos têm direito à educação remete-nos para uma conceção de educação com dois traços distintos: não ser restrita à etapa juvenil da vida e não ser objetivada por critérios de empregabilidade. Propiciar aos idosos a possibilidade de envolvimento em atividades educativas não tem como objetivo a preparação para o emprego, do qual a maioria já está afastada. As razões que justificam estas atividades são sobretudo de natureza cultural, social e cívica, bem como de proporcionar-lhes uma maior adaptabilidade a mudanças, facultando ao indivíduo o acesso à cultura e ao conhecimento, assente na ideia de educação como um bem de e para todos, concretizado num efeito social que assiste a todos os cidadãos sem distinção de idades (Canário, 1999).

Osório (2005, p. 262), refere que “o processo educativo não termina nas primeiras etapas da vida (formação inicial), nem pode reduzir-se ao tempo laboral (formação contínua). A educação é um processo permanente”.

“A aprendizagem é entendida como o resultado da educação, reconhecendo essencialmente dois fatores inter-relacionados: a aprendizagem é feita ao longo da vida (e não num período determinado de tempo), e a aprendizagem é feita a toda a «largura» da vida (e não apenas no sistema escolar). Entender a aprendizagem como o resultado esperável da educação, da formação e da capacitação de idosos implica

também aumentar a consideração da potencialidade cognitiva de aprendizagem de todos os sujeitos independentemente do quadro cronológico, bem como da sua dignidade como sujeitos de aprendizagem” (Martín *cit in* Osório & Pinto, 2007, p. 58).

Canário (1999), refere que no processo da educação de adultos há que ter em atenção três planos distintos: o das práticas educativas, compreendendo as finalidades, modos e o público a que esta educação se dirige; o das instituições implicadas de forma direta ou indireta nos processos de educação de adultos; e, a figura de educador ou formador de adultos.

A educação permanente apresenta três aspetos importantes:

“corresponde a todas as etapas da vida humana e deve adaptar-se a graus crescentes de maturidade; deve definir os procedimentos; deixará de ser uma mera adaptação às condições mutáveis, passando a constituir o fator mais importante de libertação, de coragem e, definitivamente de vida autêntica” (Osório, 2005, pp. 13-14).

Existem quatro pólos de desenvolvimento das práticas sociais de educação de adultos: o primeiro, é constituído pelo desenvolvimento de uma oferta formativa; o segundo, corresponde aos processos de formação profissional contínua; a animação sócio cultural constitui o terceiro pólo de desenvolvimento da educação de adultos ligada à necessidade de intervir social e educativamente; as práticas de articulação entre a educação de adultos e o desenvolvimento local, constituem outro pólo, que colocando a ênfase na forte participação direta dos interessados e em processos de desenvolvimento de proximidade são marcados por um caráter global e integrado.

“A educação permanente não pretende criar um sistema paralelo ao sistema escolar ou universitário, mas englobar todas as formas de educação, a totalidade da população e as idades da vida” (Osório, 2005, p.17).

A emergência do conceito de educação de adultos vai aparecendo de forma cada vez mais explícita à medida que as suas práticas e modos de organização se expandem, desenvolvem e complexificam e, o pensamento e reflexão sobre fenómenos sociais e humanos evoluem. Assim, destacam-se três grandes fases que caracterizam a evolução deste conceito nos últimos 50 anos, no que se refere aos seus objetivos:

- a educação de adultos ligada à reconstrução de uma identidade cívica para a paz;
- a educação de adultos como condição do desenvolvimento, sendo este essencialmente entendido como crescimento económico ;
- a educação de adultos como chave do desenvolvimento humano sustentável e da emergência de uma sociedade com cidadania.

Após a conferência da OCDE de 1996, sobre a aprendizagem contínua, consagrou-se que “os quatro pilares, aprender a fazer, aprender a ser, aprender a compreender e aprender a viver juntos, situavam de novo as necessidades e as exigências do indivíduo como objeto da atividade educativa” (Longworth, 2005, p. 29).

A Conferência Internacional de Hamburgo, em 1997, definiu educação de adultos como

“o conjunto de processos de aprendizagem formal ou não, graças ao qual as pessoas cujo meio social as considera adultas desenvolvem as suas capacidades, enriquecem os seus conhecimentos e melhoram as suas competências técnicas ou profissionais, ou as reorientam a fim de atender às suas próprias necessidades e às da sociedade. A educação de adultos compreende a educação formal e a educação permanente, a educação não formal e ocasional existentes numa sociedade educativa multicultural, na qual se reconhecem os enfoques teóricos e os que se baseiam na prática” (Osório, 2005, p. 59).

“A intervenção educativa com idosos pode ser implantada no quadro de ações em que participam os adultos em geral, tais como, programas de desenvolvimento comunitário, atividades próprias da educação popular (participação cívica, recuperação de tradições populares), ações de educação para o desenvolvimento, de solidariedade e cooperação social (voluntariado, grupos de autoapoio e de autoajuda, etc.), ou, em programas de educação e formação básicas. Por outro lado, é necessário especificar também que todas as intervenções devem atender ao princípio da individualidade, neste caso, considerar que cada idoso tem as suas capacidades, interesses e necessidades próprias e específicas e, como tal, precisará de uma atenção particularizada, mesmo que esta seja dada no seio de um grupo” (Martín *cit in* Osório & Pinto, 2007, pp. 59-60).

A população idosa em Portugal está a aumentar pelo que deve existir uma crescente preocupação com a existência de sistemas de suporte e apoio dirigidos a esta população.

No nosso país, apesar de se valorizarem alguns sistemas de suporte de cuidados a idosos, ainda existe muito a realizar, tendo em vista o que a OMS preconiza, como envelhecimento ativo, ou seja, a existência de políticas e programas que melhorem a saúde e a participação dos cidadãos em todas as fases do seu ciclo de vida.

Deste modo, podemos dizer que o desafio que as sociedades de hoje enfrentam, “é o de encarar as questões do envelhecimento da população como o estudo das possibilidades efetivas de se congregarem saberes e necessidades de uma população menos jovem” (Ferreira, p. 2), ou seja, promoverem o ensino direcionado para os idosos e difundirem atividades de inserção ao nível da cidadania,

permitindo às pessoas que vivenciam esta etapa do ciclo de vida, uma melhor qualidade de vida e um lugar na sociedade.

No entanto, nesta nova fase é necessário ponderar vários aspetos ligados ao novo "estatuto", como o facto de pensar o que vai fazer nesta nova etapa da vida, se se vai manter ativo, ou se pelo contrário, vai simplesmente viver a sua reforma e realizar alguns pequenos sonhos que não foi possível concretizar enquanto mais jovem.

Em relação á memória, parece haver um decréscimo na capacidade da memória a curto prazo (Paúl & Fonseca, 2001).

Estes autores referem ainda, que a ideia da inteligência declinar progressivamente com o avançar da idade, é mais um mito do que uma realidade, pois hoje em dia os investigadores preferem falar em inteligência fluida e cristalizada.

Fontaine (1999), diz-nos que a inteligência fluida revela-se através das atividades de compreensão das relações entre dados novos de natureza espacial ou verbal, da construção de inferências e de implicações. Assim, a inteligência fluida não é "uma competência estática, mas sim como uma perpétua elaboração de estratégias que mobilizam saberes já adquiridos e que integram novas informações" (Fontaine, p. 94). Paúl e Fonseca (2001), acrescentam que este tipo de inteligência está ligada aos conhecimentos culturais, ligados a um determinado contexto.

A inteligência cristalizada, por sua vez, revela-se através dos conhecimentos académicos, ou seja, através das atividades ligadas à profundidade do saber e da experiência, assim como do julgamento da compreensão das relações sociais e das convenções e, das habilidades do comportamento (Fontaine, 1999).

Estes dois tipos de inteligência têm também formas diferentes de atuar durante o percurso de vida das pessoas, a fluida vai declinando através das etapas do ciclo vital enquanto a cristalizada se mantém estável ou pode melhorar com o avançar da idade.

Guerreiro (1988, *cit in* Paúl & Fonseca, 2001), acrescenta que, não existem evidências que comprovem a existência de um declínio cognitivo geral a acompanhar o envelhecimento normal daí que seja necessário, "a adoção de medidas ambientais compensatórias de um eventual empobrecimento cognitivo associado a certas variáveis biológicas (...), surge como um fator imprescindível para combater a conceção fatalista de que o idoso não é capaz de perceber, de fazer e de aprender" (Paúl & Fonseca, 2001, p. 118).

Ratzka (2001), refere que é necessária a existência de uma sociedade que ofereça oportunidades para que todos realizem o seu potencial como seres humanos.

Podemos então constatar que cada vez mais são prementes atividades que valorizem o idoso, que valorizem os seus saberes, que valorizem a sua auto estima, e que encarem a velhice e a reforma como um novo patamar da vida e não como o último passo a dar antes da finitude. Ferreira (1999), refere que é necessário uma mudança de mentalidades, que é necessário tomar medidas para que os mais velhos possam ter uma participação mais ativa na sociedade, promovendo fluxos intergeracionais, valorizando os seus conhecimentos e competências.

“O tempo de vida na velhice pode ser um tempo vital, de desenvolvimento, se for percebido pelos idosos como:

- uma nova situação de crescimento, ao dar lugar à diversidade (neutralizar o efeito igualador de estereótipos), e ao promover a expressão da originalidade (autoafirmação no seu novo modo de ser),
- uma nova oportunidade para o devir humano, com uma força social ainda por descobrir, por aproveitar;
- uma prática educativa que considere tanto o seu conteúdo, como a forma de os ocupar com aprendizagens significativas orientadas para novas funções sociais e ocupações vitais;
- a eliminação de todas as formas de violência e discriminação contra idosos;
- a promoção e proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, incluindo o direito ao desenvolvimento;
- o esforço concertado de adoção de uma abordagem ampla e equitativa em matéria de integração de políticas sociais;
- o reconhecimento da importância decisiva da interdependência, da solidariedade e da reciprocidade entre gerações para o desenvolvimento social.

Uma boa fórmula para potenciar a capacidade do coletivo dos idosos para permanecer ativo poderá ser o trabalho cooperativo e interdisciplinar para conjugar o potencial genético, a saúde, os tempos livres, a vontade de aprender e a diversidade de oportunidades de aprendizagem e de capacitação em condições sócios-sanitárias dignas, em ambientes propícios e favoráveis, numa sociedade inclusiva para todas as idades” (Tamer & Petriz *cit in* Osório & Pinto, 2007, pp. 200-201).

Quando nos referimos à educação de adultos, estamos a fazê-lo englobando duas perspetivas:

- “uma que concebe a educação como estratégia de socioterapia, promovendo e estimulando a integração social” (Ferreira, p. 7);
- a outra, concebe a educação como uma espécie de “ginástica mental”, onde o objetivo é manter a mente em atividade de forma a que esta não se deteriore mas aumente a aquisição de novos conhecimentos.

Pensa-se que foi com este espírito que na década de 70 surgiram, em França, as primeiras Universidades da Terceira Idade (UTI) e, podemos dizer que os seus princípios mantêm-se inalteráveis até aos nossos dias, ou seja, proporcionar aos idosos a possibilidade de aprenderem ou ensinarem e ao mesmo tempo promoverem o convívio entre gerações, dando relevo à divulgação cultural e científica.

Em Portugal, a primeira UTI a ser criada foi a Universidade Internacional da Terceira Idade, em 1976, em Lisboa. Hoje podemos contar com meia centena de universidades, desempenhando um papel fundamental na nossa sociedade, cada vez mais envelhecida.

Muitos autores referem-se às Universidades para idosos como “Universidades da Terceira Idade” (UTI) mas, neste trabalho vamos referir como “Universidades Sêniores” (US), pois parece-nos um termo mais adequado e mais abrangente.

A primeira US foi criada pelo Professor Pierre Vellas em Toulouse em 1973, e apesar de não haver um modelo oficial, não tardaram a proliferar, várias, pelos países europeus, surgindo sob múltiplas formas, algumas muito diferentes do modelo original, mas de forma geral adaptadas à zona onde se inseriam produzindo resultados concretos em dois níveis de realidade: a integração dos idosos na sociedade; e, o aumento do interesse pela educação e formação de pessoas idosas, sendo que em 1976 é criada a Associação Internacional da Universidade da Terceira Idade, em Genebra, na Suíça.

As US têm como objetivo, entre outros, a ocupação dos tempos livres, a promoção de atividades de lazer, a promoção da interação social, o desenvolvimento da personalidade do indivíduo, contribuir para a redução do isolamento e da solidão dos mais velhos, a sua integração na sociedade, a promoção para a cidadania e a sua participação na produção de novos valores dando uma imagem diferente da velhice, através de programas intergeracionais, entre outros. O que se pretende é que os idosos participem na sociedade, interajam com outras pessoas, que mantenham a mente ocupada, mantendo uma vida ativa e com qualidade.

As US além da ocupação dos tempos livres com atividades educativas e culturais, permitem ainda:

- “fomentar a formação ao longo da vida;
- promover a intergeracionalidade;
- maximizar o capital intelectual da população idosa;
- promover a integração do idoso na sociedade;
- desenvolver atividades desportivas e recreativas;
- reforçar laços de amizade;
- favorecer a aquisição de conhecimentos e a sua transmissão
- promover sentimentos de utilidade e solidariedade
- evitar o isolamento e a solidão
- reforçar a auto- confiança” (Ferreira, 1999, p. 9).

Podemos então constatar, que estas instituições são fundamentais para manter a cadeia de relações sociais entre a comunidade e a família, onde os idosos estão inseridos, servindo ainda como:

- estímulo à aprendizagem, pois contribuí para o incentivo ao exercício e manutenção da memória, aumentando desta forma a qualidade de vida do idoso. O idoso não só apreende novas informações ao nível psicossocial, como também reformula o seu tipo de vida através das aprendizagens feitas. O idoso que mantém um processo ativo de aprendizagem retarda o envelhecimento. As US contribuem para essa manutenção da memória e ou cognição, favorecendo:
- melhoria da auto estima, pois ao participarem em diferentes atividades, sentem-se mais ativos, mais úteis e acabam por encarar a vida com mais entusiasmo;
- interação social, pois esta é uma necessidade básica do ser humano, não se consegue viver só, nem ser auto suficiente. As US oferecem a possibilidade de aumentar a rede de conhecimentos sociais, aumentar o círculo de amizades e aumentar a sua instrução, independentemente do estatuto social, credo, raça ou escolaridade (Ferreira, 1999);
- diminuição do estigma, pois através da frequência das US, os idosos podem conhecer novas pessoas, novos comportamentos, rompendo com o velho tabu de que quando estamos velhos não podemos fazer determinadas coisas, "pois já não são para a nossa idade";
- melhoria da saúde pelo que através da frequência das US os idosos começam a ter um novo sentimento de prazer e de satisfação, que os leva a ter vontade de viver (Lima, 1999).

Podemos então dizer, que envelhecer é cada vez mais uma forma de aprender, e não simplesmente, esperar que o tempo passe.

A partir dos anos 70 desenvolvem-se formas alternativas de envolvimento de idosos sob a égide de um novo e revolucionário conceito, "educação permanente".

Assim, surgiram projetos concebidos de acordo com as necessidades e aspirações próprias desta faixa etária que visavam essencialmente a informação e investigação, a formação cultural como forma de promover a auto realização pessoal e coletiva.

As US constituem uma resposta social e cultural capaz de criar, dinamizar e organizar com regularidade atividades culturais e de aprendizagem, e recreativas para indivíduos com idade superior a 50 anos tendo como principais objetivos:

- estimular a participação e organização da população sénior no plano cultural, da cidadania, aprendizagem e lazer;
- incentivar a pesquisa na área da Gerontologia;
- promover relações intergeracionais, interpessoais e sociais;

- constituir-se como pólo informativo, divulgando serviços, direitos e deveres dos seniores;

- criar um comunidade de memoria divulgando historias, tradições, ciências, experiências, com impacto no meio local;

- colocar os séniores em contacto com fenómenos socioculturais expressivos do passado ou presente.

Assim, têm como missão contribuir para a qualidade de vida dos seus membros estimulando manifestações de desenvolvimento cultural, intelectual, social, física e espiritual. Procuram sensibilizar os seus membros para o seu potencial bem como para os contributos válidos que podem dar à sociedade; organizam atividades que possibilitam a integração dos seniores no seu meio ambiente, favorecem a criação de redes de solidariedade entre as pessoas e estimulam a aprendizagem.

Os dois principais modelos de organização das US são: o Francês ou Continental e, o Britânico. O primeiro associa as US às universidades tradicionais, nomeadamente ao nível de professores, equipamento, salas e organização. O modelo Inglês possui uma maior dose de pragmatismo, tendo um carácter mais independente e informal, acentuando o envolvimento dos alunos na gestão da instituição e uma maior aproximação professor-aluno. Em ambos os modelos as áreas privilegiadas são basicamente as mesmas: Línguas Nacionais e Estrangeiras, Ciências Sociais, Informática, História, Biologia, Psicologia, Sociologia, Antropologia, Musica, Artes Plásticas e Atividades Desportivas.

Embora, os idosos anseiem por entrar num mundo informático, oferecem alguma resistência escondendo, desta forma, o receio de não possuírem as competências necessárias. As US vieram dar um contributo deveras importante a este nível pelo que ajudam os seniores a desenvolver competências que não tinham levando-os a pensar à escala nacional e mundial construindo novas categorias de pensamento, estando, depois aptos a desenvolver relações sociais à distância que os possam ajudar a combater a sua solidão.

Em Portugal, as US registam uma implantação geográfica mais elevada no litoral do país.

A natureza jurídica das US Portuguesas é diversa mas a maior parte são associações sem fins lucrativos.

Na ótica da Associação Internacional das US, estas revestem-se de aspetos positivos, nomeadamente, contrariarem as representações sociais dominantes relativamente à faixa etária que cobrem, e nela terem repercussões tanto a nível da vida pessoal, como da vida coletiva uma vez que a frequência das US pode devolver um ritmo e uma significação diferentes ao tempo vivido por alguns dos idosos.

Ao contribuírem, para que os seus membros se mantenham ativos, independentes e participativos em atividades intelectualmente estimulantes favorecem a sua sociabilidade e o atraso no seu envelhecimento cognitivo e físico.

A expressão «educação de adultos» designa

“o conjunto de processos organizados de educação qualquer que seja o seu conteúdo, o nível e o método, quer sejam ou não formais, quer prolonguem ou substituam a educação inicial dispensada nos estabelecimento escolares e universitárias e, sob a forma de aprendizagem profissional, as pessoas consideradas como adultas pela sociedade de que fazem parte desenvolvem as suas aptidões, enriquecem os seus conhecimentos, melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhe dão uma nova orientação e fazem evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla perspectiva de um desenvolvimento sócio-económico e cultural equilibrado e independente” (UNESCO, 1986, p. 2).

Na quinta conferência internacional sobre Educação de Adultos, realizada em Hamburgo, em 1997, foi realçado o facto da população mais velha continuar a aumentar, referindo-se que

“há atualmente, mais pessoas idosas no mundo em relação ao total da população do que nunca antes e a proporção continua a aumentar. Estes adultos idosos podem contribuir muito para o desenvolvimento da sociedade logo, é importante que tenham a oportunidade de aprender em igualdade de condições e de maneira apropriada. As suas capacidades e competências devem ser reconhecidas, valorizadas e aproveitadas” (UNESCO, 1998, pp. 22 – 23).

Com o aumento da população idosa no nosso país torna-se premente uma reestruturação do pensamento e da ação social. É necessário cada vez mais olhar o idoso não como uma pessoa débil, carente, improdutivo, mas como alguém que possui saberes e conhecimentos que podem ser transmitidos, que podem ser trocados com outras pessoas.

Ser velho é sinónimo de experiência, de sofrimento, de perdas mas também de ganhos. São esses ganhos que as US vão proporcionando aos seus alunos, dando-lhes respeito, auto estima, trocas de experiências e vivências, tornando os nossos idosos cada vez mais conhecedores e interventivos na sociedade em que estão inseridos.

Hoje, as US são vistas como espaços privilegiados na educação de adultos, capazes de promover a inserção social, envolvendo, por um lado formadores movidos pelo desejo de partilhar saberes e, por outro, formandos que transportam todo o potencial de experiências e de aprendizagens ricas que não devem ser ignoradas nem perdidas.

Silva (1990), refere que é necessário criar situações educativas em contextos dinâmicos que se insiram em grupos significativos tanto em número como em qualidade que se debrucem em problemáticas da vida dos membros e que potenciem o aprofundamento constante nas áreas, cognitiva, afetiva e da socialidade.

As US promovem um novo modo de vida ativa e autónoma para os idosos, retardando o envelhecimento; procuram assumir-se como instituições culturais e educativas pretendendo valorizar a imagem do idoso como alguém com capacidades para ser útil à sociedade. As US são, pois, universidades de valorização cultural e coordenadoras de conhecimentos, e não apenas um centro de assistência social.

A educação na idade da reforma é muito mais do que uma forma de ocupar o tempo livre; é antes uma forma de continuar a viver.

Os programas intergeracionais permitem redescobrir afetos através do reforço das relações interpessoais e do encontro com a memória e, reconhecer que vínculos de carinho e afeto, são importantes para as diversas gerações.

Ao estimular a relação entre jovens e idosos potenciar-se-á a aprendizagem com base na experiência, no prazer e na ajuda mútua reconstruindo-se uma relação de ajuda solidária que responda às necessidades das diversas gerações.

Cada vez mais o grupo de idosos adquire maior importância social, pelo que, um dos objetivos das políticas sociais é conseguir uma maior participação dos idosos na sociedade, conjuntamente com outras gerações.

A estigmatização de uma geração pela outra, traduz-se num conflito silencioso no qual os idosos são categorizados como inúteis, os adolescentes como desinteressados e irresponsáveis e as crianças como um grupo sem opinião não considerado socialmente, formando-se assim, um bloqueio intergeracional que agrava o isolamento dos diferentes grupos etários que a geração intermédia se vê obrigada a gerir.

Um programa define-se como intergeracional quando várias gerações participam em atividades planeadas com objetivo de desenvolver novas relações e alcançar objetivos específicos. Trabalham em conjunto gerações diferentes que normalmente não têm acesso a essa relação, permitindo aprender umas com as outras. Estes programas podem ser considerados como de educação cívica influenciando não só as pessoas que participam nele mas também todo o sistema social.

Os programas intergeracionais surgiram com o envelhecimento das populações, como forma de valorizar as capacidades e utilidade das gerações mais velhas. Produzem impactos individuais na mudança de atitudes, na melhoria da qualidade de vida e na adaptação social.

As gerações envolvidas partilham recursos competências e habilidades promovendo a solidariedade intergeracional, a auto estima e a consciência do valor de cada geração.

Os programas intergeracionais visam romper o isolamento geracional, a imagem do idoso lutando contra a marginalização dos idosos, promovendo a educação ao longo da vida e o bem-estar dos intervenientes.

A aproximação das gerações reduz o preconceito etário, os mitos e os estereótipos sobre o envelhecimento, evita o isolamento social dos idosos, resgata valores, laços e afetos muitas vezes esquecidos.

Este contacto, permite aos idosos transmitir a memória cultural e aprender novos conceitos; aos mais jovens permite o contacto com valores comportamentais de outras gerações, amenizando, assim, estereótipos, desenvolvendo um processo educacional recíproco, uma educação formal para o envelhecimento.

“Uma ideia fundamental, no âmbito da educação de adultos, é a da importância da noção de «comunidade de aprendizagem», que reforça a necessidade de uma aprendizagem intergeracional no interior da família, da comunidade ou do sistema de educação formal ou informal” (Martín *cit in* Osório & Pinto, 2007, p. 70).

Da revisão de literatura efetuada, verificamos que os programas intergeracionais têm objetivos como:

- demonstração do potencial e do valor de cada geração;
- promoção do bem estar pessoal e grupal dos idosos;
- valorização da auto estima e o reconhecimento entre as gerações;
- fomentar a inserção das instituições na vida da comunidade, favorecendo um progressiva consciência do papel desempenhado por estas estruturas;
- preservação e divulgação dos saberes tradicionais e das artes, fomentando o intercambio de conhecimentos;
- desenvolver e incentivar a animação intergeracional, superando estereótipos e falsos mitos relativamente aos grupos etários intervenientes;
- descoberta de interesses, habilidades e competências, criando oportunidades de aprendizagem para todos;
- reencontrar memórias;
- contrariar uma atitude comportamental “derrotista” vivenciada por alguns idosos institucionalizados, potenciando as suas capacidades, habilidades e destrezas com intuito de promover as sua auto realização;
- promoção do estatuto social do idoso;
- estimular a autonomia motivando os idosos para que sejam ativos, críticos, solidários e úteis na sociedade;

- incentivar e melhorar a comunicação entre gerações, atenuando o isolamento e a solidão;

- fomentar uma dinâmica intergeracional, promovendo a auto estima, a consciência da utilidade social, a realização pessoal prevenindo e contrariando a deterioração social;

- contribuir para a formação humana dos jovens levando-os a interessar-se por problemas sociais.

Vamos, seguidamente, descrever algumas das atividades que se podem realizar nos programas intergeracionais:

- ação de formação "Escola Segura" para que tanto os jovens como o idosos circulem com segurança pelas estradas;

- concursos literários de prosa e poesia;

- representações teatrais e dramatizações;

- os idosos deslocarem-se às escolas para contar histórias;

- exposições temáticas de fotografia;

- jogos tradicionais por cursos pedestres;

- colónias de férias intergeracionais.

Os programas intergeracionais apresentam-se como os mais adequados para o estabelecimento de trocas entre gerações, uma reflexão sobre o processo de envelhecimento, o resgate dos aspetos positivos de longevidade, ajudar a afastar dos jovens o medo da velhice, desenvolver nos jovens imagens de identificação e desenvolver nos idosos os sonhos" (Martín *cit in* Osório & Pinto, 2007, p. 70).

Com o aumento da população idosa no nosso país torna-se premente uma reestruturação do pensamento e da ação social. É necessário cada vez mais olhar o idoso não como uma pessoa débil, carente, improdutivo, mas como alguém que possui saberes e conhecimentos que podem ser transmitidos, que podem ser trocados com outras pessoas.

A educação ao longo da vida deve ser baseada, segundo o relatório para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, em aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (Rodrigues, 2003).

Rodriguez e Oliveira (2002, *cit in* Rodrigues, 2003), referem que a estrutura da intervenção pedagógica e educativa direcionada aos mais idosos não é diferente da que se constrói para as outras idades. A educação tem como objetivo promover mudanças que satisfaçam as necessidades do educando.

O termo educação de adultos abrange a totalidade dos processos educativos organizados, independentemente dos seus conteúdos, níveis e métodos, formais ou

outros quer estes prolonguem ou substituam a educação inicial em escolas ou universidades ou ainda em sistemas de aprendizagem profissional, processos através dos quais, os indivíduos considerados como adultos pela sociedade a que pertencem desenvolvem as suas capacidades, aumentam o seu conhecimento, melhoram as suas qualificações técnicas e profissionais, ou dão-lhe uma nova direção, mudando as suas atitudes ou comportamentos na dupla perspetiva de desenvolvimento e participação pessoal, de desenvolvimento social, económico e cultural.

### CAPÍTULO III

#### ATIVIDADE FÍSICA NO IDOSO

O envelhecimento é um processo de degenerescência biológica que se manifesta de variadas formas, sendo o seu último estágio a velhice. Acompanhar-se de uma progressiva limitação das capacidades de adaptação do indivíduo e de um aumento da possibilidade de morrer (Zambrana, 1991).

Meirelles (1999, *cit in* Amorim & Dantas, 2003), refere que o processo de envelhecimento tem o seu começo na concepção do indivíduo, sendo um processo dinâmico e progressivo onde ocorrem transformações morfológicas, bioquímicas e psicológicas, que terminam na perda progressiva da capacidade de adaptação do homem ao meio ambiente, conduzindo-o à velhice e a uma maior vulnerabilidade e maior incidência de morbidade.

De acordo com Simões (1999, *cit in* Alves, 1999), deve entender-se o envelhecimento como a inscrição do tempo em todos os indivíduos, originando-lhes transformações ao nível psicológico, social, biológico, e económico. Algumas das transformações são geneticamente determinadas, mas as condições de vida e de trabalho também exercem a sua influência. Para além disso, as transformações relacionadas com a idade são variáveis nas suas modalidades, na sua intensidade, no seu sentido e nos momentos em que se produzem, pelo que a variabilidade inter e intra individual é muito mais acentuada nas pessoas mais velhas.

De igual modo Bento (2000), afirma que, o processo de envelhecimento é influenciado por uma pluralidade de fatores marcantes da biografia de cada pessoa, da sua vida e situação, pelo que conhece uma grande variedade de diferenças inter e intra individuais, ou seja, é um processo pluridimensional que requer ser objeto de uma nova e positiva maneira de olhar a pessoa idosa, sem desprezar os seus problemas e necessidades.

Com o declínio gradual das aptidões físicas, com o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a alterar os seus hábitos de vida e rotinas diárias tornando-se menos ativo. Por outro lado, os efeitos associados à inatividade e à má adaptabilidade, podem conduzir a uma redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e de coordenação, gerando processos de auto desvalorização, apatia, insegurança, perda da motivação, isolamento social e solidão.

A diminuição do desempenho físico pode ser atenuada se forem desenvolvidos, com os idosos, programas de atividades físicas que visem a melhoria das capacidades motoras apoiando assim a realização da sua vida quotidiana,

reforçando a força muscular, a flexibilidade, a mobilidade articular e a resistência. A força dos membros inferiores é muito importante para a prevenção de quedas. A força dos músculos abdominais e lombares é importante na manutenção da estática corporal e no andar, evitando dores crônicas (Faria, Marques, André & Kriegel, 1998).

O envelhecimento do indivíduo é um processo voluntário e inevitável que acarreta perda estrutural e funcional, progressiva, afetando a autonomia em relação à realização das atividades diárias.

Para o idoso possuir autonomia e independência funcional significa realizar as atividades do dia a dia, sem ajuda de terceiros, sendo que essas tarefas quotidianas referem-se aos cuidados pessoais básicos como vestir-se, tomar banho, alimentar-se, cuidar-se e, atividades instrumentais da vida diária, tais como, utilizar o telefone, cozinhar, arrumar a casa, entre outras (Hawkins, Binkley, Eklund & Gingyl, 1998).

A aptidão física abrange nove componentes que podem ser agrupadas em duas categorias. A primeira, relaciona-se com as habilidades motoras e está associada às componentes agilidade, equilíbrio, coordenação, velocidade e tempo de reação, sendo estas responsáveis pelo desempenho motor do indivíduo e pela capacidade de desenvolver tarefas. A segunda, está relacionada com a saúde e associada às componentes aptidão cardiovascular, força muscular, composição corporal e flexibilidade (Capersen, Powell & Chistenson, 1985).

Com a idade da reforma, aumenta o sedentarismo, surgindo assim a atividade física como uma estratégia de intervenção importante sobre a população com o objetivo de retardar algumas das funções comuns observadas com o avanço da idade.

Muitas perdas físicas associadas à inatividade física podem ser prevenidas ou mesmo reverter, caso haja uma intervenção adequada ao nível de atividade física. O exercício físico diminui e retarda os efeitos do envelhecimento que poderão originar perda de mobilidade e capacidade funcional, sendo que, permanecer em atividade é um passo importante para prevenir lesões, melhorar níveis de força, proporcionando assim, ao idoso a realização das tarefas quotidianas sem grandes problemas (Hilgert & Aquini, 2003).

Amorim e Dantas (2002), realizaram um estudo sobre o treino da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia dos idosos onde concluíram que existe uma estreita relação entre atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida nos idosos.

É relevante a necessidade de políticas que encorajem a promoção de saúde e prevenção de doenças para as pessoas idosas, para que permaneçam independentes e ativas à medida que vão envelhecendo (WHO, 2002). Também, estas políticas

devem ser acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e suas famílias, permitindo minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento populacional.

Contudo para além da importância da criação deste tipo de políticas, é importante que estas sejam operacionalizadas no terreno.

De facto, programas de exercício físico podem ser implementados em pessoas idosos o que vai permitir a manutenção ou melhoria da sua autonomia e independência. A promoção destes programas junto das pessoas idosas é importante, para que os idosos permaneçam em boas condições físicas o mais tempo possível (Camões & Lopes, 2008), (DHHS, 2008).

Há cada vez mais associações, instituições e entidades governamentais a desenvolverem programas de exercício físico para os idosos (Mazo *et al.*, 2009).

Porém ao planear-se um programa de exercício físico dirigido a esta faixa etária deve-se levar em consideração as modificações que advêm do envelhecimento, os benefícios do exercício físico, bem como os interesses e necessidades do idoso (Mazo *et al.*, 2009).

A nível internacional, são desenvolvidos programas de atividade física, como por exemplo, no Brasil, no Canadá, nos Estados Unidos da América, na Austrália, na Holanda e em Espanha que têm como objetivo promover o bem-estar físico da população.

No geral, a população dos países nórdicos e da Holanda é a mais fisicamente ativa, enquanto os cidadãos dos países mediterrânicos tendem a praticar menos exercício (Eurobarometer, 2010).

