

Património e Cultura: "Contentor das Mamórias" em Centro de Dia

Maria Gama Moreira Pinto

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação

Orientação: Professora Doutora Maria das Dores Formosinho

Abril, 2017



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Maria Pinto

**Património e Cultura:
“Contentor das Memórias” em Centro de Dia**

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, sob a orientação da Professora Doutora Maria das Dores Formosinho

Departamento de Psicologia e Educação

Abril, 2017



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado.”

(Kofi Annan, 2002).

Dedicatória

Aos meus pais, em especial à memória do meu querido pai, pela infelicidade de não chegar a este momento acadêmico na sua companhia.

Ao meu companheiro, pela força e companheirismo neste percurso.

Dedico este trabalho.

Agradecimentos

Por detrás de qualquer projeto, além de um considerável esforço próprio do implementador, existem contribuições, sugestões, comentários ou críticas de todos/as aqueles/as com quem o implementador contacta ao longo deste período de aprendizagem “in loco”.

A importância destes contributos constituíram no presente caso uma preciosa ajuda, porque sem eles com certeza teria sido muito difícil atingir os resultados a que me propus.

Fazer aqui referência ao nome de algumas dessas pessoas constitui uma forma de reconhecimento pelo apoio prestado, bem como uma singela homenagem da minha pessoa.

Assim, em especial, gostaria de salientar duas pessoas que mais me ajudaram neste percurso. Em primeiro lugar, a Doutora Maria das Dores Formosinho que em tudo me ajudou, supervisionou e apoiou para que tudo corresse da melhor forma. E, também a Dr.^a Cláudia, que me proporcionou uma importante ajuda e disponibilidade, quer na integração, quer na orientação e tratamento do projeto.

Também salientar os meus colegas de curso, pelo companheirismo e encorajamento neste trajeto, um muito obrigada.

E por fim, não menos importante, a todos os que direta ou indiretamente foram contribuindo para a realização deste trabalho, desde a Junta de Freguesia a colegas, o meu agradecimento.

Um enorme obrigada!

Maria Pinto

Intervenção Socioeducativa e Envelhecimento Ativo: “Contentor das Memórias” em Centro de Dia

Resumo

No 2º Ciclo de Estudos do Mestrado em Ciências da Educação realizei um projeto de intervenção social com os idosos do Centro de Dia de Melres.

A meu ver, este processo foi de grande importância a todos os níveis, quer na aplicação de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do ano de licenciatura e mestrado, quer na prática, ao permitir uma melhor compreensão da realidade envolvente.

O presente trabalho foi desenvolvido para pessoas idosas em contexto Centro de Dia, todas com idades superiores aos 70 anos, com o intuito de melhorar a sua condição psíquica e motora. Deste modo, foram desenvolvidas e implementadas ao programa, já existente do Centro de Dia, atividades planeadas e orientadas para o Património e cultura da cidade da residência, Porto. Um projeto de intervenção socioeducativa para um envelhecimento ativo. Estas mesmas atividades serão intercaladas com visitas à cidade, por forma a complementar os trabalhos desenvolvidos em contexto centro de dia.

Este percurso de trabalho busca cativar a pessoa idosa para atividades que o preencham e acreditem, valorizando-o e sentindo-o vivo, fortalecendo-o do ponto de vista físico e psíquico, através do que têm de mais precioso, a sabedoria e conhecimento da idade, intitulado de o “Contentor das Memórias”.

Palavras-Chave: Educação Social, Idosos, Intervenção, Património

Heritage and Culture: "Memories Container" in Day Center

Abstract

In the 2nd Cycle of Studies of the Master in Educational Sciences I realized a project of social intervention with the elderly of the Center of Day of Melres.

In my view, this process was of great importance at all levels, both in the application of theoretical knowledge acquired during the year of licentiate and masters, and in practice, by allowing a better understanding of the surrounding reality.

The present work was developed for elderly people in the context of Day Center, all over the age of 70, with the aim of improving their psychic and motor condition. In this way, planned and guided activities for the Heritage, culture and mobility of the city of the residence, Porto, were developed and implemented in the already existing program of the Day Center. These same activities will be interspersed with visits to the city, in order to complement the works developed in the context of the day center.

This course of work seeks to entice the elderly person to activities that fulfill and accredit him, valuing him and feeling him alive, strengthening him from a physical and psychic point of view, through what has the most precious, the wisdom and knowledge of the Age, entitled the "Container of Memories".

Key words: Social Education, Elderly, Intervention, Heritage

Índice

Introdução.....	9
Parte I- Revisão de Literatura.....	12
1. A população idosa.....	13
1.1. Alterações do envelhecimento na pessoa idosa	16
1.2. A institucionalização da pessoa idosa	19
2. Análise das diretrizes europeias da comissão europeia da terceira idade.....	23
2.1. Envelhecimento ativo e qualidade de vida	28
2.2. Propostas de trabalho sobre envelhecimento ativo	29
3. Avaliação da Condição do Envelhecimento na Europa e em Portugal.....	34
4. O Papel da Intervenção Social – Educador Social	43
4.1. Funções do Profissional de Intervenção	45
Parte II- Parte Empírica – Projeto de Intervenção “Contentor das Memórias”.....	46
1. Caracterização do Meio Envolveinte.....	47
2. Estrutura de Apoio e Acolhimento a idosos.....	50
2.1. Descrição do Público-Alvo em enfoque	51
3. Diagnóstico de Necessidades do Local	52
4. Objetivos do Projeto de Intervenção	57
5. Planificação/Avaliação do Projeo	58
6. Análise de Avaliação de Resultados	61
7. Considerações Finais	64
Bibliografia.....	67
Web grafia.....	71
Anexos.....	74

Índice de Figuras

Figura 1- Determinantes do envelhecimento ativo.....	23
Figura 2- Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento 1950-2050	32
Figura 3- Estimativas anuais da população residente.....	34
Figura 4- População com 60 anos ou mais por região, 1980-2050	35
Figura 5- 10 países ou áreas mais envelhecidas, 2000, 2015 e 2030	35
Figura 6- Índice de envelhecimento da Europa.....	36

Índice de Quadros

Quadro 1- Grelha Apreciativa.....	56
Quadro 2- Avaliação das Atividades por parte dos idosos.....	57
Quadro 3- Cronograma: De 1 Novembro de 2016 a 30 de Abril de 2017.....	58
Quadro 4- Recursos das atividades desenvolvidas	59
Quadro 5- Intervenção nas Atividades Desenvolvidas	61
Quadro 6- Resultados da grelha Apreciativa	62
Quadro 7- Resultados da avaliação das atividades por parte dos idosos (totalidade de resultados de todas as atividades).....	63

Índice de Siglas

TSEE – Técnico Superior de Educação Social

SS – Segurança Social

APTSES - Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social

CCP – Classificação Portuguesa de Profissões

BTE – Boletim do trabalho e emprego

CITP – Classificação de tipos de Profissões

CNP – Classificação Nacional de Profissões

CSE – Conselho Superior de Estatística

EB – Escola Básica

RSI – Rendimento Social de Inserção

Introdução

No âmbito do projeto de mestrado, referente ao 2º Ciclo em Educação Social, sob a supervisão da docente Doutora Maria das Dores Formosinho, foi-me pedida a elaboração de um relatório de projeto relativo ao projeto decorrido no Centro de Dia de Melres, sob a orientação da mesma docente. Dado o espaço e valência em enfoque, os Idosos, foi elaborado um projeto interventivo, que me permitiu uma maior interação e observação do contexto em questão.

Este processo tem como principais objetivos “Aplicar os conhecimentos obtidos nas unidades curriculares; demonstrar capacidade de compreensão, raciocínio crítico de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares; promover um diálogo reflexivo com as situações concretas, de modo a poder consolidar e desenvolver competências profissionais adquiridas ao nível da preparação académica” (artº 3 do Reg. de Estágio, 2014); concretizar uma absorção da verdadeira realidade social, adquirindo nas diferentes circunstâncias presentes um levantamento das necessidades existentes.

O Centro de Dia tem várias valências, das quais me debruço sobre as da terceira idade. Esta instituição está localizada em Melres. As suas infraestruturas e funcionamento estão regulamentados de acordo com a especificidade do público-alvo e a lei.

Aquando da minha chegada, foi-me proporcionado um bom acolhimento e integração no mesmo meio, o que proporcionou outro tipo de relações. Neste sentido, a minha observação e incidência foi mais produtiva e promotora de novos saberes.

Desta forma, numa primeira parte, e neste relatório, vou abordar por uma determinada ordem vários assuntos dirigidos à população idosa com toda a sua envolvimento espelhada em vários campos, como é o biológico, o social e populacional, entre outros. Com a apresentação do público passando pelo meio e abarcando uma análise sobre as diretrizes da terceira idade salienta-se o constante crescimento da população idosa e, ainda a sua proporção que deixa implicações para quase todos os setores da sociedade. Todos os progressos no avanço tecnológico, ao nível da saúde pública e medicinal em conjunto com as melhorias da qualidade de vida resultam num aumento da esperança média de vida das pessoas. E estima-se que todos estes processos culminem num aceleração destes indicadores, ou seja, se em anos a fecundidade e a mortalidade

eram de valores quase iguais, hoje a longevidade rompeu com esse indicador e protagoniza outro olhar sobre o envelhecimento e o seu crescimento. Com este novo sentido sobre a problemática e as alterações do envelhecimento, as implicações sociais e demográficas estabelecem novos desafios à sociedade e aos seus governantes. É notória a tendência ao nível nacional e mundial para este acentuar de realidade, prevendo-se ainda a sua continuidade nos estudos realizados. Nesta ótica colocam-se novos desafios para a boa qualidade de prestação de cuidados a esta faixa etária, pois embora se viva mais anos, não significa que se viva com melhores condições/ou da melhor forma.

Deste modo, estas preocupações quer ao nível nacional, quer mundial, propõem atenção às perspetivas atuais e futuras essencialmente no campo da saúde e das políticas sociais e humanas, com total consciencialização de que é fundamental para a adaptabilidade do “todo” que representa a vida em sociedade. Mas, alertando também para as inquietudes que todo um processo com este implica na sociedade, como são o caso dos custos associados à impulsam para o avanço do processo. Atendendo que, o olhar novo sobre estas questões trará mais para as gerações, para que os problemas identificados no envelhecimento no passado, não sejam os problemas do futuro. Procurar dar garantia, reconhecer a inevitabilidade do envelhecimento populacional e apoiar a comunidade, assim como reunir esforços no sentido da progressão e inclusão são chaves para o sucesso do desenvolvimento de um novo olhar social sobre a terceira idade. Esta consciencialização aliada às funções do profissional de intervenção acompanhado por um trabalho elaborado em equipa, uma equipa multidisciplinar, promoveram de forma equilibrada um impacto social coeso, constitui-se como um pilar alicerçado às boas práticas laborais e sociais, para a diminuição dos indicadores identificados e otimização do que se pretende para este estado da vida: realidade, preocupação, adaptabilidade e desenvolvimento em torno do idoso. Numa segunda parte, apresentaremos a aplicação do projeto e as atividades, bem como o seu processo de desenvolvimento, conclusão e reflexão.

Parte I- Revisão de Literatura

1. A população idosa

“Ser velho, como ser jovem, é plenamente humano”.

Adalberto Dias de Carvalho (2002, p.8)

O envelhecimento da população tem sido um fenómeno observado em todo o mundo, resultando num número cada vez mais elevado de pessoas idosas. Estas, não só pelo número crescente, mas também pelas alterações que podem apresentar, têm vindo a ser alvo de crescente atenção e estudo, na medida em que é realmente na população idosa que mais se potenciariam determinadas patologias e conseqüentemente um maior número de necessidades que devem ser tidas em conta. Assim, é nosso propósito estudar, perceber e intervir junto desta população, considerando a importância do idoso enquanto pessoa.

Ao longo da vida, todos os seres vivos, enfrentam inevitavelmente um processo denominado envelhecimento. Este, tem vindo a ser descrito como um processo universal, lento e gradual, variando o seu ritmo de pessoa para pessoa (Jacob, 2007, pp. 7-10), na medida em que não somos todos iguais e cada pessoa vive a sua vida de forma diferente, sendo responsáveis por essa vivência e pela forma como envelhecem. Torna-se, assim, também impossível identificar o início do envelhecimento (Cancela, 2007, pp.1-15). O ser humano durante a sua vida, passa por diferentes fases, como sejam, por exemplo, a infância, a adolescência e a fase adulta, fases estas que têm responsabilidades e expectativas diferentes, que variam de sujeito para sujeito e de cultura para cultura, tornando o processo de envelhecimento um fenómeno social, para além de um fenómeno biológico (Little, 2017-website).

Chamar o envelhecimento de “terceira idade” ou até de “quarta idade” é por vezes comum, contudo, enquanto o envelhecimento é um progresso de degradação, a terceira idade é aquela na qual as pessoas são consideradas idosas (Cancela, 2007, pp. 8-15). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, idoso é a pessoa de idade adulta com mais de 65 anos, nos países desenvolvidos, e com mais de 60 anos, nos países em desenvolvimento (OMS, 2015). Ainda neste sentido, Cancela (2007, pp.12-20) afirma que a idade do idoso é apenas instituída para efeitos de pesquisa, uma vez que o processo de envelhecimento depende de vários fatores biológicos, psíquicos e sociais, que aceleram ou retardam o próprio processo de envelhecimento.

Numa perspectiva mais estreita, o envelhecimento biológico é caracterizado por mudanças físicas e orgânicas e pelo aumento da probabilidade de morte e, o envelhecimento psicológico refere-se às alterações da atividade intelectual, motivações e alterações comportamentais e emocionais. Já o envelhecimento social diz respeito às alterações que ocorrem com a entrada na reforma, nos papéis sociais e estatuto social (Ribeiro, 2007).

A terceira idade, ou a velhice, é a fase da vida em que se encontra a pessoa idosa, sabedoria e engenho, neste caso com 60/65 anos ou mais. No entanto, para categorizar uma pessoa como idosa é necessário ter em conta quer os aspetos cronológicos, quer os biológicos, psicológicos e culturais. Contudo, “*a pessoa mais velha, na maioria das vezes, é definida como idosa quando chega aos 60 anos, independentemente do seu estado biológico, psicológico e social*” (Schneider & Irigaray, 2008, p.586-588). Ao longo do tempo tem-se vindo a perceber que a idade cronológica nada dita sobre as pessoas, deixando de ser um marcador preciso para as mudanças que ocorrem com o envelhecimento, tendo em conta que são vários os fatores que interferem com o processo de envelhecimento do indivíduo. Assim, para além da idade cronológica, é ainda referida uma idade biológica, social e psicológica, tornando o processo de envelhecimento ainda mais complexo (Schneider & Irigaray, 2008).

No que diz respeito à idade biológica, esta diz respeito às alterações corporais e mentais que ocorrem com o indivíduo ao longo do seu desenvolvimento e caracterizam o envelhecimento. Uma pessoa com 90 anos pode ter uma idade biológica mais jovem do que uma pessoa com 65 anos. A idade social, é relativa de práticas, costumes e estatuto social do indivíduo, sendo que um indivíduo pode ser considerado mais jovem ou mais velho, dependendo do seu comportamento perante a sociedade e de acordo com o que é esperado para a sua idade. Já a idade psicológica, pode ser vista sob dois pontos de vista - capacidades psicológicas adquiridas como percepção, aprendizagem e memória, relacionadas com a idade cronológica; competências ou capacidades adaptativas adquiridas que permitem que o indivíduo se adapte às exigências do meio envolvente. Indivíduos que possuem estas características são considerados psicologicamente mais jovens do que os indivíduos que não as possuem. Ainda a este respeito, é por vezes referido que, “*somos tão velhos quanto nos sentimos velhos*” (Schneider & Irigaray, 2008, p.590).

