



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Tânia Isabel Santos Sobral

**PLANOS GERONTOLÓGICOS:
CONSTRUÇÃO DE UM GUIA ORIENTADOR.**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, orientada pela Professora Doutora Ana Paula Couceiro Figueira e apresentada à Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

“O modelo dominante do ciclo de vida favorece o isolacionismo geracional, potencia a vulnerabilidade e a discriminação social dos mais velhos e representa um enorme desperdício de capital humano” (Rosa, 2020, p.79).

Agradecimentos

O meu sentido agradecimento a todos aqueles que contribuíram e me apoiaram ao longo deste percurso.

À minha família, amigos e colegas, que me apoiaram nos diferentes momentos.

À professora Doutora Ana Paula Couceiro, minha orientadora, pelo conhecimento partilhado, apoio, dedicação ao tema e à dissertação, bem como pelas suas palavras de incentivo.

À Gerontologia e a todos os gerontólogos, em especial aqueles que diariamente trabalham por melhores políticas públicas para o envelhecimento e velhice em Portugal.

A todas as pessoas com quem me cruzei ao longo da vida, que contribuíram para a visão e posicionamento que tenho da vida na sociedade portuguesa da atualidade.

A todos os que diariamente procuram melhorar as políticas públicas e dignificar o processo de envelhecimento.

Aos que me permitem olhar com olhos de viver, porque os mais felizes são os que veem melhor, os que veem primeiro e mais rápido, são sobretudo os que veem do lugar certo.

Porque tudo tem um lugar certo para ser visto. Olhem.

Obrigada a todos!

Resumo

No contexto atual, em que o envelhecimento demográfico revela desafios acrescidos para a sociedade, a compreensão deste fenómeno, assim como o modo como decorre nos diferentes territórios, poderá favorecer a intervenção que é efetuada nos mesmos. Neste contexto, várias têm sido as intervenções municipais que procuram potenciar o envelhecimento ativo e a manutenção das pessoas idosas na sua comunidade.

Embora estas práticas assumam diversas nomenclaturas, áreas de intervenção e formas como se apresentam, recentemente têm vindo a existir Planos Gerontológicos em vários municípios. A heterogeneidade de modos de intervenção é gerada pela escassez de diretrizes políticas concedidas ao poder local, relativas à sua intervenção com a população mais velha. Estas políticas implicam a consideração das especificidades do território e das pessoas que nele residem, perspetivando intervenções integradas de cariz gerontológico para o Concelho a que se destinam.

Através do contacto com os modelos teóricos de envelhecimento, práticas de Planos Gerontológicos e de outros projetos que se poderão enquadrar no âmbito destes planos e que se considerem como preponderantes para o desenvolvimento de intervenções sob a forma de plano, pretende-se desenvolver um guia orientador para os Planos Gerontológicos. Este guia pretende colmatar a lacuna existente pelo estruturar do método como se efetuam estas práticas. Deste modo, pretende-se que o presente guião estruturante tenha a finalidade de orientar, não sendo a sua utilização obrigatória.

Palavras-chave: Planos Gerontológicos, intervenção municipal, política local, guia orientador.

Abstract

In the current context, in which demographic aging reveals additional challenges for society, understanding this phenomenon, as well as how it takes place in different territories, can favor the intervention that is carried out in them. In this context, there have been several municipal interventions that seek to enhance active and the maintenance of the elderly in their community.

Although these practices take on different names, areas of intervention and forms in which they are presented, recently there have been Gerontological Plans in various municipalities. The heterogeneity of the modes of intervention is generated by the scarcity of political guidelines granted to the local government, related to its intervention with the elderly population. These policies imply the consideration of the specificities of the territory and of the people who live there, with a view to integrated interventions of a gerontological nature for the municipality to which they are intended.

Through contact with the theoretical models of aging, practices of Gerontological Plans and other projects that may fall within the scope of these plans and that are considered important for the development of interventions in the form of a plan, the aim is to develop a guiding guide for the Gerontological Plans. This guide intends to fill the existing gap by structuring the method as these practices are carried out. Thus, it is intended that this structuring guide has the purpose of guiding, and its use is not mandatory.

Keywords: Gerontological Plans, municipal intervention, local policy, guiding guide.

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Significado
ÁC	Área Chave
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
AVDI	Atividades de Vida Diária Instrumentais
BASIC	Cuidados Básicos, Subsistência e Suporte à Vida
CAAL	Comissão de Acompanhamento Alargada
CARE	Comissão de Acompanhamento Restrita
CC	Centro de Convívio
CD	Centro de Dia
CLASP	Conselho Local de Ação Social de Peniche
CLPI	Conselho Local das Pessoas Idosas
CMPI	Conselho Municipal das Pessoas Idosas
CMSMF	Câmara Municipal de Santa Maria da Feira
CMVNG	Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia
CN	Centro de Noite
CNAPTI	Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade
CSI	Complemento Solidário para Idosos
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Défice Cognitivo Ligeiro
ECO	Inclusão na Comunidade
EE	Eixos Estratégicos
EMV	Esperança Média de Vida
ENEAS	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana
INE	Instituto Nacional de Estatística
ISCSP	Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
M	Medidas
O	Objetivo
OE	Objetivo Específico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização para as Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental
oo	Objetivo Operacional
P	Programa
PA	Plano de Ação
PAII	Plano de Apoio Integrado a Idosos
PARES	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
PCHI	Programa de Conforto Habitacional para Idosos
PDS	Plano de Desenvolvimento Social
PDSS	Plano de Desenvolvimento Social e da Saúde
PEES	Plano Estratégico para o Envelhecimento Sustentável
PG	Plano Gerontológico
PILAR	Programa Idoso em Lar
PIME	Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento
PMEA	Política Municipal para o Envelhecimento Ativo
PROGRIDE	Programa para a Inclusão e Desenvolvimento
PSP	Polícia de Segurança Pública
REPA	Relatório de Execução do Plano de Ação
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SOC	Seleção, Otimização, Compensação

UAI	Unidades de Apoio Integrado
UE	União Europeia
WHO	World Health Organization

Tabela 1: Lista de Abreviaturas.

Lista de tabelas

Tabela 1: Lista de Abreviaturas.	iv
Tabela 2: Exemplo de atividades no âmbito do Envelhecimento Produtivo (Araújo & Melo, 2018).	11
Tabela 3: Políticas Públicas e Envelhecimento (Barbosa, 2015, p.164).	26
Tabela 4: Planos Gerontológicos estudados.	29
Tabela 5: Síntese analítica do PG da Amadora 2012-2014 (Rede Social da Amadora, 2012).	37
Tabela 6: Síntese analítica do PG de Lisboa 2009-2013 (CML, 2008).	38
Tabela 7: Síntese analítica do PG para o concelho de Peniche 2013-2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).	38
Tabela 8: Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008-2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).	39
Tabela 9: PIME 2018 de Vila Nova de Gaia (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.).	40
Tabela 10: Síntese analítica dos PG estudados.	42
Tabela 11: Organização do modo de operação pelo PG.	50
Tabela 12: Tabela de áreas chave, subárea, cariz de intervenção e tipo de intervenção.	52
Tabela 13: Operacionalização do PG através de objetivos.	65
Tabela 14: Síntese do planeamento do PG.	69
Tabela 15: Fluxograma Capítulo 2 do PG segundo o guia orientador.	70
Tabela 16: Esquema das fases e etapas do plano gerontológico segundo o guia orientador.	78
Tabela 17: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG da Amadora 2012 a 2014 (Rede Social da Amadora, 2012).	89
Tabela 18: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).	92
Tabela 19: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do PG de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).	94
Tabela 20: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).	98
Tabela 21: Tabela síntese de prioridades desenvolvidas no âmbito do Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) do Concelho de Vila Nova de Gaia 2018 (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)	99
Tabela 22: Diagnóstico - Dimensão de avaliação interna.	102
Tabela 23: Grelhas de listagem referentes à georreferenciação.	103
Tabela 24: Normas para o preenchimento da grelha de listagem para a georreferenciação (1).	105
Tabela 25: Normas para o preenchimento da grelha de listagem para a georreferenciação (2).	105
Tabela 26: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa - Rede social de suporte (1).	107
Tabela 27: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa - Rede social de suporte (2).	108
Tabela 28: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (1).	110
Tabela 29: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (2).	110
Tabela 30: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (3).	111
Tabela 31: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (4).	111
Tabela 32: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (5).	112
Tabela 33: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (6).	113
Tabela 34: Dimensão de avaliação externa - Saúde (1).	113
Tabela 35: Dimensão de avaliação externa - Saúde (2).	114
Tabela 36: Dimensão de avaliação externa - Saúde (3).	115
Tabela 37: Dimensão de avaliação externa - Capacidade funcional.	115
Tabela 38: Dimensão de avaliação externa - Ocupações de tempos livres.	116
Tabela 39: Dimensão de avaliação externa - Conclusão.	117

<i>Tabela 40: Folha de registo de participantes no CLPI por cada localidade.</i>	118
<i>Tabela 41: Folha de registo de assiduidade ao CLPI por cada localidade.</i>	119
<i>Tabela 42: Folha de registo de representantes no CMPI.</i>	120
<i>Tabela 43: Folha de registo de representantes ao CMPI.</i>	121
<i>Tabela 44: Árvore de Problemas.</i>	122
<i>Tabela 45: Análise SWOT.</i>	123
<i>Tabela 46: Tabela de intervenções do PG.</i>	124
<i>Tabela 47: Tabela da intervenção.</i>	125
<i>Tabela 48: Cronograma do PG ou da ÁC.</i>	127
<i>Tabela 49: Cronograma da intervenção.</i>	129
<i>Tabela 50: Recursos técnicos - folha.</i>	130
<i>Tabela 51: Recursos materiais.</i>	131
<i>Tabela 52: Recursos financeiros.</i>	132

Lista de Figuras

<i>Figura 1: Lista de verificação de espaços exteriores e edifícios amigos das pessoas idosas pág. 1 obtido de OMS (2007, p.18).</i>	133
<i>Figura 2:: Lista de verificação de espaços exteriores e edifícios amigos das pessoas idosas. Obtido de OMS (2007, p.19).</i>	134
<i>Figura 3: Avaliação para a tomada de decisões obtido em Serrano (2008, p.108).</i>	135

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento teórico	4
1.1. Envelhecimento coletivo	4
1.2. A reconfiguração demográfica atual	5
1.3. O envelhecimento individual	8
1.4. Enquadramento concetual de otimização do processo de envelhecimento	10
1.4.1. Envelhecimento produtivo	10
1.4.2. Envelhecimento Bem-sucedido	11
1.4.3. Envelhecimento Saudável	14
1.4.4. Envelhecimento Ativo	15
1.4.5. <i>Ageing in place</i>	17
1.5. Das políticas de envelhecimento em Portugal aos Planos Gerontológicos	20
2. Metodologia	29
2.1. Objetivo	29
2.2. Amostra	29
2.3. Procedimentos	29
3. Resultados – A construção de um guia orientador para os Planos Gerontológicos.	31
3.1. Caracterização dos Planos Gerontológicos estudados.	31
3.1.1. Pano(s) Gerontológicos da Amadora 2012 a 2025 (Rede social da Amadora, 2012; Núcleo Executivo CLAS da Amadora, 2015; ISCSP, 2017).	31
3.1.2. Plano Gerontológico de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).	33
3.1.3. Plano Gerontológico para o Concelho de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).	34
3.1.4. Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).	35
3.1.5. Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) 2018 – Vila Nova de Gaia (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.).	36
3.2. Síntese analítica dos Planos Gerontológicos.	37
3.2.1. Pano Gerontológico da Amadora 2012 a 2014 (Rede Social da Amadora, 2012).	37
3.2.2. Plano Gerontológico de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).	38
3.2.3. Plano Gerontológico para o Concelho de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).	38
3.2.4. Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).	39

3.2.5. Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) 2018 – Vila Nova de Gaia (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)	40
3.2.6. Síntese analítica das intervenções desenvolvidas pelos planos de âmbito gerontológico.	41
3.3. Síntese analítica das influências teóricas no âmbito do envelhecimento.	43
3.3.1. Envelhecimento Produtivo	43
3.3.2. Envelhecimento Bem-sucedido	43
3.3.3. Envelhecimento Saudável	43
3.3.4. Envelhecimento Ativo	44
3.3.5. Ageing in Place	45
3.4. Guia orientador para os Planos Gerontológicos.	46
3.4.1. 1.ª fase – Diagnóstico do Plano Gerontológico.	53
3.4.2. 2.ª fase – Planeamento do Plano Gerontológico.	64
3.4.3. 3.ª fase – execução do Plano Gerontológico.	73
3.4.4. 4.ª fase – Avaliação final do Plano Gerontológico.	74
3.5. Síntese do Guia Orientador para os Planos Gerontológicos	75
3.6. Recomendações	79
Conclusão	80
Referências bibliográficas	83
Apêndices	88
Apêndice 1: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG da Amadora 2012 a 2014 (Rede Social da Amadora, 2012).	88
Apêndice 2: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).	90
Apêndice 3: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do PG de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).	93
Apêndice 4: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).	95
Apêndice 5: Tabela síntese de prioridades desenvolvidas no âmbito do Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) do Concelho de Vila Nova de Gaia 2018 (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)	99
Apêndice 6: Diagnóstico - Dimensão de avaliação interna.	100
Apêndice 7: Grelhas de listagem referentes à georreferenciação e normas para o preenchimento da mesma.	103
Apêndice 8: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa. Questionário para a georreferenciação de pessoas idosas.	106
Apêndice 9: Folha de registo de participantes no CLPI por cada localidade.	118
Apêndice 10: Folha de registo de assiduidade ao CLPI por cada localidade.	119

Apêndice 11: Folha de registo de representantes no CMPI.	120
Apêndice 12: Folha de registo de representantes ao CMPI.	121
Apêndice 13: Árvore de problemas.	122
Apêndice 14: Análise SWOT.	123
Apêndice 15: Tabela de intervenções do PG.	124
Apêndice 16: Tabela da intervenção.	125
Apêndice 17: Lista de fases e etapas da intervenção: “exemplo de uma intervenção de literacia para a saúde”.	126
Apêndice 18: Cronograma do PG ou da AC ¹	127
Apêndice 19: Cronograma da intervenção.	129
Apêndice 20: Recursos humanos – folha.	130
Apêndice 21: Tabela de recursos materiais.	131
Apêndice 22: Tabela de recursos financeiros.	132
Anexos	133
Anexo 1: Lista de verificação de espaços exteriores e edifícios amigos das pessoas idosas.	133
Anexo 2: Avaliação para a tomada de decisões	135

Introdução

Com o triplo envelhecimento demográfico, (pela diminuição dos nascimentos, pelo aumento da esperança média de vida e pelo aumento da idade média da população) (Rodrigues, 2018), existe a necessidade, por parte do poder local, de se desenvolverem estratégias políticas que desenvolvam as capacidades das pessoas idosas, e que satisfaçam as suas necessidades e expectativas de vida futura. Estas intervenções, programas ou medidas, devem incorporar em si os princípios do envelhecimento ativo, nomeadamente a participação e a inclusão das pessoas idosas no processo de desenvolvimento e implementação dos programas e medidas a si destinados (CMVNG, s.d.). Como refere Bárrios e Fernandes (2011), o poder local é “dotado de competências e recursos, desempenha um papel fulcral na melhoria das condições de envelhecimento da população, em virtude da sua proximidade aos cidadãos e capacidade de mobilização dos atores” (p.191). Neste contexto, várias têm sido as medidas políticas direcionadas pela ação pública local para a população idosa, nem sempre integradas sob a forma de plano estruturado. Ainda assim, recentemente têm vindo a ser frequentes, à semelhança da problematização em torno do envelhecimento demográfico nos contextos locais, a consolidação de planos direcionados para o envelhecimento. Neste contexto, as denominações utilizadas pelos diferentes municípios para estas práticas de âmbito gerontológico variam, embora a intervenção se assemelhe (Teixeira, 2019). Entre estas denominações encontram-se “plano gerontológico”, “plano estratégico para a terceira idade do concelho x”, “plano municipal para o envelhecimento ativo, saudável e inclusivo”, “plano estratégico para o envelhecimento sustentável” ou “Estratégia Municipal para o Envelhecimento Ativo, Saudável e Inclusivo”, por exemplo.

Atendendo à diversidade terminológica e conteúdos inseridos nos diferentes planos de âmbito gerontológico, assim como à ausência de um guião estruturante ou de diretrizes políticas dedicadas ao envelhecimento, emerge a necessidade de se procurarem respostas que ajudem a colmatar esta lacuna. Deste modo, a consolidação de uma definição clara e imparcial de um modelo de intervenção de plano gerontológico, para as autarquias, assim como as respetivas diretrizes práticas, passíveis de ser adaptáveis a qualquer contexto local, poderá facilitar o processo destas práticas, e de desenvolvimento das mesmas nos contextos onde estas já ocorrem, favorecendo julgamos, o processo de disseminação das mesmas noutros territórios.

Considerando a evidência de que existe uma lacuna ao nível das diretrizes políticas para o envelhecimento e à necessidade explícita de se desenvolverem intervenções locais que potenciem a manutenção de estilos de vida saudáveis, que contrariem situações de isolamento social e solidão, e respeitem a autonomia pessoal, o objetivo da presente dissertação de mestrado será a construção de um guia orientador para os Planos Gerontológicos, com vista à sua aplicação nos diversos contextos de intervenção local.

Neste sentido, a proposta do presente trabalho será a sistematização do material ~~ori-~~ ~~undo~~ dos planos de âmbito gerontológicos existentes, bem como de modelos teóricos de envelhecimento e práticas que poderão favoravelmente contribuir para a consolidação dos mesmos. Deste modo, pretende-se proporcionar um modelo de intervenção para estes planos, com diretrizes claras, concretas e orientadas. Pela sistematização de fases e etapas, das intervenções e respetivas áreas de intervenção, bem como dos intervenientes e sua intervenção, pretende-se apresentar um modelo orientado, passível de ser aplicado nos diferentes contextos territoriais. Consideramos que simplificar e orientar o modo como o poder local e a sua rede de parceiros podem incrementar intervenções com base na intervenção social gerontológica, e que perspetive todas as áreas que compõem a vida das pessoas, através de um único plano, facilitará a utilização destas práticas por todo o território nacional.

Assim, através deste guia, pretende-se a existência de uma metodologia para a concretização dos Planos Gerontológicos, com base na teoria e na prática. Pretende-se iniciar um caminho norteador, sendo as diretrizes, por este guia apresentadas, passíveis de serem articuladas e ajustadas aos diferentes contextos, em função das especificidades dos contextos e das pessoas idosas residentes nos mesmos (suas necessidades, potencialidades e expectativas de vida futura).

Por forma a consubstanciar a nossa proposta, a presente dissertação será composta, então, por uma fundamentação teórica, em que damos conta do envelhecimento coletivo, da reconfiguração demográfica atual, do envelhecimento individual, do enquadramento concetual de otimização do processo de envelhecimento, e, por último, das políticas de envelhecimento em Portugal aos planos gerontológicos. A investigação empírica vai procurar conhecer, por um lado, as práticas de planos gerontológicos já ocorridas, e por outro lado, vai sintetizar os pressupostos de intervenção dos modelos abordados pelo tópico “enquadramento concetual de otimização do processo de envelhecimento” da fundamentação teórica, bem como de projetos ou estratégias de cariz político no âmbito destes modelos, que poderão ser incluídos nos planos gerontológicos (nomeadamente a

ENEAS- Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e Saudável e o programa Cidades Amigas das Pessoas Idosas). Será, então, a partir destas duas dimensões que arquitetaremos o guia orientador para os Planos Gerontológicos que se encontra nos resultados por um lado a caracterização analítica e síntese dos modelos de envelhecimento, e propostas políticas, assim como dos PG ocorridos e por outro, a concretização do guia orientador para os PG.

1. Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento coletivo

No contexto da reconfiguração demográfica atual, emerge a necessidade de caracterizar o envelhecimento coletivo, isto é, o modo como ocorre o envelhecimento no conjunto de indivíduos. Nesta perspetiva, importa considerar o envelhecimento coletivo do ponto de vista demográfico e o envelhecimento coletivo do ponto de vista societal (Rosa, 2020).

Com a evolução em diversos níveis da sociedade, o envelhecimento demográfico tem-se vindo a acentuar nos últimos anos (Rodrigues, 2018). Como sugere Rosa (2012; 2020), o envelhecimento demográfico caracteriza-se por uma evolução particular da estrutura etária de uma população. Nesta evolução, existe um aumento da importância da população idosa (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos), caracterizada como envelhecimento no “topo” da pirâmide etária, e, por outro lado, através da diminuição da importância estatística dos jovens (até aos 15 anos de idade), caracterizada como envelhecimento na “base” da pirâmide etária. Quando ocorrem estes dois processos em simultâneo numa população diz-se que essa população se encontra em duplo envelhecimento da população (Rosa, 2012, 2020).

Em Portugal, o fenómeno do envelhecimento demográfico iniciou-se num período posterior à restante Europa do Norte e Central. Ainda assim, decorreu num período posterior à segunda guerra mundial, de modo vigoroso e intenso devido a impactos e a características do processo migratório e a adoção de desenvolvimentos sociais, culturais e económicos da restante Europa. O aumento da longevidade retratado anteriormente é observado pelo índice de longevidade. O aumento deste índice implica mais necessidades de cuidados de saúde pela população, especialmente pela mais velha, assim como um esforço maior do sistema de pensões (Paúl & Ribeiro, 2012).

Se por um lado a população envelhece no que concerne aos números traduzidos pela e na demografia, por outro importa perceber de que modo o envelhecimento, quer individual quer coletivo, é percebido pelos indivíduos. Este fenómeno é apresentado por Rosa (2012) como envelhecimento societal, ou da sociedade. Em primeiro lugar, importa perceber que este conceito tem uma estreita relação com o envelhecimento demográfico, uma vez que o envelhecimento societal pode resultar do envelhecimento demográfico. Ainda assim, não são necessariamente processos coincidentes. Por outras palavras, em-

bora uma população esteja a envelhecer não implica que a sociedade o esteja. Esta sociedade poderá reagir ao envelhecimento demográfico, encontrando um modo para o enfrentar, aceitando que o envelhecimento é um processo intrínseco e natural ao indivíduo, não se sentindo ameaçada pelas mudanças que decorrem do mesmo processo (Rosa, 2012, 2020).

1.2. A reconfiguração demográfica atual

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020), em Portugal, existiam, em 2019, 10 295 909 pessoas, tendo aumentado, relativamente ao ano anterior 19 292 habitantes, pelo aumento do saldo migratório (INE, 2020).

No mesmo ano, existiam 1 396 985 pessoas com idades até aos 15 anos de idade, população jovem, cerca de 13,6% da população total. Segundo as estimativas da mesma entidade, este grupo etário irá diminuir a sua representatividade, pela redução do número de mulheres em idade fértil que se verifica desde 2003. Esta redução influencia a redução de nascimentos e da população jovem dos últimos anos, alargando este processo ao longo dos anos (INE, 2017).

Do mesmo modo, irá também diminuir a população em idade ativa, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade, passando dos 6,6 milhões em 2019 a 4,2 milhões em 2080 (INE, 2017, 2020). Segundo o INE (2020), em 2034, a população em idade ativa irá ficar abaixo de 6,0 milhões, e abaixo de 5,0 milhões em 2054. No que concerne à representatividade deste grupo etário, no ano 2019 (sendo estes os dados mais atuais), este grupo etário representava 64,3%, face à restante população (INE, 2020). Neste grupo etário, tem vindo a acontecer um envelhecimento, pela diminuição do índice de renovação em idade ativa, de 83,5 pessoas, com 20 a 29 anos, por cada 100 pessoas, de 55 a 64 anos, em 2014, para 77,5 pessoas, com idade entre os 20 e 29 anos, por cada 100 pessoas, com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, no ano de 2019 (INE, 2020). Deste modo, pela interpretação dos dados relativos ao índice de renovação da população em idade ativa, o número de pessoas com 20 a 29 anos de idade por cada 100 com idades entre os 55 e os 64 anos, desde 2010, o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho não compensa o número de pessoas com idade potencial de saída no mercado de trabalho (INE, 2018).

No que concerne à população idosa, com idades iguais ou superiores a 65 anos de idade, devido à baixa natalidade, a uma maior longevidade (pela maior esperança média

de vida) e a um reduzido saldo migratório até 2016, acentuou também no ano de 2019, à semelhança do que vinha a acontecer nos anteriores, o processo de envelhecimento demográfico. Como refere Rodrigues (2018), o envelhecimento demográfico pode atualmente ser caracterizado, não só como duplo envelhecimento, mas enquanto triplo envelhecimento demográfico, uma vez que à natalidade e à mortalidade poderemos adicionar a idade média da população, para melhor caracterizar este processo demográfico (Rodrigues, 2018). Em 2017, a idade média da população portuguesa era 44,2 anos, tendo aumentado 3,1 anos desde 2007 (INE, 2018). Nesta perspetiva, o envelhecimento demográfico surge como um importante desafio, nomeadamente para as economias dos países (Rodrigues, 2018). Com menos jovens, mais população idosa e um aumento na idade mediana da população (de 43,5 anos em 2014 para 45,5 em 2019) existiam em 2019 cerca de 2 280 424 habitantes idosos. Este número correspondia assim a 22,1% da população, sendo a Região Autónoma dos Açores a região menos envelhecida, com 14,9% da população sendo idosa, e o Alentejo a região onde existiam mais pessoas idosas, com 25,6% da população correspondente a este grupo etário. Contrariamente aos outros dois grupos etários, no grupo etário dos idosos prevê-se que exista um aumento deste grupo, sendo que de 2,3 milhões de pessoas idosas em 2019 possam vir a existir em 2080 cerca de 3,0 milhões. Ainda assim, este valor não terá em 2080 o valor máximo de pessoas idosas, já que a partir de 2050 atingirá o valor máximo e tenderá a diminuir a partir daí. Este processo deve-se ao facto de a partir de 2050 estarem na faixa etária da população idosa gerações de menor dimensão, nascidas já em contextos em que se verificavam níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição de gerações (INE, 2020).

No que concerne à Esperança Média de Vida (EMV), à nascença, em 2017, era para a população portuguesa de 80,78 anos, sendo que para os homens era 77,74 anos e de 83,41 anos para as mulheres. Nos últimos anos tem vindo a diminuir a diferença entre homens e mulheres no que toca à EMV, sendo que de 6,45 anos em 2007 passou a existir uma diferença de 5,67 anos em 2017. Nessa década, a EMV aumentou 2,28 anos, sendo que para os homens aumentou 2,56 e para as mulheres 1,78 anos (INE, 2018). O aumento na EMV deve-se sobretudo à queda na taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doença cardíaca isquémica. Ainda assim, a diferença entre a EMV para as mulheres e a EMV para os homens esteve acima da média europeia. Por outro lado, aos 65 anos, a EMV era de mais 19,61 anos, sendo que os homens poderiam viver mais 17,70 anos e as mulheres mais 21 anos, na situação da população portuguesa, em 2017 (INE, 2018). No que concerne à EMV aos 65 anos em Portugal era, em 2019, de 7,3 anos sem

incapacidade e de 13,1 anos com incapacidade. Por outro lado, no que diz respeito à média da união europeia (UE), as pessoas aos 65 anos poderiam viver mais 10 sem incapacidade e 9,9 anos com incapacidade. Deste modo, o valor relativo ao número de anos com incapacidade para Portugal era maior quando comparado com a média da UE. Ainda assim, a EMV sem incapacidade para Portugal era menor do que a média europeia. Neste sentido, embora em Portugal se vivam mais anos, relativamente à realidade denotada pela média europeia, o mesmo não significa que se viva com mais qualidade, fator este que é demonstrado pela vivência de mais anos com incapacidade em Portugal (Eurostat, 2019).

No que diz respeito às doenças crónicas em pessoas com 65 e mais anos de idade, no perfil de saúde apresentado pela *Statistical Office of the European Union* (Eurostat), em 2019, estas doenças incluem um grupo alargado de patologias. Nesse grupo de doenças, estão o ataque cardíaco, a tensão arterial alta, o colesterol elevado, o AVC, a diabetes, a doença de Parkinson, a doença de Alzheimer, a artrite reumatoide e a osteoartrite. Em Portugal, cerca de 47% da população idosa não tinha qualquer doença, enquanto 36% tinham 1 doença e cerca de 17% das pessoas idosas tinham pelo menos duas doenças crónicas. Semelhantemente, relativamente à UE, 46% das pessoas não tinha qualquer patologia, 20% tinham uma patologia e 34% tinham pelo menos 2 patologias crónicas. Ainda assim, no que concerne às limitações ao nível das atividades de vida diárias (AVD), em pessoas com 65 e mais anos, em Portugal 83% não tinham qualquer limitação, enquanto 17% tinham pelo menos uma limitação. Por outro lado, no que concerne à UE, os valores da média europeia foram semelhantes ao que sucede em Portugal, sendo que 82% se encontra sem limitações e 18% tem pelo menos uma limitação (Eurostat, 2019).

Na caracterização do envelhecimento demográfico, ocorre ainda um processo de envelhecimento territorializado. Por outras palavras, o processo de envelhecimento demográfico ocorre de modo diferenciado nos diferentes contextos, pelas diferenças que existem relativamente a este fenómeno nos diversos territórios (Rodrigues, 2018).

Um indicador relevante para perceber o processo de envelhecimento demográfico é o índice de envelhecimento. Na década decorrente de 2007 a 2017, este indicador revelou um aumento de mais 41 idosos por cada 100 jovens, já que em 2007 existiam 114 idosos por cada 100 jovens e em 2017 passaram a existir 155 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018). Dados mais recentes, relativos a 2019, indicam que nesse ano existiam 163,2 idosos por cada 100 jovens. No mesmo ano, a região mais envelhecida, utilizando este indicador, era o Alentejo, com 206,1 idosos por cada 100 jovens, e a região menos envelhe-

cida era a Região Autónoma dos Açores, com 97,2 idosos por cada 100 jovens. Esta última região, é simultaneamente a região menos envelhecida, e a única onde o valor relativo aos idosos não ultrapassava o valor relativo aos jovens, ficando abaixo de 100. Ainda assim, desde 2014, até ao ano 2019, em todas as regiões do país, verificou-se um aumento no índice de envelhecimento. Há assim que destacar que as regiões Alentejo, Centro e Norte são, por esta ordem, as mais envelhecidas no ano 2019, com 206,1 idosos, 203,6 idosos e 165,8 idosos por cada 100 jovens, respetivamente. Por outro lado, as regiões menos envelhecidas foram a Região Autónoma dos Açores, a Região Autónoma da Madeira, a Área Metropolitana de Lisboa e o Algarve, com 97,2 idosos, 129,5 idosos, 139,0 idosos e 146,5 idosos por cada 100 jovens, respetivamente. Deste modo, o grupo que representa as regiões envelhecidas encontra-se acima do valor nacional (163,2 pessoas idosas por cada 100 jovens) e o grupo de regiões com menor envelhecimento encontra-se abaixo da mesma média (INE, 2020).

Paralelamente a esta evolução, existiu também um aumento no índice de dependência, isto é, o número de jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Se em 2007 existiam 50 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, em 2017, passaram a existir 55 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2018). No que concerne ao índice de dependência dos idosos, segundo as projeções mais recentes do INE (2020), se em 2019 este índice era de 34,5 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa, em 2080, esse valor poderá ser de 72,4 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2020).

1.3. O envelhecimento individual

O processo de envelhecimento é um processo também ele individual. Este decorre ao longo do ciclo de vida do indivíduo, de modo diferenciado entre indivíduos, sendo um processo progressivo, irreversível e uma inevitabilidade do ser humano (Rosa, 2012).

Como vimos, o envelhecimento é um fenómeno que, do ponto de vista populacional e societal, está a alterar a sociedade atual. Ainda assim, se por um lado tem um impacto coletivo, importa por outro perceber de que modo o envelhecimento decorre no indivíduo (Ribeiro & Paúl, 2018). Se por um lado o envelhecimento demográfico se constitui enquanto processo irreversível e que é definido enquanto um avanço importante da sociedade em diversos domínios, o envelhecimento individual é a sua causa, uma vez que é nos indivíduos que ocorre diretamente o processo de envelhecimento (Rosa, 2020). O

envelhecimento individual pode ser caracterizado como envelhecimento cronológico ou, por outro lado, enquanto envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico corresponde ao passar dos anos no indivíduo, comumente associado à idade cronológica do mesmo, sendo que a longevidade tem vindo a aumentar nos últimos anos (Rosa, 2012). Por outro lado, não opondo esta métrica, o envelhecimento biopsicológico está relacionado com o impacto que o decorrer dos anos, associados à idade cronológica, implica na componente biológica (Resende de Oliveira & Mota Pinto, 2014; Rosa, 2012) e psicológica do indivíduo (Rosa, 2012; Fonseca, 2012). No que concerne ao envelhecimento biológico, este é provocado pela degradação das competências no organismo do indivíduo, ao qual se assiste a um aumento progressivo da vulnerabilidade face à mobilidade. Ainda assim, relativamente ao envelhecimento psicológico, este está relacionado com as competências psicológicas que o indivíduo tem ao seu dispor, de modo a adaptar-se às alterações do meio ambiente, físico e social onde está inserido. São exemplo destas competências as funções cognitivas (como a memória e a atenção), a saúde mental, a autonomia ou a estabilidade emocional (Pardal, 2014).

Quando se associa ao envelhecimento individual um fenómeno que decorre sob a forma de processo, este caracteriza-se pela presença de dois tipos de envelhecimento no indivíduo, o envelhecimento primário e o envelhecimento secundário. O envelhecimento primário, também denominado por envelhecimento normal, caracteriza-se enquanto processo normativo de envelhecimento. Neste sentido, o indivíduo poderá apresentar défices decorrentes da componente biofisiológica, sendo que através de mecanismos internos (como *coping*¹) ou externos a si (como fármacos ou terapias não farmacológicas) consegue manter a sua função normal. Por outro lado, o envelhecimento secundário, também denominado por envelhecimento patológico, refere-se a défices ao nível da função cognitiva, associados às diferentes tipologias de demências (sendo as mais frequentes a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson e a Doença de Corpos de Lewy). A passagem do envelhecimento primário ao envelhecimento secundário nem sempre ocorre em todos os indivíduos. Ainda assim, a passagem do estado normal ao patológico decorre de modo diferenciado podendo passar por um estado de Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) (Paúl & Ribeiro, 2012). O DCL é caracterizado por um período em que existem perdas ao nível do estado cognitivo, num ou mais domínios (sendo estes a atenção, a linguagem, a memória, as funções executivas, as gnosias e as praxias) (Nunes & Pais, 2014). Neste estado

¹ Em língua portuguesa significa “lidar” no sentido de enfrentamento de situações do dia-a-dia.

podem ser revertidos ou atenuados o(s) seu(s) impacto(s), conseguindo prevenir ou retardar situações de demência no indivíduo (Nunes & Pais, 2014; Paúl & Ribeiro, 2012).

1.4. Enquadramento concetual de otimização do processo de envelhecimento

1.4.1. Envelhecimento produtivo

A expressão de envelhecimento produtivo surge em 1970 associada à alteração da perceção sobre as pessoas idosas. Este conceito surge com o intuito de alterar a conceção vigente na sociedade relacionada com o facto de se associar à pessoa idosa a não contribuição, em termos económicos, para a sociedade. Deste modo, passou a entender-se que, independentemente da sua relação com o trabalho formal, a pessoa idosa poderia desenvolver atividades que lhe sejam significativas e satisfatórias, com impacto positivo para a sua vida (Araújo & Melo, 2018). Rosario, Morrow-Howel e Hinterlong (2004, in Gonçalves, 2015) atribuem o papel produtivo do envelhecimento produtivo como aquele que produz bens ou serviços, remunerados ou não, considerando o seu desempenho como fator protetor para as pessoas idosas, propiciando-lhes bem-estar, a si e aos outros. A noção de produção de serviços e de satisfação de necessidades são conceitos reiterados por Martin e Colaboradores (2007, in Gonçalves, 2015) associando ao processo de envelhecimento o envelhecimento produtivo (Gonçalves, 2015).

