



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistêmica

(VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA)

Sergio Marchiori Junior

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador:

Professor Doutor António de Jesus Fernandes de Matos

Covilhã, Março de 2019

*“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável
da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”*

Dedicatória

Nestes últimos anos vivemos muitas mudanças, de país, morada, hábitos, costumes, entre outros, porém, sempre tivemos o suporte necessário à realização deste trabalho. Portanto, nada mais justo que dedicá-lo...

A minha esposa que sempre esteve ao meu lado, com o seu carinho, dedicação, apoio e orientação quanto as melhores escolhas e opções que devemos seguir;

Aos meus filhos, pelo apoio que sempre me ofereceram e pelo tempo que não lhes dediquei;

A minha mãe que sempre rezou por mim;

Ao meu tio, parceiro de tantas jornadas, no Brasil, em Portugal e pelo mundo a fora;

Aos meus sogros que permaneceram no Brasil, porém, sempre atentos às necessidades dos meus filhos; e

Ao meu pai que, certamente estaria feliz por mais esta etapa percorrida.

*“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável
da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”*

Agradecimentos

A elaboração de uma dissertação jamais será trabalho de uma única pessoa, portanto, aproveito esse espaço para deixar os meus mais sinceros agradecimentos à todos que colaboraram direta ou indiretamente para a sua realização.

Agradeço, em primeiro lugar, ao Professor Doutor António de Jesus Fernandes de Matos, orientador deste trabalho, pelo saber partilhado, disponibilidade, dedicação e incentivo que sempre manifestou;

À Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior e a todos(as) os(as) docentes com os(as) quais tive a oportunidade de aprender no Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde;

Aos meus colegas de Mestrado, companheiros nesta caminhada, pela paciência, partilha, companheirismos e entreaajuda.

As instituições e entidades que possibilitaram e disponibilizaram o tempo dos seus colaboradores para a realização deste estudo;

Aos envolvidos que desde a primeira abordagem, mostraram vontade e disponibilidade para prestarem o seu contributo neste estudo; e

À Direção do Hospital Naval Marcílio Dias que, sempre me apoiou, desde a candidatura e aceitação no curso até a tramitação do processo de liberação e designação para cursar esse Mestrado em Portugal.

Um bem-haja à todos !

*“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável
da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”*

Resumo

As transformações demográficas, socioeconómicas e das condições de saúde da população, observadas nas últimas décadas, certamente, determinaram novas oportunidades e necessidades, tanto para os indivíduos quanto para as instituições e governos.

A Organização Mundial de Saúde, desde a sua constituição em 1946 define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (WHO, 2019, p.1), alerta que o mundo está envelhecendo rapidamente: o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassará os 22% da população total em 2050.

Portanto, as políticas e programas sociais para o “Envelhecimento Ativo e Saudável”, tem sido objeto de programas de governo, nos diversos países em desenvolvimento e desenvolvidos.

Entre os países europeus, Portugal é um dos que registou um processo de envelhecimento mais acentuado.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2016, mais de 20% da população portuguesa apresentava uma idade superior a 65 anos, em simultâneo, a população jovem diminuiu, o que vem reconfigurando a pirâmide demográfica.

No interior, onde se situa a Região da Cova da Beira, em 2015 o país apresentava um elevado índice de envelhecimento, o número de idosos ultrapassava os 240 para cada 100 jovens residentes (INE, 2017).

É neste contexto que surge a presente dissertação, tendo como tema central a caracterização e priorização das necessidades da população envelhecida da Região da Cova da Beira, sob a óptica dos idosos, gestores públicos, autarcas e prestadores de serviços, como contributo para o planeamento e implementação das suas futuras políticas e programas sociais para o envelhecimento ativo e saudável.

Trata-se de um estudo transversal exploratório com uma abordagem qualitativa e indutiva, que numa primeira fase se valeu de uma pesquisa bibliográfica e documental, e, numa segunda fase, de dados recolhidos através de questionários semi-estruturados, em situação de entrevista a gestores públicos locais, autarcas, prestadores de serviços e idosos.

Palavras-chave

Políticas; Programas Sociais; Envelhecimento; Ativo; Saudável

Abstract

The demographic, socioeconomic, and population health changes observed in the last decades have certainly determined new opportunities and needs, both for individuals and for institutions and governments.

The World Health Organization, which since its establishment in 1946 defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not only the absence of affections and diseases” (WHO, 2019, p.1), alert that the world is rapidly aging: the number of people aged 60 and over will exceed 22% of the total population by 2050.

Therefore, social policies and programs for “Active and Healthy Aging” have been the subject of government programs in the various developing and developed countries.

Among the European countries, Portugal is one of the countries with the most pronounced aging process.

According to the National Statistical Institute (INE) in 2016, more than 20% of the Portuguese population was over 65 years old, while the younger population declined, which has been reconfiguring the demographic pyramid.

Inland, where the Cova da Beira Region is located, in 2015 the country had a high rate of aging, the number of elderly people exceeds 240 for every 100 young residents (INE, 2017).

It is in this context that the present dissertation arises, having as central theme the characterization and prioritization of the needs of the aged population of the Cova da Beira Region, from the perspective of elderly, public managers, mayors and service providers, as a contribution to the planning and implementation of their future policies and social programs for active and healthy aging.

This is an exploratory cross-sectional study with a qualitative and inductive approach, which in the first phase was based on a bibliographical and documentary research, and, in a second phase, data collected through semi-structured questionnaires, interviewing managers local authorities, local authorities, service providers and the elderly.

Keywords

Policies; Social Programs; Aging; Active; Healthy

Lista de Figuras

Figura 1	Anos de Vida Saudável aos 65 anos em Portugal	9
Figura 2	Prevalência Percentual das Principais Doenças Crônicas por Faixa Etária	10
Figura 3	Pirâmide Etária ACeS Cova da Beira	13
Figura 4	Mortalidade Proporcional no ACeS Cova da Beira	14
Figura 5	Diagrama de Priorização das Dimensões da OMS	34
Figura 6	Nuvem de Palavras da Amostra Total	34
Figura 7	Nuvem de Palavras dos Gestores/Agentes	35
Figura 8	Nuvem de Palavras dos Idosos	35

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Lista de Tabelas e Gráficos

Tabela 1	Distribuição Percentual da População da UE por Faixa Etária	6
Tabela 2	Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa	8
Tabela 3	Índice de Envelhecimento	12
Tabela 4	Comparativo das Populações Residentes	12
Tabela 5	Índice de Dependência de Idosos	13
Tabela 6	Esperança de Vida ao Nascer	14
Tabela 7	Amostra e Grupo Focal	28
Tabela 8	Amostra Total por Entidade de Análise	30
Tabela 9	Matriz de Análise de Conteúdo	32
Tabela 10	Principais Evidências por Grupo de Entrevistados	36
Tabela 11	Distribuição da Amostra Total por Tipo de Participante	58
Tabela 12	Distribuição da Amostra Total por Município	58
Tabela 13	Distribuição dos Gestores/Agentes por Município	59
Tabela 14	Distribuição dos Idosos por Município	59
Tabela 15	Caracterização da Amostra dos Gestores/Agentes	60
Tabela 16	Distribuição da Gestores/Agentes por Escolaridade	60
Tabela 17	Caracterização da Amostra dos idosos	61
Tabela 18	Caracterização dos Idosos por Género	61
Tabela 19	Caracterização dos Idosos por Faixa Etária	61

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Lista de Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CE	Comissão Europeia
cIDADES	Projeto Investigação-ação
DGS	Direção-Geral de Saúde
EAS	Envelhecimento Ativo e Saudável
ENEAS	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
GNR	Guarda Nacional Republicana
IDI	Índice de Dependência de Idosos
IE	Índice de Envelhecimento
INE	Instituto Nacional de Estatística
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO)
ONU	Organização das Nações Unidas
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSR	Índice Potencial de Sustentabilidade
RPMS	Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSA	Sinais, Sintomas e Achados
UBI	Universidade da Beira Interior
UE	União Europeia
WHO	World Health Organization

*“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável
da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”*

Conteúdo

Resumo	vii
Abstract	viii
Lista de Figuras	ix
Lista de Tabelas e Gráficos	xi
Lista de Acrônimos	xiii
Introdução	1
Tema Central	3
Proposições	3
Metodologia	3
Estrutura da Dissertação	4
Capítulo 1 - Aspectos Demográficos do Envelhecimento	5
1.1. Envelhecimento na União Europeia	5
1.2. Envelhecimento em Portugal	7
1.3. Envelhecimento na Cova da Beira	11
Capítulo 2 - Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável	17
2.1. Histórico das Políticas e Programas Sociais	17
2.2. Políticas e Programas Aplicados à Realidade de Portugal	19
2.3. Políticas e Programas Aplicados à Realidade da Cova da Beira	22
Capítulo 3 - Apresentação e Análise de Resultados	27
3.1. Metodologia das Entrevistas	27
3.2. Amostra e Grupo Focal	28
3.3. Análise e Tratamento dos Dados Coletados	29
3.4. Sugestão da Priorização das Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira	36
Considerações Finais	41
Referências Bibliográficas	43
Anexos	49
Anexo 1 - Ofício de Solicitação de Colaboração ao Estudo às Instituições	50
Anexo 2 - Declaração de Consentimento Informado	51
Anexo 3 - Guião de Entrevista	53
	xv

Anexo 4 - Transcrição das Entrevistas	55
Apêndices	57
Apêndice 1 - Outputs do Tratamento dos Dados Coletados	58

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (WHO, 2019, p.1).

Portanto, a saúde passou a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconómica.

Desta forma, nas últimas décadas percebemos uma maior preocupação das políticas sociais visando uma melhoria do estado de saúde da população.

Resultado disto é a regulamentação constitucional dos diversos Sistemas e Serviços Nacionais de Saúde, no Brasil, em Portugal, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra, Itália, Austrália, Canadá, entre outros.

Entretanto, com esta melhoria do estado de saúde e com o desenvolvimento científico e tecnológico, tem havido uma mudança nas condições da vida humana, no envelhecimento da população e novos tipos de necessidades (Nunes, & Nunes, 2016).

Este envelhecimento populacional e a crescente urbanização são duas tendências mundiais que, em conjunto, representam as maiores forças que moldam o século XXI.

Ao mesmo tempo em que as cidades crescem, aumenta, cada vez mais, o seu contingente de residentes com 60 anos ou mais. Apesar das necessidades específicas, os idosos são um recurso para as suas famílias, comunidades e economias, desde que em ambientes favoráveis e propícios (WHO, 2017).

A OMS (2017) considera o envelhecimento ativo e saudável como um processo de vida moldado por vários fatores que, entre os quais destacamos as relações intergeracionais e o acesso aos cuidados de saúde que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos.

Ainda, segundo a OMS (2017), não somente Portugal, mas, o mundo está envelhecendo rapidamente: o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassará os 22% da população total em 2050.

Então, pela primeira vez na história da humanidade, haverá mais idosos que crianças (com idade 0-14 anos) na população. Países em desenvolvimento estão envelhecendo a uma

velocidade muito maior que a dos países desenvolvidos: em cinco décadas, pouco mais de 80% dos idosos do mundo viverão em países em desenvolvimento, comparativamente com 60% em 2005.

Sendo assim, num projeto de envelhecimento ativo e saudável, as políticas e programas que promovem a saúde mental e as relações sociais são tão importantes como as que melhoram as condições físicas de saúde (WHO, 2017).

Desta forma, manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governos.

Particularmente, em Portugal, com a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, universal, geral e tendencialmente gratuito (Lei Nº. 56/79 de 15 de setembro), os cuidados de saúde passaram a ser percecionados, sentidos e vividos pela população com uma maior relevância, levando a um aumento da melhoria do estado de saúde e da esperança média de vida que atingiu já os 86 anos (INE, 2015).

Entre os países europeus, Portugal, por exemplo, é um dos que registou um processo de envelhecimento mais acentuado.

Em 2015, mais de 20% da população portuguesa apresentava uma idade superior a 65 anos e, em simultâneo, a população jovem diminuiu o que reconfigurou a tradicional pirâmide demográfica (INE, 2015).

Neste sentido, recentemente, em 10 de julho de 2017, Portugal ratificou o seu comprometimento com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS. Assim, criou o Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho no. 12427/2016 de 17 de outubro de 2016) para elaborar uma proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS), no âmbito dos programas de prevenção a doença, de promoção da saúde e do Plano Nacional de Saúde (PNS), a serem implementados pela Direção-Geral de Saúde (DGS) com o apoio, entre outros, da Direção-Geral das Autarquias Locais, Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional de Freguesias (ENEAS, 2017).