Papalia, Olds e Feldman (2006, pp. 573-574) referem ainda três subgrupos de pessoas mais velhas – idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos -, olhando os 65 anos ou mais, em três fases. Para estes autores, as pessoas com 65 anos até aos 74 anos, são os idosos mais jovens, na medida em que ainda são ativos e dinâmicos. Dos 75 anos até aos 84 anos, são considerados idosos velhos, e dos 85 anos para a frente são considerados idosos mais velhos, tendo estes dois grupos uma certa tendência para a fraqueza e para determinadas doenças, podendo mesmo não serem capazes de realizar algumas atividades de vida diárias ou necessitar de auxílio permanente. De forma geral, é importante perceber que o envelhecimento e a própria vivência da terceira idade é uma experiência heterogénea e individual.

Apesar de existir cada vez mais informação a este respeito e as pessoas serem cada vez mais informadas, o envelhecimento é ainda associado a doenças e perdas (Schneider & Irigaray, 2008, p.589). Assim, se para algumas pessoas, a velhice é aguardada de forma ansiosa pela diminuição das responsabilidades, e um momento esperado para explorar outros interesses, para outros esta fase da vida não é aguardada com expectativa, havendo mesmo pessoas que temem a idade avançada, tentando arranjar «soluções» para evitar as alterações que vão surgindo. Estas visões diferentes entre as pessoas dependem muito de valores culturais e dos sociais segundo como as pessoas são educadas e socializadas (Little, 2017, website). A forma como a sociedade percebe a velhice leva a que muitos indivíduos tenham medo de envelhecer, tornando-se fundamental contrariar a tendência atual que considera a velhice como sendo a fase final da vida, um declínio, um processo de degeneração que conduz à incapacidade, tendo como resultado final a morte. Envelhecer não é mais do que transitar para uma nova etapa da vida, que não significa o «fim de linha» ou o último estágio da vida, e deve ser encarada de forma normal, positiva, saudável e feliz, tornando-se fundamental ajudar os idosos a adaptarem-se ao processo de envelhecimento e aos problemas que possam advir (Imaginário, 2008, pp.20-26).

Quando falamos de envelhecimento e em processo de envelhecimento devemos também fazer uma distinção entre envelhecimento primário e secundário, ou seja, entre o que poderá ser normal com o passar dos anos e o que se afasta do que é normal. A este respeito, Coll, Marchesi e Palacios (2004, pp. 301-311) afirmam que o envelhecimento primário diz respeito às alterações que ocorrem a nível biológico, geneticamente programadas. São exemplo destas alterações as rugas, os cabelos brancos e a perda da

força. Já o envelhecimento secundário relaciona-se com os processos de deterioração que, com o avançar da idade, vão aumentando, estando estes ligados aos hábitos de vida que vamos adotando, como falta de exercício físico e má alimentação. Estas mudanças podem ser assustadoras para o indivíduo, surgindo também uma sensação de medo, que por vezes é muito difícil de lidar.

É importante que se sensibilizem os indivíduos para as mudanças que podem surgir, de forma a que as saibam aceitar como fazendo parte de um processo normal, afastando o sentimento de medo.

1.1. Alterações do envelhecimento na pessoa idosa

Abordar o envelhecimento e a pessoa idosa, é abordar as alterações que podem surgir e as consequências que se estabelecem neste estágio do ciclo vital. As alterações que surgem com o decorrer dos anos podem ser “(*...fisiológicas, psicológicas e psicossociais(...)*)”, e acarretam para o indivíduo uma maior vulnerabilidade e maior incidência de doenças por vezes debilitantes e perturbadoras (Ferreira et al., 2012, p. 514).

Quanto às alterações fisiológicas, estas, tal como já foi referido anteriormente, dizem respeito às mudanças físicas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, sendo aquelas que mais evidentes são neste processo. Estas alterações podem ocorrer nos diferentes sistemas do corpo e resultam numa diminuição da funcionalidade da pessoa (Cancela, 2007).

Especificamente, os cinco sentidos sofrem um declínio, sendo que a visão e a audição trazem um maior número de problemas. As alterações da visão que ocorrem com o avançar da idade são caracterizadas pela diminuição da acomodação, da acuidade, da sensibilidade às cores e da perceção em profundidade. A diminuição da acuidade visual limita muito a pessoa idosa na realização de algumas tarefas como, por exemplo, conduzir, passear, ler, e executar outras tarefas do seu gosto pessoal. O declínio da audição é determinado por fatores genéticos e pela exposição que ocorre, ao longo da vida, ao ruído excessivo, levando a pessoa a perder a perceção às frequências elevadas, a capacidade de localizar sinais sonoros e de discriminar a origem de sons diferentes, tendo também dificuldade em compreender o discurso das outras pessoas. O olfato que

permite a detecção de cheiros que são orientadores de ações importantes fica também comprometido. Quanto ao paladar, com o decorrer do processo de envelhecimento, os idosos apresentam uma atrofia das papilas gustativas, diminuindo a percepção das substâncias doces e salgadas. O facto de revelarem também uma diminuição de salivação impede que os alimentos se espalhem pela boca, o que reduz a percepção do sabor. No que respeita ao tato, as pessoas perdem sensibilidade na palma das mãos e na planta dos pés. Com o avançar da idade, altera-se também a percepção dos estímulos dolorosos, o que pode levar a queimaduras com água quente ou objetos aquecidos. As funções vitais apresentam também um declínio, sendo que a diminuição da força muscular e o declínio gradual de funções de órgãos importantes, são as que sobressaem entre as mais significativas. A quantidade média de sangue bombeado pelo coração e o número de batimentos cardíacos diminui. Os pulmões, apresentam também um declínio gradual da capacidade respiratória e os rins apresentam um declínio de 50% na sua capacidade de filtração. A massa muscular, os níveis hormonais e o cérebro, que têm grande importância na adaptação ao esforço e à capacidade de ir respondendo às exigências do dia-a-dia também sofrem um declínio com o avançar da idade. Relativamente às alterações psicológicas, estas manifestam-se essencialmente ao nível cognitivo. Segundo Rubert e colaboradores (1996, citado por Serra, 2006, p.27), as “(...) *aptidões cognitivas começam a declinar por volta dos 50-60 anos (...)*”, acelerando este declínio a partir dos 70, sendo uma das queixas mais frequentes nos idosos, o decréscimo da memória. As pessoas idosas mantêm conservada a memória primária, que se refere à capacidade de armazenar uma determinada informação limitada no tempo, como por exemplo um número de telefone ou uma morada. A pessoa pode lembrar-se da informação na altura e depois esquecer-se. Já a memória secundária é a mais prejudicada com o avançar da idade, e esta diz respeito à aquisição de nova informação. Por último, a memória terciária também se costuma manter conservada nas pessoas idosas saudáveis, e relaciona-se com os acontecimentos remotos, armazenados e consolidados há bastante tempo. Normalmente refere-se a aspetos pessoais, ligados a emoções, lembradas diversas vezes ao longo da vida (Serra, 2006, pp. 21-23).

Por último, as alterações psicossociais, tal como foi indicado anteriormente, a entrada na reforma traz “...*alterações quer nos papeis sociais...*” (Nordon et al., 2009, p.5) desempenhados, quer no estatuto social. A reforma leva também ao isolamento social da pessoa mais velha, à inatividade e por vezes, à depressão, gerando “(...) *sentimentos de*

inutilidade e baixa autoestima” (Nordon et al., 2009, p.8). São também referidas dificuldades económicas nesta fase da vida, com conseqüente diminuição da participação na sociedade, alterações no estilo e ritmo de vida, perda do papel profissional, familiar e social (Valentini & Ribas, 2003). É na velhice, que também se volta a perceber as alterações familiares, com a família a ter novamente a composição inicial (casal sozinho), assim como volta a existir uma aproximação com os irmãos pelo aumento do tempo que privam novamente, como pela proximidade com que vivem e muitas vezes pela solidão que une pelo sentido do conforto, da partilha (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, p.125). Também é nesta fase da vida, que podem passar mais tempo com os amigos, desempenhando estes um papel de companheirismo (Lerner, Easterbrooks & Mistry, 2003, p.143).

Sendo assim, e percebendo-se os efeitos que o processo de envelhecimento, no geral, pode acarretar, os idosos são um grupo mais vulnerável e suscetível ao desenvolvimento de más condições de saúde. Certo é que, enquanto alguns idosos permanecem autossuficientes, conseguem ter a sua independência e manter a sua vida normal, outros necessitam de ajuda em várias tarefas, pelas alterações a que foram sujeitos, aumentando o nível de dependência da pessoa. Neste sentido, importa perceber a diferença entre dependência, independência e autonomia.

O conceito de independência e autonomia tende a ser percebido, na maioria das vezes, de forma idêntica, mas são conceitos diferentes. Enquanto a autonomia refere-se à capacidade que o indivíduo tem para tomar decisões sobre si próprio, a independência está mais relacionada com a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar as atividades diárias normais e cuidar de si próprio. Já a dependência é a *“incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades”* (Sequeira, 2010, pp.46-47). Por exemplo, um idoso que tenha sofrido um AVC sem qualquer alteração cognitiva, mas com graves sequelas físicas, pode ser um indivíduo autónomo na medida em que consegue e é capaz de tomar decisões, mas é dependente pois não tem capacidades para realizar as atividades de vida diárias sem a ajuda de terceiros. Torna-se, portanto, fundamental avaliar cada pessoa e intervir junto da mesma de acordo com as suas necessidades, percebendo o envelhecimento como um *“(…) processo individual em cada indivíduo (...)”* envelhece de forma diferente, apresentando alterações distintas. O grupo populacional dos idosos é de facto o grupo mais heterogéneo, precisamente pelas diferenças que existem entre os indivíduos que

compõem o grupo, por razões de ordem social e cultural, quer seja pelas várias alterações de saúde que podem surgir. É, então, um desafio atual – proporcionar um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida (Ferreira et al., 2012, p. 513-518).

1.2. A institucionalização da pessoa idosa

O sucesso da medicina curativa, resultou no aumento da longevidade humana. É certo que, atualmente, as pessoas vivem mais anos; contudo, este facto parece ter como consequência o aumento das doenças crónicas. De tal modo, que na segunda metade do século XX, as doenças crónicas assumiram o lugar principal no sistema de saúde (WHO, 2017).

De acordo com Schoeni e Ofstedal (2012) a doença crónica é, no presente, um dos maiores problemas que a medicina e as ciências da saúde enfrentam. Associada ao envelhecimento populacional, a multiplicidade de doenças crónicas é um dos principais responsáveis pelo desfasamento entre a curva da mortalidade e de morbilidade, ou seja, o afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida. Com efeito, a grande evolução, nas últimas décadas, na ampliação da esperança de vida não tem ocorrido a par com o objetivo de manter os indivíduos saudáveis até à morte, particularmente devido às doenças crónicas e incapacitantes, observando-se um efeito direto da doença crónica na qualidade de vida dos indivíduos afetados e dos que os rodeiam. Assim, e embora envelhecimento e velhice não sejam sinónimos de dependência, é na terceira idade que se verificam maiores índices de dependência, quer pelas doenças crónicas que surgem, quer pela perda de várias funções, necessitando as pessoas de ajuda para a realização das suas atividades de vida diárias (Medeiros, 2012, pp.439-453). Tanto as condições físicas da pessoa idosa, como as condições psicológicas e sociais interferem com a dependência/autonomia da pessoa idosa. Ou seja, não só as fragilidades físicas, como por exemplo dificuldades de mobilidade, interferem com a pessoa idosa, mas também condições psicológicas e sociais. A nível psicológico, ocorrem alterações cognitivas; também a depressão pode surgir associada a outros problemas como por exemplo ao luto; a demência, que também é cada vez mais frequente na pessoa idosa. Já a nível social, a solidão, o isolamento, e o baixo poder económico, podem ser fatores

que condicionam a dependência do idoso, fazendo com que por vezes se sinta incapacitado ou mais dependente (Imaginário, 2008).

Com efeito, se as pessoas vivem mais anos, mas com doenças crônicas degenerativas e suas sequelas, torna-se evidente a necessidade de receberem cuidados especializados que dêem resposta às necessidades que possam apresentar. Em tempos, a família era o principal prestador de cuidados (informais). Contudo, com as alterações que foram surgindo ao longo dos tempos, o apoio prestado por esta foi diminuindo (Fernandes, 1997). Assim, surgem as respostas de apoio à terceira idade. Estas são várias, desde serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar, estruturas residenciais (Segurança Social, 2016).

Os cuidados formais diferenciam-se dos cuidados informais. Enquanto estes são fornecidos pela família ou por pessoas próximas, os cuidados formais são fornecidos por organizações (lares, centros de dia, apoio domiciliário), e normalmente por pessoas com “(...) *competências técnicas* (...)” para a realização de um trabalho baseado numa “(...) *abordagem holística do envelhecimento* (...)” (Hye-cheon et al, 2009, pp.131-135).

As estruturas residenciais, neste sentido, têm vindo a proliferar enquanto respostas sociais de apoio especializado, sendo uma realidade cada vez mais presente na vida dos mais velhos. A realidade dos idosos institucionalizados mostra que nem toda a parcela da população idosa consegue beneficiar das recomendações da ciência relativos a como alcançar um envelhecimento saudável, resultante da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Ferretti et al., 2014, pp. 423-437).

São várias as razões que levam à institucionalização. A dependência física surge como o principal motivo. Contudo, outros fatores podem ser identificados, como a solidão, o isolamento, a precaridade de condições económicas e habitacionais e a ausência de redes de solidariedade que forneçam um suporte em situações de carência. Também a morte do cônjuge e as sequelas de uma queda ou doença, são outras das razões. O processo de institucionalização é simbolizado pela saída de casa. Pode ser um processo longo ou curto e comporta um conjunto de etapas como a decisão de institucionalização, a escolha de um lar e a adaptação e integração neste novo lugar. Esta mudança pode prejudicar a funcionalidade nas atividades de vida diária do idoso, já que envolve uma

readaptação num período em que estas capacidades estão já diminuídas (Medeiros, 2012, p. 449-453).

A forma como a pessoa idosa representa este novo período da sua trajetória de vida também é diversificada. Enquanto para alguns representa uma melhoria das condições de vida, tendo em conta as condições socioeconómicas, para outros significa uma rutura com o seu espaço físico e contexto relacional e é acompanhada por sentimentos depressivos que influenciam o declínio cognitivo devido à diminuição da atividade pela ausência de atividades prazerosas. Para facilitar a integração do idoso na instituição, não basta estar atento à sua vida social, sendo essencial que, desde o início, lhe seja prestado um acolhimento e encaminhamento personalizado. Este processo passa por uma informação adequada sobre o funcionamento institucional, sobre os seus direitos e deveres e, ainda, por uma disponibilidade para o ajudar a solucionar os seus problemas. Assim, deve existir uma primordial preocupação acerca das capacidades e das motivações da pessoa idosa, para que se possa criar e dinamizar um conjunto de atividades e espaços onde possa desenvolver a sua criatividade sem a ridicularizar, ou exigir demasiado das suas capacidades.

Quando é ponderada a institucionalização como a melhor opção, é uma decisão que deve ser tomada com clareza, percebendo e dando a perceber à pessoa que o objetivo é garantir a sua qualidade de vida (Medeiros, 2012).

Também os Centros de Dias, são a opção de vários idosos, sendo que este serviço contribui para a manutenção do seu meio social e familiar (Segurança Social, 2016). Usufruindo deste serviço, a pessoa idosa passa apenas o dia na instituição, onde lhes são prestados cuidados básicos como higiene e alimentação, dando também a possibilidade de a pessoa participar em atividades planeadas, de forma a manter/promover a sua autonomia, independência, qualidade de vida e bem-estar, e evitando a sua institucionalização.

A família, no ato de cuidar da pessoa idosa, desempenha um papel fundamental (Figueiredo, 2006, pp-40-60). Quando a família de facto opta por cuidar, são várias as motivações associadas. De acordo com Figueiredo (2006), as motivações envolvem o dever social e moral, solidariedade conjugal ou filial, sentimentos de amor, ternura e afeto pela pessoa cuidada, ou então, numa outra vertente a comiseração e piedade,

recompensa material. Tem vindo a ser indicado que numa fase inicial, os cuidados aos idosos começam a ser prestados pelos familiares, contudo quando os mesmos já não conseguem dar uma resposta eficiente a todas as necessidades da pessoa idosa, começam a procurar os cuidados formais.