No seguimento destas ideias, este modelo de envelhecimento produtivo pretende defender o sistema de proteção social, através da participação das pessoas mais velhas no sistema produtivo, assim como pelo combate às reformas antecipadas. Esta perspetiva pretende ainda dar às pessoas mais velhas a possibilidade de desenvolverem em idades mais avançadas sentimentos de bem-estar e participação na sua comunidade, contrariando assim o tratamento injusto e padronizado das pessoas idosas (Carvalho, 2013).

De modo síntese, o envelhecimento produtivo promove a integração das pessoas idosas na sociedade onde pertencem, pelo combate à discriminação etária. Esta discriminação está relacionada, como vimos, com a noção de que este grupo etário não contribui, do ponto de vista económico, para a sociedade, e é ainda o grupo que mais usufrui dos mecanismos de providência social, nomeadamente pelo recebimento de pensões e no acesso a bens e serviços de saúde. Ainda assim, há a realçar, que ao longo do seu percurso

de vida, este grupo etário terá sido contribuinte para os mesmos, sendo um direito seu ter acesso aos mesmos na última fase de vida (Carvalho, 2013).

Relativamente às atividades que poderão ser integradas no âmbito do modelo de envelhecimento produtivo estas encontram-se agrupadas em quatro tipologias, isto é, o meio familiar, a promoção social, o trabalho sénior e a participação social. Como forma a fornecer exemplos das mesmas tipologias, a tabela 2 procura sistematizar cada uma destas.

Meio Familiar	Promoção Social	Trabalho Sénior	Participação Social
tarefas domésticas; cuidar dos netos; tratar de tarefas domésticas; pagamento de contas; fazer as compras para casa; ou ir aos correios.	participação em programas de voluntariado sénior; e a integração e desenvolvimento de programas intergeracionais.	meio rural: trabalho no quintal; meio urbano: trabalho em serviços.	participação em partidos políticos ou enquanto cidadão participante ativo em associações das comunidades locais.

Tabela 2: Exemplo de atividades no âmbito do Envelhecimento Produtivo (Araújo & Melo, 2018).

Este processo de envelhecimento produtivo traduz, para a sociedade e para o indivíduo, vantagens. Por um lado, para a sociedade, esta recebe o contributo da experiência adquirida das pessoas idosas ao longo do seu percurso de vida. Por outro, no indivíduo, este continua a estabelecer uma relação com a sociedade, estando inserido nela de modo ativo (Araújo & Melo, 2018).

No entanto, existem críticas apresentadas a esta perspetiva, nomeadamente pela não valorização da atividade de enriquecimento pessoal e pela base economicista deste modelo. Além destas críticas, como revela Gonçalves (2015), referindo que existem estudos que evidenciam que, em muitas situações, a inclusão de atividades produtivas no processo de envelhecimento poderá trazer benefícios ao indivíduo, noutros, o efeito é contrário (Gonçalves, 2015).

1.4.2. Envelhecimento Bem-sucedido

O modelo de envelhecimento bem-sucedido está comumente associado ao modelo SOC (seleção, otimização e compensação), de Baltes e suas equipas de colaboradores, ainda assim, outros investigadores contribuíram para esta perspetiva (Lima, 2016). Para este modelo, o envelhecimento é percebido enquanto processo de ganhos e perdas que

decorrem ao longo do processo de envelhecimento no indivíduo (Gonçalves, 2015). Embora o termo *successful aging* tenha sido introduzido por Robert Havighurst (1961 in Gonçalves, 2015), apenas a partir da década de 1980 se tornou mais conhecido (Gonçalves, 2015).

Até 1980, o envelhecimento bem-sucedido estava relacionado com a duração da vida. No entanto, a partir desta data, começou a estudar-se os fatores que permitem vidas mais longas. Deste modo, o foco foi-se orientando para a tentativa em retardar os declínios decorrentes da idade, em favor da esperança de vida ativa e da prevenção de défices na idade adulta avançada. A esperança de vida ativa corresponde, deste modo, ao número de anos passados pelo indivíduo sem que este tenha doenças ou incapacidades. Com esta mudança de paradigma, quanto ao modo como se perspetiva o processo de envelhecimento, passou a dar-se a mesma importância à quantidade de vida e à qualidade de vida. Por outras palavras, a qualidade de vida passou a ser incorporada na conceção do envelhecimento bem-sucedido, como sendo um componente essencial do mesmo modelo (Lima, 2016). Neste contexto, a qualidade de vida é determinada pela manutenção da capacidade funcional (independência e autonomia) do indivíduo (Benavente, 2020). Deste modo, a noção de qualidade de vida assenta em três pilares fundamentais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a dimensão positiva-negativa. A subjetividade está relacionada com a perspetiva que a própria pessoa faz do seu envelhecimento e da sua qualidade de vida, passível de ser alterada ao longo do ciclo de vida. Por outro lado, a multidimensionalidade diz respeito à consideração de que é necessária a interseção de diversas dimensões para perceber a qualidade de vida. Por último, a dimensão positiva-negativa considera como necessário considerar aspetos positivos e negativos para perceber o modo como se percebe a qualidade de vida, sendo, como exemplo destes, aspetos como a mobilidade e a dor, respetivamente (Lima, 2016).

À medida que diferentes investigadores foram apresentando os seus contributos ao modelo de envelhecimento bem-sucedido, Paul Baltes e colaboradores, foram ao longo dos anos apresentando, acrescentando a cada investigação, novos contributos associados ao modelo SOC (Seleção, Otimização, Compensação) (Ribeiro & Paúl, 2018). O modelo SOC valoriza o papel que a cultura poderá ter na compensação do declínio associado ao processo de envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2018; Lima, 2016). Esta compensação torna-se necessária, uma vez que no decorrer do processo de envelhecimento ocorre um balanço de ganhos e perdas inerentes ao mesmo. Neste contexto, Baltes, Staudinger e

Lindenberger (1999) apresentam três mecanismos psicológicos que são usados regularmente em qualquer área da vida do indivíduo, a seleção, a otimização e a compensação. A seleção relaciona-se com os objetivos sob a forma de metas ou de resultados que o indivíduo se propõe a efetuar no âmbito dos domínios da sua vida. É exemplo deste processo o estreitamento do conjunto de potencialidades do indivíduo. No seguimento da seleção, a otimização procura maximizar as escolhas realizadas através de mecanismos como a aquisição de meios, o aprimoramento dos recursos existentes ou a procura de contextos de melhoria. Ocorre assim uma resposta à perda de meios, através da compensação, com a aquisição de novos objetivos direcionada a meios internos e externos ao indivíduo, devido à perda de meios e recursos disponíveis, a mudanças em contextos e ao reajuste da estrutura das metas. De modo sintético, o indivíduo seleciona as suas potencialidades, otimizando-as através da maximização do seu benefício, compensando as perdas decorrentes do envelhecimento. Um exemplo deste processo enunciado por Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999) é o de um pianista com 80 anos de idade que continuava a tocar piano, mesmo com as alterações decorrentes da idade ao nível da motricidade fina. O pianista selecionou apenas algumas peças do repertório que anteriormente apresentava, praticou o mesmo bastante vezes, otimizando assim a sua prática. Por fim, adaptou-o à sua condição presente traduzindo um toque único das suas peças, conseguindo momentos mais lentos e momentos mais rápidos, tocando mais lentamente os segmentos da música mais lentos antecedendo os segmentos mais rápidos, compensando a sua menor rapidez (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

Esta perspetiva poderá ser percebida num espetro longitudinal do processo de envelhecimento. Considerando que assenta em selecionar os objetivos, otimizar as escolhas e compensar num cenário de equilíbrio desfavorável para o desempenho do indivíduo, em fases do ciclo de vida mais avançadas, ocorre sobretudo a compensação das perdas. É exemplo desta o utilizar de óculos a partir de certa altura, contrabalançando a diminuição da acuidade visual. Se por um lado, é inevitável envelhecer, por outro envelhecer com qualidade deverá ser uma escolha feita o quanto mais cedo melhor (Ribeiro & Paúl, 2018).

Na velhice, a relação entre perdas e ganhos poderá ser melhor gerida sempre que o indivíduo possuir a capacidade para utilizar os mecanismos SOC na gestão de ganhos e perdas. Deste modo, poderá continuar a alcançar e a definir objetivos e metas de vida, significativos para si, não se reduzindo à aceitação de que envelhecer é meramente um processo de declínio (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

1.4.3. Envelhecimento Saudável

O modelo de envelhecimento saudável traduz uma abordagem de promoção da saúde e prevenção da doença. (Direção-Geral de Saúde, 2008).

O envelhecimento saudável refere-se à manutenção da capacidade funcional, indo além da ausência de doença, sendo necessária à sua compreensão dois conceitos relevantes. Em primeiro, a capacidade intrínseca diz respeito a todas as capacidades, físicas e mentais, de um indivíduo. Por outro lado, a capacidade funcional refere-se aos atributos, relativos à saúde, que permitem que a pessoa seja ou realize atividades que valoriza para si. Assim, o envelhecimento saudável corresponde ao “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (Organização Mundial de Saúde, 2015, p.13). Com o avançar da idade, dependendo das escolhas de vida e das intervenções ocorridas no indivíduo quer a capacidade intrínseca, como a capacidade funcional tendem a diminuir ao longo da trajetória de vida do indivíduo (OMS, 2015). É exemplo disso a possibilidade de se poder melhorar a situação de uma pessoa com demência, na situação de esta ter acesso a cuidados de saúde e a um ambiente que a apoie, otimizando a sua condição presente. Com o envelhecimento, as necessidades ao nível da saúde tendem a tornar-se cada vez mais complexas e crónicas, sendo por isso pertinente que os cuidados de saúde atendam à multidimensionalidade de modo integrado, sendo, com isso, potencialmente, mais eficazes. Deste modo, é necessário alinhar os sistemas de saúde às necessidades das pessoas idosas, no sentido de se tornarem serviços integrais e centrados nas necessidades das pessoas idosas (OMS, 2015).

O modelo de envelhecimento saudável preconiza que a sua intervenção deve ter como objetivo maximizar a capacidade funcional de duas formas, mantendo e construindo a capacidade intrínseca ou permitindo que um indivíduo com capacidade funcional reduzida realize atividades importantes para si. Deste modo, pretende-se otimizar as trajetórias da capacidade funcional e da capacidade intrínseca ao longo da vida. Neste sentido, é necessária a intervenção em quatro áreas prioritárias, isto é, alinhar os sistemas de saúde à população mais velha, desenvolver os sistemas de cuidados a longo prazo, criar ambientes favoráveis às pessoas idosas e ainda melhorar a medicação, monitorização e a compreensão desta população. No que concerne aos ambientes, estes são todo o contexto no qual uma comunidade vive, desde os transportes públicos, à habitação, o trabalho, a proteção social, a informação e comunicação, os serviços de saúde e os cuidados de longo prazo (OMS, 2015).

1.4.4. Envelhecimento Ativo

Lançado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde na II Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, surge o conceito de envelhecimento ativo. Este conceito, mais integrado e amplo que os anteriores, foi popularizado em 2012 com a visibilidade atribuída à importância de envelhecer de modo ativo, trazida pela consideração desse ano enquanto ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações (Gonçalves, 2015). O envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, p.13).

O modelo de envelhecimento ativo emerge num momento posterior ao modelo de envelhecimento saudável, procurando ser uma perspectiva mais completa. Contempla não só a saúde, como aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais. Deste modo, o envelhecimento ativo consolida-se enquanto perspectiva integrada de um modelo multidimensional, sendo, por isso, mais consensual do que os anteriores. Preconizando a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, procura manter a autonomia e a independência das pessoas mais velhas e que as mesmas estejam integradas em sociedades seguras, assumindo ainda uma cidadania plena (Ribeiro & Paúl, 2018).

O conceito “ativo” representa assim a base deste modelo, sendo dirigido à participação e ao envolvimento, em questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, pelas pessoas mais velhas. Deste modo, estar ativo não se restringe a estar fisicamente ativo ou fazer parte da força ativa do trabalho. Para o modelo de envelhecimento ativo, torna-se relevante que o indivíduo perceba o seu potencial, de modo a promover a sua qualidade de vida e o seu bem-estar, à medida que envelhece (Ribeiro & Paúl, 2018).

Segundo os mesmos autores, o paradigma do envelhecimento ativo tem na sua base quatro conceitos chave, sendo estes a autonomia, a independência, a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida. A autonomia é caracterizada enquanto capacidade que o indivíduo tem de controlo sobre aspetos sobre a sua vida e a sua capacidade de decisão. Por outro lado, a independência diz respeito à capacidade de o indivíduo controlar aspetos da sua vida ao nível das atividades de vida diárias (AVD'S) e das atividades de vida diárias instrumentais (AVDI'S). Esta capacidade assegura a capacidade de a pessoa cuidar de si própria, manter o seu corpo saudável, manipular o mundo externo nas suas rotinas diárias, como a utilização de transportes públicos, por exemplo. Neste sentido, o envelhecimento ativo é ainda caracterizado pela expectativa de vida saudável, isto

é, pelo tempo de vida em que o indivíduo não necessita de cuidados de saúde específicos. Relativamente ao último conceito, a qualidade de vida é um conceito mais específico e incorpora diferentes características (Ribeiro & Paúl, 2018). A qualidade de vida implica a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente onde a pessoa idosa está inserida. Deste modo, o envelhecimento ativo revela como preponderante a compreensão de diferentes aspetos, nomeadamente a compreensão dos aspetos que são valorizados pela pessoa idosa para o seu bem-estar, assim como do modo como o ambiente está adaptado para as pessoas idosas. Este ambiente não se restringe ao ambiente relativo ao espaço físico, atendendo também à componente social do mesmo (Ribeiro & Paúl, 2018).

Além de toda esta caracterização associada ao envelhecimento ativo, este modelo assenta ainda nos direitos humanos das pessoas mais velhas, definidos pela Organização para as Nações Unidas (ONU). Segundo a mesma organização, estes princípios são a independência, a participação, a dignidade, a assistência e a autorrealização². Estes princípios enfatizam a responsabilidade da pessoa mais velha na sua participação, ao invés da passividade ao ver o tempo passar na sua vida. Esta responsabilidade inclui uma intervenção em quatro pilares, a saúde, a segurança, a participação e a aprendizagem ao longo da vida, sendo estes os pilares onde assenta o modelo de envelhecimento ativo (Ribeiro & Paúl, 2018). No que concerne à saúde, esta é entendida como fundamental para a promoção da qualidade de vida e a diminuição da necessidade de tratamento médicos e de serviços assistenciais. Por outro lado, a segurança é assegurada quando na definição das políticas estão presentes as necessidades e os direitos da população mais velha. Deste modo, a segurança social, física e financeira, poderão estar asseguradas, e a garantia de que, na impossibilidade das pessoas se conseguirem proteger e sustentar, os valores da dignidade, assistência e proteção lhe estão assegurados. Ainda assim, a participação está relacionada com a possibilidade de as pessoas idosas poderem continuar a contribuir para a comunidade onde estão inseridas, através de atividades, remuneradas ou não, nessa comunidade (Gonçalves, 2015).

A aprendizagem ao longo da vida foi um pilar adicionado recentemente ao modelo de envelhecimento ativo, da necessidade de incluir a componente do desenvolvimento do indivíduo no processo de envelhecimento ativo pela consideração de que o acesso à in-

² <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>

formação é a chave para o envelhecimento ativo. Para o Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015), a aprendizagem ao longo da vida é relevante, não só no sentido da empregabilidade, como também para favorecer o bem-estar das pessoas, sendo este pilar a base dos anteriores. Nesta articulação com os outros pilares do envelhecimento ativo, a aprendizagem ao longo da vida constitui-se como um contributo, quer para o conhecimento para a saúde, quer para a promoção de uma maior participação em todas as esferas da sociedade, quer para a promoção de uma maior segurança por parte das pessoas idosas. Deste modo, pessoas com mais recursos, aprendizagens, são pessoas mais ativas, em todas as esferas da sua vida, mais informadas e mais autónomas nas decisões da sua vida (Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015).

No âmbito das políticas, com base no modelo de envelhecimento ativo, é necessário incluir o domínio da responsabilidade coletiva, assim como um conjunto vasto de intervenções que se tornem multidimensionais e que valorizem a continuidade das trajetórias individuais, com base na heterogeneidade dos percursos de vida e do seguimento dos mesmos na velhice (Ribeiro & Paúl, 2018).

1.4.5. *Ageing in place*

No seguimento destes modelos, emerge a perspetiva do *ageing in place*, procurando valorizar o ambiente no processo de envelhecimento. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o *ageing in place* é a possibilidade de “viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente à medida que envelhece” (WHO, 2015, p.36), sendo para o mesmo necessário adaptar o ambiente social e físico ao longo do tempo (WHO, 2015). À medida que envelhece, o indivíduo passa cada vez mais tempo em sua casa, e na comunidade envolvente, reforçando a relação indivíduo-casa-comunidade e a preocupação com a intervenção nas comunidades (WHO, 2015).

Como refere Iecovich (2014), o *ageing in place*, isto é, o envelhecer no lugar, advém do desejo implícito nas pessoas idosas em permanecer em ambientes que lhe são familiares, referindo-se à sua casa ou à sua comunidade. A este desejo está inerente a vontade em controlar a maioria dos aspetos da sua vida diária, como os cuidados pessoais e atividades significativas. Para isto, é necessário recorrer, ao longo do tempo, a modificações adaptativas do ambiente de acordo com as implicações do envelhecimento no indivíduo. Para esta perspetiva, a preocupação tem como foco as habitações das pessoas e

os espaços exteriores, sendo para isso necessários programas de natureza social e programas de assistência no domicílio (Iecovich, 2014).

O processo de *ageing in place* é um conceito contemporâneo, caracterizado como processo de adaptação ambiental considerando que existe a responsabilidade social de proteger as pessoas idosas, especialmente as pessoas mais vulneráveis, através de políticas públicas que valorizam a vontade da pessoa idosa em manter-se no seu ambiente o maior tempo possível, de modo independente, com saúde e beneficiando de apoio social (Iecovich, 2014). O foco desta perspectiva é a oportunidade para as pessoas idosas manterem a interação social e as suas relações sociais, bem como o acesso a serviços de saúde, com vista à promoção da sua autonomia, independência, privacidade e controlo sobre o meio ambiente (Fonseca, 2015).

Iecovich (2014) refere que, pelo relatório do 2º Fórum Global da OMS sobre inovação para as populações envelhecidas, foram definidas cinco áreas de intervenção no processo de *ageing in place*. A versão original em inglês define estas áreas de intervenção como 5P's, sendo estas *people, place, products, person-centered services, e policy*, sendo em português, pessoas, lugares, produtos, serviços centrados na pessoa e políticas de apoio social (Iecovich, 2014).

Ainda, a perspectiva do *ageing in place* assenta em quatro dimensões, a física, a emocional e psicológica, a social, e a cultural, que se interrelacionam (Fonseca, 2015). Para esta perspectiva, o “lugar” diz respeito não só à residência física, mas a todo o contexto que permite que a pessoa preserve a sua vida, a sua identidade social, mesmo quando se encontra em situação de dependência. Deste modo, o lugar deverá atender à identidade pessoal e à preservação da integridade do “eu”. O *ageing in place* pressupõe que à medida que a pessoa se torna mais dependente, doente e frágil, poderá viver em segurança e em sua casa, desde que existam apoios apropriados face às suas necessidades (Iecovich, 2014).

Aos decisores políticos, o *ageing in place* promove uma redução dos custos por parte do Estado, uma vez que o cuidado institucional é mais caro do que a prestação de cuidados na comunidade. Deste modo, os benefícios do *ageing in place* assentam nas mudanças ambientais que geram resultados positivos se se promover o ajustamento entre a pessoa e o ambiente, contribuindo para a melhoria das condições de vida e do controlo pessoal. Assim, existe uma diminuição da pressão ambiental (Iecovich, 2014). Ainda assim, torna-se necessário atender a que diferentes grupos de pessoas idosas podem reagir de modo diferentes às alterações ambientais, podendo um grupo sentir um sentimento de

exclusão, ao passo que outros poderão experimentar uma forte sensação de inserção social. Estas reações podem variar, dependendo das mudanças ocorridas (WHO, 2015).

De modo a facilitar a promoção do envelhecimento na comunidade, torna-se necessário que as diretrizes políticas caminhem nesse sentido. Neste contexto, torna-se necessária a orientação e o planejamento das comunidades e a adoção de orientações externas cuja fundamentação vá ao encontro do esperado (Iecovich, 2014).

Em linha com esta visão e de modo a favorecer o envelhecimento na comunidade no qual os indivíduos mantêm a sua qualidade de vida e bem-estar, emerge a necessidade das equipas funcionarem de modo holístico. Esta intervenção implica que os serviços disponíveis funcionem de modo integrado, contínuo, prevenindo a deterioração funcional, uma vez que as necessidades das sociedades em envelhecimento são também elas holísticas, heterogêneas e complexas. Para a integração entre serviços e profissionais, é necessário que exista um trabalho em equipa interdisciplinar, financiamento e trabalho sobre os aspetos legais que legitimem esta intervenção, nomeadamente pela integração dos serviços sociais aos de saúde (Iecovich, 2014). Deste modo, é necessário existirem sistemas de atendimento integrado que preconizem a permanência das pessoas idosas, mesmo com deficiência grave, em casa. Esta integração de diferentes serviços aumenta a eficiência e a eficácia dos mesmos, melhorando simultaneamente a qualidade de vida das pessoas, facilitando ainda o cuidado prestado por parte das famílias (Iecovich, 2014). Este sistema de atendimento integrado requer, por isso, uma abordagem interdisciplinar protagonizada pela Gerontologia, valorizando intervenções em diferentes escalas (nacional, regional, comunitário e individual) (Fonseca, 2015).

Segundo Fonseca (2015), esta abordagem não deve ser tida como um recurso, dado que é a predominante em países economicamente mais frágeis, uma vez que existe a impossibilidade das famílias institucionalizarem as pessoas idosas, mas sim como ocorre nos países economicamente mais favorecidos, como a primeira opção, pelas vantagens de inclusão social e de recompensa emocional que traz associadas (Fonseca, 2015).

1.5. Das políticas de envelhecimento em Portugal aos Planos Gerontológicos

Como função, o Estado tem premente transformar os recursos financeiros excedentes, resultantes da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, em capital social (Sousa Santos, 1987). Este capital social assume uma tripla função, uma vez que concebe condições gerais de acumulação, amplia o poder de compra no mercado (pela procura interna de bens e serviços) e coloca no Estado o papel de providenciar uma harmonia social, pela institucionalização de conflitos, entre o trabalho e a população carenciada. Esta transformação de recursos financeiros em capital social poderá ser feita sob a forma de investimento social, ou como consumo social (Sousa Santos, 1987).

Em 1987, Sousa Santos referia que ao nível das políticas de saúde existiam assimetrias regionais, quer na oferta e procura de cuidados médicos, como na qualidade desses mesmos serviços. No mesmo ano, o mesmo autor referia ainda que os hábitos e estilos de vida, os universos culturais, os rendimentos disponíveis pelas famílias, assim como a conceção do que é ou não estar doente ou a conceção sobre as doenças eram igualmente assimetrias presentes nas diferentes regiões de Portugal (Sousa Santos, 1987).

No que concerne às políticas de velhice em Portugal, comumente designadas como políticas de envelhecimento, embora o seu enfoque se dedique à última fase de vida (a velhice), estas decorreram em quatro períodos. Estes períodos decorreram entre 1976-1985, 1985-1995, 1995-2002 e o quarto desde 2002 até 2013 (António, 2013).

Pelo primeiro período, relativo aos anos de 1976 a 1985, existiu sobretudo uma alteração na forma como se preconizava a velhice e se tratava as pessoas idosas, transformando os até então asilos em lares de idosos, pela emergência que existiu de serviços e instituições para a terceira idade. Neste mesmo período, existiu, ainda, no ano 1976, a declaração política da terceira idade, presente na Constituição Portuguesa com o intuito de ser possível que a pessoa idosa pudesse manter-se na sua residência (António, 2013). O Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa, relativo à terceira idade, é dividido por dois pontos.

“1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização

pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade (Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional, 2005, p.25).”

Deste modo, desenvolveram-se, a partir da mesma, serviços de apoio a pessoas idosas que residissem na comunidade, como o centro de convívio (CC), o centro de dia (CD) e o serviço de apoio domiciliário (SAD) (António, 2013).

Mais tarde, entre 1985-1995, pelo segundo período, foi dada a prioridade à manutenção das pessoas idosas nas suas residências, à semelhança do que vinha sido instituído anteriormente (António, 2013). Em 1988, definiu-se a “Política Nacional para o Idoso”, pelo desenvolvimento da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI) (Velo, 2008). Esta comissão abrangeu vários Ministérios, desde o Ministério da Comunicação Social, o Ministério da Cultura, o Ministério das Finanças, passando pelo Ministério do Planeamento e o Ministério da Administração das Comunidades Portuguesas. Embora relevante, o fim desta comissão ocorreu em 1996, com a mudança de governo. Ainda assim, neste segundo período ocorreu entre 1991 e 1993 o I Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas e o surgimento do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), em 1995. Permanece o PAII, com medidas como o passe para a terceira idade, ou o serviço de teleassistência (António, 2013; Velo, 2008).

Permanecendo a orientação anterior, no sentido de se dar prioridade à manutenção das pessoas idosas no seu contexto habitual, posteriormente a este período, surge o terceiro, com datas entre 1995 e 2002. Neste período, foram valorizados projetos que visavam criar respostas às diferentes necessidades vivenciadas pelas pessoas mais dependentes. Deste modo, emergiu o Programa Idoso em Lar (PILAR), o Programa “Turismo para a Terceira Idade”, o “Programa Saúde e Termalismo” e pelo Decreto-Lei n.º102/97, 28 de abril, o cartão do idoso (António, 2013).

Relativamente ao período de 2002 a 2013, o quarto momento, existiram várias medidas e programas. Nesse período surgiu o Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE), de modo a impedir a existência de situações de pobreza e de exclusão social. Iniciou-se em 2006 um processo de desenvolvimento de instituições de prestação de cuidados continuados de saúde, assim como de apoio social através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelo Decreto-Lei n.º101/2006. Neste período surgiu ainda o Programa de Conforto Habitacional para a Pessoa Idosa (PCHI), desenvolvido através do Despacho n.º 6716-A/2007 (António, 2013).

Após este quarto momento, em 2016, pelo Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro, de modo a cumprir com os objetivos definidos por um grupo de trabalho, resultante de uma parceria interministerial e intersetorial, existiu a proposta da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS). Esta estratégia emerge com o propósito de melhorar a capacidade funcional das pessoas idosas, constituindo-se como referencial para a formulação e desenvolvimento de programas prioritários, e outros programas e projetos no âmbito da saúde, de modo a melhorar os padrões de saúde, participação, segurança e na investigação (Silva da Costa, 2017).

Assim, existem três tipos de políticas sociais dirigidas às pessoas idosas, as prestações sociais, as respostas sociais e os programas e medidas. No que concerne às prestações sociais, estas podem apresentar-se sob a forma de pensões ou complementos. Estas prestações, no que concerne a este grupo etário, apresentam-se, por exemplo, pela pensão de velhice, pensão social de velhice, pensão de viuvez, ou o complemento social para idosos (CSI). Por outro lado, as respostas sociais destinadas a este grupo etário podem ser em equipamentos como as estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), os CD, os CC, os centros de noite (CN), ou as Unidades de Apoio Integrado (UAI). Além das respostas desenvolvidas em equipamentos existem ainda respostas em serviços como o serviço de apoio domiciliário (SAD). Por fim, no que concerne aos programas e medidas, estes poderão ser transversais a toda a população ou específicos às pessoas idosas. Específicos a esta população são os já mencionados RNCCI e o PCHI, assim como o Programa recriar o futuro e o PAII. Por outro lado, enquanto programas transversais a várias faixas etárias, existe o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) e a Rede Social, no âmbito da intervenção dos municípios, por exemplo (António, 2013).

Como referia António (2013), embora existam todos os avanços referidos anteriormente, bem como as presentes medidas políticas para o envelhecimento, “o mais evidente é a ausência de uma política nacional de envelhecimento” (António, 2013, p.94). Ainda assim, dirigidas à população idosa, destaca-se a mudança de perceção relativa às pessoas idosas, passando este grupo etário a ser visto não como dependentes e inativos, mas como potenciais consumidores, pessoas independentes e ativas. Destaca-se também a alteração na tipologia de respostas e equipamentos, com enfoque no desenvolvimento de respostas que promovam a manutenção das pessoas idosas mais tempo em suas casas. Além destas, destaca-se ainda o desenvolvimento de respostas de âmbito turístico e da saúde (António, 2013).

Também Barbosa (2015) reitera a necessidade de se construir “uma política transversal de envelhecimento da sociedade” (Barbosa, 2015, p.191), referindo que é uma constatação corroborada pela opinião de alguns *stakeholders*, percebendo a necessidade de uma aposta na articulação de políticas e medidas para a sua concretização. Esta estruturação de política deverá incluir quer o planeamento, como a implementação e ainda a avaliação (Barbosa, 2015).

Embora, como referem Martín e Brandão (2012), exista uma tendência para, no processo de operacionalização das políticas de envelhecimento, se focarem nos cuidados no contexto institucional (cuidado institucional), existe a necessidade de operacionalizar a política no sentido de desenvolver cuidados em contexto local. Estes cuidados poderão permitir às pessoas idosas continuar a viver em suas casas, num maior período temporal possível, contribuindo na diminuição de custos ao estado (Martín & Brandão, 2012).

Para a Comissão Europeia (2001), estes cuidados deverão assegurar três objetivos, a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade. A acessibilidade diz respeito ao direito, por parte dos cidadãos europeus, expresso pela Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, à prevenção na saúde e de beneficiar de cuidados de saúde. Por outras palavras, este objetivo pretende que a todos os cidadãos que necessitem de cuidados de saúde lhes sejam acessíveis os mesmos cuidados. A qualidade surge como segundo objetivo, pretendendo que existam e sejam disponibilizados serviços de qualidade, isto é, que existam meios adequados de cuidados. Por fim, a viabilidade, sendo um desafio associado à maior utilização dos serviços de cuidados, diz respeito à sustentabilidade financeira, a fim de melhorar a eficácia, pretendendo que exista uma sustentabilidade dos sistemas social e de saúde (Comissão Europeia, 2001).

A inexistência de uma estratégia nacional para o envelhecimento é agudizada no contexto local e na sua intervenção, pela orientação inexistente acerca dos modelos e áreas de intervenção prioritária para o envelhecimento. Esta total autonomia dos municípios torna-se frágil, uma vez que se por um lado existem municípios que desenvolvem práticas como os Planos Gerontológicos, não é uma prática transversal a todos os municípios (Barbosa, 2015).

Em 2021, através de duas Resoluções da Assembleia da República, é enfatiza-se a pertinência no desenvolvimento de uma estratégia política no âmbito do envelhecimento. A primeira recomendação, a 20 de maio de 2021, recomenda “ao governo a adoção de medidas de promoção do envelhecimento ativo e saudável e de proteção da população

idosos no contexto da pandemia da doença COVID -19”. Esta recomendação parte da necessidade de se instituir a ENEAS 2017-2025, desenvolvida por um grupo de trabalho em 2016, recomendando a sua revisão seguida da sua aprovação uma vez que desde então ainda se encontra em consulta pública, como presente nos pontos de 1 a 3 da mesma recomendação. Além destes pontos, outra recomendação é a necessidade de se criar um grupo de trabalho interdisciplinar para a monitorização e avaliação das políticas públicas na área do envelhecimento (pelo ponto 5). Emergem ainda pontos que se relacionam com questões como a violência sobre as pessoas idosas, a formação de profissionais de saúde, da área social e dos cuidadores informais, assim como a desconstrução de estereótipos enraizados acerca do envelhecimento (Resolução da Assembleia da República n.º 146/2021).

Mais tarde, a 9 de junho do mesmo ano, pela Resolução da Assembleia da República n.º163/2021, existe a recomendação ao Governo do reforço das medidas de apoio aos idosos que vivem sozinhos ou isolados. Esta recomendação apresenta, entre outras, duas recomendações que se denotam pertinentes à luz da presente dissertação, já que retratam a preponderante necessidade de intervenção nos contextos de proximidade local com as pessoas idosas. Por um lado existe a preocupação em desenvolver mecanismos “destinados às autarquias para que estas possam garantir o acompanhamento necessário à população idosa, em particular às pessoas idosas que vivem sozinhas ou isoladas, assegurando o acesso à alimentação, medicamentos e energia” (Resolução da Assembleia da República n.º163/2021, ponto 4). Ainda assim, existe ainda a consideração de que é necessário promover “programas, em articulação com as autarquias, incentivando as pessoas próximas dos idosos a proporcionar-lhes companhia, conforto e apoio, evitando o isolamento social” (Resolução da Assembleia da República n.º 163/2021, ponto 6).

Num estudo de Barbosa (2015) sobre políticas públicas locais para o envelhecimento, com os casos de Portugal e da Suécia, reforça-se a importância da intervenção política em diversas áreas de intervenção, com a população idosa. Para a mesma autora, o envelhecimento tem efeitos sobre toda a sociedade, sendo por esse motivo necessário intervir através de instrumentos políticos, com atores políticos governamentais e grupos de atores como a sociedade civil, comissões seniores, organizações não governamentais (ONG’s), entre outras. Aliada a esta intervenção com diferentes intervenientes está a noção de governança. A governança local é a “capacidade do poder local diferenciar a sua ação no

sentido de promover aproximações entre *stakeholders* e fomentar uma ação local próxima, idónea e aberta” (Barbosa, 2015, p.170), pelo que o poder local deve acompanhar os atores locais e abrir os serviços públicos aos seus parceiros.

Ao nível das políticas públicas locais de envelhecimento, estas permitem, descentralizadas do poder central e regional, intervir numa perspetiva de proximidade. Deste modo, procuram ir ao encontro das necessidades das pessoas idosas na medida em que partem de um conhecimento das suas necessidades, procurando satisfazê-las. Esta descentralização é fundamental, principalmente nos contextos rurais, no processo de desenvolvimento dos territórios, já que os atores locais “são os únicos capazes de compreender e responder à especificidade” (AGE Platform Europe, 2011 in Barbosa, 2015, p.158) dos desafios demográficos nas comunidades (Barbosa, 2015). Como evidencia Leclerc (2005, in Barbosa, 2015), torna-se necessário ter em atenção a possibilidade de segregação da população idosa que as políticas podem promover, defendendo a possibilidade de as pessoas envelhecerem no seu território e junto das pessoas que lhes são significativas e as vantagens associadas à mesma possibilidade (Barbosa, 2015).

Identificada no âmbito do *Active Ageing Index* (2013, in Barbosa, 2015) com melhor *racking*, a Suécia surge em primeiro lugar ao nível do emprego e da capacidade das pessoas idosas para o envelhecimento ativo, em quarto na participação social e em segundo na vida independente. Por outro lado, Portugal aparece como sendo o 13º país da mesma lista, em quarto lugar relativamente ao emprego, em décimo oitavo para a capacidade para o envelhecimento ativo, em vigésimo na participação e em vigésimo quarto na vida independente. As motivações que levam a esta diferença poderão ser o cariz das políticas destinadas a esta temática, bem como o estado da sua implementação por cada um destes dois países. A tabela 3, presente em seguida, retrata, conforme o expresso por Barbosa (2015) no seu estudo, as políticas públicas e o envelhecimento destes dois países.

Políticas públicas e envelhecimento	
Portugal	Suécia
<ul style="list-style-type: none"> - Predominância de políticas centrais de carácter assistencial e políticas locais orientadas para participação; - Nível local com maior ação e dinamismo no envelhecimento; - Importância de se avançar com uma política nacional e/ou <i>guidelines</i> nacionais; - Opção por políticas de envelhecimento ativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas que definem as atuações das entidades e serviços; - Políticas com visão de ciclo de vida contínuo e não tanto ativo; - Adoção de políticas (de envelhecimento) preventivas, no contexto; - Ação do local, que segue <i>guidelines</i>, mas tem autonomia local para decidir; - Incredibilidade e afastamento às orientações da UE; - Falta de formações especializadas no envelhecimento; - Ação local de avaliação da qualidade dos serviços;

Tabela 3: Políticas Públicas e Envelhecimento (Barbosa, 2015, p.164).