As medidas e políticas propostas para a população idosa visam uma vida mais ativa e saudável, porque é através destas que é possível prevenir algumas das doenças prevalentes nesta faixa etária. A promoção de programas de exercício físico faz parte de um conjunto de medidas a adotar nesta população.

De forma geral, tanto os programas internacionais como aqueles que são desenvolvidos em Portugal têm como objetivos incutir na população idosa hábitos de vida saudáveis através da promoção do exercício físico. É importante que estes programas procurem não só manter ou melhorar a capacidade física das pessoas idosas, mas também trazer mais-valias em outras dimensões humanas.

Viver mais tempo é um dos grandes triunfos da humanidade. Um grande triunfo que nos lança de imediato um desafio não menos importante: tratar o idoso com o mesmo respeito e dignidade que qualquer outra pessoa, fomentando a sua autonomia e o seu poder deliberativo sobre a sua vida. Esta não é certamente uma tarefa menor

nas sociedades atuais, com ritmos e velocidades alucinantes, com mudanças bruscas e profundas, com contradições e dualidades na forma como se olha a velhice.

A nível internacional, são desenvolvidos programas de atividade física, como por exemplo, no Brasil, os programas de exercício físico para idosos desenvolvem-se maioritariamente nas universidades (Mazo *et al.*, 2004), como é exemplo o programa "Atividade física para a terceira idade", promovido desde 1985 pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem como objetivo melhorar a qualidade física do idoso, a sua auto imagem e saúde mental, bem como proporcionar uma maior participação na comunidade (Ferneda *et al.*, 2005). Assim, desenvolve diferentes tipos de atividades, como ginástica, hidroginástica, dança, natação e voleibol adaptado.

No Canadá, o Canadian Center for Activity and Aging (CCAA) promove um programa de exercício físico para pessoas com idade superior a 55 anos, que dura entre 10 a 12 meses por ano (CCAA, 2010). Antes de ingressarem no programa, os participantes efetuam uma avaliação para medirem os vários componentes da aptidão física. O programa possui diferentes tipos de classes, que variam conforme os objetivos.

De seguida, enumeramos algumas das classes disponíveis (CCAA, 2010):

- Exercício combinado, onde são incluídos exercícios que promovam as diferentes componentes da aptidão física, como por exemplo, força muscular, resistência, força, equilíbrio e flexibilidade;
- treino pessoal, são sessões de exercícios individuais ou no máximo com três pessoas, com um professor para fazer exercícios específicos para controlar o peso e melhorar uma ou todas as áreas da aptidão física;
- treino de força, que é um conjunto de exercícios para fortalecimento muscular;
- equilíbrio, são exercícios para idosos semi-independentes com intuito de melhorar a aptidão física geral, com especial atenção no equilíbrio;
- Exercícios para doentes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) - um conjunto de exercícios definidos para um grupo de pessoas com DPOC,
- exercícios para doentes com AVC (Acidente Vascular Cerebral), destinados a pessoas que tiveram um AVC; os exercícios têm como finalidade melhorar a sua capacidade funcional;
- fique em forma para uma vida ativa, é uma educação de oito semanas conjugado com um programa de exercícios para motivar as pessoas idosas a terem um estilo de vida mais ativo.

O Arkansas Department of Health (ADH), localizado nos Estados Unidos da América, promove um programa de exercício físico denominado por PEPPI - *Peer*

*Exercise Program Promotes Independence*, o qual tem como objetivo aumentar e manter o nível de aptidão física e independência, onde as pessoas idosas têm a oportunidade de aprender a exercitar-se utilizando técnicas corretas em ambientes seguros (lares, centros de dia, associações) e com pessoas com idade e condições de saúde semelhantes (ADH, s/d). O programa inclui o treino da flexibilidade, força, equilíbrio e exercícios de resistência.

Quem dinamiza as sessões de ginástica recebe formação acerca do tipo de exercícios adequados para o treino dos diferentes tipos de aptidão física e posteriormente poderá desenvolver sessões de exercício físico (ADH, s/d).

Este programa abrange todo o estado do Arkansas. Já venceu um prémio sendo reconhecido como um programa modelo (NACD, s/d).

O programa "*Get up, have a go, get active*" promovido pela unidade de saúde de cuidados primários de Blacktown – Nova Gales do Sul, na Austrália, possui como característica apenas admitir membros de uma comunidade Croata que vivem ou trabalham na área ocidental de Sidney (Department of Sport and Recreation (DSR), 2001). Também devem ter idade superior a 50 anos e serem sedentários. O programa é constituído por um conjunto de atividades como ginástica, hidrogenástica e caminhadas, e tem como objetivos aumentar gradualmente os níveis de aptidão física, socialização, redução de isolamento e melhorar o seu bem-estar geral (DSR, 2001).

Na Holanda é promovido um programa denominado em holandês por "*MBvO*" (Mais exercício para os idosos) (Stiggelbout, Popkema, Hopman-Rock, de Greef, & van Mechelen, 2004). Trata-se de um programa que tem vindo a difundir-se amplamente pela Holanda desde 1980 e atualmente participam mais de 300 mil idosos no *MBvO*.

Inicialmente a ginástica era a única atividade praticada mas com o passar dos anos foram incluídas outras modalidades como natação, *yoga*, e jogos/desportos. As atividades são oferecidas geralmente uma vez por semana.

Em Espanha, o programa Atividade Física para Anciãos é promovido pelas câmaras municipais da Galícia, desde 2000, para as pessoas com idade superior a 60 anos (Benedetti, Gonçalves & Mota, 2007). Tem como principal objetivo criar uma base de dados na região da Galícia com o mesmo tipo de programa e a mesma bateria de testes (Benedetti *et al.*, 2007). Neste programa são desenvolvidos diferentes tipos de atividades, como a ginástica, natação, *yoga* e musculação, organizando-se as turmas conforme o tipo de atividade selecionada.

## Perspetiva nacional

O decréscimo da prática de exercício físico com a idade é mais acentuado em Portugal quando comparado com os países nórdicos da União Europeia (Marivoet, 2003).

Em Portugal, tal como ocorre em Espanha, os programas de exercício físico para idosos são promovidos na sua maioria pelas câmaras municipais (Benedetti *et al.*, 2007).

Os mesmos autores referem que em algumas das câmaras municipais, apesar de ainda não possuírem este tipo de programas, encontram-se em processo de implementação. Na organização do poder político em Portugal, as câmaras municipais e as juntas de freguesia representam as estruturas de poder mais próximas da população, por isso devem estar atentas às necessidades da população. Também, se pode estabelecer uma visão de interesse político, uma vez que os políticos e os partidos já descobriram que a implementação de estratégias para esta população, face ao seu crescimento, poderá influenciar resultados eleitorais (Bento, 1999).

De seguida são descritos alguns dos programas desenvolvidos pelas câmaras municipais de Leiria, Portimão, Aguiar da Beira, Vila Nova de Famalicão e Oeiras.

O programa "Viver ativo" foi criado em 1999 pela Câmara Municipal de Leiria com o objetivo de proporcionar às pessoas do concelho, com idade superior a 55 anos, uma melhoria da sua qualidade de vida, integração e participação socio cultural na comunidade (Leirisport, s/d). O programa possui mais de 1200 participantes sendo-lhes oferecido o equipamento desportivo individual (Leirisport, s/d). Atualmente o programa é gerido por uma empresa municipal, que possui parcerias com outras entidades, tais como: a Escola Superior de Educação de Leiria, a Faculdade de Motricidade Humana e os Centros de Saúde do concelho (Leirisport, s/d). Desenvolvem semanalmente de forma gratuita uma aula de ginástica e outra de hidroginástica a cada participante (Leirisport, 2008) tendo também acesso a atividades como natação, sala de exercício e dança, mediante o pagamento de uma mensalidade consoante a atividade escolhida (Leirisport, 2008). Pontualmente são realizadas atividades como caminhadas, olimpíadas, festas, conferências, passeios, entre outras (Leirisport, s/d).

Desde 2000, em Portimão é promovido um programa de Outubro a Junho denominado por "Exercício e Saúde", que sensibiliza as pessoas com 45 ou mais anos para a prática de exercício físico, fomentando um estilo de vida saudável associado à motricidade (Câmara Municipal de Portimão (CMP), 2009).

De forma regular, mais de mil participantes distribuídos pelas três freguesias do concelho têm acesso a aulas de ginástica, hidroginástica, gerontomotricidade e Pilates (CMP, 2009). Com a colaboração de um fisioterapeuta, nos lares do município é praticada a atividade "Fisio e Movimento", que é destinada a idosos dependentes, alguns deles acamados (CMP, 2009). Semanalmente a iniciativa "Sábados + Ativos" proporciona atividades nos parques geriátricos, com supervisão dos técnicos de Desporto da Autarquia (CMP, 2009). Este programa também oferece mega aulas de hidroginástica, caminhadas, colóquios formativos, onde são abordados temas relacionados com a saúde pública (CMP, 2009).

A Câmara Municipal de Aguiar da Beira (CMAB) em parceria com as instituições de solidariedade social do concelho iniciou o programa "Seniores em Atividade" em 2006 (CMAB, 2008). Proporcionam a 180 idosos atividades lúdico desportivas de forma a promover uma melhoria da qualidade de vida, criando hábitos de vida saudáveis e facilitando a existência de contextos sociais positivos (CMAB, 2008). Este proporciona ginástica de forma regular e orientada aos idosos do concelho, uma vez por semana e, também aulas de hidroginástica (CMAB, 2008). Também têm acesso a participarem na viagem sénior, comemoração do dia do idoso e nos encontros finais (CMAB, 2008).

No concelho de Vila Nova de Famalicão cerca de três mil idosos com idade superior a 65 anos ou que sejam pensionistas do sistema da segurança social participam no programa "Com Exercício Físico: Mais e Melhores Anos" (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (CMVNF), 2010). Este, engloba a realização de atividades lúdicas e desportivas, como ginástica, hidroginástica, hidroterapia e dança, cuja finalidade é possibilitar aos idosos o desenvolvimento das capacidades psicomotoras e sociais (CMVNF, 2007). Também realizam caminhadas, piqueniques, passeios, desfile de Pais Natal Seniores e atribuem bilhetes para se deslocarem à praia nos meses do Verão (CMVNF, 2007).

Em Oeiras é desenvolvido o "Programa 65 +" desde 1991 que se caracteriza por um programa de investigação e de apoio à comunidade para os munícipes com idade superior a 65 anos (Faculdade de Motricidade Humana (FMH), s/d). Este é apoiado pela Câmara Municipal de Oeiras e pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (FMH, s/d). Envolve aproximadamente 800 participantes em sessões de exercício de 60 minutos, que são realizadas três vezes por semana (FMH, s/d). Os participantes contribuem financeiramente somente para o pagamento do seguro de acidentes pessoais (FMH, s/d).

Para além dos programas autárquicos, também existem programas promovidos por Universidades, como o da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

intitulado por "Exercício e saúde na terceira idade" (Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), 2010). Este programa é desenvolvido para a população idosa residente na área metropolitana do Porto, com idades superiores a 60 anos (Mota & Carvalho, 1999).

Tem como objetivos principais dar a conhecer os benefícios da prática regular de exercício físico a nível físico, psicológico e social e promover um conjunto de atividades de forma individualizada e orientada de forma a melhorar a independência e qualidade de vida das pessoas (Mota & Carvalho, 1999). Também possui objetivos do ponto de vista da investigação científica, como: conhecer o perfil físico e fisiológico do idoso; estudar os efeitos do exercício físico a nível fisiológico, social e psicológico; e possibilitar aos alunos de Educação Física formação neste domínio do conhecimento (CIAFEL, 2010).

Em 2006 foi implementado um programa no Instituto Politécnico de Bragança (IPB) denominado por "+ Idade, + Saúde", que possui como principal objetivo de investigação analisar e comparar o efeito de diferentes tipos de treino sobre a aptidão física e funcional dos idosos (IPB, 2010). O programa funciona três vezes por semana e é indicado para pessoas institucionalizadas (IPB, 2010).

As medidas e políticas propostas para a população idosa visam uma vida mais ativa e saudável, procurando prevenir algumas das doenças mais prevalentes nesta faixa etária. A promoção de programas de exercício físico faz parte de um conjunto de medidas a adotar nesta população.

De forma geral, tanto os programas internacionais como aqueles que são desenvolvidos em Portugal têm como objetivos inculcar na população idosa hábitos de vida saudáveis através da promoção do exercício físico.

A atividade física é fundamental para um envelhecimento saudável, prevenindo um envelhecimento precoce e melhorando a QV. Os benefícios da atividade física encontram-se bem documentados na literatura científica e são divulgados ativamente através de diversos meios de comunicação e publicidade.

Cada vez mais a responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde fomentam campanhas de prevenção e promoção de saúde. De facto, estas campanhas estão a ter sucesso devido ao número crescente de pessoas idosas a praticar atividade física nos vários programas em que estão inseridos, no entanto é imperativo que estes programas tenham em conta as barreiras à prática de atividade física por parte de pessoas idosas para que respondam às suas necessidades e vontade

## O envelhecimento e as mudanças fisiológicas

O envelhecimento, enquanto fenómeno irreversível que faz parte do destino histórico do homem, tem causas ainda desconhecidas tratando-se, segundo Fernandes da Fonseca (2001, *cit in* Marinho, 2002, p. 23), "de um fenómeno puramente fisiológico, que resulta do esgotamento da própria vitalidade celular, aparecendo como consequência de várias manifestações patológicas (infeciosas, tóxicas e outras) que o cérebro vai suportando".

O envelhecimento constitui um processo inerente a todo o ciclo de vida. É um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que se inicia com o nascimento do indivíduo e culmina com a morte deste.

Para realçar que o envelhecimento é complexo, Mazzo *et al.* (2001), definem vários tipos de idades:

- idade cronológica: é o tempo de vida a partir do momento do nascimento. É o número de anos vividos por um indivíduo;

- idade biológica: condição ou estado em que o corpo se apresenta, não estando necessariamente relacionado com a idade cronológica. Refere-se à aparência;

- idade psicológica: é o resultado das experiências pessoais e dos relacionamentos da riqueza vivenciada e acumulada ao longo de anos, considerando os aspetos cognitivos;

- idade social: é determinada por regras e expectativas sociais. As pessoas são caracterizadas em função dos seus direitos como cidadãos, atribuindo tarefas a serem desempenhadas de acordo com a idade cronológica/biológica.

O envelhecimento só poderá ser entendido a partir da compreensão dos aspetos individuais e coletivos da vida, nomeadamente fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociológicos, económicos, culturais, ambientais, nutricionais, ou seja, a compreensão do idoso no seu todo.

O envelhecimento abrange um leque de vida bastante amplo, aceitando-se várias divisões etárias e, de acordo com o que a OMS, nos países mais desenvolvidos, graças ao apoio da medicina, da higiene e outros fatores pode considerar-se os 70 ou 75 anos como passagem à velhice, em relação com a média da esperança de vida. Oliveira (2008, p. 14), afirma que os

"critérios baseados unicamente na idade cronológica podem ser questionados. Para além desta, há que considerar a idade biológica (níveis de maturidade física e estado de saúde), psicológica (relacionada com o desenvolvimento cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação de aprendizagem e de motivação), e social (*status*, papéis e funções a desempenhar)".

Barata e Clara (1997), referem que não existe uma idade concreta a partir da qual se possa considerar que o indivíduo é velho. É necessário ter em atenção que a idade real do indivíduo nem sempre corresponde ao estado funcional do seu organismo, ou seja, que a idade cronológica nem sempre é coincidente com a idade funcional.

Do assincronismo entre o envelhecimento fisiológico, expresso pelas alterações estruturais e funcionais que ocorrem no organismo e a idade cronológica medida pelo calendário, decorrem as variações físicas e mentais apresentadas pelos idosos (Ermida, 1999).

A idade biológica é, normalmente avaliada em termos de resistência aeróbica, força, flexibilidade, coordenação e capacidade de trabalho (Spirduso, 1995).

O envelhecimento fisiológico é o resultado de um processo contínuo de mudanças irreversíveis, ao longo da vida. Portanto, não é um fator estático ou determinado por uma única causa específica.

As explicações para as variações individuais são: a influência genética, a existência ou não de doença, os diferentes ritmos dos sistemas biológico e fisiológico, a alimentação, estilos de vida, sexo, cultura, educação e estatuto socioeconómico (Spirduso, 1995).

O envelhecimento tem assim duas componentes: envelhecimento intrínseco referente à diminuição de reservas corporais como resposta a fatores internos; e envelhecimento extrínseco que é o produto da resposta a fatores exteriores. Porém estas duas componentes não são estanques, interagindo entre si.

O envelhecimento está associado a várias alterações estruturais, alterações estas que tendem a ser individualizadas. Amorim e Dantas (2003), referem algumas alterações:

- no sistema nervoso ocorrem, por exemplo, perdas celulares cerebrais, que são aproximadamente 0.2% por ano o que irá acarretar um maior tempo de reação, um comprometimento da memória e da cognição;

- no sistema muscular há aumento do tecido conjuntivo no organismo e perda progressiva da sua propriedade elástica, acumulação de maior quantidade de massa gorda e perda de massa magra (diminuição do número e tamanho das fibras musculares), baixa taxa de absorção de calorias e redução de força muscular;

- no sistema circulatório existe uma diminuição da quantidade de sangue que o coração bombeia em estado de repouso, rigidez das paredes dos vasos, hipertensão arterial, decréscimo do consumo de oxigénio, perdas hídricas e redução da água corporal;

- no sistema respiratório há diminuição da mobilidade da caixa torácica e menor

elasticidade pulmonar;

- no sistema esquelético verifica-se degenerescência discal, maior prevalência de osteoporose e osteoartrose, menos líquido sinovial com diminuição da amplitude dos movimentos articulares.

A capacidade do idoso em executar as suas tarefas quotidianas com o decurso dos anos tende a diminuir. Esta diminuição resulta das transformações que ocorrem em todos os órgãos e sistemas biológicos bem como de fatores sociais e psicológicos que decorrem em simultâneo com esta degenerescência funcional (Spirduso, 1995, *cit in* Carvalho, 1999).

Okuma (1998, *cit in* Hilgert & Aquini, 2003) referem que o envelhecimento se associa, necessariamente, a decréscimo da força muscular, da capacidade aeróbica máxima, das respostas motoras mais eficientes, da capacidade funcional geral, ou seja, a redução da aptidão física.

No que diz respeito à resistência cardiovascular Llano *et al.* (2002), apontam algumas das mudanças fisiológicas mais evidentes que decorrem do processo de envelhecimento, tais como, decréscimo na frequência cardíaca máxima, diminuição na capacidade de realizar esforços máximos, aumento da pressão sistólica, endurecimento da parede do ventrículo esquerdo e deterioração do metabolismo de glucose e lipídico.

Sendo o sistema locomotor afetado pelos efeitos do tempo, Farinatti *et al.* (1994, *cit in* Sousa, 2002), são de opinião que, provavelmente, relativamente a outros fatores concorrentes ao desempenho físico, a flexibilidade é a característica do envelhecimento mais evidente. A flexibilidade é definida por Appell e Mota (1991), como sendo a amplitude máxima capaz de ser alcançada voluntariamente numa ou em várias articulações.

Os tecidos que envolvem as articulações tendem a tornar-se mais rígidos e a perderem elasticidade no decurso do ciclo da vida. Os músculos sofrem um encurtamento e a amplitude de movimento tende a diminuir. Se nada for feito para contrariar esta tendência natural, os níveis de flexibilidade de um idoso podem atingir níveis mínimos, comprometendo a sua autonomia e conseqüentemente a sua qualidade de vida (Llano *et al.*, 2002).

O incremento da proporção do tecido conectivo na massa muscular, a desidratação da articulação e a mudança da sua composição com colagénio e elastina, resultam numa das principais limitações que é a amplitude do movimento articular com a idade, aumentando assim as sobrecargas, sendo os ossos, as articulações, os tendões e os ligamentos, os mais expostos a ruturas (Zambrana, 1991).

Relativamente à força muscular Moreira (1998, *cit in* Sousa, 2002), afirma que no sistema músculo-esquelético, funcionalmente, ocorre uma diminuição de 20% entre os 22 e os 65 anos.

De acordo com Larson (1978, *cit in* Llano *et al.*, 2002), a partir dos 50 anos a força e a potência muscular registam uma perda progressiva de 3 a 4% por ano, devido, não só a uma perda de fibras musculares, tanto em número como em tamanho, como também por influências hormonais. Em consequência, a velocidade de contração diminui tornando os movimentos mais lentos. No entanto, a perda de força não ocorre da mesma forma em todos os músculos. Os membros inferiores, comparativamente aos membros superiores, perdem mais rapidamente a força, com consequências no deslocamento e na manutenção do equilíbrio.

Normalmente, os músculos menos utilizados são aqueles que degeneram primeiro, sendo que com o decorrer dos anos os músculos perdem elasticidade, água e sais minerais. Nos parâmetros musculares verificam-se diminuições significativas como o número de fibras, o seu tamanho e diâmetro, a amplitude e velocidade de contração (Guedes, 2001, *cit in* Sousa, 2002).

Appell e Mota (1991), também referem que no decurso da vida há redução das fibras rápidas tornando-se o ser humano mais lento.

No que concerne às alterações que advêm do envelhecimento Llano *et al.* (2002), apontam algumas alterações, tais como, diminuição do tempo de reação, decréscimo da velocidade de processamento da informação, problemas sensoriais, diminuição da memória, da concentração e atenção, perda de equilíbrio, deterioração do sistema nervoso central ao nível da perceção, transmissão e execução dos impulsos nervosos, redução do número de neurónios para a transmissão dos impulsos nervosos, menor capacidade de coordenação, deterioração dos arcos reflexos e redução na facilidade em atingir o limiar de excitação.

Em consonância com o referido anteriormente, ocorrem perdas ao nível físico, com consequências em termos de funcionalidade e de aparência, isto, numa sociedade em que é valorizada a aparência de um corpo jovem, belo e saudável (Alves, 1999).

De acordo com Mazo *et al.* (2001), com o envelhecimento a estatura diminui, iniciando-se nos homens a partir dos 40, e nas mulheres a partir dos 43 anos, mas pode ser observada, em alguns casos, após os 60 anos. Supõem-se que isto ocorra devido a diversos fatores, tais como, perda de água, enfraquecimento de grupos musculares, mudanças posturais, osteoporose, deterioração dos discos espinhais e deformidades na coluna.

O peso aumenta na meia-idade e diminui na velhice. De acordo com Spirduso

(1995), normalmente o peso na velhice diminui no sexo masculino e estabiliza no sexo feminino atribuindo-se à diminuição dos órgãos e da massa celular; relativamente ao rosto, as orelhas e nariz alongam-se, a pele fica enrugada (principalmente pela exposição ao sol), verifica-se atrofia das fibras elásticas e das glândulas sudoríparas, aumenta a pigmentação amarelada, há aparecimento de calosidades, o odor corporal e a capacidade de cicatrização diminuem. Dos 30 aos 90 anos de idade, o crescimento das unhas diminui em 50%, os cabelos e pelos ficam grisalhos, com menor densidade, força e diâmetro. As pessoas idosas têm menos sono, o número de vezes que acordam durante a noite é maior, sendo mais comum nos homens. Enquanto a capacidade de dormir profundamente diminui com a idade, os distúrbios respiratórios e a frequência de ressonar aumentam, o metabolismo basal diminui ligeiramente com o avanço da idade, diminui a água corporal o que associado ao aumento da gordura corporal e às alterações na pele vai condicionar a menor adaptação do organismo em ambientes com temperaturas extremas ou grandes variações térmicas.

Ainda de acordo com Santos (2002), verificam-se alterações ao nível da audição verificando-se degenerescência das células ciliadas localizadas no ouvido interno. Relativamente à visão há uma diminuição da acuidade visual e diminuição do campo visual (as afeções mais correntes são a Presbiopia e as Cataratas). Ocorre também uma diminuição da sensibilidade aos sabores doce e salgado.

As alterações antropométricas são uma das primeiras alterações decorrentes no envelhecimento, que pode afetar a mobilidade (WHO, 1998).

Os valores absolutos do peso, massa muscular, massa gorda, água corporal e estatura encontram-se diminuídos no idoso.

Do ponto de vista biomecânico, a inclinação do tronco para a frente provoca uma limitação dos movimentos e alterações segmentares dos membros inferiores no sentido de garantir o equilíbrio.

A alteração funcional e a dor que resultam do envelhecimento normal ou patológico das articulações limitam o movimento dos idosos. O processo normal de envelhecimento provoca uma diminuição da quantidade de água na cartilagem articular, o que contribui para a deterioração da mesma. Longos períodos de repouso provocam também danos na mesma. Alterações nos ligamentos provocam deterioração da qualidade das informações provenientes dos recetores articulares, resultando um movimento lento, incerto ou incoordenado (Amudsen, 1999).

O controlo do equilíbrio é multidimensional, sendo o resultado final da perceção e da integração das informações provenientes de três grandes sistemas sensorio motores: vestibular, óculo sensorio motor e proprioceptivo (Daubney &

Culham, 1999).

O equilíbrio é uma capacidade fundamental nos idosos, visto que o seu mau funcionamento é uma das principais causas que levam às quedas podendo implicar fraturas que levam a períodos de imobilização, acelerando os processos degenerativos que acompanham o envelhecimento.

Dado que o envelhecimento atua de forma diferenciada nos indivíduos, os efeitos da idade no equilíbrio estático e dinâmico, na locomoção e nas quedas variam de indivíduo para indivíduo (Carvalho, 1999).

O equilíbrio estático refere-se ao controlo da oscilação corporal na posição de pé, e, o equilíbrio dinâmico traduz-se na capacidade de manter a posição do corpo sobre a sua base de sustentação (Spirduo, 1995).

A ocorrência de quedas nos idosos é um fator que afeta a sua qualidade de vida. A queda é a consequência que leva o indivíduo a cair ao chão contra a sua vontade.

As quedas em idosos, especialmente os mais debilitados, são atribuídas a um conjunto de fatores e não a causas isoladas. O risco de queda aumenta de acordo com o grau de incapacidade dos indivíduos.

Alguns estudos indicam que a existência de história de queda recente pode iniciar quedas subsequentes. O idoso que caiu terá maior probabilidade de voltar a cair (Tinetti, 1986).

Caserotti *et al.* (2001), realizaram um estudo com o objetivo de verificar as diferenças entre sexos relativamente à força e velocidade muscular em idosos com idade média de 75 anos. Verificou-se que, entre outras características, as mulheres apresentaram uma execução mais fraca ao nível de capacidade de contração concêntrica, especialmente em atividades intensas e rápidas como as reações protetivas aquando de uma queda.

Em suma, os homens apresentam melhores níveis de equilíbrio do que as mulheres e isso pode ser explicado pelo facto dos homens, ao longo da história, terem hábitos desportivos, terem atividade profissional fora de casa e realizarem trabalhos que exigiam maior esforço.

De acordo com Llano *et al.* (2004), os efeitos, no plano físico, que conduzem ao processo natural de envelhecimento ocorrem:

- ao nível do sistema motor, havendo uma perda de massa e volume muscular, devido a uma diminuição no tamanho das fibras musculares e diminuição de reações elétricas;

- ao nível do sistema cardiovascular, com o endurecimento de artérias e válvulas que conduzem ao aumento da pressão arterial;

- ao nível do sistema endócrino e metabolismo, com alterações hormonais que diminuem a secreção e síntese de substâncias como por exemplo a insulina;

- ao nível do sistema nervoso, com diminuição de células nervosas que conduzem a um abrandamento no tempo de reação e no processamento de informação;

- ao nível do sistema respiratório, onde há uma perda da elasticidade pulmonar e diminuição da superfície alveolar que leva a um decréscimo do nível de consumo máximo de oxigénio;

- ao nível do sistema sensorial, onde ocorre perda de eficiência nos órgãos sensoriais e aumento dos limiares para a sua estimulação.

A diminuição das funções motoras conduz a uma consequente diminuição dos níveis de força, resistência muscular e flexibilidade, importantes para o desenvolvimento das atividades diárias. Segundo os mesmos autores verifica-se a nível antropométrico: aumento do peso; diminuição da altura; diminuição da massa muscular; embranquecimento dos cabelos, mais fino, mais quebradiço, diminui e cai e, perda de elasticidade da pele.

A nível muscular verifica-se: maior índice de fadiga muscular; diminuição no tamanho e número de fibras musculares; diminuição da capacidade de regeneração; diminuição da densidade óssea e, diminuição da força muscular.

A nível cardiovascular verifica-se: diminuição da frequência cardíaca; diminuição da utilização de oxigénio pelos tecidos; aumento da pressão arterial e, menor capacidade de adaptação e recuperação do exercício.

A nível pulmonar verifica-se: diminuição da capacidade vital e, menor mobilidade da parede torácica.

A nível neural regista-se: diminuição do número e tamanho dos neurónios; menor tempo de reação; menor velocidade de movimento e, diminuição no fluxo sanguíneo cerebral.

A quantidade de água diminui com a idade sendo que este fator associado ao aumento da massa gorda, traduz-se na maior dificuldade de adaptação em ambientes com temperaturas extremas. Verifica-se também uma diminuição na massa, densidade e tecido ósseo (Spirduso, 1995).

Com o decorrer do processo de envelhecimento verificam-se alterações psicológicas que, segundo Costa (2003), são: a lentidão de pensamento; o enfraquecimento moderado e não progressivo da memória; a diminuição do ritmo das capacidades vitais e de empreendimento; a acentuação da prudência; as alterações do ritmo de sono; e, a relativa troca libidinal da genitalidade para o plano alimentar e para o interior do corpo.

Zimmerman (2000), afirma que estas alterações podem acarretar várias consequências tais como: dificuldade de adaptação a novos papéis e a mudanças rápidas; falta de motivação e dificuldade em planear o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais.

Assim, os indivíduos que adotam uma atitude mais positiva durante o processo de envelhecimento têm maior tendência a verem a velhice como uma experiência acumulada, de maturidade e de libertação de certas responsabilidades.

Os aspetos sociais do envelhecimento segundo Mazo *et al.* (2001), devem ter em conta a frequência, o contexto e a qualidade das relações sociais com relevância para a questão da reforma, pelo que, o afastamento da atividade profissional pode conduzir a uma progressiva perda de personalidade e solidão. Relativamente à espiritualidade e religiosidade, a maior parte dos idosos portugueses regesse por princípios e valores cristãos que são a sua fonte de suporte existencial dando-lhes sentido á vida. Berger (1995), refere que a religião acarreta alento e respostas acerca do significado da vida e do destino.

A OMS (*cit in* Neto, Klein & Brito, 2006), identifica as características que potenciam os idosos a tornarem-se mais dependentes: idade igual ou superior a 80 anos; viverem sozinhos e, isolados do ponto de vista social; recursos económicos insuficientes para satisfazer as suas necessidades; e, ausência de filhos.

### **Benefícios da prática de atividade física**

Atividade física e exercício físico são termos habitualmente utilizados para caracterizar uma pessoa fisicamente ativa. No entanto, do ponto de vista científico, estes termos correspondem a entidades ligeiramente diferentes.

Para Mazo *et al.* (2001), na área de Educação Física, estes conceitos são utilizados em momentos distintos de forma errónea ou contraditória, devido à falta de clareza nas suas definições.

As definições dos termos mais frequentemente utilizados argumentam que a atividade física corresponde a todo o movimento corporal de que resulte dispêndio energético que inclui atividades de vida diária como arrumar a casa, ir às compras, trabalhar.

Exercício físico, é toda a atividade física voluntária, planeada e estruturada para melhorar a condição física e a saúde.

Ainda neste âmbito, define-se desporto como uma atividade física envolvendo competição regulamentada; em certas definições o termo desporto inclui tanto o

exercício como a prática de atividade física de lazer.

Faria (1999), refere que o conceito de atividade física é provavelmente um dos conceitos menos definidos no campo das ciências do desporto.

De acordo com Carvalho (1999), a atividade física pode constituir-se para os idosos como um contributo essencial na sua valorização e integração social, surgindo como um coadjuvante de outras manifestações e ações de apoio à pessoa idosa.

Segundo Graça e Almeida (1998, *cit in* Alves, 1999), o exercício pode ser encarado como um subgrupo da atividade física, planeado, estruturado e repetitivo, que é realizado com o objetivo de manter ou melhorar a forma física.

No campo da gerontologia Vieira e Ramos (1996, *cit in* Alves, 1999), definem o conceito de "atividade física" como um conjunto de ações corporais capazes de contribuir para a manutenção fisiológica e funcionamento normal, não só do organismo mas também do estado psicológico do indivíduo.

Gallahue e Ozmun (1995, *cit in* Safons, 2000), afirmam que os estados psicológicos e as características sociais do indivíduo adulto e idoso são influenciados por alguns aspetos do domínio motor. A capacidade da pessoa ser capaz de executar as atividades da vida diária, de ter uma vida fisicamente ativa e de se exercitar são fatores que podem ter efeitos positivos sobre a sua auto avaliação, sobre o modo como os outros a veem, e sobre o que ela sente.