Ainda a este respeito, Fernandes (1997, p.145) indica que quanto maior o grau de dependência da pessoa idosa e quanto mais anos houver de dependência, menor será a integração familiar, na medida em que quanto “(...) *mais dependentes (...)*” são os idosos, mais “(...) *difícil é para as famílias assegurar todos os cuidados necessários*”.

O produto dos códigos sociais e legislativos comutam num futuro mais numeroso e numa esperança de vida mais longa, o que promove uma preocupação maior face às gerações anteriores. Estas preocupações assentam num novo paradigma do próprio conceito de velhice e para o fim dos princípios assistenciais primários, como é o exemplo do sistema de reforma. (Cardoso. S., et al, 2012, pp.606-615)

2. Análise das diretrizes europeias da comissão europeia da terceira idade

Com as alterações que se foram produzindo na nossa sociedade levando à inversão das pirâmides etárias, resultando no envelhecimento da população, este tem vindo a ser alvo de crescente preocupação, como forma de se otimizar o cuidado à população mais velha, mas acima de tudo pensando no envelhecimento ao longo da vida. Se antes o envelhecimento da população era considerado uma fatalidade, atualmente esta ideia tende a ser alterada, assumindo-se o envelhecimento para “*ganhos de anos de vida com saúde e com independência, de funcionalidade, de participação, de intergeracionalidade e de envelhecimento ativo, (...)*”, tornando-se uma prioridade atual, a promoção deste último (Quintela *in* Ribeiro & Paúl, 2011, p.39).

Apesar de, por vezes, se considerar que o envelhecimento ativo diz apenas respeito à prática de atividade física, envelhecer ativamente não significa só isto. Envelhecer ativamente diz respeito a muitos outros aspetos como sejam, por exemplo, as escolhas saudáveis, a relação com os outros, a segurança e o bem-estar (DGS, 2017; Quintela *in* Ribeiro & Paúl, 2011, pp.39-48).

O envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas sim como fazendo parte do nosso ciclo de vida. Não se inicia num ponto específico, mas é importante que seja vivido de forma saudável e autónoma durante o máximo de tempo possível, implicando que sejam mudados comportamentos e atitudes quer das pessoas no geral, quer também ao nível da formação dos diferentes profissionais de saúde (DGS, 2017). Só assim, a experiência do envelhecimento pode ser uma experiência positiva, devendo ser acompanhada de oportunidade contínuas de saúde, participação e segurança.

Mas então o que é o envelhecimento ativo? Para se compreender na totalidade este conceito, importa saber como se chegou até ao mesmo. Numa fase inicial, era comum ouvir-se o conceito “envelhecimento bem-sucedido”, ou até “saudável”. Estes focavam, essencialmente, aspetos da saúde. Contudo, percebendo-se que não só a sorte ou o património genético ditam o processo de envelhecimento, sentiu-se a necessidade de repensar este conceito inicial, na medida em que também nós enquanto seres humanos, as nossas próprias ações e responsabilidades individuais, podem interferir com o processo de envelhecimento (OMS, 2005).

Assim, a Organização Mundial de Saúde, no anos 90, adota o conceito de “envelhecimento ativo”, sendo este mais abrangente, não tendo em conta só a saúde, mas também aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, sendo integrados num modelo multidimensional, que explica os resultados do envelhecimento (Ribeiro & Paul, 2011, p.19), definindo-o como “*processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*”.

Mais especificamente, a palavra “ativo” surgiu de forma a ser mais abrangente, tendo em conta que ser ativo não significa apenas estar bem fisicamente. Uma pessoa que apresente uma doença, pode, apesar de estar fisicamente mais limitado, contribuir para os seus familiares, companheiros, comunidades e países (OMS, 2005; Soósová, 2016, p. 484-493), tendo sempre presente que é um percurso individual, dependendo de pessoa para pessoa.

Com efeito, o modelo de envelhecimento ativo depende de vários determinantes – determinantes pessoais, económicos, ambientais e sociais, relativos à disponibilidade de serviços e de recursos de saúde. Todos estes determinantes “atuam” de forma diferente entre as pessoas, ditando cada percurso (Farias & Santos, 2012, 167-176; Ribeiro & Paúl, 2011, pp. 25-29).

Figura 1- Determinantes do envelhecimento ativo



(Fonte: INE, 2015)

Particularmente, os determinantes pessoais dizem respeito aos fatores biológicos, genéticos e psicológicos (Ribeiro & Paúl, 2011, pp. 20-29). A biologia e a genética influenciam o processo de envelhecimento de maneira que este processo é de certa forma programado geneticamente, havendo uma deterioração ao longo do tempo, que resulta na diminuição de respostas adaptativas a situações de stress e aumento do risco de doenças. Assim, pelo facto de os idosos terem vivido mais, torna-os mais vulneráveis a fatores externos, e por isso ficam doentes com mais frequência. Ainda os fatores psicológicos interferem na forma como se envelhece. Há, durante o processo de envelhecimento, diminuição de algumas capacidades cognitivas, contudo, também pode haver ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (OMS, 2005).

No que toca aos determinantes comportamentais, é de destacar a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, assim como a participação ativa no cuidado de saúde. É comum afirmar-se que pode ser tarde para fazer a adoção de estilos de vida saudáveis. No entanto tal não é verdade, pelo que esta adoção de novos estilos pode prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida da pessoa. Comportamentos como não fumar, praticar atividade física, fazer uma alimentação saudável, ter uma adequada saúde oral, não abusar de bebidas alcoólicas e fazer as tomas corretas da medicação (que podem ser prescritas para algum problema crónico), são alguns dos exemplos que podem ser adotados para promover um estilo de vida mais saudável. Também os fatores económicos podem determinar o processo de envelhecimento. Geralmente, os idosos têm rendimentos muito baixos, afetando assim o acesso a alimentos nutritivos, a locais onde possam ter melhores condições de residência e acesso a facilidades aos próprios cuidados de saúde. Há cada vez mais também a necessidade de se adotarem medidas de proteção social que deem auxílio a idosos que se encontrem sozinhos e vulneráveis. As evidências sugerem ainda que boas oportunidades de trabalho significariam uma melhor capacidade de chegar à velhice ainda a participar na força de trabalho. No que se refere aos determinantes do meio físico, há indicações de que ambientes físicos adequados, podem fazer a diferença entre a independência e a dependência durante o processo de envelhecimento, pelo que “pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem, provavelmente, com menor frequência, e, por isto, estão mais propensas ao isolamento, depressão (...)”, tendo também menos preparação física e mais dificuldades de mobilidade. A própria localização da casa bem como uma boa vizinhança auxiliam

no bem-estar da pessoa idosa, podendo determinar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento. Tendo em conta que a forma como está a construção da casa, a iluminação, os pisos e a falta de condições de acesso, aumentam o risco de quedas, aumentando consequentemente o risco de lesões graves (OMS, 2005, p.45).

Quanto aos determinantes sociais, percebe-se que “(...)apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança (...)” (OMS, 2005, p.29) com o decorrer do processo de envelhecimento. No entanto, na terceira idade é mais frequente perder parentes e pessoas amigas, sendo as pessoas idosas mais vulneráveis à solidão. Esta falta de apoio leva ao aumento da mortalidade, morbidade e de problemas psicológicos, assim como à diminuição da saúde e do bem-estar. O envelhecimento pode também trazer uma maior fragilidade e consequente vulnerabilidade, maus-tratos e violência, sendo fundamental combater e reduzir esta situação. Também os níveis de instrução e o analfabetismo podem associar-se a maiores riscos de deficiência e morte.

Por último, os determinantes relativos aos serviços sociais e de saúde. Todas as pessoas independentemente da idade, devem ser tratadas com dignidade e respeito. Assim, como o acesso aos diferentes serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças, como forma de se promover um envelhecimento ativo ao longo da vida. Para além destes determinantes mencionados anteriormente, existem ainda, e de acordo com a figura 1, dois determinantes transversais – cultura e género. Assim, a cultura e o género determinam também a forma de envelhecer. Quanto à cultura, a forma como as sociedades vêm e encaram o processo de envelhecimento depende por vezes de valores culturais e de tradições. Por exemplo, se uma sociedade associa os sintomas de determinada doença ao processo de envelhecimento em vez de à doença em si, a probabilidade de oferecer serviços quer de prevenção, quer de deteção precoce e tratamento, vai ser muito menor. Outro exemplo é a procura de estilos de vida saudáveis que depende muito de fatores culturais (OMS, 2005).

No que toca ao género, são as mulheres que apresentam um processo de envelhecimento, à partida, pior. Por exemplo, a mulher assume com mais frequência o papel de cuidadora podendo contribuir para o aumento da pobreza, por deixar o trabalho

remunerado, assim como para o aumento dos problemas de saúde quando ficam mais velhas (Farias & Santos, 2012, p. 174-175).

De salientar que, o envelhecimento ativo aplica-se quer a indivíduos, quer a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, participem na sociedade de acordo com as suas capacidades, e que lhes seja dada proteção, segurança e cuidados (influência dos determinantes). Ainda assim, apesar da existência de abordagens a nível coletivo, é fundamental a promoção de abordagens mais individuais, realizando ações que dotem as “*peças de consciência*” sobre o poder e controlo que têm sobre a sua vida, mas sobretudo que promovam “*mecanismos adaptativos*”, de aceitação e de autonomia, pois o envelhecimento ativo assume quatro conceitos-chave (autonomia, independência, expectativa de vida saudável, qualidade de vida) que dependem quer de variáveis biológicas que de “*processos de autorregulação emocional e motivacional*” (Ribeiro & Paúl, 2011, pp. 40-45).

O mesmo autor acima referido, relativamente ao primeiro – autonomia –, diz respeito ao controlo individual que a pessoa tem sobre a sua própria vida, assim como à capacidade de decisão. A independência, enquanto segundo conceito-chave deste novo paradigma assume-se como a capacidade que a pessoa tem de cuidar de si própria. A expectativa de vida saudável, refere-se ao tempo de vida que se espera viver sem necessitar de cuidados especiais. Por último, a qualidade de vida, incorpora a saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais e características do ambiente em que está inserida a pessoa.

2.1. Envelhecimento ativo e qualidade de vida

O principal objetivo do envelhecimento ativo é manter a autonomia e a independência, promovendo a saúde física e mental, a inclusão social e a qualidade de vida de todas as pessoas idosas, com o objetivo de que as pessoas envelheçam de forma saudável, para terem uma vida ativa e significativa no período da velhice (Soósová, 2016).

A qualidade de vida, é um conceito muito abrangente e de difícil definição que surgiu na década de 90, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde como “*a percepção*

individual da posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação ao seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2015). Ainda na envolvimento do conceito, está a saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças e a relação com características proeminentes no ambiente (representações dos vários ângulos que interferem direta e indiretamente com os comportamentos e ciclos de vida, assim como na qualidade de vida deste estágio que representa a terceira idade). Para além disto, a qualidade de vida é descrita como um bem-estar resultante da combinação de fatores físicos, funcionais, emocionais e sociais (Khaje-Bishak, 2014, 257-263).

A qualidade de vida abrange vários aspetos, desde a capacidade funcional, à satisfação com atividades diárias e com o ambiente em que se vive. Assim, é um conceito subjetivo que depende do nível sociocultural e da própria faixa etária, mas também das aspirações pessoais da pessoa (qualidade de vida na terceira idade). É ainda uma construção multidimensional, orientada por valores (Soósová, 2016). De acordo com Soósová (2016), nos idosos, os aspetos mais significativos da avaliação da qualidade de vida são a autonomia, autossuficiência, a capacidade de tomar decisões, ausência de dor e sofrimento, a preservação de capacidades sensoriais, a manutenção de um sistema de apoio social, um certo nível de apoio financeiro e um certo grau de felicidade.

A qualidade de vida, na terceira idade, tende a ser afetada por situações e fatores associados à idade (Soósová, 2016, pp484-493). São exemplos de fatores que podem diminuir a qualidade de vida da pessoa idosa, a diminuição das funções físicas e mentais, a solidão, a atividade sexual prejudicada (Khaje-Bishak, 2014), as mudanças no estado de saúde e identificação de novos papéis nesta «nova fase» da vida (Soósová, 2016). Outros preditores que influenciam a qualidade de vida podem ser identificados, como as próprias variáveis demográficas, nível socioeconómico, influências e valores culturais, e ainda características pessoais (Khaje-Bishak, 2014; Soósová, 2016),

Será ainda importante referir, neste sentido, que identificando áreas problemáticas, é possível criar intervenções positivas, sustentar e encorajar fatores positivos que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida, para a promoção da dignidade da pessoa e incentivar a saúde e o bem-estar geral. Sendo identificado algum aspeto que possa estar a interferir de forma negativa na qualidade de vida do idoso, devem ser

tomadas medidas imediatas, no sentido de perceber o que pode ser feito para melhorar a mesma (McGaha, 2016, pp.1-2).

A avaliação da qualidade de vida pode ser feita através de instrumentos destinados a esta avaliação, mas pode também ser realizada de uma forma mais informal. Ou seja, através de uma conversa tentar descobrir o que importa e o que é importante para a pessoa idosa, identificando áreas que podem ser trabalhadas e melhoradas. Esta abordagem deve ser individualizada, de acordo com a personalidade, capacidades e preferências da pessoa (McGaha, 2016, pp.1-2).

Em suma, torna-se importante trabalhar a qualidade de vida da pessoa idosa, de forma a promover um envelhecimento ativo.

2.2. Propostas de trabalho sobre envelhecimento ativo

A situação demográfica atual, levou a que se pensasse o envelhecimento de uma forma diferente, surgindo o conceito de envelhecimento ativo, que assume o processo de envelhecimento de forma diferente, mas também mais abrangente, envolvendo novas abordagens na conceção de intervenções com pessoas mais velhas.

Assistimos cada vez mais ao aumento da preocupação com o envelhecimento, sendo cada vez mais foco de atenção o envelhecimento ativo e cada vez mais alvo de estudo, e sobretudo de intervenção. Assim, têm vindo a ser desenvolvidos programas/projetos que têm como foco principal a promoção do envelhecimento ativo. Assim, daremos alguns exemplos desses mesmos programas/projetos de forma também a justificar a pertinência do nosso projeto.

O Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2017), constitui um complemento às ações desenvolvidas por outros Programas Nacionais de Saúde em vigor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde. Pretende promover um envelhecimento ativo e saudável e criar respostas adequadas às necessidades da população idosa, através da operacionalização de estratégias.

Este programa assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento ativo;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Este programa foi operacionalizado a nível regional e local pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde. Estes deveriam definir planos de ação considerando as orientações expostas neste programa.

Cidades Amigas da Pessoas Idosas, surge do enquadramento da Organização Mundial de Saúde, pela consciência de que à medida que as cidades crescem, também a percentagem de residentes com mais de 60 anos aumenta. Este projeto tem como objetivo promover 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, como ressaltam as palavras do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas que *“...apresenta estratégias e recomendações para a ação em áreas particularmente sensíveis que, direta ou indiretamente, contribuem para o alcance do seu objetivo geral, constituindo vetores para uma mudança consistente mas também, flexível e ajustável aos diagnósticos de situações e avaliações que forem sendo realizadas.”* (DGS, 2017, p.16).

Assim, este projeto contou com a participação de pessoas idosas de 33 cidades, sendo-lhes solicitado que descrevessem, em grupos de discussão, as vantagens e obstáculos que encontram em oito áreas da vida na cidade. Para complementar a opinião dos mais velhos e até de serem conhecidas as opiniões de quem, por incapacidades físicas ou mentais, seria incapaz de participar, foram também criados grupos de discussão de prestadores de cuidados, assim como grupos de discussão de prestadores de serviços.

