

Título: *Percepción da calidade de vida dos maiores de 75 anos no concello de Vila Nova de Gaia. Estrategias educativas para a mudanza*

Autora: LOPES RODRIGUES, Maria Júlia

Calificación: Sobresaliente *cum laude*

Ano de defensa: 2003

Universidade: Universidade de Santiago de Compostela (USC)

1. INTRODUCCIÓN

A realidade do significativo aumento das persoas maiores na sociedade e as previsións do progresivo agravamento deste fenómeno, ten merecido un crecente e continuado interese por parte de diferentes sectores, como o político, o económico, o social, o educativo, o relacionado coa saúde, coa solidariedade social, entre outros. O avance das ciencias, asociado á melloría das condicións de vida, trouxo unha maior esperanza de vida e, consecuentemente, un aumento da taxa de lonxevidade que, asociada a unha menor taxa de natalidade, ten levado a unha crecente inversión da pirámide demográfica polo aumento das persoas con idades superiores a 65 anos. Non obstante, non basta con aumentar os anos de vida, é preciso facer algo máis para proporcionar mellor calidade de vida.

A semellanza doutros países, a sociedade portuguesa está a vivir profundas alteracións na súa demografía, o que trae consecuencias e, obviamente, esixencias de estudos rigorosos acerca das implicacións a que este fenómeno conduce. Consideramos que a evolución social que está acontecendo, parece ignorada ou esquecida por parte daqueles que dirixen os destinos do home, é dicir, políticos, empresarios, economistas e educadores, etc., pois os seus discursos son confusos e contraditorios. As intencións lexislativas non tiveron un gran impacto na melloría da calidade de vida dos máis vellos, sendo bastante frecuentes actitudes de exclusión social por parte das familias e da sociedade.

O exercicio profesional de profesora nunha escola de enfermería nos últimos trinta e cinco anos, proporcionounos diversos escenarios de formación teórica e práctica, dos que destacamos a experiencia ligada á concepción, desenvolvemento e coordinación dunha licenciatura en enfermería xerontolóxica e xeriátrica. A aproximación ao grupo social dos maiores levounos a un progresivo interese e implicación persoal, nunha área impregnada de prexuízos sociais cuxa realidade está, por iso, aínda lonxe de ser coñecida. Así, optamos por desenvolver un estudo que dalgunha forma puidese contribuír a mellorar a calidade de vida dos máis

vellos, sobre todo, dos maiores de 75 anos, idade na que se verifica un agravamento da calidade de vida, con perdas afectivas e sociais, diminución dos niveis de saúde e aparición de doenzas. Foi xustamente este grupo dos máis vellos o que máis nos preocupaba e de aí, a nosa elección. Outra das razóns para a escolla dun grupo maior de 75 anos, estivo relacionada coa necesidade de restrinxir o universo de estudo.

2. OBXECTIVOS

Os obxectivos que nos propuxemos acadar foron, entre outros, os seguintes:

- Coñecer a evolución da poboación maior no concello de Vila Nova de Gaia.
- Identificar os recursos e equipamentos neste concello.
- Coñecer as percepcións dos suxeitos acerca do seu estado sanitario, calidade de vida e proxectos nesta fase da vida.
- Coñecer as percepcións das autoridades locais (autarcas) en canto ao proceso de envellecemento e actividades programadas para este grupo social.
- Propoñer estratexias de intervención.

Partimos da hipótese de que, co pasar dos anos, van xurdindo sinais e síntomas de desgaste orgánico que poden conducir a unha maior ou menor perda de autonomía; por outro lado, van agromando tamén perdas afectivas e sociais. Estes factores, asociados ás condicións socioeconómicas e contextos de vida, van influír na percepción que o maior ten da súa calidade de vida; ou sexa, se ben a calidade de vida diminúe coa idade, esta tamén depende doutros factores non só de tipo orgánico, senón de carácter afectivo, social, educativo, etc., que contribúen a que a vida dos maiores poida mellorarse a través de intervencións de tipo médico, afectivo, social e educativo, fundamentalmente.

