

Fábio
Pereira

2012

Porto: Cidade amiga da pessoa idosa,
um estudo centrado na visão de prestadores de serviços
a pessoas idosas

ESTSP | POLITÉCNICO
DO PORTO

ESTSP | POLITÉCNICO
DO PORTO

Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
Instituto Politécnico do Porto

Fábio Dinis Silva Pereira

Porto: Cidade amiga da pessoa idosa, um estudo centrado na visão de prestadores de serviços a pessoas idosas

Mestrado em Terapia Ocupacional

Junho de 2012

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE
DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Fábio Dinis Silva Pereira

PORTO: CIDADE AMIGA DA PESSOA
IDOSA

UM ESTUDO CENTRADO NA VISÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS A
PESSOAS IDOSAS

Dissertação submetida à Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Paula Portugal, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto e sob a co-orientação científica do Professor Doutor Rui Proença Garcia, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Junho, 2012

Resumo

Este estudo tem por base um projecto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, denominado *Cidade Amiga das Pessoas Idosas*. Este surgiu da necessidade em proporcionar ferramentas que promovam uma orientação de esforços e políticas no sentido de criar condições que promovam um envelhecimento activo, através da promoção da saúde, segurança e participação em actividades significativas, adaptando para isso serviços e estruturas de modo a que sejam acessíveis e inclusos, adequados às diversas capacidades e necessidades das pessoas idosas.

É um estudo de natureza qualitativa e de carácter exploratório, que pretende verificar se a cidade do Porto possui características amigas das pessoas idosas na perspectiva de prestadores de serviços a pessoas idosas residentes nas Freguesias de Aldoar, Foz do Douro, Massarelos, Nevogilde, Lordelo do Ouro e Ramalde. Para tal foram realizados 3 *focus groups* com 21 participantes no total, resultantes de uma amostragem por conveniência.

De entre oito categorias definidas *a priori*, os *espaços exteriores e edifícios*, *respeito e inclusão social*, *transportes e apoio da comunidade e serviços de saúde*, foram as que tiveram um maior enfoque de características negativas, sobressaindo as dificuldades financeiras como uma barreira à participação, o aumento de casos de solidão e o insuficiente apoio domiciliário. Já a *participação social* destacou-se pelas várias características amigas mencionadas, salientando-se a grande oferta de actividades e adequação das mesmas às características e motivações das pessoas idosas.

Palavras Chave: Cidade amiga da pessoa idosa, Envelhecimento activo, Pessoa idosa, Porto, Prestadores de Serviços.

Abstract

This study, which is based on a project developed by the World Health Organization known as *Age-friendly Cities*, was created in order to provide the necessary tools to render the efforts and politics needed to promote an active ageing of citizens. This could be accomplished through the promotion of health, safety and ultimately, participation in significant activities. For that purpose, services and structures could be adapted in such a way that they would become accessible and suitable for the different abilities and needs of senior citizens.

The purpose of this qualitative study of exploratory nature is to verify if the city of Oporto has, in the service providers perspective, the necessary age-friendly characteristics for the elderly residents in the locations of Aldoar, Foz do Douro, Massarelos, Nevogilde, Lordelo do Ouro and Ramalde. As such, 3 *focus groups* were developed from a convenience sample of 21 participants.

Among eight categories defined *a priori*, the ones described with the most negative impact on the age-friendly characteristics of the city were the *outdoor spaces and buildings, respect and social inclusion, transportation and community support and health services*. The lack of participation in social life, the increase of senior loneliness and insufficient support at home are also barriers created by financial constraints. However, despite these constraints, *social participation* stood out from the other age-friendly characteristics of the city, showing much more positive than negative characteristics. Furthermore, the city offers its senior citizens a wide range of activities, which seems to be adequate to their characteristics and motivations.

Keywords: Age-friendly city, Active ageing, Elderly, Oporto, Service providers.

Índice

Capítulo I - Introdução	1
Capítulo II - Enquadramento teórico	3
Capítulo III - Metodologia	16
Capítulo IV - Tarefa descritiva	24
Capítulo V - Tarefa interpretativa	29
Categoria 1 - Espaços exteriores e edifícios	30
Categoria 2 - Transportes	39
Categoria 3 - Habitação	45
Categoria 4 - Participação social	49
Categoria 5 - Respeito e inclusão social	52
Categoria 6 - Participação cívica e emprego	55
Categoria 7 - Comunicação e informação	57
Categoria 8 - Apoio da comunidade e serviços de saúde	58
Conclusões	63
Bibliografia	69

Índice de tabelas

Tabela I - Caracterização dos participantes (P) quanto ao sexo, idade (anos), nível de escolaridade, profissão e tempo de serviço (anos) e freguesia onde exerce. Dados relativos ao grupo constituído por prestadores de serviços da freguesia de Lordelo do Ouro (G1)	20
Tabela II - Caracterização dos participantes (P) quanto ao sexo, idade (anos), nível de escolaridade, profissão e tempo de serviço (anos) e freguesia onde exerce. Dados relativos ao grupo constituído por prestadores de serviços das freguesias de Nevogilde e Foz do Douro (G2)	21
Tabela III - Caracterização dos participantes (P) quanto ao sexo, idade (anos), nível de escolaridade, profissão, tempo de serviço (anos) e freguesia onde exerce. Dados relativos ao grupo constituído por prestadores de serviços das freguesias de Massarelos, Ramalde e Aldoar (G3)	22

Índice de figuras

Figura 1- Processo inerente às teorias do envelhecimento programado	5
Figura 2 - Proporção de população jovem (<15 anos) e idosa (>65 anos), 1950-2050 (%)	8
Figura 3 - Distribuição do total de famílias clássicas sem idosos, com idosos e outros e só de idosos, Portugal, 1991 e 2001	9
Figura 4 - Algumas características da população idosa total e dos 10% mais pobres em Portugal no ano 2000	9
Figura 5 - Taxa de actividade por freguesia em 2001	24
Figura 6 - Peso relativo da população residente empregada com profissão dos Grupos 1 e 2 da CNP à esquerda e do Grupo 9 à direita, em 2001	27

Índice de anexos

Anexo I: Versão final do guião de entrevista

Anexo II: Gravações áudio das entrevistas (apenas disponível em suporte digital)

Anexo III: Lista de questões e tópicos a serem discutidos nos grupos de discussão

Anexo IV: Termo de Consentimento Informado

Capítulo I - Introdução

A base deste estudo é um projecto lançado em 2007, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde denominado Cidade Amiga das Pessoas Idosas. Este consiste em proporcionar condições para que seja possível através de uma metodologia própria, caracterizar uma cidade em características *amigas* e *não amigas* da pessoa idosa, assim como recolher sugestões de melhoria, para que numa fase posterior possam ser implementadas, criando condições de saúde, segurança e participação e adaptando as estruturas e serviços de forma a que incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades, estimulando assim um envelhecimento activo (Organização Mundial de Saúde, 2009b), o principal propósito deste projecto.

Assim, o estudo aqui apresentado, reveste-se de particular importância, dado que é desenvolvido na cidade do Porto que, *a priori*, se caracteriza como uma cidade onde o envelhecimento populacional é, à semelhança do restante panorama mundial, uma realidade (Alves, 2009; Instituto Nacional de Estatística, 2002), sendo o objectivo verificar se a cidade possui características amigas das pessoas idosas na perspectiva de prestadores de serviços a idosos residentes nas Freguesias de Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Nevogilde e Ramalde.

Procura-se desta forma e recorrendo a esta população dar resposta às seguintes perguntas: Os espaços exteriores e edifícios têm um ambiente adequado e condições necessárias de acessibilidade e segurança que facilitem a mobilidade dos idosos? Existem transportes públicos disponíveis, acessíveis económica e espacialmente, fiáveis, seguros e com cobertura suficiente, bem como condições de trânsito, rodovias e sinalização que permita uma condução segura para as pessoas idosas? As habitações são seguras, confortáveis e com condições estruturais que facilitem a mobilidade, assim como a existência de alternativas acessíveis e adequadas de habitação na cidade? As pessoas idosas são respeitadas, incluídas, reconhecidas e valorizadas pela comunidade, pelos serviços e pela família? Existem oportunidades de participação em diversas actividades de lazer, sociais, culturais e espirituais realizadas no âmbito da família e da comunidade? Os idosos têm a possibilidade de se envolver em actividades produtivas remuneradas, de voluntariado ou nos assuntos cívicos da cidade? Os meios de comunicação e informação estão

disponíveis e consideram as necessidades das pessoas idosas? Os serviços comunitários e de saúde são suficientes, de boa qualidade e acessíveis física e economicamente às pessoas idosas?

Para além das questões supramencionadas, este estudo procura também responder a necessidades de investigação identificadas noutros estudos similares, nomeadamente em termos de população com a qual foi recolhida os dados, assim como os locais físicos estudados (Coelho, 2010; Leão, 2011; Melo, 2011; Pereira, Coelho, & Portugal, 2010b; Pinto, 2011; Salgado, 2011; Vaz, 2010; Viana, 2010).

No enquadramento teórico será abordado o envelhecimento, começando por enquadrá-lo através de algumas teorias sobre o mesmo, e posteriormente retratando-o a nível mundial, evoluindo de forma gradual para nível europeu, nacional e distrital. Será também realizada uma pequena reflexão sobre o estado da arte, tanto a nível internacional como nacional.

Capítulo II - Enquadramento teórico

O envelhecimento e a sua compreensão tem despertado muito interesse ao longo do tempo, datando a primeira reflexão sobre o assunto, segundo Nalin (2008), de 3000 a.C., na obra *Epopéia de Gilgamesh*. Segundo Bengston, Silverstein, Putney, & Gans (2009), algumas escrituras hebraicas e cristãs, oferecem também introspecções sobre a sabedoria e sofrimento associados aos cabelos brancos. Já Aristóteles, deverá ter sido o primeiro a elaborar teorias sobre o envelhecimento; atribuindo sensações para alguns estágios da vida, nomeadamente a juventude como quente e húmida e a velhice como fria e seca (Bengston et al., 2009).

Explicar cientificamente o envelhecimento e elaborar uma teoria que seja capaz de explicar o que é e como acontece, tem sido alvo do interesse de muitos autores (Gravilov & Gravilova, 2006), havendo muitas teorias neste âmbito. As teorias mais recentes, são facilmente comparadas aos textos de autores mais antigos, tendo sido utilizados os seus pensamentos como bases para as teorizações actuais (Bengston et al., 2009).

Segundo Gravilov & Gravilova (2006), as principais hipóteses evolucionárias para a senescência¹ são: teoria da acumulação de mutações², teoria da pleiotropia antagonística³ e a teoria do corpo descartável⁴.

¹ Segundo a Porto Editora (2011), senescência é o declínio involutivo em função da idade (envelhecimento), simétrico do desenvolvimento evolutivo; velhice. Já para a Priberam (2011), senescência é o envelhecimento dos tecidos do organismo.

² A teoria da acumulação de mutações, desenvolvida por Medawar em 1952, tem em conta o conceito “mecanismos de manutenção e reparação”, que o próprio conceptualizou. Para este, o envelhecimento é o resultado de uma multiplicidade universal de doenças genéticas que criam problemas durante o envelhecimento. O mesmo autor apresenta a doença de Huntington como um exemplo de uma doença genética relacionada com o envelhecimento (Goldsmith, 2011).

³ A teoria da pleiotropia antagonística, desenvolvida por Williams em 1957, tem em conta o conceito do “envelhecimento programado”, conceptualizado pelo próprio. Este propõe que o envelhecimento dos mamíferos é o resultado de uma multiplicidade de efeitos secundários adversos. Se estes efeitos causarem problemas na fase final da vida, os benefícios associados aos mamíferos mais jovens podem fornecer um equilíbrio válido entre os dois. Pleiotropia refere-se à afectação que um simples gene tem sobre diferentes e diversas propriedades fenotípicas (Goldsmith, 2011).

⁴ Segundo Kirkwood & Holliday (1979), a teoria do corpo descartável sugere que a manutenção e reparação fisiológica de um mamífero requer imensas reservas, acabando por ser uma válida troca com a reprodução. Baseia-se também no conceito de “envelhecimento programado” (os organismos precisam de limitar o seu tempo de vida, porque ao fazê-lo ganham uma vantagem evolucionária, de acordo com uma das teorias mecânicas evolucionárias).

Os conceitos do mecanismo de envelhecimento têm associadas bases racionais evolucionárias que tentam explicar o porquê de um mecanismo/característica em particular ter evoluído ou sido retido pelos organismos. Os argumentos evolucionários envolvem conceitos que tentam explicar o porquê da evolução seleccionar de forma mais ou menos efectiva os mecanismos de manutenção⁵, ou até ter seleccionado mecanismos que limitam propositadamente a vida, tendo em conta a evolução da espécie (envelhecimento programado⁶), ou regular o tempo de vida de um organismo (mecanismos sensoriais de regulação⁷) (Goldsmith, 2011).

Para explicar os mecanismos do envelhecimento surgem dois grupos de teorias: as teorias do envelhecimento programado e as teorias do envelhecimento não programado. As teorias que envolvem características do organismo que limitam o tempo de vida para obter um benefício para a espécie e não para o indivíduo, são chamadas de teorias do envelhecimento programado (por exemplo, teoria do envelhecimento programado pelo sistema endócrino ou teoria da restrição calórica) (Hayflick, 1996). Segundo Dawkins e Goldsmith (1986; 2011), um dos impulsionadores desta ideia foi August Weismann, que em 1882 afirmou que a auto-limitação da vida ou “morte programada” ajudava o processo evolutivo, aumentando os recursos disponíveis para os mais novos e consequentemente mais evoluídos.

A figura 1 procura explicar o processo inerente às teorias do envelhecimento programado, nas quais os processos deteriorativos são contrabalançados pelos mecanismos de manutenção. Estes, por sua vez, são modulados por um programa biológico geneticamente específico de cada espécie, que pode ser ajustado pelo processamento das

⁵ Os mecanismos de manutenção têm por função contrabalançar os processos deteriorativos, cuja eficácia varia entre espécies. Como exemplos temos o crescimento do cabelo, o processo de cicatrização, substituição de células mortas ou danificadas e a resposta orgânica a infecções. A existência destes mecanismos abranda o acumular do efeito deterioratório. Organismos com tempos de maturidade reprodutiva mais tardios, precisam de viver mais e consequentemente desenvolveram e consolidaram de forma mais efectiva estes mecanismos (Goldsmith, 2011).

⁶ As actividades de manutenção são moduladas por um programa biológico genético específico de cada espécie, que resulta no tempo de vida de cada uma. O programa envolve um tipo de relógio biológico ou um método que determina quando as funções de manutenção devem abrandar. Esta ideia descende do conceito “envelhecimento programado”, porque os organismos necessitam de limitar o seu tempo de vida (Goldsmith, 2011).

⁷ Ajustam o tempo de envelhecimento através do processamento das condições externas que interagem com o corpo, de forma a apropriar o tempo de vida (Goldsmith, 2011).

condições externas que interagem com o corpo para alterar o tempo de vida apropriado (Goldsmith, 2011).

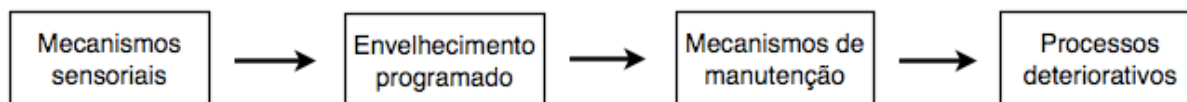


Figura 1 - Processo inerente às teorias do envelhecimento programado (Goldsmith, 2011)

Tentando relacionar estes conceitos com a evidência empírica, segundo Goldsmith (2011), a deterioração simples estabelece uma pobre ligação com a evidência empírica, não sendo capaz de explicar as grandes diferenças nos tempos de vida observados entre espécies muito similares, que presumivelmente, também estão expostas a processos deteriorativos muito similares. Contudo, tem havido grande concordância de que os processos deteriorativos existem e que causam uma deterioração gradual em sistemas orgânicos. Já o conceito de “mecanismos de manutenção”, adequa-se por si só ao envelhecimento gradual e às variações entre os tempos de vida de várias espécies (Goldsmith, 2011).

O conceito “envelhecimento programado”, para além de se adequar aos vários tempos médios de vida, relaciona-se facilmente com a descoberta de uns genes que ditam o ritmo do envelhecimento (Goldsmith, 2011; Hamet & Tremblay, 2003). Adicionalmente, este conceito segue ao lado das várias doenças genéticas humanas, que simultaneamente causam a aceleração de muitos ou quase todos os sintomas de envelhecimento, como a Progeria e a Síndrome de Werner, caracterizadas pelo aparecimento prematuro de características físicas do envelhecimento (Goldsmith, 2011).

Neste seguimento, os “mecanismos sensoriais de regulação” têm influência no tempo de vida, devido ao processamento que é feito das condições externas, como por exemplo, as épocas de acasalamento e os ritmos circadianos (Goldsmith, 2011).

Por outro lado, também existem as teorias do envelhecimento não programado, como a teoria dos radicais livres, que pressupõe que o envelhecimento resulta de várias alterações prejudiciais ao longo do tempo (Rose & Kirkwood, 1991), nomeadamente, os danos oxidativos causados pelos radicais livres que são produzidos durante a respiração aeróbia, que têm efeito cumulativo e promovem o envelhecimento levando conseqüentemente à morte (Bengston, et al., 2009).

Na opinião de Gorman (1999), o processo de envelhecimento é uma realidade biológica que tem a sua própria dinâmica e sobre a qual o controlo humano ainda está muito aquém, sendo que, a realidade actual, é um envelhecimento populacional global, com maior notoriedade nos países desenvolvidos (Divisão da População das Nações Unidas, 2011). Segundo Carrilho & Patrício (2010), a maior acessibilidade a métodos contraceptivos seguros, a maior autonomia da mulher, a progressão nas carreiras profissionais e a dificuldade em conciliar vida familiar e profissional, são alguns dos factores que tiveram e continuam a ter um papel importante neste processo.

Em 2006, quase 500 milhões de pessoas em todo o mundo tinham 65 anos ou mais⁸ e⁹. A descrição de uma pessoa como idosa tendo em conta apenas a sua idade é uma visão redutora e simplista, dada a heterogeneidade deste grupo etário, sendo apenas conveniente tendo em conta uma organização social (McIntyre & Atwal, 2005). Mountain (2005), afirma que ser velho é algo que é muito influenciado pelo indivíduo, através das suas percepções, expectativas e atitudes, o que torna esta questão muito individual. Kirkwood (2003) sugere que a nossa sobrevivência é determinada por 25% da herança genética e 75% pelo estilo de vida, como a nutrição, a actividade física, a isenção de doença ou trauma, assim como o viver e trabalhar em ambientes saudáveis. Por outro lado, segundo Correia (2003), o surgimento da categoria “terceira idade” ou como refere o autor, “*de forma mais prosaica, “os velhos”*”, resulta da representação da velhice considerada como

⁸ Segundo Roebuck & Thane (1979; 1978, 1989), as idades 60 e 65 anos são frequentemente usadas para definir a transição da fase adulta para idoso, apesar da sua natureza arbitrária.

A maioria dos países desenvolvidos adoptou a idade cronológica de 65 anos, porém, esta não é uma idade que se adapte a nível global, sendo África o continente com mais países onde a idade mais adequada seria 50. Já a Organização das Nações Unidas acorda em estabelecer os 60 anos como barreira a esta transição (Organização das Nações Unidas, 1989).

Não há um acordo global sobre esta temática, contudo, tem havido uma tentativa em definir cronologicamente esta transição, como é referido pela Organização Mundial de Saúde (2012), que conclui que a maioria das definições caem sobre três categorias: cronologia, alterações nos papéis sociais (alterações nos padrões do emprego, estatuto adulto dos filhos e menopausa) e alterações nas capacidades (invalidez, senilidade e alterações nas características físicas). Apesar de tudo, é cada vez mais unânime que a relação entre a idade cronológica e a idade biológica não é constante nem uniforme (Organização Mundial de Saúde, 2011), sendo que, Gómez (2002) afirma haver consenso entre os investigadores de várias áreas sobre o critério etário não ser suficiente para demarcar o último curso da vida, antecessora à morte, já que é um fenómeno diferencial e obedece a vários factores, tanto endógenos como exógenos, nas esferas social, histórica, cultural, fisiológica e psicológica.

Assim, será considerado para este estudo os 65 anos como a idade de transição da idade adulta para idoso (idade que permite ter acesso à pensão da reforma), medida adoptada pela maioria dos países desenvolvidos e pela Organização Mundial de Saúde (responsável do projecto Cidade Amiga das Pessoas Idosas).

⁹ Ao longo deste estudo, serão utilizadas várias designações para referir esta população, tais como pessoas idosas ou idoso, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

problema social, que segundo Fernandes (1997), “*representa ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda*”.

Em 2030, o total de pessoas com mais de 65 anos será de 1000 milhões - 1 em cada 8 habitantes. Pela primeira vez na história e provavelmente para sempre, haverá maior número de pessoas com 65 ou mais anos do que crianças até 5 anos de idade (National Institute on Aging, 2007).

É na Europa que se verifica a concentração de países com maior índice de envelhecimento (superior a 13%), tendo a esperança média de vida duplicado ao longo do último século. Segundo dados relativos ao ano de 2000, o continente europeu apresentava uma média de pessoas envelhecidas de 15,5% e estima-se que em 2030 consagre um aumento de quase 10% (Kinsella & Velkoff, 2001).

Este envelhecimento populacional tem um grande impacto no crescimento económico, nas migrações, no comércio, mas também nos principais pressupostos sobre o envelhecimento, já que, segundo Viegas & Gomes (2007), a visão sobre a velhice e o envelhecimento é cada vez mais negativa, principalmente do ponto de vista social, onde o foco incide sobre as transformações sociais desencadeadas pelo modernismo e que levaram a um reposicionamento dos mais idosos nas relações de poder e autoridade. O papel e o estatuto desta faixa etária, foi-se deteriorando ao longo do tempo (Viegas & Gomes, 2007), ao que alguns autores identificam vários processos que ajudam a compreender esta visão negativa sobre o envelhecimento, como a industrialização e a celebração de valores como a produtividade e a eficiência, as mudanças nos modelos de família e o individualismo cada vez mais evidente, bem como a institucionalização da reforma (Viegas & Gomes, 2007).

Em termos de saúde, segundo o National Institute on Aging (2007), o envelhecimento populacional tem também potenciado uma maior prevalência das doenças não transmissíveis (85% nos países de salários altos, onde o salário anual é superior a \$12276¹⁰) como o cancro, AVE's, diabetes, complicações cardíacas e pulmonares.

As estruturas familiares também estão a mudar, visto que as pessoas vivem cada vez mais e têm menos filhos, o que deixa os idosos com menos opções e menos suporte

¹⁰ Segundo o World Bank Group (2011), as economias estão divididas de acordo com o produto nacional bruto de 2010 *per capita*, calculado através do método Atlas do Banco Mundial e em dólares. Os grupos salariais são: salário baixo, \$1,005 ou inferior; salário baixo médio, \$1,006 - \$3,975; salário médio alto, \$3,976 - \$12,1275; e salário alto, \$12,276 ou superior.

para receberem cuidados (National Institute on Aging, 2007). Estes cuidados são maioritariamente fornecidos pelo sexo feminino, que associado à crescente empregabilidade das mulheres, terão tendência a diminuir. Haverá portanto um maior número de pessoas idosas a viver sozinhas, o que aumentará a sua vulnerabilidade em termos de saúde, a acidentes e a problemas de ordem social e económicos (Czischke & Pittini, 2008).

Por outro lado, os sistemas de saúde e de pensões estão cada vez mais postos em causa, visto que o número de pessoas activas para o número cada vez maior de reformados toma proporções significantes. A nível europeu, estes números resumem-se a 4 pessoas em idade activa para cada idoso, porém, em 2050, estima-se que o rácio seja 2 para 1 (National Institute on Aging, 2007).

Em 2000, Portugal era o 11º país com maior índice de idosos a nível mundial, com cerca de 16,4% (Kinsella & Velkoff, 2001; National Institute on Aging, 2007). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011b), em 2011, cerca de 19% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos de idade, devendo atingir os 32% em 2050 (Figura 2) (Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, 2008).