McAuley (1993, *cit in* Alves, 1999), refere que os decréscimos sucessivos no desempenho motor, na força e na capacidade funcional, que fornecem condições para a execução das tarefas do quotidiano, desempenham uma influência negativa nas perspetivas psicológicas e interação social.

De acordo com Deps (1993, *cit in* Alves, 1999), a maioria das teorias de ajustamento ou envelhecimento referem que o bem-estar emocional pode ser o resultado da interação social e da força do vínculo social. Deste modo, o idoso pode encontrar não somente satisfação pessoal como também suporte social nas atividades de grupo. O grupo torna-se um redutor de *stress*, ajudando o idoso a preservar um auto conceito positivo perante a redução de energia e das dificuldades que vão surgindo. O suporte social associado ao facto de poder desempenhar uma atividade, podem, contribuir para a valorização pessoal e para o sentimento de auto eficácia.

Segundo Gramy (1985, *cit in* Alves, 1999), a conservação da vida social e a existência de um projeto de vida ativa estão correlacionadas de forma positiva com a satisfação de vida do idoso; contrariamente, a perda de contactos com o meio, o isolamento e a redução de atividade física estão correlacionadas de forma negativa.

Chodzko-Zaiko (1994, *cit in* Carvalho, 1999), afirma que diante do vazio social que a reforma pode induzir nos idosos, torna-se essencial recorrer a atividades que

ocupem, pelo menos, uma parte do dia, que sejam gratificantes e motivadoras, de modo a ajudar os indivíduos a superar os estados depressivos, a se sentirem mais úteis, ativos e integrados num grupo social. As atividades físicas podem ajudar o idoso a superar a solidão e o isolamento uma vez que transportam valores sociais, como, a integração em grupos e o incremento das relações humanas (Cunhingham *et al.* 1993, *cit in* Carvalho, 1999).

De acordo com os autores acima referidos, as atividades físicas podem assumir-se como que um substituto do trabalho nos aspetos da regularidade, esforço e organização dando assim um novo sentido à vida.

Geis (1996), corrobora, afirmando que a atividade física pelo seu carácter coletivo e socializador pode também ajudar a suportar este problema. Assim, o lugar dedicado à realização de atividades físicas para além de ser um lugar onde exercitar-se é também um espaço dedicado ao convívio, à comunicação, um lugar de partilha e diálogo, possibilitando à pessoa idosa a manutenção duma presença ativa no círculo social em que se encontra (Blessig, 1997, *cit in* Alves, 1999).

Como refere Romero (1998, *cit in* Alves, 1999), tanto homens como mulheres que se encontrem na idade da reforma podem encontrar novas fontes de afeto substitutas, investindo no seu crescimento pessoal e social, valorizando-se a si próprio, elevando deste modo a sua auto confiança e auto estima. Uma dessas fontes, segundo o mesmo autor, é a atividade física.

A participação em atividades é importante no sentido de dar uma estruturação ao tempo, promove o relacionamento social e uma boa qualidade de vida (Sequeira, 1996, *cit in* Alves, 1999). Existem várias investigações que demonstram que os idosos socialmente ativos estão psicologicamente mais adaptados do que os não ativos.

Berger e McInman (1993, *cit in* Alves, 1999), entendem que sentimentos de auto eficácia, quando presentes na prática de atividade física para idosos, levam-nos a sentirem-se competentes e capazes de lidar com as necessidades do meio, aumentando a sua interação e com ela, a auto estima.

Também Dias e Afonso (1999), sugerem que o exercício regular depois dos 60 anos é um meio importante para manter um estado de espírito otimista e uma boa autoestima.

A melhoria do estado emocional, do auto conceito, da autoestima, a diminuição do *stress*, dos níveis de ansiedade e depressão são efeitos que a prática regular de atividade física provoca, possibilitando a vivência de momentos de prazer (Berger, 1998, *cit in* Duarte, 1999). Para qualquer pessoa, de qualquer idade, estes efeitos são de enorme importância, mas, revestem-se de particular relevância para as pessoas

idosas, particularmente expostas a influencias que afetam, de forma negativa, a sua saúde e o seu bem-estar (Duarte, 1999).

Oaks (2000, *cit in* Lopes & Oliveira, 2003), afirma que os benefícios psicológicos provenientes do exercício físico retêm vitalidade, mobilidade e independência, melhoram o sentimento de bem-estar, auto estima, a apreciação da vida, ampliam a relação entre amigos e conhecidos, reduzem o sentimento de solidão e melhoram a qualidade do sono.

Com o intuito de avaliar a satisfação vivencial, Sequeira (1996, *cit in* Alves, 1999), estudou um grupo de idosos com atividade social e mediram os seus índices de satisfação vivencial, antes e depois da sua participação num programa elaborado para o efeito. Os resultados evidenciaram que os índices mais elevados de satisfação vivencial foram apresentados pelas pessoas mais ativas, sentindo-se mais felizes e saudáveis.

Um outro estudo, descrito por Berger (1989, *cit in* Alves, 1999), também confirma existir uma estreita relação entre atividade física e satisfação. Numa amostra de 381 homens, entre os 45 e os 59 anos de idade, que praticaram exercício três vezes por semana durante 18 meses e, um grupo de controlo, verificou-se que o primeiro grupo demonstrou mais alterações que o segundo. Essas alterações foram, o aumento do desempenho e atitudes positivas, o reforço da saúde pessoal e, fortes hábitos de exercício.

O envelhecimento é frequentemente acompanhado por sentimentos de solidão, desânimo, desinteresse pela vida, depressão, entre outros aspetos sendo que a manutenção do bom funcionamento mental é uma das maiores preocupações dos mais idosos (Willis & Campbell, 1992).

Mazzeo *et al.* (1998), referem que a prática de atividades físicas regulares proporciona benefícios relacionados com a preservação do sistema cognitivo, a atenuação de sintomas e comportamentos depressivos, melhora o relaxamento, reduz o *stress* e a ansiedade e melhora o estado de humor.

Estudos demonstraram que idosos treinados possuem tempos de reação muito superiores a idosos não treinados e que esta capacidade pode ser melhorada com a prática de atividade física. A atividade física regular contribui de forma significativa para a melhoria do auto conceito, do *locus* de controlo, da saúde mental, da imagem corporal e pode diminuir os níveis de ansiedade (Norman, 1995).

O treino aeróbico, em idosos sedentários, pode melhorar várias funções neuropsicológicas, como o tempo de resposta, a visão organizacional, a memória e a flexibilidade mental. Atualmente, "a atividade física pode ser a mais poderosa intervenção disponível no combate à deterioração da capacidade funcional que ocorre

com o envelhecimento do sistema nervoso central” (MacRae, 1989, *cit in* Norman, 1995, p.12).

Através do exercício físico, os idosos têm a possibilidade de se adaptarem aos novos papéis sociais, estabelecerem novos laços de amizade e o desenvolvimento de sentimentos de realização pessoal, independente e de produtividade. “A forte relação entre a atividade física e a satisfação com a vida ilustra a ligação estreita que existe entre a saúde física e a mental” (Norman, 1995, p. 21).

Osada, Shibata, Watanabe, Kumagai e Susuki (2000), realizaram um estudo acerca da relação entre o bem-estar psicológico e a capacidade física em idosos no meio urbano e rural, de onde se salienta que a diminuição da capacidade de mastigação está associada à diminuição de satisfação com a vida nos idosos do meio urbano, enquanto que a deterioração da capacidade visual e de movimento estão relacionados com o declínio do bem-estar psicológico dos idosos no meio rural. Os resultados sugerem, ainda, que a prevenção do declínio sensorial e físico e a manutenção de uma boa higiene oral são fatores importantes para garantir a satisfação dos idosos.

Berger e McInman (1993), demonstraram, através de estudos, que os idosos praticantes de atividades físicas possuem características de personalidade mais positivas do que os idosos não praticantes. Os indivíduos que praticam atividade física regularmente revelam-se mais confiantes, mais seguros, têm melhor saúde, maior facilidade em reagir perante situações de *stress* e de tensão e atitudes mais positivas em relação ao trabalho.

Matsudo (1997, *cit in* Safons, 1999), refere que a prática de atividade física nos idosos aumenta o auto conceito, a auto estima, a imagem corporal, as funções cognitivas, diminui o *stress*, a ansiedade, a tensão muscular e a insónia.

A autoeficácia está relacionada com respostas positivas associadas ao exercício físico, “a utilização da atividade física como experiência de incremento do autocontrolo conduz a aumentos da autoeficácia e da autonomia dos idosos” (Arent, Landers & Etnier, 2000, p. 423).

Com a perda das capacidades funcionais devido à deterioração da força e da massa muscular pode existir também um declínio no humor. Arent *et al.*, (2000), realizaram um estudo com idosos acerca dos efeitos dos exercícios no humor, onde verificaram que a prática regular de exercício físico está associado a uma melhoria do humor, sendo uma consequência do progresso fisiológico resultante da prática de atividade física regular. Concluíram que as melhorias mais consistentes estão associadas à realização de exercício menos de três vezes por semana e mais de quarenta e cinco minutos, com o exercício adequado às necessidades de cada

indivíduo e com uma intensidade baixa a moderada.

Assim, de acordo com os diversos autores, a atividade física proporciona efeitos benéficos na inteligência, no auto conceito, na autoimagem, na autoeficácia, na autoestima, no humor, demonstrando a existência de uma interligação entre os aspectos físicos e os aspectos fisiológicos do desenvolvimento dos indivíduos.

Sendo o envelhecimento um processo inevitável, importa atenuar os seus efeitos adversos. Um dos fatores que mais contribui para este processo é o sedentarismo e, como refere Dias e Afonso (1999, p.195), "a atividade, seja ela qual for, parece ser o melhor remédio para a velhice".

É urgente contrariar a tendência de que à medida que a idade do indivíduo aumenta, a vida torna-se menos ativa, ou seja, é necessário que se compreenda que a velhice não é sinonimo de inatividade e não significa forçosamente a diminuição completa da força, das capacidades físicas e psíquicas (Guedes, 2001).

Segundo Paúl (1996), a teoria da atividade considera que a satisfação, felicidade e auto estima, são sinais positivos do envelhecimento bem-sucedido e são proporcionais à atividade desenvolvida e à intensidade das interações sociais.

A inatividade normalmente não se desenvolve num sentido positivo e como refere Paúl (1996), o idoso que envelhece de uma forma ótima é o que permanece ativo, encontrando substitutos para as atividades que teve de abandonar e para as amizades que perdeu.

Assim, os programas de atividade física para os idosos encontram um papel relevante para a promoção de uma velhice bem-sucedida.

A atividade física surge como um elemento potenciador da qualidade de vida do idoso, na medida em que o seu nível de independência funcional ou de qualidade de vida está dependente de manter autonomamente as diferentes facetas da sua atividade diária.

Com base nos vários estudos realizados acerca dos efeitos da atividade física regular no idoso, a WHO (1998), apresentou os benefícios psicológicos, sociais e fisiológicos.

Assim, no domínio psicológico, os efeitos imediatos são, o favorecimento do relaxamento; a redução do estado de ansiedade e depressão e, a melhoria do estado de humor. Os efeitos a longo prazo são, a melhoria do bem-estar geral; melhoria da saúde mental; melhoria da função cognitiva; melhora o controlo motor, proporciona novas aprendizagens e apura as aptidões já existentes.

No domínio social, os efeitos imediatos são, o fortalecimento da autoridade e estimulação do desempenho de papéis mais ativos na sociedade e, favorecimento da integração social e cultural. Os efeitos a longo prazo são que fomenta a

integração/participação na comunidade; estimula a criação de novas amizades; fomenta a atividade entre diferentes gerações; promove a atividade social que pode substituir o trabalho, proporcionando sentimentos de satisfação e de produtividade e, favorece a manutenção de um papel social ativo e o desempenho de novos papéis sociais.

No domínio fisiológico, os efeitos imediatos são: ajuda a regular os níveis de glucose no sangue; estimula os níveis de adrenalina e noradrenalina; melhora o sono em termos de qualidade e quantidade e, ajuda a prevenir e/ou adiar os riscos associados à diminuição do equilíbrio e coordenação. Os efeitos a longo prazo são: melhora o funcionamento cardiovascular; provoca melhorias substanciais nos níveis de força muscular; ajuda a preservar e readquirir a flexibilidade e, atenua a diminuição da velocidade de movimento.

Estes efeitos são muito importantes para qualquer indivíduo mas são particularmente relevantes para os idosos.

Fox (2000), refere que a atividade física aumenta o autoconceito do idoso.

Estudos realizados concluíram que, os efeitos produzidos pela prática de atividade física em idosos contribuem para um aumento da resistência ao esforço, ajudam a função cardiovascular, mantendo uma boa pressão arterial, desenvolvem a função aeróbica (Rubenstein *et al.*, 2002), aumentam a funcionalidade e a estabilidade na marcha evitando o risco de queda e aumentam a flexibilidade muscular e articular (Daly & Spinks, 2002).

De acordo com Nunes (2004), a prática de atividade física, podem ser obtidos os seguintes benefícios: melhoria na velocidade do andar, melhoria do equilíbrio, aumento das atividades físicas espontâneas, melhoria da auto eficácia, contribuição na manutenção e/ou aumento da densidade óssea, melhoria na ingestão alimentar, diminuição da depressão, contribuição para a melhoria no equilíbrio e na diminuição da incidência de quedas e fraturas.

Ainda segundo estes autores, a prática de atividade física, melhora a função imunitária, reduz o risco de doença cardiovascular e cardiorrespiratória, melhora o tempo de processamento do sistema nervoso central, aumenta a função cerebral, aumenta a velocidade de condução nervosa, melhora o tempo de reação, aumenta a função neuromuscular, melhora a capacidade funcional e a mobilidade em patologias como artrite reumatoide e osteoartrite, retarda a deterioração da estrutura e função do sistema músculo-esquelético, aumentando a densidade mineral óssea e a massa muscular, diminui o risco de ocorrência de fraturas e melhorando a postura.

No campo psicológico, melhora os sintomas de ansiedade e depressivos, aumenta a auto estima e a sensação de bem-estar.

De acordo com Carvalho (1999), a nível psicológico, é de esperar que os indivíduos idosos com uma atividade física regular, aumentem os seus níveis de aptidão física, atenuem os efeitos do envelhecimento no que se refere a funcionalidade e independência, conheçam os seus limites e os do seu corpo e, talvez, por tudo isso evidenciem maiores índices de auto estima e auto eficácia.

Zambrana (1991), enumera vários benefícios relacionados com a prática de exercício físico, nomeadamente, evita a atrofia muscular, previne o aparecimento de alterações de postura e de artroses, previne a osteoporose e aumenta a capacidade vital. O exercício pode ser um substituto do trabalho; na reforma praticar desporto ocupando o tempo de lazer e os tempos livres promove as relações humanas, sendo um meio de integração social, e de relaxamento psicológico; a pessoa que pratica atividade física torna-se assim mais feliz melhorando a sua qualidade de vida.

De acordo com Spirduso (1994), é atualmente aceite que a atividade física regular e adequada à capacidade do idoso contraria o efeito de envelhecimento, quer a nível físico, quer a nível psicológico, sendo o aparelho cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico os mais beneficiados.

Assim, no aparelho cardiovascular, o exercício físico conduz a uma melhor tolerância ao esforço, assim como, melhor perfusão coronária, cerebral e periférica.

No aparelho respiratório verifica-se melhoria do trabalho dos músculos da respiração, da elasticidade da caixa torácica, da ventilação, principalmente através da reperfusão das bases e da perfusão alvéolo-capilar traduzindo-se em melhoria dos parâmetros espirométricos e, conseqüentemente, numa melhor oxigenação dos tecidos.

Em relação ao aparelho locomotor, o exercício físico promove a fixação do cálcio ao osso, retardando, assim o aparecimento de osteoporose, previne a rigidez articular e mantém a massa e força musculares, fatores de grande importância para a prevenção das quedas e conseqüentes fraturas ósseas, causas de grande morbidade e até de grande mortalidade no idoso.

A nível neurológico previne a perda de coordenação neuromuscular, sendo também importante em termos de postura e aprendizagem motora.

As funções intelectuais beneficiam com o exercício físico, pois as funções cognitivas, como o tempo de reação e estímulos, a memória, a inteligência e a atenção, melhoram com o aumento da capacidade física.

Segundo Mota (2002), a prática regular da atividade física provoca, ainda, uma melhoria do estado emocional, do auto conceito, da auto estima, uma diminuição do *stress*, dos níveis de ansiedade e depressão, possibilita a vivência de momentos de prazer, aumenta a alegria e a qualidade de vida.

É um facto que com a aproximação da idade da reforma, o interesse para a prática de atividades físicas diminui e o interesse por atividades mais sedentárias, como ler, ouvir rádio ou ver televisão, aumenta, talvez pelo facto de estas estarem mais ao alcance do indivíduo mais velho do que outro tipo de atividades (Burgues, 1990, *cit in* Alves, 1999). Esta atitude compromete a sua funcionalidade e contribuiu para o isolamento.

Armbruster (2001, *cit in* Amorim & Dantas, 2003), refere que um estilo de vida sedentário tem um efeito dramático sobre a independência ou autonomia dos idosos, sobretudo quando esses idosos exercem as suas habilidades físicas próximas do nível máximo, onde qualquer esforço adicional poderá facilmente comprometer a sua autonomia.

Cerca de 40% da população idosa apresenta limitações de atividade e de mobilidade e 15% necessita de ajuda nas atividades da vida diária (Ermida, 2000). Estes números elevam-se bastante nos indivíduos com mais de 85 anos, cuja maioria tem limitações já muito significativas.

Puggaard (1999, *cit in* Carvalho, 1999), refere que quando se fala em benefícios do exercício a referência é para uma prática sistemática, controlada e adaptada ao estado de saúde e condição física de cada um, de modo a não sobrecarregar excessivamente o sistema locomotor passivo e o sistema cardiovascular.

O objetivo destas atividades é incrementar estratégias que permitam ao idoso ser independente dos outros na realização das suas tarefas diárias. Deste modo, o que se pretende, não é atingir o perfeccionismo e tecnicismo mas sim, desenvolver e aperfeiçoar o gesto utilitário imprescindível para a realização eficaz das tarefas do dia-a-dia.

Estas atividades estão organizadas segundo (Carvalho, 1999), em duas grandes áreas: as atividades instrumentais (e. x. uso do telefone, cozinhar, tarefas domésticas gerais, cuidar da higiene pessoal); e as atividades comuns da vida quotidiana (e.g. vestir-se, alimentar-se, andar sozinho, deslocar-se).

A pessoa idosa necessita então de um nível mínimo de aptidão que permita realizar as suas tarefas quotidianas com o mínimo de fadiga; ter reservas energéticas que permitam usufruir de outras atividades de lazer; um mais rápido e completo restabelecimento após um período de doença; minimizar os riscos de futuras doenças; e adquirir um sentido de bem-estar e de sentido de existência pessoal.

A prática regular de exercício é de uma importância relevante para o funcionamento normal do corpo e para a saúde, acreditando-se que níveis apropriados de aptidão motora mantida toda a vida, desempenham efeitos benéficos

nos sistemas locomotor, digestivo, respiratório e cardiovascular, assim como no metabolismo celular e nas funções dos órgãos em geral (Barbanti, 1991, *cit in* Alves, 1999).

Sardinha e Baptista (1999), referem que a manutenção ou o aumento dos níveis de força muscular possibilitam que a pessoa idosa não sinta a necessidade de modificar o padrão da marcha e, conseqüentemente, não prejudique o equilíbrio, factos que poderão ter um resultado relevante na prevenção de quedas. De facto, com o aumento de força, do equilíbrio e da coordenação, constata-se uma menor ocorrência e gravidade de quedas, uma menor propensão para o surgimento de fraturas ósseas e uma maior segurança na realização das tarefas diárias do idoso. O treino de força ajuda a compensar as perdas de massa muscular e de força, geralmente associadas a um envelhecimento normal. A atividade regular acarreta também benefícios ao nível da saúde dos ossos, reduzindo o risco de ocorrência de osteoporose, melhorando a estabilidade postural, reduzindo o risco de quedas e, uma melhor flexibilidade (Mazzeo *et al.* 1998, *cit in* Marinho, 2002).

Baumann (1994, *cit in* Alves, 1999), refere vários estudos onde mostra que a mobilidade pode ser mantida e, mesmo melhorada, em idades avançadas, através de um programa de exercitação adequado.

Appell e Mota (1991), aconselham a prática de exercícios de flexibilidade nas principais articulações corporais, particularmente aquelas que estão ligadas a atividades associadas à prática de atividade física regular contribuindo para um estilo de vida mais saudável e independente, melhorando a capacidade funcional e a qualidade de vida nesta faixa etária.

Deste modo, a atividade física surge como um elemento que pode potenciar a qualidade de vida da pessoa idosa, na medida em que o seu nível de independência funcional ou de qualidade de vida está dependente da sua capacidade de realizar as suas tarefas quotidianas (Cunningham *et al.* 1993, *cit in* Carvalho, 1999).

Cada vez mais, os estudos vêm evidenciando a atividade física como recurso importante para atenuar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando ao idoso manter uma qualidade de vida mais ativa (Hilgert & Aquini, 2003).

Marques (1998, *cit in* Alves, 2001), refere que, se os programas de atividade física não aumentam a duração de vida, acredita-se que deles possam resultar melhorias sobre a capacidade física e a qualidade de vida dos idosos, podendo estes beneficiar de um melhor aproveitamento dos seus dias, após a retirada de uma atividade profissional.

É incontestável que o exercício físico retarda o envelhecimento físico e mental, melhorando acentuadamente a qualidade de vida e permitindo que o idoso mantenha por mais tempo a sua autonomia e independência (Shephard, 1993, *cit in* Ermida,

2000).

Dantas (1997, *cit in* Amorim & Dantas, 2003; Carvalho, 2002) evidenciam que uma prática regular de atividade física poderá ser um indicador de melhoria da qualidade de vida, desde que outros fatores importantes e básicos, como subsistência, segurança e outros, sejam preservados.

A afirmação acima vem corroborar (Mazo *et al.*, 2001, *cit in* Amorim & Dantas, 2003), no que concerne à influência positiva da atividade física para o idoso, onde os autores registam que a prática de atividade física está associada a inúmeros benefícios de saúde e melhoria em vários indicadores de qualidade de vida.

Um programa de exercício físico deve estar dirigido para a melhoria da capacidade física do indivíduo, diminuindo os efeitos nocivos que resultam do processo de envelhecimento, deve conseguir ampliar e maximizar o contacto social dos sujeitos procurando reduzir os problemas psicológicos, como ansiedade e depressão, características deste grupo populacional (Berger, 1989, *cit in* Mota, 2002). Pretende-se que a atividade física se constitua como um meio soberano para a ocupação do tempo livre de uma forma alegre e saudável.

As alterações ocorridas em termos motores e físicos são vastas (Marinho, 2002), tendo reflexo na funcionalidade do idoso, na sua mobilidade e na forma de encarar o dia-a-dia, conduzindo-o, muitas vezes, a uma dependência de terceiros para a realização das suas tarefas diárias (Alves, 1999).

Para além do envelhecimento ser um facto inevitável, grande parte do declínio fisiológico que lhe está associado, deve-se ao desuso. Sardinha e Baptista (1999), afirmam que a participação do idoso em programas de atividade física regular pode alterar este panorama de sedentarismo, de diminuição das capacidades funcionais e de precipitação da morbilidade.

Ferreira (1999), corrobora assumindo que o exercício físico é um meio importante de promoção de saúde, uma forma de contrariar uma predisposição para comportamentos inativos, considerados prejudiciais para a qualidade de vida.

A atividade física surge então como um fator indutor da qualidade de vida na terceira idade, uma vez que a sua prática acarreta benefícios a nível físico e fisiológico, na redução e prevenção de inúmeros declínios funcionais e na melhoria das capacidades motoras, tornando os indivíduos mais aptos para a realização das suas atividades diárias, ou seja, mais independentes (Marinho, 2002).

Para além dos benefícios físicos e fisiológicos, a atividade física proporciona, também, benefícios a nível social ao promover o alargamento das relações sociais, a integração social e a aquisição de uma atitude mais ativa na sociedade (Marinho, 2002).

Deste modo, com a constatação de benefícios a vários níveis, torna-se relevante a implementação de programas de atividade física que abranjam a população em geral, e particularmente os idosos.

De acordo com algumas pesquisas efetuadas, a atividade física pode exercer um papel importante na manutenção da autoestima e de um estado de espírito otimista, contribuindo desta forma para a manutenção de um estado de independência e diminuição da necessidade de assistência nas atividades do dia-a-dia.

### **Barreiras associadas à prática de atividade física**

O desafio que se coloca no campo da geriatria é determinar como é que a população adulta que reconhece os benefícios da atividade física mas que continua sedentária, se poderá transformar numa população que incorpora no seu estilo de vida um adequado nível de atividade física (Spirduo, 1994). Assim, é necessário perceber uma série de fatores como psicológicos, sociais, de saúde e ambientais que facilitam ou inibem os idosos de participar em atividades físicas.

Várias variáveis têm sido constantemente citadas e associadas à atividade física continuada entre os idosos. Um estilo de vida fisicamente ativo pode ser determinado por variáveis demográficas, percepção comportamental de auto eficácia, percepção do suporte social dos benefícios e da prática de atividade física.

A transformação da intenção de praticar atividade física em participação efetiva é condicionada por barreiras físicas e psicológicas, reais ou percebidas, que podem representar a obstrução à adoção, manutenção ou recomeço da atividade física. Relativamente aos idosos deve ser prestada particular atenção à identificação das barreiras culturais e do meio envolvente, bem como do papel que as pessoas passam a exercer nessas atividades (McAuley, 1992).

Brownson, Baker, Houseman, Brennan e Bacak (2001), realizaram um estudo com mulheres de idade igual ou superior a 18 anos onde encontraram como barreiras à prática de atividade física, a falta de tempo, o sentimento de cansaço, o facto de trabalharem muito no emprego e a falta de motivação para o exercício.

A WHO (1996), menciona como barreiras associadas à prática de atividade física nos idosos, a falta de informação sobre a atividade física e o envelhecimento, no seio da população idosa, dos seus familiares, dos que prestam cuidados primários e de outros serviços de saúde e, da própria sociedade. Outras razões apontadas foram os estereótipos relacionados com os idosos, o reduzido suporte social, o inadequado

suporte ambiental para a prática de atividade física (transportes, acessibilidades, planeamento urbano), a história de vida e aspetos incluindo más experiências com o desporto, as atitudes negativas para com o desporto e o exercício físico, o desequilíbrio na perceção entre o esforço e os ganhos, os obstáculos sociais para um estilo de vida saudável, o cenário social e cultural inapropriado e a necessidade de programas adaptados a determinadas condições médicas.

É necessário clarificar as barreiras e as motivações para o exercício físico, para que se possam desenvolver estratégias de promoção para a prática de atividade física, sendo que, a classe médica assume um papel importante podendo e devendo encorajar os idosos para os benefícios resultantes da prática.

O processo social de envelhecimento, o grau e o tipo de envolvimento em atividades de lazer são influenciados por fatores como o género, a etnia, as crenças religiosas, o local de residência, a educação, o estado matrimonial, a linguagem e as tradições culturais (McPherson, 1999).

Por vezes, os idosos compreendem os benefícios da prática da atividade física mas as acessibilidades e os locais ao ar livre para a prática não são os desejados sendo assim necessário que, quem tem responsabilidade por políticas relacionadas com um envelhecimento ativo reconheça a necessidade de um planeamento integral da comunidade, e da arquitetura dos espaços.

Ambientes com recursos para a prática de atividade física como, passeios, ciclovias, parques, piscinas públicas, ginásios poderão tornar os indivíduos fisicamente mais ativos. A proximidade de locais para a prática de atividades físicas, dentro da área residencial faz com que os indivíduos aumentem a prática de atividade física.

O combate à inatividade e ao sedentarismo requer que, em primeiro lugar, se reconheça que os padrões individuais de comportamento são causados por capacidades e experiências individuais e pelo ambiente social e físico em que vivemos. Assim, é necessário que o ambiente social e físico possa ser alterado, para a prática de atividade física, sendo que estes não são determinados pelas circunstâncias, mas derivam em grande parte das políticas sociais.

Brownson *et al.* (2001), num estudo realizado sobre as determinantes ambientais e políticas da atividade física, concluíram que, algumas características da área residencial estão positivamente associadas à atividade física, tais como, a presença de passeios, um ambiente esteticamente agradável, o tráfego e a presença de bosques.

Para Bento (1999), os resultados de estudos, dedicados à avaliação de efeitos psicossociais da atividade desportiva nos idosos, apontam no sentido da melhoria do bem-estar geral, do reforço da necessidade de atividade, da diminuição de medos e

receios, da reposição da disponibilidade para a comunicação, para a recreação, da estabilidade emocional e da redução dos estados de depressão e agressividade.

De acordo com Spirduso (1995), a atividade física pode assim tornar-se um novo trabalho no cariz da regularidade, esforço, disciplina, rigor, criatividade e organização tornando-se num novo leque de interesses.

Como podemos constatar e, segundo Dias e Afonso (1999), a atividade física regular depois dos 60 anos é um importante meio para manter um estado de espírito otimista, boa autoestima, contribuindo para a prevenção de depressões e solidão. No entanto para o autor é necessário adaptar o exercício físico às necessidades e possibilidades de movimento de cada indivíduo e de cada grupo de idade.

O envelhecimento foi descrito como um processo biológico cujas alterações determinam mudanças estruturais no corpo e, em decorrência, modificam as suas funções, o que poderá implicar repercussões na funcionalidade, mobilidade, autonomia e saúde da população idosa e, deste modo, na qualidade de vida.

De entre as alterações aferidas no processo de envelhecimento, constatou-se que a diminuição da força muscular, associada à degradação do equilíbrio e dificuldade na marcha, para além de comprometer a execução das tarefas diárias, pode ser sinal de uma deterioração progressiva da funcionalidade, que se encerra na incapacidade e dependência do idoso.

O processo de envelhecimento relaciona-se com numerosas transformações com implicações na funcionalidade, na mobilidade, na autonomia, na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população idosa (Carvalho, 1999).

O envelhecimento é inexorável e, como tal, não há como o evitar, porém há possibilidades de se atrasar os seus efeitos. O envelhecimento não é sinónimo de incapacidades funcionais, psíquicas e emocionais. Por isso deve, e pode, ser encarado como um *continuun* na vida e, como tal, suscetível de aprendizagens, adaptações, ganhos espirituais e sobretudo de uma busca constante de qualidade de vida. Percebe-se que o envelhecimento faz parte do ciclo vital do ser humano e, deste modo, deve ser encarado como algo a ser vivido e com todas as possibilidades de bem viver (Amorim & Dantas, 2003).

A alegria de viver e o desejo de não se constituir um fardo para os outros, devem acompanhar os idosos nos últimos anos da sua vida (Dias & Afonso, 1999).

A promoção de saúde e de qualidade de vida são os objetivos mais importantes numa atividade física com idosos. É fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo tirando proveito dessa nova condição, mantendo-se em bom nível e em plena autonomia. Para isso é necessário que procure estilos de vidas ativos integrando atividades físicas na sua vida quotidiana.

As atividades moderadas de forma sistemática, dão melhor resultado do que as atividades intensas durante um curto espaço de tempo. O aumento da carga de exercícios deve ocorrer de forma gradual evitando o cansaço intenso e a dor. Deve-se ter um acompanhamento de forma a saber quais as atividades mais aconselháveis e estabelecer eventuais restrições sobre o que se faz. Assim, é possível alcançar níveis bastantes satisfatórios de desempenho físico, gerando autoconfiança, satisfação, bem-estar psicológico e interação social. Deve-se ter em conta que o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa idosa ajudam a lidar com as inevitáveis perdas decorrentes do envelhecimento (Faria, 1997).

A prática de atividades físicas, não pode ser pensada, sem que sejam avaliadas também as condições alimentares das pessoas idosas. É importante a diversidade de alimentos e a proporção de alimentos que devem ser ingeridos por dia.

A prática regular de atividade física, a alimentação adequada, a construção de um espaço para o desenvolvimento pessoal e interpessoal são condições fundamentais para uma boa qualidade de vida.

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## **Origem e Justificação do Problema de Investigação**

Nos dias de hoje, o envelhecimento das populações, constitui, a nível mundial, nomeadamente nos países industrializados, uma realidade indelével, sendo que este fenómeno reflete-se, na esperança média de vida e na proporção do número de sujeitos idosos.

Quando ocorrem transformações a nível mundial, as sociedades normalmente estão pouco preparadas levando algum tempo a efetivar medidas que respondam, no caso do envelhecimento, a uma velhice com qualidade de vida.

Algumas das situações que se colocam à população envelhecida são a falta de recursos económicos para fazer face às suas despesas, os sistemas de saúde que nem sempre dão a resposta desejada, a acumulação de patologias, o facto de ficarem cada vez mais dependentes e serem obrigados a procurar alternativas de forma a minimizar essas dependências e a não sobrecarregar os familiares.

