

ANTÓNIO M. FONSECA

AGEING IN PLACE

— ENVELHECIMENTO EM CASA
E NA COMUNIDADE

Modelos e estratégias
centrados na autonomia,
participação social
e promoção do bem-estar
das pessoas idosas

RESUMO

Em Portugal, apesar de a larguíssima maioria dos portugueses envelhecer nas suas casas, as medidas de promoção de envelhecimento em casa e na comunidade – *ageing in place* – continuam a ter uma fraca visibilidade pública quando comparadas com a atenção que se atribui a soluções institucionais, nomeadamente, ao papel das estruturas residenciais na proteção e promoção da vida dos mais velhos. Opondo-se a uma visão convencional de assistência à população idosa por via da resposta institucional, a valorização de respostas de *ageing in place* significa responder às necessidades de assistência a partir do contexto onde a pessoa vive, procurando respostas articuladas através de uma integração progressivamente mais alargada de serviços – de âmbito local, regional e nacional. Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas. É precisamente analisar «como é que isso pode ser feito» que constitui o alvo deste trabalho, fazendo uma análise de práticas reais implementadas em diferentes pontos do país (e também no estrangeiro) e sugerindo ao mesmo tempo recomendações para a sua eventual disseminação.

A partir do levantamento destas práticas e de outros projetos que contribuem para a preservação das pessoas mais velhas nos seus ambientes – onde têm as suas referências, vivem em segurança e participam ativamente na vida comunitária – a Fundação Calouste Gulbenkian resolveu acrescentar valor e chamar a si o reforço das capacidades instaladas e a capacitação das equipas responsáveis pela sua implementação, contribuindo assim para melhorar o impacto na qualidade e abrangência das intervenções em curso. Atualmente, no âmbito dos programas «Envelhecimento na Comunidade» e «Gulbenkian CUIDA», a Fundação Calouste Gulbenkian apoia, por todo o país (incluindo Açores e Madeira) o desenvolvimento de respostas de *ageing in place* focadas em pessoas idosas que vivem no centro de cidades ou em regiões geograficamente mais isoladas, apresentando frequentemente significativas desigualdades de oportunidades no acesso à prestação de cuidados. Para além do apoio financeiro, as entidades responsáveis pela implementação destas respostas – algumas das quais explicitadas nesta obra – têm o acompanhamento técnico-científico e a formação dos seus profissionais assegurados pela Fundação Calouste Gulbenkian.

ANTÓNIO M. FONSECA

AGEING IN PLACE

— ENVELHECIMENTO EM CASA
E NA COMUNIDADE

Modelos e estratégias
centrados na autonomia,
participação social
e promoção do bem-estar
das pessoas idosas

ANTÓNIO M. FONSECA

Universidade Católica Portuguesa

Com os contributos de:

ALEXANDRA LOPES

Universidade do Porto

ANA ALEXANDRE FERNANDES

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA)

CARLA RIBEIRINHO

ISCSP – Universidade de Lisboa

CATARINA ALVAREZ

Associação Alzheimer Portugal

CONSTANÇA PAÚL

Universidade do Porto

JOANA GUEDES

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

LILIANA SOUSA

CINTESIS / Universidade de Aveiro

LUÍSA PIMENTEL

Instituto Politécnico de Leiria

MANUEL GONÇALVES PEREIRA

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa

ÓSCAR RIBEIRO

CINTESIS / Universidade de Aveiro

MARIA JOÃO BÁRRIOS

ISCSP – Universidade de Lisboa

MARIA JOÃO GUARDADO MOREIRA

Age.Comm / Instituto Politécnico de Castelo Branco

STELLA BETTENCOURT DA CÂMARA

ISCSP – Universidade de Lisboa

FICHA TÉCNICA

Título. *Ageing in Place*. Envelhecimento em Casa e na Comunidade.
Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas.