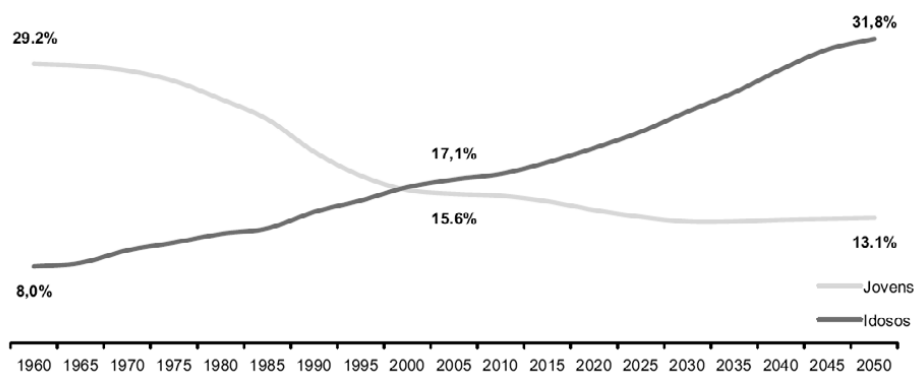


Figura 2 - Proporção de população jovem (<15 anos) e idosa (>65 anos), 1950-2050 (%) (Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, 2008)

De realçar que o grupo de pessoas com mais de 85 anos, é o que mais tem vindo a crescer, estimando-se que esta tendência se mantenha (Kinsella & Velkoff, 2001). Consequentemente, os índices de dependência de idosos¹¹ irão subir, prevendo-se um aumento de cerca de 29% em 2011, para 53,5% em 2050 (Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2011b).

¹¹ Relação existente entre o número de idosos (65 e mais anos) e a população em idade activa (15-64 anos); o índice de dependência de idosos define-se como a relação existente entre o número de idosos e a população em idade activa.

Caracterizando as famílias portuguesas, segundo Gonçalves & Silva (2004), a maior parte não tem idosos no agregado familiar (67,7%). Como se pode observar na figura 3, entre 1991 e 2001, houve um aumento da percentagem de famílias constituídas apenas por idosos e um decréscimo nas famílias “sem idosos” e nas “com idosos e outros”.

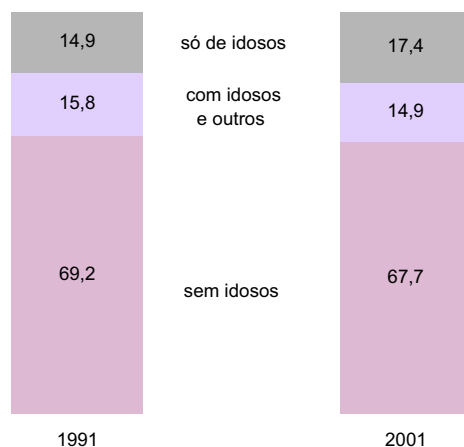


Figura 3 - Distribuição do total de famílias clássicas sem idosos, com idosos e outros e só de idosos, Portugal, 1991 e 2001 (Gonçalves & Silva, 2004)

Na figura 4, pretende-se descrever a população idosa segundo o seu estado de saúde e nível de instrução. De realçar que este parece relacionar-se com a pobreza na população idosa, sendo que não existe representação desta com instrução superior ao 3º ciclo nos 10% mais pobres. Corroborando esta afirmação, 72% da população idosa nos 10% mais pobres não tem qualquer nível de instrução.

Variáveis de análise		População com 65 ou mais anos nos 10% mais pobres	População com 65 ou mais anos no total da população
Sexo			
	Masculino	37,4	40,9
	Feminino	62,6	59,1
Estado de Saúde			
	Muito bom	0,0	0,2
	Bom	4,3	7,0
	Razoável	38,9	39,0
	Mau	48,0	42,4
	Muito mau	8,8	11,4
Nível de instrução			
	Nenhum	72,1	54,4
	Básico 1º ciclo	25,1	34,8
	Básico 2º ciclo	1,5	2,2
	Básico 3º ciclo	1,3	3,9
	Secundário	0,0	3,1
	Superior	0,0	1,6

Figura 4 - Algumas características da população idosa total e dos 10% mais pobres em Portugal no ano 2000 (Gonçalves & Silva, 2004).

De salientar que o estado de saúde não parece ter uma correlação tão forte com o nível de pobreza como o verificado com o nível de instrução (Gonçalves & Silva, 2004).

A distribuição da população idosa em Portugal, à semelhança do que se verifica no Mundo, também não é homogénea, em consequência das diferentes dinâmicas regionais. As unidades administrativas que possuem maior percentagem de idosos continuam, como tradicionalmente, a localizar-se no sul e interior do país, embora com algumas diversidades locais, que penalizam aldeias e vilas em detrimento das cidades, bem como concelhos mais isolados (Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2002; Magalhães, 2002; Rodrigues & Moreira, 2009).

No caso português, os movimentos migratórios tiveram uma importância significativa no processo de envelhecimento demográfico, sendo principalmente por esta razão que os concelhos portugueses mais jovens em termos etários se situam na Área Metropolitana de Lisboa e no Grande Porto¹². Isto porque o migrante tipo é jovem e a sua transferência provoca desde logo um rejuvenescimento nas zonas de fixação (Rodrigues & Moreira, 2009). Por esta razão, o Norte é a região continental menos envelhecida, apesar de também apresentar as maiores taxas de natalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Ao contrário do que era esperado, no concelho do Porto, a variação da população residente é de -13%. Este valor negativo é explicado pela deslocação da população do centro para a periferia da Área Metropolitana do Porto¹³, devido ao preço da habitação mas também por causa do desenvolvimento do sistema de transportes e redes viárias. Estabelecendo uma comparação entre as variações nos grupos etários nesta região entre 1991 e 2001, de forma a perceber-se melhor a influência deste fluxo migratório, o grupo 0-14 anos diminuiu cerca de 30% e o grupo 15-64 anos diminuiu por volta de 15%, ao contrário do grupo 65 anos ou mais, que aumentou aproximadamente 15% (Alves, 2009).

Como consequência destas alterações demográficas, o perfil etário da população residente no Porto tem vindo a envelhecer progressivamente, tendo o número de idosos passado de cerca de 30 para 51 mil, entre 1970 e 2001, o que confirma o forte e contínuo

¹² Caso de Paços de Ferreira, Vizela ou Paredes, onde a população idosa representa menos de 8% do total de recenseados.

¹³ Os seguintes municípios constituem a Área metropolitana do Porto: Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveria de Azeméis, Porto, Póvoa de Varzim, Sta. Maria da Feira, Santo Tirso, S. João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia.

envelhecimento registado (+72,5%) e seguindo a tendência da população portuguesa e europeia (Alves, 2009).

Segundo a mesma fonte, é nas freguesias do Centro Histórico e na Baixa do Porto onde a população idosa assume um peso mais significativo.

Segundo Alves (2009) deverá ocorrer um aumento significativo da população idosa no Porto durante os próximos anos, uma vez que todos os cenários prospectivos com a componente migrações indicam uma percentagem de idosos superior a 35% em 2026.

Em jeito de retrospectiva, o envelhecimento da população é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente. Por outro lado, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar outras oportunidades em diversos domínios, novas actividades económicas e profissões, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade; ambientes e arquitectónicas diferentes; padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Torna-se portanto, impreterível, que cada governo comece a planear e a oferecer respostas às alterações populacionais e demográficas que se prevêem, sob o risco de passarem enormes dificuldades financeiras e sociais no futuro (National Institute on Aging, 2007).

Neste sentido, a OMS (2009a) lançou o projecto *Cidade Amiga das Pessoas Idosas*¹⁴, que surgiu da necessidade em fornecer ferramentas que permitissem desenvolver e reforçar políticas sociais e de saúde que proporcionassem oportunidades para a participação, saúde e segurança, de forma a promover o envelhecimento activo¹⁵ à medida

¹⁴ Uma cidade amiga das pessoas idosas estimula o envelhecimento activo através da criação de condições de saúde, participação e segurança, de modo a reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (Organização Mundial de Saúde, 2009b).

¹⁵ Este, é definido pela OMS como “o processo de optimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002; p. 12).

que as pessoas envelhecem, reforçando automaticamente as políticas e oportunidades preconizadas.

Este projecto tem como pilar orientador o envelhecimento activo, e é um dos princípios estratégicos promovidos pela OMS para uma nova perspectiva de desenvolvimento social (Páscoa, 2008). É um envelhecimento activo que permite às pessoas aperceberem-se do seu potencial para o bem-estar físico, social e mental através do curso normal da vida e participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhes é fornecida protecção, segurança e cuidados adequados (OMS, 2002). Para Hessel (2008), as orientações referentes a políticas de envelhecimento activo, consubstanciadas numa estratégia de aproveitamento das capacidades de pessoas de todas as idades, parece ser a política correcta para o futuro.

A palavra “activo” refere-se à continuação da participação nos deveres sociais, económicos, culturais, espirituais e físicos, e não apenas à capacidade de ser fisicamente activo ou de participar numa actividade laboral remunerada. Trata-se de um conceito preventivo e, portanto, de algo que diz respeito a todos os grupos etários, estando em causa o envelhecer activamente durante toda a vida, através do envolvimento na vida social, não como audiência passiva, mas como actores participativos (Hessel, 2008; Viegas & Gomes, 2007).

Segundo Viegas & Gomes (2007) existem princípios definidos neste âmbito que são basilares para um envelhecimento activo, como a dignidade, a autonomia, o desenvolvimento pessoal, o acesso aos cuidados básicos e a participação activa na comunidade. É para estes importante garantir as condições dignas de vida, de segurança e justiça, reforçar a autonomia dos idosos e proporcionar rendimento digno e acesso à formação pessoal, assim como, permitir uma participação mais activa na família e comunidade.

Desta forma, a OMS elaborou o *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*¹⁶ (Organização Mundial de Saúde, 2009b). Neste, estão contempladas as conclusões finais das informações recolhidas em 8 tópicos¹⁷: *espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde*. Cada um destes apresenta políticas e aspectos urbanos e sociais facilitadores do desempenho, bem como barreiras com que os idosos se deparam, assim como uma *checklist* de características específicas de uma cidade amiga da pessoa idosa.

Fazendo a ponte entre este estudo e a terapia ocupacional, o contexto e o ambiente são factores que influenciam de forma efectiva o desempenho humano. Entende-se por contexto uma variedade de condições inter-relacionadas referentes ao cliente e ao que o rodeia., sendo exemplos o cultural, o pessoal, o temporal e o virtual. Já o ambiente cinge-se ao meio externo, físico e social, que rodeia a pessoa e onde decorrem as suas ocupações. É nesta dimensão que o projecto Cidade Amiga das Pessoas Idosas pretende actuar, promovendo alterações que reforcem a participação dos idosos e um envelhecimento activo (American Occupational Therapy Association, 2008b).

Esta importância do ambiente e a sua influência na participação, é claramente ressaltada no Modelo Pessoa-Ambiente-Ocupação de Law et al. (1996). Segundo estes autores, o ambiente inclui vários domínios: cultural, sócio-económico, institucional, físico e social, sendo cada um considerado segundo uma perspectiva única da pessoa. Este modelo considera que o ambiente fornece o contexto onde ocorre o desempenho ocupacional, influenciando-se mutuamente, sendo que altera-se continuamente no espaço e no tempo; pode ainda proporcionar ou inibir o desempenho. Segundo os mesmos autores e Strong et al. (1999), o ambiente é mais susceptível de sofrer alterações do que a pessoa.

¹⁶ Este guia está dividido em várias secções e aborda temas que ajudam a compreender a necessidade e os benefícios do desenvolvimento de cidades amigas das pessoas idosas, bem como, a forma e em que sentido deve ser utilizado. Para a sua elaboração, foi realizada uma pesquisa em 33 países distribuídos pelos 5 continentes recorrendo a *focus groups*. No total, em todo o mundo foram recolhidas informações a 1485 idosos de classe social média e baixa, 250 cuidadores informais e 515 prestadores de serviços. Este destina-se a ser utilizado por pessoas e grupos interessados em tornar as respectivas cidades mais amigas das pessoas, incluindo governos, organizações de voluntários, o sector privado e grupos de cidadãos.

¹⁷ Estes oito tópicos foram anteriormente identificados pela Organização Mundial de Saúde como resultado de várias reuniões e congressos entre vários parceiros que se envolveram neste projecto (Plouffe & Kalache, 2010).

Existem vários projectos e programas com objectivos semelhantes e/ou baseados no projecto da OMS, *Cidade Amiga das Pessoas Idosas*. Em Edimburgo, na Escócia, foi desenvolvido o programa *Get up and go*, que encoraja as pessoas idosas a tomar uma atitude proactiva em nome da sua saúde e bem-estar, e apoia-as quando têm necessidade de qualquer tipo de cuidados; desde cuidados de saúde, apoio psicológico ou apoio ao domicílio (The City of Edinburgh Council, 2009). Este programa foi desenvolvido em linha com o projecto: *Cidade para Todas as Idades - O plano da cidade para as pessoas idosas*; que se resume à tentativa de melhorar oportunidades e serviços para as pessoas idosas, encorajando-as para o envolvimento e contribuição no planeamento destes serviços e eliminar assim a discriminação que vivenciam (The City of Edinburgh Council, 2010).

Na Austrália, o governo implementou o projecto, *Age-friendly built environments*, que pretende melhorar a eficiência dos novos ambientes a construir, objectivando desta forma beneficiar os indivíduos com condições para uma melhor saúde e um bem-estar geral, aumentar a sua independência e promover uma maior interacção social. Estas medidas beneficiam toda a comunidade, porque os espaços são locais mais seguros e melhores para viver, há uma redução com os custos de saúde e cuidados com idosos e mais benefícios sociais e económicos através da promoção e facilitação da contribuição dos idosos para com a vida em comunidade (Australian Local Government Association, 2006).

No Canadá, o *National Framework on Aging*, tem por objectivo facilitar uma acção de monitorização e revisão de mudanças a programas séniores e serviços de jurisdições, bem como auxiliar na revisão dos efeitos da mudança de políticas junto da população idosa. Este enquadramento tem como principais princípios de acção, a dignidade, a independência, a participação, a justiça e a segurança (Public Health Agency of Canada, 1998).

Em Portugal, o projecto Cidades Amigas das Pessoas Idosas tem sido abraçado por vários municípios e entidades, tendo surgido em 2010 o *Projecto CIDADES*, pela Associação VIDA (Ministério da Saúde, 2010), que segundo a Fundação Calouste Gulbenkian (2010), pretende a partir da aplicação de uma checklist sugerida pela Organização Mundial da Saúde, adaptar as cidades portuguesas às necessidades das pessoas mais velhas, garantindo-lhes qualidade de vida e segurança. A este projecto

aderiram 84 municípios e 14 instituições de ensino superior (Familia Cristã, 2011). De salientar que as cidades do Porto e Aveiro recolheram e publicaram algumas das conclusões das recolhas de dados já realizadas nas respectivas cidades, tendo sido salientados os aspectos negativos e positivos mais relevantes, bem como apresentadas algumas sugestões de melhoria (Centeio, et al., 2010; Coelho, 2010; Pereira, Coelho, & Portugal, 2010a).

Com este estudo, pretende-se verificar se a cidade do Porto possui características amigas das pessoas idosas na perspectiva de prestadores de serviços a idosos residentes nas Freguesias de Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Nevogilde e Ramalde.

Capítulo III - Metodologia

Este estudo visa complementar outros estudos já realizados dentro do âmbito deste projecto, que objectivaram perceber se a cidade do Porto é ou não amiga das pessoas idosas, permitindo também propor soluções para que o seja. Estes foram realizados junto de prestadores de serviços e idosos das freguesias da Sé, São Nicolau, Vitória e Miragaia (Pereira, et al., 2010a; Vaz, 2010; Viana, 2010). Mais recentemente foram também recolhidas informações junto de idosos na freguesia do Bonfim e cuidadores informais de idosos nas freguesias de Campanhã, Bonfim, Nevogilde, Foz do Douro, Cedofeita, Paranhos e Ramalde (Leão, 2011; Melo, 2011; Pinto, 2011; Salgado, 2011). Encontra-se em processo, investigações similares junto da população idosa e de prestadores de serviços nas freguesias de Nevogilde, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Ramalde, Massarelos, Campanhã, Aldoar, Bonfim, Cedofeita, Paranhos e apenas idosos em Santo Ildefonso.

A distribuição das freguesias pelos investigadores foi realizada de forma aleatória, sendo apenas definidos como critérios a partilha de fronteiras entre freguesias e atribuição de apenas uma população por investigador, de forma a facilitar o estudo das populações, e a dar mais foco e profundidade às investigações. Assim, ficou definido que para este estudo seriam abordadas as freguesias de Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Nevogilde e Ramalde, tendo como população alvo os prestadores de serviços.

Tendo em conta o tipo de informação necessária recolher para o objectivo definido, justifica-se uma metodologia de natureza qualitativa e de carácter exploratório. Patton (2002) defende que esta abordagem facilita um estudo aprofundado e detalhado, produzindo informação mais rica sobre um tema. Esta é uma metodologia privilegiada para o estudo das características do ambiente, para além de o considerar como uma fonte directa de recolha dos dados, aliada ao seu carácter descritivo (Neves, 1996) e à preocupação que tem em descrever e compreender a visão das pessoas de acordo com as suas perspectivas (Hammel & Carpenter, 2006). Segundo a mesma fonte, nesta metodologia, é dada uma atenção aos participantes que permite compreender a sua relação com o ambiente físico e social, acreditando na impossibilidade de dissociá-las dos seus contextos e ambientes. Hammel & Carpenter (2006) acrescentam ainda que esta metodologia é a mais adequada para estudos onde a interacção entre a pessoa e o ambiente/contexto é clara.

Segundo Green & Thorogood (2004), esta metodologia tem ganho importância entre os profissionais de saúde, pela sua capacidade em gerar informação sobre opiniões e comportamentos. Para a Terapia Ocupacional, existem algumas questões importantes relacionadas com o uso da metodologia qualitativa, nomeadamente a prática centrada no cliente e reabilitação tendo por base o ambiente/contexto do cliente (Hammel & Carpenter, 2006; Hammell, 2002; Law, 1998). A prática centrada no cliente pressupõe uma abordagem de cooperação e parceria com uma prática que encoraja a autonomia do cliente, respeita as suas escolhas, vontades e capacidades (Hammel & Carpenter, 2006; Sumsion, Craik, & Glossop, 2006). A compreensão da importância do ambiente/contexto no desempenho humano (American Occupational Therapy Association, 2008a) leva à conclusão de que as intervenções mais eficazes são aquelas que ocorrem no ambiente/contexto habitual do cliente, o que vai de encontro com os pressupostos inerentes à metodologia qualitativa, ou seja, recolher e analisar/interpretar os dados na perspectiva de que o cliente é inseparável dos seus ambientes/contextos (família, amigos, casa, comunidade, ambiente físico, social e outras circunstâncias históricas relacionadas com as suas vidas) é crucial para uma correcta compreensão dos mesmos (Hammel & Carpenter, 2006; Pope, Mays, & Popay, 2007).

Este desenho de estudo pretende também ir de encontro às orientações definidas pelo *Protocolo de Vancouver*¹⁸ (2007b).

Para a recolha de dados recorreu-se à técnica de *focus group*, definida por Krueger and Casey (2009) como “séries de discussões planeadas cuidadosamente com o intuito de recolher/obter percepções numa determinada área de interesse num ambiente permissivo e não ameaçador” (Krueger & Casey, 2000; p. 5).

Esta técnica pressupõe a reunião de um grupo especial em termos de objectivo, tamanho, composição e procedimentos. O objectivo e características de um *focus group* passam por reunir um grupo de pessoas que possuam certas características e que forneçam dados qualitativos, numa discussão focada num tema que ajude a compreender vários tópicos de interesse (Krueger & Casey, 2009). É uma ferramenta que se destaca por

¹⁸ O objectivo deste documento é guiar pessoas/organizações que pretendam usar a mesma abordagem de investigação para avaliar se as suas comunidades são amigas das pessoas idosas, sendo usado como uma base para identificar áreas de acção (Organização Mundial de Saúde, 2007b; Plouffe & Kalache, 2010) através de procedimentos usados na investigação que deu origem ao Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (Organização Mundial de Saúde, 2007b).

permitir a identificação de problemas e ao mesmo tempo encorajando o aparecimento de ideias divergentes e uma abertura para a partilha de percepções e comportamentos pessoais, dando importância às atitudes e valores dos participantes (Larson, Nancy, & Allen, 2004). O mesmo autor refere que a interacção do grupo pode estimular o aparecimento de ideias que poderiam não aparecer numa abordagem individual.

No momento da recolha de dados, foi utilizado um guião de entrevista disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde no *Protocolo de Vancouver*. Este foi aplicado nas 33 cidades piloto onde o projecto Cidade Amiga das Pessoas Idosas foi implementado, com o propósito de motivar a sua aplicação noutras cidades (Organização Mundial de Saúde, 2007b; Plouffe & Kalache, 2010). Este guião pretende garantir a avaliação dos oito tópicos¹⁹ identificados no *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*, incluindo também uma pergunta aberta e geral que permite começar a responder aos vários tópicos identificados pelo questionário e uma pergunta de conclusão que permite aos participantes acrescentar informações que considerem importantes e que não tenham sido discutidas (Organização Mundial de Saúde, 2009b).

Para aplicação neste estudo, o guião da entrevista foi sujeito a uma tradução linguística e adaptação cultural de acordo com a população alvo, tendo sido verificada *a posteriori* por um painel de peritos²⁰. Numa segunda fase, foi realizado um *focus group* teste com representantes da população alvo²¹, para aferir a correcta tradução e adaptação da terminologia presente no guião, tendo daqui surgido a versão final do guião de entrevista (Anexo I).

As categorias foram definidas *a priori*, dado que as categorias propostas no Protocolo de Vancouver obedecem já a critérios que Patton (2002) defende como apropriados, como homogeneidade interna, assumindo que cada categoria refere-se a uma

¹⁹ Os oito tópicos são: *espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde* (Organização Mundial de Saúde, 2009b).

²⁰ O painel de peritos foi constituído por Joaquim Faias, Nuno Rocha e Paula Portugal, docentes da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto.

²¹ Nomeadamente um farmacêutico, um voluntário e uma comerciante, com 7, 2 e 11 anos de serviço, respectivamente. Estes residiam nas Freguesias de Miragaia e Vitória. Devido à proximidade destas duas freguesias (partilham fronteiras) com as freguesias em estudo e sendo também constituintes do mesmo concelho, considerou-se não haver diferenças significativas na população em termos linguísticos e semânticos, sendo também culturalmente semelhantes.

característica particular, o que também suporta outra característica, a heterogeneidade externa, que refere-se a um elemento não ser susceptível de ser relacionado com dois ou mais aspectos e não ser classificado em mais do que uma categoria. No entanto, atendendo às especificidades de cada população e de cada cidade, manteve-se em aberto a hipótese de incluir alguma categoria que surja como pertinente.

Na sequência da adesão da Câmara Municipal do Porto à Rede Mundial de *Cidades Amigas das Pessoas Idosas*, em 2010, promovida pela Organização Mundial de Saúde, foi estabelecido um protocolo de colaboração entre o Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Liga Portuguesa de Profilaxia Social e a Câmara Municipal do Porto, onde foram definidos como objectivos o desenvolvimento de uma linha base de avaliação diagnóstica que demonstrasse as especificidades do Porto enquanto “Cidade Amiga das Pessoas Idosas” e o desenvolvimento de um plano de acção a três anos baseado nos dados da avaliação final (Fundação Porto Social, 2010).

Assim, a Fundação Porto Social, seguindo orientações da Câmara Municipal do Porto e critérios definidos pelos investigadores envolvidos no estudo, estabeleceu contactos com instituições privilegiadas para a formação dos grupos, sendo a amostragem constituída por conveniência, uma vez que dados os critérios de inclusão e exclusão (abaixo referidos) foram seleccionados participantes aos quais houve maior facilidade de acesso (Green & Thorogood, 2004; Turato, 2005). Foi tido em consideração na composição dos grupos a presença de elementos que prestassem serviços públicos municipais e/ou regionais como desenhador urbanístico, arquitecto, profissional de saúde, assistente social, polícia, motorista de transportes públicos; representantes do comércio tradicional como, farmacêutico, dono de restaurante, cabeleireiros; e de organizações de voluntariado ou religiosas, para que, com a presença de elementos de várias artes, o grupo fosse o mais heterogéneo e representativo possível dos oito tópicos identificados no *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas* (Organização Mundial de Saúde, 2007b). O facto da selecção dos participantes ser realizada tendo em conta as suas características e os objectivos do estudo, facilita uma recolha de informação mais rica e direccionada (Lopes, Filho, Ferreira, Bueno, & Moysés, 2010; Patton, 2002). Contudo, os grupos foram compostos maioritariamente por prestadores de serviços ligados a serviços públicos, como elementos de juntas de freguesia e lares, dado que são instituições privilegiadas no

contacto com a Fundação Porto Social, entidade que reuniu os participantes para a realização dos *focus groups*. Esta maioria poderá ter tido influência na recolha de dados, já que, naturalmente, os participantes referiram experiências muito ligadas com a sua área profissional e local de trabalho. O tempo de serviço médio foi de 17,4 anos sendo que o mínimo foi de 1 ano e o máximo de 45.