Mais especificamente sobre a região de estudo, segundo a publicação Perfil Local de Saúde (ACeS Cova da Beira, 2017), que abrange Belmonte, Covilhã e Fundão, podemos afirmar que, à época, possuía uma população residente de 82.045 habitantes, representando 5% da população da região centro (1.674.660 habitantes). Entre os últimos censos (2001 e 2011), o crescimento populacional no ACeS foi negativo (-6,1%), mais acentuado ainda que o decréscimo verificado na população da região centro (-2,2%) e foi inverso ao registado no

Continente, cujo crescimento populacional foi positivo (1,8%).

Também, segundo a mesma publicação, o índice de envelhecimento da Cova da Beira (247,2) tem aumentado e é bastante superior ao da região centro e do Continente. A esperança de vida à nascença (82 anos) aumentou em ambos os sexos e é muito próxima do valor da região centro e do Continente e a taxa bruta de natalidade (6%) tem diminuído e regista valores inferiores aos da região centro e do Continente.

Portanto, tendo como foco o envelhecimento da população ao nível regional, justificou-se a investigação não só do perfil demográfico e socioeconómico, mas também, das condições de saúde da população idosa local e das políticas e programas sociais implementados pelas autarquias para o envelhecimento ativo e saudável local.

Tema Central

Desta forma, esta investigação assenta no caso de estudo da região da Cova da Beira e tem como objetivo central a caracterização das políticas e programas sociais para o envelhecimento ativo e saudável local, seu alinhamento com a ENEAS e as principais lacunas existentes sob a óptica dos envolvidos, possibilitando assim, realizarmos uma revisão sistémica, sendo essencial para o planeamento e priorização das futuras ações.

Proposições

Tendo como orientadores e norteadores do estudo a Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, nomeadamente, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS 2017-2025) e o caderno português “*Cidades Amigas das Pessoas Idosas ?*”, co-financiados pela Direção-Geral de Saúde (DGS), pretendemos analisar duas questões:

- As políticas e programas atuais estão alinhados com o que preconiza estas diretrizes?
- Quais as principais lacunas existentes sob a óptica dos envolvidos ?

Metodologia

Com base na literatura económica e em estudos empíricos anteriores, optamos por um estudo transversal exploratório com uma abordagem qualitativa e indutiva, que permitiu compreender as necessidades e expectativas dos idosos da região, gestores públicos locais e prestadores de serviços, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável da população da Cova da Beira.

Numa primeira fase foi realizada uma recolha bibliográfica e documental sobre o tema e o seu enquadramento teórico, que serviu de base e sustentação da dissertação e à elaboração do

questionário.

E, numa segunda fase, optou-se pela aplicação de questionários semi-estruturados, em situação de entrevista aos idosos da região, gestores locais, nomeadamente, aos representantes das Câmaras Municipais da Covilhã, Fundão e Belmonte, bem como, aos presidentes das 48 Juntas das Freguesias, gestores do Centro Hospitalar Cova da Beira (Covilhã) e dos Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão, agentes de desenvolvimento, os responsáveis clínicos dos centros de dia e lares da região em estudo.

Estrutura da Dissertação

Este estudo, para uma melhor compreensão, encontra-se estruturado da seguinte forma:

Capítulo 1 - Aspectos Demográficos do Envelhecimento: Onde fazemos um enquadramento do paradigma “Envelhecimento Ativo e Saudável” preconizado pela OMS, na União Europeia, em Portugal e na da Cova da Beira, região de estudo e foco central desta investigação;

Capítulo 2 - Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável: Neste capítulo apresentamos a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS 2017-2025), detalhando seus principais eixos de articulação, inclusive ao nível local, bem como, as perceções do tema que constam do caderno português “*Cidades Amigas das Pessoas Idosas ?*”, para além, das políticas e programas existentes na região em estudo;

Capítulo 3 - Apresentação e Análise de Resultados: Já neste capítulo, descrevemos a metodologia utilizada nas entrevistas, como procedemos com o tratamento dos dados recolhidos, com o propósito da caracterização do perfil da população idosa da Cova da Beira, suas necessidades e as principais lacunas existentes nas políticas e programas sociais para promoção do envelhecimento ativo e saudável, sob a óptica dos seus idosos, gestores públicos e prestadores de serviços;

Considerações Finais: Neste item, relatamos as principais conclusões sobre o tema em estudo, detalhando a priorização das futuras políticas e programas sociais para o envelhecimento ativo e saudável na região da Cova da Beira, sob a óptica dos idosos, gestores públicos e prestadores de serviços. Salientamos as limitações desta investigação, bem como, sugerimos as futuras linhas de pesquisas complementares ao estudo; e

Referências Bibliográficas: Onde elencamos todas as referências que nos suportaram teoricamente para a elaboração desta investigação.

Capítulo 1 - Aspectos Demográficos do Envelhecimento

1.1. Envelhecimento na União Europeia

Segundo a OMS (2004), o envelhecimento humano pode ser definido como, *“O processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social que, iniciando-se antes mesmo do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”*.

Porém, Sousa & Figueiredo (2003, p.109-122) já afirmavam que o envelhecimento, *“É um processo que acompanha toda a vida humana, inevitável e inerente à mesma, que se traduz no declínio de capacidades e funções, conduzindo à diminuição da capacidade de adaptação a agentes stressantes internos e externos”*.

Sendo assim, o envelhecimento não pode ser classificado como um problema, mas sim, como parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que seja vivido de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível.

Contudo, desta oportunidade e triunfo do envelhecimento da população mundial, ressaltam as pressões fiscais e políticas que os sistemas de saúde, bem como os sistemas de proteção social e da velhice de muitos países, provavelmente enfrentarão num futuro não muito distante (ONU, 2015).

Neste sentido, os gestores de saúde, para além da intrínseca missão da promoção e proteção da saúde, necessitam de uma melhor caracterização das políticas e programas sociais para o envelhecimento ativo e saudável que, certamente, manterão esta população mais envelhecida produtiva e participativa, ou por outras palavras com qualidade de vida.

Portanto, a União Europeia como organização política e económica que congrega, até o momento 28 países europeus com populações envelhecidas e fortes sistemas, serviços ou seguros de saúde desenvolve legislações e diretrizes para a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

A Tabela 1, a seguir, demonstra a caracterização etária da população da UE e alguns países-membros selecionados, para um comparativo do ano de 2015 com as projeções da ONU para o ano de 2050.

Tabela 1 : Distribuição Percentual da População da UE por Faixa Etária

Ano	2015				2050			
Idade	0-14	15-59	60+	80+	0-14	15-59	60+	80+
UE	26.1	61.7	12.3	1.7	21.3	57.2	21.5	4.5
Bélgica	16.9	58.9	24.1	5.5	16.2	51.3	32.6	10.6
Dinamarca	16.9	58.4	24.7	4.2	16.1	54.0	29.9	9.6
Finlândia	16.3	56.5	27.2	5.1	15.6	52.1	32.4	10.7
França	18.5	56.3	25.2	6.1	16.8	51.4	31.8	11.1
Alemanha	12.9	59.5	27.6	5.7	12.4	48.3	39.3	14.4
Grécia	14.6	58.4	27.0	6.4	12.4	46.9	40.8	13.0
Itália	13.7	57.7	28.6	6.8	13.0	46.3	40.7	15.6
Holanda	16.5	59.0	24.5	4.4	15.1	51.6	33.2	11.8
Espanha	14.9	60.7	24.4	5.9	12.7	45.9	41.4	14.0
Portugal	14.1	58.9	27.1	5.9	11.7	47.1	41.2	13.8

Fonte: World Population Prospects - The 2015 Revision (ONU, 2015).

Elaboração do Autor

Na mesma Tabela 1, podemos observar que países-membros, como a Alemanha, Grécia, Itália, Espanha e Portugal, terão mais de 50% das suas populações com 60 anos ou mais em 2050.

E, segundo Wong (2011), o período de vida associado com os maiores gastos de saúde está relacionado com o último ou dois últimos anos de vida, por exemplo, cerca de 10% de todos os gastos com saúde nos Países Baixos, são incorridos no cuidado de pessoas durante os seus últimos dois anos de vida.

Na Europa, muito em função deste envelhecimento populacional, as doenças crónicas são responsáveis por 86% de todas as mortes, afetam mais de 80% das pessoas com 65 ou mais anos de idade e são um desafio para os sistemas de saúde e sociedade contemporânea (CE, 2018).

Contudo, é de salientar que apenas 3% dos custos de saúde nos países-membros da UE são atualmente investidos em medidas de prevenção, enquanto cerca de 97% são gastos em tratamento (CE, 2018).

Portanto, a Comissão Europeia (CE) utilizando as projeções demográficas do Gabinete de Estatísticas da União Europeia (EUROSTAT) perspectiva o crescente aumento das despesas com os cuidados de saúde da sua população envelhecida e planeia as futuras políticas e

programas de saúde para a União Europeia.

1.2. Envelhecimento em Portugal

Segundo a Revista de Estudos Demográficos (INE, 2017), a evolução económica e social que ocorreu em Portugal ao longo do século XX, alterou o padrão e a forma como a população experienciou a saúde, a doença e a morte. Taxas de mortalidade específicas por sexo e idade diminuíram em todas as faixas etárias, com particular incidência entre os mais jovens.

Em 1900, a taxa bruta de mortalidade era de 20 óbitos por cada 1000 habitantes, atingindo a taxa de mortalidade infantil, um valor de cerca de 150 óbitos por 1000 nados vivos (INE, 2002).

Em 1960, a taxa bruta de mortalidade caía para 10,7‰, atingindo a taxa de mortalidade infantil o valor de 77,5 por 1000 nados vivos. Em 1981, os valores eram 9,7‰ e 21,8‰, respetivamente.

A esperança de vida aumentou paulatinamente, passando de 35,8 anos e 40,0 anos em 1920, respetivamente para homens e mulheres, para 60,7 anos para os homens e 66,4 anos para as mulheres em 1960.

Já em 2012, os valores da esperança de vida ao nascer eram de 76,9 anos para os homens e 82,8 anos para as mulheres, um acréscimo de 41,1 e 42,8 anos de vida à nascença, em menos de um século, respetivamente para homens e mulheres (PORDATA, 2015).

Segundo Omran (2005), estas alterações, relacionadas com a melhoria das condições de vida e de acesso aos cuidados de saúde, têm subjacente uma profunda mudança nas causas de morte - transição epidemiológica - caracterizada pela passagem de um padrão de mortalidade, dominado por óbitos ocorridos nos grupos etários mais jovens e provocados por doenças infecciosas e parasitárias, para um padrão de mortalidade dominado por óbitos nos grupos etários dos idosos e provocados maioritariamente por doenças cardiovasculares e tumores malignos.

Desta forma, em 2013, as doenças do aparelho circulatório contribuíam com 29,5% para o total dos óbitos no país e os tumores malignos, 24,3%, contribuindo estes dois grupos de doenças para mais de 50% dos óbitos ocorridos no país (PORDATA, 2015).

Entretanto, segundo Clark (2011), desafiando este processo global de melhorias na saúde, as desigualdades em saúde persistiram e, em alguns casos, até aumentaram. Esta dissincronia constitui um dos maiores paradoxos do nosso tempo, estando na base do desenvolvimento de vários estudos e relatórios que apontam, de forma recorrente, o papel dos fatores sociais

enquanto determinantes na génese e manutenção dessas desigualdades (Davey Smith et al., 2001).

Segundo Elstad (2000), género, estatuto marital, etnia, área de residência e estatuto socioeconómico têm sido apontados como estruturas sociais capazes de promover desigualdades em saúde.

Destas, a hierarquia socioeconómica, é considerada como o mais importante mecanismo regulador da distribuição e acumulação de bens e recursos sociais ao longo do tempo pelos diferentes membros de uma população, e a que mais atenção tem suscitado, tanto no passado, como atualmente.

Contudo, paralelamente, o envelhecimento demográfico da população portuguesa fica, marcado pelo aumento do peso relativo das pessoas idosas face à população jovem e às pessoas em idade ativa, evidenciado pela evolução dos índices de envelhecimento e de dependência de idosos nos últimos anos (Tabela 2).

Tabela 2 : Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa (2012-2017)

Ano	Índice de Envelhecimento (IE)	Índice de Dependência de Idosos (IDI)
2012	129,4	29,1
2013	133,5	29,9
2014	138,6	30,7
2015	143,9	31,4
2016	148,7	32,1
2017	153,2	32,9

Fonte: (INE, PORDATA, 2019).