Atualmente, com uma certa frequência, os idosos dependentes vêm-se obrigados a recorrer a instituições como lares, para viverem. Este fenómeno suscitou, de modo especial nas últimas décadas, um crescente interesse, por parte da comunidade científica de diversos ramos do conhecimento, pela etiologia do envelhecimento, pelo bem-estar, saúde, atividade física e qualidade de vida dos idosos, contribuindo para que a imagem dos lares de idosos, antigamente chamados de asilos, se venha a modificar atribuindo-se cada vez mais um significado positivo, sendo também sinónimo de qualidade de vida.

O envelhecimento da população e a urbanização são duas tendências globais que, em conjunto, constituem forças fundamentais que estão a moldar o século XXI.

As pessoas mais velhas são um recurso para as respetivas famílias, comunidades e eventualmente para algumas economias, em meios envolventes que lhes proporcionam apoio e a possibilidade de capacitação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o envelhecimento ativo um processo contínuo, determinado por vários fatores que, isolados ou em conjunto, contribuem para a saúde, a participação e a segurança dos idosos.

Uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas deve, assim, estimular o envelhecimento ativo através da criação de condições de saúde, participação e segurança, de modo a reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades.

Decidimos, assim, realizar um estudo no concelho de Celorico de Basto que é o concelho de onde sou natural, com o intuito, de, de alguma forma, contribuir para o efetivo conhecimento das estruturas e serviços que os idosos residentes neste concelho têm ao seu dispor, nomeadamente acima dos 55 anos, que é a idade a partir da qual se pode verificar uma diminuição da qualidade de vida, devido à diminuição dos níveis de saúde, às perdas afetivas e sociais. Pretendemos também propor estratégias de intervenção tendo como finalidade levar o concelho a tornar-se mais amigo dos idosos, de modo a beneficiar do seu potencial e dar um contributo académico local, possibilitando assim, a continuação de estudos na área do conhecimento, comunidade, serviços e qualidade de vida.

### **Levantamos, então, as nossas questões de investigação:**

- Será que a comunidade está adaptada à nova realidade demográfica (idosos cada vez mais velhos, em maior número e com maior grau de incapacidade)?
- Será que a comunidade pode ajudar na educação/informação ao longo da vida?
- Qual o papel da autarquia na educação/ informação?

### **Hipóteses**

- H1:** Há segurança nos espaços exteriores e edifícios.
- H2:** Os serviços públicos têm fácil acessibilidade.
- H3:** Há sessões de informação/educação que instruem a comunidade.
- H4:** Os transportes existentes são seguros.
- H5:** A rede viária é suficiente.
- H6:** Existe suficiente informação sobre a rede viária.
- H7:** As habitações são seguras.
- H8:** As habitações são de fácil acesso.
- H9:** As pessoas que residem em meios isolados têm acesso fácil à informação/educação.
- H10:** Há segurança nos eventos/atividades organizados.
- H11:** Os eventos/atividades são de fácil acesso.
- H12:** Existe divulgação suficiente sobre os eventos/atividades realizados.

**H13:** As pessoas idosas e para idosas sentem-se seguras quando participam em atividades comunitárias.

**H14:** Os espaços onde as atividades comunitárias se realizam são de fácil acesso.

**H15:** A informação que chega aos idosos e para idosos é perceptível.

**H16:** informação que chega aos idosos e para idosos é segura

**H17:** Os idosos e para idosos são envolvidos nas atividades comunitárias.

**H18:** As pessoas mais velhas que pretendem fazer voluntariado têm acesso a formação.

**H19:** Os serviços comunitários e de saúde prestados respeitam as regras de segurança.

**H20:** Os serviços comunitários e de saúde prestados são de fácil acessibilidade.

**H21:** Os idosos e para idosos que usufruem dos serviços comunitários e de saúde estão bem informados.

**H22:** Há informação relativa a apoio social na comunidade.

**H23:** Há informação a nível dos serviços de saúde.

**H24:** Realizam-se festas que contribuem para o bem-estar das pessoas idosas e para idosas.

**H25:** Os idosos e para idosos sentem necessidade de informação/educação.

**H26:** Existe um local privilegiado para a realização das ações de informação/educação.

**H27:** Existem ações de informação/educação que contribuem para o bem-estar dos idosos e para idosos.

**H28:** Existem atividades preferidas pelos idosos e para idosos.

**O objetivo geral desta investigação é conhecer a situação atual dos idosos no concelho de Celorico de Basto, bem como recursos disponíveis.**

**Orientamos esta investigação para os seguintes objetivos específicos:**

- Conhecer o habitat (habitação e envolvente) do idoso;
- Conhecer a disponibilidade e a acessibilidade dos transportes públicos;
- Conhecer situações de segurança rodoviária para idosos;
- Estudar a disponibilidade de serviços sociais e de saúde e a sua adaptabilidade a idosos;
- Saber qual a participação do idoso na comunidade;

- Conhecer os veículos de informação/educação utilizados pelos idosos;

#### **As finalidades do nosso estudo são:**

- Contribuir para um melhor conhecimento do idoso na comunidade;
- Contribuir para melhorar a situação do idoso na comunidade;
- Idear planos de ação educativa/formativa que contribuam para o bem-estar do idoso.
- Propor estratégias de intervenção.

Só a partir de estudos que identifiquem as variáveis presentes no processo de envelhecimento e na velhice é que é possível percebê-las e é possível conceber programas de intervenção coerentes e fundamentados numa análise científica.

Almeida e Freire (1997, p. 38), referem que “qualquer investigação é conduzida tendo em vista esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou buscar soluções para um dado problema”.

#### **População**

A população alvo do nosso estudo é constituída por todos os indivíduos com mais de 55 anos, porque estão em fase de pré idoso/idoso, capazes de colaborar e residentes no concelho de Celorico de Basto, e sejam utentes do Departamento de Ação Social da Câmara Municipal.

Uma das valências existentes no departamento é a Unidade Móvel de Saúde que é constituída por uma carrinha apetrechada com os materiais inerentes à prestação de cuidados básicos de saúde, um condutor e dois enfermeiros; outra valência é o "Celorico a Mexer", realizado em todas as freguesias, materializa-se na realização de atividade física, numa manhã por semana, ministrada por um Professor de Educação Física especializado e, na realização de atividades de lazer/lúdicas, uma tarde por semana, supervisionada por Animadores Socioculturais.

De referir que, o primeiro programa visa prestar cuidados de saúde às populações mais isoladas e com menos mobilidade enquanto o segundo visa promover a atividade física e o lazer, melhorando a realização das atividades de vida diária e combater o isolamento através do convívio entre a população.

## **Instrumento**

Para compreender as características de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas, e motivar a sua participação em atividades, é essencial saber quais as suas perceções acerca deste conceito e auscultar quais as necessidades sentidas que merecem uma intervenção a curto prazo.

Partindo de um trabalho realizado em 33 cidades de todas as regiões da OMS com grupos de idosos, foi a estes solicitado que, procedessem à enumeração de vantagens e constrangimentos, em oito áreas da vida, a designar: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; serviços de apoio comunitário e de saúde, que permitem caracterizar uma cidade amiga do idoso.

Na maioria das cidades, os relatos de pessoas mais velhas foram complementados através de contributos de grupos de discussão compostos por prestadores de cuidados e prestadores de serviços dos setores público, e privado.

Os resultados das discussões em grupo conduziram à elaboração de um conjunto de listas de verificação de Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

Este projeto da OMS que deu origem ao guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas contou com a participação de 35 cidades de todos os continentes, tendo 33 destas cidades previamente participado na investigação baseada em grupos de discussão, graças à cooperação de elementos governamentais e de grupos não-governamentais e académicos. Estas cidades representam um leque alargado de países desenvolvidos e em desenvolvimento e refletem a diversidade de cenários urbanos contemporâneos, incluindo seis das atuais mega cidades com mais de 10 milhões de habitantes (Cidade do México, Moscovo, Nova Deli, Rio de Janeiro, Xangai e Tóquio), cidades que podem ser consideradas “quase mega cidades”, como Istambul, Londres e Nova Iorque, e também capitais nacionais, centros regionais e pequenas cidades.

A abordagem participativa do nível local para o nacional envolve pessoas idosas na análise e comunicação da sua situação para que esta seja incluída nas políticas governamentais.

Esta abordagem é recomendada pelas Nações Unidas, tendo por finalidade dar às pessoas mais velhas a capacidade de contribuírem para a sociedade e participarem em processos de tomada de decisão. Considerando que os idosos são os melhores especialistas nas suas próprias vidas, a OMS e os seus parceiros em cada uma das cidades envolveram as pessoas idosas como participantes no projeto.

Os responsáveis pelo projeto procuraram ouvir em primeiro lugar as pessoas idosas colocando perguntas como: Quais são as características cidadinas amigas dos idosos nos lugares onde vivem? Com que problemas se deparam? O que falta à cidade para que as pessoas idosas possam melhorar a sua saúde, participação e segurança? Foram organizados grupos de discussão formados por pessoas com mais de 60 anos, com rendimentos baixos e médios. Foram criados 158 grupos com estas características, num total de 1485 participantes, entre Setembro de 2006 e Abril de 2007. Os idosos foram a principal fonte de informação em todas as 33 cidades em que foram organizados grupos de discussão. De modo a possibilitar o conhecimento das opiniões de pessoas que seriam incapazes de participar nos grupos de discussão devido a incapacidades físicas ou mentais, a maioria das cidades organizou também grupos de discussão com prestadores de cuidados que falavam acerca das experiências das pessoas idosas de quem cuidavam.

No sentido de complementar a informação fornecida pelos idosos e pelos prestadores de cuidados, a maioria das cidades organizou também grupos de discussão compostos por prestadores de serviços do setor público, voluntário e comercial. Em termos globais, foram incluídos nas consultas 250 prestadores de cuidados e 515 prestadores de serviços.

Estas pessoas deram as suas opiniões com base na sua interação com pessoas idosas. Os prestadores de cuidados e os prestadores de serviços forneceram algumas vezes informações não mencionadas pelos idosos, mas a informação de ambos os grupos foi sempre coerente com as opiniões expressas pelos idosos.

Os grupos de discussão exploraram um total de oito tópicos, tendo por finalidade verificar até que ponto uma cidade é amiga das pessoas idosas, em termos globais. Os tópicos abrangiam as características das estruturas, ambiente, serviços e políticas da cidade que refletem os determinantes do envelhecimento ativo. Os tópicos tinham sido identificados em investigação anteriormente realizada junto de pessoas idosas, acerca das características de comunidades amigas da terceira idade.

As mesmas questões básicas acerca de cada área foram colocadas aos grupos de discussão em todas as cidades. Os três primeiros tópicos relacionavam-se com os espaços exteriores e os edifícios, os transportes e a habitação. Estes, como características fundamentais do ambiente físico de uma cidade, exercem uma forte influência sobre a mobilidade individual, a proteção contra danos físicos e a segurança contra o crime, o comportamento relativo à saúde e a participação social. Outros três tópicos refletem diferentes aspetos do ambiente social e de cultura que afetam a participação e o bem-estar mental.

O respeito e a inclusão social estão relacionados com as atitudes, os comportamentos e as mensagens de outras pessoas e da comunidade como um todo, em relação às pessoas mais velhas. A participação social refere-se ao envolvimento das pessoas idosas em atividades recreativas, de socialização, culturais, educativas e espirituais. A participação cívica e o emprego dizem respeito às condições de cidadania e ao trabalho remunerado e não remunerado, estando relacionados com o ambiente social e com os determinantes económicos do envelhecimento ativo. As duas últimas áreas, comunicação e informação e apoio comunitário e serviços de saúde, abrangem os ambientes sociais e os determinantes da saúde e do serviço social. Os determinantes transversais do envelhecimento ativo constituídos pela cultura e pelo género foram incluídos neste projeto somente de forma indireta, porque a sua influência sobre o envelhecimento ativo vai muito para além da vida nas cidades. Em virtude da sua influência dominante, estes determinantes merecem iniciativas que lhes sejam especificamente dirigidas.

Tal como sucede com os determinantes do envelhecimento ativo, estes oito aspetos da vida na cidade sobrepõem-se e interagem. O respeito e a inclusão social refletem-se na acessibilidade aos espaços ao ar livre e aos edifícios e no leque de oportunidades que a cidade oferece às pessoas idosas, em termos de participação social, entretenimento e emprego. A participação social, por sua vez, influencia a inclusão social, bem como o acesso à informação.

A habitação afeta a necessidade de serviços comunitários de apoio, enquanto que, a participação social, cívica e económica depende em parte da acessibilidade e segurança dos espaços ao ar livre e dos edifícios públicos. Os transportes, a comunicação e a informação, em especial, interagem com as restantes áreas: sem transportes ou sem os meios adequados para a obtenção de informação que permita que as pessoas se encontrem e estabeleçam ligações, as outras infraestruturas e serviços urbanos que poderiam apoiar o envelhecimento ativo são pura e simplesmente inacessíveis.

Para cada um dos tópicos, as informações relativas aos aspetos amigos das pessoas idosas existentes na cidade, os obstáculos e as lacunas, bem como as sugestões de melhoramentos dadas pelos participantes nos grupos de discussão em todas as cidades foram transcritos e agrupados segundo temas. Os temas mencionados em cada uma das cidades foram registados, no sentido de permitirem uma visão do que era mais importante em termos gerais e em diferentes regiões e cidades. Com base nos temas, foi elaborada uma lista de verificação das características fundamentais de uma cidade amiga das pessoas idosas, para cada um dos aspetos da vida na cidade.

Foi, assim, elaborado o instrumento que é constituído por quinze tópicos: o primeiro tópico refere-se aos espaços exteriores e edifícios, com trinta e nove questões que versam diversos aspetos como sejam a limpeza/higiene, segurança, acessibilidade e informação; os transportes, composto por quarenta questões que versam a acessibilidade, os horários, as informações a existência de uma rede viária concelhia; o terceiro tópico, a habitação composto por dezassete questões, incidem sobre a segurança, o isolamento e o conforto; a participação social formado por catorze questões onde se aborda a participação dos idosos e para idosos em eventos e atividades; o quinto tópico versa o respeito e a inclusão social e é composto por dezoito questões que incidem sobre os serviços disponíveis na comunidade; o sexto tópico é a participação cívica e emprego que inclui catorze questões relacionadas com o voluntariado e o trabalho; a comunicação e informação composta por vinte e quatro questões relacionadas com os meios de comunicação e informação prestada pelos mesmos; o oitavo tópico compreende questões sobre os serviços comunitários e de saúde com vinte e duas questões referem-se aos serviços comunitários e de saúde ao dispor dos idosos e para idosos; o nono tópico tem oito opções de resposta sobre o local onde se pode recolher mais informação de apoio social; o décimo tópico tem oito opções de resposta sobre o local onde se pode recolher mais informação a nível de serviços de saúde; o décimo primeiro tópico é composto por sete opções de resposta sobre o que se considera mais importante para o bem-estar; o décimo segundo com oito opções de resposta sobre a área e informação/educação onde se pensa ter mais necessidade; o décimo terceiro com sete opções de resposta sobre qual local privilegiado para ações educativas; o décimo quarto com quatro opções de resposta na área da informação/educação que mais contribui para o bem-estar e, por ultimo, o décimo quinto tópico composto por nove opções de resposta onde se pretende saber o que o idoso e para idoso mais gosta de fazer.

No tratamento dos dados provenientes do questionário da OMS utilizou-se estatística descritiva para cada uma das perguntas de forma a obter os valores e percentagens das respostas: "SIM", "NÃO", "NÃO SABE".

Ao questionário da OMS foram acrescentadas sete questões onde se escolhia uma das opções de resposta em cada uma questão.

A lista de verificação consiste num resumo fiel das opiniões expressas pelos participantes nos grupos de discussão em todos os continentes.

A maior parte das perguntas eram de respostas fechadas.

## **Aplicação do instrumento**

A aplicação do instrumento realizou-se presencialmente, junto dos participantes na investigação de forma a contactar com o seu meio ambiente com o intuito de recolher dados no seu contexto natural.

O estudo foi realizado no concelho de Celorico de Basto, constituído por 22 freguesias. Foi aplicado em todas as freguesias, aos utentes do Departamento de Ação Social da Câmara Municipal de Celorico de Basto, a saber, a Unidade Móvel de Saúde, o "Celorico a Mexer" e, aos utentes, em geral. De referir que, a aplicação do instrumento demorou em média 45 minutos por pessoa.

## **Constrangimentos inerentes ao instrumento**

O questionário é muito extenso; tem algumas questões que poderiam estar colocadas não na ordem em que estão (e.g. a questão 15 do ponto 8). Os idosos manifestaram dificuldades na compreensão das questões sendo portanto necessário explicar-lhas sem contudo interferir, influenciando as respostas; inúmeros idosos falavam sobre a sua vida, as suas memórias sem que lhes fosse solicitado, conduzindo, assim, a um prolongamento do tempo para responder a cada questionário.

## **Questões éticas**

Foi solicitado o consentimento informado a cada um dos inquiridos do nosso questionário sendo-lhes garantido que as respostas seriam anónimas e confidenciais.

## **Tratamento dos dados**

Para o tratamento dos resultados foi utilizado o programa informático Statistic Packed Social Sciences (SPSS Versão 15). Foi feita uma abordagem quantitativa onde foram analisadas as frequências que nos possibilitassem fazer um reflexão sobre a realidade atual e as reais necessidades da população idosa culminando com propostas de intervenção nesta área.

## Procedimentos

Este estudo pretendeu conhecer a situação atual dos idosos e pré- idosos no concelho de Celorico de Basto.

Adotamos o conceito das Cidades Amigas daí sempre que falamos em idosos referimo-nos a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e, pré- idosas, ou seja, pessoas que dentro de algum tempo terão essa idade as com 55 ou mais anos mas menos de 65 anos.

A Lista de Verificação da OMS compreende oito grandes áreas de análise e discussão sobre as características das cidades: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; serviços de apoio comunitário e de saúde.

Além das referidas oito áreas incluímos sete questões, a saber: onde é que as pessoas residentes em Celorico de Basto poderiam recolher mais informação a nível de apoios sociais e a nível de serviços de saúde; o que consideram mais importante para o seu bem-estar; qual é a área de informação/educação em que têm mais necessidades; qual o local privilegiado para as referidas ações educativas; o que mais contribui para o bem-estar e, o que mais gostam de fazer nos tempos livres.

No nosso estudo quisemos dar voz aos sujeitos que vivem no espaço físico e perceber as suas experiências nesse mesmo espaço, a partir dos domínios e indicadores concretos que a Lista de Verificação oferece.

O processo de recolha de dados que foi desenvolvido envolveu a utilização de um inquérito por questionário, elaborado a partir da Lista de Verificação da OMS para as Cidades Amigas da Pessoa Idosa e estruturado a partir de uma metodologia de identificação de presença/ausência de atributos.

A cada inquirido era pedido que se manifestasse em relação a um conjunto de afirmações, cada uma correspondendo a um elemento da Lista de Verificação, a partir da tricotomia sim/não/não sabe. A maioria das afirmações implicava um significado positivo associado à resposta «sim», ou seja, respondendo «sim» o inquirido declarava a presença de um elemento favorável à vivência do espaço pelo idoso.

Em alguns casos e como mecanismo de controlo ao enviesamento de resposta automática, foram introduzidas afirmações com sentido inverso, ou seja, em que o «sim» representa a afirmação de condições desfavoráveis ao idoso.

Nos momentos em que foi necessário combinar indicadores fez-se a recodificação das afirmações com sentido inverso.

A opção pela utilização de um modelo baseado na identificação de presença/ausência foi, até certo ponto, influenciada pelas metodologias de trabalho utilizadas na investigação sobre ambientes no campo da ecologia.

Neste tipo de metodologia, o que está em causa não é a avaliação dos atributos mas tão-somente a identificação da sua presença (ou ausência).

Os dados, assim recolhidos permitem estimar com alguma fiabilidade taxas de incidência, assim como, tendem a revelar, amiúde de forma surpreendente, falhas que, uma vez conhecidas, podem ser importantes para o desenho de orientações para a intervenção.

Na amostragem não houve nenhuma recusa a responder ao questionário. O questionário foi diretamente aplicado por um grupo de investigadores que para o efeito foi preparado. O motivo, foi o baixo nível de instrução da população em estudo, havendo mesmo pessoas analfabetas que responderam ao questionário e/ou a extensão do questionário (bastante longo e de difícil preenchimento).

A abordagem metodológica, porém, não representa uma medição efetiva da presença/ausência de atributos, mas apenas uma medição da forma como os indivíduos da população envolvida representa e experiencia essa presença/ausência. Nesse sentido, as análises desenvolvidas só podem ser interpretadas como reflexo da forma como os indivíduos se apropriam e vivem os espaços sobre os quais se pronunciaram.

Os questionários (de perguntas de resposta mista) foram aplicados de forma aleatória numa amostragem por conveniência constituída por 427 indivíduos, pertencentes a 22 freguesias, e utentes do Departamento de Ação Social da Câmara Municipal de Celorico de Basto.

Assim, foram selecionados idosos e para idosos que frequentam o "Celorico a Mexer" e a "Unidade Móvel de Saúde".

Apesar de não representativa da população total e como tal não se poder extrapolar para ela, esta amostra permite uma auscultação da população e perceber algumas percepções dos idosos em reação ao seu habitat

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

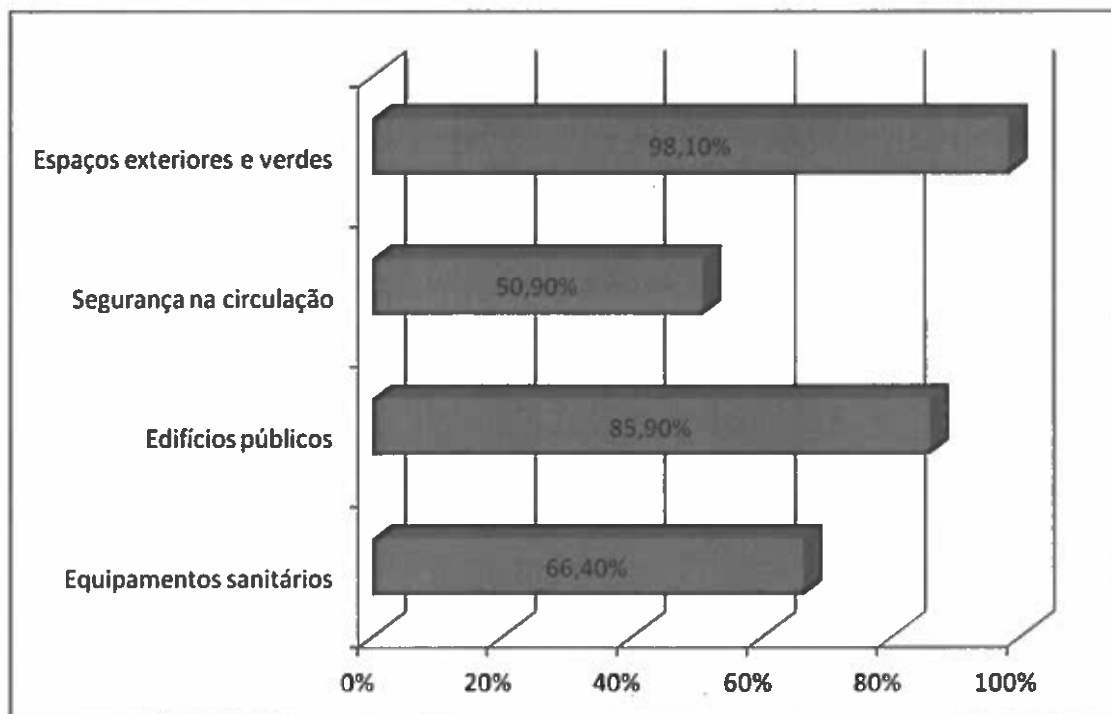
A amostra é constituída por 427 indivíduos sendo 214 do sexo feminino e 213 do sexo masculino, administrados aleatoriamente nas 22 freguesias, aos utentes do Departamento de Ação Social da Câmara Municipal de Celorico de Basto.

## **Espaços exteriores e edifícios**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- Os espaços públicos são limpos e agradáveis.
- Existem espaços verdes e bancos exteriores em número suficiente, bem cuidados e seguros.
- Os passeios estão bem cuidados, livres de obstáculos e são reservados a peões.
- Os passeios são antiderrapantes, suficientemente largos para cadeiras de rodas e têm bermas rebaixadas ao nível da estrada.
- Existem passeadeiras para peões em número suficiente e seguras para pessoas com diferentes graus de incapacidade, têm marcas antiderrapantes, estão equipadas com sinais visuais e sonoros e os tempos de travessia são adequados.
- Os condutores dão prioridade aos peões nos cruzamentos e nas passeadeiras.
- As ciclovias estão separadas dos passeios e de outras vias pedonais.
- A segurança no exterior é assegurada por uma boa iluminação pública, por patrulhamento policial e pela educação da comunidade.
- Os serviços públicos situam-se perto uns dos outros e são de fácil acesso.
- São tomadas providências especiais de atendimento ao cliente, tais como filas separadas ou balcões de atendimento para pessoas mais velhas.
- Os edifícios estão bem assinalados, tanto no exterior como no interior, têm lugares sentados e casas de banho em número suficiente, elevadores acessíveis, rampas, corrimãos e escadas, bem como chão antiderrapante.
- As casas de banho públicas, tanto no exterior como no interior, são em número suficiente, limpas, bem cuidadas e de fácil acesso.

**Gráfico 3: Percentagem de utentes que percebem os espaços exteriores e edifícios como adequados a idosos**



As respostas obtidas contribuem para uma melhor perceção sobre um conjunto de aspetos diversos que vão desde a acessibilidade, segurança, limpeza e usabilidade, quer dos espaços exteriores quer dos edifícios onde se sediam os serviços públicos oferecidos à comunidade.

O domínio "Espaços Exteriores Verdes" foi o que obteve maior número de respostas positivas, ou seja, 98,1% dos inquiridos, consideram que existe em número suficiente espaços exteriores e verdes, sendo bem cuidados, seguros e limpos (Gráfico 3).

Devemos também salientar que na questão n.º 13, relativa à Segurança na Circulação, "Existem passadeiras para peões em número suficiente?", 60% dos inquiridos referiram que não; 27,2% afirmaram que sim e 12,9% referiram que não sabem.

Na questão n.º 20 do domínio Segurança na Circulação, "Os espaços reservados para bicicleta estão separados dos passeios?", 57,1% responderam não sabe, 33,3% responderam não e 9,6% responderam sim;

Na questão seguinte, n.º 21 "Os espaços para bicicletas estão separadas de outras vias pedonais?" 41,7% responderam não sabe, 31,4% responderam sim e 26,9% responderam não.

No que concerne a edifícios públicos, 89,9% referiram na questão n.º 29, que "A sinalização do interior dos edifícios públicos é adequada", sendo que 11% responderam não e 3,7% responderam não sabe.

De referir que, 87,1% dos inquiridos responderam ainda que, na questão n.º 30 "Os edifícios públicos têm lugares sentados", 1,2% responderam que não e 11,7% responderam que não sabem.

Relativamente ao grupo espaços sanitários, na questão n.º 37, "Existem casas de banho públicas no exterior/rua", 78,6 % responderam que sim, 5,4% responderam não e 16% responderam quer não sabem.

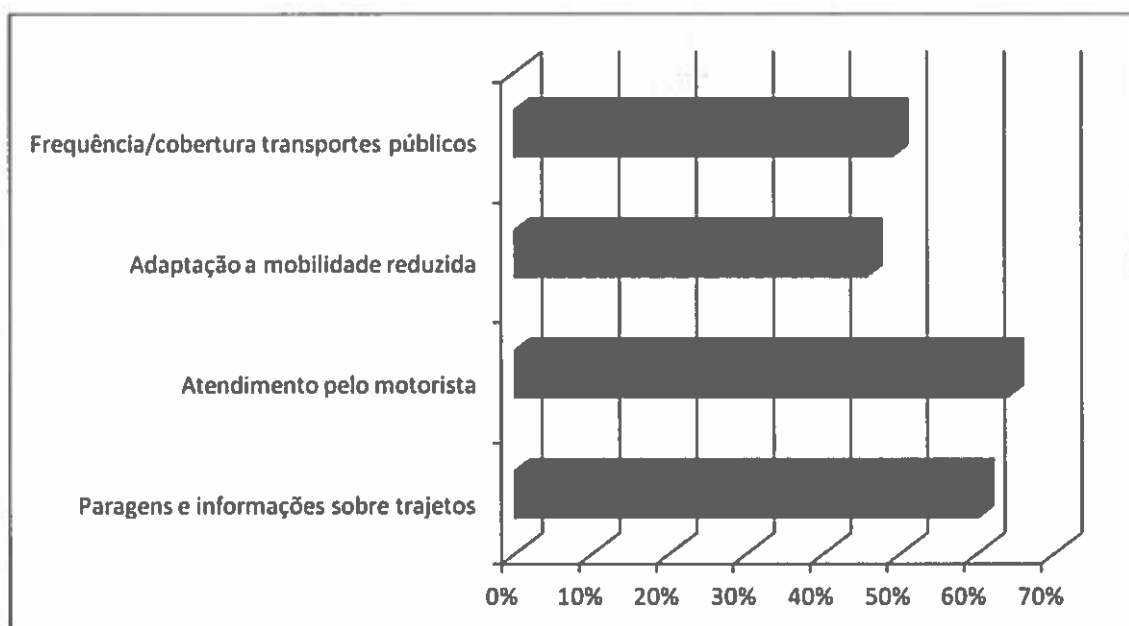
## **Transportes**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- Os custos dos transportes públicos são coerentes, estão claramente afixados e são acessíveis.
- Os transportes públicos são de confiança e frequentes, inclusive à noite, nos fins-de-semana e nos feriados.
- Todas as zonas e serviços da cidade são acessíveis através de transportes públicos, com boas ligações e percursos e veículos bem assinalados.
- Os veículos são limpos, bem cuidados, acessíveis, não circulam sobrelotados e têm lugares sentados prioritários, sendo essa prioridade respeitada.
- As pessoas com incapacidades têm à sua disposição transportes especializados.
- Os motoristas param nas paragens assinaladas e junto ao passeio, de modo a facilitar o embarque, e esperam que os passageiros se sentem antes de retomarem a marcha.
- As paragens e as estações de transportes têm uma localização conveniente e acessível, são seguras, limpas, bem iluminadas e bem assinaladas, têm lugares sentados adequados e proporcionam abrigo adequado.
- É providenciada aos utentes informação completa e acessível acerca de percursos, horários e instalações para pessoas com necessidades especiais.
- Quando os transportes públicos são demasiado limitados, encontra-se disponível um serviço de transporte voluntário.

- Os táxis são acessíveis e não muito caros e os taxistas são amáveis e prestáveis.
- As vias têm boa manutenção, têm esgotos com tampa e são bem iluminadas.
- O fluxo de tráfego é bem organizado.
- Não existem nas rodovias obstáculos que possam bloquear a visão dos condutores.
- Os sinais de trânsito e os cruzamentos são visíveis e estão bem localizados.
- São promovidos cursos de formação de condutores e reciclagem para todos os condutores.
- As zonas de estacionamento e de largada de passageiros são seguras, em número suficiente e convenientemente localizadas.
- Os lugares de estacionamento e os locais de largada para pessoas com necessidades especiais existem e são respeitados.

**Gráfico 4: Distribuição dos utentes pela percepção da adequação dos transportes**



Nas respostas obtidas a esta listagem conclui-se que o grupo "Interação com os Motoristas" foi o mais valorizado com 64,1% de respostas positivas, sendo que, na questão n.º 18 "Os motoristas param nas paragens assinaladas" foi a que obteve maior número de respostas sim, 68,9%, 1,4 % responderam não e 29,6% responderam não sabem.

No domínio "Paragens e Disponibilidade" a questão n.º 28 "As paragens e as estações de transportes estão bem localizadas", 75,2% reponderam que sim, 8,2% reponderam não e 16,6% responderam que não sabem.

Relativamente à questão n.º 1 "Os custos dos transportes públicos estão afixados num sítio visível": 66,6% dos inquiridos responderam que não, 5,9% responderam que sim e 27,5% responderam que não sabem. No que se refere à questão n.º 2 "os custos/tarifas dos transportes públicos são acessíveis", 62,1 % responderam que não, 9,2% responderam que sim, 28,1 % responderam que não sabem.

No domínio da "Frequência e abrangência territorial dos transportes públicos", os inquiridos, relativamente à questão n.º 3 "Os transportes públicos são frequentes à noite", 60,9 % responderam que não, 10,5 % responderam que sim e 27,9 % responderam que não sabem.

Na questão n.º 4 "e ao fim de semana", 59,3 % responderam que não, 12,6 % responderam que sim, e 27,9 % que não sabem.

Na questão n.º 5 " e nos feriados", 57,1 % responderam que não, 15,5 % responderam que sim e 27,4 % responderam que não sabem.

Na questão n.º 6 " Todas as zonas da Cidade estão servidas por transportes públicos ", 45,4 % responderam que não, 26,9 % responderam que sim e 27,6 % que não sabem.