Posteriormente, e tendo em conta as opiniões, identificaram-se as áreas a considerar numa cidade amiga do idoso. “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” (DGS, 2017, pp.20-21). É permitido à pessoa idosa que envelheça ativamente, ao:

- Reconhecer que as pessoas mais velhas representam um alargado leque de capacidades e recursos;
- Antecipar e dar respostas flexíveis às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento;
- Respeitar as suas decisões e escolhas de estilo de vida;
- Proteger os mais vulneráveis;
- Promover a sua inclusão e contribuição em todos os aspetos da vida comunitária.

A Associação Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS) é uma IPSS que pretende a promoção do envelhecimento ativo e das Universidades Seniores, na medida em que estas são *“a resposta social, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As atividades educativas serão em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida”* (Rutis, 2017, website: <http://www.rutis.pt/paginas/4/projectos/>).

A RUTIS desenvolve várias atividades destinadas aos mais velhos, assim como outras:

- Criar e apoiar a criação de projetos de envelhecimento ativo;
- Ajudar o surgimento de mais universidades seniores (UTIs);
- Promover atividades para os seniores, como festivais de Música, Teatro, Dança e Desporto Sénior;
- Realizar encontros nacionais e internacionais;
- Desenvolver produtos e serviços para os mais velhos;
- Organizar visitas culturais;
- Estabelecer parcerias e angariar apoios para os seniores e para as UTIs;
- Fazer esforços para o estabelecimento de uma política nacional para o envelhecimento ativo.

Também a nível concelhio e regional, existem projetos de promoção do envelhecimento ativo. O projeto Bem Envelhecer III é disso exemplo. Este projeto visa dinamizar o trabalho em rede dos diversos concelhos do distrito de Braga através da promoção do intercâmbio institucional.

Este projeto promove a qualidade de vida dos idosos que se encontram ao abrigo de alguma resposta social do concelho de Braga. Os objetivos específicos do mesmo, foram elaborados com base nos três pilares básicos da OMS para uma política do Envelhecimento Ativo (Saúde, Participação e Segurança) (Envelhecer III, 2017, website: <http://www.porto.pt/noticias/projetos-municipais-foram-distinguidos-em-cimeira-sobre-o-envelhecimento>).

O programa Aconchego, é uma iniciativa da Câmara Municipal do Porto em parceria com a Federação Académica do Porto e consiste na hospedagem de estudantes do Ensino Superior em casa das pessoas idosas na Baixa do Porto. Assenta numa perspetiva intergeracional, em que o idoso disponibiliza um quarto na sua casa e o estudante fornece, assim, a sua companhia. São três as vantagens deste projeto:

- Troca de experiências entre gerações;
- Companhia para o sénior;
- Redução das despesas de alojamento para o estudante.

(Aconchego, 2017, website: <http://adpm.pt/projetos/projeto-ative-se-promocao-do-envelhecimento-ativo/>)

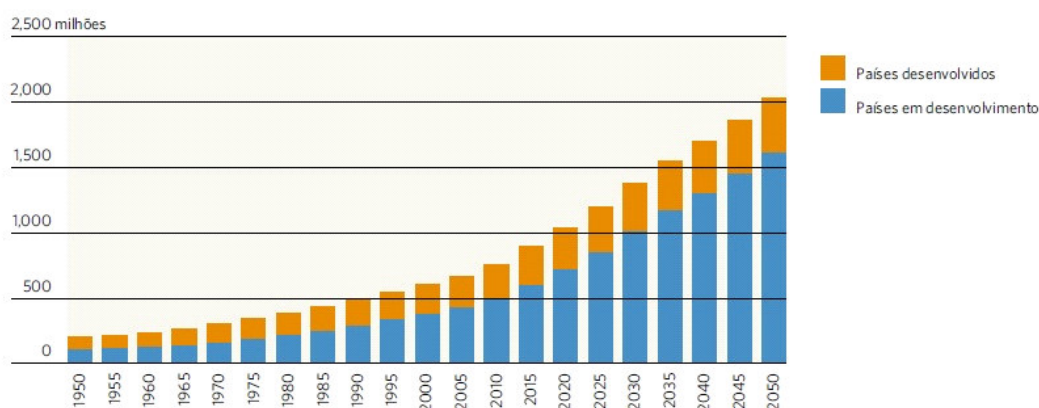
Já o projeto ATIVE-SE, realizado no concelho de Mértola, também teve como objetivo, através da dinamização de atividades de cariz social e inter-relacional em prol do bem-estar e satisfação pessoal, promover o envelhecimento ativo e o bem-estar dos idosos (Ative-se, 2017, website: <http://adpm.pt/projetos/projeto-ative-se-promocao-do-envelhecimento-ativo/>).

Perante o exposto neste capítulo, e tendo em conta a preocupação com a qualidade de vida e com a promoção do envelhecimento ativo, é de elevada importância que se implementem mais ações com este objetivo. É neste sentido que o desenvolvimento do presente projeto ganha relevância, para promover o envelhecimento ativo combatendo o isolamento e as perdas cognitivas na terceira idade.

3.Avaliação da Condição do Envelhecimento na Europa e em Portugal

O envelhecimento populacional, é sem dúvida, a força demográfica mais importante da primeira metade do século XXI (Schoeni & Ofstedal, 2012, p.1-12), verificando-se um crescimento no número e na proporção de idosos, tendo implicações para quase todos os setores da sociedade (United Nations, 2015).

Figura 2- Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento 1950-2050



(Fonte: United Nations, 2015)

Segundo as Nações Unidas (2015) o envelhecimento é uma história de sucesso demográfico, impulsionado pelas mudanças na fecundidade e mortalidade, associadas ao desenvolvimento económico e social. Ou seja, cada vez mais se verificam taxas de natalidade reduzidas, principalmente pelas melhorias no acesso à educação e nas oportunidades de emprego, avanços que se refere à igualdade de género e a promoção da saúde reprodutiva em conjunto com o acesso ao planeamento familiar. Para além disto, avanços na saúde pública e tecnologias médicas, juntamente com melhorias nas condições de vida, resultam num aumento do número de anos de vida para as pessoas (United Nations, 2015). Se durante muito tempo, a mortalidade e a fecundidade eram quase iguais, esta igualdade foi, entretanto, sido rompida (Fontaine, 2000), levando a um aumento considerável de pessoas com 60 anos ou mais, prevendo-se que este crescimento acelere ainda mais nas próximas décadas. De acordo com as Nações Unidas (2015), estima-se que entre 2015 e 2030 o número de pessoas com 60 anos ou mais aumente cerca de 56%, sendo que o número de pessoas com 80 anos ou mais está a

crescer ainda mais rápido do que o número de idosos no geral (United Nations, 2015). “Em 2050, estima-se que 10% da população africana terá 60 anos ou mais, comparada com 24% na Ásia, 25% na Oceania, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na Europa” (UNFPA & HelpAge International, 2012).

Com estas notáveis alterações na esperança média de vida e no considerável aumento do número de pessoas mais velhas, também as causas de doença e morte mudaram. Se antes do século XX as principais ameaças de morte eram as doenças infecciosas e parasitárias, e que acometiam essencialmente bebés e crianças, atualmente, a realidade é bem diferente. As principais ameaças são as doenças não transmissíveis, como por exemplo as doenças coronárias e o cancro, e que afetam mais comumente adultos e idosos (WHO & US National Institute of Aging, 2011). Reduzir as incapacidades decorrentes das condições de saúde é um fator chave para manter os custos sociais e de saúde. Quanto mais tempo as pessoas poderem permanecer com boas capacidades e capazes de cuidar de si mesmas, menores serão os custos dos cuidados prolongados às famílias e sociedades (WHO & US National Institute of Aging, 2011). Neste sentido, estão os governos de todos os países forçados a repensar um modelo de sociedade ideal em termos sociais, culturais e económicos (Anselmi, 2014), para os indivíduos, famílias, sociedade e comunidade global (UNFPA & HelpAge International, 2012).

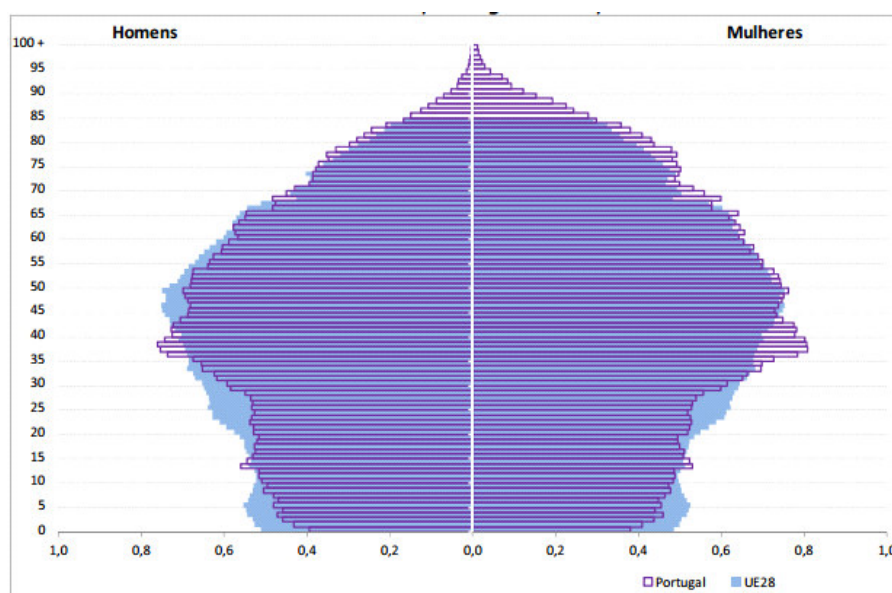
As implicações sociais e económicas do fenómeno do envelhecimento são várias e não são apenas para a pessoa idosa e para a sua família, mas também para a sociedade mais ampla e para a comunidade global. Com efeito, surge a preocupação sobre a capacidade das sociedades para tratar os desafios associados a esta evolução demográfica (UNFPA & HelpAge International, 2012).

Também as mudanças demográficas e familiares indicam que haverá menos pessoas idosas com família para cuidar delas. Com a diminuição do número de filhos, menor propensão para casar e menor probabilidade de viver com pessoas mais velhas, irá diminuir o cuidado à população idosa. Com esta diminuição do apoio da família, a sociedade necessita de melhor informação e ferramentas para assegurar o bem-estar do crescente número de cidadãos mais velhos (WHO & US National Institute of Aging, 2011).

Atualmente, os especialistas da área caracterizam o envelhecimento como um fenómeno duplo, ocorrendo tanto na base como no topo das pirâmides etárias. Esta característica é mais acentuada nos países mais desenvolvidos onde se verifica uma diminuição do número de jovens e um aumento do número de idosos, provocando um alargamento da parte superior da pirâmide e a uma redução na sua base. Imaginário (2008, p. 9-10) refere ainda neste sentido e de acordo com o já referido anteriormente por outros autores, que este aumento do número de idosos não está apenas relacionado com o aumento da esperança média de vida e com o declínio da mortalidade, mas também com a diminuição do número de nascimentos.

Apresentamos de seguida, as pirâmides etárias da União Europeia e de Portugal, revelando as mesmas o duplo envelhecimento demográfico. Há um estreitamento na base da pirâmide (mais evidente em Portugal do que para a União Europeia), e um alargamento no topo (com semelhança de valores entre Portugal e União Europeia) (INE, 2015).

Figura 3- Estimativas anuais da população residente

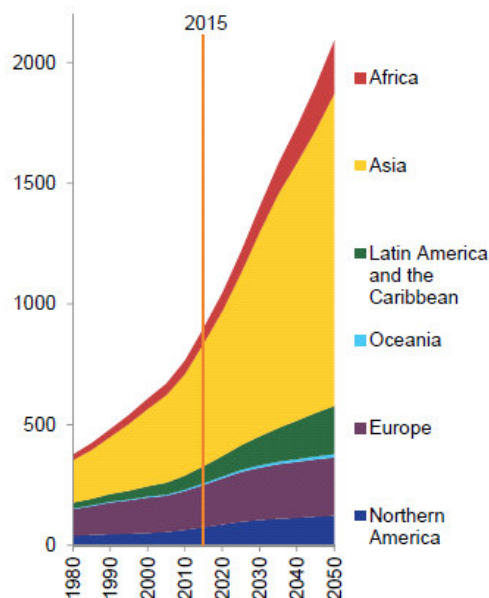


(Fonte: INE, 2015)

O envelhecimento demográfico da população, é um fenómeno que as civilizações modernas presenciam, seguindo uma tendência a acentuar-se ainda mais no futuro (Imaginário, 2008). Contudo, a dinâmica deste envelhecimento difere substancialmente entre as regiões e países (Schoeni & Ofstedal, 2012). No que se refere à Europa, entre os grupos populacionais, é o grupo de idosos que cresce de forma mais acentuada,

estimando-se que, nos próximos anos, o número de pessoas deste grupo populacional aumente em 23%. Ainda assim, este crescimento é mais lento que noutras regiões da Europa (figura 3) (United Nations, 2015).

Figura 4- População com 60 anos ou mais por região, 1980-2050



(Fonte: United Nations, 2015)

Em 2000, das 10 populações mais envelhecidas do mundo, 9 estavam localizadas na Europa, das quais tal como indicado na tabela seguinte, Portugal fazia parte. Prevê-se que em 2030, a Europa responda por 7 dos 10 países mais envelhecidos (United Nations, 2015).

Figura 5- 10 países ou áreas mais envelhecidas, 2000, 2015 e 2030

Rank	2000		2015		2030	
	Country or area	Percentage aged 60 years or over	Country or area	Percentage aged 60 years or over	Country or area	Percentage aged 60 years or over
1	Italy	24.1	Japan	33.1	Martinique	38.5
2	Japan	23.3	Italy	28.6	Japan	37.3
3	Germany	23.1	Germany	27.6	Italy	36.6
4	Greece	22.8	Finland	27.2	Germany	36.1
5	Sweden	22.2	Portugal	27.1	Portugal	34.7
6	Bulgaria	22.2	Greece	27.0	China, Hong Kong SAR	33.6
7	Belgium	22.0	Bulgaria	26.9	Spain	33.5
8	Croatia	21.8	Martinique	26.2	Greece	33.2
9	Portugal	21.7	Croatia	25.9	Slovenia	32.7
10	Spain	21.4	Latvia	25.7	Austria	32.4

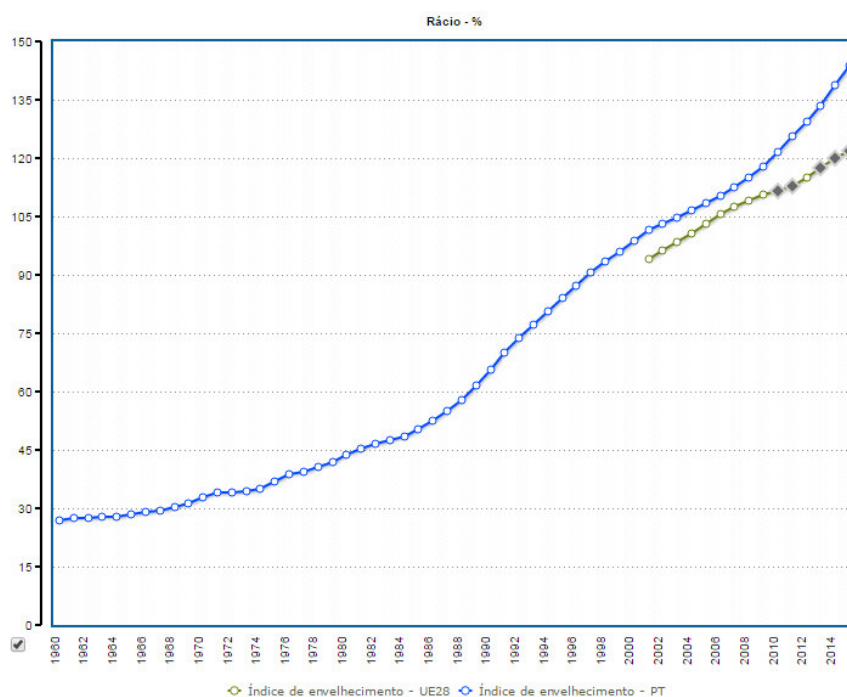
(Fonte: PORDATA, 2017)

Quanto à esperança média de vida, até ao século XVIII, esta não excedia os 30 anos (Fontaine, 2000, pp.80-90). Atualmente, na Europa, é apresentada uma esperança média de vida de 80,6 anos, considerando ambos os sexos. Mais especificamente para as mulheres, a esperança média de vida situa-se nos 83,3 anos e para os homens nos 77,9 anos (PORDATA, 2017).