Elaboração do Autor

Uma das alterações fundamentais, no perfil da população com 65 ou mais anos, esperada nas próximas duas décadas, prende-se com o aumento dos seus níveis de escolarização (Martins, Rodrigues & Rodrigues, 2014), com consequências imediatas na área da saúde, designadamente na forma como estes indivíduos gerem e percecionam a sua saúde (Fernandes, 2008; Martins & Rodrigues, 2014), na gestão que os próprios indivíduos fazem da sua medicalização, na sua capacidade para resolver individualmente algumas pequenas patologias, na procura por modos de vida mais saudáveis, numa maior capacidade para assimilar campanhas, ou outros mecanismos de prevenção, numa utilização mais consciente dos recursos humanos e estruturais do sistema de saúde e, ainda, numa maior capacidade potencial para auferir rendimentos mais elevados. Todas estas transformações podem

proporcionar ganhos de saúde.

Atendendo ao aumento da longevidade, o actual limite de idade (60 anos) parece desajustado, desde logo na medida em que a idade não se apresenta como o único factor a considerar na definição de pessoas idosas, devendo ter-se em consideração o estado de saúde físico e mental e a qualidade de vida, daí considerar-se, com maior recorrência, na análise do fenómeno do envelhecimento demográfico, além do indicador de esperança média de vida, a esperança média de vida com saúde ou sem incapacidades, apresentada na Figura 1, de onde se retira que Portugal apresenta uma evolução negativa e abaixo da média europeia (Estevens, 2015) no indicador anos de vida saudável aos 65 anos, tanto para homens como para mulheres, registando-se, em termos gerais, uma tendência decrescente ao longo de quase duas décadas. Acresce ainda o facto de as pessoas mais idosas, população com 80 ou mais anos, estarem a ganhar uma importância relativa no total das pessoas com 65 ou mais anos.

**Figura 1 : Anos de Vida Saudável aos 65 anos em Portugal.
Total e por Sexo (1995 - 2012)**



Fonte: (INE, PORDATA, 2015).

Elaboração do Autor

Em função da (r)evolução do perfil sociodemográfico da população mais envelhecida, parece ter existido uma dissociação entre a idade da reforma e a idade da velhice, existindo um espaço na sociedade portuguesa para a existência de agentes económicos activos com mais de 65 anos (Fernandes, 2008).

Actualmente, a fase de incapacidade física e psicológica, bem como o estado de doença, tende a surgir cada vez mais tarde, a partir dos 75 ou 80 anos de idade, existindo, assim, um novo grupo situado entre o momento da reforma e o estado de velhice.

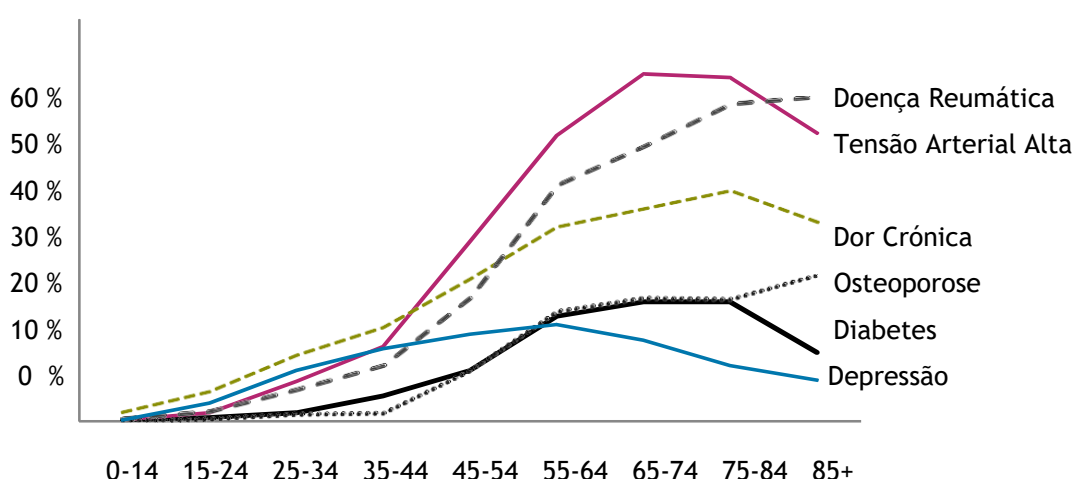
Portanto, a velhice deverá passar a estar, então, associada a um decréscimo de saúde ao invés

da passagem à vida inactiva, carecendo esta nova realidade sociodemográfica de uma incorporação mais substantiva por parte dos principais actores políticos e da comunidade académica, promovendo uma participação mais activa desta população envelhecida nas dinâmicas económicas, sociais e territoriais.

Neste sentido e tal como é referido por Pedro Pita Barros (2013a), existem várias definições para o conceito de saúde, sendo a da Constituição da Organização Mundial da Saúde, assinada pelos países signatários em 1946, uma das mais abrangentes e integradas, segundo a qual “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (WHO, 2019, p.1).

Entretanto, o Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006 (INE, 2009) já evidenciava, fruto deste novo perfil demográfico, que a população idosa era o grupo populacional com maior prevalência de doenças crónicas, em particular tensão arterial alta e com situações de incapacidade temporária ou permanente, tal como fica patente na Figura 2.

Figura 2 : Prevalência Percentual das Principais Doenças Crónicas por Faixa Etária



Fonte: (INE, PORDATA, 2015).

Elaboração do Autor

Assim, existe gradualmente, uma maior pressão para a organização da prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde português centrado na vertente preventiva, nos cuidados de longa duração (Rechel et al., 2009), além de considerar, naturalmente, os cuidados de saúde primários e hospitalares.

Os cuidados de longa duração colocam a ênfase na capacidade actual e no potencial futuro do indivíduo, seguindo alguns princípios fundamentais: continuidade, abordagem global e participação dos indivíduos e/ou da família neste processo (Rechel et al., 2009).

Esta mudança evidencia uma alteração na abordagem da saúde, que passou, numa visão mais tradicional, de um modelo centrado na doença ou de incapacidade para um modelo que procura a maximização do bem-estar e a prevenção da doença, fortemente presente nas políticas e programas sociais para o envelhecimento ativo e saudável da população.

1.3. Envelhecimento na Cova da Beira

A região da Cova da Beira é composta pelos Concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, pertencentes ao Distrito de Castelo Branco que fica situado no centro-leste de Portugal e limita-se a norte com os Distritos da Guarda e Coimbra, a leste com Espanha, a sul com os Distritos de Santarém e Portalegre e a oeste com os Distritos de Leiria e Coimbra.

Castelo Branco, sendo o 4º maior Distrito português, ocupa uma área de 6700 km², e, segundo o INE (2015) é o mais envelhecido de Portugal. A Cova da Beira, região deste estudo, totaliza 48 freguesias de 3 municípios¹, e, em termos de saúde pública, é assistida pelo Agrupamento de Centros e Saúde (ACeS Cova da Beira).

Neste sentido e no âmbito dos Observatórios Regionais de Saúde, com a finalidade de promover o alinhamento entre as cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) na consecução de objetivos comuns, os Diretores dos Departamentos de Saúde Pública, com o apoio dos Conselhos Diretivos das respetivas ARS, consensualizaram, em 2012, a criação de um Grupo de Trabalho Estratégico e de um Grupo de Trabalho Operativo, com profissionais dos Departamentos de Saúde Pública, de diferentes disciplinas do saber, que visavam a elaboração de documentos e ferramentas de apoio à decisão em saúde.

Desta iniciativa, em 2017, foi publicado o Perfil Local de Saúde da Região da Cova da Beira formada pelos Concelhos de Belmonte, Covilhã, e Fundão, segundo o qual, à época possuía uma população residente de 82.045 habitantes, representando 5% da população da região centro (1.674.660 habitantes). Entre os últimos censos (2001 e 2011) o crescimento populacional no ACeS foi negativo (-6,1%), mais acentuado ainda que o decréscimo verificado

¹ Belmonte (4): União de Freguesias Belmonte e Colmeal da Torre; Inguias; Maçainha e Caria.

Covilhã (21): Aldeia de São Francisco de Assis; São Jorge da Beira; Sobral de São Miguel; Casegas e Ourondo; Erada; Paul; Barco e Coutada; Unhais da Serra; Cortes do Meio; Peso e Vales do Rio; Dominguiço; Tortosendo; Ferro; Boidobra; Covilhã e Canhoso; Cantar-galo e Vila do Carvalho; Verdelhos; Teixoso e Sarzedo; Peraboa; Orjais e Vale Formoso e Aldeia do Souto.

Fundão (23): Alcaide; Alcaria; Alcongosta; Alpedrinha; Barroca; Bogas de Cima; Capinha; Castelejo; Castelo Novo; Enxames; Fatela; Fundão, Valverde, Donas, Aldeia de Joanes e Aldeia Nova do Cabo; Janeiro de Cima e Boga de Baixo; Lavacolhos; Orca; Pêro Viseu; Póvoa de Atalaia e Atalaia do Campo; Silvares; Soalheira; Souto da Casa; Telhado; Três Povos e Vale de Prazeres e Mata da Rainha.

na população da região centro (-2,2%) e foi inverso ao registado no Continente, cujo crescimento populacional foi positivo (1,8%).

O índice de envelhecimento² (247,2) tem aumentado e é bastante superior ao da região centro e do Continente. A esperança de vida à nascença (82 anos) aumentou em ambos os sexos e é muito próxima do valor da região centro e do Continente.

Tabela 3 : Índice de Envelhecimento (IE)

Anos	1991	2001	2011	2013	2017
Continente	73,6	104,8	130,5	138,9	153,2
ARS Centro	92,1	131,7	166,4	176,7	191,2
ACeS Cova da Beira	105,1	156,4	204,5	213,5	247,2

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (Dados: INE, IP, 2019).

Elaboração do Autor

Em relação a taxa de natalidade (6%), tem diminuído e regista valores inferiores aos da região centro e Continente.

Já a taxa de analfabetismo (8,6%), mostra uma evolução positiva no ACeS, tendo diminuído em todos os Concelhos, ainda que com valores superiores à região centro e ao Continente também em todos os Concelhos.

Contudo, o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem é inferior à região centro e ao Continente em todos os Concelhos.

A seguir, na Tabela 4, podemos destacar a sua população residente (estimativas 2016), por sexo e grupo etário de interesse.

Tabela 4 : Comparativo das Populações Residentes

Local de Residência	Total			65 e + anos		
	HM	H	M	HM	H	M
Continente	9.809.414	4.643.917	5.165.497	2.101.996	879.031	1.222.965
ARS Centro	1.674.660	791.675	882.985	402.471	167.275	235.196
ACeS Cova da Beira	82.045	39.046	42.999	21.937	8.916	13.021

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (Dados: INE, IP, 2017).

Elaboração do Autor

² IE é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem numa região.

A Tabela 5, abaixo, mostra o comparativo evolutivo do Índice de Dependência de Idosos³ (IDI), no Continente, ARS Centro e ACeS Cova da Beira.

Tabela 5 : Índice de Dependência de Idosos (IDI)

Anos	1991	2001	2011	2013	2017
Continente	21,0	24,8	29,3	30,8	32,9
ARS Centro	26,3	30,4	34,6	35,8	37,4
ACeS Cova da Beira	28,8	33,8	39,3	40,5	43,4

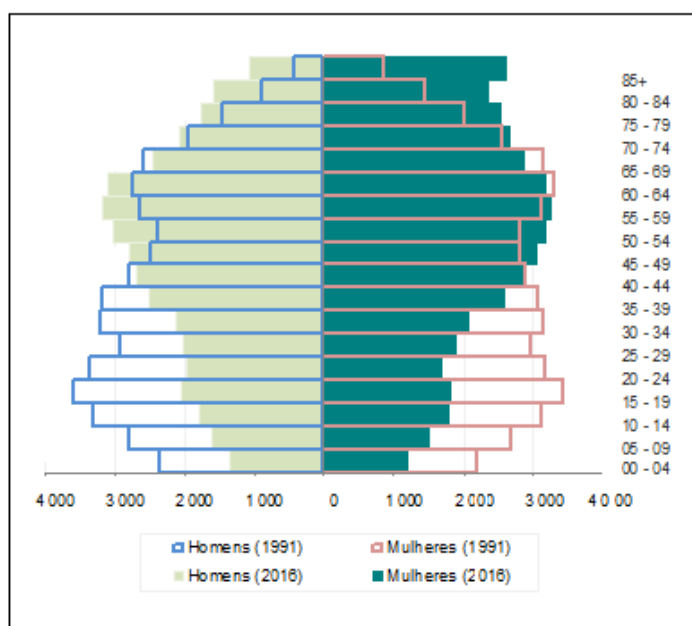
Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (Dados: INE, IP, 2019).