No domínio " Capacidade de Resposta à Mobilidade Reduzida", a questão mais valorizada foi a n.º 17 "O estacionamento e locais reservados para pessoas com necessidades especiais são respeitados", com 66,7 % sendo que 4,7 % responderam que não e 28,6 % responderam que não sabem. Parece, assim haver uma grande parte de idosos que referem deficiências importantes para o seu bem-estar nos transportes.

## **Habitação**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- Existe habitação em número suficiente e a um preço acessível, em zonas seguras e próximas dos serviços e da restante comunidade.
- Existem serviços de manutenção de habitações e serviços de apoio em número suficiente e a um preço acessível.
- As habitações estão bem construídas e proporcionam segurança e abrigo confortável contra as diferentes condições climatéricas.

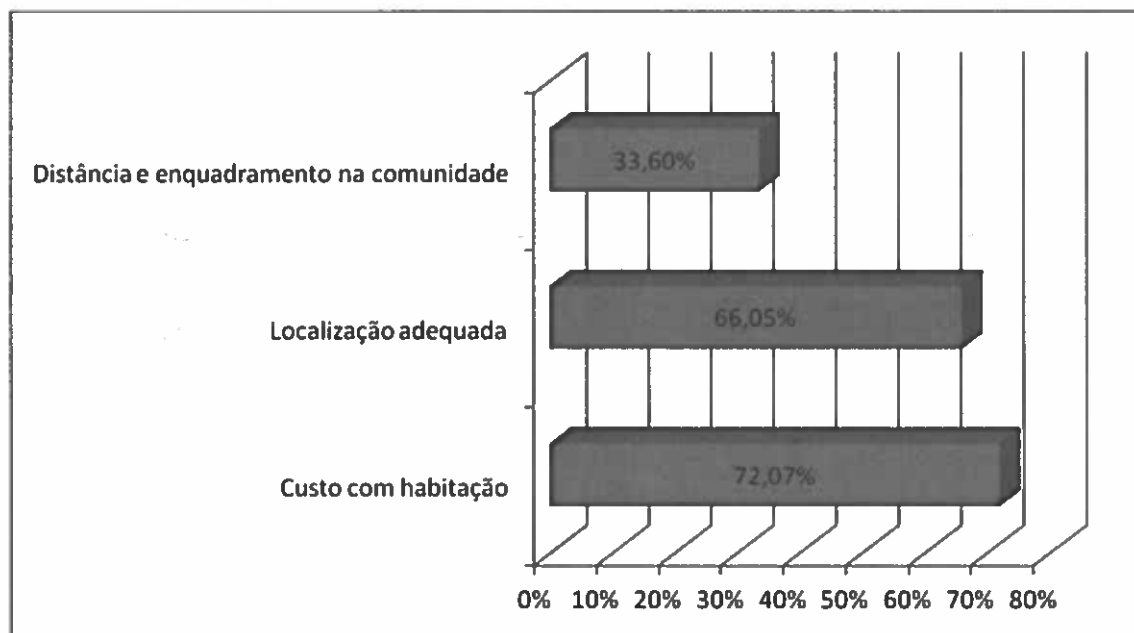
- Os espaços interiores e as superfícies do pavimento permitem liberdade de movimento em todas as divisões e espaços de passagem.

- Existem opções e materiais de modificação do lar a preços acessíveis e os fornecedores destes serviços compreendem as necessidades das pessoas mais velhas.

- As habitações de arrendamento público e comercial são limpas, bem cuidadas e seguras.

- É disponibilizada, a nível local, habitação em número suficiente, a um preço acessível e com os serviços adequados, para pessoas mais velhas frágeis e com incapacidades.

**Gráfico 5: Distribuição dos utentes pela percepção das condições de habitação**



No tópico "Habitação" verifica-se que 72,7% dos inquiridos refere que as habitações situam-se em zonas de conforto e são seguras. No entanto é de referir que 44,7% dos inquiridos, afirma que as casas não são adaptadas às pessoas com mais dificuldade de acessibilidade/mobilidade e, que 44,5% refere que as casas adaptadas não são em número suficiente (questões n.º 14 e 15).

Relativamente ao domínio "Custo" importa referir que, na questão n.º 16 "O preço é acessível (quer no arrendamento, quer na compra)", 78,9 % responderam que sim, 4,7% responderam que não, e 16,4 % responderam que não sabem.

## **Participação social**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- Os locais para a realização de eventos e atividades têm uma localização conveniente, são acessíveis, bem iluminados e de fácil acesso através de transportes públicos.

- Os eventos têm lugar a horas convenientes para pessoas mais velhas.

- As atividades e os eventos podem ser frequentados por pessoas sozinhas ou acompanhadas.

- As atividades e os espetáculos têm um preço acessível, sem custos de participação ocultos ou adicionais.

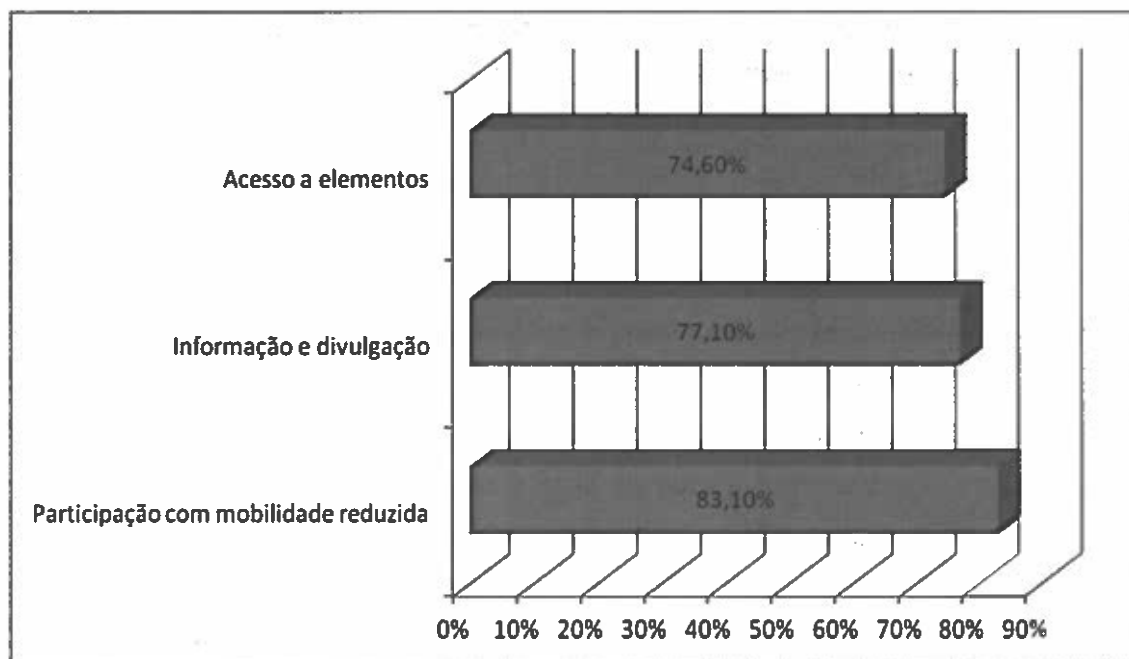
- É fornecida uma boa informação sobre atividades e eventos, incluindo detalhes acerca da acessibilidade das instalações e das opções de transporte para pessoas mais velhas.

- Existe uma oferta variada de atividades, de modo a agradar a uma população idosa com interesses variados.

- São realizadas reuniões que incluem pessoas mais velhas em diversos locais da comunidade, tais como centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários e parques.

- Existe preocupação em incluir pessoas em risco de isolamento social.

**Gráfico 6: Distribuição dos participantes pela acessibilidade a participação social**



No tópico da "Participação Social" o grupo com maior percentagem (83.1%) é o referente à "Participação com Mobilidade Reduzida" porque é uma das áreas onde parece haver maior investimento por parte das instituições, quer na diversidade da oferta quer no seu ajustamento aos interesses dos idosos e dependentes, ainda que com grande potencial de melhoria.

No que refere ao domínio " Informação e Divulgação", na questão n.º 8 " A informação dos eventos e atividades é suficiente", 76,6 % responderam que sim, 8 % responderam que não e 15,5% responderam que não sabem.

No que refere ao domínio " Acesso a Eventos", na questão n.º 4 "os eventos e atividades realizam-se a horas convenientes para pessoas mais velhas", 85,9 % responderam que sim, 0 % responderam que não e 14,1 % responderam que não sabem.

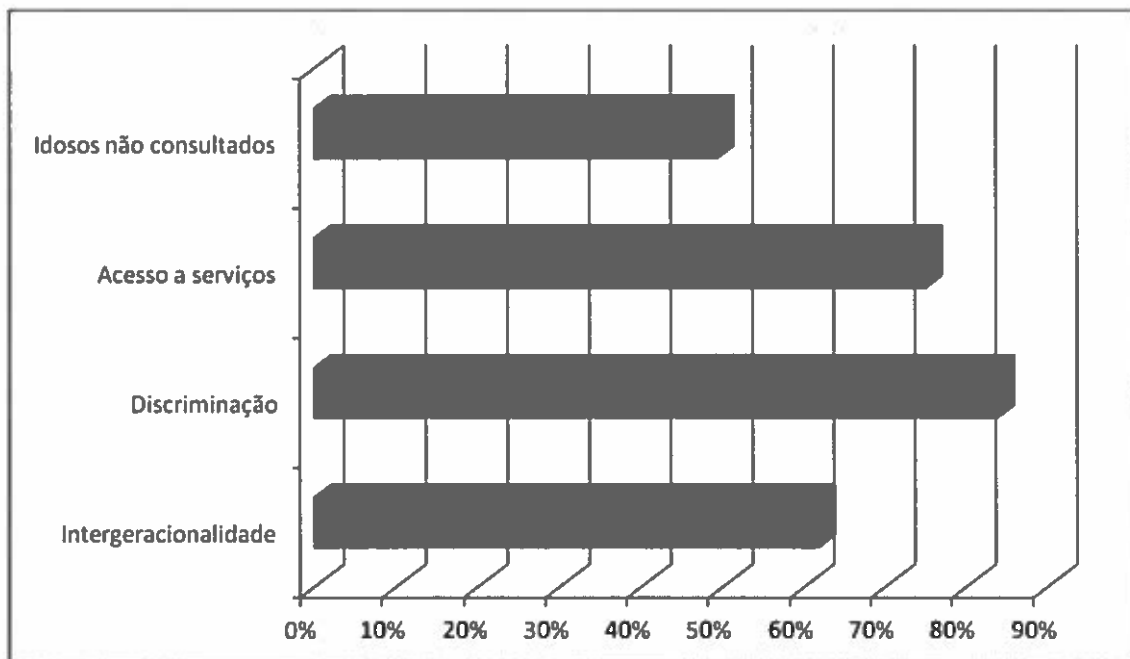
### **Respeito e inclusão social**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- As pessoas mais velhas são regularmente consultadas por serviços públicos, de voluntariado e comerciais, acerca da forma como podem ser mais bem atendidas.

- Os serviços públicos e comerciais providenciam serviços e produtos adaptados a necessidades e preferências variáveis.
- Os funcionários que prestam os serviços são amáveis e prestáveis.
- As pessoas mais velhas estão presentes nos meios de comunicação social e são representadas de forma positiva e sem estereótipos.
- Os locais, atividades e eventos destinados à comunidade atraem todas as gerações através da resposta às necessidades e preferências específicas em função da idade.
- As pessoas mais velhas são especificamente incluídas em atividades comunitárias para “famílias”.
- As escolas proporcionam oportunidades para a aprendizagem acerca do envelhecimento e acerca das pessoas mais velhas e promovem o envolvimento das pessoas mais velhas nas atividades escolares.
- A comunidade reconhece o contributo das pessoas mais velhas, tanto no passado como no presente.
- As pessoas mais velhas com menos posses têm bom acesso a serviços públicos, voluntários e privados.

**Gráfico 7: Distribuições dos participantes pelo respeito e inclusão social**



Relativamente à “Discriminação”: 84% parecem não se sentir discriminadas, tendo respondido afirmativamente às questões: os funcionários são prestáveis /amáveis; costumam aparecer/participar nos meios de comunicação social

transmitindo uma imagem positiva; não sentem estereótipos/ discriminação; e, a comunidade dá-lhes valor. (questões n.º 6, 10,11,12 e 18)

No domínio "Intergeracionalidade", 61,9 % respondeu afirmativamente a todas as questões que referem que os locais, as atividades, as preferências das várias gerações são consideradas, bem como, se ensinam/ abordam, nas escolas, temas sobre o envelhecimento. (questões n.º 13 à17).

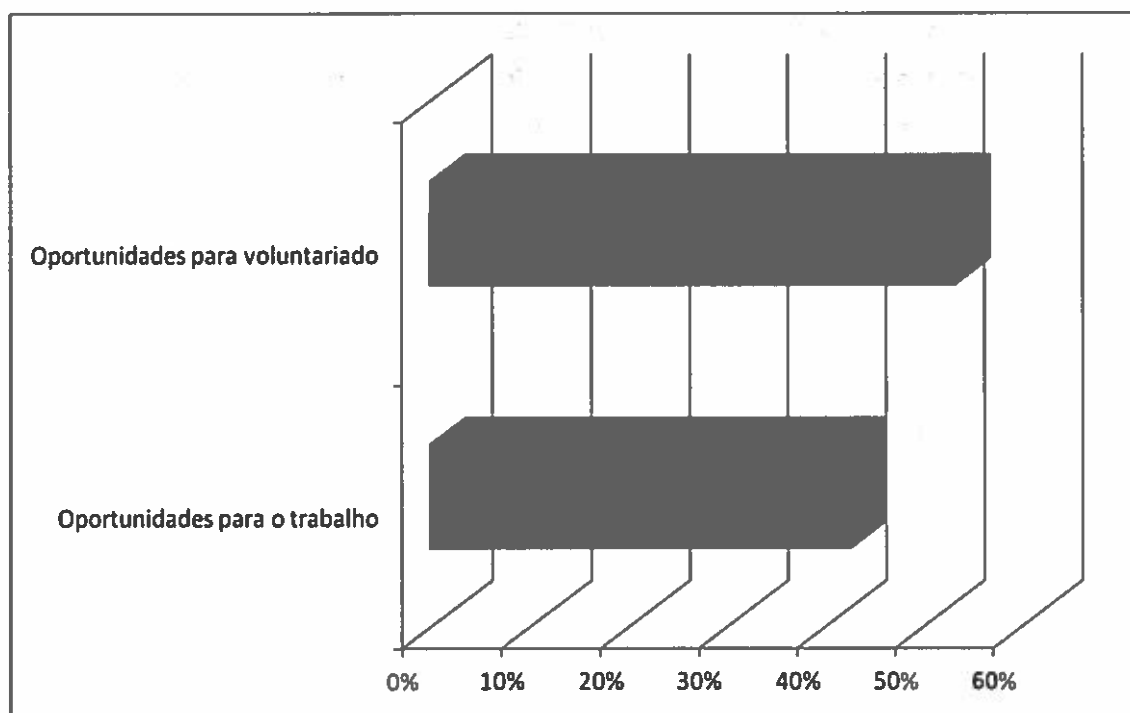
Para 87,6 % há acessibilidade aos serviços, 6,1 % responderam que não e 6,3 % que não sabem (questão n.º 7: "As pessoas mais velhas, com menos recursos económicos têm bom acesso aos serviços públicos").

### **Participação cívica e emprego**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- Existe uma gama de opções flexíveis para voluntários mais velhos, com formação, reconhecimento, orientação e reembolso de despesas pessoais.
- As qualidades dos funcionários mais velhos são valorizadas.
- É fomentada a existência de um conjunto de oportunidades flexíveis e adequadamente pagas, para que as pessoas mais velhas possam trabalhar.
- A discriminação baseada unicamente na idade é proibida na contratação, retenção, promoção e formação dos funcionários.
- Os locais de trabalho estão adaptados a fim de corresponder às necessidades das pessoas com incapacidades.
- São favorecidas e apoiadas as opções de emprego por conta própria para pessoas mais velhas.
- É facultada aos trabalhadores mais velhos formação nas opções pós-reforma.
- Os órgãos de decisão dos sectores público, privado e de voluntariado encorajam e facilitam a participação de pessoas mais velhas como membros.

**Gráfico 8: Distribuição dos participantes pela opinião sobre oportunidades de participação cívica e emprego**



No que concerne ao domínio " Oportunidades de Trabalho" os inquiridos responderam maioritariamente "Não Sabe", (56,8%) às várias questões relativas às "Oportunidades de Trabalho", como por exemplo, existirem oportunidades de trabalho para as pessoas mais velhas; se sabiam que a discriminação por causa da idade é proibida na contratação, se sabiam que a discriminação por causa da idade é proibida no local de trabalho; se existem apoios para as pessoas mais velhas que queiram trabalhar por conta própria; que é dada, aos trabalhadores mais velhos formação depois de se reformar e que não existem locais públicos onde é fácil o acesso a computadores e internet (questões n.º 5 à 16).

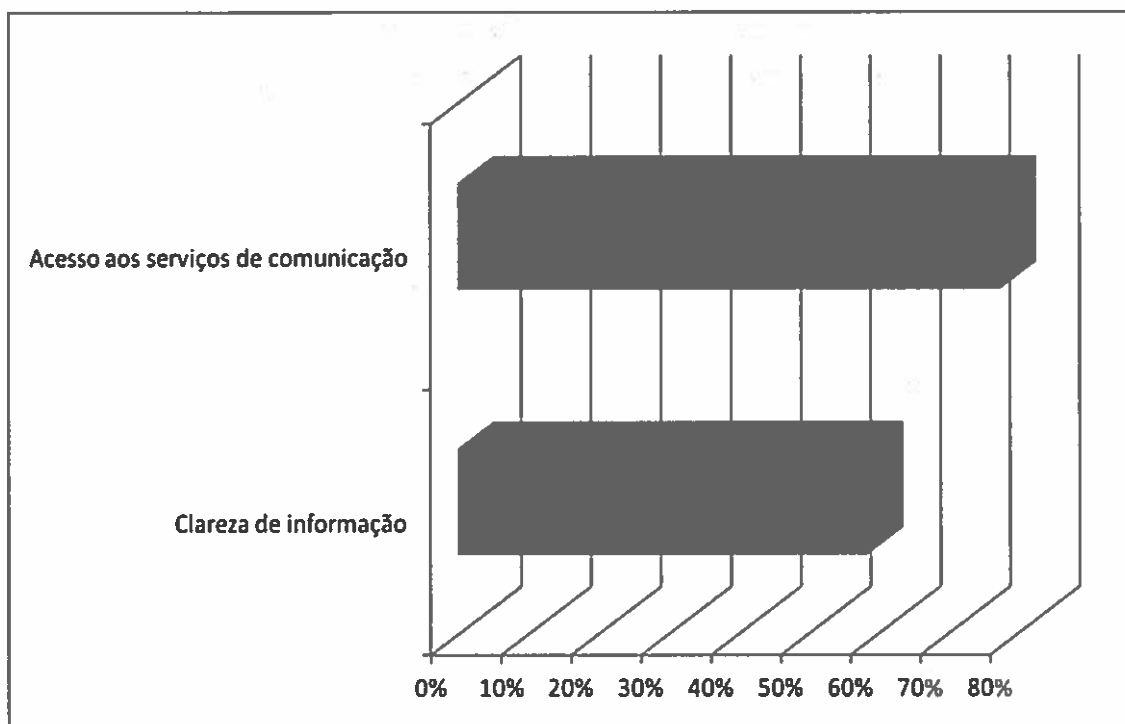
Já no domínio "Oportunidades para o voluntariado" 53,4% dos inquiridos afirma que as pessoas mais velhas podem fazer voluntariado, que este é valorizado e que existe formação para este efeito. (questões 1 a 3)

## **Comunicação e informação**

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- Um sistema de comunicação básico e eficaz chega aos residentes da comunidade de todas as idades.
- É assegurada uma distribuição regular e abrangente da informação e é providenciado um acesso coordenado e centralizado.
- Existem serviços de informação e programas de rádio de interesse para pessoas mais velhas.
- É fomentada uma comunicação oral acessível às pessoas mais velhas.
- As pessoas em risco de isolamento social recebem informações personalizadas, fornecidas por pessoas de confiança.
- Os serviços públicos e comerciais providenciam um atendimento amigoso e individualizado, quando solicitado.
- A informação impressa, incluindo formulários oficiais, legendas da televisão e textos em cartazes, tem letras grandes e as ideias principais são assinaladas através de títulos simples e escritas a negrito.
- A comunicação impressa e oral utiliza palavras simples e conhecidas, em frases curtas e diretas.
- Os serviços de atendimento telefónico fornecem as instruções lenta e claramente e indicam à pessoa que os contactou como pode ouvir a repetição da mensagem em qualquer altura.
- O equipamento eletrónico como, nomeadamente, telemóveis, rádios, televisores, caixas multibanco e máquinas de venda de bilhetes, tem botões e letras grandes.
- Existe acesso público alargado a computadores e à Internet, sem custos ou com custos mínimos, em locais públicos tais como edifícios governamentais, centros comunitários e bibliotecas.

**Gráfico 9: Distribuição dos inquiridos pela possibilidade de comunicação e informação**



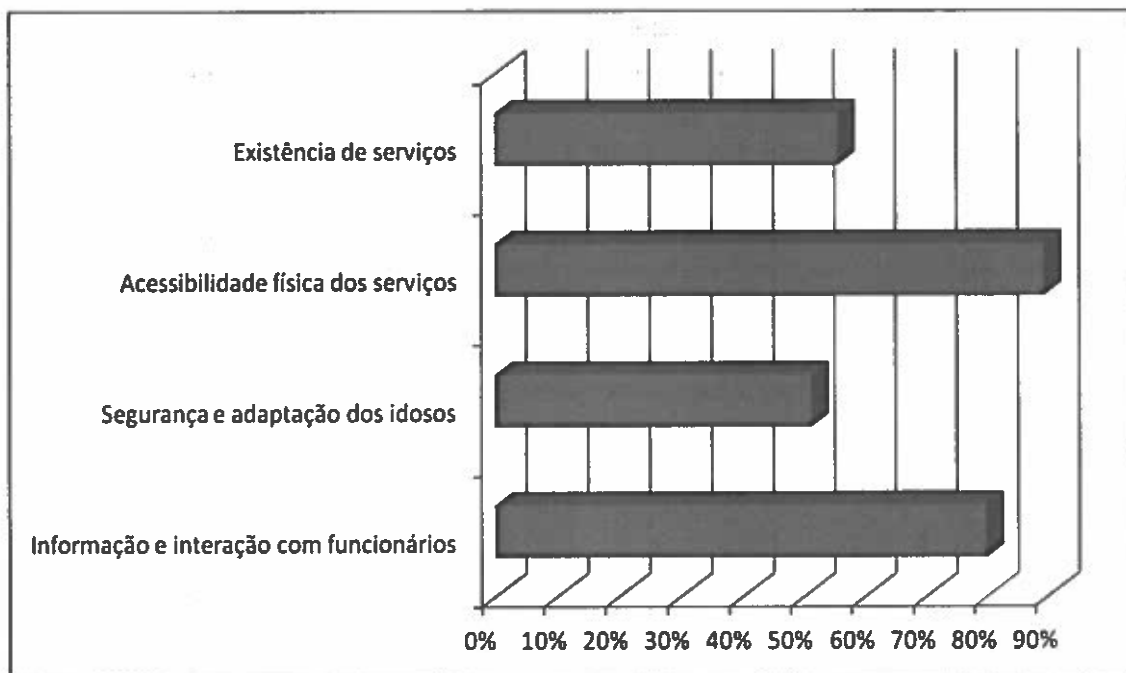
No tópico "Comunicação e Informação", 77,6% dos inquiridos consideram que toda a comunidade tem um acesso básico aos meios de comunicação e o sinal chega com boa recepção, sendo que, 58,5% dos inquiridos consideram que a informação é acessível, fiável e perceptível.

## Serviços comunitários e de saúde

Nesta área a Lista de Verificação da OMS inclui os seguintes itens:

- É disponibilizada uma gama adequada de serviços de saúde e de apoio comunitário, no sentido de promover, manter e restaurar a saúde.
- Os serviços de apoio domiciliário incluem cuidados de saúde, cuidados pessoais e limpeza da casa.
- Os serviços de saúde e de segurança social têm uma localização conveniente e são acessíveis através da utilização de todos os meios de transporte.
- Os lares de terceira idade e a habitação destinada a pessoas mais velhas localizam-se perto de serviços e da restante comunidade.
- As instalações dos serviços de saúde e dos serviços de apoio à comunidade têm uma construção segura e são completamente acessíveis.
- Está disponível informação clara e acessível acerca de serviços de saúde e de serviços sociais para pessoas mais velhas.
- A prestação de serviços é coordenada e administrativamente simples.
- Todos os funcionários são respeitadores, prestáveis e possuem formação para prestar serviços a pessoas mais velhas.
- As barreiras económicas que possam impedir o acesso aos serviços de saúde e de apoio à comunidade são minimizadas.
- A prestação de serviços voluntários por pessoas de todas as idades é encorajada e apoiada.
- Existem cemitérios em número suficiente e de fácil acesso.
- Os planos de emergência da comunidade têm em consideração as vulnerabilidades e as capacidades das pessoas mais velhas.

**Gráfico 10: Distribuição dos inquiridos pela opinião sobre serviços comunitários e de saúde**



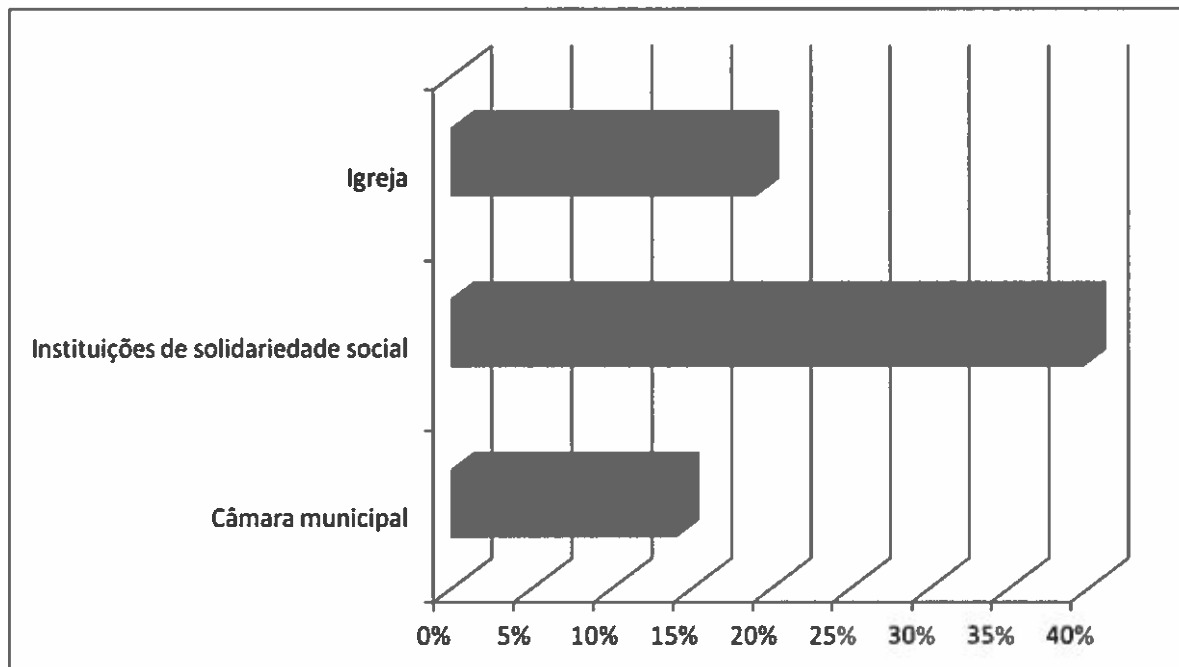
No tópico "Serviços Comunitários e de Saúde", no que concerne ao domínio "Acessibilidade Física dos Serviços", foi o que obteve o maior valor de repostas positivas (89,3%) o que evidencia que os serviços de saúde e comunitários se encontram bem localizados e de fácil acesso.

Relativamente ao domínio " Informação e Interação com os Funcionários ", 79,8 % dos inquiridos responderam que consideram esta relação positiva.

Dos inquiridos, 55,6% responderam que os serviços de saúde/ apoio comunitário são acessíveis mesmo para pessoas com menos recursos económicos. (questões n.º 1, 2, 3 e 21)

## Apoio social

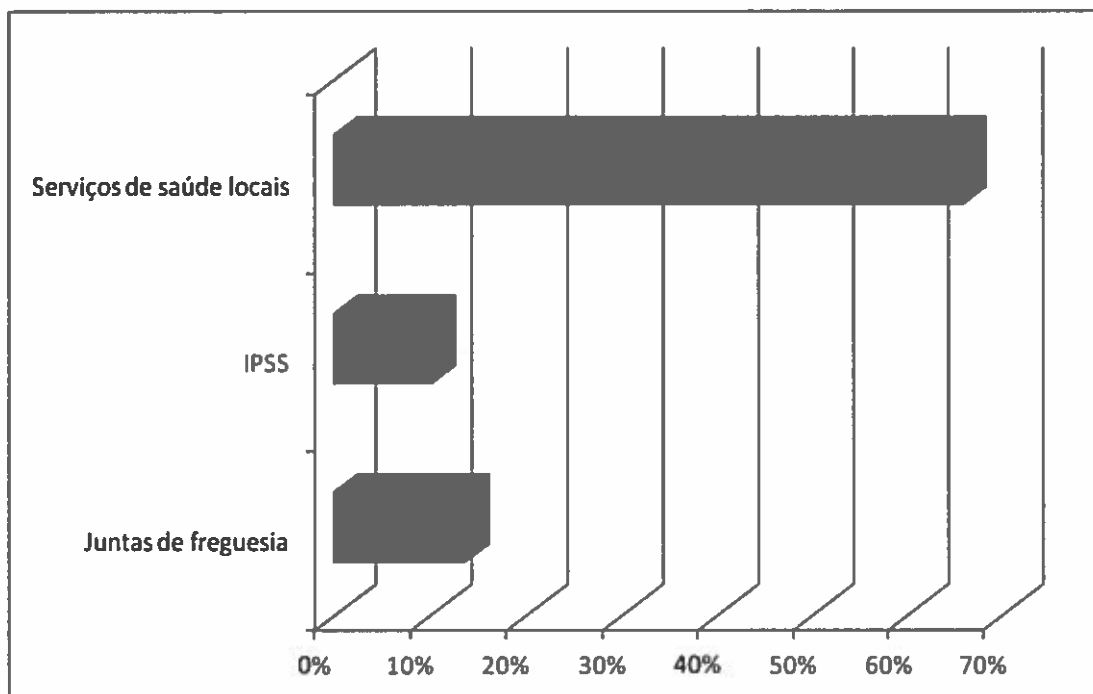
**Gráfico 11: Distribuição dos inquiridos sobre o local onde recolhe mais informação de apoio social**



Os inquiridos afirmaram que onde recolhem mais informação sobre apoio social é nas Instituições de Solidariedade Social (39,7%), na igreja (19,9%) e na Câmara Municipal (14,5%).

## Serviços de saúde

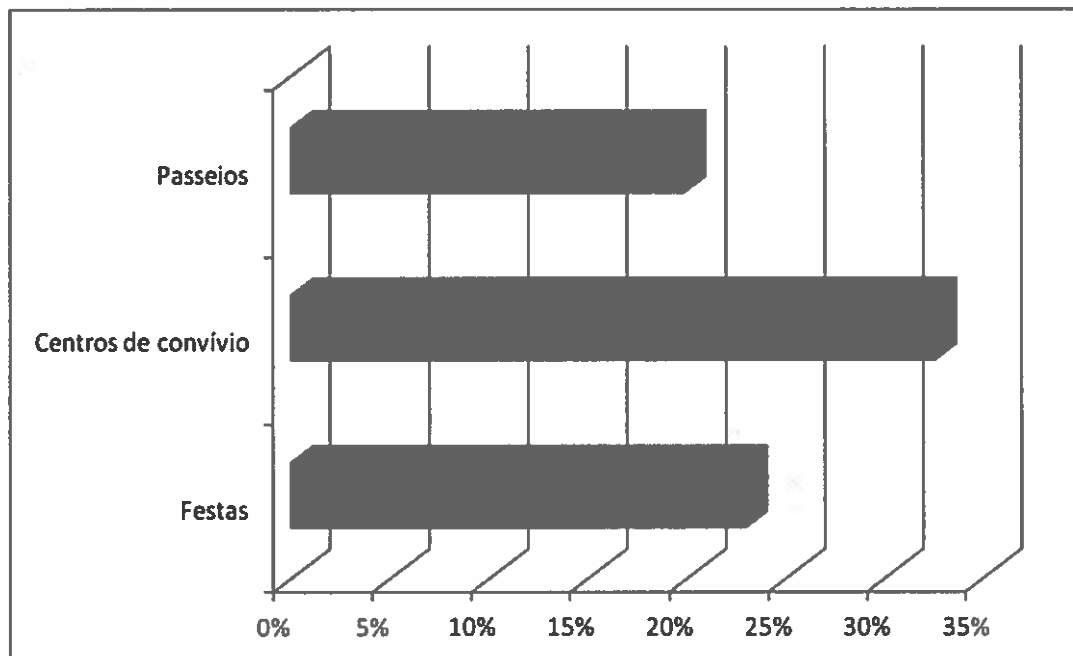
**Gráfico 12: Distribuição dos inquiridos sobre onde podem recolher informação sobre serviços de saúde**



Os serviços de saúde locais estão disseminados pelo concelho prestando, assim, um serviço de proximidade junto da população, talvez por isso 66% dos inquiridos responderam que são estes que fornecem mais informação sobre eles, seguindo-se as juntas de freguesia (13,8%) e as instituições de solidariedade social (10,3%).