Na Suécia existem diretivas nacionais, promotoras de autonomia do poder local, ainda que com linhas orientadoras que norteiam e obrigam os municípios a responderem e implementarem intervenções, assim como a garantir a qualidade dos serviços prestados e a satisfação das pessoas idosas. Neste contexto existe uma visão que se orienta para a prestação de serviços promotores de *ageing in place* e autonomia. O poder local é assim um agente promotor de serviços e/ou intervenções que promovem a inclusão e a coesão social, a vivência de cidadanias ativas, de intergeracionalidade e de saúde (Barbosa, 2015).

Por outro lado, em Portugal, embora exista como mais-valia, pela proximidade dos atores locais, a Rede Social, não existe esta relação entre o poder local com os prestadores de cuidados nem a avaliação por parte do mesmo poder da qualidade dos serviços prestados (Barbosa, 2015).

Em Portugal existe um modelo local que denota a ausência de orientações *top-down*³, considerando e intervindo com o envelhecimento “sob o ponto de vista da provisão de programas e projetos de cariz lúdico, social e de aprendizagem” (Barbosa, 2015, p.169), sem a existência de orientações centrais neste contexto. “Esta situação propicia a existência de realidades locais, com distintas velocidades e mecanismos estratégicos ao nível do envelhecimento” (Barbosa, 2015, p.169).

No Regime Jurídico das Autarquias Locais, pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, as autarquias têm, conforme expresso pelo artigo 3.º, como competências, a consulta, o planeamento, o investimento, a gestão, o licenciamento e controlo prévio e a fiscalização,

³ Em português significa de cima para baixo.

devendo respeitar “os princípios da descentralização administrativa, da subsidiariedade, da complementaridade, da prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses dos cidadãos e a intangibilidade das atribuições do estado” (Lei nº 75/2013, de 12 de Setembro).

A mesma lei enuncia ainda as atribuições do município, pelo Artigo 23.º das quais se poderão destacar “a) Equipamento rural e urbano; c) Transportes e comunicações; f) Tempos livres e desporto; g) Saúde; h) Ação social; i) Habitação; j) Proteção civil; k) Ambiente e saneamento básico; l) Defesa do consumidor; m) Promoção do desenvolvimento; n) Ordenamento do território e urbanismo; p) Cooperação externa” ” (Lei nº 75/2013, de 12 de Setembro).

Os Planos Gerontológicos (PG) emergem no contexto de envelhecimento demográfico em Portugal, constituindo-se enquanto instrumento de planeamento estratégico em contexto local, com intervenção direcionada para o processo de envelhecimento, na última fase de vida, a velhice (Rede social da Amadora, 2012).

Os Planos Gerontológicos “partem da preocupação política em implementar ações mais ajustadas às necessidades das populações idosas de uma determinada cidade, região e freguesia” (Teixeira, 2019, p.24). São assim perspetivados enquanto ferramenta política de dimensão local, que materializa as metas dos programas governamentais destinada à população idosa (Teixeira, 2019).

Como refere Osório (2000, in Teixeira, 2019, p.24), os PG pretendem “promover uma política que ajude a compreender a vida e as potencialidades das pessoas idosas, exigindo uma mudança de paradigma, por forma a assegurar a igualdade de oportunidades, garantir as necessidades básicas e aceitar os idosos como força social e promovendo o seu bem-estar” (Teixeira, 2019, p.24).

Partindo de um diagnóstico efetuado à realidade do contexto, estes planos procuram promover respostas e desenvolver soluções que vão ao encontro do envelhecimento ativo e saudável no contexto de vida diária das populações idosas. Deste modo, partindo de um diagnóstico à população mais envelhecida segue-se pela definição de áreas prioritárias de intervenção, dos seus objetivos e metodologias (ações e medidas estratégicas), que variam consoante o local de implementação. Neste processo, pretende-se que exista uma participação ativa da população idosa, não só na criação de soluções a si direcionadas, como também na aplicação das medidas e estratégias, que anteriormente foram incluídas no PG

(Teixeira, 2019). Assim, através de dinâmicas que intervenham no combate aos problemas das pessoas idosas, nomeadamente a discriminação etária, poderemos ter sociedades mais inclusivas. (Teixeira, 2019)

Neste sentido, considerando a informação existente acerca dos planos de âmbito gerontológico, torna-se relevante perceber o modo como cada um se caracteriza e surge no seu contexto, sendo o mesmo retrato feito no tópico 3.1.1. do presente documento.

2. Metodologia

2.1. Objetivo

Construir um guia orientador para os Planos Gerontológicos.

2.2. Amostra

O presente estudo incidiu no estudo de cinco modelos de envelhecimento, sendo estes:

- Modelo de envelhecimento produtivo;
- Modelo de envelhecimento bem-sucedido;
- Modelo de envelhecimento saudável;
- Modelo de envelhecimento ativo;
- Perspetiva do *Ageing in place*.

Além destes modelos considerou ainda estratégias políticas que fossem ao encontro do objetivo do mesmo estudo, nomeadamente a ENEAS, o guia cidades amigas das pessoas idosas e o guia de boas práticas de *ageing in place*.

Recorreu ainda à análise de planos de âmbito gerontológico, que estão disponíveis para consulta. Todos os planos de âmbito gerontológico estudados já ocorreram. Para o mesmo recorreu-se aos planos presentes na tabela 4.

Município	Denominação do plano de âmbito Gerontológico
Amadora	I Plano Gerontológico, II Plano Gerontológico e Plano Estratégico para o Envelhecimento Sustentável (PEES)
Lisboa	Plano Gerontológico Municipal de Lisboa
Peniche	Plano Gerontológico para o Concelho de Peniche
Santa Maria da Feira	Plano Estratégico para a Terceira Idade do Concelho de Santa Maria da Feira
Vila Nova de Gaia	Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME)

Tabela 4: Planos Gerontológicos estudados.

2.3. Procedimentos

De forma a cumprir o objetivo definido anteriormente, recorreu-se um conjunto de fases e etapas. Estes procedimentos foram os seguintes:

Fase 1: Analisar os modelos teóricos de envelhecimento (envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo, envelhecimento ativo, envelhecimento saudável e *ageing in place*).

Fase 2: Compreender as estratégias publicitadas com base nos modelos teóricos de envelhecimento (ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, Programa cidades amigas da pessoa idosa).

Fase 3: Selecionar e estudar os Planos Gerontológicos disponíveis em Portugal.

1.^a Etapa – Selecionar os Planos Gerontológicos que estejam disponíveis no website do município a que se destinam na sua integralidade.

2.^a Etapa – Estudar métodos de intervenção em cada um dos planos selecionados, assim como categorizar por áreas e subáreas de intervenção o trabalho de cada um dos planos.

Fase 4: Produzir/planificar/delinear um guia orientador para os PG, de acordo com as bases anteriores (decorrentes dos modelos teóricos e dos planos ocorridos).

1.^a Etapa – Identificar, de maneira uniforme, as características do Plano Gerontológico, concebendo uma organização lógica para as intervenções possíveis.

2.^a Etapa – Descrever cada uma das fases e etapas do Plano Gerontológico procurando simplificar a sua compreensão teórica e agilizar a sua operacionalização em prática.

Fase 5: Validar a construção e o conteúdo do guia orientador para os Planos Gerontológicos junto de peritos.

1.^a Etapa – elaborar uma lista de peritos com intervenção relevante por cada área chave, ou pela constatação de que detém conhecimento sobre o tema em estudo.

2.^a Etapa – contactar peritos de modo a verificar o seu interesse em colaborar na validação, na construção ou colaboração, do guia orientado.

3.^a Etapa – estabelecer relação com os peritos de modo a validar o modelo proposto pelo guia orientador para os Planos Gerontológico, incorporando sempre que possível as suas orientações, derivadas do seu conhecimento e da sua da sua experiência no âmbito da Gerontologia ao nível local.

3. Resultados – A construção de um guia orientador para os Planos Gerontológicos.

3.1. Caracterização dos Planos Gerontológicos estudados.

3.1.1. Plano(s) Gerontológicos da Amadora 2012 a 2025 (Rede social da Amadora, 2012; Núcleo Executivo CLAS da Amadora, 2015; ISCSP, 2017).

Na situação do município da Amadora, este município de modo estruturado, consoante o desenvolvimento dos Planos de Desenvolvimento Social (PDS) pela Rede Social, e no interior dos mesmos, tem vindo, desde 2012, a desenvolver enquanto eixo de intervenção os Planos Gerontológicos. Estes planos, tendo sido desenvolvidos três desde 2012, têm como base o diagnóstico social, à semelhança dos Planos de Desenvolvimento Social (PDS) (e da Saúde, PDSS, desde 2015). Estes PG têm ainda como base um processo de Georreferenciação decorrido entre outubro de 2012 e abril de 2013 (Rede social da Amadora, 2012).

Relativamente ao modo como se operacionalizaram estes três planos, esta decorreu pela inserção destes planos enquanto eixos de intervenção nos PDS/PDSS, relativo ao respetivo período temporal, no eixo correspondente ao envelhecimento. Deste modo, anualmente, os planos gerontológicos, pelo eixo de intervenção relativo ao envelhecimento do PDS/PDSS, foram operacionalizados no Plano de Ação (PA) anual e avaliados os seus resultados, no final de cada ano através do Relatório de Execução do Plano de Ação (REPA).

No que concerne ao 1º PG da Amadora, este decorreu entre 2012 e 2014, de modo a desenvolver um quadro estratégico de intervenção para a população idosa, partindo dos recursos existentes no município. Este plano procurava ainda ser uma ferramenta assente numa metodologia participativa e concertada, procurando promover a qualidade de vida na população idosa. Para este plano foram definidos três eixos de intervenção, o envelhecimento ativo, os apoios e respostas sociais e a promoção da saúde (Rede social da Amadora, 2012).

No período de 2015 a 2017, decorreu o 2º PG da Amadora, também ele incluído no PDS, ao qual neste período foi adicionada a vertente da saúde, passando a ser definida por PDSS. Este 2º PG, sendo um instrumento de planeamento estratégico, procura intervir na cidadania e participação social, no lazer e bem-estar, na saúde e nas respostas sociais.

Deste modo, este programa destina-se à população sénior residente no Concelho da Amadora, organizações que trabalham com pessoas idosas e ainda à comunidade em geral (Núcleo Executivo CLAS da Amadora, 2015).

Por último, alterando a nomenclatura anterior, em 2016 surgiu o Plano Estratégico para o Envelhecimento Sustentável (PEES) com data prevista de término para 2025.

Este plano, que se encontra a decorrer, inova, face aos anteriores planos, por apresentar um modelo de governação definido claramente, diferenciando a intervenção das anteriores. O PEES procura incrementar a noção de que envelhecer é um assunto de todos, sendo a comunidade o lugar central das políticas para o envelhecimento. Como refere o mesmo plano “as políticas para o envelhecimento devem promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2017, p.5), reconhecendo as capacidades e recursos das pessoas idosas. Reconhece ainda a existência de especificidades diferentes, relativamente ao processo de envelhecimento no feminino ou no masculino, a necessidade de existirem intervenções/medidas transversais a diferentes gerações e ser necessária por estes fatores, existir uma constante atualização no diagnóstico social. Para este plano foram definidos quatro eixos. Cada um destes eixos tem um grupo de intervenientes a si destinados, no que diz respeito à sua implementação. À parte destes quatro grupos existe ainda uma Comissão de Acompanhamento Restrita (CARE), constituída pela Câmara Municipal da Amadora, pelos parceiros dinamizadores dos eixos e pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP). Num nível de governação superior, existe ainda a Comissão de Acompanhamento Alargada (CAAL), constituída pelos representantes das pessoas idosas, pela segurança social, pela Polícia de Segurança Pública (PSP) e pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A diferença entre a CARE e a CAAL refere-se ao tipo de governança que cada uma efetua. Por um lado, a CARE efetua uma governação intragrupo. Por outro, a CAAL efetua uma governação intergrupos e global. Esta estrutura, a CAAL, realiza relatórios de monitorização e avaliação, contribuindo para a melhoria da qualidade das respostas. No que concerne aos eixos de intervenção, o primeiro diz respeito aos cuidados básicos, subsistência e suporte à vida (BASIC). O segundo procura promover a inclusão na comunidade (ECO). Por outro lado, o terceiro eixo promove a participação socioeconómica e cívica, aprendizagem ao longo da vida e fruição cultural. Por último, o quarto eixo pretende promover a qualificação das organizações e uma responsabilidade social neste âmbito (ISCSP, 2017).

3.1.2. Plano Gerontológico de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).

Partindo de um inquérito às expectativas e necessidades, o PG municipal de Lisboa surge em 2009. Este inquérito atuou sobre quatro áreas da intervenção da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, num total de 293 pessoas com idade igual ou superior a 50 anos de idade. Este plano parte assim para a necessidade de adaptar a cidade de Lisboa ao envelhecimento, desenvolvendo estratégias locais de promoção do envelhecimento pela identificação de tipos de intervenção em conformidade com as situações e grupos em risco. Deste modo, incidiu sobre 9 áreas de intervenção. O *habitat* procurou responder a défices no âmbito da rede de transportes existentes na cidade, assim como as acessibilidades a nível dos espaços exteriores de uso público e das habitações. A área relativa à solidão/isolamento pretendeu dar resposta ao número significativo de pessoas idosas que residem sós, com tendência de aumento destas situações, assim como dos sentimentos associados ao medo desta vivência, assim como do sentimento de solidão por pessoas deste grupo etário. Relativamente à participação emerge da perceção da existência de uma reduzida participação e envolvimento social por parte das pessoas idosas nos processos de tomada de decisão, em especial nas matérias que lhes estão relacionadas, de modo a favorecer um envelhecimento ativo para as pessoas idosas em Lisboa. Ainda assim, a segurança revelou-se como preponderante na medida em que o enfraquecimento das redes e relações sociais, que pelas situações de isolamento como o avanço da idade, traduzem na população inquirida, situações de sentimento de insegurança. Por outro lado, pelo desenvolvimento de competências sociais e inserção social pretende por um lado dar mais qualificações às pessoas idosas, com relevo no empoderamento, por via de uma nova visibilidade a este grupo etário e ao seu papel na vida social, cultural e económica. Paralelamente a estas áreas, emerge a área da informação, no presente PG, de modo a facilitar o acesso a informação em tempo útil e de útil relevância para o assegurar de direitos e oportunidades por parte das pessoas idosas (CML, 2008).

Ainda assim, outra área definida como relevante foi os serviços. Esta área procura esbater a diferença existente entre as necessidades colmatadas pelos serviços existentes e as efetivas necessidades existentes pelas pessoas. Situação esta que ocorre essencialmente com os novos desafios do envelhecimento, nomeadamente a demência. Para o PG do município de Lisboa tornou-se ainda preponderante destacar a área dos maus-tratos/violência. Associada a esta área está a clara noção da existência de situações de fragilidade física, psíquica e/ou social, assim como de que estas situações ocorrem num ambiente de

pouco conhecimento sobre o mesmo fenómeno, bem como pelo aumento destas situações (CML, 2008).

Por fim a gestão do plano assenta na necessidade de organizar diferentes intervenções e autores numa política intersetorial, já que existe uma dificuldade natural no desenvolvimento de intervenções deste cariz com diferentes setores e profissionais de modo concertado (CML, 2008).

3.1.3. Plano Gerontológico para o Concelho de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).

Sendo um contexto que integra desde 2010 o projeto cIDADES, no âmbito das cidades amigas do idoso, o município de Peniche desenvolve em 2013 o PG para o seu concelho. Este PG pretendeu constituir Peniche como comunidade com qualidade de vida para as pessoas idosas, e em que estas se sentem integradas, valorizadas e respeitadas pelos contributos dados até então, como pelos que poderão dar ainda à sua comunidade. Pretende ainda que exista um ambiente de segurança, as pessoas idosas tenham saúde, possam aceder a trabalho remunerado ou voluntário, assim como atividades sociais e culturais que vão ao encontro das suas preferências (Abrantes in CLASP, 2013).

Para este PG, foram definidos 4 eixos estratégicos (EE). O eixo estratégico 1 pretendeu promover a inserção social das pessoas idosas. O eixo estratégico 2 por outro lado quis contribuir para um envelhecimento ativo e saudável. O eixo estratégico 3 pretendeu apoiar a prestação de cuidados e serviços com eficácia e qualidade. Por outro lado, o eixo estratégico 4 pretendeu promover a colaboração interdepartamental em torno do envelhecimento saudável e ativo no Concelho de Peniche. Cada eixo estratégico foi equacionado sob a forma de objetivos estratégicos, correspondendo a cada um dos 4, um conjunto de objetivos gerais e de objetivos operativos. Para cada objetivo operativo foram ainda definidas medidas e ações, com um período de calendarização predefinido (CLASP, 2013).

O primeiro EE emerge com a necessidade de melhorar a imagem social das pessoas idosas, desvinculando a imagem estereotipada face ao envelhecimento e à última fase de vida. Este eixo assumiu ainda a função de garantia dos direitos das pessoas idosas, expressos quer pela Constituição da República Portuguesa, como pelas recomendações oriundas de organizações internacionais. Por outro lado, o segundo EE surge numa perspetiva empoderadora das pessoas idosas quer pela autonomia como pela participação ativa das mesmas, com base no envelhecimento ativo e saudável. O terceiro EE emerge

no contexto de Peniche com a tónica de contribuir para a utilização dos serviços de saúde e da adesão à terapêutica selecionada para cada pessoa. Procura ainda dar apoios aos cuidadores informais e ampliar as respostas sociais que dão apoio à população idosa no concelho de Peniche. Por fim, o EE quarto percebendo as potencialidades das existências de uma intervenção conjunta entre os diferentes intervenientes no concelho de Peniche, procurou promover a cooperação interdepartamental na autarquia com a finalidade de cumprir o PG. Pretendeu ainda “promover a colaboração com entidades nacionais e internacionais” com vista ao envelhecimento ativo e saudável da população idosa no concelho de Peniche. Ainda assim, procurou ainda difundir o PG com vista à sua difusão e maior participação e implicação da sociedade civil (CLASP, 2013).

3.1.4. Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).

O plano estratégico para a terceira idade do concelho de Santa Maria da Feira decorreu de 2008 a 2011 neste concelho. O mesmo plano emergiu de um contexto de envelhecimento demográfico que este concelho também tem evidente e que se tem vindo a cimentar nos últimos anos, à semelhança do que sucede no restante país, como já evidenciado anteriormente.

Para a configuração do presente plano, o município de Santa Maria da Feira recorreu a três alíneas. Primeiramente a conceção de que o envelhecimento é um processo holístico, e de promoção do envelhecimento bem-sucedido. Para este princípio, o plano estratégico defende que se deverá procurar alterar a imagem atribuída às pessoas idosas, favorecendo uma imagem positiva na qual as pessoas idosas são capazes de participar na sociedade tendo o direito a ter um envelhecimento bem-sucedido. À luz deste princípio existe ainda a conceção de ser necessário “responder de forma global às necessidades dos seus destinatários” (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008, p.2), ajustando as intervenções e as expectativas face às necessidades percecionadas pelas pessoas idosas. Em seguida, este plano procura ter como prioritárias as respostas comunitárias, assim como as políticas de promoção familiar do cuidado. A organização de serviços sociais comunitários surge neste contexto como base para um processo mais retardado de internamento em estruturas residenciais das pessoas idosas residentes na comunidade. Para este serviço, pretende-se ser possível manter os níveis de autonomia e independência, ao passo que através de respostas comunitárias, exista uma promoção real da qualidade de

vida das mesmas. Por último, prima pela utilização/consideração do processo acumulativo do Know-how na área do envelhecimento num contexto de mudança rápida. Por outras palavras, a transferência de competências e responsabilidades ao nível do desenvolvimento de políticas de serviços gerontológicos e de políticas de incentivo a um envelhecimento ativo e produtivo, para as autarquias, por via da Rede Social, torna-se um fator que apoia o processo de acumulação de conhecimentos e experiência sobre o envelhecimento no território, por estes. Deste modo, intervenções desenvolvidas pela Rede Social poderão ser mais facilmente adaptadas às mudanças (ao nível do envelhecimento) decorrentes em cada contexto. Assim foi possível melhorar as atividades, serviços e equipamentos no processo de desenvolvimento, bem como divulgar, no final, os resultados obtidos à comunidade. (CMSMF, 2008).

3.1.5. Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) 2018 – Vila Nova de Gaia (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.).

O Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) decorre em Vila Nova de Gaia e pretende ser “um instrumento de planeamento estratégico dirigido à população sénior” (CMVNG, s.d., p.1). Deste modo, pretende ser uma estratégia de intervenção numa lógica de promoção da cidadania e de uma sociedade inclusiva para a população idosa, com uma preocupação com a qualidade de vida e bem-estar da mesma. O PIME desenvolveu uma intervenção direcionada para o envelhecimento ativo, saudável e feliz, no concelho de Vila Nova de Gaia, através da mobilização dos parceiros sociais da Rede Social. De entre as dimensões selecionadas para a intervenção existiu a consideração de que se torna necessária a existência de “respostas sociais altamente especializadas e inovadoras” (CMVNG, s.d., p. 1), de modo a ser possível existir uma resposta a diferentes dimensões do envelhecimento.

De forma inovadora, o PIME pretende colmatar vulnerabilidades sociais detetadas através do diagnóstico no âmbito do envelhecimento. Por outras palavras, este plano pretende “garantir o direito a um envelhecimento digno através da promoção da qualidade de vida dos serviços a diversidade de programas e projetos adaptados às necessidades sentidas e de uma participação ativa de todos os envolvidos” (CMVNG, s.d., p.5). Nesta perspetiva, foram definidos três eixos de intervenção que promovem a cidadania, a parti-

cipação cívica dos mais velhos, e ainda dinâmicas institucionais (de respostas e de serviços direcionados ao envelhecimento). Estes eixos são a Gaia Sénior- a política municipal envelhecimento ativo (PMEA) 2018, a promoção da cidadania sénior e a inovação e qualificação das respostas sociais para o envelhecimento (CMVNG, s.d.).

3.2. Síntese analítica dos Planos Gerontológicos.

Pela análise dos planos de âmbito gerontológicos foi possível sistematizar o seu modo de atuação nas tabelas seguintes, numeradas de 5 a 9. Além destas tabelas categorizaram-se as intervenções efetuadas em cada um dos planos, apresentando os mesmos dados através da tabela 10.

3.2.1. Plano Gerontológico da Amadora 2012 a 2014 (Rede Social da Amadora, 2012).

Momento	O que foi feito		
Preparação	Análise do processo de envelhecimento demográfico e das respostas sociais existentes.		
	Definição da metodologia.		
1.ª fase	Identificar os principais problemas existentes no âmbito geral.		
	Como?		
	Realização de 11 sessões de <i>focus group</i> dinamizadas com as Comissões Sociais de Freguesia.		
2.ª fase	Definir estratégias de intervenção específicas para a população maior (pelo Plano Gerontológico).		
	Como?		
	2 <i>focus group</i> , com:		
	População sénior (23 pessoas idosas).	Grupo temático de cuidados continuados e apoio social.	
	Objetivo: Procurar lacunas: 1. Serviços; 2. Respostas sociais/ equipamentos; 3. Atividades lúdicas/ lazer.	Objetivo: Procurar melhorar a resposta/ serviços prestados: 1. Utente/família/comunidade; 2. Organização do SAD; 3. Instituições parceiras	
Surgiu um grupo interdisciplinar.			
3.ª fase	Formulação do Plano Gerontológico		
	Dividido em 3 Eixos de Ação		
	Envelhecimento Ativo	Apoio a Respostas Sociais	Promoção da Saúde
	Divididas em Projetos ou Atividades , tendo sido definidos 17.		
	6	6	5
	Dividido(a)s em Ações , tendo sido definidas 40 ações.		
	11	20	9
A sistematização das ações por cada projeto e respetivo eixo de ação encontra-se em apêndice 1.			
4.ª fase	Operacionalização – Através dos Planos de Ação (anuais) da Rede Social.		
5.ª fase	Avaliação – Através dos Relatórios de Execução dos Planos de Ação (anuais) da Rede Social.		

Tabela 5: Síntese analítica do PG da Amadora 2012-2014 (Rede Social da Amadora, 2012).

3.2.2. Plano Gerontológico de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).

Momento	O que foi feito								
1.ª fase	Análise de vantagens/oportunidades e de pontos críticos sobre envelhecer em Lisboa;								
	Inquérito às expectativas e necessidades com as pessoas idosas.								
2.ª fase	Produção do Plano Gerontológico com clarificação de objetivos.								
	Definição das Áreas do Plano , tendo sido definidas 9 áreas:								
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)
	Habitat	Solidão/ Isolamento	Participação	Segurança	Inserção social ⁴	Informação	Serviços	Violência/ maus-tratos	Gestão do Plano
	Sendo divididas em ações , tendo sido definidas 54 ações.								
	⁵ 8	5	5	3	8	6	10	4	5
Nota: A sistematização das ações por cada área encontra-se em apêndice 2.									

Tabela 6: Síntese analítica do PG de Lisboa 2009-2013 (CML, 2008).

3.2.3. Plano Gerontológico para o Concelho de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).

Momento	O que foi feito													
Diagnóstico	Transição demográfica no concelho de Peniche													
	Questionário por entrevista a 284 pessoas idosas de todas as freguesias do concelho.													
Planeamento	Definição de Eixos Estratégicos (EE) do Plano Gerontológico.													
	EE1			EE2				EE3				EE4		
	Promover a inserção social das pessoas idosas.			Envelhecimento ativo e saudável.				Cuidados e Serviços.				Colaboração interdepartamental.		
	Tendo sido definidos para cada EE, Objetivos Operativos (oo) , um total de 14 oo.													
	⁶ 3			4				4				3		
	oo1	oo2	oo3	oo1	oo2	oo3	oo4	oo1	oo2	oo3	oo4	oo1	oo2	oo3
	Por cada oo foram ainda definidas medidas (M) , tendo sido definidas 32 M.													
	⁷ 3	1	2	4	2	2	2	2	4	3	1	1	3	2
A sistematização destas medidas, por objetivo operativo e respetivos Eixo Estratégico encontra-se no apêndice 3.														
Avaliação	A avaliação é feita no seguimento da execução do Plano, de modo a avaliar a efetividade da aplicação das medidas.													

Tabela 7: Síntese analítica do PG para o concelho de Peniche 2013-2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).

⁴ Inserção social ou desenvolvimento de competências sociais.

⁵ Esta área do plano tem ações que servem para a avaliação do mesmo.

⁶ Esta linha diz respeito ao número de Objetivos Operativos (oo) por cada Eixo Estratégico (EE).

⁷ Esta linha diz respeito ao número de Medidas (M) por cada oo, sendo o seu desenvolvimento feito através do apêndice 3.

3.2.4. Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).

Momento	O que foi feito								
Diagnóstico	Baseado no Diagnóstico social do Município.								
	Apontaram-se possíveis áreas de intervenção								
	Estabeleceram-se prioridades e objetivos.								
Planeamento estratégico	Definiram-se os 4 Eixos Estratégico (EE) .								
	EE1		EE2			EE3		EE4	
	Promover uma imagem positiva das pessoas idosas.		Acumulação de know-how nos diferentes programas propostos.			Incrementar o papel da pessoa idosa na sociedade.		Acompanhamento das medidas dirigidas à população idosa.	
	Sendo que para cada EE foram definidos Programas (P) , tendo sido definidos um total de 8 programas para este Plano.								
	⁸ 2		3			1		2	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	
	Por cada programa foram ainda estipulados Objetivos (o) por cada programa que os compõem, tendo sido fixados 18 objetivos.								
	⁹ 2	2	4	1	1	2	1	5	
	Por cada objetivo foram ainda determinados um conjunto de medidas (M) , tendo sido estabelecidas um total de 41 medidas.								
	¹⁰ 4	5	13	3	3	4	4	5	
	¹¹ 9		19			4		9	
	A sistematização destas medidas, por objetivo, por programa e respetivos Eixo Estratégico encontra-se no apêndice 4 de modo mais aprofundado.								
Avaliação	O Programa 8 (P8) serve simultaneamente de avaliação deste Plano.								

Tabela 8: Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008-2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).

⁸ Esta linha diz respeito ao número de Programa (P) por cada Eixo Estratégico (EE).

⁹ Esta linha serve para apresentar o número de Objetivos (o) por cada Programa (P).

¹⁰ Serve esta linha para apresentar o número total de Medidas (M) por cada Programa (P).

¹¹ Serve esta linha para apresentar o número total de Medidas (M) por cada EE.

3.2.5. Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) 2018 – Vila Nova de Gaia (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)

Momento	O que foi feito		
Diagnóstico	Enquadramento demográfico com base nos censos 2011.		
Planeamento	Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME)		
	Foram definidos objetivos, o enquadramento e fundamentação e as estratégias.		
	Resultaram em três eixos :		
	Eixo 1 – PME ¹²	Eixo 2 – Promoção da cidadania sénior	Eixo 3 – Inovação e qualificação das respostas sociais para o envelhecimento.
	Tendo, para cada um dos eixos, sido estipuladas prioridades , dando resultado a 23 prioridades neste PIME.		
	6 prioridades	8 prioridades	9 prioridades
	A sistematização destas prioridades por cada eixo encontra-se no apêndice 5 de modo mais aprofundado. Tendo sido definidos objetivos (estratégicos e específicos) para cada uma das prioridades expostas no mesmo apêndice, a consulta dos mesmos implica a consulta do PIME.		
Avaliação	Foram estabelecidas três dimensões para a avaliação (de impacto):		
	físico/emocional/psicológica	social	institucional

Tabela 9: PIME 2018 de Vila Nova de Gaia (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.).

¹² Política Municipal para o Envelhecimento Ativo.

3.2.6. Síntese analítica das intervenções desenvolvidas pelos planos de âmbito gerontológico.

Nome do Plano de âmbito gerontológico		PG da Amadora 2012-2014	PG de Lisboa 2009-2013	PG de Peniche 2013-2017	Plano estratégico para a 3.ª idade de Santa Maria da Feira 2008-2011	Plano integrado municipal para o envelhecimento (PIME) 2018 ¹³
como o plano denomina as intervenções efetuadas.		ações (número)	ações (número)	medidas (número)	medidas (número)	prioridades (número)
Área Chave	Subárea ¹⁴					
Saúde	Física	6; 25.	29.	7; 8; 17; 18.	5; 6; 7; 8; 9.	1; 2; 5; 6; 19.
	Mental	20.	29.	8.	23; 24v 25.	10; 19.
Segurança	Não violência	x	46; 47; 48; 49.	5.	29	x
	Fenómenos climáticos	17.	x	20.	x	x
	Financeira	30; 31.	x	x	26; 27.	x
	Ausência de segurança física	19; 20.	19; 20; 21; 33.	5; 6; 30.	x	12; 30.
Participação		7; 8; 9; 10; 18; 30; 31.	10; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 27; 28; 30; 31; 32; 33; 34; 35.	1; 2; 3; 4; 9; 11; 12; 13; 14; 15.	29; 30; 31; 32.	7; 8; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 23.
Aprendizagem ao longo da vida		10; 11; 12; 38.	11; 22; 23; 24; 25; 26; 29; 33; 34; 35.	9; 16; 26.	1; 2; 3; 4.	3; 4; 5; 11; 14.
Habitat/ambiente	Residência da pessoa	17; 22.	4; 5; 6.	10; 20.	28.	15; 22.
	Espaços exteriores	7.	1; 2; 3; 9; 30.	10; 21.	x	9.
	Transportes	x	7; 8.	21	x	x

¹³ De Vila Nova de Gaia.

¹⁴ Para esta situação se torna necessário analisar, em todas as áreas-chave a(s) subárea(s).

Serviços		4; 5; 9; 12; 13; 14; 15; 16; 18; 19; 20; 21; 23; 24; 25; 27; 28; 29; 30; 31.	18; 29; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44; 45.	19; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 32.	10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 33; 34; 35; 36.	14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21.
Referência Bibliográfica	2014 (Rede Social da Amadora, 2012)	(CML, 2008).	(Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).	Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).	(Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)	

Nota: A descodificação desta numeração está presente nos apêndices 1 a 5, respetivamente.

Tabela 10: Síntese analítica dos PG estudados.

3.3. Síntese analítica das influências teóricas no âmbito do envelhecimento.

Partindo do que foi dito pelo enquadramento teórico sobre as influências teóricas sobre o envelhecimento os pontos seguintes esquematizam os temas e os pontos chave de cada modelo.

3.3.1. Envelhecimento Produtivo

- Princípio: Combate às reformas antecipadas (Carvalho, 2013);
- Papéis:
 - Meio familiar (cuidar de netos, tarefas domésticas, entre outros);
 - Promoção social (voluntariado sénior e programas intergeracionais);
 - Trabalho sénior (trabalho agrícola ou em serviços);
 - Participação social (ex. em partidos políticos ou associações locais) (Araújo & Melo, 2018).
- Em modo síntese: A pessoa idosa continua inserida na sociedade de modo ativo e a sociedade utiliza a sua experiência adquirida (Gonçalves, 2015).

3.3.2. Envelhecimento Bem-sucedido

- Base no modelo SOC de Baltes
 - Seleção- de pontos fortes e de pontos fracos;
 - Otimização – de pontos fracos;
 - Compensação – de pontos fracos (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999; Ribeiro & Paúl, 2018).

3.3.3. Envelhecimento Saudável

- Objetivo: Maximizar a capacidade funcional.
- Como:
 - Mantendo ou construindo a capacidade intrínseca;
 - Permitindo que o indivíduo com capacidade funcional reduzida realize atividades importantes para si.
- Domínios:
 - Necessidades básicas;
 - Levar as pessoas idosas a movimentar-se;

- Contribuir para a capacidade funcional.
- Conceitos pertinentes:
 - Capacidade intrínseca- todas as capacidades físicas e mentais do indivíduo;
 - Capacidade funcional- atributos relativos à saúde que permitem que a pessoa seja/realize atividades que valoriza para si.
- Quatro áreas prioritárias:
 - Alinhar os sistemas de saúde à população idosa;
 - Desenvolver sistemas de cuidados a longo prazo;
 - Criar ambientes favoráveis às pessoas idosas;
 - Melhorar a medicação, monitorização e a compreensão desta população.
- Ambientes favoráveis à pessoa idosa:
 - Transportes públicos;
 - Habitação;
 - Trabalho;
 - Proteção Social;
 - Informação e comunicação;
 - Serviços de saúde;
 - Cuidados de longo prazo.
- Aspetos base:
 - Sobrevivência;
 - Saúde;
 - Satisfação com a vida (OMS, 2005; Direção-Geral de Saúde, 2008).

3.3.4. Envelhecimento Ativo

- Princípios:
 - Independência;
 - Participação;
 - Dignidade;
 - Assistência;
 - Autorrealização (Ribeiro & Paúl, 2018).

- Pilares:
 - Saúde;
 - Segurança;
 - Participação;
 - Aprendizagem ao longo da vida (Gonçalves, 2015).
- Políticas e programas – Determinantes:
 - Cultura;
 - Género;
 - Aspetos Pessoais;
 - Aspetos Comportamentais;
 - Aspetos Económicos;
 - Ambiente físico;
 - Aspetos sociais;
 - Serviços sociais e de saúde;
- Em síntese: este modelo procura valorizar a responsabilidade coletiva e intervenção multidisciplinar com base na heterogeneidade (Ribeiro & Paúl, 2018).