3. ESTRUTURA E METODOLOXÍA

Este estudo estrutúrase en tres partes.

A parte I está constituída por dous capítulos, onde desenvolvemos o cadro teórico no que se fundamentou a investigación. O obxectivo principal do capítulo I foi a revisión dun conxunto de temas que nos axudasen a encadrar a temática. Así, analizamos sumariamente os aspectos demográficos ligados ao desenvolvemento humano e estudamos o proceso de envellecemento con algunhas teorías explicativas do mesmo. Entendendo a vellez como unha construción social, abordamos as políticas de apoio ao maior. No capítulo II analizamos os conceptos de saúde e calidade de vida e os seus factores determinantes. A temática da educación e da forma-

ción ao longo da vida foron os asuntos centrais deste estudo no que se recoñece a urxencia dunha pedagogía promotora da calidade de vida. Neste capítulo establecíamos os conceptos estruturais que terman o campo de análise.

A parte II está dedicada ao estudo empírico realizado no concello de Vila Nova de Gaia, fundamentado nos paradigmas cualitativo e cuantitativo, o que nos permitiu facer unha reflexión sobre a realidade e unha comparación entre o deseñable e o posible. A análise posibilitou a elaboración de propostas de intervención nesta área. Trátase o contexto de implementación do estudo, planeamento da investigación, presentación e discusión dos resultados obtidos tanto dos maiores como dos autarcas. Con respecto ao primeiro grupo, o noso obxectivo foi contactar coa realidade dese grupo, saber quen son, como están a vivir esta fase, como ocupan o seu tempo, que fan e que querían facer. O noso propósito estribou en avaliar as necesidades do maior a partir das súas percepcións de benestar físico, mental e social, dende unha perspectiva de valoración das súas vivencias, experiencias de vida e capacidades ou sexa, na liña do envellecemento positivo. Dos diferentes instrumentos dispoñibles para avaliar a calidade de vida, seleccionamos o EASY Care por estar máis centrado na avaliación de capacidades e non na identificación de *déficits*, o que nos permitiu examinar o benestar físico, mental e social das persoas maiores. Pero ademais da identificación do maior, este instrumento facilitounos o coñecemento do seu sistema de saúde, con quen viven, a rede de apoio da que se benefician, o seu nivel de estudos, a profesión e con que idades deixaron o traballo remunerado. Este sistema de avaliación da calidade de vida permitiunos, á parte, un maior coñecemento das opinións dos maiores, ao presentar dúas preguntas abertas sobre o que debe facerse para mellorar as súas vidas, cales son os obxectivos que teñen e cal é o prazo para a súa consecución. En canto ao grupo dos autarcas, queríamos coñecer por un lado, que redes de apoio existen no concello; por outro, coñecer as percepcións e os significados atribuídos aos fenómenos investigados, por parte dos responsables das autarquías do concello de Vila Nova de Gaia. Os datos foron recollidos por medio dun cuestionario construído con preguntas abertas que fixeron posible unha resposta libre a cuestións concretas sobre o número de maiores por parroquia e a rede de apoio existente, e preguntas máis subxectivas acerca do que pensan sobre o envellecemento, características dos maiores, os seus proxectos e formas de mellorar a súa calidade de vida.

Na parte III presentamos as conclusións do estudo e facemos algunhas propostas de intervención axustadas aos desexos e realidades deste grupo social.

Destas investigacións forman parte tamén as referencias bibliográficas e os anexos.