Autoria. António M. Fonseca

Design Gráfico. TVM Designers

ISBN. 978-989-8380-36-4

Edição. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa — Lisboa, junho de 2021

ÍNDICE

1. Introdução	7
2. <i>Ageing in place</i> como resposta individual e social ao processo de envelhecimento	15
3. Qual é o melhor lugar para se envelhecer	29
3.1. A emergência do conceito de <i>ageing in place</i>	29
3.2. <i>Ageing in place</i> – um conceito, várias definições	38
4. Envelhecimento e ambiente	53
5. Os múltiplos significados de <i>ageing in place</i> – a casa e a comunidade envolvente	63
6. Os desafios de <i>ageing in place</i>	87
7. <i>Ageing in place</i> – Domínios de aplicação em Portugal	103
7.1. Apoio aos cuidadores	103
7.2. Combate ao isolamento	110
7.3. Gerotecnologias	116
7.4. Apoio domiciliário	119
7.5. Centros de dia e de convívio	123
7.6. Participação social	126
7.7. Aprendizagem ao longo da vida	130
7.8. Habitação e espaços físicos	133
7.9. Saúde, nutrição e atividade física	140
7.10. Segurança	143
7.11. Mobilidade	145
7.12. Bem-estar e qualidade de vida	148
8. Conclusão	153
Referências	161

1

INTRODUÇÃO

There's no place like home.
(Dorothy Gale, em *O feiticeiro de Oz*).

O *Guia de Boas Práticas de Ageing in Place* (<https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>), publicado em 2018, permitiu efetuar um levantamento de iniciativas inovadoras, implementadas em Portugal, visando promover e facilitar um *envelhecimento em casa e na comunidade* assente na autonomia, na participação social e na promoção do bem-estar individual. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o conceito de *ageing in place* traduz o objetivo preferencial de se poder viver e envelhecer em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, o que implica a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana à medida que se envelhece (WHO, 2015a).

O levantamento então realizado permitiu constatar que Portugal dispõe hoje de um conjunto muito diversificado de respostas de âmbito comunitário que têm subjacente o conceito de *ageing in place* ou que por ele são diretamente inspiradas, dirigidas à população mais velha e distribuídas geograficamente por diversos contextos e ambientes. Nesta segunda fase do trabalho, o objetivo é duplo: (i) sistematizar o que significa *ageing in place – envelhecimento em casa e na comunidade*, atendendo à origem do conceito e aos contributos teóricos mais recentes; (ii) evidenciar modelos e estratégias implementados em Portugal e noutros países que se enquadrem nos princípios deste paradigma. O cumprimento deste duplo objetivo poderá, certamente, revelar-se útil para responsáveis pela formulação de políticas, agentes comunitários, investigadores e prestadores de serviços na área do envelhecimento; quanto melhor se compreender o uso do conceito e a versatilidade da sua aplicação prática, maior é a probabilidade de sucesso no desenvolvimento de esforços que contribuam para a promoção da qualidade de vida das pessoas idosas residentes na comunidade.

Já todos o sabemos: o mundo está a envelhecer rapidamente. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, em termos globais o número de pessoas com mais de 60 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor da ordem dos

34% na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 60 ou mais anos de idade (WHO, 2015b). Na estimativa da Comissão Europeia, a percentagem de europeus com 65 anos ou mais está a aumentar a uma taxa sem precedentes, devendo representar mais de 30% da população por volta de 2060 (European Commission, 2015). Em Portugal, a tendência para o envelhecimento populacional é muito acentuada e para além de Portugal ser já, atualmente, um dos países mais envelhecidos do mundo, prevê-se que em 2050 nenhum outro país da União Europeia tenha uma população tão envelhecida. Com efeito, o relatório *Ageing Europe 2019* (Eurostat, 2019) estima que o envelhecimento da população seja mais rápido mais em Portugal do que noutros países da União Europeia, levando a que, daqui a três décadas, 47,1% da população tenha uma idade superior a 55 anos (quase um em cada dois cidadãos). Perante estes dados, é inevitável que se questionem as perspetivas tradicionais sobre os modos de vida em idade avançada e sobre o tipo de recursos a mobilizar para responder aos desafios do envelhecimento populacional.