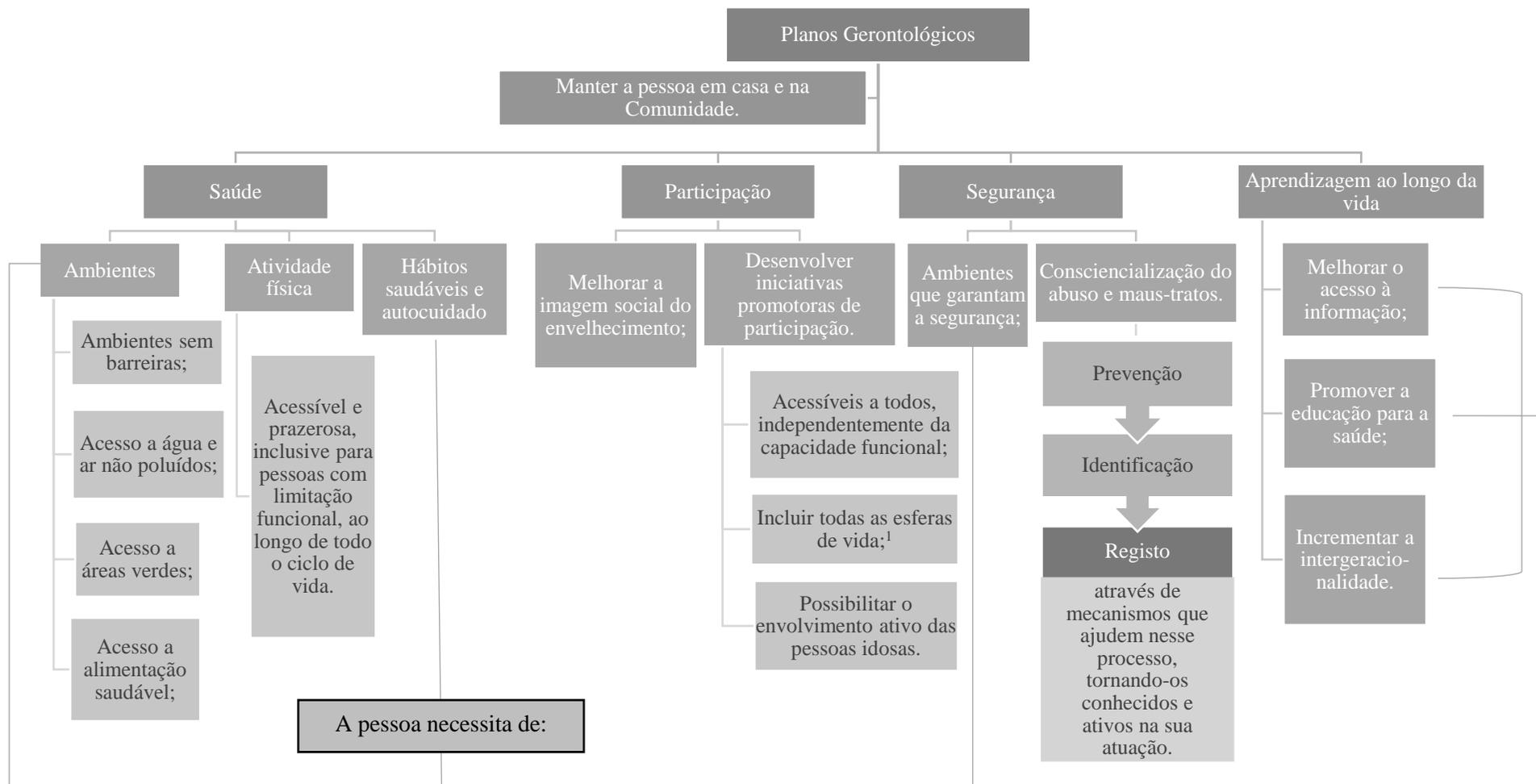
3.3.5. Ageing in Place

- Cinco áreas de intervenção:
 - Pessoas;
 - Lugares;
 - Produtos;
 - Serviços centrados na pessoa;
 - Políticas públicas (Iecovich, 2014).
- Dimensões:
 - Física;
 - Emocional e psicologia;
 - Social;
 - Cultural (Fonseca, 2015);
- Preservação do “eu” (Iecovich, 2014);

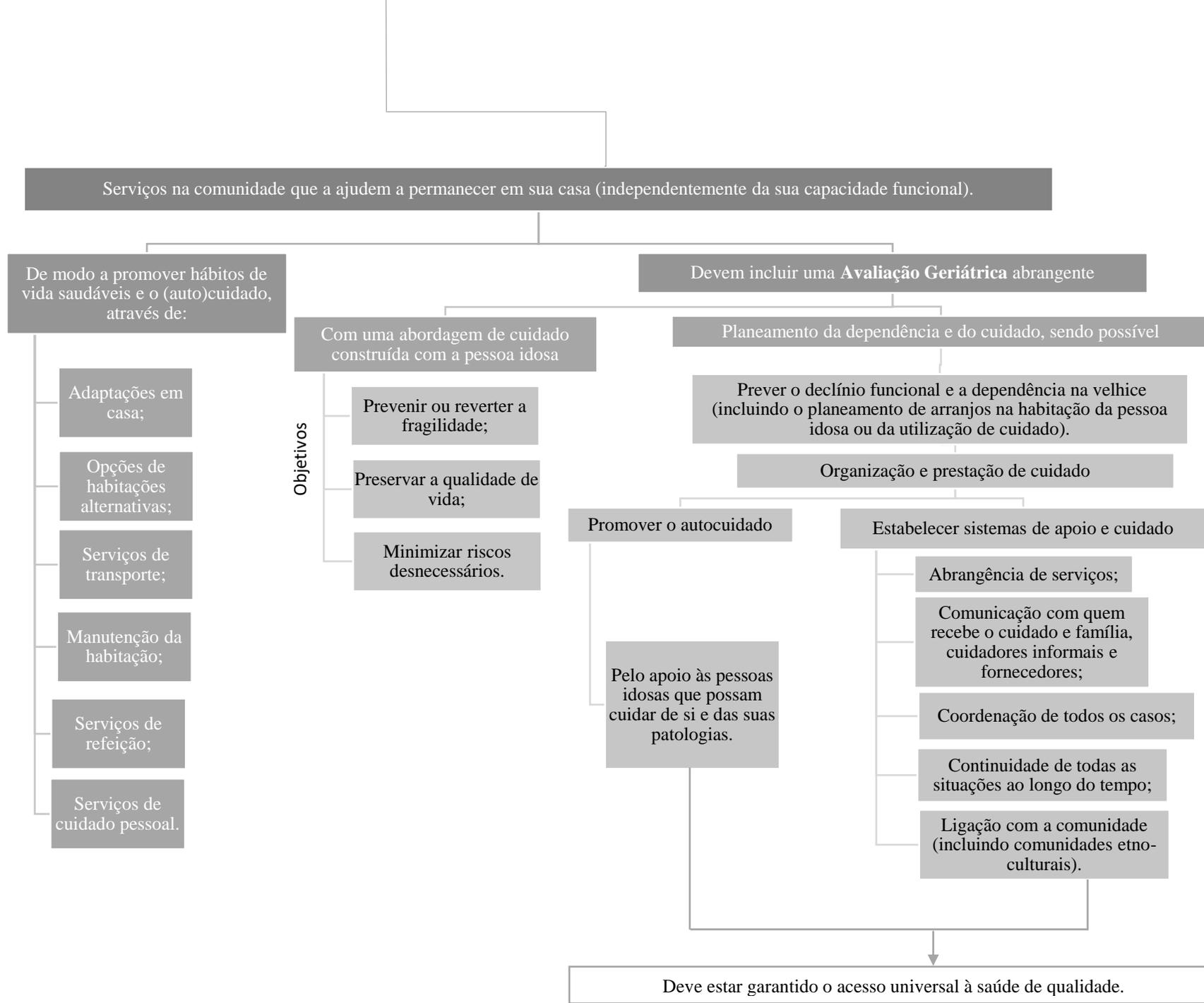
Em síntese: As equipas têm que funcionar em modo holístico, integrado e contínuo – prevenir a deterioração funcional – necessidades holísticas, heterogéneas e complexas. Perspetiva que não deve ser tida como recurso, mas como abordagem prioritária, pela inclusão social e recompensa emocional (Iecovich, 2014; Fonseca, 2015; WHO, 2015).

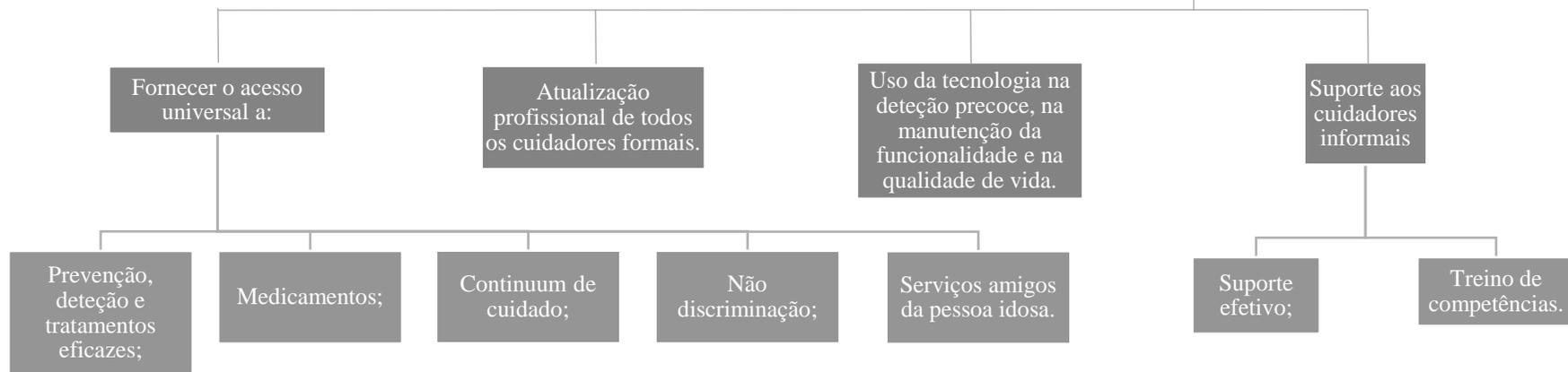
3.4. Guia orientador para os Planos Gerontológicos.

Os planos Gerontológicos são ferramentas de intervenção local, que carecem de uma intervenção interdisciplinar de modo a perspetivar intervenções integradas, baseadas num olhar holístico sobre o processo de envelhecimento. Todos os Planos de âmbito Gerontológico que serviram de base ao presente guia orientador tiveram uma duração de 3 a 5 anos, pelo que esta duração se mantém como a recomendada, podendo após o término de um plano gerontológico ser iniciado outro. Sendo um modo de intervenção local implica a conjugação de recursos materiais e de intervenientes, devendo sempre que possível basear-se na cooperação interinstitucional. Os PG pretendem integrar todos os intervenientes das diferentes áreas no mesmo caminho de atuação. Estes intervenientes poderão ser intervenientes sociais, da área da saúde, forças de segurança, e/ou outras entidades que se revelem relevantes para a concretização do PG. Nesse processo procuram produzir e aplicar um conjunto de programas e medidas que perspetivem intervenções coesas e integradas, orientadas para as reais características das pessoas idosas e do contexto onde essas residem. O esquema presente na tabela 11 das páginas seguintes sintetiza o modo de operação do plano gerontológico. De modo complementar, procurando sintetizar a perceção sobre as possíveis intervenções no âmbito dos Planos Gerontológicos, a tabela 12 presente na sequência do esquema anterior pretende operacionalizar todas as áreas chave, subáreas, cariz de intervenção e objetivos para os PG servindo de suporte à concretização de PG futuros.



¹ Social, económica, política, cívica, recreativa, cultural e espiritual.





Esta organização e prestação de cuidado deve ter especial atenção às questões específicas de saúde que se evidenciam mais frequentemente na última fase do ciclo de vida, nomeadamente:

Conscientizar sobre os problemas de saúde mental;

Disponibilizar serviços de saúde mental (da prevenção e intervenção precoce ao tratamento e reabilitação)

Reconhecimento e dar resposta ao HIV/SIDA e outras DST.

Detetar precocemente doenças infecciosas que posam causar morte, como a gripe.

Perda auditiva e visual (fornecer acesso universal a prevenção e rastreamento e tratamento acessível através de óculos e de próteses auditivas)

Prevenir quedas através da monitorização de riscos ambientais e individuais.

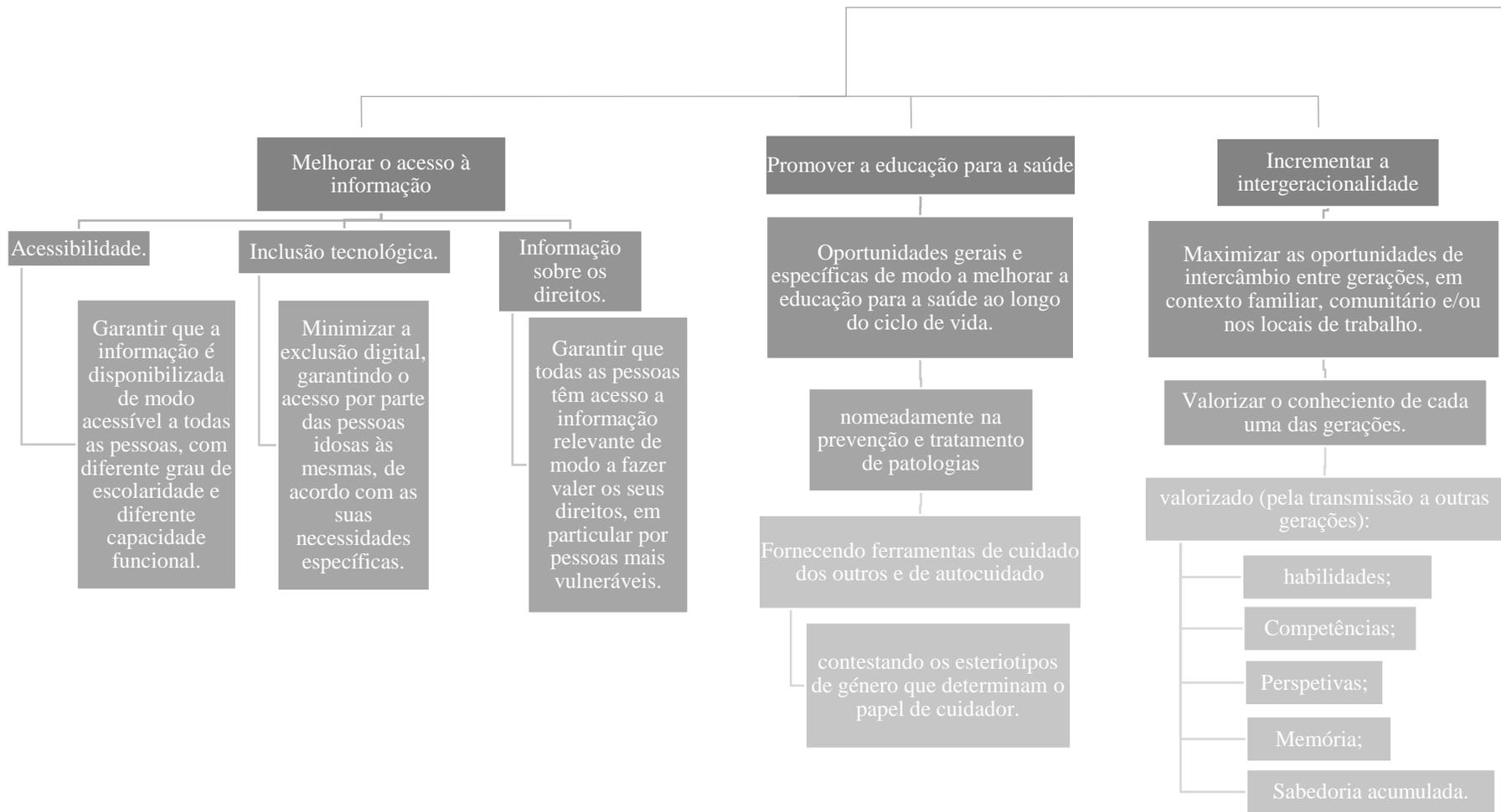


Tabela 11: Organização do modo de operação pelo PG.

Área Chave (ÁC)	Subárea	Cariz da Intervenção	Tipo de Intervenção	Objetivo
Saúde ÁC1	Física	Preventiva ¹⁵	Desenvolvimento de hábitos de vida saudável	Preservar a capacidade funcional na pessoa à medida que ocorre o processo de envelhecimento.
		Terapêutico	Assistência	Acompanhar a pessoa na situação de existência de défices ao nível da saúde física.
			Reabilitação	Restituir capacidades funcionais perdidas durante o processo de envelhecimento.
	Mental	Preventiva	Prevenção de problemas ao nível da saúde mental	Preservar a componente mental da pessoa à medida que envelhece.
			Prevenção de défices ao nível do estado cognitivo	Manter a capacidade cognitiva na pessoa idosa, e à medida que envelhece.
		Terapêutico	Acompanhamento	Acompanhar a pessoa em situação de fragilidade psicológica, ou de défice cognitivo.
			Reabilitação do estado cognitivo	Restituir a componente cognitiva em todos os seus domínios (atenção, memória, gnóscias, linguagem, funções executivas e praxias).
			Reabilitação do estado mental	Reabilitar o estado mental, ao nível da saúde mental do indivíduo.
Segurança ÁC2	Não violência	Preventiva	Campanhas e ações de prevenção	Prevenir situações de violência, maus-tratos e/ou negligência com a população mais velha.
		Acompanhamento	Assistência e acompanhamento	Acompanhar a pessoa (vítima de violência, maus-tratos e/ou negligência) no processo de saída dessa situação.
		Intervenção	Intervir com a pessoa vítima de violência, maus-tratos e/ou negligência	Desenvolver competências no indivíduo em situação de violência, maus-tratos e/ou negligência.
	Fenómenos climáticos	Prevenção	Minimizar as consequências na pessoa e sua residência provocada por fenómenos climáticos, ondas de calor, frio entre outros	Prevenir danos causados por fenómenos climáticos adversos.
		Intervenção	Na ocorrência de fenómenos climáticos adversos	Intervir em situação de danos causados por fenómenos climáticos adversos.

¹⁵ Diz respeito a intervenções no âmbito da prevenção primária e secundária. A prevenção primária corresponde à manutenção da saúde e a inibição do aparecimento de patologias. Por outro lado, a prevenção secundária diz respeito a situações em que a pessoa idosa já tenha patologias, podendo nestas situações diminuir as implicações que a mesma tem na vida da pessoa, ou evitar a progressão das mesmas patologias.

	Financeira	Aconselhamento	Aconselhar/ orientar a pessoa ao nível da sua gestão financeira	Apoiar a pessoa a gerir as suas finanças.
	Ausência de segurança física	Prevenção	Intervir junto de situações que comprometam ou possam vir a comprometer a segurança física das pessoas idosas.	Prevenir situações de insegurança física (ex. medo de ser assaltado na rua).
Participação e/ou integração social ÁC3				Promover a integração e participação social das pessoas idosas na sua comunidade
Aprendizagem ao longo da vida ÁC4	Formal	Ocorre em espaço próprio.	Universidades séniores	Desenvolver competências nas pessoas idosas, ao nível da literacia básica, digital, financeira, para a saúde e para a democracia.
	Informal	Ocorre durante os processos de socialização.	Coletividades, associações, situações do dia-a-dia	
	Não formal	Ocorre a partir da troca de experiências entre indivíduos, sendo promovida em espaços coletivos.	Centros de dia	
Habitat / Ambiente ¹⁶ . ÁC5	Residência da pessoa	Adequação	Promoção da adequação de ambientes de modo ergonómico	Promover a harmonização dos ambientes domiciliários de modo a torná-los menos propensos a riscos para a pessoa.
	Espaços exteriores	Adequação	Adaptação dos espaços exteriores e edifícios públicos de forma a serem passíveis de ser utilizados por todas as pessoas.	Adaptar os espaços exteriores e edifícios públicos de forma a serem utilizados por todos.
	Transportes	Planeamento	Organizar a rede de transportes de forma a serem passíveis de ser utilizados pelas pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, independentemente da sua condição física.	Tornar os transportes possíveis de ser utilizados por todas as idades e estados físicos.
Serviços ÁC6	Sociais	Ação e Acompanhamento	Acompanhar e orientar pessoas ao nível social/ de saúde.	Promover o desenvolvimento e/ou continuidade de serviços, bem como sua melhoria contínua ao nível da qualidade, de serviços sociais e de saúde disponíveis e utilizados.
	Saúde			

Tabela 12: Tabela de áreas chave, subárea, cariz de intervenção e tipo de intervenção.

¹⁶ Diz respeito ao ambiente físico e social onde a pessoa e a sua residência estão inseridas.

No que concerne às fases e etapas que deverá ter o Plano Gerontológico, à semelhança do que sucede com os projetos social no global também os PG são compostos por quatro fases. No contexto dos PG achou-se pertinente dividir o diagnóstico em cinco etapas. Esta escolha deve-se pelo facto de que todos os PG deverão ter na sua base as características do território e das pessoas idosas que nele residem, sendo por isso pertinente ter em atenção os métodos e o modo como se deverá desenvolver o diagnóstico do PG. O esquema destas fases e etapas encontra-se em seguida, estando na sua sequência explicado mais detalhadamente. No tópico 3.5. encontra-se ainda um esquema síntese desta definição de fases e etapas para o PG, como forma a sintetizar a caracterização feita em seguida.

1.ª fase - Diagnóstico

- Etapa 1: Preparação
- Etapa 2: Recolha de dados
- Etapa 3: Ponderação dos dados
- Etapa 4: Análise dos dados
- Etapa 5: Utilização dos dados

2.ª fase - Planeamento

3.ª fase - Execução

4.ª fase – Avaliação final

3.4.1. 1.ª fase – Diagnóstico do Plano Gerontológico.

Qualquer diagnóstico deve procurar conhecer, de modo aprofundado, uma realidade, através de um conhecimento alargado do meio social. Para o mesmo fim, apoiados pela pesquisa de Sousa e D´Almeida (2016) o diagnóstico poderá assentar em cinco etapas (preparação, recolha de dados, ponderação dos dados, utilização dos dados e análise dos dados), cuja explicação se apresenta em seguida (Sousa & D´Almeida, 2016). Ao estudo sobre o modo de se desenvolver diagnósticos na prática do Serviço Social, para o presente trabalho foram incluídos os métodos e práticas decorrentes dos planos gerontológicos analisados para o presente guia. Para a elaboração do diagnóstico contamos com três métodos, distribuídos em um elemento para a dimensão da avaliação interna e dois elementos para a dimensão de avaliação externa. A dimensão da avaliação interna procura

perceber de que modo quem procura promover os Planos Gerontológicos concebe a intervenção por parte do município e das respostas sociais existentes. Além desta, ambiciona compreender de que modo estão estes intervenientes preparados para ir além do que é feito e perspetivar novas formas de intervir no território onde o Plano Gerontológico se irá desenvolver, efetivada através de um questionário.

Na dimensão da avaliação externa pretende-se conhecer a realidade do concelho, do ponto de vista das pessoas idosas, acerca do processo de envelhecimento individual e coletivo. Relativamente ao envelhecimento individual, como referido ao longo do “Enquadramento teórico” este é caracterizado por processos biológicos, psicológicos e sociais da pessoa idosa, ao longo do seu processo de envelhecimento. Deste modo, a intervenção com pessoas idosas deverá ser holística e integrada, ter um cariz interdisciplinar, com base na Gerontologia. Por outro lado, o envelhecimento coletivo diz respeito às interações dos indivíduos entre si e com o meio, à medida que envelhecem.

A par do aumento da representatividade da população idosa na população atual, existe a evidência de que se deverá ter em consideração o modo como a sociedade envelhece e as pessoas se relacionam no processo de envelhecimento e na velhice. Pela avaliação externa, na componente de diagnóstico poderá ser efetuada uma avaliação real das suas expectativas de vida futura, potencialidades e necessidades, e por outro lado considerado o ponto de vista das pessoas mais velhas na tomada de decisão. Deste modo, o diagnóstico para os Planos Gerontológicos pretende também ter por base o modelo da troca, no qual as pessoas (utentes de um serviço/intervenção) são consideradas como peritos (de modo direto e/ou indireto) dos seus problemas e da sua escolha de soluções. De modo a perceber a realidade biopsicossocial das pessoas idosas na comunidade (isto é, as suas necessidades, potencialidades e expectativas de vida futura) têm sido frequentes os diagnósticos. Na presente dissertação esta componente é em seguida retratada como “georreferenciação de pessoas idosas” uma vez que procura por localidades, identificar de modo claro as características das pessoas idosas que nelas residem, através de áreas chave, favorecendo o diagnóstico da realidade que beneficia a intervenção futura por orientar a equipa para as áreas de interesse prioritário. Na situação das pessoas residentes em ERPI, existe por parte da direção técnica, uma avaliação de necessidades de cada pessoa. Sendo que na situação de existir a possibilidade de se incluírem as pessoas idosas no âmbito do PG, deve o diretor técnico da mesma resposta social e/ou o técnico pertencente a essa resposta que colabore no PG fazer uma síntese de necessidades, podendo a mesma ser considerada na “Etapa 4: Análise dos dados”.

Por outro lado, tendo uma visão participada e atenta sobre a visão das pessoas idosas do contexto territorial, sobre si (enquanto grupo etário) e a restante população, poderá considerar-se útil desencadear um “Conselho Municipal das Pessoas Idosas” (CMPI) no qual poderão, ativamente, expor, clarificar, propor e ver implementadas ações que vão ao encontro das suas ideias e necessidades, de modo mais incisivo. A organização do CMPI irá ser dividida entre o Conselho Local das Pessoas Idosas (CLPI) responsável por abordar questões ligadas à localidade a que diz respeito, propor ideias ou necessidades ao CMPI e fazer-se representar nas sessões relativas ao CMPI por pelo menos um elemento. Se possível, poder-se-á efetuar um CLPI em cada ERPI, de modo a incluir a opinião das pessoas idosas residentes em estrutura residencial na vida do concelho que vai além do local onde residem. Este elemento considera-se como preponderante na manutenção de uma vida participativa ativa quer para as decisões no âmbito das vivências de uma estrutura residencial, como a manutenção da ligação entre a pessoa idosa e a comunidade onde sempre residiu, mesmo depois de ser institucionalizada. Para representação do CLPI no CMPI, deverão, no final de cada sessão de apresentação, em cada uma das localidades (ou ERPI) pertencentes ao concelho a que o Plano Gerontológico é relativo, ser eleitos três elementos pertencentes a cada CLPI.

Etapa 1: Preparação

Esta etapa pretende definir o modo como se irá proceder nas restantes etapas do diagnóstico.

Dimensão da avaliação interna.

- Adaptação do questionário presente no apêndice 6 à realidade do concelho, se necessário.
- Realização de uma lista de possíveis membros a integrar na equipa que participará no plano gerontológico. Esta lista deve recorrer, sempre que possível a todos os intervenientes na área do envelhecimento no município a que se destina. Deste modo, pode incluir elementos da equipa da área social do município, representante(s) da unidade de saúde local, representante(s) da(s) resposta(s) social(is) interessadas, representantes das forças de segurança presentes no concelho, assim como outros intervenientes que se considerem relevantes para a concretização do plano gerontológico.

- Contacto com os possíveis intervenientes de modo a elaborar uma lista final de intervenientes disponíveis.
- Se necessário, agendar uma sessão de dúvidas sobre o projeto “Plano Gerontológico” de modo a esclarecer os possíveis intervenientes sobre o projeto e seus papéis.
- Marcação da reunião com a equipa que participará no desenvolvimento e execução do plano gerontológico de modo a preencherem o questionário relativo à dimensão da avaliação interna, pela etapa 2 do diagnóstico.

Nota: Sempre que se verificar necessário poder-se-á complementar a informação do questionário por *focus group*, de modo a melhorar a resposta que os diferentes serviços prestam às pessoas idosas (à semelhança do processo do PG da Amadora)

Dimensão da avaliação externa.

Método 1: Georreferenciação de pessoas idosas.

- O responsável pelo plano gerontológico deverá adaptar o questionário, presente no apêndice 8, à realidade do contexto.
- Reunir a equipa de modo a proceder à definição de responsabilidades com e para cada interveniente da equipa multidisciplinar do presente projeto.
- Fornecer formação aos elementos da equipa responsável por este item, sobre o correto preenchimento do questionário.
- Proceder ao preenchimento das listagens, de acordo com os critérios definidos, presentes no apêndice 7 do presente documento, assim como o mapeamento, das pessoas idosas em suas casas, através do número atribuído pelas listagens.
- Planear, através de um cronograma, datas onde a equipa, por localidade, irá efetuar a recolha de dados, pela etapa 2.
- Impressão dos mapas já numerados, assim como das listagens finais e dos questionários.
- Selecionar os questionários necessários para cada localidade, arquivando os mesmos com o respetivo mapa e a respetiva listagem, de modo a agilizar a etapa 2 (o momento de recolha de dados).

Método 2: Conselho Municipal das Pessoas Idosas (CMPI)

- Fazer uma lista de informadores chave (pessoas com idade igual ou superiores a 65 anos) por cada localidade;

- Agendar uma sessão de apresentação do CMPI para cada localidade.
- Conceber materiais para a divulgação da sessão de apresentação (para cada localidade) do CMPI e convocatória de participantes.
- Convocar todos os possíveis participantes (informadores chave) para uma sessão de apresentação do CMPI.
- Divulgar a sessão de apresentação através de panfletos, cartazes e publicações nas redes sociais (entre outros mecanismos que se considerem convenientes).
- Preparar e imprimir uma tabela que deverá ser preenchida como folha de participantes por cada localidade e seus respetivos contactos (compondo formalmente o Conselho Local das Pessoas Idosas), apresentando no início da mesma folha espaço adequado para nomear três elementos representantes do Conselho Local das Pessoas Idosas no CMPI, presente no apêndice 9.
- Agendar sessão 1 do CLPI e do CMPI que irá realizar-se na fase de recolha de dados, sendo que deverá ocorrer uma para cada localidade.
- Desenvolver o guião para a sessão de apresentação e possíveis materiais de suporte à mesma, bem como materiais a disponibilizar aos participantes (preferencialmente colocando a data para a sessão 1 do CLPI e do CMPI), para a sessão de apresentação.
- Efetuar a sessão de apresentação, em cada localidade, elegendo os representantes, preenchendo a folha de participantes (apêndice 9), redação da ata e assinatura por parte dos presentes e interessados em participar nas sessões futuras, e divulgação da data da sessão 1 do CLPI e do CMPI.
- Realizar a passagem dos nomes dos participantes, de cada CLPI, para a folha de assiduidade presente no apêndice 10, de modo a ser utilizada em sessões futuras do CLPI.

Etapa 2: Recolha de dados

Nesta etapa irão ser recolhidas todas as informações que se consideram relevantes para o desenvolvimento estruturado de um plano gerontológico.

Dimensão da avaliação interna.

- Preenchimento do questionário para o diagnóstico interno, em equipa, presente no apêndice 6.

Dimensão da avaliação externa.

Método 1: Georreferenciação de pessoas idosas.

- Preenchimento, por localidade, dos questionários de georreferenciação de pessoas idosas, presente no apêndice 8.

Método 2: Conselho Municipal das Pessoas Idosas – CMPI.

- Planear a sessão 1 de cada CLPI.
 - Elaborar um guião do plano de trabalhos, com pontos a desenvolver na sessão orientando os temas para os problemas e necessidades que as pessoas idosas vêm na sua localidade, e por outro lado, as necessidades ou problemas sentidos pelas pessoas idosas de cada localidade relativamente ao município (exemplo: transportes, atividades lúdicas, entre outros).
 - Preparar o ambiente da sessão de modo a efetivar cada uma das sessões 1 em cada uma das localidades.
- Realização de cada sessão 1 de cada CLPI.
 - Saudação inicial.
 - Colocação e tratamento dos pontos do plano de trabalhos, anteriormente planeados.
 - Seleção de temas a serem levados à CMPI pelo(s) representante(s).
 - Descrição da sessão através da elaboração da ata. Marcação das presenças pela assinatura por todos os participantes presentes na folha de registo em apêndice 10.
 - Depois da sessão cabe ao técnico que a orientou sintetizar os pontos chave debatidos na mesma (medidas propostas, ou ideias isoladas) de modo a serem analisados nas etapas posteriores.

Nota: Se necessário agendar uma segunda sessão de modo a clarificar questões cujo tempo da sessão 1 não foi possível concluir no plano de trabalhos.

Sempre que possível, poderá ser agendada uma segunda sessão, de modo a obter *feedback* daquilo que foi entendido como propostas ou ideias isoladas. Deste modo, poderá ser validado o que foi escrito na síntese feita pelo técnico responsável, percebendo se vai ao encontro do que os participantes pretendem. Para a concretização desta sessão deve ser comunicada a todos os participantes do CLPI de acordo com os contactos presentes

no documento de listagem dos mesmos, preenchido na sessão de apresentação. No planeamento desta sessão 2 dever-se-á ter os mesmos processos de planeamento e da sua realização que ocorreram para a sessão 1.

- Planear a sessão 1 do CMPI.
 - Elaborar a folha de registo dos representantes, apêndice 11 devendo os dados nela escritos ser confirmados e ser assinada no final da sessão 1 do CMPI.
 - Confirmar a presença de pelo menos um dos representantes de cada localidade.
 - Preparar atempadamente o local de modo a acolher todos os representantes de modo seguro e cómodo.
 - Planear a sessão 1 através de um guião do plano de trabalhos, na procura em agilizar os processos de comunicação e troca de ideias entre os representantes das diferentes localidades sobre o seu concelho. Para o mesmo efeito, devem reunir-se todas as sínteses de todas as localidades e encontrar temas em comum. Organizar a sessão por ordem de prioridade, isto é, pela ordem em que o mesmo tema surge mais vezes na junção de todas as sínteses das CLPI.
- Efetivar da sessão 1 do CMPI.
 - Saudação inicial
 - Colocação dos temas do plano de trabalhos de acordo com a organização da sessão, por ordem de prioridade de temas.
 - Descrição da sessão através de uma ata da sessão, devidamente assinada por todos os representantes presentes.
- Após ocorrer a sessão 1 do CMPI.
 - Elaboração de uma síntese da sessão 1, pelo técnico responsável pelo CMPI.
 - Realizar a passagem dos nomes dos representantes no CMPI, para a folha de assiduidade presente no apêndice 12, de modo a ser utilizada em sessões futuras do CMPI.

Se necessário recorrer à concretização de uma sessão 2, de modo a concluir o plano de trabalhos.

Se possível, após elaborar a síntese da sessão 1, convocar todos os responsáveis de modo a validar o que foi escrito pelo técnico responsável pelo CMPI.

Para a concretização desta sessão deve ser comunicada a todos os participantes do CMPI de acordo com os contactos presentes no documento de listagem dos mesmos, preenchido após ocorrerem todas as sessões de apresentação do CMPI. No planeamento desta sessão 2 dever-se-á ter os mesmos processos de planeamento e da sua realização que ocorreram para a sessão 1.

- Elaborar uma pasta de conteúdos resultantes dos três métodos de recolha de dados, de modo que possam ser facilmente encontrados.
- Não dispensar qualquer dado nesta etapa, anotando todas as incongruências óbvias ou incongruentes.

Etapa 3: Ponderação dos dados

Na etapa 3 a observação dos dados irá ser iniciada, pela sistematização dos mesmos através de gráficos. Deste modo, na etapa seguinte, “etapa 4: análise de dados” será facilitada a tarefa de análise.

Dimensão da avaliação interna.

- Através do questionário feito à equipa perceber quais as fragilidades da sua intervenção, caracterizando-as como oportunidades de melhoria futura da sua intervenção. Nesta etapa torna-se adequado redigir em documento simples que exponha quais as fragilidades detetadas pela equipa, assim como as forças da intervenção que tem vindo a desempenhar.

Dimensão da avaliação externa.

Método 1: Georreferenciação de pessoas idosas.