4. DESENVOLVEMENTO DO CONTIDO

Como afirmamos, a parte I está formada por dous capítulos, onde desenvolvemos o cadro teórico no que se fundamenta a investigación. No capítulo I analizamos o envellecemento demográfico, as súas consecuencias e a necesidade de abrir novos camiños en materia de emprego, pensións, coidados para a saúde, participación e cohesión social. Para iso, fixemos unha revisión de diferentes teorías explicativas do fenómeno do envellecemento. Concluimos que este é un proceso que ocorre ao longo da vida, con cambios e adaptacións de natureza biopsico-socio-cultural, pero tamén con posibilidades de facer novas aprendizaxes e enfrontarse a novos desafíos. Asumindo a vellez como unha construción social, defendemos a necesidade de facer emerxer e, ao mesmo tempo, traballar as representacións cos maiores, coa sociedade e especialmente cos coidadores. Procuramos caracterizar os diferentes equipamentos (Residencia, Centro de Día; Acollemento Familiar, etc.) e concluimos que o mellor é manter o maior no seu ambiente natural. Da revisión teórica efectuada, deducimos que en Portugal, o envellecemento ben levado está lonxe de conseguirse. No capítulo II cuestionamos e analizamos os conceptos de saúde e calidade de vida, inferindo o moito que aínda está por facer no contexto portugués, dende medidas de promoción da saúde ao funcionamento dos servizos, pasando pola educación, prevención de accidentes, continuidade de coidados, apoio no fin da vida, etc. Non basta vivir máis, agora preténdese mellorar a calidade do tempo vivido. Hai que redefinir as políticas sociais e encontrar as intervencións axustadas. A participación, a solidariedade, a autonomía e o respecto polo outro son valores a traballar. A intervención educativa na área dos maiores pode cambiar o mundo das representacións e da dependencia social, alimentado polo propio maior e pola sociedade que pode excluílo ou superprotexelo. É fundamental fomentar a participación e o protagonismo deste grupo social, reforzando a súa autonomía e autoestima. A actuación educativa dirixida aos máis vellos non difire do que se pode construír para outros grupos (decidir, construír, xustificar e desenvolver as intervencións). A intervención debe promover cambios educativos valiosos e daquela adaptarse ás súas características específicas, rendibilizar a súa experiencia acumulada, aos seus desexos, necesidades e expectativas, isto é, satisfacer as necesidades educativas do educando. Finalizamos reafirmando o dereito do maior a vivir máis tempo, pero dignamente, creando redes de interaxuda, con propostas que estimulen os seus afectos e coñecementos.

5. RESULTADOS–CONCLUSIÓN

- a) Os vellos da nosa mostra están, nunha maioría esmagadora, afiliados ao Servizo Nacional de Saúde; predomina o sexo feminino; son maio-

res con idades comprendidas entre os 75 e os 101 anos, sendo a franxa de 75 a 79 anos a máis numerosa. Viven no seo familiar a maioría relativa, aínda que en conxunto é superada polos maiores que viven en residencias ou sós.

Unha primeira constatación derivada destes datos, é o feito de que preto da metade desta poboación, manifesta non ter ningún tipo de apoio. Parte dos maiores da mostra frecuenta o centro de día e o centro de convivencia e poucos son os que se benefician do apoio a domicilio. A maior parte é analfabeta, seguido polo grupo dos que apenas concluíron o 4º curso, con idade entre os 11 e os 14 anos. Con respecto aos datos referentes ao mundo do laboral, conclúese que a meirande parte destes maiores deixou de ter un traballo remunerado a partir dos 56 anos. As mulleres desenvolveron, na súa maioría, actividades de tipo doméstico e os homes foron maioritariamente operarios.