Segundo dados de 2011 (Eurostat, 2012), nos então 28 países da União Europeia, aproximadamente nove em cada dez pessoas com 65 ou mais anos residentes na Alemanha, França, Finlândia e no Reino Unido, viviam de forma independente nas suas próprias casas. Na Holanda, essa percentagem era ainda maior (95%). Por outro lado, nos países do sul e leste da Europa, como Chipre, Espanha, Portugal e Estónia, esse valor era mais baixo. Assim, para além de pessoas idosas a viver de modo independente, encontramos no espaço europeu outro tipo de soluções residenciais decorrentes de influências culturais e de opções sociopolíticas: pessoas que vivem junto de filhos e familiares (na Roménia, Polónia e Estados Bálticos, mais de 10% da população idosa estava neste grupo, solução rara nos países nórdicos e no Reino Unido), e pessoas residentes em instituições de longa permanência.

Em Portugal, uma das faces mais visíveis da política social de apoio aos idosos que emergiu após o 25 de Abril de 1974, foi sem dúvida a evolução do número e da qualidade dos equipamentos sociais destinados à população mais velha, com incidência nas respostas Centro de Dia e sobretudo ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (anteriormente designada por Lar de Idosos). Apesar do número de pessoas a residir em instituições constituir uma pequena minoria do total da população idosa portuguesa, a ERPI tornou-se um ícone das respostas sociais para a velhice. Em muitas localidades, a existência de uma ou mais ERPI's surge associada a um sinal de desenvolvimento social, por desse modo atender-se às necessidades dos mais velhos através de um serviço permanente de prestação de cuidados. É verdade que as ERPI's constituem atualmente uma resposta imprescindível em situações de extrema vulnerabilidade ou quando mais nenhuma outra alternativa se revela suficiente para corresponder às necessidades do idoso (que podem ir do abandono social à degradação das condições materiais de

vida), mas também não é menos verdade que a entrada numa ERPI provoca sempre uma rutura com o quadro de vida anterior e quase sempre com a comunidade a que a pessoa pertencia. Não obstante a taxa de ocupação das ERPI's apresentar valores próximos dos 100% (e frequentemente com listas de espera), não é possível nem seguramente desejável prosseguir indefinidamente a expansão desta resposta social em detrimento de outras que possam garantir a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio (às vezes o único que se conheceu ao longo de toda a vida) e na comunidade onde ele se insere. Com este propósito, o Serviço de Apoio Domiciliário tem vindo a fazer o seu caminho, sendo mesmo a resposta social que apresentou maior crescimento desde o início do século. O investimento realizado nos últimos anos, tendo em vista a sua disseminação por todo o país e a diversificação dos serviços prestados aos utentes – cf. Carta Social (<http://www.cartasocial.pt/>) – tem seguramente contribuído, de forma discreta mas efetiva, para a manutenção de um número considerável de pessoas idosas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando mesmo a institucionalização.

Ao invés de ser «um problema», o envelhecimento da população constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano. Viver mais tempo é fruto de conquistas diversas sob o ponto de vista médico, tecnológico e social. Mas a existência de um número cada vez mais elevado de idosos saudáveis e ativos constitui igualmente um desafio para as comunidades. À medida que envelhecem as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, algumas delas sinónimo de redução ou perda de capacidades. A criação e manutenção de ambientes favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes. Por outro lado, o aumento quer na expectativa de vida, quer na expectativa de uma vida com cada vez melhor saúde e maior qualidade, faz com que seja possível as pessoas idosas prolongarem a sua utilidade social por mais tempo, se não profissionalmente, pelo menos para os seus familiares, amigos e no âmbito da sua rede de proximidade / vizinhança (*neighborhood*), potenciando claramente os efeitos positivos do *ageing in place* (IFA, 2011).