- Colocar os dados de cada localidade em suporte IBS/SPSS ou outro software que facilite a sistematização e análise dos mesmos.
- Produzir gráficos, tabelas e métricas de análise de dados, de modo adaptado ao cariz de cada questão, através do software utilizado anteriormente.
- Redigir um documento que procure agrupar os resultados obtidos por área chave, para cada uma das localidades, facilitando a análise dos dados a efetuar pela etapa seguinte.
- Comprimir todos os documentos, de todas as localidades, redigindo uma componente que sintetize os mesmos dados anteriormente analisados para cada uma das localidades, para o concelho na sua globalidade.

Método 2: Conselho Municipal das Pessoas Idosas – CMPI.

- Através das sínteses elaboradas anteriormente, relativas quer a cada CLPI como ao CMPI, elaborar um documento que simplifique o que em todas as sessões foi tratado, assim como propostas que daí resultaram. Este documento poderá ser redigido por áreas chave, de modo a facilitar a etapa seguinte, a análise dos dados.

No final desta etapa todos os documentos redigidos, para cada uns dos três métodos de recolha de dados, devem ser guardados numa pasta concebida para o efeito, de modo a facilitar o acesso aos mesmos na etapa seguinte, “Análise dos dados”.

Etapa 4: Análise dos dados

Para esta etapa serve de base o trabalho desenvolvido na etapa anterior, sendo responsabilidade desta etapa a execução de uma avaliação analítica dos dados obtidos através de uma sistematização dos mesmos.

Através da etapa anterior, acedendo à paste concebida para o efeito, ter-se-ão três documentos.

Dimensão da avaliação interna:

- Relatório dos pontos fortes e dos pontos fracos da intervenção, por parte da equipa que irá desenvolver o Plano Gerontológico, até ao momento de diagnóstico.

Dimensão da avaliação externa

- Documento com todos os dados obtidos em cada uma das localidades do concelho relativos ao processo de Georreferenciação de pessoas idosas, por áreas chave, no qual no final se apresentem os dados relativamente a todo o concelho. Nota: Se existir uma síntese de necessidades relativa às respostas sociais ERPI, deve neste momento ser incluída neste documento, indo ao encontro das áreas chave.
- Documento que apresente os dados relativamente ao “Conselho Municipal das Pessoas Idosas – CMPI” resultado dos documentos síntese de cada CLPI e do CMPI.

Nesta etapa pretende-se cruzar temas de interesse presentes nos resultados dos três métodos de recolha de dados, por cada área chave. Deste modo, deve ser construído um documento que coloque todos os dados por áreas chave, permitindo encontrar pontos em comum pela etapa seguinte (necessidades ou intervenções futuras).

Etapa 5: Utilização dos dados

Partindo dos dados obtidos, pela sistematização dos mesmos nas etapas anteriores, o objetivo desta etapa é produzir um capítulo de modo a conceber uma base para o desenvolvimento do plano gerontológico do concelho a que se destina, tendo o mesmo capítulo que compor o Plano Gerontológico no “Capítulo 1”.

O capítulo deverá responder à duas questões “O quê?” (de se querer fazer) e “Porquê?” (de se querer fazer), que revelam a natureza, bem como a origem e o fundamento do plano gerontológico do concelho a que se destina.

Além desta informação deverá ainda de definir as áreas chave e as intervenções prioritárias, devidamente justificadas as motivações que levam a essa escolha com dados oriundos da análise dos dados recolhidos.

De modo síntese esta etapa deve procurar:

- Responder às questões “O quê?” (de se querer fazer) e “Porquê?” (de se querer fazer).
- Realizar uma árvore de problemas, em equipa, de modo a simplificar a visão sobre o contexto onde se irá desenvolver o PG (pode ser utilizado o recurso presente no apêndice 13).
- Em equipa, construir uma análise SWOT relativa ao PG, podendo para o mesmo efeito ser utilizado o recurso presente no apêndice 14.
- Procurar identificar que recursos estarão disponíveis para o desenvolvimento do PG (recursos financeiros, humanos e técnicos).
- Partindo do documento redigido pela etapa anterior, devem ser percebidas quais as áreas chave e intervenções que se revelam prioritárias.

No que concerne às áreas chave, das propostas na caracterização inicial do presente guião (páginas 51 e 52), poderá não ser necessária, ou pelo menos prioritária a intervenção, no período de tempo a que o PG se destina, existindo somente estas duas motivações para a exclusão de uma área chave do PG.

- a) Poderá não ser necessária. Esta exceção diz respeito a concelhos onde existe um investimento numa área-chave ou subárea, não sendo necessário, pelo menos no período de tempo a que se destina o PG, um reforço de intervenções nessa área, desde que no mesmo período se continue a realização dessas intervenções nos mesmos moldes que ocorria até ao momento. Um exemplo desta exceção é o da área “aprendizagem ao longo da vida”. Se no concelho já exista um programa

destinado ao mesmo fim, através de mecanismos de diferente cariz como universidade sénior, programas de literacia (orientados para a alfabetização, o digital e a saúde) e centros de dia com intervenção ao nível cognitivo (treino cognitivo e estimulação cognitiva), refazer estas dinâmicas de modo paralelo às que existem irá retirar importância às que existem e retirar tempo e disponibilidade à equipa responsável pelo PG para desenvolver intervenções noutras áreas que se revelam mais pertinentes e emergentes.

- b) Poderá não ser prioritária, por duas motivações. Por um lado, a falta de recursos financeiros poderá resultar numa seleção de áreas chave mais importantes como a saúde, deixando outras como os serviços para outro PG. Por outro lado, embora se considerem todas as áreas como prioritárias, uma vez que todas caracterizam aspetos da vida da pessoa, poderão existir áreas chave ou subáreas em que a sua intervenção se revele mais emergente que outras, de acordo com as características do concelho a que o PG se destina. É exemplo desta exceção um contexto onde existem muitas fragilidades ao nível da saúde, evidentes quer pela georreferenciação como pelos CLPI e CMPI, torna-se pertinente uma intervenção mais focada nessa área. Neste contexto áreas como a segurança poderão ser adiadas para PG futuros, uma vez que nesse concelho até poderá existir, no momento presente, um ambiente seguro e um acompanhamento recorrente pela GNR às pessoas idosas que vivem na comunidade.

No que concerne às intervenções, à semelhança do que sucede com as áreas chave, poderá para o concelho a que se destina o PG não ser necessária, ou pelo menos prioritária a intervenção, no período de tempo a que o PG se destina, existindo somente estas duas motivações para a exclusão de uma área chave do PG.

- a) Por um lado, de modo semelhante ao que sucede para as áreas chave, as intervenções podem não ser necessárias pela existência de resposta ou projeto que vá ao encontro da mesma.
- b) Por outro lado, tal como ocorre nas áreas chave também aqui poderão existir duas situações em que a intervenção não prossiga. A primeira situação, tal como a acontece nas áreas chave, deve-se à seleção de intervenções por falta de recursos financeiros. Ainda assim, a segunda situação revela que se poderá optar por uma intervenção prioritária, como hierarquização de prioridades, tratando em primeiro lugar e com primeiro plano necessidades mais urgentes, deixando outras para segundo plano ou PG posteriores ao presente. É exemplo desta exceção um PG que

possa ter que incluir mais intervenções na área da saúde com cariz terapêutico ou remediativo. na situação de nesse concelho haver muitas evidências de necessidades ao nível dos problemas de saúde decorrentes do processo de envelhecimento, tendo por esse motivo que alocar grande parte dos recursos (materiais e humanos) do PG para essas intervenções.

3.4.2. 2.ª fase – Planeamento do Plano Gerontológico.

Na segunda fase, no planeamento, pretende formular-se o Plano Gerontológico, que deverá constar no “Capítulo 2” do PG denominado por “planeamento do PG”. A planificação de um PG implica clarificar os objetivos (gerais e específicos), as metodologias (estratégias e tarefas), os intervenientes, a calendarização e a lista de recursos (materiais e financeiros) necessários para o mesmo PG.

Objetivos:

Partindo da árvore de problemas, da análise SWOT, bem como do documento com a lista de áreas chave e intervenções prioritárias deve ser enunciado o objetivo central que o PG procura responder, seguida de um conjunto de objetivos específicos, idealmente um por cada área chave que irá compor o PG. No que concerne aos objetivos específicos de cada uma das áreas chave selecionadas.

No que concerne a cada uma das áreas chave, indo ao encontro do definido, se se considerar relevante, poderá ser definido um conjunto de objetivos operacionais, um por cada intervenção proposta no âmbito dessa área chave.

Em síntese (exemplo ilustrativo que deve ser adaptado às áreas chave selecionadas para cada caso):

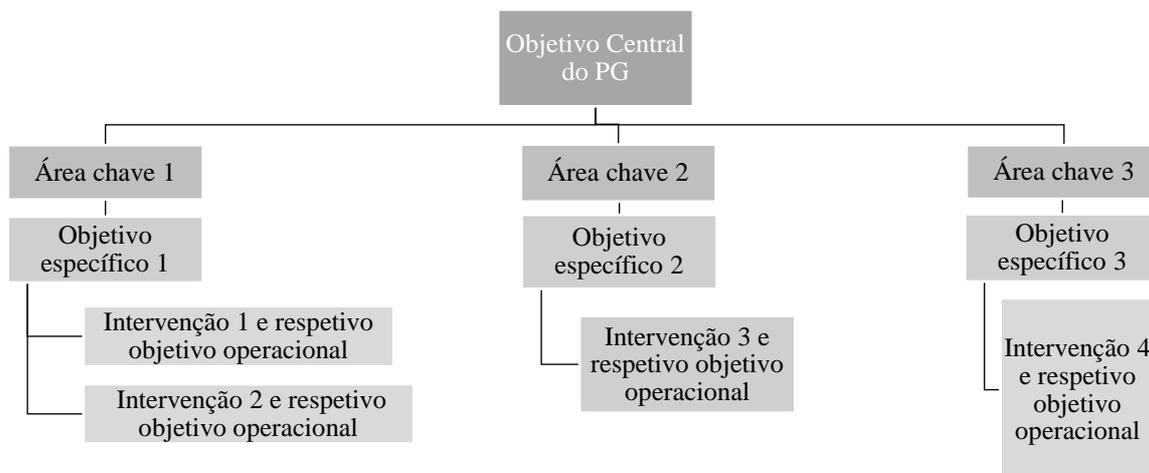


Tabela 13: Operacionalização do PG através de objetivos.

Metodologias:

Um dos aspetos importantes a considerar no planeamento é o modo como se vai colocar em prática o PG, as metodologias. As metodologias devem definir de modo claro as diferentes intervenções (atividades) que irão ser implementadas ao longo do PG, devendo ser sistematizadas todas as intervenções efetuadas. Esta sistematização, poderá ser feita através uma tabela síntese (como a presente em apêndice 15).

De modo a organizar a execução do PG feita na fase seguinte (3.^a fase – execução) deve ser feita para cada intervenção, nesta fase de planeamento, a caracterização detalhada das metodologias utilizadas. Para o mesmo efeito poderá ser feita uma “tabela da intervenção”, procurando sintetizar a informação pretendida. Em apêndice 16 encontra-se um exemplo que poderá ser adaptado ao contexto, desta tabela. Nesta tabela deve constar a população que irá participar na intervenção, os objetivos dessa, especificadas as metodologias, a calendarização e a componente da avaliação.

Relativamente às “metodologias”, devem ser descritos os procedimentos que irão compor o desenvolvimento dessa intervenção. Deste modo, devem ser planeadas as fases e etapas das intervenções, prevendo o número de sessões e a distribuição temporal das mesmas. Um exemplo de lista de fases e etapas, presente no apêndice 17 é relativo a uma intervenção no âmbito da literacia para a saúde, podendo inspirar as equipas que utilizem o presente guia orientador.

No seguimento do preenchimento da “tabela da intervenção” (apêndice 16) poderá aparecer duas situações:

- a) Intervenções cuja calendarização terá apenas um dia. Para estas intervenções não será necessário desenvolver um cronograma, ficando apenas o dia marcado na coluna “calendarização” da “tabela da intervenção” destinada à mesma intervenção.
- b) Intervenções que impliquem mais do que um dia, como o desenrolar de sessões. Deste modo, distribuição temporal da intervenção deve ser incluída na coluna destinada à “calendarização” (devendo ser colocada como o exemplo ilustrativo “duas vezes por semana do dia 2 de março de 2021 a 5 de agosto de 2021”).

Nesta situação (de uma intervenção implicar a marcação de vários dias) após a “tabela da sessão” deverá proceder-lhe um “cronograma da intervenção” (explicado no tópico seguinte – “calendarização”).

Relativamente ao planeamento de cada sessão este deverá ser desenvolvido na fase 1 “pré-preparação” ou na fase 2 “preparação” (remetendo para o exemplo do apêndice 17) dessa mesma intervenção, de acordo com a lista de fases e etapas planificada para essa intervenção.

Calendarização:

No que concerne à calendarização, a construção de um cronograma de modo a agilizar os processos de concretização das intervenções inerentes ao PG deve ter em atenção a sucessão e o seguimento das etapas necessárias a mesma. Para o mesmo processo, deve ser desenvolvido um cronograma geral (para o PG) e um específico (para cada intervenção), caso a intervenção não tenha data única.

O “cronograma da intervenção” que se apresentará junto de cada “tabela da intervenção” nas situações de que a mesma intervenção implique mais do que um dia de implementação, deverá marcar, provisoriamente, por dias as fases, as etapas e se necessário as sessões que dizem respeito a cada intervenção. Na situação de se realizarem sessões, como é exemplo a literacia para a saúde, devem ser marcados no cronograma todas as fases do seu desenvolvimento desde o planeamento, à implementação e à avaliação, de acordo com o exposto no planeamento dessa intervenção. Para este exemplo, em apêndice

19 encontra-se um cronograma com notas, de modo a ser adequado a todas as intervenções de qualquer PG.

O “cronograma geral”, destinado ao PG, deverá incluir de modo sintético a distribuição de cada intervenção no tempo, ou dependendo da complexidade do PG, pela existência de um grande número de intervenções, da distribuição da intervenção de cada área chave no tempo. Esta segunda opção poderá ser complementada, sempre que possível e a equipa responsável o considere relevante, por um segundo cronograma que procure distribuir por cada área chave todas as intervenções que a si se destinam. Para a situação do cronograma destinado para o PG, definindo para o PG intervenções ou áreas chave, assim como para cada Área Chave (ÁC) (na situação de se desenhar um primeiro cronograma com a distribuição das ÁC para o PG) encontra-se em apêndice 18 uma base para o preenchimento.

No processo de formulação do cronograma, torna-se relevante ser-se realista, dando uma margem de tempo entre as etapas, de modo a acautelar possíveis atrasos. Ainda assim é indispensável estabelecer datas-limite, de modo a colocar delimitações nas diferentes tarefas para o decorrer do PG.

Recursos:

Tal como sucede com qualquer projeto na prática social, também os PG necessitarão de três tipos de recursos, os recursos humanos, os recursos materiais e os recursos financeiros.

Os recursos humanos devem envolver quem vai intervir, caracterizando os profissionais por áreas de intervenção e o papel que irão desenvolver, e as pessoas idosas a quem se destina as intervenções, definindo para cada intervenção que pré-requisitos ou características devem ter para participar em cada uma das intervenções do PG. Esta dimensão deve estar exposta na tabela de recursos humanos conforme o exposto no apêndice 20.

Os recursos materiais são todas as instalações, infraestruturas, materiais, ferramentas, instrumentos ou equipamentos necessários para o desenvolvimento das intervenções. Na tabela de recursos materiais em apêndice 21, destinada a cada uma das intervenções, é apresentada uma caracterização deste item em três colunas, a primeira caracteriza-se como a descrição, a segunda o número necessário para o PG e a terceira coluna relativa à previsão orçamental (definida como “montante”).

Para a caracterização de cada intervenção, será assim efetuada através da “tabela da intervenção” (apêndice 17) seguida pelo cronograma da intervenção, a que deve seguir-se a tabela de recursos humanos (apêndice 19) e a tabela de recursos materiais (apêndice 20).

Por último, os recursos financeiros dividem-se entre o orçamento e o financiamento. O orçamento é caracterizado por determinar o custo de cada intervenção, definindo em conjunto o custo do PG. Por outro lado, o financiamento é reconhecido como a forma que devem ser aprisionados os recursos económicos para cobrir os custos previstos pelo orçamento. Deste modo existem três tipos de financiamento:

- 1) Interno – financiamento que provém do orçamento da instituição executora do PG.
- 2) Externo - financiamento que provém de um organismo diferente da instituição executora do PG.
- 3) Misto – financiamento que provém do orçamento da instituição executora do PG e de um organismo diferente da mesma (Serrano, 2008).

No que concerne à dimensão dos recursos financeiros do PG deve ser preenchida a tabela em apêndice 22, com os dados resultantes de todas as tabelas resultantes dos apêndices 20 e 21, relativas a cada uma das intervenções.

Avaliação:

Neste processo de esquematização das metodologias a recorrer na implementação do PG, deverá ainda constar uma preparação do modo como se irá avaliar o mesmo plano. Se por um lado, para cada intervenção proposta, deverão ser previstos métodos, qualitativos e quantitativos de avaliação, na “tabela da intervenção” em apêndice 16, por outro torna-se relevante pensar a avaliação do plano de modo global.

A avaliação deverá incluir a componente de avaliação no processo e final, de cada intervenção, favorecendo uma avaliação mais real do valor trazido pelo PG no final da sua implementação.

O modo como a equipa responsável poderá prever este ponto encontra-se esquematizada no ponto relativo à 4.ª fase do PG a “avaliação final”, encontrando-se exposta mais à frente na presente dissertação (tópico 3.4.4.). Ainda assim a “tabela da intervenção” prevê a definição de uma lista de critérios que poderão avaliar a implementação dessa intervenção, como presente no apêndice 16.

Para a avaliação do PG deverão ser definidos tópicos que concretizem essa avaliação. Esta deverá ter como base os critérios definidos no tópico 3.4.4 e aparecer no final do capítulo 2 do PG após a apresentação da tabela do apêndice 22, relativa aos recursos financeiros.

No final do processo de planeamento, que irá compor o capítulo 2 do Plano Gerontológico, poderá de modo a facilitar a compreensão do PG ser efetuado o preenchimento da tabela 14.

O que se pretende saber.	Pergunta	Resposta (Capítulo 2 do PG)
Objetivos	Para quê? (se quer fazer)	Objetivo Geral: _____ Objetivos Específicos (de cada área chave): _____
Metas	Quando? (se quer fazer)	__/__/__ a __/__/__ (data de início e de fim)
Localização física	Onde? (se quer fazer)	Município de _____
Metodologia (atividades e tarefas a realizar)	Como? (se quer fazer)	Por área chave (organizadas por subárea e cariz de intervenção) colocar o nome de todas as intervenções.
Recursos humanos	Quem? (o vai fazer)	(Colocar todos os intervenientes.) Equipa técnica: “(Nome), (área profissional).” Participantes: Pessoas idosas do concelho de (colocar o nome do concelho).
Recursos materiais	O quê? (se vai fazer)	Que materiais são necessários: _____ Custo: _____
Recursos financeiros	O quê? (se vai custear)	(Custo final de todas as intervenções, pela soma de todos os orçamentos para cada intervenção): _____
Avaliação		(Descrever como se pretende avaliar o PG de modo síntese)

Tabela 14: Síntese do planeamento do PG.

Deste modo os documentos devem constar neste capítulo 2 do PG e sua respectiva ordem, são os que em seguida são apresentados pela tabela 15.

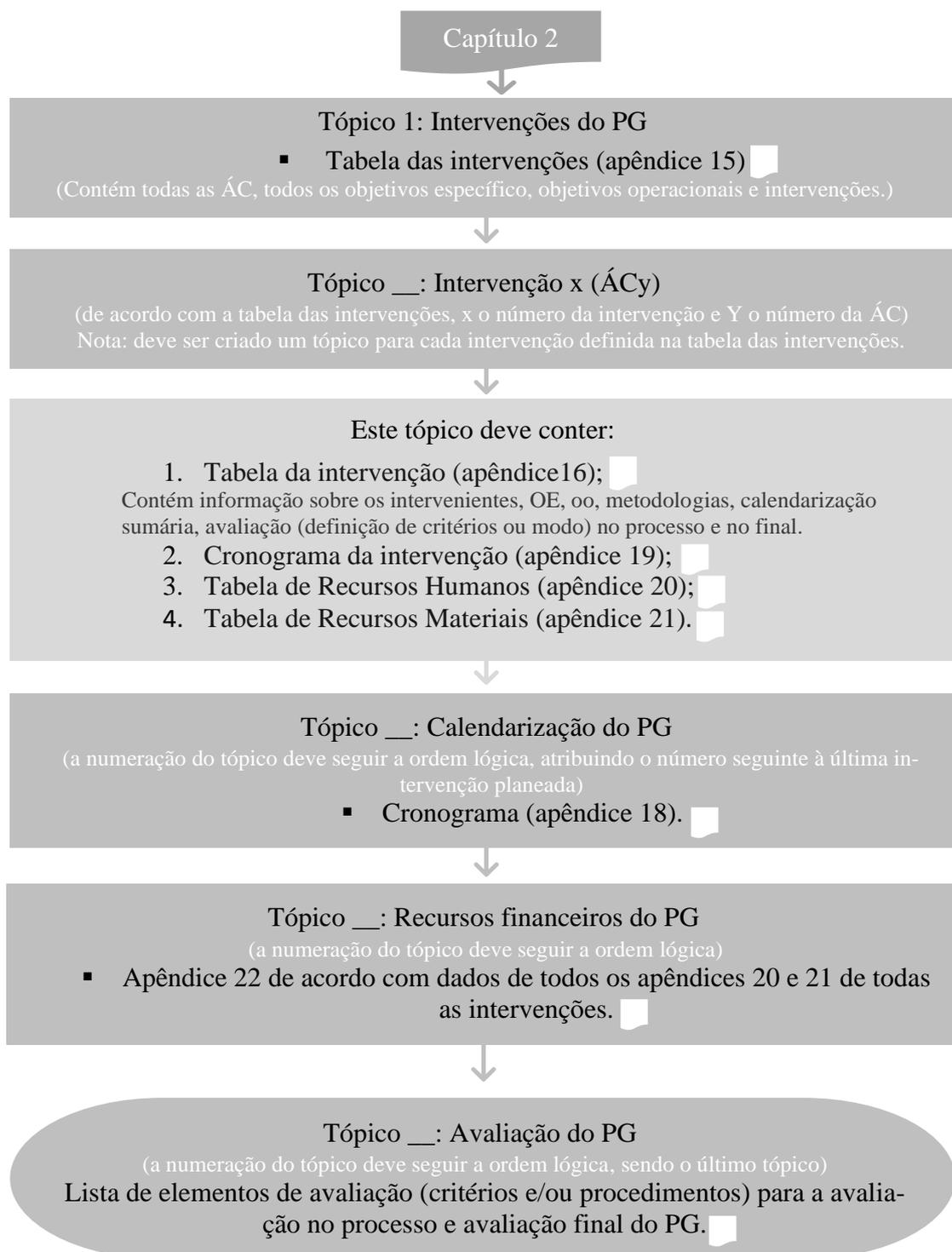


Tabela 15: Fluxograma Capítulo 2 do PG segundo o guia orientador.

Intervenções:

No que concerne a possíveis intervenções que poderão ser escolhidas pela equipa responsável pelo PG, estas deverão, sempre que possível ir ao encontro do que foi proposto no CMPI. Sendo um mecanismo que contribui para a participação social efetiva das pessoas idosas o CMPI (configurado em CLPI's e CMPI) deve ser uma prática que deverá permanecer ao longo de todo o PG, indo além do período destinado ao diagnóstico.

Relativamente às restantes áreas-chave, existem, até ao momento, dois manuais de boas práticas constituídos por boas práticas de intervenções ocorridas em contexto local. O “Ageing in Place. Boas Práticas em Portugal. Divulgar para valorizar” foi editado em 2015 pela Fundação Calouste Gulbenkian, tendo sido desenvolvido com a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. A concretização do presente manual de boas práticas incide nas seguintes áreas:

- 1) Apoio aos cuidadores;
- 2) Combate ao isolamento;
- 3) Gerontotecnologias e investigação;
- 4) Inovação em apoio domiciliário;
- 5) Inovação em centro de dia;
- 6) Intervenção na vida da comunidade;
- 7) Lazer, atividade física e aprendizagem ao longo da vida;
- 8) Melhoria das condições de habitação;
- 9) Recursos de saúde, animação, nutrição e acompanhamento psicológico;
- 10) Segurança, mobilidade e bem-estar.

Este documento que procura reconhecer práticas relevantes no âmbito do ageing in place, de modo a mapeá-las por área territorial ao passo que as organiza por área chave (Fonseca, 2015).

Link de acesso a este documento: <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>

Com o mesmo objetivo o consórcio Ageing@Coimbra procurou em 2018 desenvolver um documento “Boas práticas de envelhecimento ativo e saudável na região centro” na procura da replicação destas práticas, assim como da inovação nas áreas do conhecimento, dos cuidados de saúde e da intervenção social (Direção de Serviços de Desenvolvimento Regional da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, 2018).

Link de acesso a este documento: http://www.panaf.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/CCDRC_2018.pdf

Na situação de o diagnóstico revelar que o concelho ao qual o PG se destina não ter características amigas da pessoa idosa, nomeadamente nas acessibilidades, poderá ser importante incorporar nas intervenções a implementação do programa “cidades amigas das pessoas idosas” da Organização Mundial de Saúde. Este programa tem um guia composto por várias áreas, existindo para cada uma um conjunto de considerações pertinentes para a adaptação das cidades ao envelhecimento e uma lista de verificação por cada área.

No que concerne às áreas estruturantes deste guia, este é composto pelas seguintes:

1. Espaços exteriores e edifícios;
2. Transportes;
3. Habitação;
4. Participação social;
5. Respeito e inclusão social;
6. Participação cívica e emprego;
7. Comunicação e informação;
8. Apoio da comunidade e serviços de saúde.

Em anexo 1 está um exemplo dessa lista de verificação, destinado aos espaços exteriores e edifícios amigos das pessoas idosas (Organização Mundial da Saúde, 2007). O link de acesso a este documento é: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3

Poderá ainda ter-se como base a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (a versão disponível até ao momento é a versão de consulta pública, não tendo sido ainda aprovada). Embora não exista a implementação desta estratégia, cujas áreas abordadas são a saúde, a participação e a segurança este confere linhas orientadoras muito úteis para as intervenções práticas (Silva da Costa, 2017).

O *link* de acesso para este documento é <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Além destes documentos poderá ainda ser uma base à seleção de intervenções os planos gerontológicos tratados ao longo da presente dissertação de mestrado.

3.4.3. 3.^a fase – execução do Plano Gerontológico.

Nesta 3.^a fase, a execução do PG, a equipa responsável pela sua execução deverá num primeiro momento preparar a implementação do Plano, dividindo por pastas, relativas a cada uma das áreas, as metodologias para cada uma das intervenções.

Num segundo momento, a par com o planeado no cronograma, a equipa deverá estabelecer contactos com os responsáveis de cada intervenção de modo a verificar a possibilidade de se iniciar a implementação de cada intervenção na data e local que anteriormente se previram, adaptando se oportuno a data prevista à realidade presente. Caso necessário deverá, a equipa responsável, preparar ou adaptar as infraestruturas, ou agilizar esse processo com as entidades responsáveis pela(s) infraestrutura(s).

Posteriormente, ou em simultâneo, devem ser efetuados os recursos para a divulgação de cada uma das intervenções (quer para a divulgação física como cartazes ou panfletos, como para a divulgação digital, nas redes sociais e no site institucional do município), bem como a divulgação das mesmas. Deste modo pretende-se promover a participação por parte dos interessados nas mesmas. Neste processo, devem ser atendidas situações de transporte de pessoas idosas, atribuindo a todas o direito a participar nas intervenções previstas, em especial, na ausência de transporte próprio ou público adequado para o efeito.

Reunidas todas as condições para se realizarem cada uma das intervenções poder-se-á dar início à implementação do PG. Com o início da implementação do PG deve ser iniciado o processo de avaliação do mesmo. Assim, conforme planeado, devem ser recolhidas evidências qualitativas e quantitativas que com a conclusão da aplicação do PG atribuam um valor às intervenções efetuadas. Tal como referido nas metodologias, o modo como poderá ser feita esta avaliação no processo encontra-se definido no ponto seguinte “4.^a fase – avaliação final do Plano Gerontológico”.

3.4.4. 4.^a fase – Avaliação final do Plano Gerontológico.

A avaliação de um projeto sintetiza o valor que o projeto teve na comunidade onde ocorreu. Neste processo pretende perceber se as intervenções que ocorreram na prática foram ao encontro das intervenções propostas e se o resultado que daí adveio foi ao encontro dos objetivos e das metas a que se propunha.

- A avaliação no processo pretende:
 - Identificar ou fazer prognóstico durante o processo na sua realização;
 - Descrever e avaliar as atividades desenvolvidas procurando proporcionar informação para as decisões pré-programadas, relativas aos procedimentos que se seguem;
 - Trata-se de ser um guia para a aplicação do programa de intervenções do Plano Gerontológico.
- A avaliação final pretende:
 - Medir e interpretar os sucessos alcançados na implementação do PG, durante o processo de implementação e no final do mesmo. Deve recorrer-se de métodos recompilados de análises qualitativas e quantitativas.

Deste modo serve de guia pela experiência ocorrida para o desenvolvimento de um PG futuro, podendo este segundo PG ser um seguimento do anterior com melhoramentos inerentes a um maior conhecimento das metodologias, das pessoas idosas do concelho, bem como do concelho no global.

É exemplo deste o caso da Câmara Municipal da Amadora, que foi ao longo dos anos melhorado a sua intervenção no âmbito dos planos de âmbito gerontológicos, tendo atualmente um “Plano Estratégico para o Envelhecimento Sustentável”.

Desde a fase de diagnóstico que o modo como foi concebida a metodologia estruturante do guia orientador para os planos gerontológicos se assemelha ao modelo clássico da avaliação para a tomada de decisões. Para uma melhor compreensão do mesmo modelo está presente no anexo 2 um esquema síntese, retirada de Serrano (2008, p. 108).

3.5. Síntese do Guia Orientador para os Planos Gerontológicos

1.ª Fase – Diagnóstico	
Etapa 1: Preparação	
Dimensão Avaliação Interna	
Adaptação do questionário (apêndice 6);	
Realização de uma lista de possíveis membros para a equipa;	
Contacto com possíveis intervenientes para a equipa;	
Se necessário, agendar uma sessão de dúvidas sobre o PG;	
Marcação da reunião com a equipa.	
Dimensão Avaliação Externa	
Método 1: Georreferenciação de Pessoas idosas.	Método 2: Conselho Municipal das Pessoas Idosas – CMPI.
Adaptar o questionário do apêndice 8;	Fazer uma lista de informadores chave;
Fornecer formação sobre o correto preenchimento do questionário;	Agendar uma sessão de apresentação do CMPI;
Preenchimento das listagens (apêndice 7), e recorrer ao mapeamento;	Conceber materiais para a divulgação da sessão de apresentação;
Planear, através de um cronograma a recolha de dados;	Convocar todos os possíveis participantes;
Imprimir os mapas;	Divulgar a sessão de apresentação;
Selecionar o material necessário.	Preparar e imprimir a tabela (apêndice 9);
	Agendar a sessão 1 do CLPI e do CMPI;
	Desenvolver um guião para a sessão de apresentação;
	Efetuar a sessão de apresentação, elegendo os representantes, redigindo a ata e assinando a tabela (apêndice 9);
	Realizar a passagem dos nomes dos participantes para a folha de assiduidade (apêndice 10).
Etapa 2: Recolha de dados	
Dimensão Avaliação Interna	
Preenchimento do questionário (apêndice 6).	

Dimensão Avaliação Externa	
Método 1: Georreferenciação de Pessoas idosas.	Método 2: Conselho Municipal das Pessoas Idosas – CMPI.
Preenchimento dos questionários de georreferenciação por cada localidade.	Planear a sessão 1 de cada CLPI;
	Elaborar um guião de plano de trabalhos da sessão 1 do CLPI;
	Preparar o ambiente da sessão do CLPI;
	Se necessário agendar uma segunda sessão do CLPI;
	Planear a sessão 1 do CMPI;
	Elaborar a folha de registo (apêndice 11);
	Confirmar a presença de pelo menos um dos representantes de cada localidade;
	Preparar o local da sessão do CMPI;
	Planear a sessão 1 do CMPI através de um guião do plano de trabalhos;
	Efetivar a sessão 1 do CMPI;
	Elaborar uma síntese da sessão 1 do CMPI;
	Realizar a passagem de nomes dos representantes do CMPI para a folha de assiduidade (apêndice 12);
	Se necessário recorrer à concretização de uma sessão 2 do CMPI;
	Se possível convocar todos os responsáveis, validando a síntese feita anteriormente do CMPI.
Etapa 3: Ponderação dos dados	
Dimensão Avaliação Interna	
Redigir documento com as fragilidades e as forças da intervenção que tem vindo a ser desenvolvida pelas diferentes equipas, detetadas pela equipa do PG.	
Dimensão Avaliação Externa	
Método 1: Georreferenciação de Pessoas idosas.	Método 2: Conselho Municipal das Pessoas Idosas – CMPI.
Colocar os dados de cada localidade em suporte IBM/SPSS ou outro software similar;	Elaborar um documento síntese de toda a informação tratada ao longo das sessões anteriores, assim como de propostas que daí resultaram, por áreas chave;
Produzir gráficos, tabelas e métricas de análise de dados, de modo adaptado ao cariz de cada questão;	
Redigir um documento que procure agrupar os resultados obtidos por área chave;	
Comprimir todos os documentos de todas as localidades por áreas chave.	
Nota: No final desta fase devem resultar três documentos:	
1) Documento de fragilidades e forças da intervenção prestada pela equipa (através de serviços e/ou intervenções) até ao momento;	
2) Documento síntese de dados, por área chave de todos os dados obtidos pela georreferenciação;	

3) Documento síntese, por áreas chave, dos resultados obtidos pelo CMPI e propostas que das suas sessões advieram.
Etapa 4: Análise dos dados.
Cruzar temas de interesse, resultado dos três métodos de recolha de dados, por área chave. Deve ser criado para o mesmo efeito, um documento que deverá por área chave colocar todos os dados que lhe dizem respeito.
Etapa 5: Utilização dos dados.
Construir um capítulo que dará corpo ao PG no “Capítulo 1 – Diagnóstico”, devendo este: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder às questões “o quê?” e “porquê?” (natureza, origem e fundamento, respetivamente); ▪ Realizar uma árvore de problemas (apêndice 13); ▪ Preencher a análise SWOT (apêndice 14); ▪ Identificar os recursos disponíveis; ▪ Perceber quais as áreas chave e/ou intervenções prioritárias.
2.ª Fase – Planeamento
Desenvolver um documento que servirá de Capítulo 2 do PG, denominado por “Planeamento do PG”; Este capítulo implica clarificar todos os objetivos para o PG, as metodologias, os intervenientes, a calendarização e a lista de recursos;
No que concerne aos objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enunciar o objetivo central do PG; ▪ Definir um conjunto de objetivos específicos, idealmente um por cada área chave do PG; ▪ Por cada área chave definir objetivos operativos, um por cada intervenção proposta.
No que concerne às metodologias (deve ser feita): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematização das intervenções para o PG (apêndice 15); ▪ Uma caracterização de cada intervenção (apêndice 16).
Para a calendarização irá ser utilizado o recurso a cronogramas, sendo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para o PG na sua globalidade: <ul style="list-style-type: none"> - Um cronograma por meses com todas as intervenções; - Um cronograma por cada área chave, com suas intervenções. ▪ Para cada intervenção: <ul style="list-style-type: none"> - Se a intervenção tiver data única não se torna necessário o recurso a cronogramas; - Se a intervenção implicar mais do que uma data, devem ser colocadas todas as fases e/ou etapas no cronograma, de acordo com o planificado.
No que concerne aos recursos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para cada intervenção será preenchido o apêndice 18 e o apêndice 19, relativos aos recursos humanos e aos recursos materiais, respetivamente; ▪ Para o PG deve ser preenchida a tabela do apêndice 20, com informações oriundas dos apêndices 18 e 19.
3.ª Fase – Execução
Dividir as intervenções por pastas, sendo que cada pasta deverá conter uma área chave;

Estabelecer contactos com os responsáveis técnicos de cada intervenção;
Realizar os recursos necessários para a divulgação das intervenções;
Divulgar as intervenções no âmbito do PG;
Colocar o PG em execução;
Reunir informação para a avaliação no processo.
4.ª Fase – Avaliação
Sintetizar a informação de avaliação no processo, recolhida no processo de execução do PG;
Medir e interpretar os sucessos alcançados pela implementação do PG.