Este facto coloca novos desafios à sociedade, nomeadamente ao nível da saúde e nível da prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Apesar de se viver mais anos, não quer dizer que os mesmos sejam passados de melhor forma, sendo cada vez mais evidente a necessidade de que sejam prestados cuidados formais e informais aos nossos idosos (Sequeira, 2010).

Particularmente no que se refere ao índice de envelhecimento, quer na Europa, quer em Portugal, verifica-se que o mesmo encontra-se em crescimento (figura 5). Na Europa, este índice em 2015, era de 122 e em Portugal de 143.9 (valor estimado) (PORDATA, 2017).

Figura 6- Índice de envelhecimento da Europa



(Fonte: PORDATA, 2017)

Portugal, no conjunto dos 28 Estados Membros apresenta o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE,2015).

Foi em 2000 que o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, sendo é o 4º país da União Europeia com maior proporção de idosos (INE, 2015).

No que se refere à esperança média de vida à nascença, em Portugal, esta era de 80,4 anos, em 2014, sendo de 77,4 para o sexo masculino e de 83,2 para o sexo feminino (PORDATA, 2017).

Com efeito, quer pelo envelhecimento da população em Portugal e na Europa, quer no mundo, tem vindo a ser indicado que os idosos devem ser tidos em consideração por apresentarem características únicas diferentes de qualquer outros grupo etário, apresentando necessidades e interesses que devem ser atendidos por meios de programas e modelos de intervenção (UNFPA & HelpAge International, 2012).

As pessoas vivem mais, mas é fundamental que estes anos a mais sejam vividos com saúde. Ainda assim poucas evidências existem que sugerem que os idosos apresentam uma boa saúde, ou uma saúde melhor que outros idosos em gerações anteriores. Há de facto, condições crónicas que as pessoas idosas têm de enfrentar, mas muitas podem ser prevenidas ou retardadas, assim como outros problemas que podem ser controlados. Muito pode ser feito e a necessidade de intervir é realmente urgente.

De acordo com a OMS (2015, p.40-65), as mudanças nas perceções de saúde e de envelhecimento sofreram alterações, porque muitas perceções e suposições sobre os mais velhos são baseadas em estereótipos ultrapassados, devendo ter-se em atenção perspectivas atuais – *“não há uma pessoa tipicamente velha; a diversidade na população de adultos maiores não é aleatória; a idade avançada não implica dependência; o envelhecimento da população aumentará os custos com cuidados de saúde - porém não tanto quanto esperado; 70 não é o novo 60 - mas poderia ser; visão prospetiva, não retrospectiva; o gasto com populações mais velhas é um investimento, não um custo”*. Assim, deve-se começar por aceitar que não existe a pessoa «tipicamente velha», isto porque muitos idosos com 80 anos têm níveis de capacidade física e mental comparáveis a muitos jovens. É de elevada importância perceber e abordar as diferentes necessidades de cada um de forma a que um grande número de pessoas alcance uma

trajetória positiva do envelhecimento. Da mesma forma, é importante que se realizem mais ações de saúde pública centradas no envelhecimento, pois apesar de serem escassas as evidências que nos indiquem que as pessoas com 60 anos do passado são os novos 70, não quer dizer que assim não seja no futuro - idosos de hoje com mais de 70 anos de idade, com a mesma saúde que os maiores de 60 anos do passado, evidenciam diferenças.

Embora seja comum afirmar que a diversidade verificada entre os idosos tem a ver com a herança genética, de acordo com a OMS (2015-website) esta mesma diversidade depende também do ambiente físico e social em que a pessoa está inserida, na medida em que afeta diretamente a saúde de cada um e por vezes impõe barreiras ou incentivos que vão posteriormente influenciar as oportunidades, decisões e comportamentos. Portanto, as *“respostas da política devem ser criadas de forma a superar (...) essas desigualdades”*.

Também a discriminação da pessoa com base na idade tende a ser frequente, fazendo referências à pessoa idosa como dependente ou um fardo. Estas situações tendem a acontecer por se “ignorar” a contribuição das pessoas mais velhas para a economia. Apesar de as pessoas idosas não contribuírem para a economia de forma tão tangível, contribuem de outras formas como seja fornecer apoio emocional em situações mais stressantes. *“A política deve ser moldada de forma a promover a capacidade dos adultos maiores de realizar essas múltiplas contribuições”* (OMS, 2015-website).

A ideia de que há um aumento dos custos com o envelhecimento da população deve ser também melhor analisada. A OMS refere que, embora com o avançar da idade haja naturalmente um aumento das necessidades relacionadas com a saúde, o mesmo pode não acontecer com a utilização de cuidados de saúde e com as despesas, sendo ainda necessário mais evidências que façam a análise destes custos. Contudo, segundo a OMS, os custos deverão ser considerados investimentos, que permitem a capacidade e o bem-estar das pessoas mais velhas.

É consideravelmente importante atender às mudanças sociais e tecnológicas que estão a ocorrer a par do envelhecimento da população de forma a aproveitar novas oportunidades que estas mudanças proporcionam e assim envelhecer de forma diferente do que acontecia em gerações anteriores (OMS, 2015). É ainda mencionado a este

respeito, que é fundamental o acesso a atendimento de qualidade em saúde e a ambientes que estimulem a pessoa idosa (UNFPA & HelpAge International, 2012).

As alterações demográficas referem-se à consciencialização das necessidades de promoção da saúde para um envelhecimento saudável. Para que este se realize da melhor forma devem incluir-se palavras-chave como saúde, autonomia, atividade e independência durante o maior tempo possível e com a melhor qualidade possível (Sequeira, 2010, pp.221-237). Neste sentido, são abordadas 10 ações prioritárias para maximizar as oportunidades de populações em envelhecimento (UNFPA & HelpAge International, 2012):

- “Reconhecimento da inevitabilidade do envelhecimento populacional e a necessidade de preparação adequada de todas as partes interessadas para o crescente número de pessoas idosas, feito através da intensificação do entendimento, do fortalecimento das capacidades nacionais e locais e do desenvolvimento de reformas políticas, económicas e sociais necessárias para adaptar as sociedades a um mundo em envelhecimento.
- Garantia de que todas as pessoas idosas possam viver com dignidade e segurança, tendo acesso a serviços de saúde, assistência social e renda mínima, através da implementação de pisos de proteção social nacionais e outros investimentos sociais que ampliem a autonomia e independência de idosos, previnam o empobrecimento no envelhecimento e contribuam para um envelhecimento mais saudável. Essas ações devem ter como base uma visão de longo prazo, forte compromisso político e orçamento assegurado, capaz de prevenir impactos negativos em tempos de crise ou mudanças de governo.
- Apoio a comunidades e famílias visando o desenvolvimento de sistemas de suporte que assegurem aos idosos fragilizados os cuidados de longo prazo que necessitam e promovam o envelhecimento ativo e saudável em nível local para facilitar o processo de envelhecimento em curso.
- Investimento nos jovens de hoje, promovendo hábitos saudáveis e assegurando oportunidades de educação e emprego, acesso a serviços de saúde e cobertura de previdência social para todos os trabalhadores como o

melhor investimento para a melhoria de vida das futuras gerações de idosos. Flexibilidade de horários de trabalho, aprendizagem continuada ao longo da vida e oportunidades de requalificação devem ser promovidas para facilitar a integração no mercado de trabalho das atuais gerações de idosos.

- Apoio a esforços internacionais e nacionais que visem o desenvolvimento de pesquisas comparativas sobre o envelhecimento, assegurando que os dados e evidências sensíveis a aspetos culturais e de gênero produzidos por essas pesquisas sejam disponibilizados como subsídios para a formulação de políticas.
- Incorporação da questão do envelhecimento em todas as políticas de gênero e das questões de gênero em todas as políticas de envelhecimento, levando-se em conta as necessidades específicas de mulheres e homens idosos.
- Inclusão do envelhecimento e das necessidades das pessoas idosas em todas as políticas e programas de desenvolvimento nacionais.
- Inclusão do envelhecimento e das necessidades das pessoas idosas nas respostas humanitárias nacionais, planos de mitigação e adaptação às mudanças climáticas, programas de prevenção e gestão de desastres.
- Assegurar que as questões do envelhecimento sejam adequadamente refletidas na agenda de desenvolvimento pós-2015, inclusive através do desenvolvimento de metas e indicadores específicos.
- Desenvolvimento de uma nova cultura do envelhecimento baseada em direitos humanos, com uma mudança de mentalidade e atitudes sociais relacionadas ao envelhecimento e às pessoas idosas, de beneficiários da previdência social a membros contribuintes ativos da sociedade. Isto requer, entre outras coisas, trabalhar para o desenvolvimento de instrumentos internacionais de direitos humanos e sua tradução em leis e regulamentos nacionais, bem como medidas afirmativas que contestem a discriminação por idade e reconheçam os idosos e idosas como indivíduos autônomos.”

4. O Papel da Intervenção Social – Educador Social

A intervenção social no âmbito destes trabalhos é importante para a boa relação e desenvolvimento de medida preventivas, antecipadoras e/ou uniformizadoras das problemáticas existentes em contexto social. Como é do saber geral, as ciências sociais desempenham todo o papel preventivo, mas também minimizador de situações danosas para o utente. Sendo que neste intuito considera-se saudável fazer uma breve distinção do papel da Educação Social (e do seu papel): inserida nas Ciências Sociais e Humanas, denomina-se por uma prática educativa comprometida com um desenvolvimento humano e uma qualidade de vida que pressupõe uma conceção alternativa da cidadania, incentiva o estabelecimento do protagonismo cívico e da solidariedade ativa na sociedade, implicando e dinamizando os coletivos sociais.

Assim, os profissionais do campo de intervenção social com habilitação/formação académica superior, habilitados para uma profissão social, mas também educativa, com generosidade, sensatez, coerência, honestidade, solidariedade, respeito pelo próximo (pela pessoa humana), intervêm, tendo polivalência, com as mais diversas faixas etárias (crianças, jovens, adultos, idosos) e nos mais diferentes contextos sociais, culturais, educativos e económicos. (Azevedo, Sílvia, 2010).

A APTSES, como exemplo representativo, tem como objetivo promover e aprofundar o espírito associativo entre os profissionais de Educação Social, bem como representar os seus interesses e velar pelos seus direitos. Propõe-se igualmente a contribuir para o aperfeiçoamento dos profissionais e desenvolver a informação a todos os níveis, assim como ser a entidade de controlo do respetivo acesso e exercício da profissão e a entidade que elabora as normas técnicas e deontológicas específicas assim como o regime disciplinar autónomo (designadamente cfr. Lei n.º 6/2008, de 13 de Fevereiro), desenvolvendo o rigor na ação dos técnicos e dos serviços prestados. Pretende também dinamizar a cooperação nacional e internacional com os seus congéneres, ou entidades afins e contribuir para o desenvolvimento das políticas que visem o bem-estar e a qualidade de vida e efetivação dos direitos sociais e humanos.

O Técnico Superior de Educação Social (Educador Social), é o trabalhador [social] que concebe, investiga, executa, articula, potencia, apoia, gere, avalia projetos e programas assentes em redes, atores e parcerias sociais, assentes na prática socioeducativa e

pedagógica, desenvolvida em contexto social, fomentando a aprendizagem permanente, a minimização e resolução de problemas. Acompanha processos de socialização e inserção das pessoas reforçando as suas competências pessoais, sociais e profissionais.

Ao longo deste percurso as demandas na superação das desigualdades sociais, na procura de comunhão sem exclusão de ninguém, na promoção da cultura e da dignidade da pessoa humana, no estímulo à cultura da solidariedade e da esperança, na permanente preocupação com a harmonia social, representam-se pela mais-valia para a sociedade contemporânea e para a cultura do país, construindo a ponte para um novo estágio social.

4.1. Funções do Profissional de Intervenção

O papel do profissional de intervenção assume “(...) *uma estrutura de animação capacitada e atenuante é o papel central para que o lazer possa ser vivenciado como instrumento de mudança e gerador de novos valores em nossa sociedade*” (Pereira, et al., 2014, p.20). Na instituição, este papel é assumido pela Técnica Cláudia, esta, por sua vez, concebe na sua base fundamental o papel de esclarecimento, coordenação e promoção de um «laço» importante para melhor contatar com a instituição e com o utente. A dinamização das atividades desenvolvidas para os utentes, a conceção, orientação e monitorização de projetos a desenvolver junto dos utentes consoante os objetivos pretendidos e a reunião e responsabilização na resolução de problemas são algumas das atividades que a profissional executa na instituição. Além destas competências, a técnica tem a cargo toda a orientação das valências sociais existentes na freguesia como salienta um grande autor *"O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber"*(Paulo Freire,1981, p.47), pois toda a sua ação vislumbra a intenção de mudança e intervenção para o melhor funcionamento e bem-estar da associação.

Parte II- Parte Empírica – Projeto de Intervenção “Contentor das Memórias”

1. Caracterização do Meio Envolvente

A criação de Melres, perde-se na memória do tempo, mas continua com toda a certeza a poder afirmar-se que ela remonta ao período dos Lusitanos, uma vez que é a este povo que se atribuiu a execução de galerias, nas minas de extração de metal e que ainda existem aqui nas serranias circundantes, nomeadamente as do Facho, Vale do Fundo, Banjas e a serra de Montezelo. As provas documentais mais antigas remontam a 915 com o testemunho da doação do lugar “MELLARES” pelo rei de Leão, Ramiro II, mais tarde foi considerado, na época das inquirições, termo da cidade do Porto acentuando assim a sua importância geográfica e estratégica detida já naquele tempo. Mais tarde, após o casamento de D. Fernando, foram atribuídos outros lugares à Freguesia de Melres (“TERRA DE MELLARES EM PRIBA DE DOIRO”) como o de S. Tiago, constituindo assim outro marco histórico em 1395.

Contudo, o marco mais importante, ocorreu no reinado de D. Manuel II, a 15 de Setembro de 1514, quando foi dado ou confirmado o foral à vila de Melres. A sua importância na época mostra-se bem na referência feita no dito foral, do centro piscatório e agrícola e dos tribunais que sobre a sua atividade recaíam. Em 1661, com o 1º Marquês de Marialva Melres passou a concelho com câmara e justiça própria até 1834, pois este detinha a posse “herdeiro da vida política, económica e religiosa (...)”. Nesta data foi extinto, por decreto lei de Mouzinho da Silveira, após a implementação do regime liberal e integrando assim no atual concelho de Gondomar.

Melres compreende ainda algumas das características, próprias da ruralidade, mas podemos dizer que o crescimento dos últimos anos, associado às suas potencialidades turísticas e paisagísticas, à sua beleza e tranquilidade e ao espírito acolhedor das pessoas, fazem da freguesia, um pólo de atracção turística, não só pela nobreza do Solar da Bandeirinha e dos seus tectos em talha do século XVII, mas também pela sua beleza natural e o seu património histórico e cultural. Melres tem ainda o brasão que pertence ao Paço do Donatário, pertence ao concelho de Gondomar, distrito do Porto.