Elaboração do Autor

Desta forma destacamos que a Cova da Beira quer em relação ao seu Índice de envelhecimento (IE), quer ao seu índice de dependência de idosos, apresenta valores superiores aos do Centro e Continente, o que mais uma vez, demonstra maior vulnerabilidade da população idosa.

Já, em relação as pirâmides etárias observadas, anos de 1991 e 2016 (Figura 3), podemos comprovar uma grande diminuição da população de até 40 anos e um forte crescimento das faixas etárias compreendidas entre os 45 e 59 anos, bem como dos 74 anos em diante.

Figura 3 : Pirâmide Etária ACeS Cova da Beira (1991 - 2016)



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (Dados: INE, IP, 2017).

Elaboração do Autor

³ IDI é obtido da relação entre o número de idosos e a população ativa

Quanto a esperança de vida ao nascer, a Cova da Beira regista um acréscimo de, aproximadamente, 6 anos, entre os triênios evidenciados na Tabela 6, valores estes, ligeiramente superiores aos do Continente e Região Centro.

Tabela 6 : Esperança de Vida ao Nascer

Triênio	Continente			ARS Centro			ACeS Cova da Beira		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
1996-1998	75,8	72,4	79,4	76,6	73,1	80,1	76,1	72,6	79,5
2011-2013	80,8	77,6	83,9	81,0	77,8	84,1	80,9	77,4	84,3
2014-2016	81,4	78,2	84,2	81,7	78,5	84,6	82,0	78,6	85,3

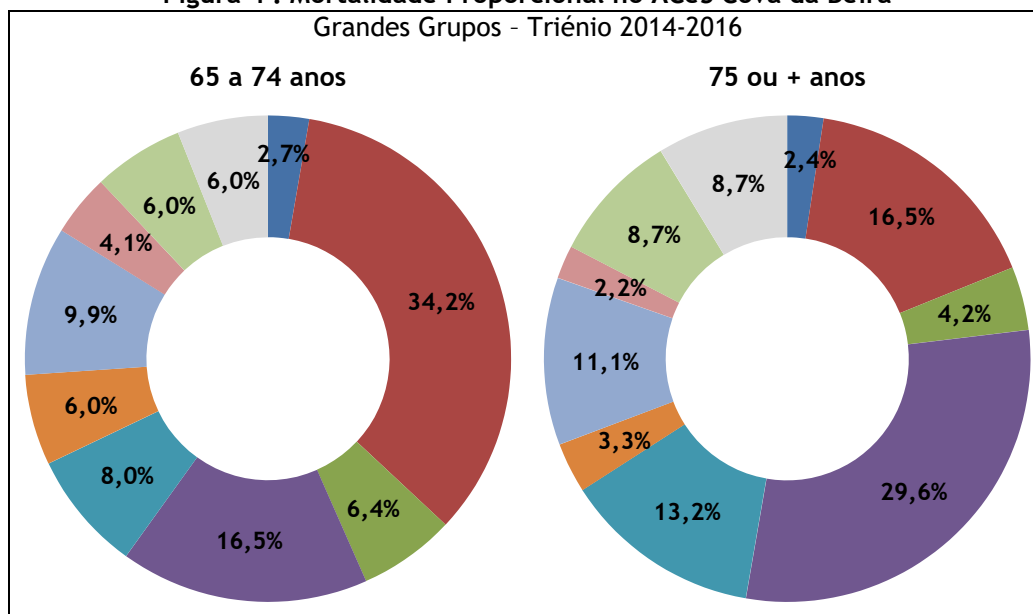
HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (Dados: INE, IP, 2017).

Elaboração do Autor

Verifica-se ainda que este envelhecimento contribuiu para a redistribuição dos grandes grupos de doenças, conforme demonstrado nas principais causas de morte (Figura 4), para as faixas etárias dos 65 a 74 anos e dos 75 ou + anos.

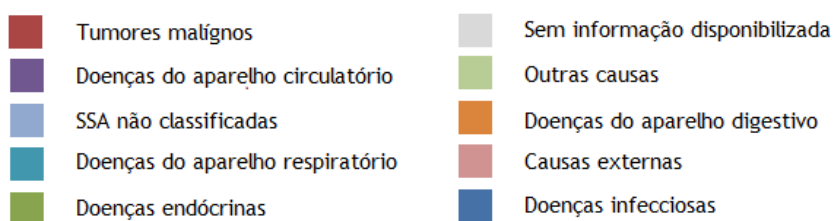
Figura 4 : Mortalidade Proporcional no ACeS Cova da Beira
Grandes Grupos - Triênio 2014-2016



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (Dados: INE, IP, 2017).

Elaboração do Autor

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”



Onde, para a população compreendida dos 65 a 74 anos, os tumores malignos são a maior causa de mortes registadas (34,2%), seguido das doenças do aparelho circulatório (16,5%), das SSA não classificadas (9,9%) e das doenças do aparelho respiratório (8,0%).

E, para a população com 75 ou + anos, as doenças do aparelho circulatório são a maior causa de mortes registadas (29,6%), seguida pelos tumores malignos (16,5%), das doenças do aparelho respiratório (13,2%) e das SSA não classificadas (11,1%).

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Capítulo 2 - Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável

2.1. Histórico das Políticas e Programas Sociais

O Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento é o primeiro instrumento internacional sobre o tema e fornece uma base para a formulação de políticas e programas sobre o envelhecimento.

Este plano, aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1982 (Resolução 37/51), tendo sido adotado no início do mesmo ano na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena na Áustria, inclui 62 recomendações para ações que abordam a pesquisa, coleta e análise de dados, treinamento e educação, bem como as seguintes áreas setoriais: saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de rendimentos, emprego e educação (ONU, 2018).

Desta forma e de acordo com Camarano (2004), os objetivos deste plano visavam garantir a segurança económica e social da população idosa, e identificar as oportunidades para a integração da população idosa no processo de desenvolvimento dos países, sendo constituído por duas categorias: políticas sociais e recomendações pontuais.

A primeira, políticas sociais, destaca três aspetos:

- a) promoção de um papel cada vez mais ativo da população idosa na sociedade;
- b) preparação dos indivíduos para a fase da aposentação e do papel a desempenhar; e
- c) oportunidade de realização pessoal através da participação em oferta de comunidade e da formação contínua.

E, a segunda, a das recomendações pontuais de ação, compõe-se das 62 recomendações ratificadas nas diversas áreas para melhorar a vida dos idosos.

Porém, o conceito de envelhecimento ativo foi referenciado pela primeira vez em 1998, numa publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Moulaert e Paris, 2013), tendo posteriormente evoluído para a defesa de uma política para o “envelhecimento ativo”, através da Organização Mundial de Saúde (OMS).

No entanto, segundo a ONU (2018), a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid de 8 a 12 de abril de 2002 e os países participantes adotaram dois documentos fundamentais:

- Uma Declaração Política; e
- O Plano Internacional de Ação de Madrid, sobre o Envelhecimento, 2002.

Ambos os documentos incluíam o compromisso dos governos de elaborar e implementar medidas para enfrentar os desafios colocados pelo envelhecimento. A Declaração e o Plano também apresentaram mais de 100 recomendações de ação baseadas em três temas prioritários: idosos e desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar na velhice; e assegurar ambientes capacitadores e de apoio.

Esta Assembleia ainda atribuiu à Comissão Regional das Nações Unidas a responsabilidade de traduzir o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento em planos de ação regionais, refletindo, entre outras coisas, as especificidades demográficas, económicas e culturais de cada região e servindo de base para a implementação das recomendações. Na sequência, em 2005 no Brasil, durante o 18º Congresso Mundial de Gerontologia realizado no Rio de Janeiro, foi apresentado o Guia Global - Cidade Amiga do Idoso - desenvolvido pela OMS.

O Protocolo de Pesquisa foi implementado em 33 cidades⁴ dos 5 continentes graças aos esforços de governos, organizações não-governamentais e grupos académicos.

Seguindo a abordagem da OMS para o envelhecimento ativo, o objetivo deste Guia é mobilizar cidades para que se tornem mais amigas do idoso, para poderem usufruir o potencial que os idosos representam para a humanidade, de acordo com o seguinte pensamento: *“Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”*.

Em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade.

E, apesar da adesão inicial ao Projeto contar com as 33 cidades citadas anteriormente, a mensagem que foi dissiminada era a da adequação do referido Guia Global às realidades e necessidades de cada país.

⁴ Aman, Jordânia; Cancún, México; Dundalk, Irlanda; Genebra, Suíça; Halifax, Canadá; Himeji, Japão; Islamabad, Paquistão; Istanbul, Turquia; Kingston e Montego Bay, Jamaica; La Plata, Argentina; Londres, Inglaterra; Mayaguez, Porto Rico; Melbourne, Austrália; Melville, Austrália; Cidade do México, México; Moscovo, Federação Russa; Nairobi, Quênia; Nova Delhi, Índia; Ponce, Porto Rico; Portage La Prairie, Canadá; Portland, Oregon, Estados Unidos da América; Rio de Janeiro, Brasil; Região Metropolitana do Ruhr, Alemanha; Saanich, Canadá; San José, Costa Rica; Shanghai, China; Sherbrooke, Canadá; Tóquio, Japão; Trípoli, Líbano; Tuymazy, Federação Russa; Udaipur, Índia; e Udine, Itália.

Portanto, na sequência deste apelo, em Portugal (2012), o caderno português *“Cidades Amigas das Pessoas Idosas ?”*, co-financiado pela Direção Geral de Saúde (DGS), publicou um estudo do Projeto *cIDADEs* (Implicações e Recomendações de um Estudo Nacional) que teve como amostragem⁵, entre outras, a nossa região de estudo, levando em consideração a densidade populacional do território municipal e o seu índice de envelhecimento.

Neste sentido, dos 308 foram selecionados 147 Municípios do litoral e do interior de baixa densidade para integrar o plano amostral, garantindo uma cobertura territorialmente representativa do espaço nacional.

O objectivo central da iniciativa era dar visibilidade e gerar um efeito multiplicador das práticas que tornam os Municípios amigos das pessoas idosas, distribuídas pelas oito áreas definidas no conceito da OMS, nomeadamente a Lista de Verificação, e tendo como referência o seu Guia Global, conforme a seguir:

- a) Prédios públicos e espaços abertos;
- b) Transportes;
- c) Habitação;
- d) Participação social;
- e) Respeito e inclusão social;
- f) Participação cívica e emprego;
- g) Comunicação e informação; e
- h) Apoio comunitário e serviços de saúde.

2.2. Políticas e Programas Aplicados à Realidade de Portugal

O Projeto *cIDADEs* que deu origem ao caderno português *“Cidades Amigas das Pessoas Idosas ?”*, foi e ainda é, um importante orientador das políticas e programas sociais para o envelhecimento ativo e saudável em Portugal.

Neste sentido, o próprio Programa do XXI Governo Constitucional de Portugal 2015-2019, no seu *“Capítulo I - Virar a Página da Austeridade, Realçar a Economia e o Emprego”*, destaca: *“O Programa de Governo que aqui se apresenta assenta numa estratégia que assegura que, no respeito de todos os compromissos europeus e internacionais de Portugal e na defesa firme dos interesses nacionais e da economia portuguesa na União Europeia, permita virar a página das políticas de austeridade, um novo modelo de desenvolvimento assente no conhecimento e na inovação, a defesa do estado social e um novo impulso para a convergência com a UE”* (Governo, 2018).

Reserva o seu *“Capítulo IV - Prioridade às Pessoas”*, com uma abordagem direta às

⁵ Regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistêmica”

preocupações com o tema de estudo, conforme entre outras, as descritas a seguir: *“Apostar na valorização do capital humano é condição primeira para um país mais próspero. Por isso, o principal investimento de futuro é o investimento nas pessoas de diferentes gerações, proveniências e capacidades”* (Governo, 2018).

“Dar prioridade às pessoas é enfrentar o desafio demográfico na sua complexidade, promovendo a natalidade e a parentalidade, promovendo o regresso dos emigrantes que queiram regressar e acolhendo melhor os imigrantes” (Governo, 2018).

“Valorizar as pessoas é promover a qualidade de vida, tendo em conta a necessidade de preparar a nossa sociedade para o inevitável envelhecimento populacional, se incentiva a prática desportiva e se defendem os direitos das pessoas perante ao Mercado” (Governo, 2018).

“O Serviço Nacional de Saúde é a grande conquista do Estado Social no nosso País. Gerou ganhos em saúde que nos colocaram ao nível do resto da Europa, prolongou a vida e a sua qualidade a milhões de portugueses e reduziu muitas das desigualdades” (Governo, 2018).

“Para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada. Devem salientar-se como fundamentais as políticas de combate à pobreza, das condições de habitação, do emprego e do trabalho, da alimentação, transportes, urbanismo e espaços de lazer” (Governo, 2018).