- b) No ítem incapacidade física, tiramos a conclusión de que a maioría dos vellos oe ben, mastiga ben os alimentos e considera que os outros non teñen dificultade para comprendelos pero, pola contra, presentan dificultades de visión.
- c) A percepción da calidade de vida dos suxeitos da mostra é maioritariamente avaliada por niveis de saúde razoables e delicados, con ausencia ou situacións raras de soidade e estiman o ter unhas boas condicións de habitabilidade.
- d) No referente á avaliación da área funcional, máis de metade da mostra é completamente incapaz de realizar o traballo doméstico ou necesita algunha axuda, que é asegurada maioritariamente polas institucións públicas. No apartado sobre a preparación das comidas, constatamos que é semellante a porcentaxe dos que as preparan e dos que se consideran completamente incapaces de facelas, recibindo, na maior parte dos casos, axuda pública. No que toca ás compras, os maiores son, en gran número, autónomos; en caso de non poder facelo soen recorrer á axuda de familiares. Administrar o diñeiro é unha das tarefas realizadas sen axuda por máis da metade dos nosos inquiridos, que en casos de necesidade, solicitan o amparo, preferentemente, de familiares. Usar o teléfono non crea dificultade e, se existe, recorren maioritariamente á axuda pública, seguida da axuda familiar. Tamén na toma de medicamentos, a maioría bástase a si mesma, o que nos provoca unha certa preocupación, na medida en que moitos tiñan dificultades de visión. Tamén a este nivel, é a axuda pública a que funciona en primeiro lugar.

- e) Na avaliación da mobilidade, concluímos que existe unha distribución aproximada entre o grupo de maiores que sobe e descende escaleiras sen axuda e os que necesitan dalgunha colaboración ou non son quen de facelo. Neste caso, desenvolven algunhas estratexias que lles aseguran unha certa mobilidade para o mantemento da súa propia autonomía como son: o uso de muletas, agarrarse ás paredes, axudas de compañeiros de cuarto, etc. A pesar dos aspectos positivos da súa determinación, pensamos que é importante ter presente os frecuentes accidentes neste grupo de idade e as formas da súa prevención. A parte disto, segundo as manifestacións dos maiores, existen moitos receos cara ás caídas e ás súas consecuencias. Erguerse da cama para a cadeira, usar o servizo ou a cadeira sanitaria e usar a bañeira ou a ducha, son actividades da vida realizadas pola maior parte dos vellos da mostra. As dificultades ou imposibilidades da realización son compensadas pola axuda pública.
- f) En canto aos coidados persoais, os vellos maioritariamente manifestan realizar o seu aseo persoal, vestirse e alimentarse. Se é necesario, recoren preferentemente á axuda pública.
- g) No que respecta ao control esfínteriano, a meirande parte dos vellos afirma que non ten problemas nin coa vexiga nin cos intestinos.
- h) Ao avaliar o estado depresivo dos maiores, concluímos que a maioría está satisfeita coa vida que ten, non a sente como un baleiro e está feliz case todo o tempo. Non obstante, distribúense en valores aproximados os que teñen e os que non teñen medo a que algo lles ocorra. Como razóns deste temor apuntaron: as caídas, o abandono, as doenzas, a soidade e a inseguridade cidadá. Os datos obtidos indican a existencia de situacións que merecen unha observación máis coidada e unha posible intervención xa que, preto da metade da poboación maior presenta, polo menos, un ou dous sinais de alerta de síndrome depresiva.
- i) No que respecta á avaliación cognitiva, concluímos que a maior parte dos vellos, que non ten problemas de localización espazo-temporal, sentiu dificultades na realización da tarefa de memorización. Os resultados finais revelaron que cerca dunha cuarta parte dos maiores realizaron o test sen erro, a pesar dos baixos niveis de escolaridade que posúen e case a metade presentan test cognitivos normais ou cunha lixeira diminución. Estes datos confirman que os maiores desenvolveron estratexias de aprendizaxe que os axudaron a resolver as situacións

do día a día e que, segundo nos confirman, conseguiron ata aprender a ler e a escribir, aínda que moi mal.