Por tudo isto, é fundamental equacionar a criação e o desenvolvimento de respostas diversificadas, atendendo às condições reais de existência das pessoas mais velhas, neste caso concreto, das que residem em Portugal. Nas palavras de Manuel Gonçalves Pereira¹, «as pessoas mais velhas não constituem, obviamente, uma população homogénea. Isto verifica-se quer em termos da própria idade (é diferente ter

¹ Comunicação pessoal.

65 anos ou 85) quer do estado de saúde (é diferente ter apenas alguma hipoacusia, por exemplo, ou ter demência, depressão grave e arrastada, ou sequelas de AVC). Nesse sentido, as respostas podem ser mais ou menos adequadas a determinados subgrupos, e algumas das que serão referidas neste documento podem ter alvos muito específicos.» Tal significa que, à partida, não há «respostas universais» para todas as pessoas idosas, mas sim «respostas adequadas»; se, nalguns casos, elas poderão ser mais abrangentes em termos dos respetivos destinatários, noutros casos poderão ser dirigidas a pessoas apresentando menor ou maior incapacidade².

O rápido envelhecimento da população tem suscitado nas sociedades ocidentais o desenvolvimento de novos conceitos, programas e serviços capazes de responder aos anseios e às necessidades da população idosa. Askham, Cameron e Heywood (in Means, 2007) constataram que as pessoas mais velhas que optam por permanecer nas suas próprias casas o maior tempo possível fazem-no porque consideram essa a melhor resposta face às suas necessidades individuais, preferindo viver num ambiente com o qual estão familiarizadas. Milligan (2009) defende que a vida independente contribui para manter um sentido de autoconfiança, autocontrolo e autoestima positiva, pelo que os idosos devem poder viver de forma independente desde que a sua situação de saúde lhes permita fazê-lo e disponham de uma residência e apoio social adequados. Finalmente, Van Dijk e colaboradores (2015) concluem que a ideia subjacente ao conceito de *ageing in place* é que viver num ambiente familiar tem um impacto positivo no bem-estar das pessoas em geral, contribuindo para que as pessoas mais velhas possam continuar a ter experiências positivas na fase mais avançada da vida.

Em muitos países, a possibilidade de envelhecer em casa está fortemente correlacionada com a situação financeira de cada um e com os custos inerentes à permanência em estruturas residenciais para idosos. De acordo com Horner e Boldy (in Pani-Harreman *et al.*, 2020), "*ageing in place* has the potential to provide more appropriate care at a lower cost than a move to a more specialised and sheltered facility», podendo o *ageing in place* ser encarado como a solução mais adequada para pessoas com menores recursos financeiros poderem gozar de uma melhor qualidade de prestação de serviços. Por outro lado, é importante compreender a existência de diferentes perfis de envelhecimento, a que deverão corresponder diferentes aplicações do conceito de *ageing in place*: (i) pessoas que desejam permanecer na sua casa atual e que não

² O termo «incapacidade» é aqui utilizado como tradução de «disability», no sentido que a Organização Mundial de Saúde lhe atribui, isto é, algo que resulta da interação entre a manifestação de uma determinada condição de saúde (como depressão ou demência), e fatores ambientais (incluindo atitudes negativas, transportes públicos inacessíveis, e apoio social limitado), da qual poderá resultar um agravamento dessa mesma condição (https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1).

enfrentam problemas imediatos de saúde ou mobilidade; (ii) pessoas que apresentam condições de saúde progressivamente incapacitantes (doenças crónicas, como diabetes e doenças pulmonares/cardíacas, por exemplo) e que, mais cedo ou mais tarde, acabarão por exigir apoios suplementares para que possam envelhecer em casa; (iii) pessoas que experimentaram mudanças abruptas nas suas vidas (em termos de saúde, nomeadamente) e para quem envelhecer em casa constituirá um desafio acrescido, suscitando a necessidade de introduzir modificações imediatas tanto nas suas habitações como nos seus modos de vida.