Atualmente (e acordo com os dados cedidos pela Junta Freguesia) esta freguesia tem uma área de 17,4 Km² com uma densidade populacional de 227,4 hab./Km², constituída por um total de população residente correspondente a 3945. Os equipamentos disponíveis na localidade de carácter social são 1 Instituição Particular de

Solidariedade Social (Melres), 2 Pré-Escolas de rede Pública (Jardim de infância de Branzelo), 1 Centro de Convívio de rede Pública (Centro de Melres), 1 Serviço de Apoio domiciliário de modelo solidário (Promovido pela Associação Vicentina de Melres); os Estabelecimentos de ensino EB1 são 5 (EB1 de Cimo de Vila: À Beira Douro) mas entretanto já fecharam algumas (cerca de 3); as infra-estruturas desportivas contam com 5 pavilhões gimnodesportivos (ex. Gimnodesportivo de sediado em Melres, ...), 1 campo de futebol de terra batida (Branzelo) e uma pista de Canoagem (centro de Melres). Originando assim um conjunto de 9 associações recreativas, culturais e desportivas (do Artesanato, Dança, Música, ...). No cardápio das atrações temos as Praias fluviais que possibilitam o desenvolvimento de atividades, essencialmente no Verão, a Junta de Freguesia que contém um museu com características, engenhos, e vários artigos de tempos afastados, como o brasão em talha trabalhado nos tectos, desenvolvendo atividades frequentemente para dinamização da zona ..., a Igreja Matriz (local onde todas as comemorações religiosas se realizam), as seis Capelas (distribuídas pelos 9 lugares da freguesia) e as suas festividades que caracterizam a nossa terra onde se destacam naturalmente o Senhor do Paços quinze dias antes da Páscoa e que é única no concelho e a lendária Feira das Nozes, no dia 21 de Setembro de cada ano, reunido uma enormidade de vendedores e pessoas e, fazendo-se ainda atividades à volta do tema (ex. Semana Cultural de Melres, tem uma duração de oito dias), não esquecendo os três cemitérios da mesma. Ainda num plano religioso importa mencionar a existência da Conferência de São Vicente de Paulo que tem por intuito a construção de habitações para agregados familiares carenciados de forma solidária (investimento de um grupo de pessoas para uma causa de caridade). Usufruímos ainda, da saúde através do Centro de Saúde Melres - onde estão presentes todo o tipo de apoios, ex. enfermagem (1), Farmácia de Melres (1), Clínica Privada (Clínica da Amoras) e dos Médicos Particulares (2). Os Bombeiros são um local muito importante a nível socorrista ...através da extinção de incêndios, pois parte do património da zona é florestal e ao longo dos anos tem sido afetado seriamente. Nos Serviços temos uma rede pública de Transportes de passagem frequente na localidade (Gondomarense), Táxis Particulares, ... os Correios sediados na Junta de Freguesia que prestam toda a variedade de serviços, PAYSHOPS, 1 Banco (Millenium BCP) contámos com cerca de 13 supermercados/Mercearias, 2 Talhos, 3 Pastelarias, 8 Cafés, 2 Peixarias Móveis, 2 Quintas de Casamentos (Bandeirinha e Casa Grande), 4 Costureiras, 2 Sapateiros, 7 Cabeleireiras, 2 Barbeiros, 4 Gabinetes de Estéticas, 8 Lojas de tipo

diversificado (ex. Pronto a vestir, Loja dos Trezentos), 1 Ourivesaria em Melres ... Culturalmente e recreativamente possuímos a Banda Musical de Melres com enorme prestígio dentro e fora da Freguesia que forma e apresenta músicos em grande quantidade, a Fanfarra de Melres, a Dança que também é conhecida e convocada para atividades, as aulas de Ginástica, a Canoagem, o grupo de ciclismo, Ginásio (com diversidade de treino) ...

A natureza do ensino é maioritariamente pública em todos os momentos do ensino. Relativamente aos cursos de Educação e Formação (Novas Oportunidades) tiveram muita adesão no concelho e na freguesia de Melres.

No contexto familiar Melres constitui-se por um número de famílias alargadas elevado, valor superior à média dos valores de elementos por família (igual ou superior a cinco), constituem-se vestígios de famílias alargadas e menos representativas de casais sem filhos ou famílias monoparentais. Os acessos aos bens básicos e equipamentos de apoio ao trabalho doméstico são normativos (quase toda a população residente possui acesso aos bens básicos e necessários como a água, eletricidade, ...)

Os rendimentos e condições de vida ainda advêm da agricultura e das pequenas e médias empresas de trabalho na indústria local e da cidade aos quais os residentes se deslocam. Os maiores gastos estão presentes na Educação e Formação do Indivíduo.

A cultura e o desporto estão presentes neste ambiente difundindo-se assim a ideia de aculturação e relações interpessoais, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo e grupo criando expectativas e valorização pessoal e social associado ao desporto como ocupação dos tempos livres, valor artístico e manutenção da condição física, fenómeno presente na freguesia.

Os modos de vida prendem-se com o desporto, bem-estar (descanso) lazer, ... que é parte do consumo para ocupações culturais, ... As famílias em Melres são das mais numerosas com taxas de nupcialidade e divórcio desiguais, sendo a do casamento a mais abundante.

A freguesia tem como problemas alguma falta de sensibilização para a poluição, situação que se tem vindo a contrariar com o trabalho de sensibilização realizado pela Junta de Freguesia.

2. Estrutura de Apoio e Acolhimento a idosos

A terceira idade representa uma fatia relevante da população para a freguesia, e como tal as preocupações em volta deste público têm-se amplamente alargado. O serviço prestado pela Associação Vicentina de Melres foi substituído por diversas linhas de atuação e redirecionamento do que representa o acompanhamento ao idoso, neste trabalho, foram criados protocolos e acordãos com outras freguesias por forma a diversificar e colmatar as lacunas anteriormente existentes. Deste modo, Melres possui uma rede alargada de apoio ao domicílio quer, para a alimentação, quer para a higienização das mesmas habitações e ainda para a administração medicamentosa. Possui também uma linha de reabilitação para alcoólicos, ao público identificado. Decorrem neste momento obras para a finalização de um espaço dedicado aos mais necessitados em situação de dependência temporária, bem como em tempo alargado. No entanto, cultiva-se o apoio familiar como o elemento fundamental para o bem-estar do idoso, numa ordem estimulativa e organizativa para o bom desenvolvimento e realização da pessoa idosa, fomentando-se especial atenção para a segurança, criando programas de sensibilização e autocuidado para que tanto o idoso como o agregado estejam munidos dos melhores instrumentos para situações de risco. O Centro de dia é um dos espelhos deste pensamento, reúne um espaço para as pessoas se socializarem e desenvolverem atividades lúdicas bem como psicomotoras. Contudo, no final do dia, o regressar ao aconchego do agregado, permite desfrutar do conforto do lar. Aqui, realiza-se o trabalho de proximidade ao utente, o atendimento e encaminhamento de processos ou situações de carência que os idosos possam ter e que a equipa existente colabora na boa resolução da mesma como é o exemplo dos cabazes alimentares para os mais desfavorecidos, estrutura de apoio móvel para o acompanhamento ao médico ou à fisioterapia.

2.1. Descrição do Público-Alvo em enfoque

O público-alvo é a Terceira Idade, representados neste trabalho pelos idosos do Centro de Dia, sendo denominado por pessoas idosas, homens ou mulheres, com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade da reforma.

O envelhecimento nos idosos pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: a nível individual, pois o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida; e o envelhecimento demográfico, que por sua vez, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Tal aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE). Sendo que a senescência é um indicador a ter em conta neste público porque varia de caso para caso, pois são vários os fatores que determinam a pessoa humana e cada fase da vida é marcada e tem a sua própria identidade o que constitui uma nova aprendizagem a cada momento no desenvolvimento humano. De acordo com o que tem vindo a ser escrito, podemos dizer que a terceira idade apesar de ser a última etapa da vida não é de maneira alguma a fase menor ou menos importante, como diz Shakespeare em “The last but not the least”.

Esta fase tem características bastante peculiares e heteróclitas, o que dificulta muitas vezes o consenso sobre um determinado indicador na terceira idade. Mesmo assim algumas características perduram como os tipos de envelhecimento: o primário, idoso dentro das características ditas normais e sem doenças; o secundário, envelhecimento relacionado com a doença; e o terciário, período mais ou menos longo, próximo da morte, em que há uma deterioração de aspetos geralmente considerados como não variando a idade, para níveis anteriores de desempenho (Paúl, 1997, pag.11 in Apontamentos de Gerontologia). Temos também os estereótipos que se criam à volta do termo envelhecimento, que ainda hoje têm uma dupla conotação com realce ao lado positivo da terceira idade, uma das mais belas fases da vida, onde tudo se relembra e se diz, como forma de término e avaliação do que foi vivido, durante todo o período de vida. Por outro lado, para muitos, esta fase ainda é vista como algo sombrio e negro, dificultando e preconcebendo um pensamento negativo e muitas vezes precoce; e por fim, as características consequentes na terceira idade, que muitas vezes marcam ou definem caminhos menos felizes e producentes que se prendem como por exemplo, com o isolamento, a falta de dinamismo, interação e convívio, entre outros, situações identificadas no grupo de trabalho.

No centro de dia em questão, 80% dos idosos têm idade superior a 70 anos, e os restantes distribuem-se pelas outras faixas etárias, para ser exata o grupo que frequenta todos os dias é composto por 7 utentes do sexo feminino e 4 utentes do sexo masculino. A escolaridade deste público é predominante a terceira classe, quatro não possuem

escolaridade. Constituem-se por um público-alvo maioritariamente feminino, e com patologias clínicas associadas ao tipo secundário e terciário do envelhecimento, tais como a diabetes e as suas consequências, doenças coronárias, a doença de Alzheimer, e outro tipo de demências. Os fatores de carência identificados são essencialmente o isolamento e falta de autonomia. O grupo inicialmente era muito monótono e rotineiro, não permitindo a si mesmo dar o passo seguinte para uma melhor qualidade de vida e felicidade, atendendo a todas as iniciativas que o centro de dia lhe proporciona. Como é de salientar este facto não se estende a todos os utilizadores, mas a uma parte. No entanto, todas as atividades são direcionadas para o bem estar comum, estimulação e bom desenvolvimento do utente. Evidencia-se que grande parte do grupo, como referimos anteriormente, tem indícios de demências e outras doenças do foro psiquiátrico e/ou neurológico, bem como mobilidade reduzida. Situação que se trabalha diariamente para contrariar as tendências naturais da idade e doença, promovendo condições de envelhecimento mais saudável e ativo, estimulando-os para o a colheita dos sabores da vida.

3. Diagnóstico de Necessidades do Local/dos Utentes

O diagnóstico permitiu uma sensibilidade mais apurada para visualizar os indicadores do levantamento das necessidades que, vão de encontro à nostalgia da infância, ao percurso de vida deles, o isolamento e ao condicionamento geral em que se encontram no presente. bem como a pouca motivação e ação perante as tarefas do quotidiano.

Na instituição existe estimulação física, mas esta nem sempre é bem-vinda pelos utentes o que dificulta um pouco o trabalho, dado as especificidades do mesmo público. Contudo, este levantamento de necessidades foi elaborado com grande proximidade e contato com os idosos, o que permitiu uma experiência muito enriquecedora e um relato mais direto e individual dos utentes, mas na sua maioria todos partilham da mesma dor ou sentimento, o que torna a intervenção uma mais-valia, pois há muito a fazer para melhorar o grupo. Elaboraram-se medidas de prevenção e ação para atenuar e afervorar ao dinamismo e à cooperação.

Como escreve a Doutora Sílvia Azevedo “cabe ao educador social ajudar o educando a interpretar o mundo e a desenvolver formas de relacionamento com os outros, assente em princípios de entendimento e respeito pela diferença que caracteriza a individualidade e a unicidade inerente à vida “(2010, p.37).

Importa referir que, no decorrer do projeto fomos construindo alguns apontamentos sobre o que tínhamos, indiciando e elaborando um fio condutor de trabalhos para a construção deste projeto. Neste sentido, como nos demonstra Moon “A escrita reflexiva podia ser comparada à utilização de uma página como ponto de encontro de ideias que se podem misturar e que, ao desenvolverem-se dão origem a novas ideias para novas aprendizagens.” (1999, pág.18). Propiciando uma base para a identificação e levantamento das necessidades existentes.

No decorrer do Projeto observei e participei nas atividades e quotidiano do Centro de Dia. Acrescento que, constatei também que a equipa do Centro de Dia tenta mitigar as consequências de algumas destas evidências como o isolamento e afastamento familiar.

O isolamento apresenta-se como um indicador, na medida em que toda a ação do utente se condiciona pelos mais variados motivos (idade, mentalidade, mobilidade) à vida em sociedade.

O abandono e/ou afastamento familiar é um indicador de grandes proporções, pelo que os idosos em muito se lamentam pela perda do contato com familiares, desmotivando-os e entristecendo-os. É uma realidade cada vez mais presente na sociedade contemporânea, mas que deve ser amenizada e contrariada. Alguns casos em específico, retratando as suas histórias de vida, pude perceber o que já constatava em seio social, o principal motivo de abandono ou afastamento tem fonte económica e social como resposta.

Os problemas de saúde são outro ponto de atenção, pelo que a maioria dos idosos padece de doenças coronárias, diabetes, mobilidade reduzida, demências e outras patologias clinicamente reconhecidas. Não obstante a sua existência, estes utentes tentam ultrapassá-los, mas nem sempre conseguem porque os obstáculos que a doença lhes impõe são mais altos (por exemplo a mobilidade reduzida e a demência).

Desta forma, por vezes, o seu dinamismo e interesse diminuem, mas tentei sempre proporcionar o máximo de contato, bem-estar e satisfação ao idoso. Foi nesse intuito que me propus a passear os idosos com mobilidade reduzida, a estabelecer uma maior interação e cooperação entre utentes e utente, dialogar e realizar algumas atividades e exercícios elaborados pela instituição, bem como outras atividades que fui adicionando ao plano existente.

Neste seguimento é importante salientar a estimulação e investimento na terceira idade, sendo que constituem grande parte da população. Segundo Neto (2010, Capítulo VI, p.78) *“Quanto melhor a pessoa idosa conseguir utilizar/ocupar seus tempos livres, provavelmente melhor viverá o seu período de reforma. Viver criativamente seria não se contentar apenas com as ideias, mas buscar a realização das suas fantasias. Sonhar é importante. Mas tentar concretizar aquilo que se deseja é melhor ainda.”* Pois é importante dar ao idoso a possibilidade de criação, de estimulação, o sentido de concretização. Este público-alvo sofre na sua maioria de problemas de saúde que muitas vezes dificultam o processo de ajuda e estimulação.

No Centro de Dia essa era uma problemática evidente, pois maioritariamente sofriam de patologias clínicas graves. Mesmo assim continua a ser importante cativar, fomentar e promover dinâmicas direcionadas para cada público-alvo, moldando-as de forma a atingir o máximo de rentabilidade e sucesso para os idosos, porque eles são a parte mais importante, dentro deste âmbito. E é com este intuito que a Educação Social e o Educador possui em si um conjunto de competências e funções que o permitem ir mais longe, desenvolvendo um trabalho profissional e multidimensional. Como salienta Manuel Patrício na obra de Sílvia Azevedo (2010, pág. 24) “*o saber humano não é uniforme, isto é, não tem apenas uma forma. Não é apenas lógico, é também mitológico, axiológico, técnico e tecnológico, é mesmo também instintivo. (...) Uma pedagogia unidimensional optará por uma única forma do saber (...) enquanto que uma pedagogia pluridimensional optará pela totalidade dessas formas, articulando-as adequadamente*”. Delineando um outro tipo de abordagem mais interessante e direcionada para a promoção social e pedagógica com e para os idosos.

Concluindo, evidenciámos um público entristecido, com algumas dificuldades, mas com uma réstia de esperança por algo incerto, o que despertou em nós o estímulo para a identificação e tentativa de amenização destes mesmos problemas, abordados anteriormente. Com isto, a mensagem que marcou foi coincidente com a citação do escritor Talude que menciona a Terceira idade como algo que “*Para o ignorante, a velhice é o Inverno da vida. Para o sábio, é a época da colheita*” (2017), dado que todo o poder de decisão está na própria pessoa, cabe ao idoso a decisão de fazer o correto uso ou não das ferramentas e possibilidades que lhe são proporcionadas.