- k) Os maiores consideran que a melloría da súa calidade de vida pasa por cuestións relacionadas coa saúde, a situación financeira, os sentimentos de benestar, as situacións ligadas ao seu contorno de vida e de ocupación do tempo libre.
- l) A saúde é considerada o ben máis precioso e constitúe unha preocupación individual, extensible aos membros da familia, en especial, ao seu cónxuxe. Perder a saúde é perder autonomía, é diminuír aínda máis a capacidade financeira, é aumentar a dependencia con todas as súas consecuencias.
- m) Os maiores non critican os servizos de saúde e o seu funcionamento, senón a falta de apoio económico na doenza. As súas fragilidades son, en gran parte, compensadas pola vivencia dunha relixiosidade que lles confire un espírito de resignación, conformismo e desexo de morrer como liberación do sufrimento no que viven.
- n) A situación financeira da maior parte dos vellos é moi mala e, daquela, dirixen frecuentemente as súas manifestacións, ás dificultades económicas que inciden no seu día a día e nas necesidades máis elementais, tales como: mellorar a alimentación, comprar os medicamentos e pagar unha hora de vez en cando para limpar a casa. Ter máis cartos significaría ter unha vida máis digna, ou sexa, mellorar as condicións da vivenda, facer viaxes e axudar os outros. Tamén a este nivel puídemos constatar cales son as preocupacións dos maiores respecto aos seus familiares, problemas de desemprego ou emprego precario e a conseguinte falta de diñeiro para poder cumprir os compromisos adquiridos. A pesar dos baixos rendementos, son os maiores os que, moitas veces, están a axudar a fillos e netos. Talvez por todo isto, algúns séntense inseguros e receosos de perder o pouco que reciben, aproveitando a oportunidade para facerlle algunhas críticas ao sistema político.
- ñ) A vivencia do envellecemento ben levado foi encontrada nun número reducido de maiores, sendo moito máis visibles o desánimo e o desexo de seguridade, de compañía, de máis alegría, paz e sosego.
- o) Permanecer na súa casa, sentirse querido e apoiado pola familia, son os requisitos para que o maior acade a tan desexada calidade de vida. As súas manifestacións son claras en canto á vontade de vivir en familia, especialmente co cónxuxe, cos fillos e cos netos. Non

obstante, son frecuentes as expresións ligadas aos sentimentos de abandono, soidade, desánimo e resignación. Ás veces, senten de tal forma ese abandono, que ansían entrar nunha residencia para non cansar os outros. A maior parte dos vellos que vive nas residencias, mostrouse contrariada pola súa estancia e os maiores, que están adaptados, non deixaron de referirse á importancia das visitas dos familiares e ao abandono que moitos están sufrindo por parte deles. Estas vivencias fan que as súas manifestacións estean imbuídas de sentimentos de amargura, desilusión e rexeitamento, acompañados de moitas bágoas de quen, por veces, desexa a morte por entender que xa non está a facer nada. A espiritualidade constitúe o refuxio para moitos.

- p) En canto á existencia de obxectivos e prazos para a súa concreción, concluímos que as súas manifestacións son, case sempre, unha repetición das respostas dadas aos factores que poderían mellorar a súa calidade de vida. Pensar que todo está feito e que xa cumpriron a súa misión ou que xa nada vale a pena, son posturas asumidas que confirman de novo que os maiores viven ou permanecen moitas veces en espazos pouco educativos e pouco estimulantes.
- q) Estivemos adoito con maiores adaptados a esta vida quieta, diante dunha televisión que funciona pero que ninguén ve, sentados uns ao lado dos outros sen falar, agardando o paso do tempo e un día que segue a outro, sempre o mesmo, o que conduce á aprendizaxe da desilusión, do desánimo, a tristura, a falta de sentido para a vida e o desexo da morte. Convivimos tamén con maiores que proxectan ler, facer o 4º curso, ensinar, pintar, contar historias, continuar a traballar nos seus casaríos, desenvolver actividades de axuda os demais, facer traballos manuais, viaxar e asistir a eventos familiares.