Tabela 16: Esquema das fases e etapas do plano gerontológico segundo o guia orientador.

3.6. Recomendações

A. Comunicação inclusiva

Neste contexto, deve ser privilegiada uma postura e uma comunicação inclusiva. Deste modo, quer na documentação, como no dia-a-dia, as pessoas idosas devem ser consideradas como indivíduos, indo além da limitação atribuída à idade ou à condição atual da pessoa. No que concerne aos documentos, deve ser adotada a expressão “pessoas idosas” ao invés de “sénior”, “idoso(a)”, ou “terceira idade”, contrariando a imagem negativa em torno do envelhecimento e da velhice. Por outro lado, no dia-a-dia deve ser dada atenção às pessoas idosas, pela escuta ativa, percebendo as suas necessidades, potencialidades e expectativas de vida futura.

B. Intervenção ao longo do tempo

Esta metodologia integrada quer por áreas como de intervenções, implica uma mudança necessária e complexa do ponto de vista da proximidade dos diferentes intervenientes e das intervenções de âmbito local desenvolvidas. Esta alteração nas rotinas da intervenção gerontológica, pelo poder local, deve por isso ser feita de modo progressivo, incrementando rotinas e formas de intervir. Deste modo, poder-se-á preparar o concelho onde se irá desenvolver o PG para uma, cada vez, melhor intervenção em prol do envelhecimento digno, ativo e na comunidade. De modo a integrar de modo efetivo a prática dos PG, deve num primeiro PG ser privilegiadas as intervenções mais simples, ou um menor número de intervenções e ir acrescentando intervenções ou complexidade às mesmas com a passagem de um PG a outro que lhe dê sequência.

C. Formação contínua dos profissionais

A formação contínua dos profissionais que intervém ao nível dos serviços presentes num território promove um melhoramento da atuação desses nas intervenções e serviços prestados. Deste modo, a atualização de métodos e técnicas nas áreas da Geriatria e da Gerontologia revela-se fundamental no âmbito dos PG.

D. Cuidadores informais

Além destes pontos, deve ainda ser tida em consideração a intervenção junto dos(as) cuidadores(as) informais. Esta atenção deve implicar intervenções ao nível da formação, do acompanhamento e do descanso, começando pelo mapeamento de situações presentes no concelho.

Conclusão

Através da consolidação das influências teóricas sobre o envelhecimento com as práticas de PG ocorridos foi possível conceber um guia orientador para os Planos Gerontológicos. Deste modo, o objetivo da presente dissertação foi alcançado.

Este guia orientador para os Planos gerontológicos prevê que os PG contenham quatro fases. A primeira fase, o diagnóstico, é a base de todo o restante plano, uma vez que pretende reconhecer as características da população idosa com quem se irá intervir, bem como do território onde o PG se desenvolverá. Este conhecimento das pessoas e do território, conforme o proposto pelas evidências recolhidas, revela-se preponderante na adequabilidade das intervenções escolhidas, ao contexto onde irá decorrer. Seguindo o diagnóstico, a 2.^a fase, o planeamento, pretende esquematizar as intervenções por área chave, que irão incorporar cada PG. Esta fase, pela sua extensão de passos, bem como pela sua relevância, denota uma complexidade considerável. Ainda assim, tão importante como fazer um bom uso do diagnóstico é a concretização de um bom planeamento, procurando concretizar, pela terceira fase, uma intervenção que vai ao encontro, e não de encontro, aquele que é o objetivo do PG, isto é, incrementar o desenvolvimento de intervenções de carácter holístico e integrado na comunidade. Deste modo, o presente guia orientador trata ainda os pontos-chave para a execução (pela 3.^a fase) e para a avaliação (pela 4.^a fase) do planeado para os PG.

Não obstante desta conquista para a intervenção gerontológica e, contextos locais, a presente dissertação tem inerentes limitações. Ao contrário do pretendido, não foi possível fazer cumprir a fase 5 das metodologias da mesma dissertação, isto é, a validação do mesmo guia junto de peritos no âmbito da intervenção por via dos PG. No que concerne à motivação a que se deve esta impossibilidade, deve-se à ausência de respostas, provocada quer pela indisponibilidade técnica das autarquias responsáveis pelos planos de âmbito gerontológico em colaborar no presente estudo, bem como pela saída dos técnicos responsáveis pelos mesmos planos do âmbito da ação dos mesmos municípios.

No que concerne investigações/intervenções futuras no âmbito do guia orientados para os PG poder-se-á procurar validar este guia orientador. Deste modo deve por um lado validar-se o conteúdo do mesmo guia junto de peritos, não só no âmbito da intervenção local através de planos de âmbito gerontológico, como da área da investigação no âmbito do envelhecimento e/ou políticas dirigidas ao envelhecimento. Por outro lado, a validação do guia orientador implica ainda a validação prática, que poderá ser feita de

modo isolado, com um ou dois municípios, ou, preferencialmente com a criação de um grupo de trabalho fomentado pelo governo, destinado aos Planos Gerontológicos. Neste contexto, através do grupo de trabalho, poderão ser desenvolvidos projetos piloto de PG em municípios cujas características devem ser diferentes e diferenciadas, (dimensão, características locais, características das pessoas idosas, localização geográfica) de modo a perceber de que modo o guia orientador para os PG se adapta ou não à realidade portuguesa e a proceder a possíveis melhoramentos. Esta perspetiva assenta na ideia de que cada território é um território, pelo que para responder a esta heterogeneidade territorial o presente guia deve aprimorar o melhor possível a sua descrição, já que se pretende que se adapte a todas as realidades. A par com esta preocupação poder-se-á perceber que outras intervenções de carácter holístico e integrado ajustado à heterogeneidade de características (necessidades, potencialidades e expectativas de vida) da população idosa de um concelho, poderão ser desenvolvidas. Para este processo torna-se pertinente por um lado o reconhecimento político da necessidade de se dignificarem os processos de envelhecimento na comunidade, e por outro o reconhecimento social, quer pelos intervenientes sociais como da sociedade em geral, da necessidade e da pertinência do desenvolvimento de intervenções potenciadoras da manutenção das pessoas na sua comunidade à medida que a idade avança.

Por um lado, o reconhecimento político deve emergir, pela consideração da opinião de movimentos associativos no âmbito das áreas da Geriatria e da Gerontologia bem como das recomendações ao governo por parte da Assembleia da República, referidas no enquadramento teórico. Além destes fatores, o pedido de apresentação do presente guia quer aos grupos parlamentares, como ao governo poderá ser um fator pertinente na consideração desta prática, e da necessidade de se instituírem políticas de envelhecimento e velhice em Portugal.

Por outro lado, o reconhecimento social de que é cada vez mais necessário instituir políticas e intervenções diferentes das existentes é uma necessidade premente na sociedade atual. O perfil de necessidades, potencialidades, expectativas e exigências da população idosa, e sobretudo da que está a envelhecer, está a mudar pelo que se torna premente a exigência de novas respostas, integradas e que integrem as pessoas idosas no processo de envelhecimento na sua comunidade. Deste modo, torna-se pertinente a apresentação do presente guia orientador em congressos da especialidade, dando a conhecer esta prática.

Com o aumento da longevidade e consequente aumento da relevância do grupo etário das pessoas idosas na sociedade atual, cresce também a necessidade de se instituir uma política nacional para o envelhecimento. Esta política deverá ser desenvolvida e instituída através de uma comissão nacional interdisciplinar e interministerial, à semelhança do que sucedeu em Portugal entre os anos de 1988 e 1996.

Estas preocupações têm na sua base a procura por dignificar o processo de envelhecimento na comunidade, sendo preponderante após a validação deste guia, potencializar a difusão da prática dos Planos Gerontológicos no território e no tempo, nomeadamente pelo incentivo estatal às autarquias locais.

Assim, o estudo, o debate e o investimento em torno das políticas públicas para o envelhecimento e para a velhice, em especial no e para o poder local deve ser fomentado, de modo a efetivar o desenvolvimento de estratégias políticas com realização prática neste âmbito.

Referências bibliográficas

- António, Stella (2013). Das políticas sociais de velhice à política social de envelhecimento. In M. Carvalho (coord). *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 81-103). Lisboa: Pactor.
- Araújo, Lia & Melo, Sara (2018). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro & C. Paúl (coords.), *Manual de Envelhecimento ativo* (2ªed.) (pp.157-190). Lisboa: Lidel.
- Baltes, Paul, Staudinger, Ursula & Lindenberger, Ulman (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review Psychology*, 50 (1), 471–507. DOI: 0084-6570/99/0201-0471
- Barbosa, Cristina (2015). Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia. *EXEDRA Revista Científica. Escola Superior de Educação de Coimbra*, Número Temático “Contributo para uma abordagem multidisciplinar do envelhecimento: Teoria, Investigação e Prática, 151-172, consultado a 2021-04-22, em <http://exedra.esec.pt/?p=426>
- Bárrios, Maria João & Fernandes, Ana (2011). *Programas de Intervenção Municipal Orientados para a Promoção do Envelhecimento Activo* (dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Benavente. Renata (2020). Envelhecimento Normativo e o Envelhecimento Patológico. In R. Benavente (coord.), *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (pp.1-44). Lisboa: Pactor.
- Câmara Municipal de Lisboa – CML (2008). Plano Gerontológico Municipal. Consultado a 2020-10-10, em https://www.lisboa.pt/fileadmin/cidade_temas/urbanismo/DELETE_documentos/plano_gerontologico.pdf
- Câmara Municipal de Santa Maria da Feira – CMSMF (2008). *Plano Estratégico para a Terceira Idade do Concelho de Santa Maria da Feira, 2008-2011*. Consultado em 2021-01-25, em <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2017/03/Santa-Maria-da-Feira-Action-Plan.pdf>
- Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia – CMVNG (s.d). *Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento*. Consultado a 2021-01-23 em https://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acao_social/pim envelhecimentos/pim_envelhecimento.pdf
- Carvalho, Maria Irene (2013). Um percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In M.I. Carvalho (coord.), *Serviço social no envelhecimento*. (pp.1-16). Lisboa: Lidel.
- Centro Internacional Longevidade Brasil (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Consultado a 2020-05-07, em http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Politico-ILC-Brasil_web.pdf

- Comissão Europeia (2001). Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões. Consultado a 2021-05-24, em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0723&from=PT>
- Concelho Local de Ação Social de Peniche – CLASP. (2013). Plano Gerontológico para o Concelho de Peniche 2013-2017. *Câmara Municipal de Peniche*. Consultado em 2020-11-11, em <https://www.cm-peniche.pt/viver/desenvolvimento-social/cidadania-senior/plano-gerontologico>.
- Constituição da República Portuguesa. VII Revisão Constitucional (2005). Consultado a 2021-05-20, em <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Direção de Serviços de Desenvolvimento Regional da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2018). *Boas práticas envelhecimento ativo e saudável na Região Centro*. Consultado a 2021-06-22, em http://www.panaf.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/CCDRC_2018.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde*. Consultado a 25-01-2021, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel-pdf.aspx>
- Eurostat – Gabinete de Estatísticas da União Europeia (2019). *State of Health in the EU. Portugal Perfil de saúde do país 2019*. Consultado a 2021-02-22, em https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_pt_portuguese.pdf
- Fonseca, António (2012) Desenvolvimento Psicológico e Processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia* (pp.95-106). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, António (coord.) (2015). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa. Consultado a 2021-01-15 em <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>
- Gonçalves, Cidália (2015). Envelhecimento Bem-Sucedido, Envelhecimento Produtivo e Envelhecimento Ativo: Reflexões. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. 20(2), 645-657. Consultado em 25-01-2021, em <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/49428/35463>
- Iecovich, Esther (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20 (1), 21–33.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2017) *Projeção de população residente 2015-2080*. Consultado a 2021-03-26, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatística – INE (2018). *Estimativas de População Residente em Portugal 2017*. Consultado a 2021-03-26, em <https://www.bing.com/search?q=Estimativas+de+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente+em+Portugal+2017&cvid=5a570184d7c642b3872742790d32dbb6&aqs=edge..69i57.767j0j4&FORM=ANAB01&PC=ASTS>
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Consultado a 2021-02-22, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – ISCSP (coord.) (2017). *VIVER BEM A IDADE: Plano Estratégico para o Envelhecimento Sustentável da Amadora 2016-2025* [PDF]. Câmara Municipal da Amadora. Consultado em 2020-11-15, em http://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO_SOCIAL/SENIORES/PDF/plano_estrategico_envelhecimento_sustentavel_docfinal.pdf.
- Lei nº 75/2013, de 12 de Setembro. *Regime Jurídico das Autarquias Locais*. Consultado a 2021-06-03, em <http://debaterlisboa.am-lisboa.pt/documentos/1386758490Q5jMA3wo0Yx58TZ2.pdf>
- Lima, Margarida (2016). Envelhecimento Ativo e com sentido. In H. Firmino, M. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde Mental das Pessoas mais velhas*. (pp.3-18). Lisboa: Lidel.
- Martín, Ignacio & Brandão, Daniela (2012) Políticas para a Terceira Idade. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (pp.273-287). Lisboa: Lidel.
- Ministério Público Portugal. *Princípios Das Nações Unidas Para As Pessoas Idosas*. Consultado a 2021-01-25, em <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>
- Núcleo Executivo CLAS da Amadora. (2015). Plano de Desenvolvimento Social e de Saúde da Amadora 2015/2017. *Câmara Municipal da Amadora*. Consultado em 2020-11-23, em https://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/planodesenvsocialsaude_2015_17.pdf.
- Nunes, Belina & Pais, Joana (2014). *Doença de Alzheimer. Exercícios de estimulação*. (2ª ed.) Lisboa: Lidel.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosa*. Consultado a 2021-01-23, em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3
- Organização Mundial de Saúde (2015). Resumo Relatório mundial de envelhecimento e saúde. *Organização Mundial de Saúde*. Consultado a 25-01-2021, em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=A3B59C66A13620A41AC4C45D49B8895F?sequence=6

- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. *Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde*. Consultado a 20-01-2021 em https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Pardal, Sérgio (2014). *Envelhecer com Dignidade*. Lisboa: Edições Vieira da Silva.
- Paúl, Constança & Ribeiro, Oscar (2012). *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Pordata. Base de dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal>
- Rede social da Amadora. (2012). Plano Gerontológico 2012/14. *Câmara Municipal da Amadora*. Consultado em 2020-10-22, em http://www.cm-amadora.pt/imagens/artigos/solidaria/rede_social/instrumentos_planeamento/pdf/plano_gerontologico.pdf.
- Resende de Oliveira, Catarina & Mota Pinto, Anabela (2014) Biologia e fisiopatologia do envelhecimento. In M. Teixeira Veríssimo (coord.) *Geriatrics fundamental. Saber e praticar*. (pp.17-28). Lisboa: Lidel.
- Resolução da Assembleia da República n.º 146/2021. Consultado a 2021-06-09, em <https://dre.pt/application/conteudo/163724387>
- Resolução da Assembleia da República n.º 163/202. Consultado a 2021-06-09, em <https://dre.pt/application/conteudo/164870231>
- Ribeiro, Oscar & Paúl, Constança (2018). Envelhecimento ativo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coords.), *Manual de Envelhecimento Ativo*. (2ª ed.) (pp.1-14). Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, Teresa (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, Maria João (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, Maria João (2020). *Um tempo sem idades. Ensaio sobre o envelhecimento da população*. Lisboa: Tinta da China.
- Serrano, Gloria (2008). *Elaboração de projetos sociais. Casos práticos*. Porto: Porto editora.
- Silva da Costa, Andreia (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Consultado a 2021-05-23 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sousa Santos, Boaventura (1987). O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais. O Caso das Políticas de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (23), pp.13- 74.
- Sousa, Paula & D’Almeida, José Luís (2016). *Avaliação diagnóstica na prática do serviço social*. Viseu: Psicossoma.

- Teixeira, Tânia (2019). *Proposta Plano Gerontológico Concelho de Vila Nova de Gaia* (dissertação de mestrado). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto.
- Veloso, Esmeralda (2008). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. Apresentado ao VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. Consultado a 2021-05-20 em <http://www.associacaoportuguesasociologia.pt/vi-congresso/pdfs/412.pdf>
- World Health Organization – WHO (2015). World report on ageing and health. *World Health Organization*. Consultado em 12-01-2021 em <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

Apêndices

Apêndice 1: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG da Amadora 2012 a 2014 (Rede Social da Amadora, 2012).

Eixos de Ação	Projetos ou Atividades	Ações	
Envelhecimento Ativo	A Recriar a vida	1. Ateliês ocupacionais e cursos teóricos.	
		2. Visitas culturais.	
		3. Exposições.	
	B ANIMOCENTRO	4. Realização de reuniões com as direções das respostas sociais.	
	C ANIMOCENTRO	5. Dinamização do projeto de acordo com as candidaturas anuais.	
	D AMASENIOR – atividade física	6. Elaboração de um programa de atividade física.	
E Mais perto – projeto de voluntariado	E Mais perto – projeto de voluntariado	7. Apoio a idosos nas AVD’s e idas ao exterior.	
		8. Realização de atividades lúdico recreativas no domicílio.	
		9. Fazer companhia ao idoso isolado.	
F Projeto intergeracional – aprende comigo	F Projeto intergeracional – aprende comigo	10. Criação de grupo de teatro e dança.	
		11. Dinamização de atividades lúdicas nos Jardins de Infância do município por séniores.	
Apoio a Respostas Sociais	G Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	12. Realização de reuniões com dirigentes e coordenadores das respostas sociais.	
		13. Definição conjunta de critérios de admissão e priorização.	
		14. Implementação de lista de espera comum.	
		15. Dinamização do apoio alimentar ao fim-de-semana e feriados.	
		16. Promoção de serviços diferenciados no SAD.	
		H Oficinas multisserviços	17. Realização de pequenas obras em casa das pessoas idosas.
	I AMASENIOR – linha de apoio social	I AMASENIOR – linha de apoio social	18. Disponibilização de uma linha telefónica gratuita.
			19. Realização de diagnóstico de necessidades da população sénior.
	J Emergência Social	J Emergência Social	20. Realização de visita domiciliária a situações sinalizadas.
			21. Realização de reuniões com parceiros envolvidos.
			22. Realização de desinfecções, limpeza e pequenas obras de melhoramento no domicílio do utente.
K Mais e melhores respostas – criação e melhoria de respostas sociais	K Mais e melhores respostas – criação e melhoria de respostas sociais	23. Construção de unidades residenciais.	
		24. Realização de visitas À resposta social “Centro de Noite” para conhecer o modelo de funcionamento e a sua operacionalização.	

Promoção da Saúde			25. Construção de unidade de cuidados continuados.
			26. Identificação das necessidades dos idosos da comunidade.
			27. Realização de reuniões com dirigentes e coordenadores técnicos das instituições que prestam estas respostas sociais.
			28. Elaboração de propostas para a dinamização dos equipamentos.
	L	Cartão Amadora 65+	29. Estabelecimento de contactos com empresas de modo a aumentar o número de empresas parceiras do cartão.
			30. Efetuar a divulgação do cartão junto da população idosa.
			31. Avaliação técnica dos pedidos e emissão dos cartões diferidos.
	M	STAPA – serviço telefónico de atendimento permanente da Amadora	32. Instalação de STAPAs em domicílios de pessoa idosas e/ou dependentes.
	N	Banco municipal de ajudas técnicas	33. Cedência de equipamentos de ajudas técnicas.
			34. Realização de recolha de fundos junto de empresas através do PROSAMA e recolha de fraldas em hipermercados.
O	Linha municipal de saúde	35. Divulgar o serviço junto de titulares do cartão 65+.	
		36. Prestar o serviço de atendimento médico no domicílio.	
		37. Articulação com o ACES das situações atendidas no âmbito deste serviço.	
P	Saúde + - Apoio para medicamentos	38. Disponibilização dos medicamentos após avaliação técnica e relatório social do gestor de caso.	
Q	Projeto de apoio ao cuidador	39. Realização de sessões de grupo para cuidadores.	
		40. Integração de dependente sem resposta social, por períodos pequenos de tempo, para permitir o descanso ao cuidador.	

Tabela 17: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG da Amadora 2012 a 2014 (Rede Social da Amadora, 2012).

Apêndice 2: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).

Área		Ação
A	Habitat	1. Integração das prioridades decorrentes das necessidades das pessoas mais velhas na conceção e execução do “Plano Municipal de Acessibilidade”
		2. Integração do conceito “cidade amiga das pessoas idosas” nos princípios orientadores do Plano Municipal de Acessibilidade;
		3. Adaptação progressiva às normas de acessibilidade de: - edifícios municipais com atendimento ao público; - edifícios das Juntas de Freguesia; - equipamentos sociais; - via pública áreas de convívio.
		4. Integração das normas de acessibilidade nos processos de reabilitação dos fogos do parque habitacional municipal;
		5. Priorização dos pedidos de intervenção/reabilitação dos fogos municipais dos inquilinos com 65 mais anos;
		6. Reavaliação e reativação do modelo de funcionamento do Programa “Casa Para Toda a Vida” agilizando as intervenções no domicílio
		7. Avaliação e adequação dos percursos e horários de funcionamento do serviço LX Porta a Porta nas zonas críticas da cidade em termos de acessibilidade, tendo em conta a população residente e os serviços de proximidade existentes.
		8. Incrementar o transporte especial para pessoas com mobilidade condicionada.
B	Solidão/ isolamento	9. Revitalizar os locais de convívio nas freguesias: manutenção de espaços públicos e jardins, enquanto espaços de entretenimento e lazer (bancos, mesas, pavimentos...).
		10. Apoiar a implementação de espaços seniores (Clube Sénior)
		11. Desenvolver ações de apoio às iniciativas das universidades e academias sénior.
		12. Colaborar na divulgação do: a) “Banco de Voluntariado da Cidade de Lisboa” (CML); b) Programa “Mais Voluntariado, Menos Solidão” (parceria SCML, Associação Coração Amarelo, Delegação de Lisboa da Cruz Vermelha Portuguesa).
		13. Manter o Programa “Praia - Campo Sénior”.
C	Participação	14. Implementar instrumentos de auscultação das expectativas/necessidades dos seniores de Lisboa através de: a) Constituição e realização de mini-fóruns a nível local com a participação das Juntas de Freguesia, Associações de Reformados e Idosos e outras associações representativas neste âmbito;
		15. Implementar instrumentos de auscultação das expectativas/necessidades dos seniores de Lisboa através de: b) Implementação do Fórum Municipal para as Pessoas com 50 e mais anos.
		16. Realizar o Encontro Anual “Lisboa para todas as Idades” dirigido a técnicos e dirigentes de instituições públicas e privadas.
		17. Implementar os conselhos consultivos nos equipamentos municipais onde ainda não existam, no sentido de uma maior participação dos utentes.
		18. Apoiar o desenvolvimento de ações de formação aos Promotores dos serviços, para sensibilização sobre modelos/ formas de participação dos utentes.
D	Segurança	19. Contribuir para a manutenção do Programa Integrado de Policiamento de Proximidade (PIPP), no qual está incluído o Programa Apoio 65 - Idosos em Segurança.

		20. Apoiar a implementação de uma maior cobertura do Serviço de Teleassistência na cidade de Lisboa, em especial nas situações das pessoas que vivem sozinhas.
		21. Divulgação /Informação de ações de sensibilização em articulação com o Ministério Público, Polícia Municipal e PSP relativamente a: a) Atos passíveis de constituir crime e em relação aos quais as pessoas mais velhas são mais vulneráveis; b) Prevenção e alerta sobre as condições de circulação em segurança e como prevenir e evitar outras situações de risco.
E	Inserção social/ desenvolvimento de competências sociais	22. Apoio ao desenvolvimento das Academias Sénior
		23. Apoio às ações de formação orientadas para a info-inclusão
		24. Manutenção do Programa Municipal “Envelhecimento Ativo e Saudável”;
		25. Manutenção do Programa Municipal “Cultura e Desporto em Ação”;
		26. Projeto “A Preservação das Memórias – Saberes e Fazeres “da Escola de Artes e Ofícios.
		27. Apoio à Integração dos seniores no Banco de Voluntariado da Cidade de Lisboa;
		28. Implementação de um Programa de Voluntariado Cultural e Ambiental com Seniores, dinamizado pelo Banco de Voluntariado da cidade de Lisboa.
		29. Apoio ao desenvolvimento de ações de sensibilização/formação aos seniores prestadores de cuidados informais
F	Informação	30. Apoiar a implementação de Núcleos de Coordenação da Informação a nível local.
		31. Divulgar e disponibilizar, quando solicitada, a informação em formatos alternativos da CML.
		32. Apoiar a divulgação do Projeto “Recriar o Futuro” (ISS) para a implementação de ações de preparação para a reforma.
		33. Divulgação da Linha Cidadão Idoso e articulação com a Provedoria de Justiça no âmbito dos quatro núcleos executivos da Rede Social.
		34. Criação e divulgação de Newsletters e sites na Internet, bem como um link específico sobre Demências.
		35. Atualizar o Guia de Lisboa para a Idade Maior com informação sobre recursos da comunidade assim como informação útil sobre envelhecimento ativo, nomeadamente saúde, nutrição, segurança, direitos e liberdades das pessoas mais velhas.
G	Serviços	36. Apoio à implementação de metodologias de avaliação dos serviços existentes na ótica da qualidade dos serviços prestados
		37. Apoio à revitalização/reconversão dos Centro de Dia no âmbito da Rede Social
		38. Apoio à implementação de serviços e equipamentos no âmbito da Rede de Cuidados Continuados
		39. Apoiar o desenvolvimento de ações de formação/qualificação dos profissionais que trabalham na área gerontológica.
		40. Apoio à realização de ações de formação/qualificação dos profissionais na área gerontológica, em especial na área das Demências
		41. Apoio à realização de um estudo sobre a incidência e prevalência do diagnóstico clínico da demência nos equipamentos sociais da cidade.
		42. Apoio à implementação de serviços/equipamentos de proximidade no âmbito do apoio às pessoas com demência e suas famílias.
		43. Colaborar na elaboração de um Guia de Boas Práticas na prestação de cuidados às pessoas com demência e Apoio à divulgação do Guia de Boas Práticas.
		44. Apoio à criação de um Serviço de Consultoria/Aconselhamento/Apoio técnico às Instituições que prestam cuidados às pessoas com Demência.
		45. Apoio à publicação periódica de documentação técnica na área gerontológica.
H	Violência/maus-tratos	46. Estabelecimento de protocolo com a Procuradoria-Geral da República e com a APAV para intercâmbio de informação e formação dos profissionais nesta área.

		47. Implementação do Observatório da Violência, em parceria com a APAV e com a Procuradoria – Geral da República.
		48. Apoio à realização de ações de formação, neste âmbito para os prestadores de cuidados.
		49. Implementação da Linha SOS – Maus-tratos.
I	Gestão do plano	50. Contratualizar o Plano com as instituições parceiras da Rede Social.
		51. Colaborar com o Instituto da Segurança Social, IP/Centro Distrital de Lisboa, em articulação com a Rede Social, na atualização de indicadores que contribuam para o diagnóstico social da cidade em especial nas áreas definidas pelo Observatório.
		52. Construção do Observatório Gerontológico Municipal – estabelecimento de parcerias com instituições académicas para a necessária validação científica.
		53. Realização de Inquérito “Qualidade de Vida” da Organização Mundial de Saúde numa amostra de 250 pessoas com idades superiores a 50 anos. Protocolo com Universidade (a definir).
		54. Elaboração de relatórios anuais.

Tabela 18: Tabela síntese de ações desenvolvidas no âmbito do PG de Lisboa 2009 a 2013 (CML, 2008).

Apêndice 3: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do PG de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).

Eixos estratégicos (EE)		Objetivos Operacionais (oo)		Medidas (M)		
EE1	Promover a inserção social das pessoas idosas.	oo1	Defender a velhice como uma etapa de vida que contribui para o desenvolvimento socioeconómico.	1. Melhorar a imagem social das pessoas idosas e promoção de valores positivos associados ao envelhecimento.		
				2. Promover a participação social das pessoas idosas através dos meios de comunicação social.		
				3. Desenvolver ações de reconhecimento social de entidades singulares ou coletivas que se tenham destacado pelas ações promotoras das pessoas idosas do concelho.		
		oo2	Difundir os direitos dos idosos no concelho de Peniche.	4. Criação de uma página web específica no site do município dedicada à divulgação dos direitos dos idosos.		
		oo3	Melhorar os mecanismos existentes para a proteção dos direitos das pessoas idosas e prevenção de situações de risco.	5. Promover a proteção e segurança das pessoas idosas.		
				6. Criação de uma comissão de acompanhamento de idosos em situação de risco.		
EE2	Envelhecimento ativo e saudável.	oo1	Promover a autonomia das pessoas idosas e favorecer um envelhecimento ativo e saudável.	7. Promoção de atividade física e a nutrição entre os idosos.		
				8. Desenvolvimento de programas de promoção da saúde, prevenção e deteção de patologias associadas ao envelhecimento.		
				9. Promoção da aprendizagem ao longo da vida e da inclusão.		
				oo2	Promover a inclusão social e potenciar a participação de pessoas idosas em programas de voluntariado.	10. Aplicação de medidas preventivas de acidentes no domicílio e no espaço público.
				oo3	Promover o acesso e a participação de pessoas idosas aos programas culturais, de lazer e de bem-estar.	11. Dinamizar um movimento associativo de pessoas idosas e contribuição para a autonomia pessoal na tomada de decisões.
						12. Promoção do voluntariado entre as pessoas idosas.
				oo4	Potenciar novas dinâmicas profissionais depois dos 55 anos.	13. Promover a participação de pessoas idosas em programas intergeracionais de carácter sociocultural.
		14. Promoção do acesso das pessoas idosas a atividades culturais, artísticas e artesanais.				
				15. Promover novas dinâmicas profissionais e a transição para a reforma ativa.		
				16. Promover a participação de pessoas idosas em programas universitários.		
EE3	Cuidados e serviços.	oo1		17. Apoio à utilização de serviços de saúde.		

			Promover a utilização de serviços de saúde e a adesão terapêutica.	18. Promover a adesão terapêutica entre os idosos do concelho.
		oo2	Apoiar os cuidadores informais e o envelhecimento em casa.	19. Apoiar as famílias cuidadoras de idosos em situação de dependência. 20. Melhorar as condições de habitabilidade das pessoas que, com diferentes graus de dependência, permanecem em casa. 21. Promoção da acessibilidade e da mobilidade de pessoas idosas. 22. Criação de novos serviços de apoio no domicílio.
		oo3	Aumentar a diversidade e a qualidade das Respostas Sociais disponíveis no concelho para o apoio a pessoas idosas.	23. Incremento de serviços de apoio domiciliário. 24. Criar um serviço de teleassistência para idosos do concelho. 25. Envolvimento na aplicação do programa de cooperação para o desenvolvimento da qualidade e segurança das respostas sociais existentes no concelho.
		oo4	Apoiar a formação contínua entre os profissionais que cuidam de idosos.	26. Colaborar no desenvolvimento de programas de formação graduada e pós-graduada na área da Geriatria e da Gerontologia.
EE4	Colaboração interdepartamental.	oo1	Estabelecer estratégias de cooperação interdepartamental que permitam alcançar objetivos dependentes de atuações conjuntas.	27. Estabelecer estratégias de cooperação interdepartamental que permitam alcançar objetivos dependentes de atuações conjuntas.
		oo2	Promover estratégias e/ou instrumentos de cooperação com entidades nacionais e/ou estrangeiras, visando o cumprimento do plano gerontológico	28. Definição de indicadores de medida e controlo de ações conjuntas de integração de idosos no PG, em parceria com as entidades supraconcelhias. 29. Criação de uma comissão interdepartamental de acompanhamento de emigrantes acima dos 55 anos, pertencentes ao concelho. 30. Referenciação de famílias de idosos, cujos descendentes emigram, identificação das suas necessidades específicas.
		oo3	Promover a difusão integral do plano gerontológico.	31. Desenvolver uma campanha de divulgação do plano. 32. Promoção do plano gerontológico em acontecimentos nacionais ou internacionais.

Tabela 19: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do PG de Peniche 2013 a 2017 (Concelho Local de Ação Social de Peniche, 2013).

Apêndice 4: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).