Neste propósito e após inclusão neste ambiente, todos os processos conduziram a minha metodologia.

A metodologia utilizada no decorrer deste trabalho e face às especificidades do público alvo foi a qualitativa. Segundo Martins, “*nas duas últimas décadas, assistiu-se a uma utilização crescente de abordagens de natureza qualitativa na investigação em Educação. A investigação qualitativa tem na sua essência, segundo Bogdan e Biklen (1994), cinco características: (1) a fonte directa dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados; (2) os dados que o investigador recolhe são essencialmente de carácter descritivo; (3) os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que*

propriamente pelos resultados; (4) a análise dos dados é feita de forma indutiva; e (5) o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências (...) nos métodos qualitativos o investigador deve estar completamente envolvido no campo de acção dos investigados, uma vez que, na sua essência, este método de investigação baseia-se principalmente em conversar, ouvir e permitir a expressão livre dos participantes” (Martins, 2006, cit. por Bogdan & Taylor, 1986; pp. 68-69).

Os instrumentos utilizados neste trabalho foram a observação dos comportamentos e um trabalho inclusivo para a perceção das ações desenvolvidas e a desenvolver. Como forma de medir o impacto da intervenção na instituição, foi utilizada a escala de Likert de 5 pontos (1-fraco/5-excelente), (ver anexo1), onde as variáveis explicativas do modelo compreendem variáveis sociodemográficas, variáveis relativas à participação social, bem como, ainda as variáveis relativas à evolução da saúde. E, importa também referir que as variáveis de controlo foram as variáveis físicas e cognitivas ao longo do processo de intervenção (“...*capacidade funcional e estado de saúde...*”) (Veloso, 2015, p.7).

Na ausência de planos pré-estabelecidos, por ter que me adaptar e instituir um programa de teor observativo e colaborativo, deste modo, tive que auscultar as problemáticas e necessidades existentes assim como as motivações através das atividades de auscultação prévia para poder continuar e fundamentar a minha intervenção. Foi co-constutivo com e para os idosos. Pois por vezes as atividades são apenas feitas para os idosos, não produzindo os mesmos resultados de interação e interpretação por parte dos mesmos. Assim, o eixo inovador neste trabalho foi a própria participação ativa dos idosos em todo o processo desta intervenção, instituindo-se uma certa progressão dinâmica no idoso.

A minha intervenção é realizada numa lógica de proximidade com a finalidade de conseguir um maior envolvimento por parte deste público idoso, no sentido de obter melhores ilações e resultados, como tal utilizei como técnica de trabalho a observação como também Tuckman fez e espelhou na sua obra, um “olhar” pode valer por vezes uma tentativa de validar ou não várias interpretações de factos observados de outros modos, com outras técnicas. (Tuckman, 2000). Como tal, participei em todas as atividades desenvolvidas e/ou promovidas pelo centro de dia bem como acrescentei

todo o trabalho respeitante à minha intervenção no espaço, o que produziu um resultado que será avaliado pela grelha apreciativa criada para poder qualificar a diversidade e/ambiguidade de fatores demonstrados no decorrer dos trabalhos, assim como uma folha de apreciação (quadro elaborado com smiles: triste, satisfeito, feliz) dada ao idoso para que o mesmo possa expressar a sua realização e, eu, deste modo poder conduzir melhor esta ação.

4. Objetivos do Projeto de Intervenção

O objetivo tem interesse para a instituição porque permite e estabelece uma maior vivacidade e interação para e com o utente, o que é de caráter positivo e gratificante para ambas as partes, estabelecendo linhas de história e cultura importantes para cada utente e acima de tudo para o bom desenvolvimento do mesmo, cativando-o e fazendo-o interagir com o que a história e as histórias lhes deram a saber. Já diz o Confúcio, no trabalho “A nossa maior glória não reside no fato de nunca cairmos, mas sim em levantar-nos sempre depois de cada queda.”

O trabalho foi desenvolvido com e para os idosos e neste intuito o objetivo geral que se enquadra ao trabalho é:

- ✓ Promover atividades de estimulação cultural e social para os utentes do Centro de Dia

Que por sua vez desencadeia indicativos mais específicos da sua ação, presos a:

- ✓ Estimular a motricidade fina e global através de exercício de treino mobilidade e estimulação cognitiva
- ✓ Promover atividades lúdico-culturais em contexto Centro de Dia promovendo visitas culturais à cidade do Porto
- ✓ Potenciar competências de relacionamento interpessoal dos idosos.

Com base neste traço a questão de partida levantada é a seguinte:

A cultura pode ser um estímulo cognitivo e físico para o idoso?

5. Planificação/Avaliação de Projeto

O trabalho desenvolvido foi planificado e desenvolvido em consonância com o labor já em curso no centro de dia. Após toda a fase de inclusão e acompanhamento do que se proporcionava nas instalações, apresentei uma proposta de atividade para trabalhar em complementariedade aos programas já estabelecidos. O programa existente era de ordem fixa, ou seja, as mesmas atividades decorriam do mesmo modo durante a semana. Desta forma, organizei uma proposta de trabalho fundamentada no meu projeto, organizando tempos para estimular e fazer cumprir os meus objetivos e alcançando a satisfação do utente. Esta proposta encaixa *“num modelo que garante o respeito pela diversidade cultural como fator de coesão, em lugar de fragmentação; favorece realidades abertas ao mundo e às diferentes culturas, consistente da sua própria memória e das suas raízes, baseada numa pluralidade de pertenças e na procura de valores comuns.”* (Pereira, et al., 2014, p.309). A planificação que podemos verificar, trabalhada no treino cognitivo e seus jogos estimulativos direcionados para a cultura e o património, bem como passeios à cidade programados e planeados para o desenvolvimento psicomotor. Este trabalho é acompanhado de uma grelha apreciativa (Likert, 2015, p.7) para poder realizar a avaliação das mesmas atividades referidas anteriormente, (ver quadro 1).

Quadro 1- Grelha Apreciativa

Grelha Apreciativa/ Variáveis	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta -Feira	Sexta-Feira
Treino Cognitivo					
Jogos Estimulação Cognitiva/ Trabalhos Manuais					
Passeio					

Este procedimento foi adequado face às condições existentes, deste modo tentei desbloquear os obstáculos existente e incluir-me no trabalho, por forma a poder desenvolver o mesmo em cooperação com os idosos. E, ao longo deste processo, os mesmos foram esboçando uma satisfação generalizada assim como a avaliação dos trabalhos através da escala simplificada de Likert (2015, p.7), as mesmas decorreram sempre de forma evolutiva e satisfatória como mostram os indicadores criados para o mesmo, (ver quadro 2).

Quadro 2- Avaliação das Atividades por parte dos idosos

(Triste)	(Satisfeito)	(Feliz)

No cronograma abaixo representado, verificamos a correspondência de cada dia da semana às atividades desenvolvidas, através de cores, (ver quadro 3).

Quadro 3- Cronograma: De 1 Novembro de 2016 a 30 de Abril de 2017

Cronograma	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
14:00h	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo		
14:30m	Verde claro	Verde escuro	Marrão	Vermelho	Laranja		
18:00h	Verde escuro	Marrão	Ciano	Vermelho	Ciano		

Legenda:

- Leitura do Jornal**
- Treino Cognitivo**
- Passeios**
- Treino Cognitivo**
- Jogos de Mesa (dominó, bingo, caras...) /Cultura**
- Trabalhos Manuais/Cultura/Património**

Através das atividades de treino sensorial e cognitivo, consegue-se manter o cérebro ativo. Tal como refere Jacob, “*as cognitivas são as atividades intelectuais e sensoriais que visam manter o cérebro e o sistema nervoso do sénior activo*”. (Jacob, 2007, p. 47). As atividades que se desenvolveram para esta estimulação, foram: os jogos de mesa, o dominó, cartas, puzzles, sopa de letras, trabalhos manuais: de carácter cultural e patrimonial, e passeios. Recorrendo ao mesmo autor, “as atividades físicas consistem em exercícios de motricidade, coordenação e mobilidade de forma a aumentar ou melhorar os índices de independência do idoso; as cognitivas são actividades (...) as expressivas são as atividades manuais e de expressão plástica; as atividades de desenvolvimeno pessoal e social pressupõem o aumeno das nossas capacidades de relacionamento; animação lúdica é o divertimeno *per si*; e as actividades comunitárias compõem-se de todas as acções que criem e dinamizem as relações interpessoais e sociais dos mais velhos com a comunidade”(Jacob, 2007, p.47)

Para a realização destas atividades recorreremos a determinados recursos, descritos abaixo, (ver quadro 4).

Quadro 4- Recursos das atividades desenvolvidas

Atividade	Humanos	Materiais
<p>Passeios Objetivo: Estimulação psicomotora do utente. (Realizados pela zona envolvente ao centro de dia; realizados à cidade do Porto de forma orientada e organizada para complemento das atividades realizadas no centro)</p>	<p>Estag. Maria</p>	<p>Carrinhas, coletes</p>
<p>Treino e Jogos de Estimulação Cognitiva Objetivo: Estimular a cooperação, socialização do utente no contexto cultural (Apresentação e orientação de atividades para a cultura e património-associação e reconhecimento de património-, com o objetivo de desenvolvimento da pessoa idosa ao nível psíquico, promovendo a interação e coesão social bem com individual)</p>	<p>Téc. Cláudia, Estag. Maria</p>	<p>Passeios, Jogos por associação visual, Cartas, jogos diversos (bingo, loto, memória, glória, puzzles etc.)</p>
<p>Trabalhos Manuais Objetivo: desenvolver competências psicomotoras, integrativas e culturais do utente. (Atividades promotoras da motricidade fina e grossa, estimulativa para a construção de um objeto, a concretização da tarefa, espelhada por exemplo na construção dos próprios jogos trabalhados no centro, como e o caso dos puzzles e jogos da memória)</p>	<p>Téc. Cláudia, Estag. Maria</p>	<p>Tintas, colas, tesouras, lápis de cor e de cera, marcadores, diversos tipos de papel, tecidos, algodão, esponja, flores, X-acto, vidros, madeiras, pasta de modelar, guardanapos, ferro, telas, gesso, verniz, barro, etc...</p>
<p>Leitura do Jornal Objetivo: estimular as competências interpessoais e integrativas do contexto social. (Acompanhamento da atualidade)</p>	<p>Téc. Cláudia</p>	<p>Jornal diário</p>

6. Análise de Avaliação de Resultados

Segundo Costa & Cravo (2016), “*Responsabilidade é algo que se conquista através das ações, da resposta aos desafios, do cumprimento dos compromissos, da realização dos objetivos*” (Costa & Cravo, 2016, p. 74). Esta responsabilidade esteve na implementação deste trabalho desenvolvido e, de forma sucinta explico os resultados no quadro abaixo. A observação aliada à grelha apreciativa foi essencial para me guiar e poder refletir sobre a minha intervenção, orientação e apresentação de resultados. Na medida em que as variáveis utilizadas relativas sociodemográficas, participação social, produção de saúde física e capacidade funcional promovem uma prática de envelhecimento ativo, principalmente no desenvolvimento da participação social, que contribui muito para a saúde e qualidade de vida dos idosos (Velo, 2015, p.7) Com a mesma conclui que embora o ânimo e intervenção fossem importantes e existentes por parte do grupo, embora numa fase inicial se tivessem retraído um pouco, as mesmas fluíram e foram finalizadas. Importante salientar a boa abertura do grupo aos diálogos estabelecidos bem como às atividades e treino cognitivo, marcados pela evolução e boa condução da linha orientadora do pensamento pela maioria do grupo.

Demarcou-se apenas um senhor, o Senhor. “X”, ao longo das atividades, pelo seu isolamento, no entanto participava de forma mais contida às atividades e por vezes remetia-se ao silêncio, dado o seu estado de saúde. No entanto, no teor mais prático deste processo, nos passeios, foi o mesmo senhor que se demarcou dada a sua dificuldade de locomoção, que com apoio tudo queria ver, existindo interesse e poder de observação por parte do mesmo face à atividade.

Num outro prisma, importa ressaltar que o próprio título do projeto encaminha o rumo do meu trabalho, no sentido da orientação das memórias e percursos destes idosos. Neste sentido, esta ação foi redirecionada de acordo com os mesmos para os mesmos idosos, por forma a estabelecer uma linha de ação lógica, estruturada e apoiada nos alicerces da vida que tem passado pelos mesmos, o propósito são as pessoas e as suas histórias, cheias de história. O espelho da intervenção será exposto abaixo, (ver quadro 5).

Quadro 5- Intervenção nas Atividades Desenvolvidas

Intervenção nas Atividades Desenvolvidas	Atividades de 1 de Novembro a 30 de Abril	Participação
Atividades Desenvolvidas	No decorrer de todo o projeto realizei todas as atividades propostas e presentes no plano de atividades, como por exemplo os treinos cognitivos, os passeios, construção de peças temáticas para os jogos a ser trabalhados , artes plásticas,	Maria Pinto
Apresentação de Resultados	Todas as iniciativas que iniciei, começavam com todo o grupo e depois alguns idosos iam desistindo face às suas doenças, que os impediam de continuar. Contudo, de caráter positivo e estimulador, vi reflexos gradativos positivos face às atividades expostas, que por vezes repetia algumas atividades de treino cognitivo para que os processos não se perdessem no tempo.	Maria Pinto
Avaliação dos Resultados	Penso que a avaliação é positiva porque consegui chegar até aos gerontes e manter um contato próximo, promotor, interativo, alcançando os objetivos pretendidos. Pois apesar das dificuldades de que a maioria sofre o esforço existente era recompensador e fortuito. Situação que pude avaliar através da grelha apreciativa.	Maria Pinto
Apresentação de Propostas de Melhorias	Penso que a aposta em mais dinâmicas culturais e interativas seriam produtivas e proveitosas para o bom desenvolvimento , bem-estar e estimulação de capacidades do geronte na linha do tempo, pois a receptividade dos mesmos à temática foi sempre boa.	Maria Pinto

A grelha criada para avaliação estabelece o grau de interação/desenvolvimento sobre as ações desenvolvidas, em que um é pouco satisfatório e cinco muito satisfatório. Na súmula da avaliação deste trabalho predomina o três, quatro e cinco para a realização das tarefas desenvolvidas.

A avaliação do trabalho tem caráter positivo e rejuvenescedor, pois foi possível retroceder quadros de isolamento e demência, que estavam adormecidos no tempo, construindo-se realmente importante continuar a cativar e motivar as nossas gentes, que tanto já fizeram e agora precisam de um auxílio para se manterem vivos e motivados.

Desse modo, as atividades foram implementadas de forma livre em complementaridade com as normais atividades desenvolvidas, o que promoveu um novo fôlego e alguma vivacidade nas atividades, pois o convívio e a relação entre a minha pessoa e os gerentes era positiva e próxima, o que facilitou o intercâmbio e interação entre as partes. Destacando, a satisfação e resultado positivo, perante a avaliação das atividades, por parte dos idosos.

Quadro 6- Resultados da grelha Apreciativa

Grelha Apreciativa/ Variáveis	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta -Feira	Sexta-Feira
Treino Cognitivo	3	4	4	5	5
Jogos Estimulação Cognitiva/ Trabalhos Manuais	3	4	4	5	5
Passeio	3	3	4	4	5

Ainda, numa outra ótica construtiva, elaborei uma grelha observativa para elaborar um resultado da semana, ou seja, no final de cada semana, para que de forma mais ou menos pensada por cada pessoa, pudesse classificar, numa linha simples a classificação da atividade com um rosto(smile) triste, satisfeito e feliz. Esta representação foi adaptada da escala de Likert (2015, p.7), para tornar mais simples a resposta dos idosos.