Assim, foram formados três grupos para recolha de dados, tendo resultado um *focus group* de cada um. Foi definido como critério de inclusão a prestação de um serviço público ou privado a pessoas idosas, numa das seguintes freguesias: Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Nevogilde ou Ramalde. Como critérios de exclusão, foram assumidos a prestação de serviços nas mesmas freguesias há menos de 1 ano ou não dominar a língua portuguesa. Os elementos participantes no estudo, teriam de prestar serviços na(s) freguesia(s) em estudo há mais de 1 ano, de forma a garantir o conhecimento da situação da freguesia pelos prestadores de serviços do ponto de vista dos idosos, permitindo recolher as suas maiores dificuldades, medos, satisfações e insatisfações.

Segue-se uma caracterização dos participantes de cada grupo, atendendo ao sexo, idade, nível de escolaridade, profissão e tempo de serviço na freguesia :

Tabela I - Caracterização dos participantes (P) quanto ao sexo, idade (anos), nível de escolaridade, profissão e tempo de serviço (anos) e freguesia onde exerce. Dados relativos ao grupo constituído por prestadores de serviços da freguesia de Lordelo do Ouro (G1)

P	Sexo	Idade (anos)	Nível de Escolaridade	Profissão	Tempo de Serviço (anos)
1	Feminino	37	Licenciatura	Socióloga	16
2	Feminino	52	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	26
3	Feminino	42	Licenciatura	Psicóloga	18
4	Feminino	58	Licenciatura	Enfermeira	32
5	Feminino	28	Licenciatura	Educadora Social	5
6	Feminino	69	4ª Classe	Ajudante de Apoio Domiciliário	20

Tabela II - Caracterização dos participantes (P) quanto ao sexo, idade (anos), nível de escolaridade, profissão e tempo de serviço (anos) e freguesia onde exerce. Dados relativos ao grupo constituído por prestadores de serviços das freguesias de Nevogilde e Foz do Douro (G2)

P	Sexo	Idade (anos)	Nível de Escolaridade	Profissão	Tempo de Serviço (anos)
1	Feminino	46	9º ano	Assistente Administrativa	24
2	Feminino	51	Licenciatura	Farmacêutica	18
3	Masculino	79	9º ano	Vice-presidente Organização Não Governamental	35
4	Feminino	38	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	11
5	Masculino	58	9º ano	Secretário	10
6	Feminino	55	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	23

Tabela III - Caracterização dos participantes (P) quanto ao sexo, idade (anos), nível de escolaridade, profissão, tempo de serviço (anos) e freguesia onde exerce. Dados relativos ao grupo constituído por prestadores de serviços das freguesias de Massarelos, Ramalde e Aldoar (G3)

P	Sexo	Idade (anos)	Nível de Escolaridade	Profissão	Tempo de Serviço (anos)
1	Feminino	41	9º ano	Freira	23
2	Feminino	66	9º ano	Freira	45
3	Feminino	38	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	10
4	Feminino	27	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	1
5	Feminino	26	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	1
6	Feminino	31	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	7
7	Feminino	29	Licenciatura	Técnica de Serviço Social	5
8	Masculino	37	Licenciatura	Professor de Educação Física	3
9	Feminino	63	Licenciatura	Presidente Organização Não Governamental	32

As recolhas de dados foram realizadas nas instalações das juntas de freguesia, sendo os locais mais consensuais dada a localização. Considerou-se também o tamanho da sala, já que tinha que acomodar confortavelmente todos os intervenientes, de modo a potencializar os resultados da entrevista (Krueger & Casey, 2009; Levers, 2006).

Os *focus group* tiveram uma duração média de 2 horas e contaram com a presença de um moderador que teve o papel de conduzir a discussão baseando-se num guião de entrevista semi-estruturado, tendo em atenção a formulação de questões o mais abertas possíveis, mantendo o grupo focado e gerando uma discussão activa e produtiva sobre todos os aspectos previamente estabelecidos (Krueger & Casey, 2009; Levers, 2006; Wong, 2008). Como preconiza Ulin, Robinson & Tolley (2005) e Wong (2008), garantiu-se a presença de um moderador assistente, responsável pela organização da sala, bebidas e snacks, gravação áudio da entrevista (Anexo II) e registo das informações não verbais pertinentes para a investigação (como reacções, ironias e acontecimentos paralelos), para tornar a recolha mais rica e correcta, bem como por dar qualquer tipo de suporte ao moderador garantindo o melhor desenrolar da discussão. Tal como recomendado pelo Protocolo de Vancouver, foi disponibilizado aos participantes um lanche durante o *focus group*, tornando o ambiente mais confortável (Organização Mundial de Saúde, 2007b).

Foi fornecida uma lista de questões e tópicos discutidos nos *focus groups* (Anexo III) a cada participante onde constavam as questões abordadas na entrevista, para que cada um pudesse ter oportunidade de reflectir previamente sobre as questões que iriam ser discutidas, tal como está definido pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 2007b).

Previamente à recolha de informação, por razões éticas e para segurança dos investigadores, todos os participantes no *focus group* assinaram um Termo de Consentimento Informado²² (Anexo IV). A informação recolhida e gravada nos *focus groups* foi transcrita para papel, sendo assim constituído o *corpus* do trabalho. Estes dados foram analisados à luz das categorias existentes e de forma a garantir maior credibilidade e qualidade ao estudo, foram revistos por outros investigadores envolvidos em investigações

²² Este documento tem por objectivo informar que a pessoa foi escolhida para integrar o estudo, o que pretende o estudo, o papel do participante durante a entrevista, o facto da entrevista ser alvo de gravação áudio para facilitar a sua transcrição integral sem haver menção de nomes e que as informações pessoais que os participantes poderão descrever, irão ser usadas apenas como caracterização do grupo e nunca de uma forma pessoal, sendo também dada a garantia de total anonimato dos participantes em qualquer circunstância.

paralelas junto da população idosa, prestadores de serviços e cuidadores informais nas restantes freguesias da cidade do Porto.

Os dados recolhidos serão interpretados tendo em conta os pressupostos e indicações descritas no Protocolo de Vancouver (Organização Mundial de Saúde, 2007b).

Com o intuito de enriquecer e validar algumas das informações recolhidas, bem como aprofundar o conhecimento do objecto de estudo, foi realizada uma observação *in loco* às freguesias estudadas, tendo sido registadas várias situações que acabam por suportar os dados obtidos através das entrevistas e que serão descritas na tarefa descritiva.

Capítulo IV - Tarefa descritiva

As freguesias em estudo²³ situam-se na zona ocidental da cidade do Porto, e compreendem aproximadamente 20000 km² dos quase 42000 km² de toda a cidade. Segundo dados de 2001, estas freguesias representam no seu conjunto 99064 habitantes dos 263131 residentes na cidade (Câmara Municipal do Porto, 2009; Junta de Freguesia de Ramalde, 2008a).

De forma a espelhar a variação populacional, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011a) e em comparação com dados de 2001, as freguesias de Foz do Douro, Nevogilde e Aldoar tiveram uma variação negativa no número de habitantes entre 2% e 10%, sendo menor que Massarelos que teve uma variação entre -10% e -20%. Apenas Lordelo do Ouro e Ramalde tiveram pouca variação, entre -2% e 2%.

Em comparação com as restantes freguesias do Porto e segundo dados da Câmara Municipal do Porto (2008), estas freguesias apresentam valores de taxas de actividade²⁴ maiores (Figura 5).

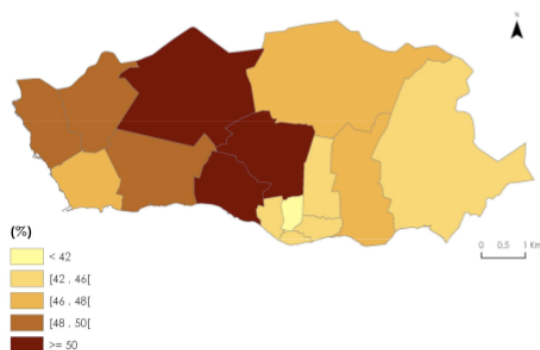


Figura 5 - Taxa de actividade por freguesia em 2001 (Câmara Municipal do Porto, 2008).

Nestas 6 freguesias, a componente habitacional é predominante (Câmara Municipal do Porto, 2009). A visita *in loco* às freguesias permitiu perceber que há uma tendência crescente do número de habitações de luxo e envolventes mais cuidadas à medida que se aproxima do litoral e sul da cidade.

²³ As freguesias alvo de estudo foram as de Ramalde, Massarelos, Lordelo, Aldoar, Nevogilde e Foz do Douro.

²⁴ Taxa de actividade é a taxa que permite definir o peso da população activa sobre o total da população. (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001).

De modo a facilitar a descrição das freguesias em questão, tentou-se abordar freguesia a freguesia e relacionar as freguesias fronteiriças.

Começando pela freguesia de Ramalde, onde as habitações são essencialmente prediais, na sua maioria prédios não recentes, é visível as dificuldades de acessibilidade, sendo que em alguns casos, as escadas de acesso aos andares superiores são no exterior e descobertas. São vários os bairros sociais distribuídos por toda a freguesia, como o Bairro de Campinas, Bairro de Francos, Bairro dos Choupos, Bairro de Ramalde, Bairro do viso, entre outros, alojando na globalidade 3187 pessoas (Junta de Freguesia de Ramalde, 2008a). É inclusive a freguesia com mais bairros camarários (Junta de Freguesia de Ramalde, 2008b).

Encontra-se também habitações privadas, algumas degradadas e outras já antigas e mal conservadas. A existência de ilhas é ainda uma realidade, havendo exemplos em Pedro Hispano, João de Deus, Francos, entre outras. Como já foi referido, à medida que se avança para o litoral e sul, começam a aparecer áreas residenciais de maior qualidade, principalmente na Boavista e na Avenida de Antunes Guimarães (Junta de Freguesia de Ramalde, 2008b).

Algumas das estradas são em calçada, com os passeios num estado de degradação avançado, com várias irregularidades no piso e pouco largos. Para além destes problemas, é recorrente observar-se obstáculos nos passeios, desde postes de electricidade, carros mal estacionados e caixas de terra para árvores. Neste seguimento, foi possível observar cadeiras de rodas electrónicas a circular na estrada, porque apesar de haver passeio, este encontrava-se em más condições, verificando-se também a agravante de haver carros estacionados ao lado dos passeios.

Em contraste, existe uma avenida recente em que abundam estacionamento, bancos, zonas verdes, passeios largos e inclusive uma ciclovia, tendo sido possível observar vários cidadãos, incluindo idosos, a usufruir desta estrutura. Também na zona envolvente ao Estádio do Bessa, junto à Boavista, profundas alterações e melhoramentos foram feitos, sob pretexto do Euro 2004 (Junta de Freguesia de Ramalde, 2008a)

É uma freguesia que tem o privilégio de abarcar três paragens de Metro, sendo também coberta pela linha de autocarros, o que facilita as deslocações da comunidade.

Foi possível observar que a oferta de serviços está tendencialmente localizada em vários pólos centrais. A zona industrial do Porto localiza-se nesta freguesia, sendo constituída por uma enorme área de armazéns das mais variadas áreas comerciais.

Em termos populacionais, Ramalde é a freguesia com menos percentagem de população com idade superior a 65 anos (17%), sendo que a média do concelho do Porto é 19,4%. Com epicentro nos bairros sociais, existem vários problemas de comportamentos anti-sociais e marginalizantes, pobreza, tráfico e consumo de substâncias psicoactivas e exclusão social, reflexo de um estrato alargado de população com baixos níveis de qualificação escolar e profissional (Junta de Freguesia de Ramalde, 2008b).

Segundo a Junta de Freguesia de Ramalde (2008c), existem cerca de seis entidades que dão apoio a idosos, desde centros de convívio, centros de dia e lares, tendo sido possível observar pelo menos um. A junta de Freguesia de Ramalde (2008a), identifica 4 equipamentos de saúde na freguesia²⁵.

Na fronteira entre a freguesia de Aldoar e Ramalde, começam a aparecer alguns restaurantes e negócios particulares, como mercearias, lojas de seguros ou de informática. Torna-se evidente a existência de mais estabelecimentos comerciais, também de maior qualidade e variedade, como bancos, bombas de gasolina e restaurantes variados como marisqueiras. Esta é uma zona próxima da avenida da Boavista, que segundo a Câmara Municipal do Porto (2011), é a maior avenida do País. Segundo o mesmo autor, a avenida está neste momento em fase de requalificação estando a ser construída uma ciclovia, novos espaços verdes, passeios mais largos e estão a ser implementadas medidas para reduzir o estacionamento anárquico.

Nesta zona o fluxo de carros é significativamente maior, bem como o número de transeuntes. É também mais evidente uma maior circulação de pessoas idosas, seja de carro ou a pé nesta zona da cidade (freguesia de Aldoar), principalmente nas perpendiculares à Avenida, onde o aumento do número de habitações é significativo.

A freguesia de Aldoar alberga o maior parque urbano do país, o Parque da Cidade, com cerca de 83 hectares de áreas verdes (Pardal, 2006). É um parque muito frequentado quer por famílias ou turistas que escolhem este ambiente para realizar um piquenique, quer

²⁵ Os 4 equipamentos de saúde identificados pelo autor são a Unidade de Saúde de S. Salvador, o Hospital da Prelada, a Unidade de Saúde do Carvalhido e a Casa de Saúde da Boavista.

por grupos de amigos que pretendem praticar desporto e até atletas de alta-competição que encontram neste espaço condições suficientes para treinar, como instalações sanitárias, passeios largos, espaços desportivos, cafés, zonas de interesse lúdico-didáticas como o pavilhão da água, entre outros.

As freguesias de Nevogilde e Foz do Douro, são muito semelhantes nos serviços e estruturas, sendo difícil de perceber as reais fronteiras entre elas. São essencialmente residenciais, tendo apenas algum pequeno comércio associado, com maior incidência na área da restauração. Segundo a Câmara Municipal do Porto (2008), estas freguesias são as que apresentam o maior peso relativo de empregados com profissão do Grupo 1 e 2 do CNP²⁶, e menor do grupo 9 (Figura 6). Este facto poderá ser o reflexo das melhores condições encontradas, em termos de habitações e outros bens, bem como no aparente nível de vida, apenas acessível a famílias com maior capacidade financeira. É uma zona bem cuidada e limpa e onde o verde das árvores é uma predominância. Maioria dos edifícios aparentam ser recentes, ao contrário das outras freguesias e dos bairros sociais. Têm uma grande avenida paralela ao mar, onde existe uma ciclovia, passeios largos, espaços verdes, zonas de descanso, sanitários públicos e serviços de restauração. É um local muito procurado pela população para passear, principalmente aos fins-de-semana e feriados.

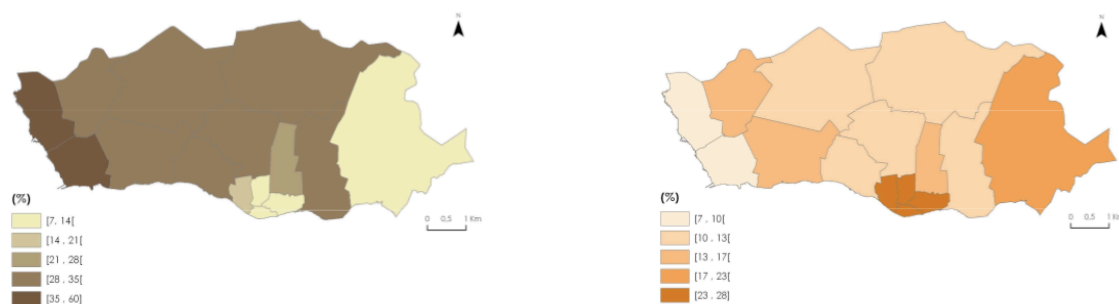


Figura 6 - Peso relativo da população residente empregada com profissão dos Grupos 1 e 2 da CNP à esquerda e do Grupo 9 à direita, em 2001 (Câmara Municipal do Porto, 2008).

Na freguesia de Lordelo do Douro, segundo a Junta de Freguesia (2010), existem 9 bairros sociais, sendo de salientar o Bairro da Pasteleira e o Bairro do Aleixo, este último, epicentro de vários problemas sociais, desde tráfico de droga e exclusão social (L.

²⁶ CNP - Classificação nacional de Profissões. CNP1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas; CNP2 - Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas; CNP9 - Trabalhadores não Qualificados (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001).

Fernandes & Ramos, 2010). Segundo a Câmara Municipal do Porto (2010), está também prevista a sua demolição para construção de uma zona residencial de luxo, tendo também como objectivo resolver os problemas sociais inerentes . Esta freguesia alberga também o Estádio Universitário e o Jardim Botânico, de entrada livre e gerido pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. A Fundação Serralves está também sediada nesta freguesia, com Museus e Jardins abertos ao público. Esta é uma das principais instituições culturais portuguesas e a mais relevante do Norte de Portugal (Marto, 2008).

A freguesia de Massarelos destaca-se por ter poucos habitantes e mas uma forte componente comercial, muito rica em recursos e infra-estruturas, apesar do seu tamanho reduzido. Foi possível observar uma constante alternância entre zonas recuperadas e zonas mais degradadas, coincidindo maioritariamente estas últimas com zonas de habitação. Possui várias infra-estruturas importantes para a cidade, como três faculdades da Universidade do Porto, nomeadamente, de Letras (FLUP), de Arquitectura (FAUP) e de Ciências (FCUP), alberga entre outros jardins, o Palácio de Cristal, jardim de grandes proporções com um pavilhão desportivo, uma biblioteca (Biblioteca Almeida Garret), equipamentos desportivos e uma zona de restauração. Pela sua proximidade com o centro da cidade, e pelas infra-estruturas que possui, o tráfego de pessoas e veículos é significativo. A oferta de estacionamento é maioritariamente por parques subterrâneos pagos, pelo que o estacionamento abusivo é notório.

Na tarefa interpretativa haverá oportunidade de, através dos dados provenientes dos diversos participantes nos *focus groups*, aprofundar esta análise às características da cidade do Porto.

Capítulo V - Tarefa interpretativa

Na análise interpretativa, pretende-se explorar as várias perspectivas dos participantes e compará-las com a evidência actual e com estudos paralelos desenvolvidos na cidade do Porto. Serão também apresentadas várias sugestões de melhoria, de acordo com as sugestões fornecidas pelos prestadores de serviços entrevistados. Pretende-se portanto, perceber onde e como é que a cidade do Porto é amiga das pessoas idosas, tendo como linha orientadora o já referido “*Guia Global das Cidades Amigas da Pessoas Idosas*” da Organização Mundial de Saúde.

Assim, primariamente será apresentado uma opinião global dos participantes acerca da cidade do Porto, para depois se analisar cada um dos oito tópicos individualmente.

Foi sentida alguma dificuldade por parte de alguns dos participantes em responder de uma forma global, sendo clara a tendência e necessidade para especificar as várias realidades e o maior número de variáveis, como se pode perceber pelo discurso das participantes: “*Acho que isso depende de imensas coisas: da pessoa idosa, do sítio onde mora, se tem família, se não tem família. Se tem apoio, se não tem apoio (...) Há idosos que vivem muito bem e outros que vivem muito mal.*” (P3G3, 00:06:22)²⁷, “*Porque nós dentro do Porto temos muitas, muitas disparidades*” (P4G3, 00:07:21).

Contudo, houve participantes que afirmaram que os idosos consideram agradável viver na cidade do Porto, “*(...) têm muito gosto em viver na cidade do Porto, gostam da cidade.*” (P1G1, 00:06:02), apesar das dificuldades que a cidade possa apresentar, seja por parte do ambiente físico ou do social, como testemunham alguns participantes através de afirmações como, “*Muito complicado.*” (P1G2, 00:07:05) e “*Muitas viúvas, muitas senhoras sozinhas.*” (P2G2, 00:09:20).

Foi também evidente o foco dos testemunhos serem relativamente à freguesia que frequentam, sendo essa a população idosa com que o contacto é maior, já que a recolha de

²⁷ Ao longo do texto, as citações directas do discurso dos participantes serão identificadas em relação ao momento exacto em que podem ser ouvidas durante a gravação. Neste sentido, será utilizada a seguinte codificação: (PxGx, hora:minuto:segundo). Px identificará o participante e Gx o grupo a que pertence, sendo que G1 corresponde à Freguesia de Lordelo, G2 às Freguesias de Nevogilde e Foz do Douro e G3 às Freguesias de Aldar, Lordelo do Ouro e Massarelos.

dados foi realizada tendo por base as experiências que os participantes tinham com os idosos (“(...) *falam mais da freguesia aqui do meio que eles conhecem*” (P1G1, 00:06:02).

Curiosamente, segundo os participantes, este grupo etário identifica a Baixa (centro histórico) como a cidade do Porto, dado que antigamente era lá que se centrava a maior parte do comércio. Parecem identificar-se mais com a sua freguesia, já que é o local onde costumam passar a maior parte do tempo, pelo que ir ao Porto (Baixa) é visto como um passeio e de certa forma um sair da rotina, sendo que o conhecimento que parecem ter da cidade não é profunda, o que reflecte a afirmação de P1G1 “(...) *é muito comum entre os idosos, e não só, mas nomeadamente os idosos que quando vão á baixa, dizem: “Eu vou ao Porto” (...) Ainda a semana passada tivemos um passeio turístico ao Porto e nota-se que há espaços da cidade que eles pouco conhecem e pouco frequentaram*” (00:06:02).

Categoria 1 - Espaços exteriores e edifícios

O envelhecimento da população está a aumentar a necessidade de implementação de um *design inclusivo*²⁸ de forma a permitir maior independência. É do interesse geral que a população idosa viva o maior tempo possível em comunidade, pelo que, é fulcral providenciar condições para que possam usufruir dos espaços exteriores com segurança, prazer e de forma autónoma, permitindo realizar as várias actividades do dia-a-dia, usufruir do comércio local ou encontrarem-se com amigos, influenciando assim de forma positiva as capacidades funcionais e cognitivas das pessoas idosas, que ao não acontecer, poderá mesmo limitar de forma séria a sua qualidade de vida (Burton & Mitchell, 2006).

Segundo os mesmo autores, a investigação indica que poder sair à rua tem um valor inestimável para as pessoas idosas e para uma boa qualidade de vida muito contribuem os espaços exteriores considerados sustentáveis, isto é, que promovam a coesão e participação social, permitindo a igualdade de acesso e oportunidade, independentemente da idade e capacidade individual.

²⁸ *Design inclusivo*, que pode também ser designado por *design universal*, refere-se ao design de produtos, serviços e ambientes, que permite um uso da maioria das pessoas, independentemente da idade ou capacidades. Não é um novo estilo de *design*, mas sim uma nova atitude ou abordagem. Este surgiu devido a dois factores, o envelhecimento populacional e o desejo de permitir que pessoas com deficiência participem a todos os níveis da sociedade (Burton & Mitchell, 2006).

Relativamente à informação recolhida nos *focus groups*, de uma forma geral, foi demonstrada alguma preocupação pelas dificuldades de mobilidade que a cidade oferece (“(...) a cidade (...) está muito aquém. (P4G2, 00:15:00)”), seja pela densidade da população em algumas zonas (“A cidade tem muita gente, temos que nos desviar de quem vem em frente a nós, ou ele ou as pessoas desviarem-se de nós” (P3G2, 00:11:10), seja pelas demasiadas barreiras presentes no contexto físico (*peessoas que têm problemas de saúde, problemas de locomoção, a cidade é terrível! nesta questão das acessibilidades (...) a cidade não é muito simpática*” (P4G2, 00:13:37).