## Lazer/bem-estar

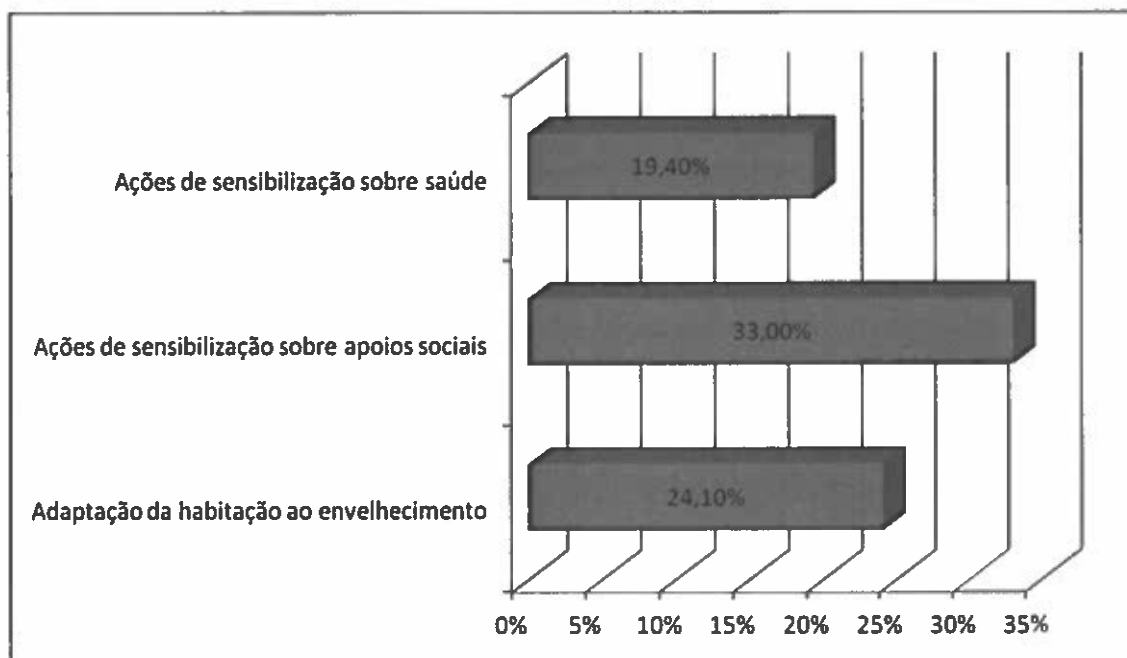
**Gráfico 13: Distribuição dos inquiridos sobre a sua opinião de qual a ação que é considerada mais importante para o seu bem-estar**



Os centros de convívio (32,6%) foram considerados os mais importantes para o bem-estar pelo facto de existirem bastantes espaços no concelho onde os idosos praticam atividades físicas e de lazer, seguindo-se as festas 23% e os passeios 19,9%, e por tal motivo são também centros de convivência combatendo o isolamento.

## Informação/educação

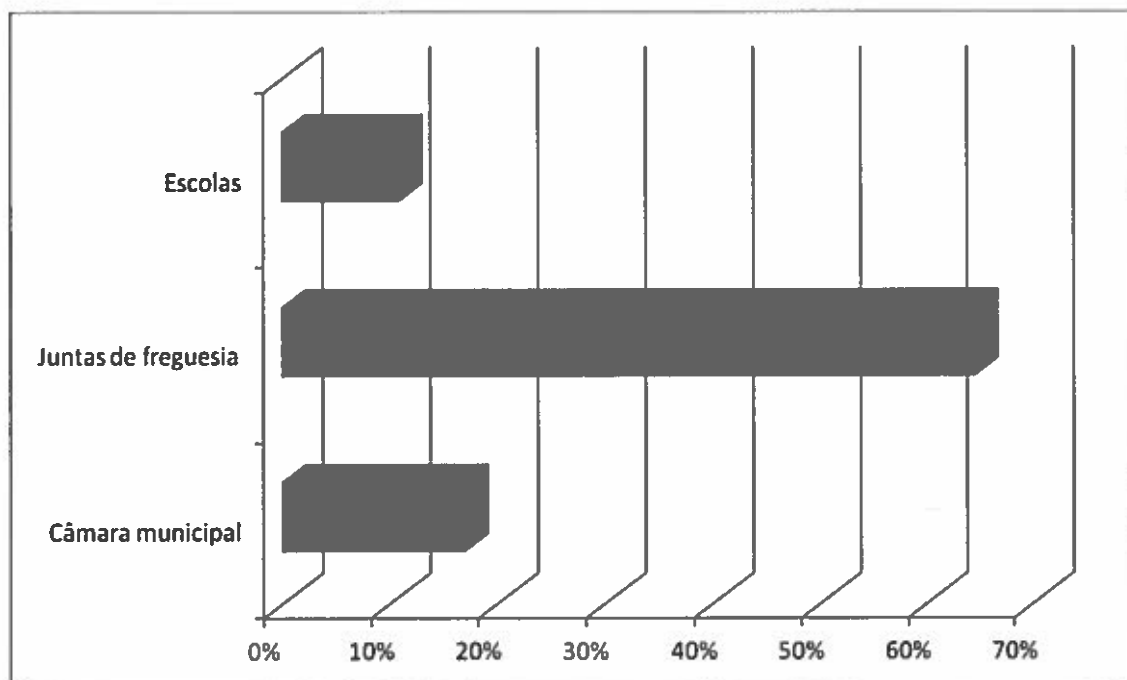
**Gráfico 14: Distribuição dos inquiridos sobre a opinião de qual a área de informação/ educação em que os idosos têm mais necessidade**



No tópico, " Qual a área de informação/educação que pensa ter mais necessidade", 33% dos inquiridos responderam que sentem mais necessidade de informação/ educação em ações de sensibilização sobre apoios sociais porque tratando-se de uma população envelhecida, isolada e com baixa escolaridade, há pouca informação sobre esta área e muita necessidade de apoios, seguindo-se de informação/educação sobre a adaptação da habitação ao envelhecimento (24,1%), e ações de sensibilização sobre a saúde (19,4%).

## Ações educativas

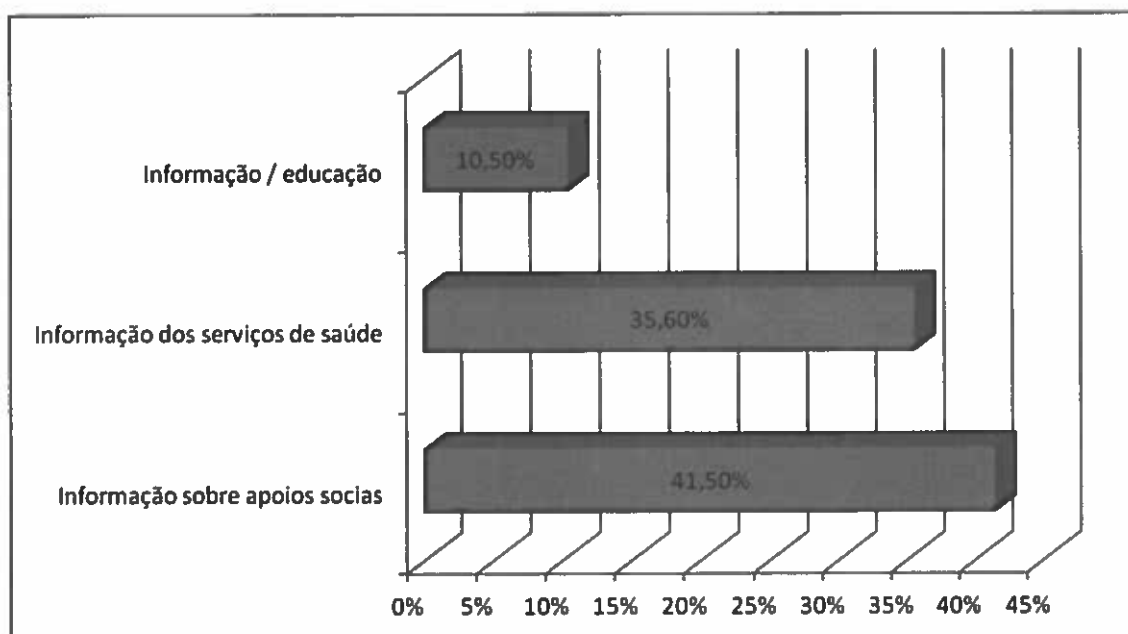
**Gráfico 15: Distribuição dos inquiridos sobre o local privilegiado para as ações educativas**



Os inquiridos referem que as juntas de freguesia são local privilegiado para se ministrarem ações educativas (64,6%) pelo facto de elas existirem em todas as freguesias do concelho e a sua sede estar num local central da freguesia, seguindo-se a Câmara Municipal (17,1%) e as escolas (11%).

## Informação/bem-estar

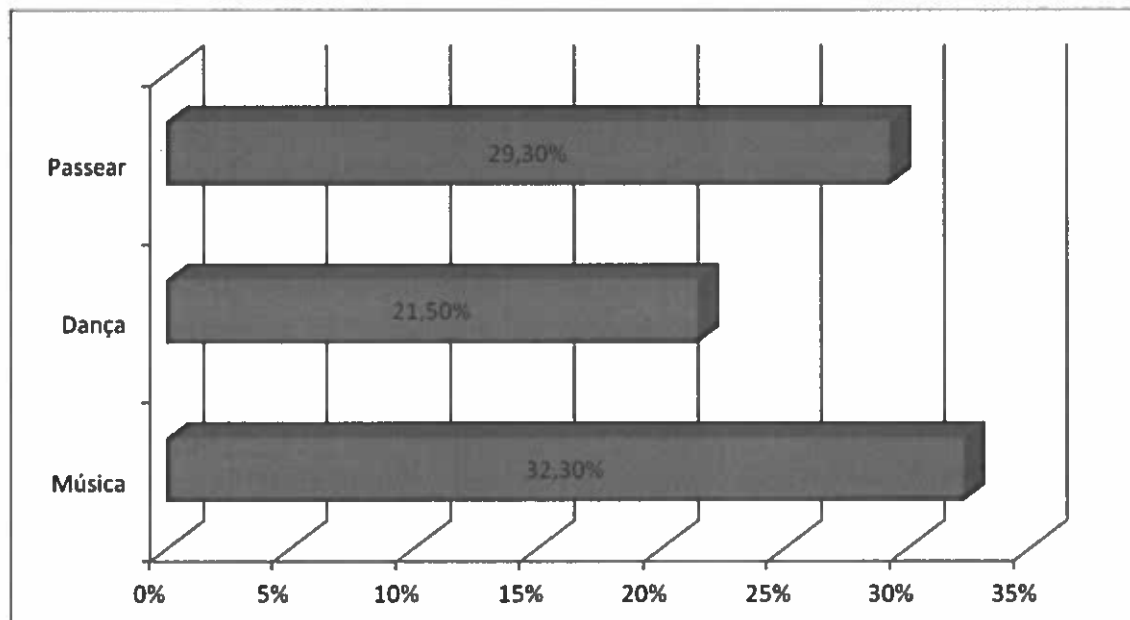
**Gráfico 16: Distribuição dos inquiridos sobre a opinião de qual das seguintes ações contribui mais para o seu bem-estar**



Os inquiridos afirmam que a ação que mais contribui para o seu bem-estar é a informação sobre apoios sociais (41,5%), seguidamente a informação sobre os serviços de saúde (35,6%) e a informação/educação (10,5%).

## Atividades lúdicas

**Gráfico 17: Distribuição dos inquiridos sobre a opinião do que mais gostam de fazer**



Os inquiridos afirmaram que o que mais gostam é de música (32,3%) pelo facto de ser uma questão cultural, ou seja, em todas as festividades e nos trabalhos da lavoura, que faziam antigamente sempre havia concertinas e grupos de cantares para alegrar as mesmas, seguindo-se os passeios 29,3% e a dança 21,5%.

No concerne às hipóteses formuladas, nomeadamente à hipótese n.º 1, os inquiridos responderam maioritariamente sim (98,8%) à questão: "Há segurança nos espaços exteriores e edifícios" verificando-se assim a hipótese.

Relativamente à hipótese n.º 2 "Os serviços públicos têm fácil acessibilidade" 74,9% dos inquiridos responderam que sim verificando-se, portanto, a hipótese.

A hipótese n.º 3, referente à questão: "Há sessões de informação/educação que instruem a comunidade", verifica-se, pelo que, a maior parte dos inquiridos afirmou que existem campanhas e formação que sensibilizam os condutores e, os passageiros têm acesso à informação sobre os percursos dos transportes públicos.

No concerne à hipótese n.º 4: "Os transportes existentes são seguros", na informação disponibilizada, não podemos verificar que os transportes existentes são seguros mas, a maior parte dos inquiridos, afirmou que estão em bom estado de conservação, não circulam sobrelotados, as vias são iluminadas e o trânsito está bem organizado verificando-se, portanto, a hipótese.

Relativamente à hipótese n.º 5: "A rede viária é suficiente" não se verifica, pelo que, a maioria dos inquiridos respondeu que os transportes públicos não são frequentes à noite, aos fins-de-semana e feriados.

No que diz respeito à hipótese n.º 6: "Existe suficiente informação sobre a rede viária" verifica-se pelo já exposto relativamente à terceira hipótese.

Referente à hipótese n.º 7: "As habitações são seguras" verifica-se a hipótese, pelo que, 76,8% dos inquiridos responderam que sim.

Relativamente à hipótese n.º 8: "As habitações são de fácil acesso" não a verificamos, no entanto, poderemos dizer que a maior parte das pessoas referiu que as casas estão próximas dos serviços.

No concerne à hipótese n.º 9: "As pessoas que residem em meios isolados têm acesso fácil à informação/educação" não se verificamos, pelo que, não temos informação relativamente a esta questão, no entanto, podemos afirmar que a maior parte dos inquiridos referiu que existem serviços adequados de apoio ao domicílio.

Relativamente à hipótese n.º 10: "Há segurança nos eventos/atividades organizados", verifica-se, pelo que, a maior parte dos inquiridos respondeu que onde se realizam eventos, estes estão bem localizados, são de fácil acesso por transportes públicos, estão bem iluminados e realizam-se a horas convenientes para pessoas mais velhas.

No concerne à hipótese n.º 11: "Os eventos/atividades são de fácil acesso", verifica-se descrito na hipótese anterior.

Referente à hipótese n.º 12: "Existe divulgação suficiente sobre os eventos/atividades realizados" verifica-se, pelo que, 76,6 % dos inquiridos no grupo " Participação Social" responderam que sim e 56,9 % no grupo " Comunicação e Informação" também reponderam que sim.

No concerne à hipótese n.º 13: "As pessoas idosas e para idosas sentem-se seguras quando participam em atividades comunitárias" verifica-se pelo descrito nas duas hipóteses anteriores.

Relativamente à hipótese n.º 14: "Os espaços onde as atividades comunitárias se realizam são de fácil acesso" verifica-se, pelo que, a maioria dos inquiridos afirma que os horários são convenientes para as pessoas mais velhas, existe uma oferta variada, do agrado da maioria e que as pessoas com dificuldade mobilidade podem frequentar.

A hipótese n.º 15: "A informação que chega aos idosos e pré-idosos s é perceptível", verifica-se, pelo que, 74 % dos inquiridos do grupo "Participação Social" responderam que a informação sobre os eventos a realizar é clara e 63,4% respondeu

que era fácil perceber o significado da informação, no grupo "Comunicação e Informação".

Relativamente à hipótese n.º 16: "A informação que chega aos idosos e para idosos é segura" verifica-se, pelo que, a maioria dos inquiridos respondeu que as pessoas que prestam informação são de confiança/fiáveis e que se preocupam com o cliente/utente.

No que concerne à hipótese n.º 17: "Os idosos e para idosos são envolvidos nas atividades comunitárias" não se verifica apesar de que 92,7 % dos inquiridos responderam que as atividades para a comunidade são feitas para atrair todas as gerações, 55,5 % das pessoas mais velhas são envolvidas nas atividades escolares, mas 53,4 % responderam que não sabiam se as pessoas mais velhas participam nas atividades comunitárias para as famílias.

No que concerne à hipótese n.º 18 "As pessoas mais velhas que pretendem fazer voluntariado têm acesso a formação", verifica-se, pelo que, 53,2 % dos inquiridos responderam que existe formação para as pessoas mais velhas que querem fazer voluntariado.

Relativamente à hipótese n.º 19: "Os serviços comunitários e de saúde prestados respeitam as regras de segurança", verifica-se, pelo que, 92,7 % responderam sim.

Referente à hipótese n.º 20: "Os serviços comunitários e de saúde prestados são de fácil acessibilidade" verifica-se, pelo que, 94,1 % responderam sim à questão da segurança.

No que concerne à hipótese n.º 21: "Os idosos e pré-idosos que usufruem dos serviços comunitários e de saúde estão bem informados" verifica-se, pelo que, 84,3 % responderam que sim.

No que diz respeito à hipótese n.º 22: "Há informação relativa a apoio social na comunidade", verifica-se, pelo que, 34,7 % dos inquiridos responderam que é junto das Instituições de Solidariedade Social.

No que diz respeito à hipótese n.º 23: "Há informação a nível dos serviços de saúde" verifica-se, pelo que, 66 % dos inquiridos responderam que é junto dos serviços de saúde locais.

Relativamente à hipótese n.º 24: "Realizam-se festas que contribuem para o bem-estar das pessoas idosas e para idosas", verifica-se.

Relativamente à hipótese n.º 25: "Os idosos e para idosos sentem necessidade de informação/educação" verifica-se, sendo que, 33 % preferem as ações de sensibilização sobre apoios sociais.

No que concerne à hipótese n.º 26: "Existe um local privilegiado para a realização das ações de informação/educação" verifica-se, sendo que, 64,6 % privilegiam as juntas de freguesia.

A hipótese n.º 27: "Existem ações de informação/educação que contribuem para o bem-estar dos idosos e pré-idosos" verifica-se, sendo que, 35,6 % valorizam a informação sobre os serviços de saúde.

Relativamente à hipótese 28: "Existem atividades preferidas pelos idosos e pré-idosos" verifica-se, sendo que, a atividade preferida é a música.

Por ter sido uma amostra por conveniência não se pode extrapolar para toda a população, assim deve-se futuramente, estender, de forma a ser representativa de todo o universo.

Os espaços exteriores e edifícios, que segundos a (OMS 2009) referem-se aos espaços públicos, como por exemplo jardins, praças e passeios, assim como a lojas e edifícios públicos como escolas, correios, entre outros, têm uma marcada influência no quotidiano das pessoas idosas, nomeadamente ao nível da sua mobilidade na cidade, da qual depende o acesso a serviços e o contacto social.

No que refere às características dos passeios, verificamos que a maioria dos elementos identifica condições menos favoráveis para a sua mobilidade com segurança, pelo que os passeios e as passadeiras não são antiderrapantes, não existem semáforos e nem todos os serviços públicos são de fácil acesso.

É importante percebermos que o impacto destas condições no quotidiano das pessoas mais velhas é elevado pelo facto de ao processo de envelhecimento normal estar associado um declínio da força muscular, do equilíbrio e da velocidade de reação, assim como alterações posturais que, por si só, limitam a capacidade da pessoa idosa para se movimentar (Wagner & Kaufman, 2001).

Adicionalmente, a manifestação de determinadas doenças mais frequentes em idades mais avançadas pode proporcionar um declínio na mobilidade individual (Geis,2003).

As más condições do terreno, nomeadamente dos passeios, para um grupo de pessoas que, desde logo, pode ter a sua mobilidade limitada, representam um obstáculo à sua participação na comunidade e contribuem para o aumento do risco de quedas que, por sua vez, constituem um dos maiores problemas de saúde pública nesta população (Laessoe, Hoeck, Simonsen, Sinkjaer, & Voigt, 2007).

De facto, como descreve Tideiksaar (2001, p. 268), o fenómeno das quedas, na população idosa, traduz-se numa "causa major de morte prematura, lesão física, imobilidade, disfunção psicossocial e institucionalização".

Neste sentido, considerando as respostas dos participantes na nossa investigação, podemos constatar que as características dos passeios não correspondem propriamente ao que a OMS (2009) define como amigável das pessoas idosas

Segundo a organização, numa Cidade Amiga das Pessoas Idosas, os passeios e vias pedonais devem ser bem cuidados, seguros, não devem ter obstáculos e ter superfícies lisas e antiderrapantes, o que, pela experiência dos inquiridos participantes, não se verifica em alguns locais do concelho de Celorico de Basto.

Numa cidade amiga do idoso, as ruas devem ter espaço e faixas suficientes que permitam uma adequada mobilidade dos veículos e sem perigo para os peões, assim como as passadeiras devem ter semáforos com temporização adequada e, idealmente, com superfícies antiderrapantes e bem localizadas (OMS, 2009), facto que não se verifica no concelho de Celorico de Basto porque é um meio rural onde, de uma forma geral, as estradas são estreitas e sem passeios.

No que concerne às casas de banho públicas serem facilmente acessíveis e bem localizadas, para além de serem limpas, bem cuidadas e assinaladas, é um aspeto fundamental para que uma cidade seja amiga do idoso OMS (2009).

Neste sentido, considerando as respostas dos inquiridos é perceptível que as condições são as ideais, e que existem em número suficiente.

Relativamente aos transportes públicos ou privados, estes assumem um papel fundamental no quotidiano das pessoas idosas, facilitando a sua deslocação pela concelho e, conseqüentemente, proporcionando o acesso aos serviços necessários e promovendo a participação na comunidade (OMS, 2009).

Assim, tal como afirma a OMS (2009), a qualidade dos transportes de uma cidade influencia a forma como o envelhecimento ativo é promovido nesse meio.

De facto, considerando as limitações motoras resultantes das alterações funcionais e estruturais próprias do envelhecimento (Wagner & Kaufman, 2001), torna-se essencial a existência de alternativas que permitam às pessoas de mais idade se deslocarem de forma segura e confortável.

Segundo os inquiridos, muitas ruas não têm a largura suficiente para permitir a passagem de mais do que um carro ao mesmo tempo ou a passagem de veículos mais longos. Esta constatação contribui para que os participantes se sintam mais inseguros já que o acesso de, por exemplo, ambulâncias ou de veículos dos bombeiros põe em risco a segurança das pessoas.

Segundo a OMS (2009), numa Cidade Amiga das Pessoas Idosas, as paragens de transportes devem ser localizadas na proximidade da zona de residência

de idosos, iluminadas, limpas e seguras, assim como devem ter bancos e proteção contra as condições atmosféricas.

Assim, de acordo com os participantes, verificamos que existem no concelho de Celorico de Basto paragens que não cumprem os requisitos para serem consideradas como amigas das pessoas mais velhas.

Os inquiridos identificaram como um obstáculo à sua mobilidade no concelho e nas atividades/eventos organizados o facto de os transportes públicos passarem com menor frequências ao fim-de-semana.

As condições da habitação de uma pessoa idosa são importantes para que esta se mantenha independente, influenciando, tal como descreve a OMS (2009), a qualidade de vida à medida que se envelhece.

De facto, as questões relacionadas com o conforto e segurança na residência não são apenas fundamentais para determinar o risco de quedas na população idosa, mas constituem-se como fatores basilares para a manutenção da saúde e autonomia que, em última análise, irá influenciar a necessidade de institucionalização destas pessoas (Gitlin, & Iwarsson, 2009).

Para que seja possível ao idoso envelhecer em casa, com bem-estar e dignidade, torna-se fundamental a proximidade da residência em relação a recursos e serviços básicos, ou que esses serviços sejam prestados no domicílio. Da mesma forma, os custos inerentes à habitação determinam, em grande escala, a possibilidade do idoso se manter na sua habitação.

As más condições estruturais e de acessibilidade da habitação influenciam negativamente o dia-a-dia dos inquiridos, limitando a sua possibilidade de envelhecer em casa, com dignidade.

Segundo a OMS (2009, p. 37), a existência de um "conjunto de opções de habitação apropriada e economicamente acessível a idosos (...) na respetiva área de residência" é um aspeto fundamental para uma cidade ser amiga dos idosos.

Neste sentido, considerando que, existem poucas alternativas válidas de habitação, para arrendar, e as habitações existentes no concelho são antigas, podendo portanto, afirmar-se que se devem desenvolver esforços nesta área para que este meio se torne mais amigável para as pessoas idosas.

Os inquiridos identificam que existem bastantes casas em sítios isolados e com barreiras arquitetónicas que se devem eliminar.

Nas sociedades atuais, é frequente que as pessoas idosas sejam desrespeitadas, discriminadas e o seu contributo potencial para a sua comunidade ignorado (Giddens, 2009; Oliveira, 2005).

No entanto, numa Cidade Amiga das Pessoas Idosas (OMS, 2009), as pessoas mais velhas são valorizadas e incluídas na vida da sua cidade, assim como são proporcionadas condições para que idoso participe em tomadas de decisão na comunidade, para que a sua opinião seja escutada e para que as suas necessidades sejam correspondidas, para que este tenha a oportunidade de envelhecer e viver com dignidade.

Assim, pela análise do discurso dos inquiridos foi possível verificar que, tal como afirma a OMS (2009), a inclusão social das pessoas idosas é fundamental para determinar a participação social e cívica destas pessoas.

Segundo a OMS (2009, p. 38), a “participação em atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais realizadas no âmbito da comunidade e da família permitem aos idosos continuarem a exercer as suas competências, a ser objeto de respeito e estima e a manter ou estabelecer relações de apoio e de afeto”, assim como possibilita que estas pessoas se mantenham informadas.

Neste sentido, importa destacar que esta categoria refere-se à participação das pessoas idosas no âmbito de diferentes contextos da sua comunidade.

No nosso estudo, verificamos que a participação dos inquiridos é influenciada, em grande escala, pelas atividades proporcionadas pelas instituições com que contactam e das quais recebem apoio.

No entanto, as já descritas condições adversas à sua mobilidade, relacionadas com questões estruturais e arquitetónicas do concelho ou com os transportes disponíveis, constituem uma limitação importante à participação livre destas pessoas.

De uma forma geral, os participantes mostraram-se satisfeitos quanto à variedade de atividades em que podiam participar, considerando-as adequadas.

A participação social dos inquiridos prende-se ao envolvimento em atividades religiosas, bem como em atividades de lazer proporcionadas pela camara municipal, juntas de freguesia e associações recreativas.

Apesar de reformados, muitos idosos têm um papel ativo nas suas comunidades ao envolverem-se em trabalho remunerado, não remunerado ou voluntário e ao contribuírem, de diferentes formas, para as suas respetivas famílias (Kielhofner, 2008)

Numa cidade amiga dos seus idosos, devem existir oportunidades, deve ser promovida a participação das pessoas mais velhas ao nível das diferentes formas de trabalho, bem como, o envolvimento nos assuntos políticos e organizacionais da cidade (OMS, 2009).

Um dos pressupostos de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas (OMS, 2009) é o acesso, por parte das pessoas mais velhas, a informação atualizada e completa

sobre os recursos que têm à sua disposição sendo que esta informação deve ser comunicada e partilhada de forma clara e perceptível, de forma a assegurar que os idosos desenvolvam conhecimento sobre a realidade que os rodeia e, assim, possibilitar que tomem decisões informadas e optem pelos recursos, serviços ou atividades que mais se adequam às suas necessidades.

Na perspetiva da OMS (2009, p. 66), para uma população idosa, o apoio comunitário e serviços de saúde disponíveis numa cidade são “fundamentais para a manutenção da saúde e da independência na comunidade”.

A necessidade destes serviços serem suficientes, adequados, acessíveis e de boa qualidade acentua-se para as pessoas mais velhas que, por sua vez, têm maior probabilidade de possuírem problemas de saúde (OMS, 1999b).

No caso dos idosos participantes na investigação, constatamos que estes têm conhecimento de bastantes serviços de apoio comunitário disponíveis na cidade.

Relativamente à qualidade dos serviços de saúde, os inquiridos referiram que se podem fazer esforços para que se possam tornar estes mais amigos das pessoas idosas, especialmente ao nível do tempo de espera para as consultas, que nos pareceu ser a característica negativa mais consensual.

Os inquiridos manifestaram-se genericamente satisfeitos com a sua vida, identificaram um conjunto de características que consideravam negativas, principalmente ao nível dos espaços exteriores, transportes e habitação.

Por outro lado, foram identificados alguns aspetos positivos do concelho, essencialmente no que se refere ao respeito e inclusão social, às oportunidades de participação social, assim como, aos serviços comunitários e de saúde.

Relativamente aos espaços exteriores, os participantes reconheceram limitações à sua mobilidade e segurança física, tais como, irregularidades do terreno de certos passeios, a reduzida largura de determinadas ruas.

Identificaram, ainda, outra característica que pode ser considerada como importante para as pessoas idosas que é o facto de existirem casas de banho públicas em número suficiente.

Os inquiridos destacaram ainda, como positivo os espaços verdes existentes proporcionando a participação em atividades sociais e de lazer.

De uma forma geral, manifestaram-se insatisfeitos com a redução do número de autocarros com percursos distintos disponíveis na proximidade das suas residências e do número de paragens localizadas nessa área geográfica que, por sua vez, se traduz numa crescente dificuldade para se deslocarem.

Da mesma forma, a reduzida fluidez do trânsito resultante das condições das rodovias e a diminuição da frequência de passagem dos autocarros durante o fim-de-

semana foram identificadas como circunstâncias que limitam a sua mobilidade na comunidade.

Relativamente às paragens de autocarros constatamos que estas possuem características não amigas das pessoas idosas, já que não proporcionam condições adequadas de conforto.

Assim, constatamos que, na perspetiva dos inquiridos há habitações deste concelho que não reúnem características para se tornarem confortáveis para as pessoas idosas.

Por outro lado, foi possível verificar que a maior parte dos inquiridos sente-se respeitado e incluído nas atividades e eventos realizados na sua comunidade, sendo proporcionada a sua participação e contribuição ativa.

Da mesma forma, mostraram-se satisfeitos com a variedade de atividades em que têm oportunidade de participar, considerando-as como adequadas.

Por sua vez, foi possível constatar que os inquiridos encontram-se satisfeitos com a quantidade de informação que obtêm, seja através da comunicação social ou das instituições com que mantêm contacto.

Por fim, verificamos que, na perspetiva dos participantes, existem diversos serviços de apoio comunitário que, por sua vez, correspondem a diferentes necessidades.

Os inquiridos responderam que, de uma forma geral, recebem bastante informação sobre apoios sociais, dos serviços de saúde, têm acesso a ações educativas e de bem-estar proporcionadas pela câmara municipal, juntas de freguesias, instituições de solidariedade social, serviços de saúde local e pela igreja.

**PARTE III**  
**CONCLUSÕES**

Sem querer extrapolar para a população total da mesma faixa etária existente no concelho de Celorico de Basto a amostra de idosos e pré-idosos inquiridos, podemos extrair deste estudo algumas conclusões interessantes e úteis para a prática.

Este estudo pretendeu inquirir e saber opiniões emitidas pelas pessoas diretamente envolvidas. Para além de ter auscultado o que elas pensam sobre o seu *habitat*, viram-se obrigadas a refletir sobre os assuntos versados, facilitando um provável envolvimento destas pessoas em futuras atividades de prevenção da doença e promoção da saúde.

A maioria (86,2%) dos inquiridos estão reformados, têm baixa escolaridade (99,3 %) e utilizam espaços públicos, sendo o mais utilizado (98,1 %) as ruas (passeios) 75,2% das pessoas inquiridas ainda utiliza transportes públicos.

Entre os inquiridos, 74,4% frequenta atividades/ eventos organizados pelo município e 29% utiliza serviços de voluntariado.

Efetivamente, constatamos que uma grande parte dos inquiridos sentiu necessidade de esclarecer, logo de início, que gosta do concelho, que se sente bem e feliz por residir no mesmo, talvez relacionado com o facto de os inquiridos terem vivido em Celorico de Basto durante a maior parte das suas vidas.

Os espaços exteriores e edifícios têm uma vincada influência no quotidiano das pessoas idosas, nomeadamente ao nível da sua mobilidade. De referir que, espaços públicos são por exemplo jardins, praças e passeios, lojas, escolas, correios, entre outros (OMS, 2009).

A maior parte dos inquiridos refere que, há segurança nos espaços exteriores e edifícios, como podemos depreender do discurso dos participantes, verificando-se que, em Celorico de Basto existem passeios com determinadas características, nomeadamente, passeios antiderrapantes, passadeiras percetíveis, rampas de acesso aos serviços públicos, espaços verdes com bancos em número suficientes.