“A articulação da saúde com a ação social e a educação, em que «a saúde em todas as políticas deverá ser uma estratégia de referência, permitirá alavancar e criar a estrutura de suporte à sustentabilidade” (Governo, 2018).

Estas e outras referências reforçam a definição da OMS, já mencionada anteriormente, porém, totalmente pertinente ao contexto: *“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”* (WHO, 2019, p. 1).

Portanto, neste sentido, através do Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020 (PNS-2020), que ratifica e retifica o Plano Nacional de Saúde - 2012 a 2016 (PNS-2012-2016), visa-se maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade de acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis, que, entre outros desígnios propostos para 2020 está a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), tendo em vista a obtenção de *Mais Valor em Saúde* (PNS-2020, 2018).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS-2020), a esperança de vida saudável aos 65 anos em Portugal, em 2012 era de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres (EUROSTAT). Valores estes, inferiores ao melhor valor dos países da União Europeia em 2011, que era de 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres na Suécia.

A projeção linear a 2020 identifica que os valores a atingir por Portugal neste indicador serão de cerca de 12,9 anos para os homens e de 11,7 anos para mulheres, aproximadamente 30% de acréscimo em relação a 2012. Estes valores sugerem que os programas que foquem o grupo etário dos 50 - 60 anos devem ser considerados, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade.

Em decorrência destes desígnios, em meados de 2017, através do Despacho n.º 12427/2016, que constituiu um Grupo de Trabalho Interministerial foi elaborada e publicada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS 2017-2025), com o objetivo de promover a saúde e bem-estar das pessoas idosas, bem como, o reconhecimento do facto de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma “sociedade para todas as idades” (WHO, 2002).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), conforme exposto na própria publicação supracitada, seus objetivos específicos são:

- i. Promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade;
- ii. Incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas;
- iii. Promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde;
- iv. Incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas;
- v. Apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas;
- vi. Promover iniciativas e práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa; e
- vii. Fomentar investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável.

Ainda, segundo a ENEAS 2017-2025, a estratégia é consolidada num conjunto de Linhas Orientadoras de Ação e Medidas estruturadas a partir de 4 Eixos Estratégicos, focados na implementação de intervenções nos sistemas de saúde, social e outros, assentes na abordagem intersectorial e multidisciplinar, tendo sempre em consideração os valores e

princípios que devem nortear a ação, nos domínios seguintes:

1. **SAÚDE** - Promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia;
2. **PARTICIPAÇÃO** - Promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida;
3. **SEGURANÇA** - Apoio a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas; e
4. **MEDIÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO** - Promoção da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável, potenciando o levantamento de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções e a disseminação de boas práticas e da inovação.

2.3. Políticas e Programas Aplicados à Realidade da Cova da Beira

Em relação à região da Cova da Beira, com base na perceção observacional do autor, e, segundo levantamento junto às Câmaras Municipais de Belmonte, Covilhã, Fundão e suas Juntas de Freguesias, podemos subdividir as políticas e programas sociais pelas 8 áreas de conceito da OMS, conforme a seguir:

a) Prédios públicos e espaços abertos

- Em Belmonte, tanto a Câmara Municipal quanto o circuito de museus já oferecem boas condições de acessibilidade e conforto aos idosos, possui também 2 bibliotecas e 2 piscinas municipais de qualidade e com boa manutenção.
- Na Covilhã, se por um lado, ainda carece de intervenções arquitetónicas em parte dos seus prédios públicos com o propósito de melhorar as suas acessibilidades e conforto aos idosos, por outro, disponibiliza alguns espaços abertos de qualidade e bem tratados, tais como o Jardim Público, Complexo Desportivo, Jardim da Goldra, Jardim do Lago, Piscina Municipal, Piscina-praia, entre outros.
- No Fundão, à semelhança de Belmonte e Covilhã, parte dos prédios públicos necessitam de melhorias de acessibilidade e conforto aos idosos, porém, as diversas piscinas fluviais do Concelho, bem como suas praças, jardins e biblioteca municipal são bem estruturadas.

b) Transportes

- Belmonte dispõe de uma rede intramunicipal de transporte apoiada pelo projeto Belmonte SIM, que permite oferecer alternativa económica aos núcleos populacionais afastados da sede do Município.
- Covilhã disponibiliza aos seus idosos, através do Cartão Social Municipal, entre outros benefícios, transportes públicos urbanos gratuitos e comparticipados.
- Fundão, através do Cartão Social Municipal, promove os serviços de transporte no mesmo modelo da Covilhã.

c) Habitação

- Belmonte não possui programas específicos nesta área, para além, do apoio domiciliário oferecido pelos lares de idosos.
- Covilhã disponibiliza através do Cartão Social Municipal, acesso a mais de 6.000 utentes, ao tarifário social aplicado à fatura de água para fins domésticos.
- Fundão funciona de forma análoga a Covilhã, através do seu Cartão Social Municipal.

d) Participação social

- Belmonte e Fundão, além das atividades calendarizadas para a população em geral, tais como, festas comemorativas, festivais culturais e desportivas, oferece ainda atividades específicas, essencialmente promovidas pelos centros de dia e lares de idosos.
- Covilhã, desde 2014, implementou o Centro de Atividades onde mais de 700 utentes portadores do Cartão Social Municipal tem a oportunidade de participarem de diversas atividades multidisciplinares e intergeracionais regulares, tais como:
 - Aulas de idiomas (espanhol, inglês e italiano);
 - Apoio informático em 5 níveis;
 - Aulas de dança e yoga;
 - Classes de malhas, rendas, bordados e multipontos;
 - Aleliers de pinturas acrílicas/óleo e artes decorativas; e
 - Oficina de gerontomotricidade e Gabinete de Apoio Psicológico.

e) Respeito e inclusão social

- Belmonte e Fundão carecem de iniciativas específicas para os idosos neste conceito.
- Na Covilhã, no mesmo Centro de Atividades já referido, existe uma extensa agenda de aulas, ateliers e oficinas, dinamizadas por mais de 50 voluntários, para esse fim.

f) Participação cívica e emprego

- Belmonte, Covilhã e Fundão ainda não possuem programas específicos de apoio a participação dos idosos pós-reforma em atividades laborais.

g) Comunicação e informação

- Belmonte, Covilhã e Fundão, tanto em suas Câmaras Municipais, quanto nas suas Juntas de Freguesias, disponibilizam acesso à internet aos seus munícipes. Há que se ressaltar que algumas Juntas de Freguesias rurais possuem horários restritos de funcionamento, dado não terem nenhum autarca ou funcionários com dedicação exclusiva. Porém, a Covilhã possui o Balcão Cidadão que facilita aos munícipes o acesso aos serviços públicos e o Centro de Atividades que também funciona como um multiplicador de formação e informação ao público idoso.

h) Apoio comunitário e serviços de saúde

- Belmonte, atualmente, além do Centro de Saúde e suas extensões, possui instituições de apoio aos idosos tais como: centros de dia, apoio domiciliário, residências sénior e apoio ao medicamento.
- Covilhã possui o Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira e o Centro de Saúde com 27 extensões de saúde por todo o Concelho, além de diversos lares de idosos, centros de dia e residências sénior. Também disponibiliza o apoio social a comunidade através de alguns programas, conforme a seguir:
 - **Habitação de Emergência Social:** alojamento pontual e temporário, com caráter urgente e inadiável, a munícipes que designadamente vejam a sua habitação destruída ou gravemente afetada pela ocorrência anómala e imprevisível, de um acidente grave ou catástrofe, assim como a vítimas de violência doméstica, acompanhadas ou não de filhos menores;
 - **Habitação Social:** para além da atribuição de casas, tem efetuado um acompanhamento das famílias carenciadas e, em conjunto com o Serviço de Ação Social, tem tentado minimizar algumas situações de privação e melhorar a qualidade habitacional e residencial nos bairros sociais; e
 - **Teleassistência:** serviço telefónico de apoio, disponível 24 horas por dia e 365 dias por ano, pensado para melhorar a qualidade de vida, de saúde, de segurança e autoestima das pessoas em situações de dependência, para que possam permanecer no seu domicílio, desfrutando da sua comunidade social e local. Através de um protocolo estabelecido entre o Município e a Portugal Telecom/ALTICE.
- Fundão, além do Centro de Saúde e suas 25 extensões distribuídas por todo o Concelho, disponibiliza alguns programas assistenciais específicos, tais como:
 - **Banco Local de Ajudas Técnicas:** Medida que visa dar respostas ao nível da cedência de equipamentos a particulares e instituições, colmatando uma necessidade existente devido à incapacidade de resposta a este nível por parte dos serviços de saúde; e

- **Teleassistência:** Consiste na promoção e coordenação do protocolo com a Cruz Vermelha no âmbito de acompanhamento de uma camada significativa da população do Concelho idosa ou que se encontra isolada.

Ainda cabe ressaltar que a Guarda Nacional Republicana (GNR), através dos Postos Territoriais de Belmonte, Covilhã e Fundão vêm desenvolvendo 2 programas especiais de cuidados aos idosos e vulneráveis: o Censo Sénior e o Apoio 65 - Idosos em Segurança. O Censo Sénior é realizado anualmente no sentido de identificar e mapear todos os idosos em condições de isolamento e vulnerabilidade da região. Por seu turno, o Apoio 65 visa reforçar o policiamento dos locais públicos, em especial os mais frequentados pelos idosos, criar uma rede de contactos diretos entre estes idosos e a GNR e instalar telefones em residências dos mais isolados e que tem menos defesa.

No entanto, a respeito do que relacionamos sobre as 8 áreas de conceito da OMS, há que se relatar uma grande assimetria entre as ofertas em freguesias urbanas e rurais nos 3 Concelhos. Podemos observar também que, em função de recursos materiais e pessoais, as sedes dos 3 Concelhos, disponibilizam aos seus idosos residentes maiores oportunidades e intervenções. E, apesar de estarem disponíveis a todos os munícipes, normalmente, o principal fator dificultante é a mobilidade para os que estão mais distantes.

Porém, para além desta perceção observacional, o capítulo a seguir detalha a análise de resultados das entrevistas realizadas e as perceções sobre as principais lacunas nas ópticas dos idosos, gestores públicos, agentes de desenvolvimento e prestadores de serviços.

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Capítulo 3 - Apresentação e Análise de Resultados

3.1. Metodologia das Entrevistas

Como referimos anteriormente optamos por um estudo transversal exploratório com abordagem qualitativa e indutiva. Pois, segundo (Diehl, Tatim, 2004, p.53) o estudo exploratório permite a familiarização do pesquisador com o objeto que está sendo investigado e uma maior proximidade com o universo do objeto de estudo.

Ainda, segundo os mesmos autores, o método utilizado na pesquisa exploratória envolve além do levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tenham domínio do assunto estudado, pesquisas de campo e análise de outros exemplos que estimulem a compreensão do tema.

Para Minayo (2009) a abordagem qualitativa nas ciências sociais trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Este conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, e, seus instrumentos mais comuns para a coleta de dados são: observação, entrevistas e grupos focais.

E, para Gil (1989), a abordagem indutiva, coloca a observação dos fenômenos como o ponto de partida da investigação científica e da elaboração de hipóteses, onde de casos particulares pretende-se construir uma teoria geral.

Complementarmente, para Cohen, Manion e Morrison (2007) as entrevistas em estudos científicos podem ser utilizadas como o principal meio de recolha de informação relacionada com os objectivos da investigação e para testar ou sugerir novas hipóteses.

Os mesmos autores definem ainda que o tipo de entrevista estandarizada aberta, onde a formulação exacta das perguntas é definida antecipadamente e todos os entrevistados respondem às mesmas perguntas pela mesma ordem, sugere vantagens tais como: o aumento da comparabilidade das respostas, os dados de cada pessoa em relação aos tópicos da entrevista são completos, reduz os efeitos e a influência do entrevistador quando são realizadas várias entrevistas, permite aos decisores ver e reverem a instrumentação usada na avaliação e facilita a organização e análise dos dados.

Sendo assim, consideramos este tipo de entrevista o recomendado para este estudo, e, para tal, elaboramos um Guião de Entrevistas (Anexo 3), baseado nas referências bibliográficas consultadas, em trabalhos anteriores sobre o tema de estudo e, principalmente, em conformidade com as “boas práticas” que tornam os Municípios amigos das pessoas idosas,

distribuídas pelas oito áreas definidas no conceito da OMS, anteriormente referenciadas.

Este Guião de Entrevistas foi aplicado a vários agentes envolvidos, entre os meses de outubro e dezembro de 2018, permitindo assim, compreender as necessidades e expectativas dos idosos, gestores públicos locais, agentes de desenvolvimento e prestadores de serviços da região, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável da população da Cova da Beira.