Segundo os participantes, a cidade do Porto tem características geográficas muito específicas; (“*Há ali muitas subidas e descidas e às vezes torna-se muito complicado (...) Mas isso, acho que é um problema da cidade toda (...) temos muitas ruas aí estreitas e antigas, muito íngremes, ou a subir ou a descer, ou muito desniveladas, etc. E que não facilitam nada*” (P3G3, 00:06:42; P1G1, 00:39:00)), estradas de calçada, passeios antigos em pedra já com algum estado de degradação (“*Depois alguns estragados, não é? Todos (...) Os arruamentos são péssimos, aquilo é paralelo*” (P1G1, 00:37:25; P4G1, 00:42:50)), assim como a irregularidade dos pavimentos das ruas (“*Ainda tem ruas muito, muito desniveladas (...) porque o chão é irregular (...) e a altura dos passeios*” (P1G1, 00:37:25; P3G1, 00:11:34)). Estas opiniões vão de acordo com dados da Fundação Porto Social (2009), que refere que a cidade do Porto apresenta um perfil topográfico acidentado, dada a sua especificidade geográfica, arquitectónica e características do edificado, oferecendo grandes obstáculos à mobilidade das pessoas idosas.

São também relatadas muitas quedas como consequência destas irregularidades nos passeios, sendo, segundo a Organização Mundial de Saúde (2007c), um factor responsável por 30%-50% das quedas na população idosa, contribuindo para isso a falta de sinalização (“*Se a pessoa for distraída também pode partir uma perna, às vezes nem é o degrau mais alto, é aqueles degraus mais assim baixinhos que a pessoa mete o pé e vai assim de boca... e nesse aspecto acho que a cidade não está assim muito preparada (...)*” (P5G1, 01:17:00)). Também um estudo desenvolvido na cidade de Aveiro, refere o mau estado dos passeios e uma das consequências desta falta de condições nos espaços exteriores, que é o receio em sair à rua (Centeio, et al., 2010), como suporta a Organização Mundial de Saúde (2007c) e Fuller (2000), referindo que uma forma das pessoas idosas lidarem com o medo

das quedas, é adoptarem uma atitude passiva, permanecendo em casa todo o tempo, verificando-se conseqüentemente uma diminuição na sua qualidade de vida e aumentando o risco de queda, pelo não envolvimento em actividades que manteriam a sua auto-estima, confiança, força e equilíbrio:

“Essas zonas têm muitos idosos e arruamentos são péssimos, e as pessoas caem, fracturam, ficam eh... fechadas. Deixam de se poder mobilizar sozinhas. Muitas vezes por causa do piso.” (P3G1, 00:41:49);

“Pois, é verdade! E tenho me apercebido que há muitas pessoas que caem na rua, e se magoam não é!?” (P2G2, 00:09:20);

“Têm um bocado de medo, podem cair a descer as escadas, e então ficam um bocado apreensivas e acabam por, lentamente, deixar de o fazer (...) É como naquela situação: depois, nos últimos anos de vida já não saem, realmente, de casa.” (P3G3, 00:13:37);

“(...) eles saírem de casa e irem até ao autocarro, por exemplo, temos senhoras aqui do Paulo da Gama que para virem à junta, vêm de taxi. Porque, se andarem sozinhas, até pode estar as rampas todas, os acessos todos, mas algumas já têm medo em termos de equilíbrio, outras em termos de visão. Têm receio de cair.” (P1G1, 00:15:13).

Contudo, alguns participantes também reconhecem que tem havido uma tentativa de melhoria (*“nota positiva que alguma coisa se tem tentado fazer (...) já há muita mudança e eu penso que alguma coisa está a mudar”* (P6G2, 00:19:00)), no sentido de criar condições que promovam uma utilização eficaz por quem tenha limitações físicas. Apesar de tudo, foi consensual que *“ainda se pensa muito pouco nas pessoas com incapacidades (...) ainda há muita coisa a fazer.”* (P3G3, 00:58:55). Neste âmbito, foi mencionada também uma *“directiva europeia em termos de acessibilidades para todas as cidades no sentido dessas questões serem ultrapassadas”* (P4G2, 00:15:00), atitude que pode influenciar directamente uma cidade a adoptar características que vão de encontro a uma cidade amiga da pessoa idosa de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009b).

Neste sentido, foi sugerida construção de melhores condições nos passeios e mais manutenção: *“serem o mais planos possíveis, quer dizer, para não haver obstáculos na mobilidade e na caminhada das pessoas.”* (P3G3, 00:58:03).

Outro factor de preocupação revelado pelos participantes é o estacionamento abusivo, que dificulta a circulação das pessoas idosas e coloca a sua segurança em causa. Este problema é também mencionado pela Câmara Municipal do Porto (2007), que reafirma as dificuldades em encontrar lugar disponível para estacionar na cidade do Porto,

dado o rácio entre a oferta e a procura ser quase 1:1²⁹. Houve relatos de atropelo em consequência do estacionamento abusivo:

“(...) os carros estacionados, que não estão devidamente estacionados em cima dos passeios, ou então estão estacionados em sítios onde nem sequer há estacionamento...” (P2G1, 00:37:41), com a agravante de acontecer em “ruas estreitíssimas (...)” (P3G1, 00:41:30);

“(...) porque os condutores deixam muitas vezes os carros estacionados em cima das passadeiras e as pessoas vão atravessar as passadeiras, e muitas são atropeladas (...) por falta de visibilidade.” (P2G2, 00:09:20).

A grande intensidade do tráfego foi manifestada como sendo uma preocupação para as pessoas que se deslocam nas ruas, principalmente em locais onde há necessidade das pessoas se encostarem à parede, devido à *“velocidade a que os carros passam”* (P1G1, 00:41:13), e pelos caminhos serem estreitos e por vezes não contemplarem um passeio para peões. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009b) esta característica assume-se como não amiga das pessoas idosas.

Há relatos de obras de requalificação em algumas zonas, contudo, estas parecem prolongar-se demasiado no tempo. Um estudo desenvolvido em paralelo na cidade do Porto, onde foram recolhidas opiniões a pessoas idosas residentes nesta cidade, apontou para a elevada frequência de obras nas vias públicas com uma duração excessiva, provocando alguns constrangimentos à população, como o isolamento e dificultando o acesso de serviços de saúde (Viana, 2010), como ambulâncias:

“E depois as obras... A rua das Condominhas esteve praticamente um ano em obras. As pessoas estiveram isoladas nas suas casas.”, “Nem uma ambulância passava”, “A rua de Serralves fez obras e não melhorou. Porque agora há cada buraco.” (P3G1, 00:37:48; P1G1, 00:38:28, 00:40:08).

Mesmo assim, constatou-se que existem algumas ruas que não reúnem condições estruturais para circular uma ambulância, o que levanta algumas questões relativamente à garantia da saúde das pessoas (*“Nem uma ambulância passa.”* (P5G1, 00:41:37)).

Relativamente à criminalidade e ao sentimento de segurança, a ideia geral foi de que *“(...) está a piorar.”* (P2G3, 00:57:00), afirmações reforçadas também pela Fundação Porto Social (2009) que afirma um aumento da tendência dos crimes perpetrados contra idosos. Os participantes tenderam a comparar a actualidade com passado, concluindo que hoje em dia *“Sair à noite e isso é impensável.”* (P9G3, 00:54:09), tendo a criminalidade

²⁹ Afluxo automóvel correspondente a 60 hectares para uma resposta de 63 hectares de lugares de estacionamento, numa área cujos limites se aproximam muito à zona interna da Via de Cintura Interna (Câmara Municipal do Porto, 2007).

“(…) *aumentado quarenta por cento em igual período do ano passado.*” (P3G3, 00:54:12). A insegurança foi citada por P3G1 como sendo uma das maiores preocupações (“*Talvez das maiores preocupações é a insegurança.*” (00:08:47)), sendo reforçada por outros participantes que manifestaram que este é mesmo um sério problema: “*É melhor não tocar no assunto!*” (P2G2, 00:49:23). De acordo com a Fundação Porto Social (2009), a segurança consiste numa das preocupações também mais verbalizadas pela população idosa. Segundo dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2011a, 2011b), em 2010, 610 pessoas idosas vítimas de crime recorreram à APAV, das quais 104 junto do Gabinete de Apoio à Vítima do Porto. Como combate à criminalidade e a este sentimento de insegurança, a Fundação Porto Social (2009) refere que o policiamento de proximidade reverte-se de particular importância, já que o contacto da população idosa com estas forças constitui um elemento fundamental para aumentar o sentimento de segurança, que quando em defeito, implica consequências no estilo de vida das pessoas idosas, já que, segundo P4G1, “(…) *vivem muito dessa insegurança, o sair de casa, o ter contactos com outras pessoas. Têm medo...*” (00:09:09). A Fundação Porto Social e James (2009; 1992) reforçam estas afirmações, acrescentando que para além do medo inerente a ser uma vítima de crime restringir o estilo de vida da pessoa idosa, tem também um impacto negativo na saúde pessoal e aumenta o isolamento social.

Foram descritos vários assaltos violentos a pessoas idosas ao longo das entrevistas:

“(…) *há muitos assaltos a pessoas idosas, por puxão, crash, houve uma altura em que andavam indivíduos assim de moto desligada e puxavam as carteiras.*” (P2G2, 00:49:30);

“*Já tivemos imensos idosos que foram assaltados na igreja (...) sem segurança nenhuma. Já temos pessoas que foram assaltadas e roubaram caixas... Temos idosos que caíram no conto do vigário. “Ah então não me conhece? Sou o seu sobrinho! Então diga lá...” - “Ah, só se fores o filho da Mariquinhas” - “Ah é mesmo isso”. E ficam sem o ouro todo, sem dinheiro, sem nada. Idosos que foram empurrados para um canto e que lhes levaram tudo. (...) Levou um murro na cara, partiram-lhe os dentes e levaram-lhe meia dúzia de euros que a senhora tinha na carteira.*” (P4G3, 00:55:13; 00:56:03);

“*Tenho um idoso que entraram-lhe em casa, destruíram-lhe a cozinha, foram acima e roubaram o computador do filho, desceram e ela só deu conta passado não sei quanto tempo depois...*” (P2G3, 00:56:49);

Um dos factores levantados pelos participantes que parece fazer aumentar a insegurança e o crime é a toxicodependência. Segundo dados do Instituto da Droga e da Toxicodependência (2008), foram identificados territórios de intervenção prioritária na cidade do Porto, dos quais fazem parte as freguesias de Massarelos, Aldoar, Lordelo do Ouro e Ramalde. Pelos participantes, foram referidos o Bairro da Pasteleira e do Pinheiro

Torto, como bairros onde este problema parece ser evidente. No entanto, nos bairros, parece verificar-se uma espécie de protecção social e respeito pelos moradores do próprio bairro, já que *“eles (toxicodependentes) respeitam muito e não se metem com os idosos porque, entretanto, também já os vão conhecendo e assim.”* (P1G1, 00:50:37).

Apesar deste quadro, foi referido um esforço por parte das forças de segurança em garantir a segurança dos espaços e das pessoas, através do Programa Integrado de Policiamento de Proximidade (PIPP), conferindo um maior enfoque na componente de proximidade/prevenção da criminalidade (*“Tem havido algum esforço, porque a polícia agora (...) tem uma equipa que é a ‘polícia próxima’, que faz inclusivamente a ronda, vão à padaria, vão à farmácia, vão a uma série de sítios”* (P2G2, 00:49:30)). Este programa consiste em Equipas de Proximidade e Apoio à Vítima (EPAV), que são responsáveis pela segurança e policiamento de proximidade, de acordo com o diagnóstico de segurança efectuado em cada Comando Local, efectuando serviços como prevenção e vigilância em áreas comerciais, vigilância em áreas residenciais maioritariamente habitadas por cidadãos idosos, apoio às vítimas de crime e acompanhamento pós-vitimação e identificação de problemas que possam interferir na situação de segurança dos cidadãos (Polícia de Segurança Pública, 2012). Contudo foi reconhecido pelos participantes que o próprio estado português não facilita a actuação das forças de segurança através de cortes e restrições que impõe, nomeadamente, *“(...) podiam fazer muito menos cortes na segurança. No outro dia estavam a dizer que os polícias que andam a fazer as rondas já não podem gastar gasolina (...) Não podem tirar fotocópias a cores, não podem tirar não sei quê... Havia sítios que até faltava o papel higiénico (...)”* (P3G3, 00:54:26; 00:54:54)

Passando para os espaços verdes, ao longo da recolha de dados surgiram diversos exemplos de parques na cidade do Porto, sendo comum a opinião da existência de espaços verdes suficientes na cidade, contudo, os participantes centraram-se em criticar decisões que consideram ter tido uma influência negativa para a cidade/sociedade, expondo exemplos como a transformação da Avenida dos Aliados, que segundo os participantes, era um local com uma grande afluência de pessoas idosas e após as alterações estruturais realizadas, o espaço perdeu a dinâmica que tinha:

“Porque eram os idosos que iam logo pela manhã para os Aliados, fazer aquilo que tinham para fazer, porque havia nos Aliados – agora já não se vê muito – aquelas coisas em que se fazia bacalhau e não sei quê... Pronto, coisas específicas, que eles haviam-se

habituação a ir lá fazer e a jogar no Totoloto numa casa da sorte... Pronto, coisas mecânicas, digamos assim.” (P7G3, 00:31:42);

“Até nos Aliados, por exemplo, fizeram uma grandíssima asneira em frente à Câmara do Porto. As pessoas, habitualmente, estavam lá a descansar (...) Espaços verdes, não existem. É cimento, betão, cimento, betão... E, realmente, aí, que era um sítio que eu me lembro de passar e ver pessoas sentadas no banco de jardim...” (P7G3, 00:50:55, 00:51:09).

Alguns participantes estabeleceram comparações com os largos e espaços verdes de Matosinhos, afirmando que nesta cidade estes espaços estão sempre repletos de idosos a conviver, ao contrário do Porto, indicando que são poucos os espaços verdes com condições para as pessoas se reunirem, citando exemplos como “(...) *na Praça da República (...) os jardins perto das residenciais da Serra de Água, do Marquês (...) Há poucas e as pessoas estão ali... Agora, já não são muitos assim quanto isso.*” (P3G3, 00:53:25).

Como razões para esta mencionada falta de condições, foi indicada a inexistência de bancos para quem precisar de descansar (“*E nós, no Porto, infelizmente não temos nada (...) Nós corremos aqui o bairro das Campinas (...) Estou a falar de uma área que é de cem hectares (...) Não vejo nenhum banco para eles se sentarem.*” (P8G3, 00:52:15)), as condições do piso, que limitam a mobilidade das pessoas que têm dificuldades em se movimentar (“(...) *os arruamentos são todos em paralelo (...) porque muitos deles andam de muletas, não é? E, se cai a muleta, eles caem também. Isso é certo, não é? (...) acabam por, depois, não querer ir (...) acho que não os utilizam precisamente por causa disso.*” (P8G3, 00:30:00)). É provável que para além destas razões, o sentimento de insegurança, as dificuldades económicas para pagar o transporte e outras barreiras físicas temporárias que foram observadas durante a recolha de informação *in loco* da cidade e também mencionadas por outros investigadores que recolheram dados no terreno (Pereira, et al., 2010b; Vaz, 2010), possam de igual forma contribuir para este facto.

Outro espaço verde bastante discutido, pelas suas proporções e condições em termos de infra-estruturas para acolher um número significativo de pessoas, foi o Parque da Cidade. Contudo, segundo os participantes, este não foi devidamente pensado para aqueles que têm maiores dificuldades de mobilidade, que encontram logo uma grande barreira quando chegam ao local, o piso, assim como a pouca disponibilidade de casas de banho e outras estruturas de apoio: “*Porque é assim, a carrinha vai até à entrada (...) Cadeiras de rodas naquele chão de areia fica lá atolada... fora de questão (...) Qualquer*

sítio que se queira ir até à casa de banho... para uma pessoa idosa... é impensável. Os idosos não conseguem usufruir daquele ambiente (...) A partir do momento em que o idoso entra no Parque da Cidade, tem que ser um jovem (...) Seria bom que houvesse um carrinho tipo de golfe ou dos jardineiros que conseguisse levar quatro ou cinco” (P5G1, 00:43:13; 01:03:45; 01:04:13).

Também noutros espaços públicos exteriores, as insuficientes casas de banho disponíveis são um problema revelado pelos entrevistados, sendo apenas identificadas algumas pelos participantes das freguesias que se situam a sudoeste do Porto. Burton & Mitchell (2006) referem que a existência e acessibilidade de casas de banho públicas desempenham um papel importante na autonomia, permitindo que as pessoas idosas passem mais tempo fora de casa, sabendo dos vários benefícios que isso acarreta. Foi também revelado que o facto destas não existirem influencia directamente o funcionamento de algumas instituições, já que a escolha dos locais onde realizam as actividades tem de ter uma série de recursos que satisfaça as necessidades desta população: “(...) nós não planeamos qualquer atividade porque a questão que se coloca são sempre as casas de banho. O acesso às casas de banho, que distância estão as casas de banho do local onde as pessoas estão (...)” (P3G1, 00:48:35). No interior de edifícios foi unânime a existência de casas de banho em número suficientes e adaptadas a esta população, como nos centros comerciais, bombas de gasolina e auto-estradas. Burton e Mitchel (2006), referem igualmente que são os edifícios maiores e mais recentes, como os centros comerciais, que oferecem maiores condições de acessibilidade e são preferidos por parte de alguns idosos, que preterem o comércio local, onde estas condições são mais difíceis de encontrar, tendo também sido referido pelos participantes que os cafés e os restaurantes são os locais que possuem menos condições.

Em relação a áreas de descanso e bancos, as respostas foram similares, concordando que existem alguns, mas talvez não o suficiente. Foi referida a zona da foz e sul da cidade do Porto, como tendo muitos sítios para descansar, inclusivamente esplanadas. Foi criticada a falta de sombras nestas áreas de descanso, que não vai de encontro às recomendações de Burton e Mitchell (2006). Uma das causas identificadas pelos participantes para não haver mais bancos pela cidade, são as condições estruturais do ambiente físico, que pelo pouco tamanho dos passeios não permitem mais nenhuma

construção: (*“Os passeios quase que não chegam para as pessoas andarem.”* (P3G3, 00:50:50)). A Fundação Serralves também foi referenciada como tendo poucas zonas de descanso, não possuindo assim estas características definidas como amigas da pessoa idosa (Organização Mundial de Saúde, 2007a).

Outro aspecto importante referido durante a recolha de dados foi a iluminação durante a noite. Esta é deveras importante dado que garante um maior sentimento de segurança relativamente ao crime, mas também ao espaço físico, podendo evitar quedas, já que a população idosa, segundo Campbell (2005), precisa de três a cinco vezes mais luz para atingir o mesmo nível de acuidade visual do que uma pessoa com 20 anos (Burton & Mitchell, 2006). Não foram realizadas críticas neste aspecto, sendo que as opiniões foram globalmente satisfatórias, contudo, esta opinião não coincide com opiniões recolhidas noutros estudos paralelos a esta investigação (Coelho, 2010; Leão, 2011; Melo, 2011; Pereira, et al., 2010b; Salgado, 2011; Vaz, 2010; Viana, 2010).

Foi também referenciada a necessidade de uma melhor sinalização nas rampas e bermas de forma a evitar quedas, assim como na sinalização vertical: (*“(…) relativamente à sinalização das passadeiras, é que o sinal é azul, com a imagem em preto, aquele sinal devia ser intermitente na maioria dos sítios.”* (P2G2, 01:19:20). Contudo, foi unânime que a sinalização (*“(…) melhorou muito nos últimos anos.”* (P2G2, 01:21:15), também com a introdução de sinais *“sonoros”* (P6G2, 01:19:40).

No que concerne aos edifícios, ao contrário de Burton & Mitchell (2006) os participantes afirmaram que os centros comerciais são um espaço que os idosos evitam (*“estão quase postos de parte”* (P1G1, 01:01:37)), apesar de terem bancos e estarem bem providenciados de casas de banho tal como já foi referido pelos mesmo autores, contudo foi referido que nestes as pessoas idosas encontram uma barreira, que são as *“escadas rolantes”* (P1G1, 01:01:34), e embora hajam elevadores, a distância que costumam estar uns dos outros e a confusão que isso gera não facilita o uso. Outro factor poderá ser a quantidade de estímulos a que estão sujeitos e a quantidade de pessoas que circulam, já que, como testemunha P5G1, *“Do elevador até ao corredor central onde está o pinheiro de Natal e tudo o mais, aquilo é um desafio. Não só pela dimensão, mas... lá está pela forma como eles têm que se movimentar lá dentro... Lá está, têm que ser jovens. Porque se forem idosos...”* (01:02:07). Assim, parecem de facto (*“(…) preferir o comércio local do que se*

deslocarem para as grandes superfícies” (P2G1, 01:01:20), opiniões que não vão de encontro aos dados supracitados por Burton e Mitchell, quando se discutia a existência de casas de banho adequadas.

No que diz respeito aos edifícios públicos, foram apontadas falhas importantes como o acesso a edifícios como as juntas de freguesia, a loja do cidadão e serviços básicos de saúde, tendo sido relatados casos de, por exemplo, consultas realizadas no exterior de um edifício de saúde:

“Nós, no serviço do psiquiatria, não se consegue (...) Temos que fazer a consulta na carrinha.” (P7G3, 00:49:36);

“Então a médica tem que ir lá fora, para fazer a consulta cá fora porque não conseguimos... Quer dizer, não conseguimos... Não tem acesso.” (P3G3, 00:49:46)

Foi sugerida ser dada uma maior atenção aos edifícios mais antigos, já que, segundo os participantes, comparativamente, os mais recentes são já de certa forma pensados para populações com dificuldades de mobilidade.

Categoria 2 - Transportes

A bibliografia sobre a importância da mobilidade na sociedade nas pessoas idosas, parece afirmar que esta assume um papel crucial na saúde e bem-estar (Foreman, Tucker, Flynn, & West, 2003).

Kerschner e Hardin (2006) referem que o meio de transporte preferido pelos idosos é o transporte privado, pelas condições/opções de mobilidade que este oferece, até ao momento em que deixam de ter condições para utilizá-lo, adoptando os transportes públicos como a solução mais fácil. Segundo os mesmos autores, para as pessoas idosas, estes assumem uma importância não apenas como um meio de transporte para se deslocar até um destino, mas também um importante papel nas oportunidades de socialização, dado que proporcionam a oportunidade de contactar com outras pessoas e de se deslocarem na sociedade.

Assim, segundo os participantes, o meio de transporte mais utilizado pela população idosa é *“(...) o autocarro”* (P2G1, 00:11:12). Segundo P9G3, *“O autocarro ainda está ao alcance... O metro é muito complicado.”* (00:38:02). Já o eléctrico, é considerado um meio de transporte turístico, pela sua antiguidade e por esta mesma razão não está adaptado a pessoas com mobilidade reduzida (*“O eléctrico está fora de questão para a maior parte da*

população idosa (...) é, eles não conseguem subir.” (P2G2, 00:44:45; 00:44:50). O comboio, provavelmente pela razão de não oferecer circulação dentro da cidade do Porto, não foi referido pelos participantes.

Centrando-nos no autocarro, visto parecer ser o meio de transporte privilegiado por esta faixa etária, segundo a Insurance Institute for Highway Safety (2001), uma melhoria nas alternativas de transporte pode permitir que as pessoas idosas mantenham a sua mobilidade por mais tempo. Assim, a maioria das opiniões revelaram uma tendência para considerar que a cobertura dos autocarros não era a melhor, havendo muitas zonas onde o autocarro não chega, inclusivamente centros de saúde (*“Não há nenhum transporte para aquela zona, para ir para os centros de saúde.”*) (P2G3, 01:03:56)). A frequência de passagem foi criticada como sendo muito baixa, sendo que aos fins-de-semana a situação parece piorar, opiniões coincidentes com estudos paralelos realizados por Coelho (2010), Leão (2011) e Melo (2011). Segundo os participantes, a solução adoptada pelas pessoas idosas para todas estas contrariedades é apanhar mais do que um autocarro para chegar ao local pretendido, que vai de encontro com a opinião de alguns prestadores de cuidados informais a idosos residentes na Cidade do Porto (Pinto, 2011).