Do traballo desenvolto cos autarcas, cremos poder finalizar que:

- a) Os equipamentos e apoios no concello de Vila Nova de Gaia son insuficientes para as necesidades existentes.
- b) A maior parte dos autarcas sente a incapacidade de responder aos problemas, defende a permanencia do maior no seu contexto natural e por iso reconece a necesidade de máis Centros de Día, de máis servizos de Apoio a Domicilio e de Coidados Continuados.
- c) Como programa de intervención na área dos maiores, os autarcas defenden actividades de lecer nas que predominan as excursións, as actividades de apoio social e económico e as relacionadas coa saúde.

- d) A maioría dos autarcas definen as persoas maiores tendo en conta as características da dimensión social, seguida das dimensións física, psico-afectiva e, finalmente, a idade cronolóxica.
- e) Na caracterización do maior prevalecen as respostas que confiren unha visión negativa do envellecemento.
- f) Preguntados sobre o que consideran que son as necesidades dos vellos, a maioría refírese ao apoio social e económico seguido, na mesma porcentaxe, da saúde e da rede de apoio. Só un dirixente fala dunha maior participación.
- g) A maioría dos autarcas afirma que os desexos dos maiores son o apoio social, seguido do apoio na saúde/doenza, a maior participación e o desenvolvemento de actividades de cultura e lecer.

Ao comparar os discursos dos maiores cos dos autarcas, encontramos moitos puntos comúns, pero na realidade prodúcense discordancias:

- a) É verdade que os autarcas, o mesmo que os maiores, atribúenlle unha gran importancia á saúde, o que se deduce das súas palabras; non obstante, nos seus programas de intervención danlles prioridade ás excursións e ás actividades de convivencia. Recoñecendo a súa utilidade, ao contribuír a unha mellor saúde mental dos maiores, Nós defendemos o investimento en áreas que acompañen ao maior no seu día a día e non só que lle proporcione a excursión anual e o calendario de festividadeas.
- b) As manifestacións dos maiores están máis centradas na saúde individual e na dos seus familiares; non obstante, os autarcas son máis teóricos, ao enunciar medidas de melloría asistencial e de funcionamento de servizos.
- c) Mellorar a calidade de vida a través do incremento financeiro é unha das medidas nas que existe gran coincidencia nas manifestacións dos dous grupos estudados.
- d) Sobre a forma de contribuír ao benestar, os autarcas elaboran discursos dirixidos á participación dos vellos na comunidade na que viven, mentres que os dos maiores, foi máis notable o desánimo aprendido. Preocupacións como a seguridade física manifestada polos maiores nunca foron expostas polos autarcas.
- e) Tanto os maiores como os autarcas afirman que teñen o desexo de que os vellos permanezan no seu hábitat natural, pero mentres os maiores falan de apoio familiar, os autarcas defenden o apoio domiciliario.

- f) Moitos maiores manifestaron o desexo de continuar a traballar, de axudar os outros, de pintar, de aprender a ler, etc., aspectos ausentes nos pronunciamentos dos autarcas, que continúan máis centrados nas actividades de viaxes e almorzos de Nadal.

Tal como expuxemos, a investigación partiu da hipótese xeral de que, co pasar dos anos, van xurdindo sinais e síntomas de desgaste orgánico que poden conducir á maior ou menor perda de autonomía e, por outro lado, prodúcense tamén perdas afectivas e sociais. Estes factores, asociados ás condicións sociais, económicas, educativas e experienciais de vida, influirán na percepción que o maior ten da súa calidade de vida. Ou sexa, se a calidade de vida diminúe coa idade e depende de factores non só orgánicos, senón tamén afectivos, sociais, educativos, etc., é posible mellorar a súa calidade de vida a través de intervencións de tipo médico, afectivo, social e educativo, fundamentalmente.