Relativamente aos edifícios, concluiu-se que estes possuem casas de banho suficientes e que os mais recentes foram pensados para pessoas com mobilidade reduzida.

Neste sentido, considerando o discurso dos participantes no estudo/investigação, podemos constatar que as características dos passeios correspondem ao que a OMS (2009) define como cidade amiga das pessoas idosas.

Segundo esta organização, numa Cidade Amiga das Pessoas Idosas, os passeios e vias pedonais devem ser bem cuidados, seguros, ter superfícies lisas e antiderrapantes, não devem ter obstáculos o que, os inquiridos referem que se verifica na sede do concelho de Celorico de Basto.

Os transportes públicos ou privados assumem um papel fundamental no quotidiano das pessoas idosas, facilitando a sua deslocação pela cidade e, conseqüentemente, proporcionando o acesso aos serviços necessários promovendo a participação na comunidade (Foreman, Tucker, Flynn, & West, 2003; Mountain, 2004; OMS, 2009).

Assim, tal como afirma a OMS (2009), a qualidade dos transportes de uma cidade influencia a forma como o envelhecimento ativo é promovido nesse meio urbano.

De facto, considerando as limitações motoras resultantes das alterações funcionais e estruturais próprias do envelhecimento (Wagner & Kaufman, 2001), torna-se essencial a existência de alternativas que permitam às pessoas de mais idade deslocarem-se de forma segura e confortável.

Apesar da maior parte dos inquiridos responder que, os transportes existentes são seguros, foi possível verificar que existem algumas lacunas no que diz respeito à rede viária, nomeadamente, os transportes à noite e ao fim de semana e feriados que são reduzidos. Importa referir que, relativamente às informações dos horários e à simpatia dos motoristas as respostas dos inquiridos são positivas, verificando-se assim, que existe suficiente informação sobre a rede viária.

Ainda, relativamente aos transportes, ficou claro que o meio mais utilizado pela população idosa é o autocarro. Foi criticada a sua cobertura bem como a frequência de passagem que é reduzida, complicando-se a situação aos fins-de-semana.

A falta de abrigo, para condições meteorológicas adversas, na maioria das paragens, bem como bancos e a pouca ou nenhuma iluminação foram também mencionados como negativos, pelos inquiridos.

No que refere à questão de segurança rodoviária para idosos e pré-idosos, como já foi referido, os inquiridos apenas apontaram como principais problemas a questão dos transportes públicos serem pouco frequentes à noite e aos fins-de-semana, no entanto, não identificaram situações de insegurança para idosos.

As condições da habitação de uma pessoa idosa são importantes para que esta se mantenha independente, influenciando, tal como descreve a OMS (2009), a qualidade de vida à medida que se envelhece.

De facto, as questões relacionadas com o conforto e segurança na residência não são apenas fundamentais para determinar o risco de quedas na população idosa, mas constituem-se como fatores basilares para a manutenção da saúde e autonomia.

No nosso estudo, grande parte dos inquiridos responderam que, as habitações são seguras, afirmando sentirem-se bem nas suas habitações.

Na habitação, foram sobretudo realçadas as pobres condições que se verificam em grande percentagem das casas dos idosos, tendo sido dados exemplos como o excesso de humidade, o reduzido tamanho das habitações e características estruturais que são limitantes à sua adaptação a necessidades específicas ou à instalação/uso de adaptações/ajudas técnicas.

Nas sociedades atuais, é frequente que as pessoas idosas sejam desrespeitadas, discriminadas e o seu contributo potencial para a sua comunidade ignorado, no entanto, numa Cidade Amiga das Pessoas Idosas (OMS, 2009), as pessoas mais velhas são valorizadas e incluídas na vida da sua cidade, assim como, são proporcionadas condições para que o idoso participe em tomadas de decisão na comunidade, para que a sua opinião seja ouvida e para que as suas necessidades sejam correspondidas, para que, tenham a oportunidade de envelhecer e, acima de tudo, viver com dignidade.

De facto podemos salientar o papel das autarquias envolvidas na participação social dos idosos, pois no que concerne à educação/informação têm implementadas medidas como, a Unidade Móvel de Saúde, a Oficina Móvel Municipal, e o Celorico a Mexer que contribuem para educar e informar os idosos.

Apontamos como exemplo o Celorico a Mexer, que é um programa de animação de idosos e pessoas portadoras de deficiência, com um carácter lúdico e desportivo, mas que promove muitas ações educativas, nomeadamente, ações de ensinamentos de saúde, campanhas de sensibilização sobre burlas e riscos das braseiras, entre outras.

Na nossa investigação, constatamos que a maioria dos participantes se sente minimamente respeitado na sua comunidade, sentem que as suas opiniões são ouvidas e consideradas, referindo que, adicionalmente, as pessoas idosas são usualmente incluídas nas atividades e eventos realizados na comunidade, afirmando que há segurança nos eventos/atividades organizados e que os mesmos são de fácil acesso para idosos.

Segundo a OMS (2009, p. 38), a “participação em atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais realizadas no âmbito da comunidade e da família permitem aos idosos continuarem a exercer as suas competências, a ser objeto de respeito e estima e a manter ou estabelecer relações de apoio e de afeto”, assim como possibilita que estas pessoas se mantenham informadas.

Neste sentido, importa destacar que esta categoria refere-se à participação das pessoas idosas no âmbito de diferentes contextos da sua comunidade.

No nosso estudo, verificamos que a participação dos inquiridos constituintes é influenciada, em grande escala, pelas atividades proporcionadas pelas instituições com que contactam e das quais recebem apoio.

Ainda no que se refere à participação das pessoas mais velhas no voluntariado, a maior parte dos inquiridos respondeu que têm acesso a formação.

No entanto, as condições adversas à sua mobilidade, relacionadas com questões estruturais e arquitetónicas da cidade ou com os transportes constituem uma limitação importante à participação livre destas pessoas. No entanto, os inquiridos responderam que a informação chega com facilidade e que nomeadamente existe divulgação suficiente sobre os eventos/atividades realizados.

Quando participam nestas atividades, os mesmos sentem-se seguros e referem que, a escolha dos espaços, onde as mesmas se realizam, vão de encontro às necessidades dos mesmos, afirmando que têm fácil acesso.

A oferta de atividades foi considerada como grande, diversificada, adequada aos interesses dos idosos, aos seus horários e rotinas, e como tendo um custo, na sua maioria, acessível.

Um pressuposto essencial de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas (OMS, 2009) trata-se do acesso, por parte das pessoas mais velhas, à informação atualizada e completa sobre os recursos que tem à sua disposição.

Por sua vez, esta informação deve ser comunicada e partilhada de forma clara e perceptível, de forma a assegurar que os idosos desenvolvam conhecimento sobre a realidade que os rodeia e, desta forma, possibilitar que estas pessoas tomem decisões informadas e optem conscientemente, pelos recursos, serviços ou atividades que mais se adequam às suas necessidades.

No nosso estudo, os inquiridos referem que, a informação sobre os serviços de apoio social na comunidade e dos serviços de saúde que chega aos idosos e pré-idosos é perceptível e segura, referindo que os principais veículos de informação/educação são: a Câmara Municipal através, da Unidade Móvel de Saúde, do Celorico a Mexer e a Revista Municipal; a Universidade Sénior; as Juntas de Freguesia; o Centro de Saúde e as extensões; e os párocos, nas missas celebradas nas freguesias.

Na perspetiva da OMS (2009, p. 66), para uma população idosa, o apoio comunitário e serviços de saúde disponíveis numa cidade são "fundamentais para a manutenção da saúde e da independência na comunidade". A necessidade destes serviços devem ser suficientes, adequados, acessíveis e de boa qualidade sobretudo para as pessoas mais velhas que, por sua vez, têm maior probabilidade de possuírem problemas de saúde (OMS, 1999).

No caso dos idosos participantes na investigação, constatamos que estes têm bastante conhecimento sobre os serviços de apoio comunitário disponíveis.

Relativamente aos serviços de saúde, alguns dos inquiridos responderam que se mostravam descontentes com, por exemplo, o tempo de espera para as consultas e o número de médicos disponíveis, no entanto, referem que os serviços comunitários e de saúde prestados respeitam as regras de segurança e que é fácil o acesso.

Importa salientar que têm conhecimento que existem serviços de apoio social e de saúde que cobrem todo o concelho e que estes são adaptados à acessibilidade das pessoas idosas e pré-idosas.

No que concerne às informações sobre os serviços de saúde e apoios comunitários os idosos consideram-se bem informados.

Assim, esta investigação permitiu concluir em que aspetos o concelho de Celorico de Basto foi considerado amigo pelas pessoas idosas inquiridas, através de características que permitem ou potenciam o desempenho do idoso numa determinada atividade de forma autónoma.

Através da nossa investigação, face ao enquadramento teórico efetuado e à metodologia utilizada, foi possível concluir que, na perspetiva dos inquiridos, o concelho possui determinadas características que podem ser consideradas como amigas das pessoas idosas, de acordo com o definido pela OMS (2009) uma vez que correspondem às suas necessidades e contribuem positivamente para o seu bem-estar. No entanto, os participantes identificaram, de igual forma, condições que limitam o seu desempenho diário.

No grupo sobre respeito e inclusão social os participantes consideraram que a opinião dos idosos é tão ouvida quanto a das outras pessoas, contudo o seu conhecimento é pouco valorizado e aproveitado. Concluiu-se também que são cada vez mais as pessoas que se aproveitam de alguma fragilidade física e/ou psicológica, ou até do próprio isolamento que é cada vez mais frequente, para cometer, por exemplo, roubos ou utilização de técnicas de venda agressivas.

No grupo participação cívica e emprego ficou clara a dificuldade ou mesmo quase impossibilidade das pessoas idosas terem acesso a um emprego, tendo em conta a situação económica atual, apesar de poderem ser implementadas políticas que facilitem este aspeto.

Relativamente à comunicação e informação, foi considerado que existe divulgação das atividades/eventos e acesso a informações gerais, para com as pessoas idosas.

Na categoria apoio da comunidade e serviços de saúde, foram mencionados os tempos de espera prolongados nos centros de saúde e o custo dos medicamentos, assim como à falta de transportes públicos até algumas unidades de saúde.

### **Estratégias gerais de intervenção do nosso estudo:**

- Criar condições para que as pessoas idosas e pré-idosas vivam da melhor forma possível;
- Eliminar/suavizar as assimetrias existentes entre o modo de vida das pessoas idosas, pré-idosas e da restante população;
- Promover que de Celorico de Basto seja uma das Cidades Amigas das Pessoas Idosas em Portugal.

### **Estratégias de intervenção específicas em cada área:**

#### **Espaços Exteriores e Edifícios**

- Salvar a segurança das pessoas idosas e pré-idosas em geral, dentro e fora das habitações;
- Adaptar as diversas estruturas às necessidades das pessoas idosas e pré-idosas (rebaixamento de passeios e manutenção dos mesmos, correção/manutenção de passeadeiras, melhorias no acesso aos edifícios);
- Salvar a limpeza das ruas e jardins;
- Melhorar a acessibilidade aos edifícios públicos;
- Facilitar o acesso aos sanitários públicos;
- Aumentar o número de espaços de estacionamento de carros.

#### **Transportes**

- Adequar o número e os horários dos autocarros às necessidades das pessoas idosas e pré-idosas;
- Promover a cobertura integral dos transportes públicos no concelho;
- Aumentar e melhorar as paragens dos autocarros;
- Adequar o preço dos transportes públicos ao universo económico das pessoas idosas e pré-idosas.

### **Habitação**

- Melhorar as condições habitacionais dos idosos e pré-idosos, nomeadamente, eliminar as barreiras arquitetónicas, eliminar as humidades, e o frio, melhorando assim o conforto habitacional;
- Promover melhores acessos às habitações, permitindo a acessibilidade a serviços de emergência;
- Aumentar o número de serviços de apoio ao domicílio, com objetivo dos idosos envelhecerem em casa;
- Aumentar o número de habitações arrendáveis e a custo controlados.

### **Participação Social**

- Devem-se propagar por mais instituições as atividades de lazer (e.g. excursões) pelo que, estas atividades são essencialmente promovidas pela Câmara Municipal;
- Promover mais ações de voluntariado e inclusão de voluntários nas mesmas.

### **Respeito e Inclusão social**

- Criar mais atividades intergeracionais, principalmente para as pessoas idosas, pré-idosas e as crianças;
- Abordar nas escolas mais temas relacionados com o envelhecimento;
- Promover a valorização das pessoas idosas e pré-idosas.

### **Participação Cívica e Emprego**

- No concelho as ofertas de emprego são escassas, para as pessoas idosas e pré-idosas deve-se portanto promover a empregabilidade e ações de voluntariado que integrem as pessoas mais velhas.

### **Comunicação e Informação**

- Promover o contato das pessoas idosas e pré-idosas com as TIC, nomeadamente, computadores e telemóveis;
- Promover a compreensão da informação por parte dos idosos e pré-idosos;
- Divulgar dos seus direitos e benefícios em geral dos idosos e pré-idosos;

### **Serviços Comunitários de Saúde**

- Tornar o acesso aos serviços de saúde mais económicos dos idosos e pré-idosos;
- Melhorar o atendimento a pessoas e pré-idosas;
- Incrementar os cuidados de saúde nos Serviços de Apoio Domiciliário.

## Bibliografia

Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Lusografe.

Alves, M. (1999). Representações sociais do corpo envelhecido. In: Mota, J. & Carvalho, J. (Eds.). *Actas do Seminário: A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física* (pp.166-176). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Amorim, F. & Dantas, E. (2002). Autonomia e resistência aeróbica em idosos. *Fitness e Performance Journal*. n.º 1, pp. 47-59.

Amorim, F. & Dantas, E. (2003). Resistência aeróbica e idosos. In: Dantas, E. & Oliveira, R. (Eds.). *Exercício, Maturidade e Qualidade de Vida* (pp. 23-48). Rio de Janeiro: Editora Shape Antunes.

Amudsen, R. (1999). Effects of age on joints and ligaments. In: Kauffman, T., Jackson, O., Reynolds, P. & Allen, A. (Eds.). *Geriatric Rehabilitation Manual*, (1.ª ed., 4, pp.14 – 16). Philadelphia: Churchill Livingstone.

Amyot, J. (1994). *Travailler auprès les personnes âgées*. Toulouse: Privol.  
Appell, H. & Mota, J. (1991). Desporto e Envelhecimento. *Revista Horizonte*, vol. XIII, 44, pp. 43-45.

Arent, S., Landers, D. & Etnier, J. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: a meta – analitic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, pp. 407 – 430.

Arnol, S. (1991). *Measurement of quality of life in the frail elderly*. California: Academic Press, pp. 50 – 73.

Azeredo, Z. (2011) *.O Idoso como um todo*. Viseu. Psicosoma. Banister, D., Bowling, A., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2003). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6, 4, pp. 355 – 371.

Baker, G. & Smith, D. (1992). What patients think, feel and do, and how this relates to clinical trials. *Medical Meeting Séries*, 1, pp. 33-40.

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model selective optimization with compensation In: Baltes, P. & Baltes, M. (Eds.). *Successful aging: Perspectives from behavioural sciences*, (pp. 1-34), New York: Cambridge University Press.

Baltes, M. & Silverberg, S. (1994). The dynamics between dependency autonomy: illustrations across the life span. *Life Span Development and Behaviour*, 12, pp. 41 – 81, New Jersey: LEA.

Baltes, M. & Silverberg, S. (1995). *A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida*. Campinas: Papyrus.

Barata, T. & Clara, H. (2007). *A actividade física nos idosos: actividade física e medicina moderna*. Odivelas: Europress.

Barreiros, J. (1999). Envelhecimento e Lentidão Psicomotora. In: Correia, P., Espanha, M. & Barreiros, J. (Eds.). *Simpósio envelhecer melhor com a actividade física*, (pp. 63 – 70), Lisboa: FMH Edições.

Barreto, A. (2000). *Portugal e a Europa: quatro décadas*. Lisboa: ISCTE.

Barros, J. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: ASA.

Bech, P. (1993). Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychotherapy and psychosomatic*, 59, pp. 1-10.

Bento, J. (1999). O idoso: a geração do próximo milénio. In: Mota, J. & Carvalho, J. (Eds.). *Actas do Seminário: A qualidade de vida do idoso: o papel da actividade física* (pp. 118-133). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Bento, J. (2000). Apontamentos da janela da minha idade. In Júnior, A., Decaro, P. & Sanches, J. (Eds.). *Actas do Seminário: III Seminário Internacional sobre*

*Atividades Físicas para a Terceira Idade* (pp. 1-22). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Benedetti, T., Gonçalves, L. & Mota, J. (2007). Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enferm*, 16, 387-398.

Berger, B. & McInman, A. (1993). Exercise and the Quality of Life. In: Singer, R., Murphey, M. & Tennant, L. (Eds.). *Handbook of research on sport psychology* (pp. 729-760). New York: Macmillan Publishing.

Berger, L. & Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Birou, A. (1978). *Dicionário das Ciências Sociais*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Birren, K. & Scrnoots, J. (1995). *History, concepts and theory in the psychology of aging*. California: Academic Press.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, pp. 47-50.

Born, T. & Boechat, N. (2006). *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bowling, A. (2001). *Measuring Disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales*, (2.ª ed.). Buckingham: Open University.

Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos*. Porto: Laboratórios Bial.

Brown, J., Bowling A. & Flynn T. (2004). Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of literature. *European Forum on Population Ageing Research*.

Brownson, R., Baker, E., Housemann, R., Brennan, L. & Bacak, S. (2001). Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States. *Public Health*, 91, pp. 1995 – 2003.

Câmara Municipal de Aguiar da Beira (2008). Seniores em Atividade [citado a 11 de Novembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.cmaguiardabeira.pt/portal/page?\\_pageid=280,4044450&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.cmaguiardabeira.pt/portal/page?_pageid=280,4044450&_dad=portal&_schema=PORTAL).

Câmara Municipal de Portimão (2009). *Portimão sénior – guia 2009*. Portimão: Câmara Municipal de Portimão.

Câmara Municipal de Portimão (2009). “Sábados + Ativos” são novidade. [citado a 11 de Novembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.cmportimao.pt/portal\\_autarquico/portimao/v\\_ptPT/menu\\_municipal/sala\\_imprensa/notas\\_imprensa/2009/IMP\\_20091112\\_ProExeSauProEsl.htm](http://www.cmportimao.pt/portal_autarquico/portimao/v_ptPT/menu_municipal/sala_imprensa/notas_imprensa/2009/IMP_20091112_ProExeSauProEsl.htm).

Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (2007). 2ª Linha estratégica de desenvolvimento – afirmar o concelho em Portugal e no Mundo [citado a 11 de Novembro de 2010]. Disponível em URL: <http://www.cmvnfamalicao.pt/orcamento2007/2.htm>.

Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (2007). Relatório de gestão 2007 e documentos de prestação de contas [citado a 11 de Novembro de 2010]. Disponível em URL: <http://www.cm-vnfamalicao.pt/relatorioecontas2007/solidariedade.htm>.

Câmara Municipal Vila Nova de Famalicão (2010). Atividades seniores [citado a 11 de Novembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.cmvnfamalicao.pt/atividades\\_senior](http://www.cmvnfamalicao.pt/atividades_senior).

Camões, M. & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 42, 208-216.

Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russel Sage Foundation.

Capersen, C., Powell, K. & Christenson, G., (1985). Physical activity, exercise and fitness: definitions and distinctions for health research. *Public Health*, 100, pp. 126 – 131.

Canário, R. (1999). *Educação de adultos, um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Canadian Center for Activity and Aging (2010). Exercise Classes [em linha]. Canadá: Centro de Actividade e Envelhecimento do Canadá [citado a 10 de Setembro de 2010]. Disponível em URL: [http://www.uwo.ca/actage/exercise\\_classes.html](http://www.uwo.ca/actage/exercise_classes.html).

Care & Repair England.(2009). Time to adapt: Home adaptations to older people: the increase in need and future of state provision. News and Policy Update, Spring.

CARNEIRO, Liciania Correia; Kluppel Berta Lúcia Pinheiro - Estudo da relação entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados. 2008 – VIII conhecimento em debate. [consultado em 10/02/2010]. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br>.

Carte, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, J. (1999). Aspectos metodológicos no trabalho com idosos. In Mota, J. & Carvalho, J. (Eds.). *Actas do Seminário sobre a Qualidade de Vida no Idoso* (pp. 95-104). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Caserotti, P., Aagaard, P., Simonsen, E. & Pugaard, L. (2001). *Contraction specific differences in maximal muscle power during stretch-shortening cycle movements in elderly males and female*, 3, pp. 206-12.

*Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano / BCG – Boston Consulting Group (2008). Estudo de Avaliação das Necessidades dos Sêniores em Portugal. Lisboa: Fundação Aga Khan Portugal.*

Cerrato, I. & Trocóniz, M. (1998). Successful aging. But, why don't the elderly get more depressed? *Psychology in Spain*, 1 (2), 27- 42.

Cheng, S., Chan, A. & Phillips, D. (2004). Quality of life in old age: an investigation of well older persons in Hong Kong. *Journal of Community Psychology*, 32, 3, pp. 309-326.

Coelho, J. (2004). A Terceira Idade. *Diário de Notícias*, Edição de 4 de Abril de 2004.

Colavitti, F. (2004). Epidemia de gordura. *Revista Galileu*. Edição 160 de 10 Out. Consultada em Out. 2004 e disponível em <<http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT832682-1706-4,00.html>>.

Costa, A. (2003). Contornos bio-psico-sociais do envelhecimento. *Hospitalidade*, 260, 10-14.

Costa, M. (1998). *Enfermeiros: dos processos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.

Couvrer, C. (2001). *A qualidade de vida – arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.

Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12, 1, pp. 1-13.

Cummins, R. (1997). *Assessing quality of life*. In: R. I. Brown (Ed.). *Quality of life for people with disability: Models, research and practice*, 2.<sup>a</sup> ed. (pp. 116-150). Cheltenham: Stanley Thornes.

Cummins, R. (2000). Objective and subjective: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.

Daly, M. & Spinks, W. (2002). Exercise, Mobility and Aging. *Sports Medicine*, 29, 1, pp. 1-12.

Dâmaso, A. (1995). *Obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo: Efsp.

Daré, A. (2010). *Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.

Daubney, M. & Culham, E. (1999). Lower-extremity muscle force and balance performance in adults aged 65 years and older. *Physical Therapy*, 79, 12, pp. 1177 – 1185.

Davey, J., Joux, V., Nana, G. & Arcus, M. (2004). *Accommodation Options for Older People in Aotearoa/New Zealand*. New Zealand: Centre for Housing Research Aotearoa/New Zealand.

Decreto-Lei n.º 119/83, Diário da República, 1.ª Série, de 25 de fevereiro de 1983, pp. 643-656.

Departamento Estatísticas Censitárias População (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, pp. 185-208.

Department of Health and Human Services (2008). *Physical activity guidelines for American U.S. Department of Health and Human Services*, 30-34.

Department of Sport and Recreation (2001). *Older adults: getting active*. Australia: New Southwales.

Despacho normativo n.º 12/98, Diário da República, 1.ª Série B, de 25 de fevereiro de 1998, pp. 766-775.

Devinsky, O. (1995). Outcome research in neurology: Incorporating health related quality of life. *Annals of Neurology*, 37, 2, pp. 141-142.

Dias, I. & Afonso, A. (1999). A pessoa idosa na cidade do Porto. *Revista Horizonte*, 15, 88, pp. 20-26.

Duarte, A. (1999). A motivação para a prática da actividade física no idoso. In Mota, J. & Carvalho J. (Eds.). *Actas do Seminário: A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física* (pp. 84-94). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Eagly, A. & Chaiken, S. (1998). Atitude Structure and function. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey, *The handbook of social psychology*. Boston: McGraw-Hill. 1: 269-322.

Ermida, J. (2000). *Envelhecimento e Exercício Físico*. Coimbra: Editora Quarteto.

Esteves, A. (1995). *Jovens e Idosos. Família, escola e trabalho*. Porto: Edições Afrontamento.

Eurobarometer (2004). The citizens of the European Union and sport. TNS Opinion & Social, 213. Brussels: European Commission.

Faria J. (1997). *Actividades Físicas para a Terceira Idade*. Brasília: Sesi.

Faria J. (1999). Idosos em movimento mantendo a autonomia: um projecto para promover a saúde e a qualidade de vida através de actividades físicas. In Mota, J. & Carvalho, J. (Eds.). *Actas do Seminário: A qualidade de vida do idoso: o papel da actividade física*, (pp. 36-49). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Faria J., Marques A., André G. & Kriegel. R. (1998). *Actas do II Seminário Internacional sobre actividades físicas para a terceira idade*. Rio de Janeiro.

Fava, G. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, pp.171-179.

Ferneda, F., Sebastini, F., Giumbelli, I., Marques, P, Benedetti, T. & Lopes, M (2005). Programa de atividade física para a terceira idade da UFSC: 20 anos a serviço da comunidade. *Revista eLENICA de extensão*, 3, 3-37.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras : Celta Editora.

Ferreira, L. (1999). Pós-competição e 3.<sup>a</sup> idade. *Actas de Seminário : A recreação e lazer da população com necessidades especiais*. Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Ferreira, N. (2006). A gestão da educação e as políticas de formação de

profissionais da educação: desafios e compromissos. In: Ferreira, N. *Gestão democrática da educação: atuais tendências, novos desafios*. 5.ª ed. São Paulo.

Ferreira, B. (2008). *O conceito de Qualidade de Vida inserido na atividade física: reflexão sobre concepções e evidências*”, Revista Digital - Buenos Aires. Ano 13 - N° 122 – Júlio. [consultado a 10/01/2010]. Disponível em <http://www.efdeportes.com>.

Ferreira, J. & Novo, R. (2006). Avaliação da Discriminação Social de Pessoas Idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77.

Fiatarone-Singh, M. (1998). Body composition and weightcontrol in older adults. In Lamb, D. & Murray, R. (Eds.). *Perpectives in exercise science and sports medicine : exercise nutrition and weight control* (11, pp. 243 – 288). Carmel: Cooper.

Flanagan, J. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, pp. 56-59.

Fleck, A. (2008) - *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed editora.

Fontaine, R. (1999). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Foreman, C., Tucker, L., Flynn, J., & West, M. (2003). *Senior Transportation Alternatives: Why Are They Important and What Makes Them Work?* Acedido a 01 de Outubro, 2010, em <http://www.nctr.usf.edu/pdf/473-09.pdf>.

Fragoso, M. & Vieira, M. (1999). Variabilidade morfológica no idoso. *Envelhecer melhor com a actividade física. Atas do simpósio 99* (pp. 131-142). FMH edições.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.

Fox, K., (2000). Self-esteem, Self-perceptions and Exercise. *Sport Psychology*, 31, pp. 228 – 240.

Géis, P. (1996). *Tercera Edad, Actividade Física Y Salud – Teoria e Prática*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Geis, P. (2003). *Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: Teoria e prática (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.

Giddens, A. (2009). *Sociologia (7ª ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Gitlin, L. (2003). Conducting Research on Home Environments: Lessons Learned and New Directions. *The Gerontologist*, 43 (5), 628–637.

Gomes, A. (2000). Como envelhecemos. *Revista Informar*, 6, pp. 22-23.

Gonçalves, C. (2002). Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal. *Revista de estudos demográficos*, 35 (6), 143- 169.

Grafmeyer, Y. (1994). *Sociologia Urbana*. Mem Martins: Publicações Europa-América Lda.

Grogger, L. (1995). A nursing home can be a home. *Journal of Ageing Studies*, 9, 2, 137-153.

Guedes, D. & Guedes, J. (1995). *Prescrição e orientação da actividade física direccionada à promoção de saúde*. Londrina: Miograff.

Guedes, D. & Guedes J., (1998). *Controle do peso corporal, composição corporal, actividade física e nutrição*. Londrina: Miograff.

Guedes, O. (2001). *Idoso, Esporte e Actividades Físicas*. Brasil: Ideia Editora.

Guerra, I., Pereira, S. & Fernandes, M. (2007). *Contributos para o plano estratégico de habitação 2008/2013: Políticas de habitação*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa.

Guimarães, J. (1985). *Alterações mentais na Doença de Parkinson*. Lisboa: Sociedade das Ciências Médicas.

Halpern, A., Mattos, A. Suplicy, H., Manchei, M. & Zanello, M. (1998). *Obesidade*. São Paulo: Lemos Editorial.

Wagner, M. , & Kaufman, T. (2001). Mobility. In Bonder B. & Wagner, M. (Eds.). *Functional Performance in Older Adults (2.ª ed.)*. Philadelphia: F. Davis Company.

Hawkins, B., Binkley, A., Eklund, S. & Gingyl, Y. (1998). Cross-cultural comparisons of the daily activity patterns and life satisfaction of older adults in China Australia and United States of America. *Journal of Cross-cultural Psychology*, pp. 4 – 10.

Heikinnen, R. (2000). Ageing in autobiographical context. *Ageing and Society*, 20, pp. 467-483.

WHO (2002). Active ageing: a policy framework [em linha]. Madrid: World Health Organization [citado a 22 de Outubro de 2009]. Disponível em URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).

Hilgert, F. & Aquini, L. (2003). Actividade Física e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Horizonte*, 19, 109, pp. 3-9.

Hoehen, M. & Yahr, M. (1967). *Parkinsonism, onset, progression and mortality*, *Neurology*.

Homeshare NSW (2007). Information for potential Homesharers. New South Wales: Benevolent Society.

Hortelão, A. (1994). Envelhecimento e qualidade de vida. *Servir* 52, 3, pp. 119 – 131.

Instituto Nacional de Estatística (1999). *As gerações mais idosas. Série de estudos*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2000). *As gerações mais idosas: Um retrato no final do século*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio económica recente das pessoas idosas*. Serviço de estudos sobre a população do departamento de estatísticas censitárias e da população.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos: XV recenseamento geral da população: V recenseamento geral da habitação*.

Jornal de Notícias de 02/03/06. "Instituições reconhecem importância dos Idosos", p. 2.

Instituto Politécnico de Bragança (2010). Projeto "+ Idade, +Saúde" [citado a 10 de Setembro de 2010]. Disponível em URL: [http://portal2.ipb.pt/portal/page?\\_pageid=233,779097&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&pag=ESE\\_IDADE\\_SAUDE](http://portal2.ipb.pt/portal/page?_pageid=233,779097&_dad=portal&_schema=PORTAL&pag=ESE_IDADE_SAUDE).

Karoly, P. (1985). The logic and character of assessment in health psychology: perspectives and possibilities. In Karoly, P. (Eds.). *Measurement strategies in health psychology* (pp. 3-45). New York: John Wiley Sons.

Kreickemeier, A. & Román, M. (2000). *Directory of Homeshare Programmes*. Oxford: Homeshare International.

Kielhofner, G. (2008). Doing and Becoming: Occupational Change and Development. In Kielhofner G. (Ed.). *Model of Human Occupation: theory and application (4ª ed.)* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Laessoe, U., Hoeck, H. , Simonsen, O., Sinkjaer, T., & Voigt, M. (2007). Fall risk in an active elderly population can it be assessed? *Journal of Negative Results in BioMedicine*, 6 (1), 2.

- Lago, I. (1995). *Emagrecer uma postura de vida*. Curitiba: Escritório Editorial.
- Land, K. (2001). Models and Indicators. *Social Forces*, 80, 2, 381-410.
- Leirisport (2008). *Regulamento – ano letivo 2008/2009*. Leiria: Leirisport.
- Leirisport (s/d). *Convívio, saúde e bem-estar – Viver Activo: programa de atividade física para a terceira idade*. Leiria: Leirisport.
- Leventhal, H. & Colman, S. (1997). Quality of life: A process view. *Psychology and Health*, 12, pp. 753-767.
- Lieberman, A. (1979). *Dementia in Parkinson's Disease*. Annals of Neurology.
- Lifetime Homes (2010). *Revised Lifetime Homes Standard*. London: Habinteg.
- Lima, M. (1999). A Gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade. In: *textos sobre o envelhecimento*. Rio de Janeiro.
- Lima, A. & Viegas, S. (1998). A diversidade cultural do envelhecimento para a construção da categoria de velhice. *Psicologia Social*, pp. 149-158.
- Lemos, M. (2005). *As Misericórdias Portuguesas na assistência aos idosos*. Lisboa: Fundação Oriente.
- Llano, M., Manz, M. & Oliveira, S. (2004). *Para envelhecer saudavelmente – guia prático de atividade física para a terceira idade*. Cacém.
- Lohman, T. (1992). *Advances in body composition assessment. Current issues in exercise science series*. Champaign: Human Kinetics.
- Longworth, N. (2005). *El aprendizaje a lo largo de la vida en la práctica – transformar la educación en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Lopes, K. & Oliveira, R. (2003). *Envelhecimento, Depressão e Exercício Físico*. Rio de Janeiro: Editora Shape.