3.2. Amostra e Grupo Focal

O universo da amostra e grupo focal para o pedido de colaboração no estudo foram: os representantes das 3 Câmaras Municipais de Belmonte, Covilhã e Fundão, os presidentes das 48 Juntas das Freguesias, os gestores do Centro Hospitalar Cova da Beira (Covilhã) e dos Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão, os responsáveis clínicos de centros de dia e lares da região, agentes de desenvolvimento e um número significativo de idosos.

Tabela 7 : Amostra e Grupo Focal

Descrição	Convidados	Entrevistados	% Obtido
Câmaras Municipais	3	3	100
Juntas de freguesias	48	23	48
Unidades de Saúde	4	1	25 (100)
Lares e Centros de Dia	25	10	40
Agentes de Desenvolvimentos (GNR, 2 Associações e Projeto Mentha)	4	6	100 (150)
Idosos	38	38	100
Totais	122	81	67

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Das 122 entrevistas planeadas foram realizadas 81 (67%). Destas, 43 gestores públicos, agentes de desenvolvimento e prestadores de serviços e 38 idosos, respetivamente 53% e 47%. Cabe ressaltar que o representante da ACeS da Cova da Beira respondeu o questionário pelas unidades de saúde da região de estudo.

Consideramos os 38 idosos inqueridos um número satisfatório, pois, evidenciaram tendências semelhantes em suas respostas, para além do objetivo das entrevistas de retratar as necessidades de um mesmo período, relativamente curto, de coleta de dados (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

3.3. Análise e Tratamento dos Dados Coletados

Para a aplicação da técnica de análise de conteúdo, devido ao número de entrevistas e das questões colocadas terem gerado um elevado volume de informação, consideramos necessário a utilização de um programa informático.

Neste sentido realizamos uma avaliação sobre os programas disponíveis para análise de conteúdo, e, após a verificação das funcionalidades foi selecionado o programa NVivo versão 11 Pro (64 bits) da OSR International.

O programa NVivo para além de facilitar a organização dos documentos e tratamento de textos, tabelas alfanuméricas, imagens e sons, permite a exploração das fontes de dados com maior facilidade, contabilizando a frequência, evidenciando tendências e também tornando possível a ordenação do conteúdo em diversos esquemas.

Deste modo e após a criação do modelo de análise, inserindo a matriz de categorias (nodes) contendo as 8 áreas de conceito da OMS, introduzimos no esquema os dados recolhidos através de 81 entrevistas (cases), permitindo assim, realizarmos as correlações, extrairmos as evidências e tendências, possibilitando ainda a criação de uma base de dados que caracterizou a amostra através do uso do software IBM SPSS Statistics versão 21, e, gerou os seguintes *outputs*⁶:

- Tabela 8 : Amostra Total por Entidade de Análise;
- Tabela 11 : Distribuição da Amostra Total por Tipo de Participante;
- Tabela 12 : Distribuição da Amostra Total por Município;
- Tabela 13 : Distribuição dos Gestores/Agentes por Município;
- Tabela 14 : Distribuição dos Idosos por Município;
- Tabela 15 : Caracterização da Amostra dos Gestores/Agentes;
- Tabela 16 : Distribuição da Gestores/Agentes por Escolaridade;
- Tabela 17 : Caraterização da Amostra dos Idosos;
- Tabela 18 : Caracterização dos Idosos por Género; e
- Tabela 19 : Caracterização dos Idosos por Faixa Etária.

Desta forma, a seguir, a Tabela 8 caracteriza as entrevistas da amostra total por Entidade de Análise.

⁶ As Tabelas 11 a 19 encontram-se no Apêndice.

Tabela 8 : Amostra Total por Entidade de Análise

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Associação	6	7,38	7,38	7,38
	Residentes	18	22,37	22,37	29,75
	Câmara Municipal	3	3,69	3,69	33,44
	Centro de Dia	17	20,95	20,95	54,39
	ACeS Cova da Beira	1	1,23	1,23	55,62
	CTT	1	1,23	1,23	56,85
	GNR	1	1,23	1,23	58,08
	Junta de Freguesia	23	28,39	28,39	86,47
	Lar de Idosos	10	12,30	12,30	98,77
	Projeto Mentha	1	1,23	1,23	100,00
	Total	81	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Quanto ao número de idosos (38), consideramos aceitável em função da tendência das respostas e do tempo destinado à recolha, além de uma distribuição harmoniosa entre Residentes (47%), utilizadores de Centros de Dia e Associações (48%) e Lares/Centro de Saúde (5%).

Estes, com idades compreendidas entre 58 e 86 anos, sendo 66% do género feminino e 34% do género masculino e foram distribuídos entre os Municípios de Belmonte (10%), Covilhã (74%) e Fundão (16%) em equilíbrio com as respetivas populações.

De uma forma geral, obtivemos uma boa distribuição dos colaboradores com o estudo, onde dos entrevistados, os idosos representam 47% e gestores/agentes 53% e um bom percentual entre os Municípios de Belmonte (11%), Covilhã (64%) e Fundão (24%).

Quanto à colaboração dos gestores públicos, alcançamos 100% dos representantes das Câmaras Municipais e quase 50% dos representantes das 48 Juntas de Freguesias da região da Cova da Beira, sendo assim distribuídos: Belmonte (12%), Covilhã (56%) e Fundão (30%). Do total dos gestores públicos, 67,5% possuem licenciatura ou escolaridades superiores afins ao tema.

Desta forma e após esta análise quantitativa da amostra e grupo focal, passamos à análise

qualitativa das 81 entrevistas realizadas, podemos relatar as percepções, evidências e tendências que nos permitem destacar as principais lacunas existentes, segundo o que preconiza as 8 áreas de conceito da OMS quanto ao que caracteriza uma cidade ou região amiga do idoso.

Inicialmente, criamos o Projeto no software NVivo versão 11 Pro da OSR International de acordo com a seguinte sequência:

1. Importamos como fontes internas as 81 entrevistas realizadas e transcritas no Microsoft Word;
2. Criamos os nós com as 7 questões constantes do Guião de Entrevistas (Anexo 3), detalhadas de forma sucinta conforme a seguir;
 - Q1 - Problemas
 - Q2 - Necessidades
 - Q3 - Ações desenvolvidas
 - Q4 - A sua instituição possui políticas e programas para o EAS
 - Q5 - A sua região cria condições para o EAS
 - Q6 - Dimensões que requerem mais atenção
 - Q7 - Sugestões
3. Criamos as classificações dos entrevistados;
 - Município
 - Género
 - Função
 - Escolaridade
 - Participante
 - Entidade
 - Idade
4. Criamos as consultas; e
 - Nuvem de palavras
 - Nuvem de palavras dos gestores/agentes
 - Nuvem de palavras dos idosos
5. Criamos os relatórios.
 - Relatório da estrutura de nó
 - Relatório de resumo da classificação de fonte
 - Relatório de resumo da classificação de nó
 - Relatório de resumo da codificação por fonte
 - Relatório de resumo da codificação por nó
 - Relatório de resumo de fonte
 - Relatório de resumo de nó
 - Relatório de resumo do projeto

Efetuada o tratamento das informações e de acordo com a metodologia adotada, obtivemos a matriz de análise de conteúdo formada por nível de análise, unidades de contexto, unidades de registo e, por fim, categorias temáticas.

Tabela 9 : Matriz de Análise de Conteúdo

Nível de Análise	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Categorias Temáticas	
Os Idosos da Região	Problemas e dificuldades da população idosa	Económicos	Falta de rendimentos Falta de transportes	
		Sociais	Isolamento e solidão Dificuldades de mobilidade Falta de respostas sociais Falta de atividades culturais Falta de apoio familiar Nível de alfabetização	
		Saúde	Dificuldades no acesso aos serviços públicos Agravamento da saúde física e mental	
	Necessidades da população idosa	Económicas	Necessidades económicas	
		Sociais	Integração e valorização social Mobilidade e transportes Atividades ocupacionais	
		Apoio à pessoa idosa	Apoio domiciliário e outras acções de proximidade Cuidados de saúde Apoio das instituições Apoio familiar e da comunidade	
	O Envelhecimento Ativo e Saudável	Acções que deveriam ser desenvolvidas	Pela instituição	Alargamento da ação social Combate à exclusão social Inovação do apoio prestado Infra-estruturas Mais recursos
			Pela administração central	Melhoria das pensões Maior apoio às instituições locais Políticas sociais Políticas de saúde
			Pela administração local	Alargamento das acções locais

			Transportes e mobilidade Recursos Infra-estruturas de integração
		Por outros agentes de desenvolvimento	Integração de iniciativas Promoção do envelhecimento ativo e saudável Ações ao nível da segurança
	Políticas e programas sociais	Implementados	Exemplos de programas sociais promotores do Envelhecimento Ativo e Saudável
		Razões da ausência das políticas e programas sociais	Falta de efectivos Falta de recursos
	O Envelhecimento Ativo e Saudável na Região	Região reúne condições para o EAS	Sim Sim, com reservas /insuficiente Não
		Dimensões que a gestão pública devia dar mais atenção ⁷	h) Apoio comunitário e saúde b) Transportes d) Participação social a) Prédios públicos e espaços c) Habitação g) Comunicação e informação e) Respeito e inclusão social f) Participação cívica e emprego
Sugestões		Reforço das iniciativas das autoridades locais Formação técnica e informação Infra-estruturas Integração e valorização dos idosos	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - NVivo versão 11 Pro da OSR International

O que evidencia as principais incidências e ocorrências dos termos de forma acumulativa em todas as 81 entrevistas realizadas. E, ao utilizarmos uma escala de cores é possível observar a priorização da atenção, sugerida pelos entrevistados, que a gestão pública local deve promover sobre as 8 áreas de conceito da OMS⁷.

⁷ De acordo com o Guia Global - Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2005).

Como se verifica na figura anterior o apoio aos idosos e as atividades ao nível social são as maiores preocupações. No que diz respeito Gestores/Agentes (Figura 7), o apoio social é evidente como a sua maior preocupação.

Figura 7 : Nuvem de Palavras dos Gestores/Agentes



Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).
Elaboração do Autor - NVivo versão 11 Pro da OSR International

Os idosos elencam como maiores expetativas (Figura 8) a melhoria dos anos de vida e da rede de transporte.

Figura 8 : Nuvem de Palavras dos Idosos



Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).
Elaboração do Autor - NVivo versão 11 Pro da OSR International

Neste sentido, destacamos o termo “MELHORIA” como o centro das perceções das 3 figuras,

porém, a seguir podemos observar as principais evidências relatadas pelos Gestores/Agentes (Figura 7) e Idosos (Figura 8).

Tabela 10 : Principais Evidências por Grupo de Entrevistados

Gestores/Agentes	Idosos
Melhoria do apoio social; Melhoria do acesso aos cuidados de saúde; Melhoria das atividades e serviços; e Melhoria da integração social.	Melhoria dos anos de vida; Melhoria de apoio às atividades; Melhoria da rede de transportes públicos; Melhoria das reformas e/ou pensões; Combate ao isolamento e a solidão; e Falta de centros de convívio.

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - NVivo versão 11 Pro da OSR International

Portanto, de todas as observações propiciadas ao autor, em todas as deslocções para a realização das entrevistas nas inúmeras Freguesias dos 3 Concelhos da região da Cova da Beira, assim, como as análises quantitativas dos envolvidos e qualitativa das suas respostas e perceções, seguem na próxima secção algumas considerações sobre a priorização das futuras Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira.

3.4. Sugestão da Priorização das Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira

Como vimos no decorrer deste trabalho é de suma importância uma articulação bem estruturada entre os envolvidos (gestores públicos e prestadores de serviços) com a promoção do tema de estudo e os diretamente afetados por estas resoluções e medidas (os idosos).

Desta forma e com base nas informações obtidas dividimos as sugestões em 2 categorias, as gerais, que servirão de alerta aos gestores públicos, agentes de desenvolvimento e prestadores de serviços, quanto a algumas pistas que poderão ajudá-los na gestão desta promoção, nomeadamente:

1. Promoção de uma maior integração entre a investigação e a intervenção *in loco*, uma vez que, a região é dotada de uma Universidade e na proximidade de dois Institutos Politécnicos (Guarda e Castelo Branco), onde são gerados muitos talentos, inclusive Mestres e Doutores que poderão desenvolver suas monografias, dissertações e teses debruçadas em problemas e necessidades da região, apontadas pela comunidade;

2. Promoção do alargamento dos projetos multidisciplinares (nutrição, enfermagem, psicologia, desporto, etc) que podem ser oferecidos a esta população pelos alunos em formação, através de planos de estágios, articulados em cooperação pelas autarquias, instituições, associações e unidades de ensino;
3. Promoção de uma sistemática monitorização e controlo de toda a população envelhecida e em pré-envelhecimento, inclusivamente com os problemas e necessidades enfrentados, pois, como sabemos as transformações sociodemográficas atuais apresentam-se numa celeridade de tal forma que, periodicamente, têm de ser revistas;
4. Promoção de uma melhoria da informação e formação dos profissionais envolvidos, e, uma reestruturação dos espaços destinados ao apoio aos idosos, adaptados às necessidades do momento; e
5. Promoção da participação dos 3 setores da sociedade: governo, iniciativas privadas e instituições não-governamentais/sem fins lucrativos, através de parcerias público-privado, de forma a garantir uma melhor integração e articulação das políticas e programas sociais locais.