Em Portugal, apesar de a larguíssima maioria dos portugueses envelhecer nas suas casas, as medidas de promoção de *ageing in place* continuam a ter uma fraca visibilidade pública quando comparadas com a atenção que se atribui a soluções institucionais, nomeadamente, ao papel das ERPI na proteção e promoção da vida dos mais velhos. Encaradas pela generalidade dos portugueses como uma resposta-tipo aos problemas decorrentes do envelhecimento individual e populacional, o investimento em ERPI tem servido, com frequência, para justificar a «não-necessidade» de investimento em qualquer outro tipo de intervenção para além da resposta institucional. Este facto tem contribuído para reforçar imagens estereotipadas do que é envelhecer hoje em Portugal e diminuir os direitos de cidadania das pessoas idosas que continuam a viver em suas casas, especialmente quando apresentam alguma situação particular de vulnerabilidade. Opondo-se a uma visão convencional de assistência à população idosa por via da resposta institucional, a valorização de respostas de *ageing in place* significa responder às necessidades de assistência a partir do contexto onde a pessoa vive, procurando respostas articuladas através de uma integração progressivamente mais alargada de serviços – de âmbito local, regional e nacional. Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas. É precisamente analisar «como é que isso pode ser feito» que constitui o alvo deste trabalho, fazendo uma análise de práticas reais implementadas em diferentes pontos do país e sugerindo ao mesmo tempo recomendações para uma eventual disseminação.

A par da preocupação com a habitação e os espaços exteriores, medidas de assistência ao domicílio ou programas de natureza social que considerem, por um lado, incapacidades de natureza individual e, por outro lado, a participação na sociedade, são importantes para reforçar a autonomia e a independência. A necessidade de conjugar uma população cada vez mais envelhecida e diferenciada com o desenho de respostas diversificadas coloca novos desafios, expressos em diversos domínios de intervenção.

No *Guia de Boas Práticas de Ageing in Place*, foram propostos dez domínios de aplicação do conceito de *ageing in place* em Portugal, que agora recuperamos e alargamos para doze:

- Apoio aos cuidadores
- Combate ao isolamento
- Gerotecnologias
- Apoio domiciliário
- Centros de dia e de convívio
- Participação social
- Aprendizagem ao longo da vida
- Habitação e espaços físicos
- Saúde, nutrição e atividade física
- Segurança
- Mobilidade
- Bem-estar e qualidade de vida

Apesar de não nos focarmos em estudos de caso particulares, a análise de cada um destes domínios será fundamentada em iniciativas apresentadas no *Guia de Boas Práticas de Ageing in Place* e em outras a que, entretanto, tivemos acesso.

2

AGEING IN PLACE COMO RESPOSTA INDIVIDUAL E SOCIAL AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento depende de uma vasta conjugação de fatores relacionados entre si: biológicos, psicológicos e sociais.

Começando pela componente biológica, o envelhecimento é um fenómeno objetivo. Em primeiro lugar, porque as alterações biológicas que lhe estão subjacentes atingem, embora a ritmos diferentes, todos os indivíduos que envelhecem (Pinto, 2009); em segundo lugar, tais alterações são irreversíveis (Holliday, 2006); por último, porque essas alterações têm um impacto claramente observável na funcionalidade (Botelho, 2014), na imagem física do indivíduo que envelhece (Marques, 2011) e, claro, na saúde (Almeida, 2014). De uma forma geral, o envelhecimento caracteriza-se pela ocorrência de perdas à medida que a idade avança, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao surgimento de patologias de várias ordens. Assim, retardar o envelhecimento biológico não pode ser dissociado da manutenção de um bom funcionamento ao nível celular, dos tecidos e órgãos, para o que também contribui a adoção de estilos de vida saudáveis.