- Maffei, W. (1978). *Os fundamentos da medicina*. São Paulo: Artes Médicas.
- Magalhães, D. (1987). *Invenção da velhice*. Rio de Janeiro: Editora do Autor.
- Mancini, M. (2002). Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. *Revista Obeso*, 3, 11, pp. 8 – 13.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2004). *Metodologia científica* (4.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Atlas.
- Marivoet, S. (2003). Assimetrias na participação desportiva: os casos de Portugal e Espanha no contexto europeu. *Movimento*, 9, 53-70.
- Marote, A., Cármen, M., Leodoro, S. & Pestana, V. (2005). Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da região autónoma da Madeira. *Revista Sinais Vitais*, 61, pp. 6-15.
- Marques, M. (1994). *Qualidade devida – Notas a pretexto de usos e abusos de um conceito*. *H.P.V.*, 2, pp. 205-210.
- Martin, S. & Aldegues, P. (1990). *Epidemiologia de la vejez. Que edad tendra usted cuando cumpla 70 años?* Madrid: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Matsudo, S. (2004). Envelhecimento, Actividade Física & Saúde. In: Safons M. & Pereira, M. (Eds.). *Educação Física para Idosos: por uma prática fundamentada. XII seminário internacional sobre actividade física para a 3.<sup>a</sup> idade*. Brasília.
- Mazo, G., Lopes, A. & Benedetti, B. (2001). *Actividade Física e o Idoso: Conceção Gerontológica*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Mazo, G., Lopes, M. & Benedetti, T. (2004). *Atividade física e o idoso – concepção gerontológica*. 2.<sup>a</sup> edição (pp. 239-245). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Mazzeo, R., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E. & Startzell, J. (1998). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30, 6, pp. 1 – 25.

McHauley, E. (1992). Understanding Exercise Behaviour: A self-efficacy perspective. In G. Roberts (Eds.). *Motivation in sport and exercise*, Champaign: Human Kinetics, pp. 107-127.

McKenzie, S. (1980). *Aging and old age*. Illinois: Scott, Foresman and Company.

McPherson, B. (1999). Population Aging and Leisure in a Global Context: Factors influencing inclusion and exclusion within and across culture. *World Leisure & Recreation*, 41, 3, pp. 5 – 10.

Meier, M. & Martin, W. (1970). *Intelectual changes associated with Levodopa therapy*. J. Am. Med.

Meneses, M. & Theive, H. (1996). *Doença de Parkinson, aspectos clínicos e cirúrgicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Miller, O. (1988). *Diagnóstico e terapêutica em Medicina Interna* (14.ª ed.) Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). *Plano Nacional de Ação para a Inclusão 2006-2008*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Moreno, A. (1999). O idoso e as idades. In: Correia, P., Espanha, M. & Barreiros J. (Eds.). *Envelhecer Melhor com a Actividade Física: Actas do simpósio* (pp.13-22). Lisboa: Edições FMH.

Morhy, L. (1999). *Humanidades*. Brasília: UNB.

Mota, J. (1999). Promoção da actividade física nos idosos: uma perspectiva global. In: Mota, J. & Carvalho, J. (Eds.). *Actas do seminário, a qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física* (pp.20-24). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de educação Física. Universidade do Porto.

Mota, J. (2002). *Envelhecimento e Exercício – Actividade Física e Qualidade de Vida na População Idosa*. São Paulo: Editora Manole.

Najas, M. & Pereira, F. (2002). *Nutrição - Tratado de Geriatria*. Guanabara Koogan.

National Association of Adult Placement Services (2011). *Homeshare Practice Guide*. Liverpool: NAAPS UK.

National Institute of Dental and Craniofacial Research (2000). *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*. Rockville, Md.: US Public Health Service, Department of Health and Human Services.

Néri, A. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo: Papirus.

Néri, A. (1995). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Papirus.

Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (2.º vol.). Lisboa: Universidade Aberta.

Neto, M., Klein, E. & Brito, F. (2006). *Avaliação geriátrica multidimensional* (2.ª ed). São Paulo Atheneu.

Neves, G. & Bastos, L. (1986). *Doença de Parkinson e o Tremor Essencial, Suas Relações*. Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, Lisboa.

Noll, H. (2000). *Social Indicators and Socialreporting: The international experience, in Canadian Council on social development (Ed.)*. Ottawa Symposium on Measuring Wellbeing and social indicators.

Norman, K. (1995). *Exercise programming for older adults*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.

Novaes, M. (1995). *Conquistas Possíveis, Roturas Necessárias*. Rio de Janeiro: Nau Editora.

Nunes, J. (2004). *Actividade Física e Osteoporose. Tópicos em Actividade Física & Saúde II*. Panamá.

O'Donnell, M. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1, 1, pp. 4 - 5.

Ogden, J. (2019) Theory and measurement: Conceptualization, operationalization and the example of health status. In: A Vingerhoets (Eds.). *Assessment in behavioral medicine* (pp. 73-90). Hove: Brunner- Routledge.

Oliveira, B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*, Livpsic, 2.<sup>a</sup> ed. OMS (2001). *Health and Ageing*. Genebra. Department of Health Promotion.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (3.<sup>a</sup> ed.). Porto: Legis Editora.

Organização Mundial de Saúde. (1997). The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5, 1, pp. 2 – 8.

Organização Mundial da Saúde. (2002), *Active ageing: A policy Framework*. Genebra.

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Organização das Nações Unidas. (2003). *Report of the Second World Assembly on Ageing*. New York: United Nations.

Osório, A. (2005). *Educação permanente e educação de adultos*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.

Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Orley, J. (1994). The World Health Organization (WHO) Quality of life Project. In: Trimble, M. & Dodson, W. (Eds.). *Epilepsy and quality of life* (pp. 99-117). New York Raven.

Osada, H., Shibata, H., Watanabe, S., Kumagai, S. & Susuki, T. (2000). The relationship between psychological well-being and physical functioning in Japanese urban and rural older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, pp. 140 – 147.

Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2006). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*. 27, 873-884.

Pasikowski, T. & Seck, H. (1995). Quality of life, health experiences and sense of coherence. In: Marín, J. (Eds.). *Health psychology and quality of life research* (pp. 77-87). 8th Annual Conference of the European Psychology Society.

Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Empresa Gráfica do Norte, Lda.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2003). Psychosocial profile in rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8, 3, pp. 160-167.

Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análises y Modificación de Conducta*, 18, pp. 167-201.

Peleteiro, S. (1994). *Viver em Forma Todo o Ano*. Lisboa: Edideco.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família – contextos e trajetórias* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Perracini, M. (2006). *Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.

“Plataforma contra a obesidade”. O Primeiro de Janeiro de 31/05/07. Retirado de <http://www.oprimeirodejaneiro.pt/?op=artigo&sec>.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Análise de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5.ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Quartilho, M. (2010) - Qualidade de vida, felicidade, saúde , bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa?. In Canavarro, m & Vaz Serra, A (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 55- 126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Quivy, R. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.

Ratzka, A. (2001). A história da Sociedade inclusiva na Europa. In *Seminário Internacional Sociedade Inclusiva*. PUC Minas Gerais.

Reed, J., Cook, G., Sullivan, A. & Burrige, C. (2003). Making a move: care-home residents experiences of relocation. *Ageing and Society*, 23, pp. 225-241.

Ribeiro, J. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In: McIntire, T. (Eds.). *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In: Ribeiro J. (Eds.). *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ritsatakis, A. (2008). *Demystifying the Myths of Ageing*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde.

Roche, A., Heymsfield, S. & Lohman, T. (1996). *Human Body Composition*. United States of America: Human Kinectics.

Rodrigues, A. (1992). Atitudes sociais: nossos sentimentos pró e contra objetos sociais. In: A. Rodrigues. *Psicologia social para principiantes*. (pp. 33-41). Petrópolis: Ed. Vozes.

Rodrigues, A. (1992). Atitudes sociais: nossos sentimentos pró e contra objetos sociais. In: A. Rodrigues. *Psicologia social para principiantes*. (pp. 33-41). Petrópolis: Ed. Vozes.

Rodrigues, M. (2003). Percepção da qualidade de vida dos idosos maiores de 75 anos no concelho de Vila Nova de Gaia. (Dissertação de Tese de Doutoramento).

Rodrigues, A., Assmar, E. & Jablonski, B. (2007). *Psicologia Social*. 21.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.

Rodrigues, J. & Fernandes, F. (1991). *Durkheim*. São Paulo: Ed. Ática.

Rosser, R. (1992). Index of health-related quality of life, in A. Hopkins (eds.), *Measures of quality of life and uses to which such measures may be put*. London: Royal College of Physicians.

Rubenstein, L., Josephson, K., Thueblood, P., Loy, S., Harker, J., Pietruszka, F. & Robbins, A. (2002). Effects of a group exercise program on strenght, mobility and falls among fall-prone elderly men. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55, 6, pp. 317-321.

Safons, M. (1999). Algumas considerações sobre o envelhecimento e actividade física. *Revista Humanidades*, 46, pp. 25 – 43.

Safons, M. (2000). Contribuições da actividade física para a melhoria da auto-imagem e auto-estima dos idosos. *Revista Digital*, 5, 22.

Santos, J. (2002). Envelhecimento, actividade física e nutrição. *Revista Horizonte*, 17, 104, pp. 21-25.

Sardinha, L. & Baptista, F. (1999). Programas de actividade física no Concelho de Oeiras. In Mota, J. & Carvalho, J. (Eds.). *Actas do Seminário: A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física* (pp. 54-64). Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.

Schipper, H., Clinch, J. & Powell, V. (1990) Definitions and conceptual issues. In Silker B. (Eds.), *Quality of life assessments in clinical trials*. New York Raven, pp. 11 – 24.

Schroots, J. & Birren, J. (1990). *Health and aging*. Svanborg (Eds.).

Schumaker, S., Anderson, R. & Zajkowsky, S. (1990). Psychological tests and scales. In Silker, B. (Eds.), *Quality of life assessments in clinical trials*. New York Raven, pp. 95 – 113.

Shepard, R. (1997). *Aging, Physical Activity and Health*. Human Kinetics Publishers.

Silva, A. (1990). *Educação de Adultos – Educação para o desenvolvimento*. Porto: Edições Asa.

Silva, Bento (1999). Questionar os fundamentalismos tecnológicos: Tecnofobia versus Tenolatria. In Dias, P & Freitas, V. (org.), *Actas da I Conferência Internacional Desafios '99*. Braga: Centro de Competência da Universidade do Minho do Projeto Nónio, pp. 73-89. (ISBN: 972-98456-0-3).

Soares, K. Sociedade da Melhor Idade. Retirado em 22/11 2001 Disponível em: <[http://www.katerinesoares.hpg.ig.com.br/Sociedade/9/index\\_hpg.html](http://www.katerinesoares.hpg.ig.com.br/Sociedade/9/index_hpg.html)>.

Sousa, L. & Figueiredo, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, 109-122.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2002). Easy care: Um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 1.º quadrimestre de 2002.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 3, São Paulo.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família – Os cuidados familiares na velhice* (2.<sup>a</sup> ed.). Porto: Âmbar.

Spilker, B. (1990). Introduction. In Spilker, B. (Eds.). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York Raven, pp. 3 – 9.

Spiriduso, W. (1994). Physical activity and aging: retrospection and visions for the future. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2, pp. 233-242.

Spiriduso, W. (1995). *Physical dimension of aging*. Human Kinetics Publishers. Champaign, Illinois.

Steinheilber, M. (2003). Qualidade de vida. *Fitness & Performance Journal*, 2, Rio de Janeiro.

Stew, G. (1996). New meanings: a qualitative study of change in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 23, pp. 587-593.

Tanner, B., Tilse, C. & Jonge, D. (2008). Restoring and Sustaining Home: *The Impact of Home Modifications on the Meaning of Home for Older People*. *Journal of Housing for the Elderly*, 22 (3), 195-215.

Tanner, B., Tilse, C. & Jonge, D. (2008). Restoring and Sustaining Home: *The Impact of Home Modifications on the Meaning of Home for Older People*. *Journal of Housing for the Elderly*, 22 (3), 195-215.

The Care & Repair England News and Policy Update (Spring 2009 edition).

The Whoqol Group (1994). The development in the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In Orley J. & Kuwken, W. *Quality of life assessment: international perspectives* (pp. 41-60). Heidelberg: Springer Verlag.

Tideiksaar, R. (2001). Falls. In Bonder B. & Wagner M. (Eds.). *Functional Performance in Older Adults* (2.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: F. Davis Company.

Tinetti, M. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly persons. *Geriatric Society*, 34, pp. 119 – 126.

UNESCO (1986). *Quarta Conferencia Internacional da UNESCO sobre a educação de adultos – recomendações*. Lisboa: Ministério de Educação e Cultura.

UNESCO (1998). *V conferência internacional sobre a educação de adultos*. Hamburgo. Declaração final e agenda para o futuro. Lisboa. Lisboa: Ministério da Educação e Cultura.

Vargas, H. (1983). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Fundo Editorial Byk - Prociencx.

Vala, J. (1997). *Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 353-415.

Vecchia, Roberta, D., Ruiz, T., Eduardo, J. (2005). *Qualidade de Vida na terceira idade: um conceito subjetivo*. *Epidemiol* 8, pp. 246 – 252.

Vieira, A. (2001). *Nutrição e Envelhecimento*. Coimbra: Quarteto.

Vieira, A. (2002). Um país de contrastes. *Fórum Ambiente*, 80, pp. 18-27.

Wagner, M., & Kaufman, T. (2001). Mobility. In Bonder, M., & Wagner, M. *Functional Performance in Older Adults* (2ª ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12.

World Health Organization, (1998). *The World report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All*. Geneve.

Wilcox, S., Bopp, M., Oberrecht, L., Kammermann, S. & McAlmurray, C. (2003). Psychosocial and perceived environmental correlates of physycal activity in rural and older African American and white woman. *Psychological Sciences*, 58, 6, pp. 329 – 337.

Williams, T. (1996). Geriatrics: Perspective on quality of life and care for older people. In Spilker, B. (Eds.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 803-807). Philadelphia: Lippincott & Wikins.

Willis, J. & Campbell, L. (1992). *Exercise Pshycology*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.

World Health Organization (1996). *The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons*. Aging and Heath Programs. Division of Health Promotion, Education and Communication.

World Health Organization (1998). *Growing Older, Staying Well. Aging and Physical Activity in Everyday Life*. World Health Organization – Aging and Health Programme, Geneva.

Yakovlev, P. (1966). *The Central «Paradox» of Parkinson's Disease*. Neurosurg.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2.<sup>a</sup> ed.) Thousand Oaks: Sage Publications.

Zambrana, M. (1991). Dossier: O desporto e a 3.<sup>a</sup> idade. *Revista Horizonte*, 8, pp. 1 - 8.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

# **ANEXOS**



## Lista de Verificação de Características Fundamentais das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, da OMS – Organização Mundial da Saúde

A presente Lista de Verificação, foi elaborada a partir da Lista originalmente produzida pela OMS e destina-se a ser utilizada pelas pessoas que querem tornar as suas cidades mais amigas das pessoas idosas. A Lista é uma ferramenta de auto-avaliação em 8 áreas:

Espaços Exteriores e Edifícios; Transportes; Habitação; Participação Social; Respeito e Inclusão Social; Participação Cívica e Emprego; Comunicação e Informação e Serviços Comunitários e Saúde.

A Lista contém várias questões que descrevem o quanto a cidade é amiga dos idosos. Os participantes devem avaliar cada uma das questões, assinalando com um X as que consideram mais apropriadas.

Para que a Lista de Verificação seja eficaz, as pessoas com 55 ou mais anos, devem ser envolvidas como parceiros de pleno direito, não só na verificação dos aspectos positivos e deficiências da cidade em que vivem, mas devem também participar na sugestão de mudanças e implementação das melhorias.

A recolha destes dados é confidencial e anónima.

Muito obrigada pela cooperação!

### A. CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL / SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

6. Estado civil:  Casado(a) / União de facto  Divorciado(a) / Separado(a)  Solteiro(a)  Viúvo(a)

7. Situação perante o trabalho:  Empregado(a)  Desempregado(a)  Trabalhador por conta própria

Voluntário(a)  Reformado(a)  Outra: \_\_\_\_\_

8. Profissão (actual ou a última exercida): \_\_\_\_\_

9. Habilitações escolares completas:  Inferior à escolaridade básica Básico (7.º ao 9.º)  Secundário

(10.º ao 12.º)  Superior não universitário (Bacharelato, Curso Médio)  Licenciatura  Mestrado

Doutoramento

## B. UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS

Dos seguintes equipamentos e serviços, assinale aqueles que frequenta/utiliza com alguma regularidade  
(Pode escolher mais do que um)

1. Espaços públicos (Ex.: Jardins, Praças, etc...)
2. Passeio das ruas
3. Passadeiras
4. Ciclovias
5. Edifícios Públicos (Ex.: Câmara Municipal, Correios, Pavilhões Desportivos, etc...)
6. Transportes Públicos (Ex.: Autocarros, Táxis, Comboios, Metro, etc...)
7. Actividades/eventos organizados pelo município (Ex.: Festivais, Feiras, Passeios, etc...)
8. Serviços prestados por voluntários
9. Serviços de saúde e apoio social (Ex.: Centro de Saúde, Lares, Centro de Dia, etc...)
10. Serviços de apoio domiciliário

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 1. ESPAÇOS EXTERIORES E EDIFÍCIOS

Por favor expresse a sua opinião/avaliação dos espaços exteriores e edifícios públicos da sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	Os espaços públicos estão limpos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Os espaços públicos são agradáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Os espaços verdes têm bancos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Os bancos são em número suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Os espaços verdes estão bem cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Os espaços verdes são seguros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Os passeios estão bem cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Os passeios estão livres de obstáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Os passeios estão reservados exclusivamente a peões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Os passeios são antiderrapantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Os passeios são suficientemente largos para cadeiras de rodas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Os passeios têm as bermas rebaixadas/inclinadas ao nível da estrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Existem passadeiras para peões em número suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14 | As passareiras são seguras para as pessoas, mesmo aquelas com algumas dificuldades físicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | As passareiras têm marcas antiderrapantes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | As passareiras têm sinais visuais?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | O tempo dado pelo semáforo para passar na passareira é adequado?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Os semáforos têm sinais sonoros?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Os condutores dão prioridade aos peões nas passareiras?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Os espaços reservados para bicicletas estão separados dos passeios?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Os espaços para bicicletas estão separados de outras vias pedonais (ex.: trilhos pedonais)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | A segurança no exterior/espços públicos é assegurada por uma boa iluminação?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | A segurança nos espaços públicos é feita por patrulhas policiais?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | São organizadas sessões de informação/formação sobre segurança?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Os serviços públicos estão perto uns dos outros?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Os serviços públicos são de fácil acesso (acessibilidade)?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | As pessoas mais velhas têm prioridade no atendimento?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Os edifícios públicos estão bem assinalados no exterior?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | A sinalização do interior dos edifícios públicos é adequada?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Os edifícios públicos têm lugares sentados (ex.: para descansar enquanto se espera)?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Os edifícios públicos têm casas de banho em número suficiente?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Os elevadores dos edifícios públicos são de fácil acesso?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Existem rampas em número suficiente nos edifícios públicos?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | As escadas dos edifícios públicos têm corrimões em número suficiente?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 35 | O chão dos edifícios públicos é antiderrapante?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Existem casas de banho públicas no exterior/rua?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | As casas de banho públicas são em número suficiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | As casas de banho públicas são de fácil acesso?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | As casas de banho públicas estão limpas?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 2. TRANSPORTES

Por favor expresse a sua opinião/avaliação sobre os transportes disponíveis na sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	Os custos dos transportes públicos estão afixados num sítio visível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Os custos/tarifas dos transportes públicos são acessíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Os transportes públicos são frequentes à noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	E ao fim-de-semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	E nos feriados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Todas as zonas da cidade estão servidas por transportes públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Os transportes públicos têm boas ligações entre si?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Os veículos públicos estão bem assinalados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Os veículos públicos estão limpos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Os veículos públicos estão em bom estado de conservação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem dificuldade para entrar nos veículos públicos (Ex. autocarros, táxis, etc..)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Os veículos públicos circulam sobrelotados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Existem lugares sentados prioritários para pessoas mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14 | Os lugares prioritários são respeitados pelos outros passageiros?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | As pessoas com mais dificuldades têm à sua disposição transportes especializados/adaptados?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Existem lugares de estacionamento reservados para pessoas com necessidades especiais?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | O estacionamento e locais reservados para pessoas com necessidades especiais são respeitados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Os motoristas param nas paragens assinaladas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Os motoristas param junto ao passeio?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Os motoristas esperam que os passageiros se sentem antes de arrancar?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Existe algum tipo de campanha/formação para sensibilizar os condutores?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | As vias/estradas estão em boas condições?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | As vias/estradas têm tampas de saneamento levantadas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | As vias/estradas são iluminadas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | O trânsito/tráfego rodoviário está bem organizado?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Existem obstáculos que os condutores tenham dificuldades em ver?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Os sinais de trânsito e os cruzamentos estão bem localizados/visíveis?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | As paragens e as estações de transportes estão bem localizadas?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | E estão bem assinaladas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | E são de fácil acesso?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | E são abrigadas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | E têm lugares sentados?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | E estão limpas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | E são seguras?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | E estão bem iluminadas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 36 | Os passageiros têm acesso à informação sobre os percursos dos transportes públicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | E têm acesso aos horários de circulação dos transportes públicos?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | Os táxis têm um preço acessível/adequado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 | Os taxistas são simpáticos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 | Os taxistas são prestáveis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 3. HABITAÇÃO

Por favor expresse a sua opinião/avaliação sobre as casas/habitações da sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	As casas estão em zonas seguras (não propícias a catástrofes naturais)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	As casas estão próximas dos serviços (ex.: correios, supermercado etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Têm vizinhos perto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Existem casas em sítios isolados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Existem serviços de manutenção/apoio a casas em número suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Os serviços de manutenção/apoio são caros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Existem materiais/produtos de adaptação do lar, a preços acessíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Quem vende estes materiais/produtos compreende as necessidades das pessoas mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As casas estão bem construídas (ex.: materiais/estrutura)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As casas são seguras (ex.: criminalidade)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	As casas são confortáveis nas diferentes condições climatéricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	As divisões das casas têm espaço suficiente para se andar à vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

**Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.**

### 4. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Por favor expresse a sua opinião/avaliação das actividades e eventos que existem na sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	Os locais onde se realizam os eventos e actividades estão bem localizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	E são de fácil acesso por transportes públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	E estão bem iluminados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	E realizam-se a horas convenientes para pessoas mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Os eventos e actividades podem ser frequentados por pessoas sozinhas ou acompanhadas (ex.: família/amigos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Os eventos e actividades têm um preço acessível/adequado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	São cobrados outros custos (Ex.: bebidas, comida etc..)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	A informação dos eventos e actividades é suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	A divulgação informa claramente onde se vão realizar os eventos e actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	A divulgação informa como chegar através dos transportes públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Existe uma oferta variada de eventos e actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Os eventos e actividades são do seu agrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	As pessoas com mais dificuldades de mobilidade podem participar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	São utilizados espaços como Escolas, Centros Recreativos, Bibliotecas, entre outros, para realização de actividades e eventos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 | O pavimento utilizado nas casas é seguro?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Existem casas adaptadas às pessoas com mais dificuldades de acessibilidade/mobilidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Existem casas adaptadas em número suficiente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | O preço é acessível (quer no arrendamento quer na compra)?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Existem serviços adequados de apoio ao domicílio, que permitam envelhecer em casa?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 5. RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL

Por favor expresse a sua opinião/avaliação sobre os serviços e meios de envolvimento/inclusão das pessoas idosas na sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	Para melhorar os serviços prestados/atendimento as pessoas mais velhas são consultadas/ouvidas pelos responsáveis dos serviços públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	E são consultadas/ouvidas pelos responsáveis das associações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	E são consultadas/ouvidas pelos responsáveis comerciantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Os serviços estão adaptados às necessidades e preferências das pessoas mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Os produtos estão adaptados às necessidades e preferências das pessoas mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Os funcionários que prestam os serviços são prestáveis/amáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As pessoas mais velhas com menos recursos económicos têm bom acesso aos serviços públicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	E têm bom acesso aos serviços das instituições de solidariedade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	E têm bom acesso aos serviços privados a pagar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As pessoas mais velhas costumam aparecer/participar nos meios de comunicação social (Ex.: televisão, jornais, rádio, etc..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quando aparecem/participam transmitem uma imagem positiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 | Sem estereótipos/discriminação?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Os locais e as actividades para a comunidade são feitos para atrair todas as gerações? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | E vão ao encontro das necessidades/preferências de todas as gerações?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | As pessoas mais velhas participam nas actividades comunitárias para as "famílias"?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | As escolas ensinam/abordam temas sobre o envelhecimento?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | As pessoas mais velhas são envolvidas nas actividades escolares?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | A comunidade dá valor às pessoas mais velhas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino  
3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 6. PARTICIPAÇÃO CÍVICA E EMPREGO

Por favor expresse a sua opinião/avaliação sobre os serviços de voluntariado entre outros da sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	As pessoas mais velhas podem fazer voluntariado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Existe formação para as pessoas mais velhas fazerem voluntariado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Valoriza-se o voluntariado feito por pessoas mais velhas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	As despesas pessoais feitas no voluntariado são pagas (ex.: transportes, alimentação, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	As qualidades/competências dos funcionários mais velhos são valorizadas (ex.: no ambiente de trabalho)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Existem oportunidades para que as pessoas mais velhas possam trabalhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sabe que a discriminação por causa da idade é proibida na contratação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Sabe que a discriminação por causa da idade é proibida no local de trabalho (ex.: promoção dos trabalhadores e/ou despedimento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Os locais de trabalho estão adaptados às pessoas com incapacidades (ex.: motora, auditiva etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Existem apoios (legislação, financiamento) para a pessoa mais velha que queira trabalhar por conta própria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	É dada aos trabalhadores mais velhos formação depois de se reformarem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14 | É encorajada a participação de pessoas mais velhas nos órgãos de decisão das instituições públicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | E nos órgãos de decisão das empresas privadas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | E nos órgãos de decisão das associações sem fins lucrativos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino  
 3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 7. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Por favor expresse a sua opinião/avaliação sobre os meios de comunicação como jornais, televisão, rádio entre outros da sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	Toda a comunidade tem um acesso básico aos meios de comunicação (televisão, telefone, rádio, etc...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A distribuição/sinal chega com uma boa recepção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A informação de interesse para a comunidade é divulgada de forma regular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	A informação de interesse para a comunidade chega a todas as pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Abordam assuntos de interesse para pessoas mais velhas nos programas de informação/generalistas na televisão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	E nos programas informação/generalistas da rádio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As pessoas que vivem em risco de isolamento social recebem informações/comunicados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As pessoas que prestam essas informações são de confiança/fiáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As pessoas que prestam essas informações preocupam-se com o cliente/utente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	A informação escrita – por exemplo os formulários oficiais, legendas da televisão e textos em cartazes – têm as letras grandes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	É fácil de perceber o seu significado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                          |                          |                          |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 | As ideias principais estão destacadas (ex.: com uma cor mais forte)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | A comunicação escrita utiliza palavras simples?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | E as palavras são conhecidas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | As frases são curtas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | A comunicação oral usa palavras simples?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | As palavras são conhecidas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | A comunicação oral usa frases curtas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Os serviços de atendimento telefónico fornecem as instruções de forma lenta/adequada?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | As instruções são claras?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | No atendimento telefónico indicam à pessoa que os contactou como pode ouvir a repetição da mensagem em qualquer altura?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Os equipamentos electrónicos como por exemplo telemóveis, rádios, televisores, caixas multibanco e máquinas de venda de bilhetes, têm botões e letras grandes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Existem locais públicos onde é fácil o acesso a computadores e à Internet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Nos locais públicos com computadores e Internet o acesso é gratuito?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

## C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino

3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor expresse a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se seguem assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

### 8. SERVIÇOS COMUNITÁRIOS E DE SAÚDE

Por favor expresse a sua opinião/avaliação sobre os serviços saúde e apoios sociais da sua localidade

N.º		SIM	NÃO	NÃO SABE
1	Estão disponíveis serviços de saúde/apoio comunitário adequados para promover a saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	E para tratar doenças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	E para promover a reabilitação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Os serviços de apoio domiciliário incluem cuidados de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	E incluem cuidados pessoais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	E incluem limpeza da casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	A prestação destes serviços é bem gerida/coordenada (ex.: pouco burocráticos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Os serviços de apoio domiciliário são fáceis de obter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Os serviços de saúde e de segurança social estão bem localizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	É fácil lá chegar usando qualquer meio de transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Os lares de terceira idade e as casas para pessoas mais velhas estão perto dos serviços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	E estão próximos da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |   |                          |                          |                          |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 | As instalações dos serviços de saúde/serviços de apoio à comunidade são seguras para os mais velhos (ex.: se apresentam uma construção segura)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | As instalações dos serviços de saúde/serviços de apoio à comunidade são de fácil acesso/acessíveis (ex.: rampas, etc.)?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Existem cemitérios em número suficiente e com acesso fácil para quem os queira visitar?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | A informação sobre os serviços de saúde/sociais está disponível de forma clara?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | É fácil encontrar a informação sobre os serviços de saúde/sociais?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Os funcionários quando prestam estes serviços são respeitadores?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | E os funcionários são prestáveis?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | E os funcionários possuem formação adequada?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | As pessoas com menos recursos económicos conseguem obter estes serviços?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Em caso de calamidade, há planos preparados para ajudar os mais velhos (ex.: cheias, incêndios, etc.)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se tem alguma sugestão, comentário que queira fazer, por favor escreva neste espaço:

### C. LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Dados do Participante:

1. Data de nascimento. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ 2. Género  Masculino  Feminino  
3. Distrito: \_\_\_\_\_ 4. Concelho: \_\_\_\_\_ 5. Freguesia: \_\_\_\_\_

Por favor preste a sua opinião/avaliação para cada uma das perguntas que se segue assinalando com um X a resposta SIM ou NÃO. Caso não tenha opinião sobre o aspecto em questão, assinale a opção NÃO SABE.

9. Onde recolhe informação de apoio social?

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1. Câmara Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Junta de Freguesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Instituições de Solidariedade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Igreja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Junto de familiares/amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nos serviços de saúde locais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Meios de comunicação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Onde recolhe informação a nível de serviços de saúde?

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1. Câmara Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Junta de Freguesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Instituições de Solidariedade Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nos serviços de saúde locais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Igreja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Junto de familiares/amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Meios de comunicação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Que acções considera importante para o seu bem-estar?

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1. Festas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Centros de convívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Actividades desportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Passeios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Espaços de leitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Informações sobre cultura local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Quais as áreas de informação/educação que pensa ter mais necessidade?**

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1 Nutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Adaptação da habitação ao envelhecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Adaptação física individual (evitar quedas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Utilização de ajudas técnicas (instrumentos que ajudam a autonomia/mobilidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Acções de sensibilização sobre apoios sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Acções de sensibilização sobre saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Acções de sensibilização sobre atitudes preventivas (burlas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Qual pensa ser o local privilegiado para acções educativas?**

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1 Câmara Municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Junta de Freguesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Escolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Centro de convívio/associações culturais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Biblioteca/outros espaços lúdicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Feiras/espacos abertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Qual das seguintes acções contribui mais para o seu bem-estar?**

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1 Informação sobre apoios sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Informação dos serviços de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ajudas técnicas (autonomia/mobilidade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Informação/educação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. O que mais gosta?**

N.º	SIM	NÃO	NÃO SABE
1 Música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Dança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Cinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Passear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Actividade física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Conversar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Actividades relacionadas com trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Autorização para aplicação do questionário, adaptado, da Organização Mundial de Saúde

Eu, Dr. Joaquim Monteiro da Mota e Silva, Presidente da Câmara Municipal de Celorico de Basto, autorizo que o questionário, adaptado, relativos às “Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, da Organização Mundial de Saúde, seja aplicado aos utentes dos serviços da Ação Social da referida Câmara para a execução da tese de Doutoramento, do Dr. Pedro António Gonçalves da Silva Moura, intitulada “Comunidade e adaptação de serviços a idosos: diagnosticar para educar” a ser apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

(Dr. Joaquim Monteiro da Mota e Silva)  
Presidente da Câmara Municipal de Celorico de Basto

### AJUDE-NOS A SER MAIS EFICIENTES

Sempre que se dirigir à Câmara Municipal para tratar deste assunto faça-se acompanhar deste documento  
Na resposta indique sempre a referência deste documento

PRAÇA CARDEAL D. ANTÓNIO RIBEIRO 4890-220 CELORICO DE BASTO  
TEL.: 255 320 300 | FAX: 255 321 937 | geral@mun-celoricodebasto.pt  
CONTRIBUINTE: 506.884.929

Âmbito: Serviços prestados pelo  
Departamento de Obras Municipais,  
Divisão de Manutenção, Departamento  
de Planeamento e Serviços Sócio  
Culturais, Divisão de Planeamento,  
Biblioteca, Departamento de Gestão  
Urbanística, Ambiente e Recursos  
Naturais, Divisão de Ambiente e  
Recursos Naturais, Divisão Administrativa  
e Divisão de Gestão e Finanças.