Medidas estratégicas		Programa (P)		Objetivo (o)		Medidas	
1.	Mecanismos de intervenção na promoção do envelhecimento ativo	P1	Programas de promoção educativa e acesso à sociedade do conhecimento	o1	Aumentar o número de programas educativos para as pessoas idosas principalmente nas zonas menos centrais do Concelho e junto de pessoas com menores habilitações literárias.	1	Sensibilização das diferentes coletividades dos benefícios do desenvolvimento de programas educativos para pessoas idosas.
						2	Criação de novos programas educativos a partir de estruturas coletiva já existentes ou programas próprios.
				o2	Acesso das Pessoas idosas à sociedade do conhecimento.	3	Criação de Programas de Sensibilização para a Sociedade do Conhecimento.
						4	Programas de Formação em TIC no âmbito de programas educacionais generalistas ou programas específicos aproveitando os Espaços Internet.
		P2	Programas de atividade física e desporto e participação ativa das pessoas idosas	o1	Aumentar o número de pessoas idosas participantes em atividades físicas.	5	Sensibilização das pessoas idosas para a importância da prática regular de atividade física.
						6	Apoio na disponibilização de transportes de e para o local da atividade.
						7	Manutenção do sistema do tipo de cofinanciamento.
				o2	Aumentar a variabilidade das atividades desenvolvidas, de forma a poder dar ao idoso maior escolha de participação.	8	Realizar uma avaliação acerca das preferências das atividades físicas que gostariam de praticar.
						9	Fazer um levantamento com os espaços desportivos concelhios potencialmente disponíveis, para a realização de cada atividade.
2.	Medidas de intervenção no âmbito da vulnerabilidade funcional e social	P3	Programas no âmbito da intervenção na capacidade e eficácia do sistema de cuidados	o1	Aumentar a qualidade de resposta dos equipamentos sociais para pessoas idosas, por meio da promoção do sistema de normalização promovido pela segurança social.	10	Formação no âmbito da normalização de protocolos e gestão de equipamentos sociais a partir de indicadores utilizando como base o Sistema de Normalização da Segurança Sócia (2006).
						11	Programas de monitorização da implementação de medidas de promoção de qualidade por meio de reuniões técnicas e auditorias voluntárias.
						12	Criação de documentação técnica disponível para treino de profissionais e aplicação das instituições.
						13	Financiamento do custo de auditoria em termos de sistema de acreditação 9001.

				o2	Aumentar a taxa de cobertura dos equipamentos sociais no sentido de acompanhar o sucessivo envelhecimento populacional.	14	Aumentar a taxa de cobertura de lares de idosos de 1% para 3%.		
						15	Aumentar a taxa de cobertura de 3,8% para 5% em termos de SAD.		
						16	Aumentar a taxa de cobertura de 0% para 0.05% em termos de centros de noite.		
				o3	Modificação do perfil de serviços no âmbito do Serviço de Apoio Domicílio no sentido do aumento da sua intensidade.	17	Prestação pela totalidade das instituições promotoras de SAD da possibilidade de serviço 7 dias / semana.		
						18	Redução significativa do número de utentes de SAD unicamente com prestação de alimentação ao domicílio.		
						19	Promover um sistema integrado de gestão de casos utilizando metodologias TIC, particularmente na resposta SAD.		
				o4	Promover a criação de unidades de cuidados continuados, interligando as redes de saúde e social do concelho.	20	Avaliação das necessidades de unidades de cuidados continuados no Concelho de Sta. Maria da Feira.		
						21	Promover a abertura de Unidades de Cuidados Continuados no Concelho de Sta. Maria da Feira de acordo com as necessidades diagnosticadas.		
						22	Dotar os profissionais envolvidos de know-how cuidados continuados em termos de gestão de este tipo de sistema de cuidados.		
				P4	Programa de criação de respostas especializadas para idosos com doença de Alzheimer	o1	Apoiar programas e iniciativas que visem a deteção precoce e atenção especializada aos doentes com Doença de Alzheimer (DA).	23	Promover no âmbito de equipamentos sociais já existentes o tratamento diferencial dos utentes com DA em termos de gestão de espaços e protocolos de atuação.
								24	Formação das auxiliares e dos técnicos responsáveis pelo cuidado junto da pessoa idosa, dotando-os de ferramentas teóricas que lhes permitam intervir em DA.
								25	Alargar o âmbito de abrangência do Centro de Convívio para Doentes de Alzheimer, da Liga dos Amigos do Hospital S. Sebastião.
				P5	Programa de luta contra as condições de pobreza crónica de pessoas idosas	o1	Desenvolver estratégias de apoio ao idoso em situação de pobreza crónica, prevenindo-se as sequelas desta condição.	26	Promover sistemas que propiciem a identificação e informação acerca do Complemento Solidário para Idosos, principalmente por meio de mediadores comunitários (nomeadamente Juntas de Freguesias).
								27	Criação dum subdomínio especializado, na área do combate à pobreza as pessoas idosas, dirigido a responder as dúvidas mais frequentes em termos de CSI.
								28	Implementar programas habitacionais dirigidos a pessoas idosas, nomeadamente no respeitante à recuperação e melhoria das habitações.
3.	Conservação do património	P6	Programa de conservação do	o1	Reaver todos os conteúdos das culturas locais conservadas pelas pessoas idosas	29	Promover atividades intergeracionais em colaboração com parceiros locais que façam possível o intercambio de conhecimentos e tradições culturais, valores e estilos de vida.		

	cultural e memória coletiva das comunidades.		património cultural e da memória coletiva das comunidades		com o objetivo de acautelar a sua perda.	30	Levantamento etnográfico dos conhecimentos dos idosos no âmbito de conhecimentos locais, nomeadamente tradições e costumes.
				o2	Fomentar o contributo do idoso, residente em contexto rural, à criação de uma identidade local própria.	31	Guardar num formato sólido todos os conteúdos tradicionais das diferentes comunidades nomeadamente site.
						32	Promover atividades empresariais e de animação social tendo em conta os conteúdos tradicionais das comunidades.
4.	Acompanhamento do programa	P7	Projetos de formação e educação em cuidados pessoais	o1	Aumentar a capacitação de competências pessoais e profissionais na área de cuidados pessoais em três grupos populacionais no concelho a. auxiliares de cuidados pessoais no ativo; b. potenciais candidatos a auxiliares de cuidados pessoais; c. cuidadores informais principalmente aqueles que usufruam de SAD, ou tenham que cuidar pessoas com DA.	33	Avaliação das necessidades de formação dos auxiliares de cuidados pessoais no ativo, por meio de metodologias de: a. <i>Focus group</i> e/ou entrevista e/ou inquérito aos responsáveis de equipamentos para a terceira idade b. Inquérito das necessidades de formação, através da aplicação de questionários aos auxiliares de cuidados pessoais dos diferentes equipamentos sociais existentes no concelho.
						34	Criação de planos de formação personalizados às necessidades particulares de cada uma das instituições.
						35	Ações de sensibilização para a necessidade de formação dos cuidadores informais e potenciais candidatos a auxiliarem, junto de equipamentos sociais, profissionais, e comunidade em geral.
						36	Avaliação dos planos de formação, em termos de grau de satisfação dos formandos, como de avaliação de competências dos formandos; avaliação do impacto formação.
		P8	Pesquisa científica no diagnóstico de necessidades e de avaliação de programas	o1	Promover a pesquisa científica junto dos centros universitários de investigação e formação avançada, estabelecendo canais de cooperação entre Rede Social, Parceiros e Instituições de Ensino Superior.	37	Estabelecimento e manutenção de parcerias formais com Unidades de Investigação e de Formação Universitária.
						o2	Sensibilizar os parceiros da Rede Social para a necessidade de desenvolvimento de capacidade de

				investigação científica por parte da Rede Social.		
				o3 Promover de forma sistemática o desenvolvimento de medidas de avaliação de necessidades das pessoas idosas.	39	Levantamento de necessidades de respostas sociais a cada dois anos utilizando metodologias combinadas de (i) análises de dados secundários, relativos a capacidade de oferta/procura, e dados administrativos (listas de espera), e (ii) inquérito aos fornecedores de serviços (de forma anual); e uma avaliação de necessidades com amostra aleatória de pessoas idosas (cada 5 anos).
				o4 Realizar de forma sistemática a avaliação de todos os programas desenvolvidos pelos parceiros.	40	Realizar uma avaliação de cada um dos programas promovidos pelos parceiros.
				o5 Realizar um levantamento anual dos casos-problemas sociais identificados.	41	Realizar um levantamento dos casos problemáticos por meio de bases de dados dos acompanhamentos aos problemas, elaborando um levantamento dos perfis destes, com especial interesse em situações de, (i) situações de extrema pobreza, (ii) problemas de acesso ao sistema de saúde, (iii) problemas habitacionais, e (iv) síndrome de Diógenes.

Tabela 20: Tabela síntese de medidas desenvolvidas no âmbito do Plano Estratégico para a terceira idade do Concelho de Santa Maria da Feira 2008 a 2011 (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2008).

Apêndice 5: Tabela síntese de prioridades desenvolvidas no âmbito do Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) do Concelho de Vila Nova de Gaia 2018 (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)

Eixo (E)		Prioridade		
E1	Política Municipal Envelhecimento Ativo (PMEA)	1.	Atividade física e desportiva.	
		2.	Atividades culturais.	
		3.	Música na comunidade.	
		4.	Projeto de ensino de música e tradição oral.	
		5.	Dança – política de envelhecimento saudável.	
		6.	Atividade física e desportiva regular de recreação.	
E2	Promoção da cidadania sénior	A) Conselho Municipal Sénior.	7.	Conselho Municipal Sénior.
		B) Cartão Gaia todo o mundo sénior.	8.	Cartão Gaia todo o mundo sénior.
	C) Participação na comunidade e reconhecimento social dos seniores.	9.	Projeto de adaptação do espaço público – meu bairro, minha rua.	
		10.	Projeto – pergunta aos avós.	
		11.	Projeto - @sénior.	
		12.	Projeto – a mim não enganas tu.	
		13.	Projeto costura solidária.	
		14.	Guia de recursos – roteiro sénior.	
E3	Inovação e re-qualificação das respostas	A) Novas respostas para as necessidades sociais.	15.	Residências partilhadas para seniores.
		B) Qualificar as respostas sociais existentes.	16.	Programa de capacitação técnica e funcional para as demências e doenças neurodegenerativas.
	C) Vida apoiada na comunidade.	17.	Apoio ao domicílio integrado.	
		18.	Reforço na capacidade funcional dos centros de dia.	
		19.	Serviço de apoio ao cuidador – “cuidar de quem cuida”.	
		20.	Serviço de teleassistência.	
		21.	Banco de produtos de apoio.	
		22.	Programa de apoio para obras.	
		23.	Projeto apoia-te em mim.	

Tabela 21: Tabela síntese de prioridades desenvolvidas no âmbito do Plano Integrado Municipal para o Envelhecimento (PIME) do Concelho de Vila Nova de Gaia 2018 (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, s.d.)

Apêndice 6: Diagnóstico - Dimensão de avaliação interna.

Dimensão da avaliação interna.			
Questões para a realização do diagnóstico	Sim	Não	Observações Este espaço pode ser utilizado para reter informações que sejam consideradas relevantes sobre cada questão. Poderá ainda para colocar a inscrição "N/A" caso a questão não se aplique ao contexto ou como forma a dar resposta à questão.
1. O município tem na sua atuação um plano estruturado para o envelhecimento ativo na comunidade?			
2. O município desenvolveu, nos últimos quatro anos, ações de sensibilização e de informação junto das pessoas idosas e/ou de profissionais das áreas da saúde e social, para a manutenção, de modo ativo e com saúde, o maior período de tempo, de pessoas idosas nas suas residências?			
3. O município desenvolveu, nos últimos quatro anos, iniciativas de formação ou atualização técnica aos profissionais de saúde, profissionais da área social e dos cuidadores informais para a adequada prestação de cuidados a pessoas idosas? Resolução da Assembleia da República n.º 146/2021			
4. Nos últimos quatro anos o município promoveu iniciativas práticas e/ou tem planeadas estratégias de promoção do envelhecimento ativo na comunidade?			
5. Existem neste município estratégias direcionadas para a população idosa, que visem combater o sentimento de solidão e isolamento? Resolução da Assembleia da República n.º 146/2021			
6. O município, nos últimos quatro anos, elaborou campanha(s) de sensibilização para a desconstrução dos mitos que persistem acerca do envelhecimento, dissociando as ideias de envelhecimento, doença e encargos sociais? Resolução da Assembleia da República n.º 146/2021			
7. Existe um grupo de trabalho interdisciplinar que trabalhe as questões relacionadas com o envelhecimento, bem como os programas e medidas destinados a esta temática? Resolução da Assembleia da República n.º 146/2021			
8. A opinião das pessoas idosas é importante para a tomada de decisões para as intervenções a si destinadas ou para a sua comunidade?			
9. Neste momento, o município considera preponderante a preocupação com a manutenção das pessoas idosas nas suas residências, de modo ativo, autónomo e independente?			
10. Neste momento, o município pretende melhorar e dignificar o modo como as pessoas do seu município envelhecem em casa, procurando com isso incrementar programas e medidas que vão ao encontro das reais necessidades, potencialidades e expectativas de vida das pessoas idosas residentes no mesmo contexto territorial?			

11. Existe um diagnóstico de programas e medidas existentes até à atualidade, oferecidas no concelho para o envelhecimento e para a população mais velha?			
12. Existe um diagnóstico de respostas sociais oferecidas no concelho?			
13. Que respostas sociais existem no concelho?	___	___	___ Centro de Convívio ___ Centro de Dia ___ Centro de Noite ___ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ___ Serviço de Apoio Domiciliário ___ Outra(s). Qual(ais): _____
14. As respostas sociais que existem são as respostas sociais necessárias para o contexto territorial que se propõem dar resposta?			
15. Das respostas sociais seguintes, indique que respostas são necessárias construir para o concelho (atribuindo o número).	___	___	___ Centro de Convívio ___ Centro de Dia ___ Centro de Noite ___ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ___ Serviço de Apoio Domiciliário ___ Outra(s). Qual(ais): _____
15.1. Se na pergunta anterior foi considerado como necessário desenvolver respostas que não impliquem a institucionalização da pessoa idosa (todas as opções apresentadas exceto a “ERPI”) seria possível considerar outros programas ou medidas que substituam essas respostas de acordo com as necessidades que são consideradas para se atribuir como necessário à sua possível existência?			Se respondeu “sim” indique qual(ais) _____ indo ao encontro de (necessidade) _____ Se respondeu “não” refira porquê _____
15.2. Se pergunta anterior foi considerada a necessidade de se desenvolver(em) nova(s) ERPI(s) foi tida em conta a possibilidade em se estabelecerem parcerias locais, com articulação entre vários serviços, de modo a manter as pessoas idosas em casa, de modo autónomo e independente, o maior período de tempo possível?			
15.2.1. Se a resposta à pergunta anterior foi “sim”, pensa que existem serviços, que devidamente articulados poderão favorecer a manutenção das pessoas em suas casas, com autonomia e independência, retardando a sua institucionalização?			
15.2.2. Se a resposta à pergunta anterior foi “sim”, compreende que é necessário conceber novas respostas de serviços que permitam retardar a institucionalização, com a preservação das pessoas idosas com autonomia e independência na comunidade onde está inserida?			
15.2.3. Se a resposta à pergunta anterior foi “não”, considera que a sua resposta se deve pelo facto das pessoas idosas, que necessitam de ser institucionalizadas, quererem atualmente efetivamente sê-lo de livre e espontânea vontade?			

15.2.4. Se a resposta à pergunta anterior foi “não”, considera que a sua resposta se deve pelo facto das pe- soas idosas, que necessitam de ser institucionaliza- das, neste momento não serem independentes e/ou autónomas para permanecerem na sua casa e na sua comunidade?			
15.2.5. Se a resposta à pergunta anterior foi “não”, considera que a sua resposta se deve pelo facto das pes- soas idosas, que necessitam de ser institucionaliza- das, por neste momento não se reunirem condições para estabelecer e articular parcerias locais com os serviços existentes, ou novos serviços, que possam ser gerados de modo a manter as pessoas na comunidade?			
16. Das respostas sociais existentes atualmente, considera que têm em consideração a opinião e efetiva necessidade das pessoas idosas na sua prática diária?			

Tabela 22: Diagnóstico - Dimensão de avaliação interna.

Apêndice 7: Grelhas de listagem referentes à georreferenciação e normas

Localidade: _____ **Freguesia:** _____

Presidente da Junta de Freguesia _____ **Contacto:** _____

para o preenchimento da mesma.

Número no Mapa	Nome

Tabela 23: Grelhas de listagem referentes à georreferenciação.

Data: __ / __ / __

(Presidente da Junta de Freguesia)

Cada tabela deverá conter duas colunas, a primeira com a denominação “Número no mapa” com 2,41 cm de comprimento, e uma segunda, com 12,99 cm de comprimento, denominada por “Nome”, sendo que na primeira linha, com 0,75 de altura, deverão constar as presentes denominações, a negrito, bem como todos os números atribuídos ao longo da primeira coluna de cada tabela, tipo de letra Helvrica, tamanho 12.

Os nomes deverão ser escritos de acordo com o mesmo tipo de letra e o mesmo tamanho, porém não irá ser utilizado o modo negrito. Para além da primeira linha, na tabela, todas as outras linhas deverão apresentar a altura de 0,7 cm. Todos os elementos expressos a negrito na tabela deverão estar centrados no modo respetivo.

No que concerne à colocação dos nomes na segunda coluna da tabela, deverão ser ordenados de forma alfabética previamente à atribuição da numeração, sendo reorganizadas numa fase posterior à mesma. Deste modo os números serão atribuídos por agregado familiar, sendo que pessoas com mais de 65 anos de idade que vivam sozinhas não lhes será atribuída uma letra sucessora ao número respetivo. Essa letra será atribuída na situação de no agregado familiar constarem mais de 1 pessoa com 65 e mais anos de idade, como forma de diferenciação das mesmas, bem como de correspondência diferenciada nos instrumentos de recolha de dados.

Deste modo, na organização posterior à atribuição de números, deverão permanecer ordenadas as listas, sendo que somente as letras seguintes à letra “A” estarão desorganizadas, uma vez inseridas no agregado familiar pertencente ao primeiro elemento do agregado, que estará por esta ordem no devido lugar segundo a ordenação alfabética. Estes sufixos, letras, serão atribuídos igualmente segundo a ordem alfabética, expressos no mesmo tipo de letra que o documento, Helvrica, em maiúscula seguida do símbolo “)”. Assim, a lista ficará do seguinte modo, por exemplo:

Número no Mapa	Nome
1	Adosinda
2	Alberto
3	Almerinda
4 A)	Beatriz
4 B)	Manuel
5	Carlos
6	Cremilda
7 A)	Diana
7 B)	José
7 C)	Vanessa
8	Eduardo

Tabela 24: Normas para o preenchimento da grelha de listagem para a georreferenciação (1).

Se na sequência da recolha de dados se encontrar outros elementos com mais de 65 anos de idade, pertencentes a agregados familiares já atribuídos pela listagem da localidade deverá ser atribuída uma letra a esse mesmo elemento, mesmo que essa não coloque o agregado familiar organizado por ordem alfabética. Semelhantemente a este processo, na situação de se conhecerem, na recolha de dados, novos elementos pertencentes à localidade com mais de 65 anos de idade, sendo esses elementos pertencentes a um agregado familiar nuclear ou alargado, poderão ser adicionados a este projeto de georreferenciação sendo-lhe(s) atribuído o número seguinte ao último existente na tabela de listagem da localidade em que este(e) novo(s) elemento(s) está inserido. Na situação de estes elementos pertencerem ao mesmo agregado familiar deverá ser atribuído o sufixo por letras do alfabeto, sendo o a atribuído ao que surge primeiro no mesmo alfabeto e os seguintes as letras seguintes.

Exemplo:

...	...
51	Teresa
52 A)	Ana Maria
52 B)	José Carlos

Tabela 25: Normas para o preenchimento da grelha de listagem para a georreferenciação (2).

Apêndice 8: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa. Questionário para a georreferenciação de pessoas idosas.

0. Caracterização Sociodemográfica

1. Nome

2. A pessoa assinou o consentimento informado

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

3. Idade _____

4. Estado Civil:

<input type="checkbox"/>	Solteiro(a)
<input type="checkbox"/>	Casado(a)
<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)
<input type="checkbox"/>	Viúvo(a)

5. Género:

<input type="checkbox"/>	Feminino
<input type="checkbox"/>	Masculino

6. Morada: _____

7. Contacto telefónico: _____

8. E-mail: _____

9. Habilitações Literárias:

<input type="checkbox"/>	Não sabe ler nem escrever
<input type="checkbox"/>	Sabe ler e escrever (não frequentou a escola)
<input type="checkbox"/>	Só sabe assinar
<input type="checkbox"/>	Ensino primário/1º Ciclo do ensino básico completo (antiga 4ª Classe)
<input type="checkbox"/>	Ensino primário/1º Ciclo do ensino básico incompleto (antiga 4ª Classe)
<input type="checkbox"/>	Ensino preparatório/2º Ciclo do ensino básico (5º e 6º ano, antigo 1º e 2º ano)
<input type="checkbox"/>	3º Ciclo do ensino básico (7º,8º e 9º ano, antigos 3º, 4º, e 5º anos)
<input type="checkbox"/>	Ensino secundário (10º,11º e 12º ano)
<input type="checkbox"/>	Ensino médio (Bacharelato)
<input type="checkbox"/>	Ensino superior – Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Ensino superior – Mestrado
<input type="checkbox"/>	Ensino superior – Doutoramento

10. É reformado?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não. Que profissão atualmente exerce: _____

10.1. Se sim, qual a profissão que tinha antes de se reformar? _____

10.2. Se sim, qual a razão principal que o conduziu à reforma?

<input type="checkbox"/>	Limitação de idade
<input type="checkbox"/>	Reforma antecipada
<input type="checkbox"/>	Saúde (invalidez)
<input type="checkbox"/>	Cansaço
<input type="checkbox"/>	Cuidado a familiares
<input type="checkbox"/>	Tinha rendimentos
<input type="checkbox"/>	Outra(s). Qual(ais): _____

11. Teve filhos?

<input type="checkbox"/>	Sim. Se sim, quantos? _____
<input type="checkbox"/>	Não

1. Diagnóstico Biopsicossocial

O **diagnóstico biopsicossocial**, vai ao encontro de 6 dimensões, rede de suporte social, situação económica, acessibilidade e mobilidade, saúde, capacidade funcional e ocupação de tempos livres.

A. Rede social de Suporte

1. Com quem vive?

<input type="checkbox"/>	Sozinho
<input type="checkbox"/>	Acompanhado

1.1. Na situação de ter respondido “acompanhado” preencha a seguinte tabela.

Dados referentes à(s) pessoa(s) com quem vive.					Como vê, atualmente, a sua relação com essa pessoa?			Tipo de apoio ¹⁷	Tipo de Troca ¹⁸
Grau de parentesco	Género	Idade	Estado civil	Situação perante o trabalho	Má	Nem boa, nem má	Boa		

Tabela 26: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa - Rede social de suporte (1).

2. Quando tem assuntos a tratar, precisa de ajuda para alguma coisa ou deslocar-se a algum local, quem o acompanha?

<input type="checkbox"/>	Sozinho
<input type="checkbox"/>	Acompanhado

¹⁷ **AB-** Assuntos Burocráticos, **C-** Companhia, **CC-** Cuidar da Casa, **D-** Deslocações, **F-** Financeiro, **HP-** Higiene Pessoal, **PA-** Preparação da alimentação, **O-** Outro (sendo que se deverá colocar qual).

¹⁸ Assinalar com um “X” se a troca for da pessoa idosa para com a família. Na situação inversa, da família para com a pessoa idosa, não assinalar nada.

2.1. Na situação de ter respondido “acompanhado” preencha a seguinte tabela.

Dados referentes à(s) pessoa(s) com quem vive.				Como vê, atualmente, a sua relação com essa pessoa?			Tipo de apoio ¹⁹
Tipo de relação ²⁰	Género	Idade	Situação Profissional	Má	Nem boa, nem má	Boa	

Tabela 27: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa - Rede social de suporte (2).

3. Recebe algum tipo de apoio por alguma Resposta Social ou entidade?

- Sim
- Não. Se responder não passe à questão 4.

3.1. Que Resposta Social ou entidade lhe presta esse apoio?

- IPSS
- Câmara Municipal
- Paróquia
- Outro(a). Qual: _____

3.1.1. Que Respostas Sociais que o apoiam?

- Centro de Dia
- Centro de Convívio
- Centro de Noite
- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

3.1.1.1. Se é apoiado pelo SAD, que serviços lhe garante:

- Alimentação
- Limpeza ao domicílio
- Organização da medicação
- Higiene pessoal
- Outro(s). Qual(ais): _____

3.1.2. Se a ajuda é concebida pela autarquia qual o apoio auferido?

- Comparticipação na medicação
- Empréstimo de equipamento médico ou material ortopédico
- Serviço de resposta rápida
- Apoio à habitação
- Outro(s). Qual(ais): _____

3.2. Esse apoio é concedido de que forma?

- Regular
- De acordo com os requisitos do programa
- Outro. Qual: _____

¹⁹ **AB**- Assuntos Burocráticos, **C**- Companhia, **CC**- Cuidar da Casa, **D**- Deslocações, **F**- Financeiro, **HP**- Higiene Pessoal, **PA**- Preparação da alimentação, **O**- Outro (sendo que se deverá colocar qual).

²⁰ Poderá ser Familiar (especificar qual o grau de parentesco), amigo(a), vizinho(a), Junta de Freguesia, contabilidade, advogado(a), instituições, entre outros (referindo qual).

3.3.O apoio é prestado em:

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Géneros |
| <input type="checkbox"/> | Dinheiro |
| <input type="checkbox"/> | Serviços |

4. É abrangido pelo regime de segurança social ou ADSE ou SAD/GNR?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sim. Se sim qual: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Não |

B. Situação económica

5. Mesmo já estando reformado, mantém alguma atividade renumerada ou que contribua para o rendimento (ex. venda de produtos agrícolas, ou cultivo da horta)?

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sim. Se respondeu sim, qual: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Não |

6. Qual o **principal** motivo para manter uma atividade renumerada depois da reforma?

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Por gosto em realizar essa atividade. |
| <input type="checkbox"/> | Para se manter ocupado |
| <input type="checkbox"/> | Para não se sentir só |
| <input type="checkbox"/> | Para melhorar a sua condição de vida |
| <input type="checkbox"/> | Por necessidade financeira absoluta |
| <input type="checkbox"/> | Outro(s). Qual(ais): _____ |

7. Quais as suas despesas mensais?

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Habituação |
| <input type="checkbox"/> | Água |
| <input type="checkbox"/> | Gás e/ou Eletricidade |
| <input type="checkbox"/> | Telecomunicações |
| <input type="checkbox"/> | Saúde |
| <input type="checkbox"/> | Alimentação |
| <input type="checkbox"/> | Instituições de prestação de serviços |
| <input type="checkbox"/> | Outro(s). Qual(ais): _____ |

8. De que forma consegue gerir o seu dinheiro até ao final do mês?

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Muito fácil |
| <input type="checkbox"/> | Fácil |
| <input type="checkbox"/> | Moderado |
| <input type="checkbox"/> | Muito difícil |
| <input type="checkbox"/> | Extremamente difícil |

C. Acessibilidade e Mobilidade

9. Há quantos anos vive na casa onde reside? _____

10. A sua casa está equipada com:

Água canalizada		Banheira	
Furo de água		Poliban	
Água quente		Lavatório	
Electricidade		Sanita	
Telefone fixo		Bidé	
Telemóvel		Máquina de Lavar Roupa	
Computador		Máquina de secar Roupa	
Tablet		Tanque	
Internet		Lava-louça	
Câmara de vídeo		Máquina de lavar louça	
Câmara fotográfica		Frigorífico	
Televisão		Arca congeladora	
Fogão		Aquecimento central	
Placa elétrica		Lareira	
Placa a gás		Recuperador de calor	
Forno		Ar condicionado	
Aspirador		Ventoinhas	
TV cabo		Esgoto	
Satélite		Fossa séptica	
Outro(a)(s). Qual(ais)			

Tabela 28: Diagnóstico - Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (1).

11. No verão, a que recorre para arrefecer a sua casa?

<input type="checkbox"/> Ventoinhas
<input type="checkbox"/> Ar condicionado
<input type="checkbox"/> Abrir as janelas
<input type="checkbox"/> Outro(a). Qual: _____

12. No inverno, a que recorre para aquecer a sua casa?

<input type="checkbox"/> Lareira
<input type="checkbox"/> Aquecedores
<input type="checkbox"/> Ar condicionado
<input type="checkbox"/> Outro(a). Qual: _____

13. Qual a sua situação habitacional (assinale com um “X”)?

Natureza do alojamento	Próprio		
	Arrendamento ²¹		
	Empréstimo	Bancário	
		Alojamento de favor (ex. familiares) ²²	
	Precário ²³		
Provisório ²⁴			

Tabela 29: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (2).

²¹ Pressupõe um contrato de cedência do uso e fruição de uma habitação, mediante o pagamento de uma renda, por tempo determinado.

²² Traduz-se na cedência total ou parcial de uma habitação sem qualquer contrapartida ou retorno.

²³ Local improvisado, sem infraestruturas e sem condições adequadas ao alojamento de uma família, não podendo por essa razão ser destinado à habitação.

²⁴ Alojamento temporário que está determinado no tempo. Incluem-se nesta categoria todas aquelas estruturas residenciais que oferecem condições transitórias de acolhimento.

14. Como considera o estado de conservação do seu alojamento?

1	2	3	4	5
Péssimo	Mau	Médio	Bom	Excelente

Tabela 30: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (3).

15. No seu dia-a-dia existem barreiras arquitetónicas em sua casa?

<input type="checkbox"/>	Sim. Se sim qual(ais): _____
<input type="checkbox"/>	Não

16. Tem na sua casa escadas ou desníveis que condicionam a sua mobilidade ou a utilização de algum espaço?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

17. A casa onde vive necessita de melhorias através de obras?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

17.1. Se respondeu sim, se pudesse que melhorias realizava na sua casa?

<input type="checkbox"/>	Adaptação da casa de banho (ex. barras de apoio, polibã, etc.)
<input type="checkbox"/>	Alargamento de portas
<input type="checkbox"/>	Aumento da dimensão de divisão(ões) na sua casa
<input type="checkbox"/>	Isolamento térmico
<input type="checkbox"/>	Instalação de um elevador ou de um elevador de escadas
<input type="checkbox"/>	Aplicação de piso antiderrapante
<input type="checkbox"/>	Instalação de aquecimento
<input type="checkbox"/>	Outro(a). Qual: _____

18. Qual o grau de dificuldade que sente para entrar/ sair da sua residência?

1	2	3	4
Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

Tabela 31: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (4).

19. No seu dia-a-dia existem barreiras arquitetónicas na localidade onde mora?

<input type="checkbox"/>	Sim. Se sim qual(ais): _____
<input type="checkbox"/>	Não

20. Na sua opinião qual(is) dos seguintes problemas existem na sua área de residência?

<input type="checkbox"/>	Ausência de passadeiras para os peões
<input type="checkbox"/>	Passeios altos
<input type="checkbox"/>	Passeios desnivelados
<input type="checkbox"/>	Obstáculos em cima dos passeios (ex. automóveis, etc.)
<input type="checkbox"/>	Passeios/caminhos com buracos
<input type="checkbox"/>	Ausência de passeios
<input type="checkbox"/>	Ausência de iluminação nas ruas
<input type="checkbox"/>	Ausência de locais para estacionamento
<input type="checkbox"/>	Ausência de transportes públicos

<input type="checkbox"/>	Transportes públicos com horários muito restritos
<input type="checkbox"/>	Transportes públicos sem variedade de destinos
<input type="checkbox"/>	Transportes públicos caros
<input type="checkbox"/>	Transportes públicos não adaptados a pessoas com mobilidade reduzida
<input type="checkbox"/>	Ausência de espaços verdes
<input type="checkbox"/>	Ausência de locais para descanso quando se desloca a pé (falta de bancos de jardim)
<input type="checkbox"/>	Pouca segurança (medo de ser assaltado, entre outros)
<input type="checkbox"/>	Inexistência de serviços de apoio domiciliário
<input type="checkbox"/>	Inexistência de centros de dia ou de centros de convívio
<input type="checkbox"/>	Ausência de casas de banho públicas
<input type="checkbox"/>	Outro(a). Qual: _____

21. Num raio de 5km em relação à sua casa, indique se dispõe de:

<input type="checkbox"/>	Farmácia
<input type="checkbox"/>	Centro de saúde
<input type="checkbox"/>	Hospital (público ou privado)
<input type="checkbox"/>	Comércio de proximidade (mercearia, mercado local, minimercado)
<input type="checkbox"/>	Supermercado/hipermercado
<input type="checkbox"/>	Igreja
<input type="checkbox"/>	Cemitério
<input type="checkbox"/>	Posto de correios
<input type="checkbox"/>	Banco
<input type="checkbox"/>	Multibanco

22. Diga com que frequência usa os seguintes meios de transporte.

	1 Todos os dias	2 Uma vez por semana	3 Uma vez por cada 15 dias	4 Uma vez por mês	5 Uma vez por ano	6 Nunca utilizo	Nunca ouvi falar	Não se aplica
Automóvel próprio (como condutor)								
Automóvel próprio (como passageiro)								
Autocarro ou camioneta								
Táxi								
Bicicleta								
Motorizada								
Comboio								
Metro								
Outro(s). Qual(is): _____								

Tabela 32: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (5).

23. Partindo do meio de transporte que utiliza com mais regularidade, qual é a principal motivação que o leva a escolher essa opção perante as restantes?

<input type="checkbox"/>	É mais barato
<input type="checkbox"/>	É fisicamente mais fácil de usar
<input type="checkbox"/>	É mais rápido
<input type="checkbox"/>	É mais seguro
<input type="checkbox"/>	Permite ir a vários lugares numa só viagem
<input type="checkbox"/>	É o único meio de transporte disponível
<input type="checkbox"/>	Outra(s) Qual(is): _____

24. Diga com que frequência usa os seguintes meios de transportes públicos especializados?

	1 Todos os dias	2 Uma vez por semana	3 Uma vez por cada 15 dias	4 Uma vez por mês	5 Uma vez por ano	6 Nunca utilizo	Nunca ouvi falar	Não se aplica
Ambulância								
Serviço de transporte de Resposta Social								
Transporte da junta de freguesia								
Transporte de uma associação local								
Outro(s). Qual(is): _____								

Tabela 33: Dimensão de avaliação externa - Acessibilidade e Mobilidade (6).

D. Saúde

25. Peso	Kg
26. Altura	, m

27. Como percebe a sua saúde (geral)?

1 Má	2 Razoável	3 Boa	4 Muito boa	5 Excelente

Tabela 34: Dimensão de avaliação externa - Saúde (1).

28. Que alimentos habitualmente consome? (Pedir à pessoa para fazer um diário com a sua alimentação)

29. No último mês sentiu dor?

<input type="checkbox"/>	Sim	29.1. Se sim que implicação tem: _____
<input type="checkbox"/>	Não	

30. Caiu alguma vez no último ano? Se sim como, onde e repercussões da mesma.

<input type="checkbox"/>	Sim	30.1. Se sim quantas vezes: ____	30.2. Como _____
<input type="checkbox"/>	Não	30.3. Onde _____	30.4. Repercussões _____

31. Limitações/ Patologias

<input type="checkbox"/>	Respiratórios (Asma, Bronquite crónica...)
<input type="checkbox"/>	Circulatórios (Hipertensão arterial, Hipercolesterolemia...)
<input type="checkbox"/>	Incontinência Urinária
<input type="checkbox"/>	Problemas relacionados com a próstata
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Visão
<input type="checkbox"/>	Audição
<input type="checkbox"/>	Ossos e articulações
<input type="checkbox"/>	Problemas oncológicos
<input type="checkbox"/>	Saúde mental (depressão, ansiedade...)
<input type="checkbox"/>	Outro(s). Qual(is): _____

32. Tem Médico de família?

<input type="checkbox"/>	Sim	32.1. Se sim, no último ano quantas vezes foi ao médico de família? _____
<input type="checkbox"/>	Não	

33. No último ano foi a algum médico de especialidade?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

33.1. Se sim, qual a especialidade médica a que recorreu

Cardiologia		Medicina dentária		Pneumologia	
Dermatologia		Nefrologia		Psicologia	
Endocrinologia		Oncologia		Psiquiatria	
Fisiatria		Oftalmologia		Reumatologia	
Fisioterapia		Osteopatia		Terapia da fala	
Gastrenterologia		Ortopedia		Urologia	
Ginecologia		Otorrinolaringologia		Outra(s). Qual(is): _____	
Hematologia		Pedologia		_____	

Tabela 35: Dimensão de avaliação externa - Saúde (2).

37.2. Onde? _____

37.3. Em que regime:

<input type="checkbox"/>	Particular
<input type="checkbox"/>	Público

34. Paga taxas moderadoras?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

35. Toma medicação diária?

Sim. 35.1. Em que posologia: ___

Não

35.2. Sabe qual a função de todos os medicamentos que toma?

Sim. 35.3. Se sim qual(is): _____

Não

35.4. Qual o encargo mensal que despense para a medicação? _____

35.5. A medicação é compartilhada por alguma entidade?

Sim. 35.6. Se sim referir quem _____

Não

36. Utiliza ajudas técnicas e equipamentos médicos?

Sim. 36.1. Se sim preencher a tabela abaixo.

Não

Óculos ou lentes de contacto		Algálias	
Aparelho auditivo		Auxiliares de marcha	
Próteses dentárias		Cintas ortopédicas	
Dispositivos de Ostomia		Outro. Qual: _____	

Tabela 36: Dimensão de avaliação externa - Saúde (3).

E. Capacidade Funcional

37. É portador de algum tipo de deficiência ou incapacidade.

Sim

Não

38. Atividades Básicas de Vida Diária (assinale com um “X”).

Atividades Básicas de Vida Diária	Independente	Com ajuda	Impossível (a pessoa não realiza de todo a tarefa)	Não aplicável
				(a pessoa não necessita de fazer a tarefa. Exemplos: recebe serviços que a fazem, está acamada, não toma medicação, não tem escadas no domicílio).
Levantar-se				
Vestir-se				
Alimentar-se				
Gerir a medicação				
Subir e descer escadas				
Tomar banho				
Ir à casa de banho				
Preparar refeições				
Arrumar a casa				
Gerir as suas finanças				
Ir às compras				
Cuidar da Roupa				

Tabela 37: Dimensão de avaliação externa - Capacidade funcional.