Quadro 7- Resultados da avaliação das atividades por parte dos idosos (totalidade de resultados de todas as atividades)

(Triste)	(Satisfeito)	(Feliz)
1	90	9

Deste modo, verifiquei com clareza a recetividade dos mesmos, face ao rumo deste trabalho e, com agrado verifiquei sempre que todas as atividades foram sempre de encontro às necessidades dos mesmos espelhando-o a continuidade do trabalho bem como a realização pessoal de cada idoso.

7. Considerações Finais

A importância e pertinência do TSES são muito importantes no contexto social, mais especificamente neste caso, na Instituição do CSPPL, pois permite ao trabalhador a investigação, execução, articulação, potenciação, apoio, gerência, avaliação de projetos e programas assentes em redes, atores e parcerias sociais, assentes na prática socioeducativa e pedagógica, desenvolvida em contexto social, fomentando a aprendizagem permanente, a minimização e resolução de problemas. Acompanhando os processos de socialização e inserção das pessoas, reforçando as suas competências pessoais, sociais e profissionais. Contudo, e como já foi dito anteriormente este trabalho foi muito importante para pôr em prática os conhecimentos teóricos que fui adquirindo ao longo do ciclo de estudos, pois estes deram à prática a sustentabilidade e fundamento necessárias para uma boa mediação. Como é óbvio, todas as ferramentas base que fomos adquirindo e as experiências profissionais relatadas dos profissionais foram lembradas e consideradas, pois só estas permitem um trabalho fundamentado numa lógica e razão, e não na aleatoriedade e no instinto, que por vezes falha. Mas só quando chegámos a este ponto, a prática, é que evidenciámos e pomos em prova tudo aquilo que nos foi transmitido.

A complementaridade e particularidade deste curso são o que dão o valor à teoria aliada à prática, produzindo um resultado gradual e progressista no decorrer do curso. Desta forma, importa ainda salientar que o papel do Educador Social não é impor, mas sim orientar e auxiliar o utente nas suas opções para que este depois proceda ao uso das ferramentas proporcionadas pelo educador para seguir o seu próprio caminho. Como refere Sílvia Azevedo (2010, pág. 64) “o sentido ético do TSES não é mais que o sentido da educabilidade assente na responsabilidade da evolução e formação da pessoa humana para a melhoria da sua qualidade de vida e existência.” Assim, toda esta envolvência permitiu-nos observar a verdadeira realidade social e as suas características que em muito continuam a precisar da Educação Social e da sua pertinência para a resolução de certas problemáticas.

Por fim, mas não menos importante, queria salientar o apoio da Orientadora, que teve um papel muito importante ao longo deste percurso de estágio na orientação e interação para o melhor caminho a seguir. E os idosos que foram parte fundamental deste trabalho,

pois tudo foi elaborado e desenvolvidos com e para eles. Toda a cooperação, aceitação e relacionamento foram importantes e gratificantes para ambas as partes.

Assim, concluo a minha reflexão como uma nova meta atingida, produtiva, positiva e enriquecedora porque como diz Max Beerbohm (2017) “*Nenhum trabalho de qualidade pode ser feito sem concentração e autossacrifício, esforço e dúvida*”. Trabalhar para as pessoas implica esforço e dedicação, e a satisfação das pessoas é a minha grande recompensa. Adorei a experiência de trabalhar com e para os idosos.

Através da elaboração deste projeto e da concretização desta produção escrita que representa a minha dissertação de mestrado, penso que toda esta experiência foi de grande importância e relevo para o futuro exercício da minha profissão, bem como experiência pessoal e acadêmica. Constitui um ponto de partida para futuros trabalhos, nos quais a minha atenção, participação e interesse será ainda maior e igualmente gratificante, porque todas as experiências nos enriquecem e fazem de nós seres mais completos e concentrados para uma melhor obtenção de resultados na intervenção do meu propósito.

Considerarei que os resultados foram positivos, pois consegui estabelecer um contato com o público, alcançar os objetivos delineados e apresentar um trabalho coerente e imparcial perante todos. Foi tudo isto, aliado aos conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente e à pertinência que consegui chegar tão próximo, e tão bem aos idosos. São um público maravilhoso, repleto de histórias e lemas de vida fantásticos que proporcionaram um ótimo ambiente e modo de convivência. Foi assim possível construir, num primeiro projeto as noções e percepção da verdadeira realidade social e das suas carências, bem como da primeira aplicação dos conhecimentos obtidos assentes nos pilares da Educação Social. Neste sentido o trabalho foi inovador e tem pilares para continuar, numa lógica organizativa de trabalhos, particularizando temas, intervencionando cada ponto de forma mais particular, como são o tema da religião, tão adorado por todos, e tão rico na cidade, assim como os monumentos espalhados pela cidade. Os espelhos qualificadores desta ação foram visíveis, de tal modo que era importante continuar, a vivacidade e interação com que todos vibravam no desbravar de memórias e estórias que todos tinham para partilhar. Neste sentido “*o património cultural é uma construção social que possui um corpus mysticum e uma realidade viva, que está sempre na encruzilhada entre a memória e a criação; sendo o turismo cultural*

um veículo privilegiado(...) da partilha e de fruição do património material e intangível, uma forma de conhecer, hipodérmica, intensa, autêntica” ”(Pereira, et al., 2014, p.308) Assim, deixo como sugestão, já partilhado no Centro de Dia, o desenvolvimento e continuidade das atividades elaboradas dado o resultado positivo dos mesmos, proporcionando no mês um dia, se possível, destinado ao passeio, ao relembrar das vidas, mantendo vivas as lembranças da vida.

Pois é importante intervencionar nesta geração, que cada vez mais se subdivide em terceira e quarta geração dada a longevidade da vida. Esta explosão demográfica verificada ao longo dos anos deve ser avaliada com cuidado e proporcionar condições dadas as preocupações que crescem desta longevidade. Preocupações ligadas à saúde, higienização e acima de tudo sensibilização para as gerações, para que não caiam no esquecimento nem se deixem esbater pelas dificuldades da vida e ainda, alertar e motivar os agregados familiares às emoções, à noção de família, sentido fundamental na vida em social.

Existe um Portugal muito envelhecido que merece respeito e dignidade acompanhada de sensibilização e enquadramento às necessidades vindouras. Nesta dinâmica as políticas inclusivas e direcionadas são fundamentais para o sucesso de uma vida longa e saudável. São visíveis as iniciativas desenvolvidas para a inclusão, como é o caso de Serralves, que numa esfera mais alargada do social que também promove medidas inclusivas numa lógica de inovação para os idosos e a família fomentando a intergeracionalidade e prestação de uma rede importante para a coesão social e familiar. Numa linha mais particular é necessário desenvolver a rede de cuidados e apoio ao idoso para que o mesmo se sinta reconhecido e valorizado, diminuindo assim os obstáculos ao mesmo.

Importa numa linha final ressaltar a enorme importância e papel que os idosos detêm na nossa sociedade, pois foram os mesmos que deram ser à sociedade e a sociedade deve também deste modo retribuir proporcionando o melhor da vida, nesta tão bela etapa da vida, a velhice. Segundo Freire *“numa sociedade em transição como a nossa, inserida no processo de democratização fundamental, com o povo em grande parte emergindo, era tentar uma educação que fosse capaz de colaborar com ele na indispensável organização reflexiva de seu pensamento. Educação que lhe pusesse à disposição meios com os quais fosse capaz de superar a captação mágica ou ingênua de sua realidade, por uma predominantemente crítica”* (Freire, 2014, p. 139).

Bibliografia

- ANSEMI, A. (2014). Envelhecimento da população mundial: desafios e oportunidades. Portal do Envelhecimento Web Site. Acedido em <http://www.portaldoenvelhecimento.com/longevidade/item/857envelhecimento-da-popula%C3%A7%C3%A3o-mundial-desafios-e-oportunidades>.
- AZEVEDO, S. (2010). Necessidade e pertinência de um estatuto profissional dos técnicos superiores de educação social. Porto: Fronteira da CAOS Editores
- BLOOM, D. E. (2013). The health and wealth of Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, V.26, nº4.
- CAMPOS, A. C. V., et al. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciências & Saúde Coletiva*, Volume 20, nº 7.
- CANCELA, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. Acedido em Psicologia.com.pt
- CARDOSO, S., et al. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990- 2008). *Anál. Social*. Nº 204. ISSN 0003-2573. Scielo
- CARVALHO, A. (2002). Sentidos Contemporâneos da Educação. Porto: Ed. Afrontamentos
- COLL, C., et al. (2004). Desenvolvimento psicológico e educação, psicologia evolutiva (2ª edição). São Paulo: Artimed Editora.
- COSTA, C. & CRAVO, A. (2016). Emoções e Sociedade: Estratégias Facilitadoras para contexto escolar e familiar, 1.ª edição. p.74. Corroios: Plátano Editora.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2017). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas>
- FARIAS, R. G. & SANTOS, S. M. A. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm.* V.21, nº1.
- FERNANDES, A. A. (1997). Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora.

- FERREIRA, O. G. L., et al. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enfermagem*, V.21, nº3.
- FERRETTI, F., et al. (2014). Viver a velhice em ambiente institucionalizado. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, V.19, nº2.
- FIGUEIREDO, D. (2006). Cuidados familiares: Cuidar e ser Cuidado na família. Envelhecer em família – cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar.
- FIRMINO, H. (2006). Psicogeriatrics. (1ª ed.). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- FONTAINE, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- FREIRE, P. (1981) "Educação como prática da liberdade". Rio de Janeiro, Paz e Terra
- FREIRE, P. (2014). Educação como Prática da Liberdade (36ª Edição). São Paulo: Paz e Terra.
- HYE-CHEON, K., et al. (2009). Brief report: Stress, Race, and Body Weight. *Health Psychology*. V.28, nº1.
- IMAGINÁRIO, C. (2008). *O idoso dependente, em contexto familiar* (2ª edição). Coimbra: Editora Formasau.
- JACOB, L. (2007). *Animação de Idosos* (1ª edição). Porto: Edições Ambar.
- KHAJE-BISHAK, Y., et al. (2014). Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*, V.3, nº4.
- Lerner, R. M., et al. (2003). *Handbook of Psychology: Developmental Psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons. V.6.
- Little, W. (2017). Aging and the Elderly. *BC Open Textbooks*. Capítulo 13
Acedido em <https://opentextbc.ca/introductiontosociology/chapter/chapter13-aging-and-the-elderly/>
- MARTINS, V. (2006). *Avaliação do valor educativo de um software de elaboração de partituras: um estudo de caso com o programa Finale no 1º ciclo*, Capítulo 3.
Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt>.
- MCGAHA, C. (2016). Measuring and Improving Quality of Life in Older Adults with Special Needs. *American Society on Aging Web Site*. Acedido em <http://www.asaging.org/blog/measuring-and-improving-quality-life-older-adults-special-needs>.

- MEDEIROS, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexos sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, V. 11, nº3.
- MOON, J. (1999). *Reflection in Learning and Professional Development: Theory and Practice*. England: Kogan Page
- NORDON, D. G., et al. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. V. 11, nº 3.
- NETO, A. (2010). *da vida laboral à reforma: expectativas de ocupação*. Tese de Doutoramento em Educação. Universidade Portucalense. Porto: 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - website*
- PAPALIA, D. E., et al. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- PEREIRA, J., et al.(2014). *Animação Sociocultural-Turismo, Património e Desenvolvimento Local*. Chaves: INTERVENÇÃO
- REGULAMENTO DE ESTÁGIO DE 1º CICLO DE EDUCAÇÃO SOCIAL (2014). Porto: Universidade Poprtucalense Infante D. Henriques
- RIBEIRO, A. P. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Geriatria Gerontologia. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.
- RIBEIRO, O. & PAÚL, C. (2011). *Manuel de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Editora Lidel.
- SCHOENI, R. F. & OFSTEDAL, M. B. (2012). Key themes in research on the demograpy of aging. *Demography*. V.47.
- SCHNEIDER, R. H. & IRIGARAY, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de psicologia*. V. 25, nº4. ISSN 0103-166X. Scielo
- SEGURANÇA SOCIAL (2016). *Apoios sociais e programas – Idosos*. Segurança Social Web Site. Acedido em <http://www.seg-social.pt/idosos>.

- SERRA, A. (2006). *Que significa envelher?.* In Firmino, H. (Ed), Psicogeriatrics. Coimbra: Editora Psiquiátrica Clínica.
- SEQUEIRA, C. (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Editora Lidel.
- SOÓSOVÁ, M. S. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. V.7, nº3.
- SOUSA, L., et al. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice.* Porto: Ambar.
- TUCKMAN, BRUCE W. (2000). *Manual de Investigação em Educação.* Acedido em Fundação Calouste Gulbenkian.pt
- UNFPA & HELPAGE INTERNATIONAL (2012). Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafio. Resumo executivo. Acedido em <https://www.unfpa.org/publications>.
- UNITED NATIONS (2015). World Population Ageing. New York: Economic & Social Affairs.
- VALENTINI, M. T. P. & RIBAS, K. M. F. (2003). Terceira Idade: Tempo para Semear, Cultivar e Colher. *Anacleto*. V.4, nº1.
- VELOSO, A. (2015). Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento na Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra. Acedido em URL: <http://estudo.geral.sib.uc.pt>
- WHO & US NATIONAL INSTITUTE OF AGING (2011). Global Health and Aging. Acedido em http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017). Health topics – Non communicable diseases. *Who Web Site*. Acedido em http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.

Web grafia

<http://www.flickr.com/photos/9480263@N02/2234960587/>, acessido a 29/03/17

<http://www.google.pt/#hl=ptPT&output=search&sclient=psy-ab&q=autor+de+o+caminho+faz-> , acessido a 30/03/17

<http://aptses.blogspot.pt/>, acessido a 12/07/2012

http://www.google.pt/imgres?q=universidade+portugalense&um=1&hl=pt-PT&sa=X&biw=1311&bih=617&tbm=isch&tbnid=laiTAcGLavas1M:&imgrefurl=http://aptses.blogspot.com/2011/05/empreendedorismo-social-na-educacao.html&docid=KCO_wqnDLXkSWM&imgurl=http://1.bp.blogspot.com/-VkATRDN-A-s/TdE58uCrLQI/AAAAAAAAAH4/LVNEz2dR5aE/s1600/25%25252Banos.JPG&w=1032&h=488&ei=bY39T4uyI4KI0QWqpqD4Bg&zoom=1, acessido a 11/07/2012

http://pensador.uol.com.br/pensamentos_filosoficos/, acessido a 12 /07/2012

www.esesjd.uevora.pt/index.../Envelhecimento_ElzaChambel.pdf , acessido a 11 /07/2012

<https://www.pordata.pt/Portugal>, acessido em 12/03/17

http://www.google.pt/#hl=pt-PT&sclient=psy-ab&q=frases+de+satisfa%C3%A7%C3%A3o+profissional&oq=frases+de+satisfa%C3%A7%C3%A3o+pro&gs_l=hp.1.0.0i30.2024.7878.0.9328.24.12.0.12.12.0.419.2023.1j9j1j0j1.12.0...0.0.AQGwh92Q7D0&pbx=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=64203c4917df4765&biw=1311&bih=617, acessido a 12/07/2012

www.neques.com, acessido a 30/03/17

http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf, a 11/07/2015

<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>,

acessido a 22/02/2017

<http://www.mundodasmensagens.com/frases-idade/>, a 12/07/2017

<http://www.focussocial.eu/noticia.php?id=109>, acessido 2/04/17

<http://www.rutis.pt/paginas/4/projectos/>, acedido 2/04/17

<http://www.porto.pt/noticias/projetos-municipais-foram-distinguidos-em-cimeira-sobre-o-envelhecimento->, acedido 2/04/17

<http://adpm.pt/projetos/projeto-ative-se-promocao-do-envelhecimento-ativo/>, acedido 2/04/17

Anexos

Anexo 1-Escala de Liker



Fonte: www.neques.com

Anexo 2- Momentos vários de Atividades