Ao nível psicológico, observa-se que determinadas capacidades cognitivas, como a atenção, a memória (nomeadamente, memória a curto prazo e memória episódica), e a velocidade de processamento e de atividade psicomotora, sofrem um declínio. No entanto, para Bäckman e colaboradores (2000), este declínio não decorre apenas do desgaste orgânico resultante do processo biológico de envelhecimento, havendo outras razões que contribuem para a diminuição da eficácia do funcionamento cognitivo: estilos de vida caracterizados por falta de estimulação cognitiva, comportamentos que não abonam a favor da manutenção de tais funções, doenças de caráter físico e mental (como a depressão), falta de motivação, baixas expectativas e falta de confiança, solidão e isolamento. Porém, quando se fala em envelhecimento do ponto de vista psicológico não há só perdas, sendo vários os autores que salientam a existência de ganhos nos domínios emocional e da cognição social (Carstensen *et al.*, 2011), e ao nível do

conhecimento e da experiência, traduzidos no que se designa habitualmente por 'sabedoria' (Baltes & Staudinger, 2000).

No que respeita à componente social do envelhecimento, esta remete tanto para a modificação de papéis – e respetiva adaptação – associada a acontecimentos típicos do processo de envelhecimento (reforma, viuvez, nascimento de netos), como para a forma como os idosos são vistos pela sociedade em que vivem. Muitos dos seus comportamentos são influenciados pelas representações sociais vigentes acerca do envelhecimento e da velhice (Marques, 2011) e pelas expectativas dos próprios idosos em relação ao avanço da idade (Heckhausen & Krueger, 1993; Kim, 2009).

A complementaridade e a interação recíproca entre estas três dimensões do processo de envelhecimento são indiscutíveis. Por exemplo, as repercussões do envelhecimento biológico na redução da força e resistência físicas, bem como na eventual perceção de uma imagem corporal menos atraente, têm geralmente efeitos psicológicos negativos sobre a autoestima e a autoeficácia. Por outro lado, se o ambiente social tratar a pessoa que envelhece acentuando as suas perdas e desvalorizando as capacidades que ainda persistem, ao invés de estimular a manutenção da autonomia e da funcionalidade estará a contribuir para que uma progressiva dependência possa instalar-se mais precocemente. É bom recordar que as pessoas idosas não só não correspondem a um grupo homogéneo, como a diversidade individual tende a aumentar com a idade. O facto de as trajetórias desenvolvimentais serem tão distintas tem, em parte, a ver com o modo como os indivíduos se adaptam às mudanças e às circunstâncias com que se deparam ao longo da sua vida. Tal depende do potencial de plasticidade de que dispõem, aqui entendido como potencial adaptativo. Apesar deste potencial ter tendência a diminuir à medida que a idade avança, é nesta capacidade de intervenção no desenvolvimento que se baseiam os modelos assentes na ideia segundo a qual os indivíduos moldam a sua trajetória através da definição de objetivos percebidos como importantes para si e das subsequentes tentativas para os alcançar (Brandstädter & Rothermund, 2002; Fonseca, 2005).

Nas últimas duas a três décadas temos assistido ao que o sociólogo inglês Chris Phillipson apelidou de «modernização» do envelhecimento e de tudo o que envolve a segunda metade da vida (Phillipson, 2003). Gradualmente, a perceção que ao envelhecimento corresponde uma fase do ciclo de vida dominada pelo declínio e pela dependência progressivas deixou de fazer sentido, dada a enorme variabilidade interindividual quanto aos modos de envelhecer. Envelhece-se hoje de forma muito diferente do que se envelhecia há 40 ou 50 anos atrás. Não há duas formas iguais de se envelhecer e essa diversidade está relacionada com as trajetórias, também elas diversas, a que cada um esteve sujeito ao longo da sua vida. Para além da idade, o envelhecimento tem a ver igualmente com outras variáveis: condição física, capacidade intelectual, saúde, situação face ao trabalho, vida social, etc. Claro que tudo isto decorre do sentido que a

pessoa atribui ao que lhe está a suceder e ao sentido de continuidade entre as diferentes etapas da vida. A ideia de que as pessoas mais velhas são passivas e dependentes tem vindo a ser substituída pelo reconhecimento da sua capacidade para lidar com a realidade do quotidiano, para tomar decisões com implicação direta na sua vida e para desempenhar um papel ativo nas comunidades em que vivem.