Foi referido que algumas paragens têm bancos, protecções contra as condições meteorológicas e alguma iluminação, contudo não pareceu ser uma situação que fosse extensível a toda a rede:

“Mais ou menos acho que vão tendo (condições) (...) Ai não tem. Lá ao pé da farmácia também não tem resguardo (...) As pessoas resguardam-se na entrada do prédio (...)” (P2G2, 00:48:10; 00:48:41);

“Não tem nenhum lugar para as pessoas se sentarem.” (P1G2, 00:48:37).

Durante os *focus groups* aludiu-se ao estado de algumas paragens de autocarro, onde algumas têm buracos e outras estão *“completamente danificadas”* (P7G3, 00:41:54), características que não vão de encontro às definidas pela Organização Mundial de Saúde (2009b). Há também autores que referem a importância das paragens serem abrigadas das condições meteorológicas, terem bancos acessíveis e confortáveis, sugerindo também que a paragem seja transparente, para que as pessoas idosas possam se sentir mais seguras ao observarem o que se passa à sua volta e poderem perceber quando o transporte se aproxima (Burton & Mitchell, 2006). O desnível entre o passeio e o autocarro foi algo também referido pelos participantes, que pode impossibilitar o uso do transporte ou originar uma

queda, que segundo Campbell (2005) pode levar a pessoa a perder confiança e decidir não voltar a usar novamente o transporte público, restringindo as suas actividades diárias e tornando-se conseqüentemente mais isolada.

No entanto, os participantes assumiram que tem havido uma evolução e atenção positiva nos transportes, já que, como refere P1G1, “*Estão mais adaptados agora.*” (00:14:44), sendo também referido que existem alguns autocarros preparados para estas situações, tendo uma rampa que faz uma ponte entre o autocarro e o passeio, facilitando assim a entrada a pessoas de mobilidade reduzida. Contudo, esta situação pode sempre ser facilitada pelos motoristas, se respeitarem os locais de paragem do autocarro, como é descrito por P2G1, “*Eu acho muito mal é eles não pararem nos sítios que fizeram nas paragens... Aquele passeio para ficar ao nível da saída. E a maior parte pára à distância (...) E as pessoas, com carros, têm que descer mesmo à rua para depois subir*” (00:16:42).

Um problema mencionado pelos participantes que dificulta este ponto é o estacionamento abusivo, que impossibilita que o autocarro se aproxime da paragem. Outra questão mencionada foi a condução agressiva de alguns motoristas, que fazem “*travadelas bruscas*” (P4G1, 00:09:09). Foi salientada também a questão de alguns motoristas não darem tempo “*às pessoas para se sentar*” (P3G1, 00:16:01) e da falta de tempo que os utilizadores dos transportes têm para sair, obrigando-os a terem “*que se levantar enquanto o autocarro está em andamento quando querem sair, porque se estão à espera que o autocarro pare para saírem do autocarro, quando chegam á porta, o autocarro voltou a arrancar.*” (P5G1, 00:16:27). Todas estas situações podem colocar em risco a integridade física das pessoas idosas, porque são propícias a originar quedas. O risco de queda aumenta à medida que envelhecemos e são a principal causa de disfunção e incapacidade nos mais velhos. Apesar das quedas serem vistas muitas vezes apenas como um risco de fracturas, estas podem ter conseqüências irreversíveis na saúde, a nível social e psicológico, e profundos efeitos económicos na sociedade (Al-Aama, 2011; Campbell, 2005).

Apesar das queixas, também houve quem reconhecesse a simpatia, atitudes e bom senso de outros motoristas e de uma empresa de transportes:

“(…) inclusivamente aqui na Foz houve uma situação de um senhor que está numa cadeira de rodas e conseguiu-se com os STCP que um autocarro passe aquela hora para que o senhor possa ir no autocarro.” (P6G2, 00:19:00);

“(…) devem ser sempre os mesmos motoristas mais ou menos, que fazem aquela carreira, então o senhor sai do autocarro e cumprimenta as pessoas que devem se ver quase todos os dias não é?” (P2G2, 00:19: 56).

A partir dos 50 anos é normal que haja um declínio na visão, nomeadamente na sensibilidade ao contraste, ao brilho, na adaptação às variações de luz, e na percepção de profundidade (Campbell, 2005). Deste modo, foi criticado o tamanho da letra utilizado em algumas informações das empresas de transporte, como os horários: *“O tamanho da letra é pequenininha, as pessoas com dificuldade de ver... até eu!” (P1G2, 00:41:12)*, as indicações dos percursos, assim como outras informações: *“Os idosos estão sempre a perguntar: “Para ir para aqui, como é que agente vai?” Não há... A sinalética não está direccionada, não está num tamanho que se possa ver. É tudo muito pequenino...” (P9G3, 00:38:18).*

Foi também relatada uma alteração recente na maioria dos números dos autocarros, que terá criado alguma confusão em alguns utilizadores da rede de autocarros, principalmente nos mais idosos e em pessoas analfabetas: *“as pessoas sabiam que aquela linha, aquele número, tinha um desenho, que não sabiam o que aquilo era, mas era o autocarro que eles queriam, que ia para aquele sítio que eles queriam.” (P1G2, 00:42:40).*

Foram feitas várias sugestões de melhoria relativamente aos transportes públicos, como expandir a mais paragens a implementação de sistemas que informam o tempo restante para chegar o próximo autocarro, a criação de circuitos próprios para idosos evitando assim autocarros superlotados, com novas rotas que permitissem às pessoas idosas irem até lugares diferentes, dentro do Porto, já que, como referido por vários participantes, esta população usa o autocarro não apenas para se deslocar mas também para ter mais oportunidades de socialização. Também foi considerada a hipótese de criar em alguns horários, uma parte do autocarro destinada exclusivamente às pessoas idosas. Outra sugestão foi a criação de um passe mais barato que o passe social, mas que só poderia ser usado fora das horas de ponta, com o intuito de motivar os idosos a utilizar os transportes num horário em que a afluência é menor.

Relativamente ao uso do metro por parte dos idosos, foi consensual a dificuldade que esta população sente neste tipo de transporte, desde ao carregamento da viagem, orientação dentro da estação e uso do metro:

“(...) o Metro é das maiores complicações que alguma vez foi introduzido!” (P5G2, 00:41:45);

“Eu andei uma vez de Metro, uma! Meteu-me uma série, uma tal confusão que eu agora não ando mais!” (P3G2, 00:46:00);

“Porque apesar de tudo, não é fácil (...) o carregar o cartão (...) tem um elevador até um patamar, depois (...) já tenho que ir a pé apanhar o elevador a outro sítio porque aquele elevador já não vai até a rua” (P5G1, 00:21:13);

“Quando a pessoa muda de linha, tem que digitar outra vez o andante, não tem informação nenhuma e às vezes é difícil comprar os bilhetes nas máquinas (...) esse sistema devia ser um pouco mais fácil.” (P2G2, 00:47:30);

“(...) não tem o tipo de informação veiculada. Não é fácil o acesso para as pessoas de idade” (P3G1, 00:11:29);

“O timing de entrada (...) É muito rápido, tem que se esperar que saia para entrar e por vezes já não entram naquele.” (P2G1, 00:10:57).

Contudo, como aspectos positivos, os participantes consideraram que o metro é o único meio de transporte adaptado a pessoas com mobilidade reduzida e que, sabendo utilizá-lo, torna-se muito prático.

Outro aspecto positivo é a uniformização dos documentos que dão acesso aos vários tipos de transporte num documento único (cartão recarregável), que simplifica o sistema de compra dos títulos e o seu uso. Por outro lado, os preços são considerados caros, sendo identificado pelos participantes como a principal causa para algumas pessoas idosas não se deslocarem em transportes públicos.

“Eles não saem muitas vezes, não é pela mobilidade, é porque (...) não têm dinheiro (...) Acaba por ser por motivos financeiros.” (P8G3, 00:43:54);

As pessoas têm que fazer contas para ver se podem, ou não, tirar o passe.” (P3G3, 00:39:30)

Foi referida a existência de um passe social (com um custo menor para maiores de 65), mas considerado com um custo ainda elevado. Assim, com o objectivo de promover a mobilidade das pessoas idosas na cidade e para deslocações com fins de saúde, sugeriu-se a existência de senhas mais baratas para uso nos táxis.

A condução oferece uma importante opção de mobilidade para muitas pessoas idosas e o deixar de conduzir é facilmente associado a um conseqüente aumento dos

sintomas depressivos e à diminuição da mobilidade na comunidade e das actividades realizadas fora de casa (Whelan, Langford, Oxley, Koppel, & Charlton, 2006). Neste âmbito, admitiu-se uma melhoria nos últimos anos, apesar da diversidade das opiniões quanto à facilidade em conduzir na cidade do Porto. As maiores dificuldades que uma pessoa idosa encontra nas ruas do Porto, são encontrar um parque para estacionar que tenha custos acessíveis (*“É preciso é arranjar um segundo trabalho, para deixar lá o carro”* (P3G3, 00:47:06)), havendo reconhecimento de um maior número de parques públicos. A confusão do tráfego, a falta de civismo das pessoas (*“Ir para a Baixa de carro, preferem ir de transportes ou meterem-se num táxi! (...) Porque no pára-arranca, estarem ali não sei quantas, as pessoas a buzinar, as pessoas a meterem-se no meio, há muita gente que prefere ir de transportes”* (P1G1, 01:01:00)), e uma constante alteração dos sentidos das ruas (*“(…) alteram circuitos de circulação automóvel. Isso é tremendo. Depois uma pessoa de idade... já por si está mais receosa, não é? Ou poderá estar... Entretanto, entrou numa rua com sinal proibido que não devia. E agora, para onde é que se vai?”* (P3G1, 00:18:41)). Para combater estes pontos fracos, foi sugerida a criação de mais parques numa zona externa ao centro, para que as pessoas possam lá deixar os seus carros e fazer o resto do percurso em transportes públicos, poupando algum dinheiro, diminuindo o trânsito no centro da cidade e reduzindo o impacto ambiental.

A renovação da carta a partir de certa idade foi criticada pela forma como é realizada, já que qualquer pessoa pode obter um exame médico sem que o médico faça uma avaliação conveniente, podendo estar a colocar a si próprio e aos outros em perigo. Foi sugerido pelos participantes a realização de um pequeno exame de condução a custos reduzidos. Segundo Whelan, et al., (2006), avaliações realizadas a programas de melhoria de competências e educação na condução para pessoas idosas, têm demonstrado que são limitados e pouco variados no conteúdo, pelo que destaca-se de entre as várias directrizes destes autores para estes programas, a necessidade de especificar o conteúdo do programa às diferentes localidades, diferentes grupos de pessoas idosas e ter em conta o sexo e a idade dos beneficiários dos cursos.

Categoria 3 - Habitação

Segundo a Europeans Social Housing Observatory (2008), à medida que as pessoas vão ficando mais frágeis e com maiores incapacidades, é importante que tenham casas adaptadas às suas necessidades para que possam ter uma boa qualidade de vida. Burton e Mitchell (2006) indicam que é do interesse de todos que as pessoas idosas possam viver em suas casas, e permanecer independentes o maior tempo possível, porque é o que as pessoas idosas querem e porque reduz as despesas públicas e a afluência aos lares de idosos. Contudo, foram referidos vários problemas de segurança e sanidade básica em algumas habitações, informações que não vão de encontro às características amigas de uma cidade amiga das pessoas idosas (Organização Mundial de Saúde, 2009b). Através do que foi possível perceber das opiniões dos participantes, parece existirem várias realidades dentro da cidade, sendo que aqueles que têm maiores capacidades financeiras vão conseguindo ter respostas para as suas necessidades, ao passo que os mais frágeis economicamente debatem-se dificuldades a vários níveis. Segundo os mesmos, parece que estes problemas são mais evidentes nas ilhas³⁰, onde vivem várias famílias, maioritariamente com elementos idosos:

“Até porque quem morava nas ilhas há cinquenta anos atrás, hoje em dia é idoso, não é?” (P4G1, 01:00:21);

“Nós ainda temos aqui uma zona de ilhas. E a questão das casas nas ilhas são terríveis... Porque são casas com imensa humidade, casas sem exteriores, os acessos são terríveis.” (P2G3, 00:59:59);

“E há muitos casos aqui nesta freguesia, não é? De ilhas e de casas com muito más condições...” (P3G1, 01:37:32);

“(...) de noite precisava de me deslocar à casa de banho, tenho que me deslocar cerca de 10 ou 12 metros (no exterior) (...) Uma sanita só para todos (...) aquela, por acaso, é só minha agora, porque entretanto saíram alguns e eu apoderei-me daquela, não é? (...) E infelizmente toxicod dependentes e tudo lá dentro, que nós temos que ir à mesma sanita. E se chover, a chuva cai-me na cabeça. (...) com setenta anos não teria eu direito a uma casa de banho? Que nunca tive (...) num sítio mau, que aquilo é uma ilha que nem portão com chave tem, nem nada (...) E outra coisa ainda mais grave, é que saíram algumas pessoas, ficaram as casas vazias e agora não se aguenta com ratos e mais não sei quê... E até cobras já lá se viram.” (P6G1, 01:33:09);

“Porque há muitos idosos com quem nós contactamos que têm casas velhinhas e degradadas.” (P5G1, 01:37:41);

“São casas com infiltrações e assim umas coisas, não é? As fossas... Muitas casas com aquele soalho antigo (...) As ligações eléctricas que estão abertas (...) há riscos de curto-circuito (...)” (P3G3, 01:02:39; P4G3, 01:02:56);

³⁰ Seixas (1997, p. 107) define ilhas como “uma unidade urbanística de construção espontânea, não se identificando com nenhum tipo anterior de construção urbana ou rural”. Matos (2009) descreve as ilhas como um pátio ou rua cercada por pequenas casas térreas que podem apresentar desenhos bastante diversos.

“Hoje em dia para pôr uma cadeira de rodas não dá, por uma cama articulada não dá. Só se for a entalar as paredes. A casa de banho é do lado de fora (...)” (P4G1, 01:00:21).

Segundo os participantes, a resposta da Câmara a estas situações passa pela transição para habitações sociais, contudo ficou claro, que é um processo muito complicado, e que são poucas as habitações disponíveis e conseqüentemente poucos os casos que conseguem, atendendo às necessidades.

“Não há alternativas, neste momento a habitação social também está muito limitada (...) nós temos uma senhora de cadeira de rodas, sem pernas, cega, com casa aqui em cima e que nem tem paredes porque o vento levou tudo... E mesmo assim, não se conseguiu habitação social (...)” (P4G1, 00:59:59);

“Não há. Não há casas para entregar... Não há.” (P3G3, 01:08:29).

Segundo o que foi possível apurar, é dada prioridade a pessoas com mobilidade reduzida a ficar no rés do chão e nos primeiros andares das habitações sociais, sendo esta uma medida que vai de encontro às características de uma cidade amiga da pessoa idosa (Organização Mundial de Saúde, 2009b), visto facilitar o acesso à rua. Contudo, muitos não têm alternativa e ficam nos restantes andares, tendo sido frequentes os relatos de pessoas isoladas, como refere P3G1, que diz haver *“muitos idosos isolados no terceiro andar e no segundo andar, e não vão de lá sair...”* (01:41:21). Neste sentido, apenas foi relatado a existência de um bairro social que possui prédios equipados com elevadores, o que parece ser insuficiente. Contudo, houve relatos de obras realizadas para facilitar os acessos às habitações de pessoas com dificuldades na mobilidade, como rampas ou alterações nas portas de entrada. Nesta questão, uma investigação realizada pela European Social Housing Observatory (2008), concluiu que ao contrário dos países do Norte e Oeste da Europa, os países do Sul estão muito atrasados nas adaptações dos acessos das moradias de pessoas idosas. P2G2 reforça estes dados, afirmando que *“as casas normalmente não são feitas a pensar nas pessoas idosas, são feitas a pensar em pessoas que estão na idade activa.”* (01:08:15).

Um razão apresentada pelos participantes para justificar a falta de obras nas habitações foram os baixos valores das rendas pagas pelos inquilinos mais idosos por estarem há dezenas de anos na mesma casa, e que não permitem/compensam que os senhorios façam obras de recuperação ou outros investimentos nas habitações.

Alguns autores acreditam que deve ser permitido às pessoas idosas viver o maior tempo possível em suas próprias casas para evitar que percam as suas ligações ao ambiente

físico e social (European Social Housing Observatory, 2008). Gibson (1998) reforça esta ideia afirmando que as pessoas idosas preferem permanecer em suas casas a mudar de casa. Segundo a Fundação Porto Social (2009), a mudança de casa para um lar de terceira idade é visto como uma ameaça. Assim, o autor assume a pertinência de desenvolver sistemas de sinalização de situações de vulnerabilidade e isolamento social através de práticas de proximidade sócio-comunitária. As opiniões dos participantes vão de encontro às destes autores:

“A pessoa por qualquer razão enfiou-se naquele buraco e depois não quer sair dali! Ganhou, ganhou alguma amizade aquilo e tal e não sai! (...) Tornam-se amigos, são mais que família! (relação com a vizinhança)” P3G2, 01:03:15; 01:07:25);

“(...) cada um vive no seu cantinho! Pronto e as pessoas estão habituadas a viver ali, também não me parece que tivessem muita vontade de sair do sítio onde estão, apesar de se calhar noutra sítio qualquer terem mais conforto! (...) Porque criaram raízes, porque estão à porta de casa e falam pró vizinho do lado e da frente” (P2G2, 01:05:40).

A vizinhança é um factor que ajuda a explicar este fenómeno, dado assumirem um papel importante, sendo pessoas com quem já foram criados fortes laços de proximidade e que acabam por ser o seu apoio tanto no sentimento de segurança, no caso de necessitarem de alguma ajuda ou por motivos de doença (Freiler, 2004; Paúl, 2005), sendo que a tendência quando existem mudanças de habitação parece ser a solidão:

“E às vezes é de uma forma muito espontânea, que o vizinho precisa e a pessoa vai e ajuda, ou porque a pessoa tem de ir nesse dia de manhã ao médico e não pode tomar conta do marido que está acamado e vai a vizinha e ajuda, toma conta e faz o almoço, pronto! (...) Os vizinhos no fundo também são a família dela, se não fossem os vizinhos, era a desgraça (...) eu acho que o grande problema das pessoas que vivem sozinhas, principalmente as idosas é a solidão” (P2G2, 01:36:50; 01:12:50; 01:13:38);

“(...) eu às vezes tinha utentes que me vinham dizer oh senhor Júlio olhe que eu tenho que me ausentar porque está na hora de ir dar o lanche à minha vizinha que está acamada!” (P5G2, 01:14:15).

Nas habitações privadas, também foram referidos alguns problemas, como o excesso de humidade dentro de casa, o tamanho das casas e a própria estrutura que limita uma possível adaptação ou utilização de uma tecnologia de apoio/ajuda técnica. De facto, são as pessoas que à medida que vão tendo dificuldades, se vão adaptando à situação caso tenham condições para o fazer, o que parece ser difícil para a maioria, dadas as dificuldades financeiras e a falta de apoio:

“As pessoas têm que as procurar (alguém que faça arranjos/obras em casa) e têm que as pagar.” (P4G2, 01:09:10);

“Precisa da pessoa ter ela própria a possibilidade de fazer obras em casa!” (P2G2, 01:09:13);

“Não há casas adaptadas... A câmara não adapta. Pelo menos, a câmara do Porto não adapta.” (P8G3, 01:08:53);

“Não adapta, nem deixa adaptar. (Câmara do Porto)” (P3G3, 01:08:56).

Esta fraca capacidade financeira das pessoas idosas é uma realidade, sendo o seu risco de pobreza de 21%, estando acima da taxa global (17,9%) (Instituto Nacional de Estatística, 2011c). A pensão auferida por esta população, segundo dados da Fundação Porto Social (2009), é de facto baixa, sendo que aproximadamente 40% dos idosos recebe uma pensão entre 212,5 e 256,72 euros, sendo que 75% do total dos idosos recebem até 354,10 euros.

Quanto à acessibilidade a serviços, a maioria dos participantes considerou haver o básico, desde mercearias, farmácias ou outra loja mais específica, o que segundo o European Social Housing Observatory (2008), estes são mais do que simplesmente locais para obterem coisas que precisem, são um aspecto importante do dia-a-dia das pessoas e que faz com que façam parte da comunidade. No que diz respeito a serviços no domicílio, para pequenos arranjos, esta população parece ter receio de pedir ajuda, por não ter confiança em deixar entrar pessoas estranhas dentro de casa. No entanto, foi também partilhado, que apesar das pessoas idosas precisarem de ajuda neste aspecto, parecem não mostrar interesse por um serviço similar a este proporcionado por uma junta de freguesia, e que, segundo os participantes, a junta informou a população devidamente.

Foi relatado pelos participantes que os idosos vivem com algum sentimento de insegurança, ideia reforçada pela Câmara Municipal do Porto (2008) e que por vezes não têm consciência de quando alguém tem segundas intenções, sendo facilmente ludibriados. Contudo confirmaram haver programas por parte da polícia, que já foi abordado no tópico dos *espaços exteriores e edifícios*, e que também têm como foco de intervenção informar esta população sobre estes perigos e fazer um policiamento de proximidade através de visitas ao domicílio. Contudo, alguns não se identificam muito com esta estratégia de intervenção, porque *“têm vergonha porque vêem os vizinhos a ver a polícia”* (P1G1, 00:59:12).

Categoria 4 - Participação social

De acordo com o European Social Housing Observatory (2008), à medida que uma pessoa envelhece, fica mais difícil de manter os mesmos níveis de participação social, devido à maior fragilidade em termos de saúde, que potenciam a exclusão social. Outros estudos que focam os benefícios da participação social na população idosa, referem que esta parece estar relacionada com melhores competências funcionais, bem-estar, mais saúde e maior tempo de vida (Dahan-Oliel, Gelinas, & Mazer, 2008). Os mesmos autores identificam a participação social como um bom sinalizador de um bom envelhecimento, tendo em conta todos os factores necessários para que tal aconteça, como por exemplo a saúde e transportes.

Ficou claro que a oferta de actividades na cidade do Porto é muita e diversificada, tendo sido dados vários exemplos. Num estudo desenvolvido na cidade de Aveiro, este assume-se também como um aspecto positivo, parecendo haver uma grande oferta de actividades que tem em conta a heterogeneidade da população (Centeio, et al., 2010). A própria cidade do Porto mostra ter “*alguma actividade cultural*” (P4G2, 00:15:00), sendo os centros sociais e as juntas de freguesia que parecem ser os maiores responsáveis pela oferta de actividades, já que conseguem responder a grupos mais específicos com actividades mais dirigidas:

“Eu acho que, cada vez mais existe mais oferta, e eu trabalho numa junta, portanto... Aqui, na junta, existe. E pelo que eu vejo nas outras juntas e principalmente câmaras municipais, há cada vez mais um empenhamento forte para criar actividades para as pessoas idosas.” (P3G3, 01:18:26);

“Você não imagina a quantidade de coisas que há para pessoas de idade... Há montes de coisas. Até na passagem de ano há lá convites para ir. Portanto, as pessoas têm uma multiplicidade de possibilidades, de oportunidades. Dos que estão em instituições, passam a vida em atividades. Portanto, há montes de passeios ou oferecidos, ou então a baixo custo (...) Desportivo, lúdico, cultura, convites para isto, levar as pessoas àquilo, religioso... Tudo, tudo, tudo, tudo. (...) Têm actividades todos os dias para todo o lado se quiserem.” (P3G1, 01:20:21; 01:22:33);

“Eu acho que existe! (...) tem as universidades seniores, as juntas de freguesia normalmente têm actividades para as pessoas de idade (...) as paróquias também têm, organizam muitos passeios (...) na Junta de Freguesia da Foz tem lá sempre as festas e muitas vezes eu vejo ali na Senhora da Luz indicações que estão a fazer passeios e eu acho que de uma maneira geral pela cidade também deve passar-se isso. Eu vejo aqui pela Igreja que eu já fiz alguns passeios com as pessoas de idade, as pessoas juntam-se todas e vão, cada um leva uma coisa e depois dividem entre todos e tal (...) Por aquilo que eu tenho ouvido falar é desde os cursos de informática, histórias, a coisas culturais (...)” (P2G2, 1.29.40; 1.32.35);

“Férias desportivas, Universidades Seniores, férias, colónias de férias (...) Dança, ginástica, hidroginástica, Yoga (...) temos o Projecto Trajectórias, (...) é de segunda a sexta” (P5G2, 01:31:30; 01:32:43; 01:33:00).