F. Ocupações de Tempos Livres

39. Para além da sua rotina diária, em que atividades ocupa o seu tempo?

Atividade	Frequência	Com quem as realiza	Observações
Leitura			
Costura			
Ouvir rádio ou música			
Ver televisão			
Convívios/Centros de dia ou de Convívio			
Jogos de mesa (ex. Cartas, xadrez, damas, puzzles, bingo...)			
Realizar palavras cruzadas ou quebra-cabeças			
Jogos tradicionais (ex. malha)			
Atividade física			
Usar o computador/tablet			
Assistir a espetáculos culturais			
Assistir a eventos desportivos			
Agricultura ou jardinagem			
Pecuária			
Atividades religiosas			
Atividades domésticas			
Ir ao café			
Ir à sede de Concelho			
Ir à feira/mercado			
Passear			
Refeições em família			
Visita a família e/ou amigos			
Cuidar dos netos ou de crianças			
Outra(s) Qual(ais):			

Tabela 38: Dimensão de avaliação externa - Ocupações de tempos livres.

40. A que horas vai habitualmente dormir?	___ h
41. A que horas habitualmente se levanta?	___ h

42. Dorme a sesta regularmente?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

43. Se não tivesse impedimentos físicos, em que atividades gostaria de participar?

44. Se pudesse escolher que atividades/serviços gostava que existissem na comunidade?

<input type="checkbox"/>	Centro de dia onde pudesse encontrar pessoas e conviver
<input type="checkbox"/>	Universidade sénior
<input type="checkbox"/>	Grupo de teatro
<input type="checkbox"/>	Grupo coral
<input type="checkbox"/>	Grupo de dança
<input type="checkbox"/>	Projeto de passeios e viagens
<input type="checkbox"/>	Dinamizar uma associação recreativa
<input type="checkbox"/>	Comissão de festas da localidade onde resido
<input type="checkbox"/>	Grupo de intervenção política e social
<input type="checkbox"/>	Conselho Municipal das Pessoas Idosas
<input type="checkbox"/>	Projeto de voluntariado
<input type="checkbox"/>	Outro(s). Qual(is): _____

G. Conclusão

45. De modo geral como avalia a sua qualidade de vida?

1	2	3	4	5
Muito má	Má	Nem boa, nem má	Boa	Muito boa

Tabela 39: Dimensão de avaliação externa - Conclusão.

Observações:

Obrigada pela colaboração.

Apêndice 9: Folha de registo de participantes no CLPI por cada localidade.

Folha de registo de participantes no CLPI de _____ (nome da localidade) _____.

Nome (completo)	Morada	E-mail ²⁵	Contacto telefónico	Assinatura ²⁶
1.				
2.				
3. ²⁷				
²⁸				

Tabela 40: Folha de registo de participantes no CLPI por cada localidade.

Local: _____ (nome da localidade) _____, _____ (nome do concelho) _____.

Data: __/__/____.

(assinatura do responsável técnico pela intervenção)

²⁵ Se a pessoa não tiver e-mail deve ser colocado um “_____” na linha desta coluna.

²⁶ Se a pessoa não souber assinar **dar a opção** de colocar a impressão digital ou deve o técnico responsável assinar no lugar da pessoa, conferindo a presença da mesma na sessão.

²⁷ As três primeiras linhas correspondem aos representantes da localidade no Conselho Municipal das Pessoas Idosas.

²⁸ De acordo com os dados obtidos pelos censos (ou dados demográficos mais recentes) colocar o número de linhas correspondente ao número de pessoas idosas que residem nessa localidade.

Apêndice 10: Folha de registo de assiduidade ao CLPI por cada localidade.

Folha de registo de assiduidade no CLPI de _____ (nome da localidade) Sessão n.º _____.

Nome (completo) ²⁹	Assinatura ³⁰
1.	
2.	
3. ³¹	
³²	

Tabela 41: Folha de registo de assiduidade ao CLPI por cada localidade.

Local: _____ (nome da localidade) _____, _____ (nome do concelho) _____.

Data: __/__/____.

(assinatura do responsável técnico pela intervenção)

²⁹ Após os três primeiros nomes, os representantes dessa localidade no CMPI, todos os restantes devem estar organizados por ordem alfabética.

³⁰ Se a pessoa não souber assinar **dar a opção** de colocar a impressão digital ou deve o técnico responsável assinar no lugar da pessoa, conferindo a presença da mesma na sessão.

³¹ As três primeiras linhas correspondem aos representantes da localidade no Conselho Municipal das Pessoas Idosas, devendo ser colocados por ordem alfabética.

³² De acordo com os inscritos na sessão de apresentação do CLPI.

Apêndice 11: Folha de registo de representantes no CMPI.

Folha de registo dos representantes do CMPI de _____ (nome do município) _____.

Nome da localidade ³³	Nome (completo)	Morada	E-mail ³⁴	Contacto telefónico	Assinatura ³⁵
A	1.				
	2.				
	3. ³⁶				
B	1.				
	2.				
	3.				
C	1.				
	2.				
	3.				
³⁷					

Tabela 42: Folha de registo de representantes no CMPI.

Local: _____ (nome do município) _____.

Data: __/__/____.

(assinatura do responsável técnico pela intervenção)

³³ Ordenadas por ordem alfabética.

³⁴ Se a pessoa não tiver e-mail deve ser colocado um “_____” na linha desta coluna.

³⁵ Se a pessoa não souber assinar **dar a opção** de colocar a impressão digital ou deve o técnico responsável assinar no lugar da pessoa, conferindo a presença da mesma na sessão.

³⁶ Por cada localidade, os nomes dos seus representantes devem ser colocados por ordem alfabética.

³⁷ Devem ser colocados os agrupamentos de três linhas necessários, de acordo com o número de localidades que participam no CMPI.

Apêndice 12: Folha de registo de representantes ao CMPI.

Folha de registo de assiduidade no CMPI de _____ (nome do município) _____ Sessão n.º ____.

Nome da localidade ³⁸	Nome (completo)	Assinatura ³⁹
A	1.	
	2.	
	3. ⁴⁰	
B	1.	
	2.	
	3.	
C	1.	
	2.	
	3.	
⁴¹		

Tabela 43: Folha de registo de representantes ao CMPI.

Local: _____ (nome do município) _____.

Data: __/__/____.

(assinatura do responsável técnico pela intervenção)

³⁸ Ordenadas por ordem alfabética.

³⁹ Se a pessoa não souber assinar **dar a opção** de colocar a impressão digital ou deve o técnico responsável assinar no lugar da pessoa, conferindo a presença da mesma na sessão.

⁴⁰ Por cada localidade, os nomes dos seus representantes devem ser colocados por ordem alfabética.

⁴¹ Devem ser colocados os agrupamentos de três linhas necessários, de acordo com o número de localidades que participam no CMPI.

Apêndice 13: Árvore de problemas.

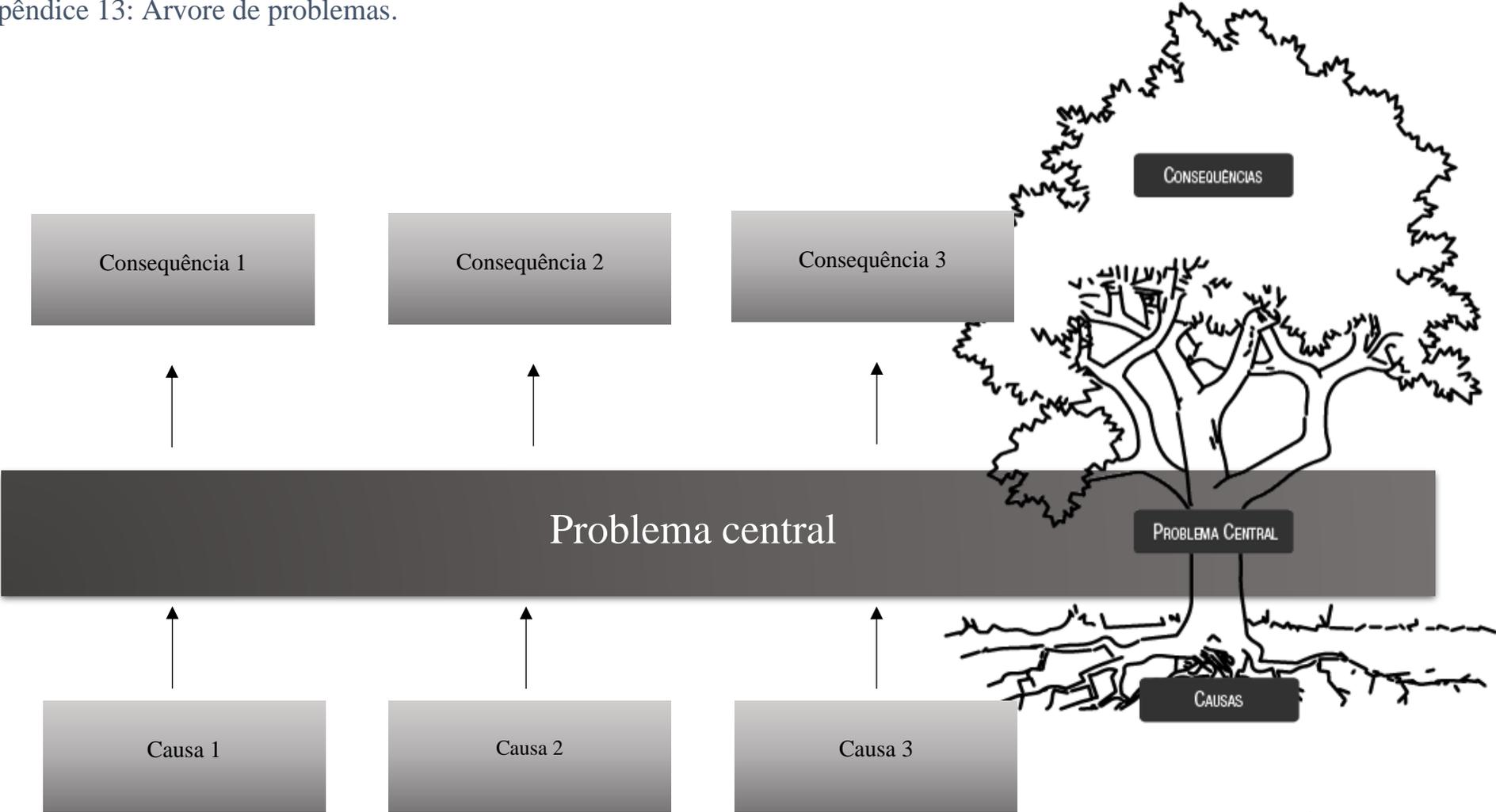


Tabela 44: Árvore de Problemas.

Apêndice 14: Análise SWOT.

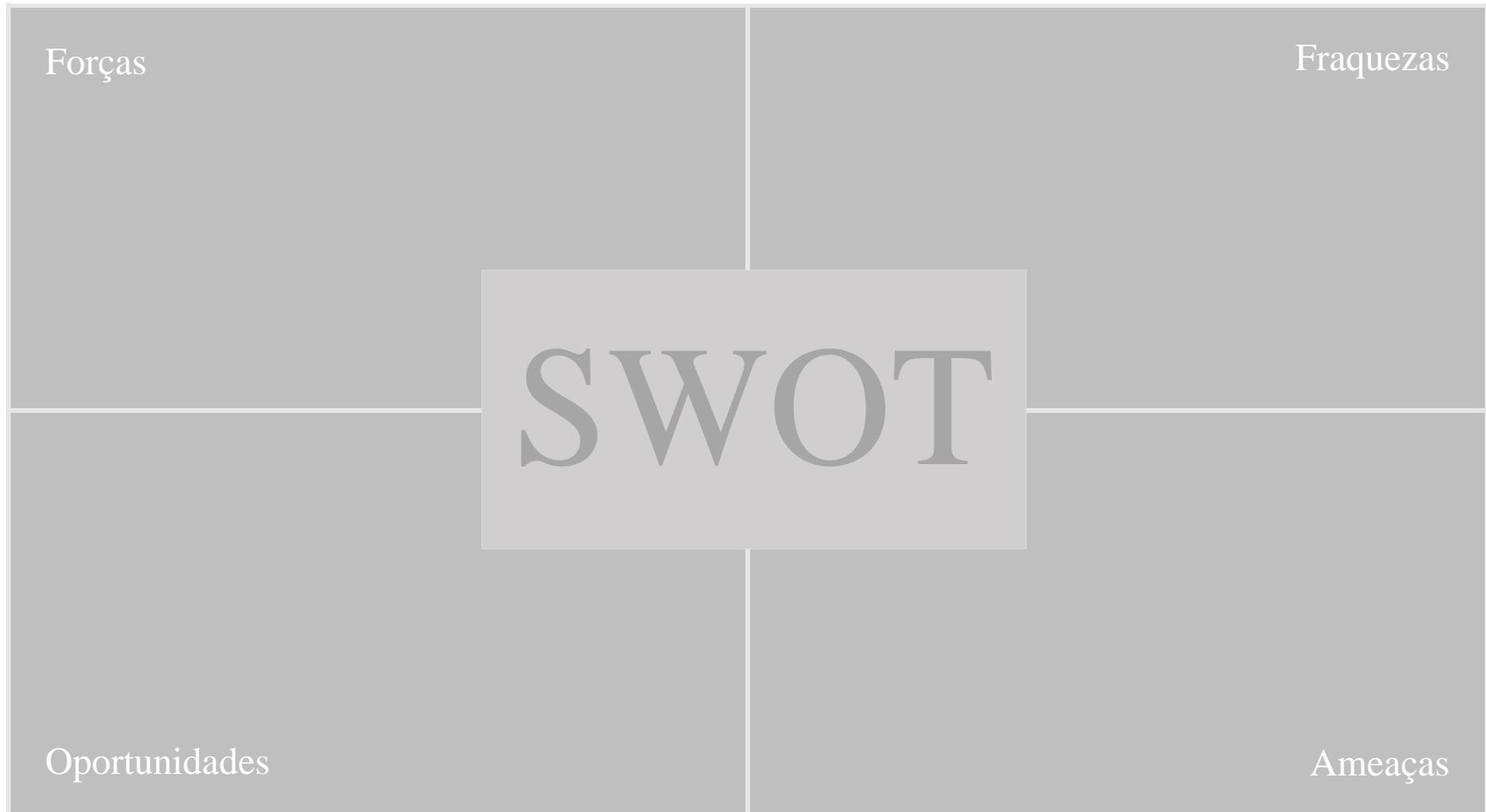


Tabela 45: Análise SWOT.

Apêndice 15: Tabela de intervenções do PG.

Nome do Plano Gerontológico					
Objetivo central: _____.					
Área Chave (AC)	Objetivo específico (OE)		Intervenção		
			N ⁴² .º	Objetivo operacional	Descrição sumária da intervenção
AC1 – Saúde	OE1		1.		
			2. ⁴³		
AC2 – Segurança	OE2		3.		
			4. ⁴³		
AC3 – Participação ou integração social	OE3		5.		
			6. ⁴³		
AC4 – Aprendizagem ao longo da vida	OE4		7.		
			8. ⁴³		
AC5 – Habitat/ambiente	OE5		9.		
			10. ⁴³		
AC6 – Serviços	OE6		11.		
			12. ⁴³		

Tabela 46: Tabela de intervenções do PG.

⁴² Número da intervenção.

⁴³ Devem ser adicionadas o número de linhas necessário para inserir todas as intervenções por cada área chave.

Apêndice 16: Tabela da intervenção.

(Nome da intervenção). (Área chave). (Subárea). (Cariz da intervenção⁴⁴).

Intervenientes	Objetivo operacional	Metodologias ⁴⁵	Calendarização	Avaliação	
				No processo	No final
46			Data de início: __/__/__		
			Data de fim: __/__/__		
			Dimensão temporal ⁴⁷		

Tabela 47: Tabela da intervenção.

⁴⁴ Se aplicável.

⁴⁵ Técnicas e/ou instrumentos por fases e etapas.

⁴⁶ Nesta coluna devem ser descritas todas as suas características/ pré-requisitos das pessoas idosas que participarão na intervenção.

⁴⁷ Por exemplos: uma vez por semana, duas vezes por mês, ou data única (colocando a data em que se irá realizar).

Apêndice 17: Lista de fases e etapas da intervenção: “exemplo de uma intervenção de literacia para a saúde”.

Planificação

- Fase 1: Pré-Preparação
 - 1ª etapa: Elaboração de documento de base justificativa, da pertinência da(s) sessão(ões) que se irá(ão) realizar, bem como a sua metodologia, objetivos que se rege e forma como vai ser avaliado;
 - 2ª etapa: Convite a entidades parceiras – DECO - delegação do Centro e/ou GNR local, ou ainda outros parceiros que se considerem relevantes.

- Fase 2: Preparação
 - 1ª etapa: Organização da(s) sessão(ões) em colaboração com os parceiros anteriormente contactados.
 - 2ª etapa: divulgação da(s) sessão(ões) às pessoas idosas residentes ou não em instituições do Concelho de _____.

- Fase 3: Execução
 - 1ª etapa: Preparação do ambiente da sessão para receber os participantes e os comunicadores que irão intervir na sessão;
 - 2ª etapa: Concretização da sessão em si.

- Fase 4: Avaliação – Realização de um relatório relativo a cada sessão, de acordo com os critérios selecionados na “Fase 1: Pré-preparação”.

Apêndice 18: Cronograma do PG ou da AC¹

Cronograma do PG/das áreas chave/ da área chave y (ACy)²

Mês ³	Semana	Semana	Semana	Semana	Semana	Observações
Outubro	1 ⁴	2	3	4		
	5					
Novembro	5	6	7	8		
Dezembro	9	10	11	12	13	
Janeiro	14	15	16	17		

Tabela 48: Cronograma do PG ou da AC.

Notas:

¹ Este cronograma serve para três situações/funções distintas. Poderá ser utilizado para:

- A) o PG (na globalidade) com todas as intervenções;
- B) o PG (na globalidade) com todas as AC (na situação de o PG conter mais do que 8 intervenções) sendo visualmente mais fácil perceber o mesmo pela identificação no PG das diferentes AC (ao invés de se inserir cada uma das intervenções);
- C) Na situação B) é necessário complementar esse cronograma com cronogramas, um por cada AC que compõe o PG.

² Para a compreensão de qual será a função do cronograma deve ser selecionado o título que melhor responder a essa situação. Na situação:

- A) Cronograma do PG de (adicionando o nome do município), (seguido do ano de início do PG) – (ano de fim previsto do PG) por intervenções;

- B) Cronograma do PG de (adicionando o nome do município), (seguido do ano de início do PG) – (ano de fim previsto do PG) por AC;
- C) Cronograma da ACy (sendo o “y” o número da AC a que se destina o cronograma) do (adicionando o nome do município), (seguido do ano de início do PG) – (ano de fim previsto do PG).

³ Nesta coluna devem ser colocados todos os meses do início ao fim do desenvolvimento do PG, sendo que cada linha do mês será subdividida entre uma para indicar o número da semana, e outra(s) para indicar qual(ais) as intervenções que irão ser desenvolvidas nesse mês, por semanas.

⁴ Na sublinha superior devem ser numeradas as semanas do mês a que dizem respeito, existindo situações em que o mês tem 4 semanas e outras em que o mês tem 5 semanas, conforme o exemplo exposto.

⁵ Na sublinha inferior, podendo ser mais do que uma na situação de na mesma semana se desenvolverem mais do que uma intervenção/AC. O conteúdo das mesmas linhas varia dependendo da utilidade do cronograma. Para a situação:

- A) Deve estar indicada qual a intervenção referindo também a área chave (AC) onde se insere, sob a forma “Intervenção x (ACy)”, sendo o “x” o número relativo à intervenção, que deverá ser numerada pela “tabela das intervenções” que parte do apêndice 15 e o “y” o número da AC a que a intervenção se destina. Para o exemplo apresentado pelo apêndice 15, a numeração das AC é a seguinte: AC1- Saúde; AC2- Segurança; AC3- Participação e integração social; AC4- Aprendizagem ao longo da vida; AC5- Habitat/ ambiente; e AC6- Serviços.
- B) Indicar qual a área chave para cada semana sob a forma “AC y”, sendo o “y” o número da AC , podendo ser a mesma numeração da nota de rodapé anterior.
- C) Indicar qual a intervenção, sob a forma “Intervenção x”, sendo o “x” o número da intervenção de acordo com o estabelecido pelo apêndice 15.

Apêndice 19: Cronograma da intervenção.

Exemplo com base na intervenção de literacia para a saúde, planificada no apêndice 17.

Número da semana de desenvolvimento do PG ⁴⁸	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira	Observações
1	⁴⁹ 4 de outubro	5 de outubro	6 de outubro	7 de outubro	8 de outubro	
	⁵⁰ 1.ª etapa da Fase 1.					
2	11 de outubro	12 de outubro	13 de outubro	14 de outubro	15 de outubro	
	2.ª etapa da Fase 1.		1.ª etapa da Fase 2.			
3	18 de outubro	19 de outubro	20 de outubro	21 de outubro	22 de outubro	
	1.ª etapa da Fase 2.		2.ª etapa da Fase 2	1.ª etapa da Fase 2.		
4	25 de outubro	26 de outubro	27 de outubro	28 de outubro	29 de outubro	
	1.ª etapa da Fase 3. ⁵¹	2.ª etapa da Fase 3.	1.ª etapa da Fase 3.	2.ª etapa da Fase 3.	Fase 4.	
5	1 de novembro	2 de novembro	3 de novembro	4 de novembro	5 de novembro	
	1.ª etapa da Fase 3.	2.ª etapa da Fase 3.	1.ª etapa da Fase 3.	2.ª etapa da Fase 3.	Fase 4.	
6	8 de novembro	9 de novembro	10 de novembro	11 de novembro	12 de novembro	
	1.ª etapa da Fase 3.	2.ª etapa da Fase 3.	1.ª etapa da Fase 3.	2.ª etapa da Fase 3.	Fase 4.	

Tabela 49: Cronograma da intervenção.

⁴⁸ Colocar a localização da intervenção no contexto do PG. Neste contexto esta intervenção de literacia para a saúde iria decorrer da primeira à sexta semana do período do PG. Poderia ser da semana 7ª à 20ª, por exemplo. Tudo depende do que ficar planeado na “tabela da intervenção” que deverá coincidir com a localização no cronograma do PG, ou na situação de ser desenvolvido um cronograma por cada área chave de intervenção, mediante o que ficar desenhado nesse cronograma.

⁴⁹ Na primeira linha de cada semana, colocar o número de dia (data) a que se destina, para o presente caso, deu-se o exemplo dos meses de outubro e novembro de 2021.

⁵⁰ Na segunda linha de cada semana, colocar a etapa de cada fase que irá ocorrer nesse período. A compreensão do que cada fase e etapa implica a leitura da coluna relativa às metodologias da “tabela da intervenção”. Nesta situação poderá recorrer-se a um sistema de cores, atribuindo a cada etapa de cada fase uma cor, favorecendo o reconhecimento visual das tarefas, conforme o exemplo, não sendo o mesmo sistema obrigatório, apenas recomendado.

⁵¹ Considerando que para este PG foram delineadas 6 sessões de literacia para a saúde, 1 duas vezes por semana, em diferentes localidades, por exemplo.

Apêndice 20: Recursos humanos – folha.

Recursos Humanos

a) Intervenientes: Pessoas idosas do Concelho _____

b) Recursos técnicos

Designação do cargo/ área profissional ⁵²	Montante
53	
Montante total:	

Tabela 50: Recursos técnicos - folha.

⁵² Não é necessário indicar qual é o cargo no âmbito do PG, nem a entidade parceira a que pertencem.

⁵³ Devem ser adicionadas o número de linhas necessário de modo a incluir na presente tabela todos os técnicos/ profissionais que integrarão a implementação do PG.

Apêndice 21: Tabela de recursos materiais.

Recursos materiais

Área chave	Intervenção	Descrição do recurso	Número necessário	Montante
Saúde	1			
	2 ⁵⁴			
Montante total da área chave da Saúde:				
Segurança	3			
	4 ⁵⁴			
Montante total da área chave da Segurança:				
Participação e/ou integração social	5			
	6 ⁵⁴			
Montante total da área chave da Participação e/ou integração social:				
Aprendizagem ao longo da vida	7			
	8 ⁵⁴			
Montante total da área chave da Aprendizagem ao longo da vida:				
Habitat/ Ambiente	9			
	10 ⁵⁴			
Montante total da área chave do Habitat/ ambiente:				
Serviços	11			
	12 ⁵⁴			
Montante total da área chave dos Serviços:				
Montante total:				

Tabela 51: Recursos materiais.

⁵⁴ Inserir o número de linhas necessário de modo a incluir todas as intervenções relativas a esta área chave.

Apêndice 22: Tabela de recursos financeiros.

Recursos financeiros

Orçamento		Financiamento		
Tipo de Recurso	Montante	Tipo de fonte ⁵⁵	Montante	
Técnicos				
Materiais	56			
		57		
Valor total:		Valor total:		Diferença entre o Financiamento e o Orçamento (o Valor total de financiamento – o Valor total do orçamento) _____ - _____ = _____ ⁵⁸

Tabela 52: Recursos financeiros.

⁵⁵ Se necessário deve incluir, além do tipo de fonte, a denominação da mesma.

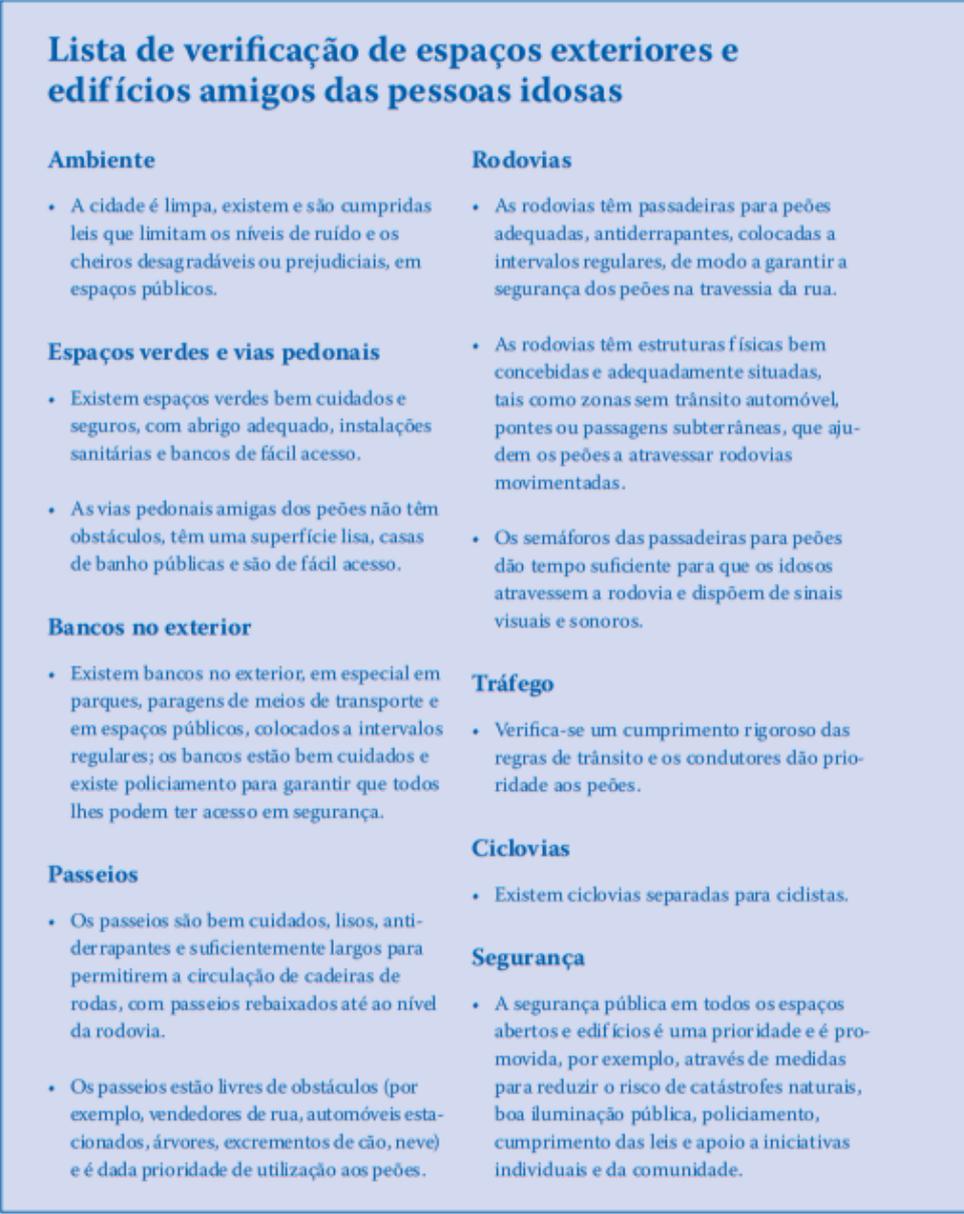
⁵⁶ Transferir para esta coluna o montante final do preenchimento das tabelas presentes nos apêndices 18 e 19, respetivamente.

⁵⁷ Deve incluir o número de linhas necessário de modo a definir todas as fontes de financiamento.

⁵⁸ Na situação de resultar desta operação um número negativo significa que o orçamento previsto ultrapassa o valor disponível pelo financiamento. Nesta situação deve-se recorrer a um processo de priorização das intervenções e/ou das áreas chave de acordo com os recursos financeiros disponíveis, bem como das necessidades prioritárias de intervenção.

Anexos

Anexo 1: Lista de verificação de espaços exteriores e edifícios amigos das pessoas idosas.



Lista de verificação de espaços exteriores e edifícios amigos das pessoas idosas

Ambiente

- A cidade é limpa, existem e são cumpridas leis que limitam os níveis de ruído e os cheiros desagradáveis ou prejudiciais, em espaços públicos.

Rodovias

- As rodovias têm passadeiras para peões adequadas, antiderrapantes, colocadas a intervalos regulares, de modo a garantir a segurança dos peões na travessia da rua.
- As rodovias têm estruturas físicas bem concebidas e adequadamente situadas, tais como zonas sem trânsito automóvel, pontes ou passagens subterrâneas, que ajudem os peões a atravessar rodovias movimentadas.
- Os semáforos das passadeiras para peões dão tempo suficiente para que os idosos atravessem a rodovia e dispõem de sinais visuais e sonoros.

Espaços verdes e vias pedonais

- Existem espaços verdes bem cuidados e seguros, com abrigo adequado, instalações sanitárias e bancos de fácil acesso.
- As vias pedonais amigas dos peões não têm obstáculos, têm uma superfície lisa, casas de banho públicas e são de fácil acesso.

Bancos no exterior

- Existem bancos no exterior, em especial em parques, paragens de meios de transporte e em espaços públicos, colocados a intervalos regulares; os bancos estão bem cuidados e existe policiamento para garantir que todos lhes podem ter acesso em segurança.

Tráfego

- Verifica-se um cumprimento rigoroso das regras de trânsito e os condutores dão prioridade aos peões.

Passeios

- Os passeios são bem cuidados, lisos, antiderrapantes e suficientemente largos para permitirem a circulação de cadeiras de rodas, com passeios rebaixados até ao nível da rodovia.
- Os passeios estão livres de obstáculos (por exemplo, vendedores de rua, automóveis estacionados, árvores, excrementos de cão, neve) e é dada prioridade de utilização aos peões.

Ciclovias

- Existem ciclovias separadas para ciclistas.

Segurança

- A segurança pública em todos os espaços abertos e edifícios é uma prioridade e é promovida, por exemplo, através de medidas para reduzir o risco de catástrofes naturais, boa iluminação pública, policiamento, cumprimento das leis e apoio a iniciativas individuais e da comunidade.

Serviços

- Os serviços encontram-se aglomerados, localizados na proximidade de locais onde vivem idosos e podem ser facilmente acedidos (por exemplo, situam-se no rés-do-chão de edifícios).
- São providenciados serviços de atendimento ao cliente especiais para idosos, tais como filas separadas ou balcões de atendimento a idosos.

Edifícios

- Os edifícios são acessíveis e têm as seguintes características:
 - elevadores
 - rampas

- sinalização adequada
- corrimãos nas escadas
- escadas não demasiado altas nem íngremes
- pavimentos antiderrapantes
- zonas de descanso com assentos confortáveis.
- casas de banho públicas em número suficiente.

Casas de banho públicas

- As casas de banho públicas são limpas, bem cuidadas, facilmente acessíveis a pessoas com diferentes incapacidades, bem sinalizadas e têm localizações convenientes.

Anexo 2: Avaliação para a tomada de decisões

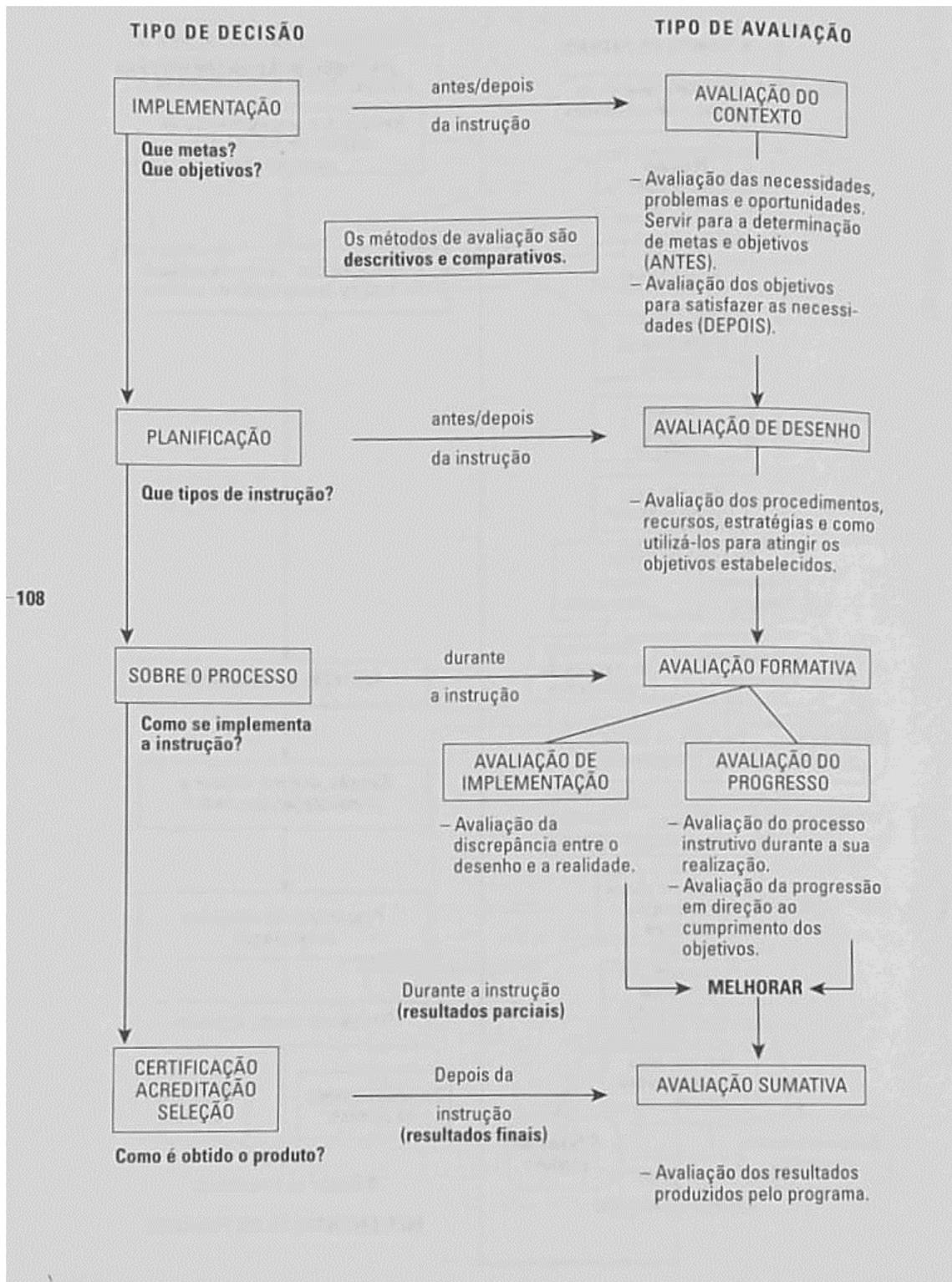


Figura 3: Avaliação para a tomada de decisões obtido em Serrano (2008, p.108).