É precisamente nesta possibilidade de «capacidade» e de «controlo» dos indivíduos sobre a sua própria vida que a emergência da expressão *ageing in place* – aqui traduzida por *envelhecimento em casa e na comunidade* – deverá ser compreendida. *Ageing in place* tem a sua origem em paradigmas mais abrangentes, como envelhecimento bem sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Khan, 1997), envelhecimento ativo (WHO, 2002), ou envelhecimento saudável (European Commission, 1999). Todos realçam uma visão otimista do processo de envelhecimento e procuraram, em diferentes momentos, reverter estereótipos negativos associados às pessoas mais velhas, argumentando que essa imagem é parcial e não reflete a totalidade da experiência de envelhecer e de ser idoso.

A este conjunto de expressões análogas, Fernández-Ballesteros (2011) chamou *Red Nomológica del Envejecimiento Positivo*, ou seja, uma «rede» de conceitos que associam o envelhecimento a adjetivos positivos, procurando compensar desta forma o viés negativo habitualmente associado à palavra 'envelhecimento'. Em conjunto, estamos perante um conjunto de propostas que contribuem para o desenvolvimento de uma nova imagem sobre o processo de envelhecimento e sobre a capacidade inerente das pessoas mais velhas. Mesmo não sendo exatamente sinónimos, todos estes conceitos traduzem o mesmo objetivo: encarar o processo de envelhecimento da forma mais positiva que for possível, enfatizando o processo de envelhecimento como um processo multidimensional dependente de condições pessoais e ambientais.

Entre os inúmeros exemplos práticos de documentos inspirados neste paradigma de envelhecimento positivo e que, de algum modo, influenciaram o desenho de políticas integrativas dirigidas à população mais idosa, poderemos aqui destacar dois.

Na Irlanda, o *National Positive Ageing Strategy*³ assumiu quatro objetivos: eliminar as barreiras à participação dos mais velhos na vida social e proporcionar mais oportunidades para a sua participação social; ajudar as pessoas a manter, melhorar e gerir a sua saúde e o seu bem-estar; proporcionar aos cidadãos, à medida que envelhecem, a proteção suficiente para residirem nas suas casas e comunidades, com dignidade, pelo máximo tempo possível; fomentar e recorrer aos dados da investigação para sustentar o desenho e a implementação de políticas de envelhecimento.

³ The National Positive Ageing Strategy Ireland. Dublin: Department of Health, 2013.

Em Portugal, através da *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*⁴, as autoridades portuguesas comprometeram-se com um plano de ação dirigido à população idosa portuguesa organizado em torno de três eixos prioritários: saúde (promoção de estilos de vida saudáveis, vigilância da saúde e gestão dos processos de co-morbilidade); participação e cidadania (educação e formação ao longo do ciclo de vida e criação de ambientes potenciadores de integração e participação social); segurança (criação de ambientes físicos capazes de garantir a segurança, sinalização e suporte em situação de vulnerabilidade).

Numa análise crítica a estratégias e planos de ação como os acima mencionados, Klimczuk (2017) considera que estamos perante medidas típicas de uma «política de envelhecimento criativo», hoje disseminadas um pouco por todo o mundo e que visam, simultaneamente, combater o idadismo e proporcionar uma visão positiva do ato de envelhecer e das pessoas idosas. Klimczuk considera, porém, que estas estratégias de promoção de um envelhecimento positivo podem não ser assim tão positivas como parecem quando promovem uma visão individualista do idoso, procurando acima de tudo que cada um alcance o seu bem-estar e desvalorizando a necessidade de introduzir modificações nos contextos sociais. Para ele, a história passada dos indivíduos pode estar marcada por desigualdades de tal ordem que estas estratégias, por muito benevolentes que sejam, não conseguem compensar a pobreza ou a falta de acesso a informação, por exemplo, que alguns experimentam na velhice. Para além disso, tais políticas são preferencialmente dirigidas a pessoas idosas mais novas (3.ª idade) do que a pessoas idosas mais velhas (4.ª idade), as quais apresentam já, muitas vezes, incapacidades⁵ severas. De acordo com o autor, algumas destas incapacidades podem ser ultrapassadas se o envelhecimento positivo deixar de ser encarado apenas como algo limitado à esfera pessoal e for entendido numa perspetiva comunitária. As políticas de envelhecimento deveriam incluir mais intervenções relacionadas com a melhoria de condições infraestruturais, promovendo a inclusão social e cuidando adequadamente dos mais dependentes.