E, como sugestões pontuais, com base na recolha e tratamento dos dados obtidos nas 81 entrevistas, seguem as expectativas de prioridades das atenções às 8 áreas de conceito da OMS quanto as cidades ou regiões amigas dos idosos, segundo a óptica dos envolvidos, acrescidas de algumas sugestões e relatos dos mesmos:

1. Melhoria do apoio comunitário e serviços de saúde, incluindo nos serviços domiciliários, cuidados básicos de saúde, cuidados pessoais e limpeza de casa (56 incidências).
 - a. *“...Repensar a oferta de serviços e cuidados a este novo perfil populacional...” (Entrevista 011, Anexo 4);*
 - b. *“...Maior informação e formação aos técnicos e sensibilização sobre o tema, focando em experiências nacionais e internacionais...” (Entrevista 015, Anexo 4);*
 - c. *“...Promover uma reciclagem e renovação dos serviços ofertados, adequando às novas necessidades desta população envelhecida...” (Entrevista 016, Anexo 4);*
 - d. *“...Sim, além das equipas de enfermagem que os centros de saúde disponibilizam aos doentes acamados em suas casas, também fazem falta as equipas médicas que de vez em quando os visitem, consultem e ajudem os cuidadores que optaram por terem os seus idosos em casa...” (Entrevista 059, Anexo 4); e*
 - e. *“...Criação por parte do Município, de uma política integrada ao nível de todo o Concelho para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável...” (Entrevista 060, Anexo 4).*

2. Maior disponibilidade de transportes públicos, capaz de proporcionar uma melhor mobilidade da população idosa local (43 incidências).
 - a. *“...Alargar a frequência do transporte público, visando a integração social...”* (Entrevista 004, Anexo 4);
 - b. *“...Melhoria das viaturas de transportes públicos e o acesso às mesmas...”* (Entrevista 023, Anexo 4);
 - c. *“...Maior alargamento da rede de transportes públicos dentro e fora do Concelho, sobretudo no período de férias letivas e diminuir situações de maior debilidade de forma a melhorar e reforçar as redes sociais de solidariedade e entreatajuda...”* (Entrevista 065, Anexo 4); e
 - d. *“...Além das identificadas na resposta anterior, posso referenciar o pouco respeito dos motoristas dos transportes públicos que não são sensíveis às dificuldades motoras, não dão tempo aos idosos de se sentarem com segurança, provocando quedas dos mesmos...”* (Entrevista 074, Anexo 4).

3. Melhoria da participação social dos idosos nas atividades nos diversos locais da comunidade, tais como: centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários e parques (42 incidências).
 - a. *“...Rentabilizar e mobilizar os conhecimentos da população envelhecida em prol da comunidade, promovendo assim, uma integração e valorização social...”* (Entrevista 007, Anexo 4);
 - b. *“...Criação de hortas comunitárias, prioritariamente para agricultura biológica...”* (Entrevista 023, Anexo 4); e
 - c. *“...A criação da rede de voluntariado e apoio aos idosos, integrando os próprios idosos, assim como, aproveitando as suas competências e saberes na partilha intergeracional...”* (Entrevista 033, Anexo 4).

4. Melhores cuidados com os prédios públicos e espaços abertos, com o objetivo de promover uma maior acessibilidade e conforto aos idosos locais (31 incidências).
 - a. *“...Melhoria dos espaços públicos, adequando-os aos idosos...”* (Entrevista 029, Anexo 4);
 - b. *“...Falta de segurança em locais públicos, falta de corrimão nas escadas, falta de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida...”* (Entrevista 047, Anexo 4); e
 - c. *“...Dar continuidade ao apoio já fornecido, abrangendo cada vez mais um maior número de idosos...”* (Entrevista 028, Anexo 4).

5. Melhor adequação das habitações às condições de incapacidade da população idosa em locais seguros e a custos acessíveis (27 incidências).
 - a. *“...Construção de residências séniors, onde as pessoas pudessem residir com*

alguns de seus pertences, mas, sabendo-se acompanhadas (possibilidade de refeições coletivas, assistência médica, atividades físicas e lúdicas) ...” (Entrevista 049, Anexo 4); e

- b. “...Tudo o que venha a colmatar e responder às faltas apontadas na questão anterior, acrescentando também melhores condições habitacionais com conforto, aquecimento e acessibilidade às divisões da casa, como o quarto e casa de banho.” (Entrevista 059, Anexo 4).*

- 6. Maior disponibilidade de comunicação e informação, através de acesso público alargado a computadores e à Internet, sem custos ou com custos mínimos, em locais públicos, tais como: câmara municipal, juntos das freguesias, centros comunitários e bibliotecas (18 incidências).

- a. “...Maior apoio aos idosos analfabetos...” (Entrevista 019, Anexo 4); e*
- b. “...Convergência da realidade às necessidades, a modernização dos serviços não acompanhou a escolaridade e ruralidade da maior parte da população idosa...” (Entrevista 018, Anexo 4).*

- 7. Maior respeito e inclusão social, tais como: serviços públicos e comerciais adaptados às necessidades dos mais idosos (17 incidências).

- a. “...Melhoria do acesso aos serviços públicos...” (Entrevista 012, Anexo, 4); e*
- b. “...Adequação das barreiras arquitetônicas e a criação de rampas de acesso...” (Entrevista 025, Anexo 4).*

- 8. Melhoria da participação cívica e emprego, fomentando oportunidades flexíveis e adequadamente remuneradas, para que as pessoas mais velhas possam continuar a trabalhar (8 incidências).

- a. “...Criação dos parques industriais nos extremos do Concelho e diminuição das burocracias para a revitalização das moradias...” (Entrevista 013, Anexo 4);*
- b. “...Maior atenção da autarquia para a sua população que infelizmente além de ser idosa tem poucos recursos financeiros...” (Entrevista 074, Anexo 4); e*
- c. “...Melhoria das pensões e reformas...” (Entrevista 080, Anexo 4).*

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Considerações Finais

Portanto, considerando as referências documentais que suportaram o estudo, as entrevistas realizadas e a análise e tratamento dos dados recolhidos como fonte inspiradora para suprir as lacunas existentes e sugerir a caracterização e priorização das políticas e programas sociais da região em estudo podemos concluir que, à semelhança do Continente e da Região Centro, o envelhecimento da população da Cova da Beira tem tendência a se acentuar e, neste sentido parece existir a necessidade de se implementarem respostas políticas inovadoras e efetivas que permitam não somente a promoção do envelhecimento ativo e saudável, bem como, participativo e integrativo.

As instituições da região em estudo (Cova da Beira) aparentam estar limitadas na sua atuação por questões económicas e financeiras, fruto das contenções orçamentais por parte do Estado, como também, carecem de maiores níveis de formação inicial e ao longo da vida ativa dos seus efetivos, com o propósito de atender às novas necessidades da população idosa.

A adequação dos espaços públicos, das habitações quanto as condições climatéricas e dos meios de mobilidade, e, uma maior abrangência dos centros de atividades permitiriam melhores condições de saúde da sua população.

Políticas e incentivos para a permanência das famílias na região parecem ser de grande valia, principalmente, no combate ao isolamento geográfico e sociais relatados.

Cabe ressaltar que a melhoria das pensões, mesmo que não seja de responsabilidade local, auxiliaria imenso as condições de saúde da população idosa.

Desta forma, concluímos que o maior legado do estudo são as principais evidências relatadas no item 3.4 - Sugestão da Priorização das Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira, fruto não só da observação dos factos, mas do tratamento dos dados recolhidos com as perceções dos idosos, gestores públicos, agentes de desenvolvimento e prestadores de serviços.

De forma complementar e segundo Camarano (2004), as políticas para a população idosa devem promover a solidariedade entre gerações o que significa equilibrar as prioridades das necessidades dos idosos com a de outros grupos populacionais, e, para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional possam ser efetivas é necessário que elas apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores, como a saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

Contudo, e mesmo com as insuficiências por todos reconhecidas, saliente-se que as políticas e

programas sociais atuais estão alinhados com o que preconiza a OMS e a ENEAS. Porém, carecem de uma maior articulação e cooperação entre as autarquias, instituições, associações, unidades de ensino e a população.

Já, quanto as limitações do estudo, podemos considerar que a primeira delas é relativa a questão da validade externa, a qual pode ser definida como aquela que estabelece a validade de um instrumento de medição comparando-o com algum critério externo.

Nas pesquisas quantitativas a amostragem probabilística pode permitir a possibilidade de validação externa. Contudo, estudos qualitativos não permitem generalizações estatísticas suportadas em amostragem.

Também consideramos como uma segunda limitação a utilização de um único tipo de documento, “Guião de Entrevistas” (Anexo 3), para analisar as evidências sobre as principais lacunas das Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira.

Ainda podemos ressaltar que, este estudo ao se utilizar da metodologia qualitativa, e, apesar dos cuidados na sua realização, não se exime da possível subjetividade no decorrer da investigação, seja na interpretação dos documentos ou no seu confronto com as categorias referenciadas. Porém, pela complexidade do tema e a necessidade de acompanhamentos sistemáticos das condições de saúde das populações envelhecidas, sugere várias pistas para futuros estudos, não só longitudinais na mesma região, bem como, modelo de aplicabilidade em outras regiões com o propósito de permitir futuras triangulações de dados, que permitirão, um melhor planeamento para a promoção das Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável aos níveis locais e o seu alinhamento com as 8 áreas de conceito do Guia Global da OMS e a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS).

Referências Bibliográficas

BARROS, P. P. (2013a) *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. 3ª ed. Coimbra: Almedina.

Berzins, M. (2003). Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social & Sociedade*, 75, 19-35.

Bruno, F. (2006). O biopoder nos meios de comunicação: o anúncio dos corpos virtuais. São Paulo, SP: *Revista da Escola Superior de Propaganda e Marketing, Comunicação, mídia e consumo*, 3(6), 63-79. Consultado em 20 Abril 2018. Disponível em: <<http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/59>>.

Camarano, AA. (2004). Envelhecimento populacional e as políticas públicas para a população idosa. Consultado em 14 de Maio de 2018. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds>.

Camarano AA, Pasinato MT. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA, Organizadora. *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004: p. 253-291.

Capucha, L. (2013). *Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o risco de velhice: que risco*. Lisboa, Portugal: Instituto Universitário de Lisboa.

CCE (2006). Livro Verde: Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas. In *Confrontar Transformação Demográfica: uma nova solidariedade entre gerações*. Cadernos Sociedade e Trabalho, nº6, pp. 103-109.

CCE (2006). *The demographic future of Europe. From challenge to opportunity*. Bruxelas: Publicações da Comissão Europeia.

Clarck, R (2011). World health inequality: convergence, divergence, and development. *Social Science and Medicine*, 72, p. 617-624.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research methods in education* (6ª ed.). Londres: Routledge.

COMISSAO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - CCE (2002). Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Consultado em 10 de Abril de 2018. Disponível em: <http://ec.europa.eu/employment_social/>

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

[social_situation/docs/com2002_0143.pdf](#)>.

Comissão Europeia (2018). Seychell M. Para uma melhor prevenção e gestão de doenças crónicas. Boletim Informativo Saúde-UE. Consultado em 14 de Junho de 2018. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_pt.htm>.

CENSUS. (2011). *Census da população portuguesa*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

Davey Smith G, Whitley E, Dorling D, Gunnell D (2001). Area based measures of social and economic circumstances: cause specific mortality patterns depend on the choice of index. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, p. 149-150.

Diehl, Astor A.; Tatim, Denise C. *Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Pretenci Hall, 2004.

Direção-Geral da Saúde, 2004. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, 2017. *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS 2017-2025)*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Elstad J (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Norwegian Social Research, NOVA, Oslo.

ESTEVEENS, J. (2015). *Envelhecimento e despesa em saúde: o caso português (1970-2014)*. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

ESTEVEENS, J. & MARTINS, M. R. O. (2014) Despesa em saúde e envelhecimento: Portugal no contexto europeu. In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.211-232.