Esta tentativa em adequar as actividades de acordo com o interesse dos idosos e as suas capacidades, manifestada pelos participantes é uma característica considerada pela Organização Mundial de Saúde (2009b) como amiga das pessoas idosas:

“Normalmente estas actividades são desenvolvidas em função dos interesses das pessoas!” (P2G2, 01:32:10);

“Sim, mas eu não falo no entreter por entreter (...) eu defendo sempre que os planos de actividades de todas as instituições, inclusive a nossa, devem ser feitas com os seniores, não é para o seniores, é com eles (...) E, portanto, normalmente as actividades vão de encontro às necessidades dos idosos, não vão de encontro às nossas necessidades.” (P7G3, 00:20:41;00:20:58).

Foi também relatado pelos participantes que os horários das actividades também são tidos em atenção, contudo, a oferta de actividades é tanta e em horário tão variado que acaba por cobrir a também variada disponibilidade das pessoas idosas:

“Foi feito previamente um inquérito pra ver qual seria o horário mais adequado para as pessoas! Isso foi feito.” (P1G2, 01:33:05);

“Nós quando abrimos uma universidade sénior obviamente que a nossa principal preocupação foi perceber: será que é de manhã a melhor altura, será que é de tarde? De manhã tem a questão do almoço, porque muitos ainda preparam o almoço deles... Será é complicado, os senhores vão lá e tal. Funciona na parte da tarde. Mas, depois, também há pessoas que dizem que na parte da tarde não dá porque as pessoa têm que ir buscar os netos. E isso depois é muito discutível. Há sempre muitas variáveis à volta de tudo, acho eu.” (P3G3, 01:23:06);

“Isso depois também depende porque, repare numa coisa, quem tiver netos, quem cuidar de netos, por exemplo... Obviamente que às quatro da tarde ou às três e meia, não sei muito bem, tem que ir buscar os netos ao infantário ou à escola, quer dizer... E podem incluir uma actividade naquele horário em que a pessoa não pode participar (...) Mas depois vai à das seis e meia.” (P7G3, 01:22:20; P3G3, 01:22:20).

Os custos inerentes a uma actividade são um factor que pode ser uma barreira à participação e tendo em conta a já discutida fraca capacidade financeira das pessoas idosas em Portugal, este é certamente um factor importante a considerar para decidir participar numa actividade (*“Um idoso deixar de participar numa actividade que às vezes é só cinco ou dez euros, porque aqueles cinco, dez euros faz falta ao filho ou ao neto. Ou são eles que até estão a ajudar a pagar o infantário.” (P1G1, 01:12:15)*). Segundo os participantes, os custos das actividades parece ser tido em atenção pelas várias instituições e juntas de freguesia, disponibilizando actividades gratuitas e outras com um preço simbólico. Segundo P5G2, algumas actividades têm um custo mínimo definido em função dos rendimentos (01:31:25), sendo uma medida de justiça social e ao mesmo tempo, segundo a

Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2009b) uma característica amiga das pessoas idosas.

Segundo os participantes, as soluções de acesso em termos de mobilidade na sociedade (transportes) parecem ser outro factor que, paralelamente à condição financeira das pessoas idosas, pode ser uma barreira à participação em algumas actividades (Dahan-Oliel, et al., 2008; Whelan, et al., 2006). Neste sentido, foi referido que têm sido retirados apoios da Câmara às instituições que organizam estas actividades, como por exemplo a disponibilização de transporte. Consequentemente, como refere P7G3, o número de participantes em algumas actividades teve uma quebra (“(...) *continuamos a fazer as visitas temáticas mas sem o transporte (...) desceu para muito menos de metade.*” (P7G3, 00:31:42)).

Contudo, ficou patente que é comum as pessoas idosas recusarem ou adoptarem uma postura resistente à participação nas actividades, no entanto, depois de motivados a se envolverem, a tendência é tirarem prazer das mesmas. Assim, apesar da quantidade de actividades que são proporcionadas, sendo que algumas delas parecem ser de alguma forma inovadoras, não tem sido suficiente para motivar aquela parte da população mais resistente ao envolvimento em actividades sociais (“*É uma novidade que parece que lhes causa medo. É uma novidade, mas que não os motiva.*” (P1G1, 01:29:13)). P3G3 levantou uma questão importante, que é “(...) *o respeito pela individualidade de cada um (...) Se calhar nunca gostaram, nunca foram pessoas muito sociais. E, se calhar, gostam e estão muito bem e estão cuidadas e estão apoiadas. Basta querer que vão, por exemplo, buscar a roupa, lavar a roupa e a alimentação e a elas não lhes falta mais nada na vida. E porque não poder fazer isso?*” (00:22:28), que sugere, compreender e respeitar primeiro a pessoa, e não sermos nós a decidir o que é o melhor para essa pessoa. Esta opinião vai de acordo com o guia global para a cidade amiga das pessoas idosas (2009b), onde o respeito pela vontade da pessoa idosa, é algo que deve estar sempre presente.

No entanto, como foi relatado por alguns participantes, a motivação das pessoas para se envolverem em actividades que lhes interesse é importante, assim como apresentarem uma postura proactiva, sendo um dos factores primordiais para que sejam mantidas competências físicas e cognitivas que promovam uma melhor qualidade de vida durante mais tempo. Neste sentido, foi considerado/sugerido por P9G3 que uma cidade

amiga da pessoa idosa devia sensibilizar “*para a preparação da idade da reforma e da velhice*” (00:24:40).

Foi também referido que para além das actividades, existem outros espaços promotores da interacção social, como as igrejas e algumas praças onde pessoas idosas se costumam encontrar para falar, onde são dinamizadas actividades lúdicas e acabam por se formar grupos de amigos. Também as já discutidas ilhas têm a vantagem de potenciarem a socialização e o suporte entre vizinhos, pela estrutura física que é facilitadora deste processo, ao contrário do que se verifica num prédio/apartamento.

Categoria 5 - Respeito e inclusão social

Na perspectiva de Burton e Mitchell (2006), a inclusão social é um aspecto chave para a coesão social, ao passo que alguns estudos realizados em Portugal assumem como um facto que as pessoas idosas são das mais vulneráveis à exclusão social, tanto por serem marginalizadas como grupo social, como pela pobreza (Branco & Gonçalves, 2001).

Durante a discussão deste tópico as opiniões divergiram, enquanto que alguns consideraram que não havia respeito para com as pessoas idosas, outros consideraram que há de facto respeito para com a população idosa e que este devia ser o único tópico discutido no qual existem muitas características amigas da pessoa idosa.

Assim, alguns participantes foram da opinião que há cada vez mais preocupação com as as pessoas idosas e que há cada vez mais “*peças que querem fazer bem aos idosos*” (P9G3, 01:11:06). Contudo, por vezes o limiar entre o respeitar e o infantilizar não é compreendido pela população, como refere P5G2 e P3G3, “*(...) às vezes de facto tem-se esta atitude meio paternalista, meio não sei quê e está-se quase a passar um atestado de menoridade mental não é? (...) temos a tendência de infantilizar os nossos idosos.*” (00:30:50; 00:19:01).

De facto, o respeito e o valor dado à opinião das pessoas idosas é um aspecto referido pelo guia global das cidades amigas da pessoa idosa (Organização Mundial de Saúde, 2009b), sendo que alguns participantes consideraram que os idosos são ouvidos da mesma forma que as outras pessoas, não havendo discriminação neste ponto. Contudo, a sociedade não parece valorizar nem aproveitar o conhecimento que as pessoas idosas adquiriram ao

longo dos anos, que segundo P5G2 poderia ser utilizado “*para educar os mais pequeninos*” (00:33:20).

Neste seguimento, as actividades intergeracionais são algo cada vez mais frequentes, sendo promovidas essencialmente por instituições que prestam apoio a idosos e escolas. Segundo os participantes, as pessoas idosas são quem costuma rejeitar e colocar mais entraves a este tipo de actividades, apesar de normalmente os resultados serem positivos. Os participantes afirmam que têm sido actividades importantes no sentido de passar a mensagem aos mais novos da importância que os mais velhos têm na sociedade e de que são uma mais valia. Assim, foi sugerido que se devia procurar formas para educar os mais novos a valorizar as pessoas idosas para perceberem a mais valia que estes são para a sociedade.

Contudo, segundo os participantes existe também quem procure aproveitar-se de alguma fragilidade desta população, seja com fins comerciais, utilizando técnicas de venda agressivas, seja por roubo ou assalto, sendo um alvo principal atendendo à fragilidade física e psicológica da maioria desta população (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; Organização Mundial de Saúde, 2008). Há inclusive um abuso e pessoas que se aproveitam dos seus poucos recursos explorando financeiramente o idoso (Norte, 2011), como também foi referido por alguns participantes:

“As pessoas têm técnicas de venda agressiva, não é? E aprendem como aldrabar os idosos. Isto, no fundo, é aldrabar...” (P3G2, 00:54:26);

“Porque eles pagam tudo. Eles acabam por pagar. São poucos aqueles vizinhos que o fazem de forma solidária (...). Para garantir que aquele vizinho ou aquela pessoa, que supostamente é de confiança, lhe vai estar ali sempre próximo, dão jóias, dão dinheiro, prometem isto, prometem aquilo.” (P2G1, 01:09:08; P1G1, 01:09:31).

Houve também relatos de participantes afirmando que o suporte familiar não tem sido adequado (“*Ou têm uma retaguarda forte a nível familiar, ou acabam sempre muito mal, infelizmente. E esta é a realidade*” (P8G3, 01:09:36)). De facto a família desempenha um papel muito importante a vários níveis para a pessoa idosa (Krug, et al., 2002), tendo sido revelado que estas tendem a ser (mais) valorizadas apenas se forem de alguma forma activas na família, por exemplo financeiramente através da reforma, sendo uma fonte de rendimento e assumindo encargos importantes na família, suportando “*filhos e netos*” (P1G1, 01:12:15):

“(...) a nossa sociedade que está despida de valores, tornou-se egoísta (...) uns que é por causa do tempo, que o emprego que não deixa, mas quando se está de férias o tempo deixa, o emprego permite e aí então é que o problema é ainda mais grave porque não se tem onde pôr o velhote e arruma-se em qualquer lado, os filhos discutem, as famílias zangam-se porque ninguém quer ficar com o pai ou com a mãe.” (P5G2, 00:24:24);

“E da própria família! Se o idoso for útil e for válido, e até der jeito para ir buscar os meninos à escola e fazer o almoço e não sei quê até se pode ouvir (...) Financeira também!” (P4G2, 00:34:00);

“(...) por parte dos familiares há um certo desconhecimento da doença. Então, é preferível encostar no centro de dia e eu não me preocupo.” (P8G3, 00:26:45).

Assim, são cada vez mais noticiados casos de solidão, abandono em hospitais e em lares de terceira idade (Costa, 2012; Maneta, 2010; Trigueirão, 2011), que também segundo os participantes esta é uma realidade na cidade do Porto. A falta de suporte e de companhia, contribui significativamente para que as pessoas idosas não se envolvam em qualquer tipo de actividade, não saindo de casa, seja por receio de cair ou simplesmente por não terem motivação para sair sozinhas (Dahan-Oliel, et al., 2008). Segundo os participantes, existem muitos casos que não contactam com ninguém durante grandes intervalos de tempo, apesar de viverem em pleno centro urbano (*“isolados (...) já que não têm qualquer tipo de retaguarda familiar”* (P7G3, 01:26:27)), tendo sido sugerido um levantamento destes casos de forma a poder ser dada resposta, apesar de segundo a Fundação Porto Social (2009), haver uma tendência para as pessoas adoptarem uma atitude defensiva e de protecção da sua privacidade.

Quanto à ajuda prestada pela comunidade, P9G3, fez uma comparação entre o meio rural e o meio urbano, referindo que apesar do meio rural ser menos povoado, há mais inter-ajuda e suporte entre a população comparativamente com o meio urbano: *“Por exemplo, o idoso que precisa de alguém para ficar a dormir com ele, encontra-o com alguma facilidade dentro da aldeia, coisa que aqui, no Porto, é muito difícil a não ser que se pague bem uma pessoa que vá ficar a dormir.”* (00:07:38).

Outro aspecto negativo referido, foi os poucos sítios onde é dada prioridade de atendimento aos idosos, e onde existe essa prioridade, acaba por não ser respeitada (*“Muito mal, as pessoas idosas quando vão a qualquer serviço nunca são privilegiadas digamos assim, deviam de ser vamos aos hipermercados há aquelas caixas prioritárias, raramente se vê em qualquer serviço, noutra tipo de serviço, uma pessoa de idade chegar e ser atendida em primeiro lugar do que outro (...)”* (P1G2 00:21:30)), assim como nos

autocarros, também existem lugares prioritários para os idosos, mas segundo os participantes, mais uma vez não são sempre respeitados.

Categoria 6 - *Participação cívica e emprego*

De acordo com Hessel (2008), a perspectiva de envelhecimento activo veio proporcionar orientações de mudança de pensamentos e atitudes sociais para com os trabalhadores mais velhos e sensibilizar os empregadores para as potencialidades das pessoas idosas, criando novos estímulos para que estas possam permanecer activas nos mercados de trabalho. O papel activo da pessoa idosa no seu envelhecimento e o desejo de manutenção da autonomia através do envolvimento estruturado e continuado numa actividade significativa que traga satisfação, tem um impacto positivo na sua vida e no bem-estar através da manutenção das relações interpessoais contrariando o isolamento, na aquisição de novos papéis, prevenindo a perda de identidade, na continuação de um posto de trabalho, sendo fonte de auto-realização e satisfação, permanecendo um sentimento de ser capaz a nível familiar e social (D. Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006). P7G3 e P3G3 referiram que na nossa sociedade as pessoas idosas são vistas como não aptas ao desempenho de uma actividade produtiva e segundo Rocha, Machado, & Rocha (2006) como frágeis, inábeis e resistentes à mudança, aptos para ocupações parciais e pouco exigentes, como o lazer e o turismo sénior:

“(...) acham que o idoso deve estar ou num centro de convívio, ou num centro de dia ou num lar e acabarem ali os seus dias porque não têm mais nada para a sociedade.” (P7G3, 01:14:35)

“Claro que nós sabemos... E isto, tanto seja no Porto como noutra sítio qualquer, que há muito a mentalidade que as pessoas deixam de ser pessoas activas e que são um bocado tratadas como... Quer dizer, não digo mal mas um bocado aquela coisa de encostar... Um bocado como empecilho, não é? A partir do momento que deixam de ser activas e contributivas a nível de trabalho... Não é de agora, infelizmente. Por isso ainda vai demorar muito tempo, essa mudança de mentalidades” (P3G3, 01:17:38).

De acordo com os mesmos autores, são identificados o índice de formação e escolaridade das pessoas idosas, normalmente mais baixo comparativamente ao dos jovens, e os estereótipos sociais como factores que poderão dificultar o surgimento de novas oportunidades.

Assim, o sinal por parte dos participantes quanto a oportunidades de emprego a pessoas idosas foi negativo. Para tal, justificou-se com o momento de crise financeira que o país atravessa, que segundo a Eurostat (2012), em Janeiro de 2012 a taxa de desemprego

correspondia a 14,8%, o que reflecte as dificuldades de toda a população em encontrar emprego. Contudo, em Portugal não parece haver uma planificação no sentido de implementar estratégias que promovam a utilização dos recursos que as pessoas idosas possuem (D. Gonçalves, et al., 2006).

Segundo os participantes, as actividades remuneradas das pessoas idosas cingem-se essencialmente a pequenos serviços realizados na sua própria comunidade, como reparações em casa, obtendo assim algum rendimento com estas acções (*“A questão do biscate em casa”* (P3G1, 01:30:05)).

Outras actividades que segundo os participantes, parece haver algumas oportunidades, é o voluntariado, principalmente em instituições ligadas à saúde (*“(…) há os hospitais, há as ligas de cancro, há o IPO...”* (P1G1, 01:31:19)). Segundo dados recolhidos por (Rocha, et al., 2006), cerca de 41% dos voluntários na cidade do Porto têm entre 45 e 65 anos e 21% têm mais de 65 anos, o que vai de encontro à opinião de alguns participantes, que afirmam que realizar voluntariado não é algo que seja do interesse de toda a população idosa, tendo sido dados exemplos de trabalho voluntário, principalmente em postos directivos de associações sem fins lucrativos e participação em grupos de música tradicional:

“Ora bem se considerarmos o movimento associativo como locais de actividades voluntárias, solidárias, há! Aqui a Foz tem muita participação! (...) Desde os corpos gerentes das colectividades que muitos dos casos já são pessoas acima de, não digo muito acima dos sessenta e cinco, mas nessa faixa sessenta, setenta, como também como animadores das próprias associações, como participantes dos grupos de folclore, das bandas de música, dos grupos de teatro, dos clubes de futebol” (P5G2, 01:35:40; 01:25:53).

Num estudo desenvolvido na cidade da Aveiro, os dados indicam para a grande oferta e envolvimento em actividades de voluntariado por parte dos idosos, ao contrário do trabalho remunerado, como também referido para a cidade do Porto (Centeio, et al., 2010).

Foi também referido que muitos dos elementos do sexo feminino que estão reformadas estão encarregues a tempo inteiro de fazer a lida da casa, ou mesmo tratar dos netos, não tendo assim, mesmo que queiram, ter espaço para realizar um outro tipo de serviço à comunidade:

“Mas ainda há muitas senhoras com alguma idade, reformadas...”, “Ainda fazem trabalho doméstico.” (P1G1, 01:30:17; P2G1, 01:30:20).

Foi consensual e notória entre os participantes a aparente falta de informação sobre oportunidades de voluntariado, sendo que apenas alguns, e principalmente por estarem empregados numa instituição que lhes confere um maior conhecimento sobre acções levadas a cabo pela mesma, tinham conhecimento de alguns meios de divulgação destas oportunidades:

“A câmara tem! (...) o serviço municipalizado de apoio ao voluntariado, que funciona no enfiamento do município (...) câmara tem a base de dados. Tem entidades que pedem voluntários e de pessoas que se vão oferecer para serem voluntárias.” (P3G1, 01:30:54; P1G1, (01:30:57).

A forma como estas e outras informações são comunicadas às pessoas idosas é decisiva para que seja compreendida com eficácia pelo destinatário.

Categoria 7 - Comunicação e informação

Malanowski, Özcivelek e Cabrera (2008) reconhecem que as tecnologias de comunicação e informação são determinantes no processo do envelhecimento activo e que a qualidade de vida é também determinada pela capacidade das pessoas idosas manterem a sua autonomia e independência, onde as tecnologias de comunicação e informação assumem um papel importante.

Assim, neste tópico as opiniões pareceram tender para a existência de dificuldades por parte dos idosos no acesso à informação (*“E muita falta de informação, muita!”* (P1G2, 00:07:12)).

A rápida transição para as novas tecnologias não tem sido um aliado das pessoas idosas, pela dificuldade que têm em acompanhar este processo (Malanowski, et al., 2008). No entanto, houve relatos de que *“(...) muitos deles já estão na informática e têm Internet, mostram esse interesse e até conseguem pesquisar na Internet, mas já existe essa vontade.”* (P7G3, 01:24:15), sendo este um aspecto positivo.

Foi estabelecida pelos participantes uma clara distinção entre a maior facilidade que idosos institucionalizados têm em ser informados e até *“orientados, encaminhados e apoiados”* (P2G1, 01:26:00), pelo suporte que lhes é dado nesta situação específica, e os restantes que moram em residência própria. Esta dificuldade foi justificada por alguma passividade demonstrada (*“às vezes a informação também não chega porque as pessoas fecham-se a essa informação”* (P1G1, 01:26:37)), sendo o isolamento a principal causa

identificada como barreira à comunicação (“*Se as pessoas não saem e estão isoladas, não chegam a essa informação.*” P3G3, 01:25:45)).

Partilhou-se alguma falta de apoio nos serviços públicos para informar os idosos e esclarecer dúvidas que hajam (“ (...) *não há ninguém que ajude a encaminhar o idoso! Onde é que é o balcão Y, onde é que é o balcão X?*” (P5G1, 01:06:01)), ficando também patente da dificuldade sentida sobre o local onde se devem dirigir para obter alguma informação específica (“*porque às vezes até existem muitas actividades, só que as pessoas acabam por não ter conhecimento que elas existem.*” (P3G3, 01:21:30)).

Segundo os participantes, a passagem de informações entre as pessoas é difícil numa cidade como a do Porto, pelo seu tamanho, afirmando que um dos métodos mais eficientes que é utilizado por outras câmaras com sucesso é a rádio (“*Têm-no constantemente ao ouvido, só para saber informações.*” (P2G3, 01:24:40)), sendo que, segundo os mesmos, esse método não é utilizado na cidade do Porto (“*Aqui no Porto eu não tenho conhecimento de nenhuma rádio específica...*” (01:25:30)). Foi revelado que tanto a televisão como os jornais apesar de serem meios de divulgação menos eficazes que a rádio, são igualmente bons.

Foram mencionadas dificuldades na interpretação de algumas cartas, como notificações do tribunal, contas da água e da luz, tendo estas pessoas necessidade de pedir ajuda a uma segunda pessoa para poderem perceber a mensagem. O mesmo foi referido num estudo paralelo, onde as pessoas idosas evidenciam dificuldades em interpretar informações transmitidas por carta (Vaz, 2010).

Foram apontadas como sugestões de melhoria a passagem de informações nas missas católicas e através de panfletos deixados no correio. Foi também sugerida a criação de serviços locais especializados em esclarecimentos, onde as pessoas se pudessem dirigir com facilidade e esclarecer as suas dúvidas.

Categoria 8 - Apoio da comunidade e serviços de saúde

Com o envelhecimento, o risco de doença é maior (Blumenthal, 2003), pelo que a necessidade da existência de serviços de saúde é justificada, ao passo que a população com idade superior a 65 anos costuma representar uma parte significativa dos utilizadores de

serviços de saúde públicos (Care of Older Australians Working Group, 2005). Estes serviços devem de ir encontro às necessidades das pessoas em termos de qualidade de resposta, e acessibilidade (Care of Older Australians Working Group, 2005; Organização Mundial de Saúde, 2004). Os apoio comunitários assumem também um papel preponderante na promoção de um envelhecimento activo, providenciando oportunidades aos idosos e de certa funcionando como um suporte aos serviços públicos e privados (Organização Mundial de Saúde, 2007a).

Tendo por base as opiniões recolhidas e dados da Câmara Municipal do Porto (2008), a lotação dos serviços de saúde é algo real, pelo que há a possibilidade de não haver resposta suficiente às necessidades da população idosa, como refere P5G3, *“E os serviços de saúde estão completamente lotados, com listas de espera enormes”* (01:05:05). Impossível de dissociar a opinião de que os técnicos de saúde disponíveis *“nas unidades de saúde e instituições são muito poucos”* (P5G3, 00:23:15), sendo relatadas situações preocupantes como: *“O serviço estava tão caótico, que nem se lembraram e veio com o catéter no braço (...) não vejo preocupação se as pessoas comem ou não as refeições que lhes são dadas”* (P5G3, 01:05:05). Segundo os participantes, uma solução já em prática para resolver este problema é o uso do telefone como um intermediador na resolução de casos mais rápidos, evitando assim deslocações, tempos de espera e custos maiores. Contudo, recorrendo a palavras dos participantes, *“a solução virou problema”*, já que:

“O contacto do doente para o centro de saúde devia estar muito mais facilitado. Porque tem uma hora de atendimento, mas agora dizem que não... não atendem telefones nessa hora. E as pessoas ou arranjam alguém que venha ao centro de saúde fazer as marcações, ou não têm... Ou vão de táxi, o que fica extraordinariamente caro. Porque vão de táxi marcar e depois voltam outra vez no dia... outra viagem, não é? Acho que o telefone que era muito bom que funcionasse bem. Porque mesmo para perguntar conselhos ao médico, facilidade de comunicação com o médico (...)” (P4G1, 00:27:20).

É de facto uma sugestão de melhoria a correcta implementação desta estratégia, o que poderia facilitar o acesso a estes serviços.

A falta de transportes públicos para os centros de saúde foi também mencionada pelos participantes, sendo as alternativas muito dispendiosas para as pessoas idosas. O serviço de ambulâncias também foi alvo de alterações, pelo que, citando palavras de P5G1, *“ambulâncias, é de esquecer também”* (00:24:44), ao que, com algum investimento, segundo os participantes, poderia ser uma solução para este problema.