As subhipóteses que orientaron o desenvolvemento deste estudo tanto a nivel teórico como a nivel empírico, son as seguintes:

H1: A calidade de vida vén determinada polas condicións socio-económicas

A nivel teórico, as fontes consultadas consideran comunmente as condicións sociais e económicas como unha das principais variables da calidade de vida. A nivel empírico, constatamos que a situación financeira é vista por moitos maiores como condición influente da calidade de vida que está a repercutir na vida diaria, dende a satisfacción das necesidades básicas ás de realización persoal, pasando polas necesidades comunitarias e de relación interpersoal. Así, podemos afirmar que existe unha relación entre ambas; é dicir, a melloría das condicións financeiras do maior contribuiría a favorecer a calidade de vida.

H2: Os niveis de saúde inflúen na calidade de vida

A saúde constitúe no dicir dos especialistas e corroborada, en primeiro lugar, polos maiores, unha das dimensións principais da calidade de vida. Ambas as dúas constitúense como conceptos relativos e dependen da percepción individual de cada persoa. Da análise cuantitativa dos datos, constatamos que a maioría dos suxeitos valora a súa saúde nos niveis *razoable* e *delicado*. Unicamente un maior considera o nivel *excelente* de calidade de vida. Preto do 85% dos maiores da mostra encóntranse nos grupos intermedios. Tendo en conta estes resultados, así como a análise cualitativa, exposta anteriormente, podemos afirmar que a percepción dunha mellor calidade de vida equivale a ter mellor saúde e viceversa.

H3: O maior no medio familiar percibe que ten unha maior calidade de vida

Permanecer ou non no contexto familiar supón diferentes opinións tanto nos especialistas como nos maiores e ata nos autarcas. Despois de analizar o que pensan os maiores sobre esta cuestión, concluímos que é no seu contexto natural

de vida no que desexarían ter o afecto e o apoio esenciais para o benestar e a calidade de vida, o que non sempre acontece e aceptan entrar nunha residencia para “*non aborrecer os outros*”. Podemos deducir, polo tanto, que existe unha relación entre a percepción de calidade de vida e o contexto no que vive o maior.

H4: A percepción da calidade de vida difire conforme o sexo

Da análise cuantitativa dos datos da enquisa relacionados coa calidade de vida e que inclúe as vertentes da saúde, soidade e habitabilidade, concluímos que existe unha relación altamente significativa entre as dúas variables. Comprobamos que as mulleres perciben niveis de saúde máis baixos e teñen unha maior tendencia á solidariedade. En canto á vivenda, a pesar de existir unha relación altamente significativa, non se verificaron diferenzas entre os sexos.

6. PROPOSTAS DE INTERVENCIÓN

A sociedade portuguesa está a vivir, a semellanza doutros países, profundos cambios na súa demografía con consecuencias que esixen un estudo rigoroso das implicacións deste fenómeno. A evolución social que está ocorrendo parece ignorada ou esquecida por parte daqueles que dirixen os destinos do home: políticos, empresarios, economistas, entre outros. Pois as súas manifestacións son confusas e contraditorias. O aumento da esperanza de vida debería estar asociada a unha melloría da calidade da mesma o que, de acordo con este estudo, está moi lonxe de ser conseguida.

Tendo en conta estes presupostos e as conclusións a que esta investigación conduciu, é agora o momento de presentar algunhas propostas educativas de intervención, que deberán ser operativizadas en programas concretos:

- a) Investir na área de educación para a saúde será mellorar a asistencia na saúde, asegurar máis coidados na doenza e garantir equidade na utilización de servizos. Estas medidas constitúen formas de elevar o benestar físico e psicolóxico das persoas maiores, minimizando as dependencias que xa teñen e os estados depresivos asociados.
- b) Tendo en conta as preferencias do maior de permanecer na súa vivenda, suxerimos o aumento dunha verdadeira rede de apoio domiciliario, onde equipos de saúde formados por médicos, enfermeiros e técnicos intermedios, actúen presencialmente en cada caso. Fundamental será tamén a formación destes profesionais nas dimensións científica, técnica e humana e o desenvolvemento dun traballo directo coas familias elaborando, entre outros, programas para a súa formación, xa que é imprescindible para a conquista dunha vida digna nesta fase do progreso humano.