FERNANDES, A. A. (2008). *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. 1ª ed. Lisboa: Edições Colibri.

Fonte, I.B. (2002). *Directrizes Internacionais para o Envelhecimento e suas consequências no conceito de Velhice*. Consultado em 05 de Abril de 2018. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p48.pdf>>.

Gil, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GOVERNO (2018). Programa do XXI Governo Constitucional de Portugal 2015-2019. Consultado em 12 de Junho de 2018. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/programa-do-governo>>.

INE (2002) O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, pp.185-208.

INE (2009). *Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2015). *Estatísticas da população residente, Portugal e NUTS II, 2015*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2017). *Revista de Estudos Demográficos*. Consultado em 14 de Junho de 2018. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEscalecao=107781&selTab=tab0&xlang=pt>.

INE (2019). *Indicadores de Envelhecimento*. Consultado em 25 de Janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>>.

MARTINS, M. R. O., RODRIGUES, I. & RODRIGUES, T. F. (2014) A importância da educação. Os níveis de escolaridade dos portugueses (2010-2030). In: RODRIGUES, T. F. & MARTINS, M. R. O. (coord.) *Envelhecimento e Saúde: prioridades políticas num Portugal em mudança*. 1ª ed. Lisboa: Instituto Hidrográfico, pp.103-138.

Minayo, Maria Cecília de S. O Desafio da Pesquisa Social. In: ____ (org.); Deslandes, Suely F.; Gomes, Romeu. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Moulaert & Paris (2013). *Active and Healthy Aging: Blended Models and Common Challenges in Supporting Age-Friendly Cities and Communities*.

Nunes, A. & Nunes, M. (2016). *A saúde em Portugal: um olhar sobre o distrito de Castelo Branco*. Portugal: RVJ Editores.

Omran, A R (2005). The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83, p. 731-757.

OMS (2004). Organização Mundial de Saúde. *Men, ageing and health. Achieving health across the span*. Genève, Suisse: OMS Publications.

ONU (2015). Organização das Nações Unidas. *World Population Prospects. The 2015 Revision*. United Nations New York, USA: Department of Economic and Social Affairs - DESA, Population Division.

ONU (2018). Direitos económicos, sociais e culturais das pessoas Idosas. Consultado em 20 de Fevereiro de 2018. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>

PNS 2012-2016 (2018). Plano Nacional de Saúde. Direção-Geral de Saúde. Consultado em 15 de Maio de 2018. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>.

PNS 2020 (2018). Plano Nacional de Saúde. Direção-Geral de Saúde. Consultado em 15 de Maio de 2018. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>>.

PORDATA (2015). Ambiente de Consulta. Consultado em 14 de Junho de 2018. Disponível em: <<http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>>.

PORDATA (2019). Ambiente de Consulta. Consultado em 24 de Janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.pordata.pt/Portugal>>.

Quaresma, M. de L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento - Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo (SP): PUC-SP. Consultado em 20 de Abril de 2018. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382>>.

RECHEL, B. et al. (2009) *How can health systems respond to population ageing?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.

Siegel, J. (2012). *The demography and epidemiology of human health and aging*. Londres: Springer, 2012.

SILVA, António Martins da. *História da Unificação Europeia - A Integração Comunitária (1945-2010)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010, 374 p. ISBN 978-989-26-0057-4.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. (2003). (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*, 33, p.109-122.

WHO (World Health Organization) (2002). *The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Consultado em 26 de Abril de 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en/>>.

WHO (World Health Organization) (2017). Guia Global : Cidade Amiga do Idoso. WHO Publications.

WHO (World Health Organization) (2019). CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Publications. Consultado em 25 de Janeiro de 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/about/mission/en/>>.

Wong A, van Baal PHM, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. Health Economics, 2011.

_____, “*Cidades Amigas das Pessoas Idosas ?*”. CIDADES. Consultado em 26 de Abril de 2018. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B5V19Ulorql2RTFGVTVhaUsxZWs/edit?pli=1>>.

_____, Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. RPMS; Consultado em 25 de Janeiro de 2019. Disponível em: <<http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao#c>>.

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Anexos

Anexo 1 - Ofício de Solicitação de Colaboração ao Estudo às Instituições

Anexo 2 - Declaração de Consentimento Informado

Anexo 3 - Guião de Entrevista

Anexo 4 - Transcrição das Entrevistas

Anexos

Anexo 1 - Ofício de Solicitação de Colaboração ao Estudo às Instituições

OFÍCIO

Designação do Estudo

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistêmica”

Assunto: Pedido de Colaboração em Investigação

Exmo(a). Senhor(a) _____

Eu, SERGIO MARCHIORI JUNIOR, aluno finalista do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI), encontro-me a desenvolver a minha investigação que versa sobre o supracitado estudo, sob a orientação do Prof. Dr. António de Jesus Fernandes de Matos (UBI).

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Exa., a colaboração e/ou autorização para a realização de entrevista com representante(s) desta instituição a respeito do tema.

Ao inteiro dispor para eventuais formalidades.

Sem mais de momento.

Com os melhores cumprimentos.

Sergio Marchiori Junior

sergio.m.junior@ubi.pt

+351 928030953

Anexo 2 - Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (*Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edinburgo 2000*).

Designação do Estudo

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistêmica”

Eu, _____, tive conhecimento verbal do objetivo da investigação que se pretende realizar, para a qual é solicitada a minha participação. Foram esclarecidos todos os aspectos que considero importantes e as questões que coloquei foram respondidas.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação e as explicações que me foram prestadas versaram os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e os potenciais riscos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Os registos dos resultados poderão ser consultados pelos responsáveis científicos e ser objeto de publicação, mas os elementos da identidade pessoal serão sempre tratados de modo estritamente confidencial.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre a proposta de participação, e, nestas circunstâncias, consinto livremente que me seja aplicado o inquérito proposto pelo investigador que me apresentou o estudo.

Assinatura do Participante

___/___/___
Data

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

Designação do Estudo

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

NOME	
IDADE	
SEXO/GÊNERO	
CARGO/FUNÇÃO	
ESCOLARIDADE	

_____ __/__/_____
Assinatura do Participante Data

Investigador Responsável: Sergio Marchiori Junior

Anexo 3 - Guião de Entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTAS

Designação do Estudo

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Fase	Descrição
I	Legitimação da Entrevista (contextualização do estudo e seus objetivos).
II	Identificação do Entrevistado (Género, idade, funções que desempenha atualmente na Câmara/Junta das Freguesias/Instituição).
III	Diagnóstico da situação da população idosa da região em estudo - Entrevista

Questões a colocar:

1. Na sua opinião, quais são os principais problemas com que as pessoas idosas do seu Município/Junta das Freguesias/Instituição se confrontam ?

2. Na sua opinião, quais são as necessidades atuais das pessoas idosas do seu Município/Junta das Freguesias/Instituição ?

3. Tendo em conta essas necessidades, que ações poderão ser desenvolvidas para supri-las ?
 - 3.a Pela instituição
 - 3.b Pela administração central
 - 3.c Pela administração local
 - 3.d Por outros agentes de desenvolvimento

4. A sua instituição tem em funcionamento políticas e programas de Envelhecimento Ativo para as pessoas idosas ?
 - 4.a Se positivo, quais são ?
 - 4.b Em caso negativo, qual a razão ? Considera ser necessário ? Quais as razões ?

5. Considera que a sua região proporciona à população condições de um Envelhecimento Ativo e Saudável ?

6. Na sua opinião, qual(is) das dimensões elencadas, necessita(m) de maior atenção da administração pública, na sua região ?

- a) Melhores cuidados com os prédios públicos e espaços abertos, com o objetivo de promover uma maior acessibilidade e conforto aos idosos locais;
- b) Maior disponibilidade de transportes públicos, capaz de proporcionar uma melhor mobilidade da população idosa local;
- c) Melhor adequação das habitações às condições de incapacidade da população idosa em locais seguros e a custos acessíveis;
- d) Melhoria da participação social dos idosos nas atividades nos diversos locais da comunidade, tais como: centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários e parques;
- e) Maior respeito e inclusão social, tais como: serviços públicos e comerciais adaptados às necessidades dos mais idosos;
- f) Melhoria da participação cívica e emprego, fomentando oportunidades flexíveis e adequadamente remuneradas, para que as pessoas mais velhas possam continuar a trabalhar;
- g) Maior disponibilidade de comunicação e informação, através de acesso público alargado a computadores e à Internet, sem custos ou com custos mínimos, em locais públicos, tais como: câmara municipal, juntas das freguesias, centros comunitários e bibliotecas; ou
- h) Melhoria do apoio comunitário e serviços de saúde, incluindo nos serviços domiciliários, cuidados básicos de saúde, cuidados pessoais e limpeza de casa.

7. Além das questões anteriores, tem mais alguma sugestão para a promoção do envelhecimento ativo e saudável da população da Cova da Beira ?

Anexo 4 - Transcrição das Entrevistas

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Designação do Estudo

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistêmica”

Devido ao grande volume de informações geradas pelas 81 entrevistas realizadas no período compreendido entre 01/10/2018 à 31/12/2018, decidimos transcrevê-las em caderno suplementar.

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Apêndices

Apêndice 1 - Outputs do Tratamento dos Dados Coletados

Apêndices

Apêndice 1 - Outputs do Tratamento dos Dados Coletados

OUTPUTS DOS TRATAMENTOS DOS DADOS COLETADOS

Designação do Estudo

“Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira: Uma Revisão Sistemática”

Tabela 11 : Distribuição da Amostra Total por Tipo de Participante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gestor/Agente	43	53,10	53,10	53,10
	Idoso	38	46,90	46,90	100,00
	Total	81	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 12 : Distribuição da Amostra Total por Município

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belmonte	9	11,10	11,10	11,10
	ACeS Cova da Beira*	1	1,20	1,20	12,30
	Covilhã	52	64,20	64,20	76,50
	Fundão	19	23,50	23,50	100,00
	Total	81	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

(*) Cabe ressaltar que o representante da ACeS da Cova da Beira respondeu o questionário pelas unidades de saúde da região de estudo, portanto, preferimos computá-la de forma independente dos Municípios.

Tabela 13 : Distribuição dos Gestores/Agentes por Município

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belmonte	5	11,60	11,60	11,60
	ACeS Cova da Beira(*)	1	2,30	2,30	14,00
	Covilhã	24	55,80	55,80	69,80
	Fundão	13	30,20	30,20	100,00
	Total	43	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 14 : Distribuição dos Idosos por Município

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belmonte	4	10,50	10,50	10,50
	Covilhã	28	73,70	73,70	84,20
	Fundão	6	15,80	15,80	100,00
	Total	38	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 15 : Caracterização da Amostra dos Gestores/Agentes (n=43)

		Entidade de Análise			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ACeS Cova da Beira	1	2,30	2,30	2,30
	Associação	2	4,60	4,60	6,90
	Câmara Municipal	3	7,00	7,00	13,90
	Centro de Dia	3	7,00	7,00	20,90
	GNR	1	2,30	2,30	23,20
	Junta de Freguesia	23	53,50	53,50	76,70
	Lar de Idosos	9	20,90	20,90	97,60
	Projeto Mentha	1	2,30	2,30	100,00
	Total	43	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 16 : Distribuição da Gestores/Agentes por Escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Básico	1	2,30	2,30	2,30
	Secundário	13	30,20	30,20	32,50
	Licenciatura	20	46,50	46,50	79,00
	Pós-graduação	1	2,30	2,30	81,30
	Mestrado	7	16,30	16,30	97,60
	Doutoramento	1	2,30	2,30	100,00
	Total	43	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 17 : Caracterização da Amostra dos Idosos (n=38)

		Entidade de Análise		Valid	Cumulative
		Frequency	Percent	Percent	Percent
Valid	Associação	4	10,60	10,60	10,60
	Residentes	18	47,10	47,10	57,70
	Centro de Dia	14	37,10	37,10	94,80
	Extensão de Centro de Saúde	1	2,60	2,60	97,40
	Lar de Idosos	1	2,60	2,60	100,00
	Total	38	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 18 : Caracterização dos Idosos por Género

		Frequenc		Cumulative	
		y	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Feminino	25	65,80	65,80	65,80
	Masculino	13	34,20	34,20	100,00
	Total	38	100,00	100,00	

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21

Tabela 19 : Caracterização dos Idosos por Faixa Etária

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	38	58	86	69,03	6,491
Valid N (listwise)	38				

Fonte: Dados Recolhidos (Outubro/2018 à Dezembro/2018).

Elaboração do Autor - IBM SPSS Statistics versão 21