Na mesma linha, surgindo também como sugestão, generalizar um projecto já existente onde o serviço mais requisitado é o de transporte, onde surgem pedidos essencialmente para deslocações a serviços de saúde: *“dos grandes serviços que é pedido é a condução, é a tal boleia, é levar ao médico, a pessoa vai e leva a pessoa, dá boleia, não é!”* (P1G2, 01:41:29).

Uma característica não amiga mencionada pelos participantes, são os custos dos serviços de saúde e medicamentos, que não são acessíveis às capacidades financeiras da generalidade desta população, *“O dinheiro não dá para os medicamentos (...)”* (P5G3, 00:13:52), facto sustentado também pela Câmara Municipal do Porto (2008).

Outra resposta importante na sociedade, são os serviços de apoio aos idosos, como os centros de dia e lares. Parece existir alguma satisfação com as respostas e cobertura, apesar das opiniões divergirem:

“(...) há uma boa cobertura em termos dos centros. Há quatro, cinco, seis centros de convívio, depois há cinco centros de dia e há quatro que prestam apoio domiciliário, e que acho que dão uma boa resposta (...) em Lordelo. Agora, noutras freguesias, nomeadamente na Foz, por exemplo, eh... dá-me ideia que...” (P1G1, 00:33:25);

“Todos os centros sociais têm o fim de semana (...) são transportados pelas nossas carrinhas para o Cerco. Eh... portanto, há uma cobertura. Agora, aqui esta zona eu acho que tem muitas instituições, não é, a dar apoio aos idosos” (P2G1, 00:36:04).

Noutras freguesias a dificuldade em encontrar uma resposta no momento em que surge a necessidade, faz a população se inscrever numa altura em que não existe realmente essa necessidade, de forma a garantir vaga:

“(...) agora os que podem se inscrever para serem sócios, é para garantir que um dia mais tarde se precisarem...” (P1G1, 00:45:09).

Algumas destas instituições dão também apoio no domicílio, à semelhança dos centros de saúde, serviço que é valorizado atendendo à situação de dependência e isolamento que as pessoas idosas vivem no Porto, onde muitas vezes estão também privadas de retaguarda familiar (Fundação Porto Social, 2009). Este apoio nas casas das pessoas é descrito como “complicado” (P1G1, 00:26:02) e consensualmente considerado insuficiente face à necessidade, sendo que segundo dados do Centro de Estudo e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008), é das respostas mais utilizadas pela população e principalmente pela população mais pobre:

“Eu acho que o apoio que é dado em casa é muito pequeno, é fundamentalmente dado pelo centro de saúde, que tem uma cobertura muito limitada em termos de prestação de

cuidados domiciliários (...) Mas eu, por exemplo, recebo aqui montes de pedidos (...)” (P3G1, 00:26:09; 00:33:55);

“É imensa gente que não tem (...)” (P4G1, 00:34:27);

“Há necessidade de facto de uma maior intervenção” (P5G2, 1:50:25).

Outro problema levantado, é a prestação sem ter em conta que é uma necessidade diária e que não pode ser dispensada nos feriados e fins-de-semana, tendo em vista as necessidades que este apoio tenta dar resposta, como explicitam as seguintes opiniões:

“Estamos perante uma pessoa que precisaria de tratamentos diários, o centro de saúde vai dia sim, dia não. E depois chega a Sexta, só volta Segunda. E se houver um feriado, são quatro dias, e a pessoa está com uma ferida (...)” (P3G1, 00:26:09);

“E depois todos os sábados e domingos, principalmente são deficitários nesse aspecto” (P3G2, 01:39:08);

“Fins-de-semana e à noite isso aí. Costuma haver muita dificuldade, as famílias têm muita dificuldade a esse nível.” (P1G2, 01:39:12).

Contudo, este não parece ser um funcionamento uniforme a todas as freguesias, já que em alguns grupos houve partilhas afirmando que existem *“(...) centros de dia com o apoio domiciliário, funcionam de segunda a domingo, incluindo feriados.”* (P1G1, 00:33:01), e serviços que estão a tempo inteiro: *“Vinte e quatro sobre vinte e quatro!”* (P5G2, 1.38.40).

A fraca capacidade financeira da população idosa é visível nesta situação, sendo reflexo disso o decréscimo na frequência do pedido ou mesmo a impossibilidade de os ter:

“Nós notamos é aqui, agora, um decréscimo nos serviços pedidos, por exemplo, em apoio domiciliário, cujo motivo é poupar. Portanto, as pessoas tinham cuidados de higiene diariamente e agora estão a reduzir; a pedir três vezes por semana ou duas vezes por semana.” (P3G1, 01:13:00);

“Só que a Segurança Social não dá resposta, uma pessoa não tem o dinheiro suficiente, são reformas baixas e não tem hipótese!” (P1G2, 01:46:10);

“O problema é que as pessoas com menos possibilidades económicas não podem aceder a estes serviços e têm que se contentar com o que existe que é o serviço de apoio domiciliário normal, que vai a casa leva a refeição, dá o banho, muda a cama mas não permanece lá, entende? E há situações que as pessoas precisavam de uma pessoa a cem por cento que estivessem lá permanentemente (...) é uma das razões que muita gente é internada nos lares!” (P1G2, 01:29:44);

Foi sugerido por P1G2 a criação de “menus de serviços” acessíveis:

“Era ajudar economicamente, conforme já há para o apoio domiciliário, que os centros fazem esse serviço mediante (...) a reforma, deveria ser mais alargado, ou seja, devia haver um menu de serviços digamos assim, acessível! Consoante eu tenho uma ajuda pra me irem levar a refeição a casa, não é? Se eu for pedir um serviço de apoio domiciliário só pra me levar a refeição a casa pago x, não é? (...) Para além destes deviam ter os outros que é por exemplo levar a medicação, estar lá por exemplo uma tarde inteira, hmm por exemplo, á noite, de dia... as deslocações” (P1G2, 01:40:22).

Por outro lado, a falta de civismo no uso de benefícios sociais e a falta de controlo e pouca fiscalização neste âmbito foram reportados pelos participantes e sugerida uma maior fiscalização. Foi também mencionado algum desagrado pelos elevados custos e difícil acesso a algumas instituições que têm como objectivo um fim social:

“E eu na farmácia vejo isso todos os dias, pessoas que utilizam os benefícios de pensionistas e recibos verdes, e complementos que não precisam daquilo pra nada, não é?! E outras pessoas que precisam tanto, e que têm que pagar e muitas vezes deixam passar as receitas porque não têm dinheiro para os medicamentos; e isso é de uma injustiça profunda! As pessoas efectivamente deviam ter uma avaliação dos seus rendimentos...” (P2G2, 1:53:02);

“(...) ter espírito cívico e não usufruírem de benefícios que não têm necessidade, que podem ser utilizados por pessoas que precisam mais!” (P2G2, 1:52:35);

“As Misericórdias de misericordiosas só têm o nome mesmo!” (P5G2, 1:46:44);

“Isto é mais com fiscalização, a fiscalização.” (P1G2, 1:53:15).

Através das opiniões recolhidas, parece que as instituições sociais desempenham um papel fundamental no apoio à população idosa, assumindo uma posição de relevo no suporte a instituições de saúde e de apoio social, havendo relatos neste sentido:

“Estas pessoas que estão nestas instituições (...) têm um apoio de proximidade, e se não é nós também em termos de ajuda, porque nós indicamos (suporte informativo)... Estas pessoas que estão em instituições estão muitíssimo apoiadas a todos os níveis: social, de saúde, de tudo.” (P3G1, 01:06:53);

“Conseguimos que lhe fossem levar a alimentação porque já não conseguia fazer para ela, passava a maior parte do tempo na cama. Conseguimos que várias vezes os bombeiros viessem para a levar numa cadeira de rodas para a poderem trazer cá em baixo (...)” (P7G3, 00:14:54);

De acordo com a Fundação Porto Social (2009), tendo em conta a acção voluntária dos residentes do Porto, o reforço de dinâmicas sociais de proximidade, através da articulação entre serviços e redes de voluntariado social e instituições, é quase uma obrigatoriedade tendo em conta os benefícios para a população idosa que estão implícitos. Assim, foi mencionado pelos participantes a existência de voluntariado com o fim de ajudar pessoas com dificuldades no desempenho de actividades da vida diária:

“Para além destes deviam ter os outros que é por exemplo levar a medicação, estar lá por exemplo uma tarde inteira, hmm por exemplo, á noite, de dia... as deslocações, isso fica muito pelo voluntariado, quando existe!” (P1G2, 01:40:22).

Foi referido um serviço considerado amigo das pessoas idosas, nomeado “tele-alarme” (P3G1, 00:28:30), que tem como objectivo ajudar pessoas idosas dependentes que continuam a viver no domicílio a alertar alguém caso necessitem de ajuda. É um serviço que segundo P1G1 é “(...) financiado pela junta de freguesia” (00:28:58), e que pretende auxiliar os idosos no caso de necessitarem da ajuda de uma terceira pessoa.

Conclusões

Através desta investigação, foi possível concluir em que aspectos a cidade do Porto foi considerada amiga da pessoa idosa, através de características que permitem ou potenciam o desempenho do idoso numa determinada actividade de forma autónoma, mas também em que aspectos é que a cidade foi considerada não amiga da pessoa idosa, através de características que por outro lado, inibem ou prejudicam o desempenho desta população, não contribuindo assim para que as pessoas possam ter um envelhecimento activo. Não menos importante, foram as sugestões dadas pelos participantes ao longo das entrevistas com o objectivo de conferir alterações em aspectos considerados negativos pelos mesmos, contribuindo para uma cidade mais amiga da pessoa idosa.

De salientar a descrição realizada pelos participantes de um dos grupos, tendo sido sublinhadas as distintas realidades financeiras que se pode encontrar dentro da cidade do Porto, extremando aqueles que sem dificuldade conseguem encontrar uma resposta às suas necessidades e aqueles que não têm qualquer hipótese de em situações de problemas de saúde, sociais, ou outros, não terem qualquer meio ou suporte que lhes permita fazer frente.

Neste sentido, a frágil capacidade financeira dos idosos foi uma das situações que mereceram os maiores alertas por parte dos restantes participantes, consequentemente com maior impacto nas categorias da *habitação, participação social e transportes*. Este aspecto é também fundamentado com a evidência científica, devendo ser realçado que a maioria das sugestões fornecidas pelos participantes tiveram como objectivo diminuir a despesa no uso de vários serviços tornando-os mais acessíveis, permitindo o usufruto dos mesmos àqueles que não têm capacidade financeira.

De uma forma geral, os participantes afirmaram que os idosos consideram ser positivo viver na cidade do Porto, contudo, houve um foco claro nas características negativas, tendo sido dado maior enfoque às categorias de *espaços exteriores e edifícios, respeito e inclusão social, transportes, apoio da comunidade e serviços de saúde*. Por outro lado, a categoria de *participação social* primou pelas várias características amigas mencionadas.

Centrando-nos no primeiro tópico analisado, *espaços exteriores e edifícios*, concluiu-se que, apesar de ter havido uma melhoria nos últimos anos, a cidade continua a ser rica em barreiras físicas, tendo sido apresentados exemplos tais como os poucos passeios existentes, a sua altura, alguns muito estreitos, outros muito danificados e com várias irregularidades, tendo também sido referido como frequente o estacionamento abusivo na cidade. As características geográficas da cidade foram também assinaladas como uma agravante para aqueles que têm dificuldades de mobilidade, pelo que o frequente relato de quedas reflecte todo este panorama. Apesar do esforço reconhecido pelos participantes por parte da Câmara do Porto em construir algumas rampas junto aos passeios e de melhorar o seu estado, foi considerado que ainda se pensa muito pouco nas pessoas com mobilidade reduzida. A boa iluminação da cidade foi um aspecto positivo ressaltado, assim como a melhoria na sinalização de locais que constituem de alguma forma perigo, assim como o reforço nos sinais de trânsito (sinais sonoros e luminosos).

Foi apontado como um aspecto negativo a pouca celeridade de algumas obras nas vias públicas, assim como os constrangimentos que estas provocam à circulação de veículos de emergência médica, tendo sido mencionadas algumas ruas que não reúnem condições para transitar um carro com fins de auxílio humano. O aumento da criminalidade e o maior sentimento de insegurança foi consensual em todos os grupos, sendo descritos vários assaltos violentos às pessoas idosas, apesar do esforço das forças de segurança em garantir a segurança através da implementação de um programa específico de policiamento de proximidade. Quanto aos espaços verdes existentes na cidade, foram referidos como sendo suficientes, apesar da modificação de alguns espaços, acto que teve para os participantes um impacto negativo na sociedade, como a Avenida dos Aliados. Contudo, foram relatadas poucas condições nestes espaços, como a falta de bancos, a condição do piso e as poucas casas de banho existentes, que por sua vez também foi referida a falta no resto da cidade. Concluiu-se igualmente que a pouca quantidade de bancos e de áreas de descanso com sombra é uma característica negativa da cidade do Porto.

Relativamente aos edifícios, concluiu-se que estes possuem casas de banho suficientes e que os mais recentes estão minimamente pensados para pessoas com mobilidade reduzida, ao contrário dos edifícios mais antigos, que estão pouco adaptados às

necessidades da população idosa, tendo sido feito um apelo à tomada de uma atitude no sentido de melhorar esta situação.

No que diz respeito aos *transportes*, ficou claro que o meio mais utilizado pela população idosa é o autocarro. Foi criticada a sua cobertura assim como a frequência de passagem muito baixa, complicando-se a situação aos fins-de-semana. A falta de abrigo para condições meteorológicas adversas na maioria das paragens, bancos e pouca ou nenhuma iluminação foi também mencionado como negativo pelos participantes.

Alterações implementadas nos números dos autocarros parece ter criado confusão entre os utilizadores mais velhos, demonstrando também algumas dificuldades quando têm necessidade de consultar informações ou horários de transporte, devido ao tamanho da letra por norma utilizado. Por outro lado, a existência de alguns autocarros adaptados, foi uma característica mencionada como positiva, assim como a atitude demonstrada por alguns motoristas, contudo, houve também afirmações de condutores com pouca sensibilidade, não dando tempo às pessoas para sentar, em parar o autocarro junto à paragem facilitando assim a acessibilidade ao veículo e a adopção de uma condução agressiva.

O Metro foi referido como sendo um meio de transporte pouco utilizado pela população idosa, apesar dos elogios feitos à sua acessibilidade a pessoas com mobilidade reduzida. Contudo, foi descrito como sendo de utilização difícil dadas as dificuldades sentidas pelos idosos em compreender o seu funcionamento, desde o carregamento do título de transporte ao seu uso, ou mesmo na orientação dentro de algumas estações. Um aspecto considerado como amigo das pessoas idosas, é a tentativa que está a ser levada a cabo em uniformizar os títulos de transporte.

Não foi consensual a opinião sobre a quantidade de pessoas idosas que utiliza veículo próprio na cidade do Porto. Apesar desta divergência de opiniões a oferta de parques de estacionamento foi considerada suficiente, residindo o problema no custo, que os torna num serviço difícil de usufruir. A confusão do tráfego e a falta de civismo das pessoas no acto da condução, parece dificultar a condução das pessoas idosas nas ruas do Porto.

No que concerne à *habitação*, foram sobretudo realçadas as pobres condições que se verificam em grande percentagem das casas dos idosos, tendo sido dados exemplos como o excesso de humidade, o reduzido tamanho das habitações e características estruturais que são limitantes à sua adaptação a necessidades específicas ou à instalação/uso de adaptações/ajudas técnicas. Neste sentido, foi criticada a falta de apoios da Câmara do Porto para realizar adaptações em habitações, tendo os custos de ser assumidos pelos particulares. Assim, a capacidade financeira da pessoa é um factor determinante para poder dar resposta às suas necessidades. Uma característica positiva mencionada, é a política da Câmara do Porto em dar prioridade a pessoas com mobilidade reduzida a habitarem os andares inferiores das habitações sociais, de forma a facilitar o acesso a estes. Contudo ficou clara a necessidade de habitações sociais para dar resposta às necessidades desta população. A solidariedade dos vizinhos foi uma característica mencionada como amiga da pessoa idosa e reconhecida como sendo característica dos cidadãos da cidade do Porto. O permanente e fácil acesso a serviços básicos foi consensual em todos grupos, o que é considerado como um aspecto positivo da cidade. Por fim o sentimento de insegurança foi consensual, e referido como sendo limitante e tendo um grande impacto na qualidade de vida dos cidadãos idosos.

No que diz respeito à *participação social*, não houve grandes críticas negativas a registar, sendo apenas mencionadas características amigas da pessoa idosa. A oferta de actividades foi considerada como grande e diversificada, adequada aos interesses dos idosos, aos seus horários e rotinas, e tendo um custo na sua maioria acessível. Segundo os participantes, estas actividades são maioritariamente propostas por instituições ligadas directamente a esta população, o que direcciona automaticamente as características das actividades. Por outro lado, a amostra foi maioritariamente composta por prestadores de serviços em juntas de freguesia e lares, dado que poderá ter influenciado este resultado pelo normal maior conhecimento que têm da sua prática. Contudo, a retirada de apoios a estas instituições, como o transporte, tiveram um impacto negativo na quantidade de pessoas que participavam nas actividades, sendo registada uma quebra. As igrejas e alguns jardins públicos de menor dimensão, foram considerados como espaços facilitadores da interacção social, assim como as ilhas em detrimento das habitações em prédios.

Na categoria *respeito e inclusão social* as opiniões divergiram, contudo ficou claro que existe alguma dificuldade por parte da população em compreender o limiar entre o respeitar e o infantilizar, parecendo haver uma tendência para infantilizar o idoso. Os participantes consideraram que a opinião dos idosos é tão ouvida quanto a das outras pessoas, contudo o seu conhecimento é pouco valorizado e aproveitado. Concluiu-se também que são cada vez mais as pessoas que se aproveitam de alguma fragilidade física e/ou psicológica, ou até do próprio isolamento - que é cada vez mais frequente derivado a um aparente menor apoio das famílias - para cometer crimes como roubo ou utilização de técnicas de venda agressivas.

A maior promoção de actividades intergeracionais surge como um aspecto positivo, embora a população idosa pareça oferecer alguma resistência a estas actividades, que segundo os participantes acaba por se dissipar depois da primeira experiência. Um aspecto referido como negativo são os poucos locais onde é dada prioridade de atendimento às pessoas idosas, assim como nos autocarros, onde não são respeitados os lugares reservados a esta população.

Na categoria participação cívica e emprego ficou clara a dificuldade ou mesmo quase impossibilidade das pessoas idosas terem acesso a um emprego, tendo em conta a situação económica actual, apesar de poderem ser implementadas políticas que facilitem este aspecto. A prática do voluntariado é mais prevalente, embora apenas uma minoria o faça, sendo que isso parece dever-se em parte à falta de informação sobre oportunidades de voluntariado.

Relativamente à *comunicação e informação*, foi considerado que existem algumas dificuldades no acesso a informações gerais, tendo sido relatada alguma falta de apoio nos serviços públicos para informar as pessoas idosas. Ao mesmo tempo, foi ressaltado que aqueles idosos que estão institucionalizados têm mais facilidade no acesso à informação. Esta dificuldade deve-se, segundo os participantes, à rápida transição para as novas tecnologias, que não foi acompanhada pela maioria da população idosa. Por fim, também foi mencionada dificuldades na leitura e compreensão de cartas, devido à utilização de uma linguagem pouco simples e caracteres de tamanho reduzido.

Por último, na categoria *apoio da comunidade e serviços de saúde*, foram mencionadas maioritariamente características não amigas da pessoa idosa. Houve uma

certa divergência nas opiniões sobre a resposta e cobertura dos centros de dia e lares no apoio domiciliário, nomeadamente na cobertura de apoio aos fins de semana e feriados. Foi dado grande relevo a lotação dos serviços de saúde, aos tempos de espera prolongados, ao custo destes serviços e medicamentos, assim como à falta de transportes públicos até algumas unidades de saúde. Como mais valia, foi referido o serviço de tele-alarme, serviço de apoio à população idosa em caso de necessidade de ajuda urgente.

Durante as recolhas de dados, as dificuldades levantadas por um número significativo de participantes em se manter até ao fim, fez com que alguns tópicos não fossem aprofundados como estava previamente estruturado, tendo sido uma limitação deste estudo. A grande percentagem de técnicos das mesmas áreas foi outro factor limitativo da recolha de dados, não permitindo o levantamento de opiniões de profissionais que contactam com outras realidades, também consideradas por nós como importantes, como por exemplo, profissionais ligados ao comércio tradicional ou profissionais da segurança pública.

Em estudos posteriores reforça-se a necessidade de reunir e cruzar dados de vários estudos realizados no mesmo âmbito na cidade do Porto, mas também com outras cidades nacionais e internacionais, de forma a prover as entidades públicas de informação que possibilite a criação de um plano de acção, de forma a beneficiar a cidade do Porto com características que promovam o envelhecimento activo.

Bibliografia

- Al-Aama, T. (2011). Falls in the elderly - Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*, 57.
- Alves, H. (2009). Área metropolitana do Porto *Regionalidade demográfica e diversidade social em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- American Occupational Therapy Association. (2008a). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process* (António Marques & Maria João Trigueiro, Trans.). Bethesda.
- American Occupational Therapy Association. (2008b). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition*. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011a). *GAV Porto - estatísticas APAV 2010*. Lisboa: Associação de Apoio à Vítima.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011b). *Pessoas Idosas Vítimas de Crime: 2000-2010*. Lisboa: Associação de Apoio à Vítima.
- Australian Local Government Association. (2006). *Age-friendly built environments: Opportunities for local government*. Deakin.
- Bengston, V., Silverstein, M., Putney, N., & Gans, D. (2009). *Handbook of Theories of Aging*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Blumenthal, H. (2003). The Aging-Disease Dichotomy: True or False? *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A.
- Branco, R., & Gonçalves, C. (2001). *Population Ageing: Demographic, social and economic aspects of older persons in Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Burton, E., & Mitchell, L. (2006). *Inclusive urban design - streets for life*. Burlington: Architectural Press.
- Câmara Municipal do Porto. (2007). *Mobilidade na Cidade do Porto - Análise das deslocações em transporte individual*.
- Câmara Municipal do Porto. (2008). *Rede Social do Porto - Relatório de Pré-diagnóstico*.
- Câmara Municipal do Porto. (2009). *Análise Territorial da Base Económica: Porto Ocidental*.
- Câmara Municipal do Porto. (2010). Bairro do Aleixo: finalmente o processo pode arrancar. Acedido a 17 de Dezembro, 2011, em <http://www.cm-porto.pt/gen.pl?p=stories&op=view&fokey=cmp.stories/15311>
- Câmara Municipal do Porto. (2011). Avenida da Boavista vai ser requalificada. *Porto Sempre*, 27.
- Campbell, S. (2005). *Deteriorating Vision, Falls and Older People: The Links*. Glasgow: Visibility.
- Care of Older Australians Working Group. (2005). *Age-friendly principles and practices - Managing older people in the health service environment*.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*.
- Centeio, H., Dias, S., Rito, S., Santinha, G., Vicente, H., & Sousa, L. (2010). Aveiro: cidade amiga das pessoas idosas!? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 369-381.
- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano. (2008). Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal. Aga Kahn Portugal.
- Coelho, T. (2010). *Porto: Cidade Amiga das Pessoas Idosas - Um Estudo Centrado na Perspectiva de Idosos das Freguesias de S. Nicolau e Sé*. Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Correia, J. M. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Costa, J. (2012). 400 mil idosos vivem sozinhos. *Sol*.
- Czischke, D., & Pittini, A. (2008). *Ageing and Housing on the European Union*. Bruxelas: European Social Housing Observatory.
- Dahan-Oliel, N., Gelinas, I., & Mazer, B. (2008). Social Participation in the Elderly: What Does the literature Tell Us? *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 20.
- Dawkins, R. (1986). *The Selfish Gene*. Oxford: Oxford University Press.
- Divisão da População das Nações Unidas. (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. *New York: UN Population Division*.
- European Social Housing Observatory. (2008). *Ageing and Housing in the European Union*. Bruxelas: CECODHAS European Social Housing Observatory.
- Eurostat. (2012). Taxa de desemprego - Corrigida de sazonalidade. Acedido a 17 de Março, 2012, em http://www.google.com/publicdata/explore?ds=z8o7pt6rd5uqa6_&met_y=unemployment_rate&idim=country:pt&fdim_y=seasonality:sa&dl=pt-PT&hl=pt-PT&q=taxa+de+desemprego+portugal#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nseim=h&met_y=unemployment_rate&fdim_y=seasonality:sa&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=country_group&idim=country:pt&ifdim=country_group&tstart=411004800000&tend=1326153600000&hl=pt_PT&dl=pt_PT
- Família Cristã. (2011). Projecto cIDADES já tem 84 municípios. *Família Cristã*.