- c) Tal e como manifestan algúns autarcas, tamén defendemos a existencia de pequenas residencias comunitarias para casos excepcionais, que lle permitan ao maior continuar ligado ás súas raíces.
- d) Reconstruír o tempo libre que ten este grupo, desenvolvendo actividades que estimulen as súas capacidades afectivas, motoras, sociais e intelectuais, nas que se sintan útiles e realizados, tales como xardinería, agricultura, gastronomía, experiencias de convivencia interxeracional, exercicio físico, danzas e cantares tradicionais, recolleita de historias de vida, teatro, visitas culturais, recompilación de refráns e tradicións, compartir experiencias vividas, excursións, bailes, organización de festas, aprender a ler e a escribir, pintar, etc. É dicir, ampliar as actividades que estimulen as capacidades cognitivas e de convivencia parécenos unha das estratexias a desenvolver.
- e) Pasar dos discursos políticos á concreción de medidas políticas e sociais máis xustas é un imperativo para a melloría da calidade de vida de gran parte dos maiores que viven nun gran illamento e abandono familiar e social.
- f) Incrementar a participación dos vellos nas asociacións de carácter recreativo e cultural, así como nas institucións nas que se integran.
- g) Posibilitar que o maior poida continuar a traballar cando o desexe, nas institucións onde reside, podendo ser no casarío, no xardín, nas actividades domésticas, etc.
- h) Elaborar programas de educación interxeracional nas que os maiores sexan difusores das tradicións, facendo que participen na educación das novas xeracións, asistindo ás clases nos colexios para ensinar xogos tradicionais, contos populares e, ao mesmo tempo, a súa experiencia de vida.

Envellecer é aprender novas formas de vivir. É urxente o cambio, tanto a nivel da familia como da sociedade, que aínda non é consciente do potencial dos máis vellos e non é quen de rendibilizar eses saberes e esa dispoñibilidade, promovendo unha participación real e unha vivencia do dereito ao exercicio pleno como cidadáns do mundo. Vivimos en función dos máis novos e esquecemos o patrimonio cultural e humano deste grupo.

A sociedade ten o deber de encontrar novas respostas para este grupo, de crear oportunidades, de canalizar e catalizar intereses, capacidades e enerxías, cara a actividades nas que os maiores se sintan útiles e participantes como cidadáns con todos os dereitos.

Asumir unha verdadeira política para os vellos, prever desequilibrios e situacións de inxustiza social, xeradores de tensións e conflitos sociais, facendo a vida destas persoas máis feliz, máis xusta, máis produtiva e menos dependente, constitúe un desafío das sociedades modernas.

O cadro teórico iniciado e o traballo empírico desenvolvido permitiunos afondar e comprender un pouco mellor a realidade estudada, o que nos leva a reafirmar que ser vello non equivale a ser doente, decrépito, inútil, sen obxectivos ou intereses e dependente. Os verdadeiros problemas dos maiores son a inmovilidade, a inestabilidade, o illamento, o rexeitamento, a doenza e a inseguridade, entre outros, porque implican prexuizos na independencia funcional e no exercicio das actividades alimentarias, hixiénicas e sociais. Intervir a nivel da promoción e prevención, estimular e promover formas de participación e non caer na hostilidade inconsciente ou na tenrura e superprotección excesivas, son estratexias a desenvolver, como forma para acadar unha mellor calidade de vida.

Ao longo desta investigación, a nosa preocupación centrouse máis na avaliación personalizada das potencialidades de cada maior e no descubrimento do que podería mellorar a súa calidade de vida. Pensamos que conseguimos identificar algunhas áreas que xustifican unha intervención educativa local, dirixida aos principais actores que son os maiores, pero tamén ás súas familias e ás forzas vivas da comunidade de Vila Nova de Gaia, para que se converta nunha verdadeira cidade educativa.