- Fernandes, A. (1997). *Velhice e envelhecimento. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, L., & Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em "bairros degradados": etnografia das drogas numa periferia urbana. *Revista Toxicodependências*, 16(2).
- Foreman, C., Tucker, L., Flynn, J., & West, M. (2003). *Senior Transportation Alternatives: Why Are They Important and What Makes Them Work?* Tampa: University of South Florida.
- Freiler, C. (2004). *Why Strong Neighbourhoods Matter: Implications for Policy and Practice*. Toronto: Strong Neighbourhoods Task Force.
- Fuller, G. (2000). Falls in the Elderly. Acedido a 5 de Março, 2012, em <http://www.aafp.org/afp/2000/0401/p2159.html>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2010). Seminário "Cidades Amigas das Pessoas Idosas". Acedido a 18 de Janeiro, 2012, em <http://www.gulbenkian.pt/section154artId2778langId1.html>
- Fundação Porto Social. (2009). *Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto*. Porto: Câmara Municipal do Porto.
- Fundação Porto Social. (2010). Cidade Amiga das Pessoas Idosas. Acedido a 29 de Janeiro, 2012, em http://bonjoia.org/p/projectos/mostrar_projecto/3
- Gibson, D. (1998). *Aged Care: Old Policies, New Problems*. Melbourne: Cambridge University Press.
- Goldsmith, T. C. (2011). *An Introduction to Biological Aging Theory*. Crownsville: Azinet Press.
- Gómez, L. (2002). *Envejecer en Chiapas: etnogerontología zoque*. Chiapas: Instituto de Estudios Indígenas - UNAM.
- Gonçalves, & Silva. (2004). Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7.
- Gorman, M. (1999). Development and the rights of older people *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people*. London: Earthscan Publications.
- Gravilov, L., & Gravilova, N. (2006). Reliability Theory of Aging and Longevity *Handbook of the Biology of Aging*. San Diego: Elsevier Academic Press.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: SAGE Publications.
- Hamet, P., & Tremblay, J. (2003). Genes of Aging. *Metabolism*.
- Hammel, K., & Carpenter, C. (2006). Introduction to qualitative research in occupational therapy and physical therapy. In K. Hammel, C. Carpenter & I. Dyck (Eds.), *Using Qualitative Research - A practical Introduction for Occupational and Physical Therapists*. London: Churchill Livingstone.
- Hammell, K. (2002). Informing Client-Centred Practice through Qualitative Inquiry: Evaluating the Quality of Qualitative Research. *British Journal of Occupational Therapy*, 65.
- Hayflick, L. (1996). *How and Why We Age*. Nova Iorque: Ballantine Books.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 45.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). *Relatório Anual 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Porto: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (2001). *Classificação Nacional de Profissões - Versão 1994*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). O Envelhecimento em Portugal : Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011a). *Censos 2011 - Resultados Preliminares*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011b). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011c). *Rendimento e Condições de Vida - 2010 (Dados Provisórios)*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Insurance Institute for Highway Safety. (2001). Older Drivers Up Close: They Aren't Dangerous Except Maybe to Themselves. *Status Report*, 36.
- James, M. (1992). The Elderly as Victims of Crime, Abuse and Neglect. *Australian Institute of Criminology*, 37.
- Junta de Freguesia de Lordelo do Douro. (2010). Enquadramento Histórico e Geo Social. Acedido a 17 de Dezembro, 2012, em <http://jf-lordelodouro.pt/index.asp>
- Junta de Freguesia de Ramalde. (2008a). Caracterização Sócio-Demográfica. Porto.
- Junta de Freguesia de Ramalde. (2008b). A Freguesia - Caracterização. Acedido a 13 de Dezembro, 2011, em <http://www.jf-ramalde.pt/asp/paginas.aspx?id=11>
- Junta de Freguesia de Ramalde. (2008c). Instituições e outras entidades que prosseguem fins sociais. Acedido a 14 de Dezembro, 2011, em <http://www.jf-ramalde.pt/asp/paginas.aspx?id=23>
- Kerschner, H., & Hardin, J. (2006). *Transportation Innovations for Seniors - A Synopsis of Finding in Rural America*. Albuquerque: The Beverly Foundation e The Community Transportation Association of America.

- Kinsella, K., & Velkoff, V. A. (2001). *An Aging World: 2001*. Maryland: National Institute on Aging.
- Kirkwood, T. B. (2003). the most pressing problem of our age. *British Medical Journal*, 326.
- Kirkwood, T. B. L., & Holliday, R. (1979). The Evolution of Ageing and Longevity. *Proceedings of the Royal Society B*.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus Groups - A Pratical Guide for Apllied Research*. California: SAGE.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Larson, K., Nancy, G.-S., & Allen, B. (2004). *Can you call it a focus group?*
- Law, M. (1998). *Client-Centered Occupational Therapy*. Ontario: Slack Incorporated.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
- Leão, P. (2011). *Porto: Cidade Amiga das Pessoas Idosas, um estudo centrado na perspectiva de idosos residentes na freguesia do Bonfim*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Levers, L. L. (2006). Focus groups and related rapid assessment methods: identifying psychoeducational HIV/AIDS interventions in Botswana. *Qualitative Research Methods for the Psychological Professions*.
- Lopes, M., Filho, H., Ferreira, I., Bueno, R., & Moysés, S. (2010). Focus groups: a strategy for health research. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 7.
- Magalhães, M. d. G. (2002). Projecções de População Residente, Portugal, 2000/2050 - Que tendências de base para a construção de hipóteses? *Revista de Estudos Demográficos*.
- Malanowski, N., Özçivelek, R., & Cabrera, M. (2008). *Active Ageing and Independent Living Services: The Role of Information and Communication Technology*. Sevilha: European Comission - Institute for Prospective Technological Studies.
- Maneta, L. (2010). Aumenta o número de idosos abandonados nos hospitais. *Diário de Notícias*.
- Marto, B. (2008). *Fundação Serralves*. Paper presented at the Seminário Internacional Touring e Património, Tomar.
- Matos, F., & Rodrigues, R. (2009). As Ilhas do Porto: Lugares de Resistência. *OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia*, 1.
- McIntyre, A., & Atwal, A. (2005). *Occupational Therapy and Older People*. Londres: Blackwell Publishing.
- Melo, M. (2011). *Porto: Cidade Amiga das Pessoas Idosas, um estudo centrado na visão de cuidadores informais de idosos das freguesias de Cedofeita, Paranhos e Ramalde*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Ministério da Saúde. (2010). Seminário " Cidades Amigas das Pessoas Idosas". Acedido a 28 de Janeiro, 2012, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/11/seminario+cidades.htm>
- Mountain, G. (2005). *Occupational Therapy with Older People*. Londres: Whurr Publishers Ltd.
- Nalin, T. (2008). *The sources of Ecclesiastes: The "Epic of Gilgamesh" as a source document for Ecclesiastes*. Marquette University, Wisconsin.
- National Institute on Aging. (2007). *Why Population Aging Matters - A Global Perspective*. Maryland: National Institute of Health.
- Neves, J. (1996). Pesquisa Qualitativa - Características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*.
- Norte, H. (2011). Queixas por violência contra idosos disparam em 2011. *Jornal de Notícias*. Acedido a 9 de Março, 2012, em http://www.jn.pt/paginainicial/policia/interior.aspx?content_id=1796465
- Organização das Nações Unidas. (1989). *Handbook on Social Indicators*. New York: Department of International Economic and Social Affairs.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Active ageing: Towards age-friendly primary health care*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2007a). Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2007b). *WHO Age-Friendly Cities Project Methodology - Vancouver Protocol*. Genebra: WHO PRESS.
- Organização Mundial de Saúde. (2007c). *WHO global report on falls prevention in older age*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2009a). Global Age-Friendly Cities Project (Brochure). Ottawa.
- Organização Mundial de Saúde. (2009b). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Organização Mundial de Saúde. (2011). Health statistics and health information systems. Acedido a 23 de Junho, 2011, em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). Definition of an older or elderly person. Acedido a 26 de Janeiro, 2012, em <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>
- Pardal, S. (2006). *Parque da Cidade do Porto - Ideia e Paisagem*. Lisboa: Gabinete de Apoio da Universidade Técnica de Lisboa.
- Páscoa, P. M. G. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Universidade Fernando Pessoa.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3ª ed.). London: SAGE Publications.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15.
- Pereira, F., Coelho, T., & Portugal, P. (2010a). Porto: Cidade amiga das pessoas idosas, um estudo centrado na visão de prestadores de serviços a idosos das freguesias de São Nicolau e Sé *LIVRO DE ACTAS I CONGRESSO INTERNACIONAL DA SAÚDE GAIA - PORTO*. Vila Nova de Gaia: Instituto Politécnico do Porto - POLITEMA.
- Pereira, F., Coelho, T., & Portugal, P. (2010b). Porto: Cidade amiga das pessoas idosas, um estudo centrado na visão de prestadores de serviços a idosos das freguesias de São Nicolau e Sé *Livro de Actas I Congresso Internacional da Saúde Gaia-Porto*. Vila Nova de Gaia: Instituto Politécnico do Porto - POLITEMA.
- Pinto, A. (2011). *Porto: Cidade Amiga da Pessoas Idosas, um estudo centrado na visão de prestadores dos cuidados a idosos das freguesias de Campanhã e Bonfim*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Plouffe, L., & Kalache, A. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(5).
- Polícia de Segurança Pública. (2012). Programas Especiais - PIPP. Acedido a 29 de Fevereiro, 2012, em <http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/pipp.aspx?menu=1>
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence: A Guide to Methods*. Maidenhead: Open University Press.
- Porto Editora. (2011). Dicionário da Língua Portuguesa - sem acordo ortográfico. Acedido a 10 de Julho, 2011, em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/senescência>
- Priberam. (2011). Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Acedido a 10 de Julho, 2011, em <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=senescência>
- Public Health Agency of Canada. (1998). *Principles of the National Framework on Aging: a Policy Guide*. Ottawa.
- Rocha, E., Machado, I., & Rocha, S. (2006). *Resultados do Inquérito às Instituições do Sector*.
- Rodrigues, T. F., & Moreira, M. j. G. (2009). Realidades demográficas *Regionalidade demográfica e diversidade social em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Roebuck, J. (1979). When does old age begin?: the evolution of the English definition. *Journal of Social History*.
- Rose, M. R., & Kirkwood, T. B. (1991). Evolution of senescence: Late survival sacrificed for reproduction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*.
- Salgado, R. (2011). *Porto: Cidade Amiga da Pessoas Idosas. Um estudo centrado na visão de cuidadores de pessoas idosas das freguesias de Nevogilde e Foz do Douro*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Seixas, P. (1997). Identidades de uma cidade. As Ilhas e o Porto *Recuperar o espanto: O Olhar da Antropologia* (pp. 107). Porto: Edições Afrontamento.
- Strong, S., Rigby, P., Law, M., Cooper, B., Letts, L., & Stewart, D. (1999). Application of the person-environment-occupation model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*.
- Sumsion, T., Craik, C., & Glossop, J. (2006). *Client-Centred Practice in Occupational Therapy - A guide to implementation* (2 ed.). Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Thane, P. (1978). The muddled history of retiring at 60 and 65. *New Society*.
- Thane, P. (1989). History and the sociology of ageing. *Social History of Medicine*.
- The City of Edinburgh Council. (2009). *Get up + go: Programme Activities and opportunities for older people in Edinburgh*.
- The City of Edinburgh Council. (2010). Get Up and Go 2009-2010. Acedido a 24 de Fevereiro, 2010, em http://www.edinburgh.gov.uk/internet/Council/Campaigns_and_projects/CEC_get_up_and_go_2007-08
- The World Bank Group. (2011). How we Classify Countries. Acedido a 22 de Junho, 2011, em <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>
- Trigueirão, S. (2011). 8238 idosos abandonados nos hospitais. *Correio da Manhã*. Acedido a 9 de Março, 2012, em <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/exclusivo-cm/8-238-idosos-abandonados-nos-hospitais>

- Turato, E. (2005). Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista Saúde Pública*, 39.
- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2005). *Qualitative Methods in Public Health - A Field Guide for Applied Research*. Jossey-Bass: São Francisco.
- Vaz, C. (2010). *Porto: Cidade Amiga da Pessoa Idosa, um estudo centrado na visão de prestadores de serviços a idosos das freguesias de Vitória e Miragaia*. Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Viana, J. (2010). *Porto: Cidade Amiga da Pessoa Idosa, um estudo centrado na perspectiva de idosos das freguesias de Vitória e Miragaia*. Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Vila Nova de Gaia.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Whelan, M., Langford, J., Oxley, J., Koppel, S., & Charlton, J. (2006). The Elderly and Mobility: A review of the literature. *Monash University Accident Research Centre*.
- Wong, L. P. (2008). Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Medical Journal*.

Anexos

Anexo I: Versão final do guião de entrevista

Anexo II: Gravação áudio da entrevista (apenas disponível em suporte digital)

Anexo III: Lista de questões e tópicos a serem discutidos nos grupos de discussão

Anexo IV: Termo de Consentimento Informado

Anexo I - Versão final do guião de entrevista

Categorias e questões de abertura	Pistas e questões mais específicas
<p><i>Questão de aquecimento</i></p> <p>“Sendo uma pessoa com mais idade, diga como é viver no Porto?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Características positivas. ○ Problemas.
<p>Categoria 1:</p> <p><u>Espaços exteriores e edifícios</u></p> <p>“Vamos falar sobre os espaços exteriores e os edifícios. Gostava que me falassem sobre as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões para melhorar esses espaços.”</p> <p>“Como é sair de casa para passear, apanhar ar fresco, para fazer as vossas tarefas ou visitar alguém?”</p> <p>“Como é entrar em edifícios públicos ou lojas?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desenho e manutenção dos passeios e calçadas. ○ Cruzamentos e passadeiras. ○ Volume e ruído do tráfego automóvel. ○ Alturas específicas do dia, como por exemplo o período nocturno. ○ Condições meteorológicas. ○ Espaços verdes e áreas para passeio. ○ Iluminação das ruas. ○ Protecção do sol, da chuva e do vento. ○ Bancos e áreas de descanso. ○ Sentimento de segurança em relação ao espaço físico. ○ Sentimento de segurança em relação à criminalidade. ○ Quanto aos edifícios: <ul style="list-style-type: none"> • Escadas; • Portas; • Elevadores; • Corredores; • Piso; • Iluminação; • Sinalização; • Casas de banho; • Áreas de descanso; • Repartições públicas.

<p>Categoria 2:</p> <p>Transportes</p> <p>“O próximo assunto será os transportes na vossa cidade. Gostava que me falassem sobre as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões para melhorar esses transportes.”</p> <p>“Como é utilizar transportes públicos como o autocarro, o eléctrico, o metro ou o comboio no Porto?”</p> <p>“Como é conduzir na cidade do Porto?”</p>	<p>Perguntar sobre...</p> <ul style="list-style-type: none">○ Quanto aos autocarros, eléctricos, metros e comboios:<ul style="list-style-type: none">• São de custo acessível?• Têm paragens e estações acessíveis?• São fáceis de entrar?• A sua frequência de passagem é adequada às necessidades?• Passam no horário previsto?• Têm itinerários que cobrem toda a cidade?• Têm estações e paragens com bancos, iluminação e protecção contra as condições meteorológicas?• São seguros em relação crime?• Têm as adaptações necessárias para pessoas com deficiência?○ Para condutores:<ul style="list-style-type: none">• Sinais de trânsito visíveis?• Nomes das ruas legíveis?• Iluminação nos cruzamentos?• Sinais de trânsito fáceis de perceber?• Parques de estacionamento em quantidade e localização adequadas?• Parques com lugares reservados a pessoas com deficiência?• Locais para entrada e saída de passageiros com segurança?• Aulas para renovação de competências sobre condução?
--	---

<p>Categoria 3:</p> <p>Habitação</p> <p>“O próximo assunto será a vossa habitação. Gostava que me falassem sobre as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões para melhorar a vossa casa.”</p> <p>“Falem-me da casa ou apartamento onde vivem.”</p> <p>“Se as vossas necessidades se alterassem, que alternativas de habitação existem na vossa cidade?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Custo. ○ Conforto. ○ Espaço físico seguro. ○ Segurança quanto à criminalidade. ○ Proximidade dos serviços. ○ Mobilidade e independência na habitação: <ul style="list-style-type: none"> • Facilidade para se deslocar dentro de casa; • Facilidade para alcançar e arrumar objectos; • Fazer tarefas domésticas.
<p>Categoria 4:</p> <p>Respeito inclusão social</p> <p>“De seguida iremos falar sobre a forma como a comunidade respeita as pessoas com mais idade e as inclui no seu dia-a-dia. Gostava que me contassem as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões para melhorar essa relação.”</p> <p>“De que forma a sua comunidade demonstra, ou não, respeito para consigo como pessoa idosa?”</p> <p>“De que forma a sua comunidade o inclui, ou não, enquanto pessoa idosa, nas diversas actividades e eventos?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Boas maneiras. ○ São ouvidos? ○ Recebem ajuda quando necessitam? ○ Os serviços e programas respondem às vossas necessidades? ○ A sua opinião é procurada? ○ Leque de oportunidades. ○ Reconhecimento público das contribuições feitas pelos idosos. ○ Actividades entre diferentes gerações/pessoas de diferentes idades.

<p><u>Categoria 5:</u> Participação Social</p> <p>“Vamos agora falar sobre actividades sociais e de lazer. Gostava que partilhassem as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões quanto a melhorias.”</p> <p>“Com que facilidade se conseguem relacionar com outras pessoas?”</p> <p>“Como é a vossa participação noutras actividades, tais como actividades de educação, cultura, recreativas ou espirituais?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Quanto às actividades sociais e de lazer: <ul style="list-style-type: none"> • De custo acessível? • De fácil acesso? • São frequentes? • Realizam-se em locais adequados? • Realizam-se em horários adequados? • A oferta é diversificada? • São interessantes?
<p><u>Categoria 6:</u> Comunicação e informação</p> <p>“O próximo assunto que iremos abordar será a comunicação e informação. Mais uma vez gostaria de ouvir as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões quanto a melhorias.”</p> <p>“Como é quando tentam obter informação na comunidade, por exemplo, acerca de serviços ou eventos?”</p> <p>“Esta informação poderá ser obtida por telefone, rádio, televisão, jornal ou pessoalmente?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A informação é: <ul style="list-style-type: none"> • Acessível? • Útil? • Oportuna/chega a tempo? • Fácil de compreender? ○ Sente dificuldades com sistemas automatizados? ○ Formato e tamanho das impressões são adequados?

<p>Categoria 7: Participação cívica e emprego</p> <p>“Gostava que falassem sobre as vossas experiências actuais de voluntariado e trabalho, assim como a vossa participação em assuntos públicos. Gostava de ouvir as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias e sugestões quanto a melhorias.”</p> <p>“Falem-me da vossa participação em actividades de voluntariado.”</p> <p>“Como é a vossa participação no trabalho? Encontram-se empregados? Procuram emprego?”</p> <p>“Falem-me da vossa participação em organizações públicas e comunitárias como associações ou conselhos municipais.”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilidade da informação sobre as diferentes oportunidades? ○ Oportunidades variadas, acessíveis e atractivas? ○ Reconhecimento das suas capacidades enquanto idoso? ○ Há remuneração? É justa? ○ Adaptação das actividades às capacidades da pessoa idosa? ○ Adequação às preferências da população idosa? ○ Formas para motivar a participação dos idosos?
<p>Categoria 8: Suporte comunitário e serviços de saúde</p> <p>“Gostava de saber mais acerca dos serviços sociais e de saúde na vossa cidade que ajudam as pessoas idosas a viver em casa. Gostava que falassem sobre as vossas experiências positivas e negativas, assim como gostava de conhecer as vossas ideias para melhorar esses serviços.”</p> <p>“Quais as vossas experiências com serviços de apoio às pessoas idosas na vossa cidade?”</p>	<p><i>Perguntar sobre...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos de serviços disponíveis. ○ Acessibilidade. ○ Custos acessíveis. ○ Resposta dos serviços às necessidades individuais.
<p><i>“Questão de arrefecimento”</i></p> <p>“Antes de terminarmos, existem quaisquer outros assuntos que não tenham sido discutidos e que queiram falar?”</p>	<p><i>Não incitar ou induzir</i></p>

Anexo III - Lista de questões e tópicos a serem discutidos nos grupos de discussão

Lista de questões e tópicos a serem discutidos nos grupos de discussão

Obrigado por aceitar comparecer na reunião a ser realizada no dia _____ no Círculo Católico de Operários do Porto para falar sobre a cidade do Porto.

Aqui estão as questões que serão colocadas durante a reunião. Por favor leia as perguntas antes de comparecer na reunião e reflita acerca do que pode dizer durante a reunião.

Pense acerca das suas experiências positivas e negativas em cada área, e reflita acerca das melhorias que podem ser feitas.

Questão geral:

“Enquanto pessoa que presta serviços a pessoas idosas, como acha que será para eles viver no Porto?”

Espaços exteriores e edifícios:

“Como será para as pessoas idosas sair de casa passear, fazer as suas tarefas ou visitar alguém?”

“Como será para as pessoas idosas entrar em edifícios públicos ou lojas?”

Transportes:

“Como acha que será para os idosos utilizar transportes públicos como o autocarro, o eléctrico, o metro ou o comboio?”

“Como será conduzir na cidade do Porto para uma pessoa idosa?”

Habitação:

“O que acha das casas ou apartamentos onde vivem os idosos?”

“Se as necessidades dos idosos se alterarem, que alternativas de habitação teriam?”

Respeito e Inclusão:

“De que forma a sua comunidade demonstra, ou não, respeito para com as pessoas idosas?”

“De que forma a sua comunidade inclui, ou não, as pessoas idosas nas

diversas actividades e eventos?”

Participação Social

“Com que facilidade acha que as pessoas idosas se conseguem relacionar com outras pessoas?”

“Como é a participação das pessoas idosas noutras actividades, tais como educação, cultura, recreativas ou espirituais?”

Comunicação e Informação

“Como acha que é para um idoso tentar obter informação na comunidade, por exemplo, acerca de serviços ou eventos?”

“Esta informação poderá ser obtida por telefone, rádio, televisão, jornal ou pessoalmente?”

Participação cívica e emprego

“Como pensa que é a participação dos idosos em actividades de voluntariado.”

“Como é a participação das pessoas idosas no trabalho? Encontram-se empregados? Procuram emprego?”

“Como é a participação dos idosos em assuntos públicos comunitários como associações ou assembleias municipais ou de freguesias.”

Serviços sociais e de saúde

“Qual a sua opinião em relação aos serviços de apoio às pessoas idosas na vossa cidade?”

Anexo IV - Termo de Consentimento Informado



Termo de Consentimento Informado

O presente estudo, realizado no âmbito do Mestrado em Terapia Ocupacional, é subordinado ao tema “**Cidade Amiga das Pessoas Idosas: um estudo focalizado na cidade do Porto**”. Tem como objectivo verificar se a cidade do Porto possui características de uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas na perspectiva de prestadores de serviços a idosos residentes neste meio urbano.

Foi seleccionado para participar na investigação por corresponder aos critérios por nós definidos. Caso aceite participar, o seu contributo será importante para que a cidade do Porto tenha informação que a ajude a tornar-se mais amiga das pessoas idosas e, assim, que se torne num meio onde estas pessoas tenham a oportunidade de viver activamente e com saúde.

Assim, o presente estudo envolve a realização de uma discussão em grupo onde serão debatidas ideias e partilhadas opiniões e experiências positivas e negativas sobre a vida na cidade do Porto.

Essa discussão será alvo de gravação em áudio para permitir uma posterior transcrição. No entanto, garantimos a confidencialidade dos seus dados pessoais e que a informação obtida através da discussão será utilizada apenas no âmbito desta investigação.

Após ter sido informado(a) do objectivo e condições do estudo, declaro aceder ao convite de participação, tal como autorizar a utilização dos dados recolhidos por Fábio Dinis Silva Pereira para o seu projecto de investigação.

Assinatura do Participante

Porto, ____ de _____ de 2011