No artigo *Definitions and predictors of successful ageing*, Deep e Jeste (2006) analisam aprofundadamente a expansão do paradigma *envelhecimento positivo* («positive ageing») por várias áreas científicas, onde devem ser inscritas as principais preocupações constantes do conceito de *ageing in place*. O mesmo sucede relativamente ao *envelhecimento ativo* («active ageing»), nomeadamente, no que se refere à valorização de

⁴ Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS>

⁵ Novamente, o termo «incapacidade» é usado como tradução de «disability» (<https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>).

um envelhecimento independente e participativo através de uma «postura ativa» no decurso desse processo. Apesar do significado da palavra ‘ativo’ permanecer um motivo de debate, sujeito a múltiplas interpretações, a mais comum é a que se aproxima da definição proposta pela Organização Mundial de Saúde em 2002, no seu documento *Active Ageing. A policy framework*. Aí pode ler-se, concretamente, que «Active ageing is the process of optimising opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age» (WHO, 2002), ou seja, envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, tendo em vista a promoção da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Deste ponto de vista, o ‘ativo’ não se refere apenas à produtividade económica ou à utilidade social, remetendo para uma contínua participação do indivíduo nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas da comunidade a que pertence. Tal participação é encarada como uma estratégia para se alcançar bem-estar para si próprio e para fomentar o desenvolvimento da vida comunitária (Walker, 2009).

Como preconizado na definição da Organização Mundial de Saúde de 2002, os três pilares básicos em que o envelhecimento ativo assenta são a saúde, a participação e a segurança. Quanto ao primeiro pilar, a saúde, o conceito de envelhecimento ativo supõe o desenvolvimento de medidas que fomentem a autonomia e a independência dos mais velhos, melhorando o mais possível as suas condições de vida e assumindo que tal resultará numa redução de custos para os sistemas públicos de saúde. O segundo pilar diz respeito à participação, encorajando os mais velhos a envolverem-se em esferas de atividade social relacionadas com o trabalho, a política, o lazer, a cultura, etc. O terceiro pilar, o da segurança, defende a necessidade de proteção e de satisfação dos cuidados necessários na fase mais avançada da vida. Mais tarde, a estes três pilares foi acrescentado um quarto – a aprendizagem ao longo da vida –, encarada como estratégia de capacitação pessoal que favorece o bem-estar e a qualidade de vida através do aumento do poder de decisão. Finalmente, existem vários determinantes dos quais o envelhecimento ativo depende: económicos, sociais, comportamentais e pessoais, relacionados com o ambiente físico e com os serviços sociais e de saúde disponíveis, sendo que todos estes determinantes são influenciados, a nível macro, pela cultura e pelo género (WHO, 2002).

Quando, no início deste século, a Organização Mundial de Saúde introduziu a promoção de um envelhecimento ativo como um dos maiores desafios do nosso tempo, não seriam ainda muitos os que reconheciam nessa necessidade a importância que hoje universalmente se lhe atribui. Uma década depois, quando o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia determinaram que 2012 fosse celebrado como Ano Europeu do

Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações⁶, a expressão 'envelhecimento ativo' entrou definitivamente na linguagem comum, traduzindo genericamente um conjunto de medidas que visam ajudar as pessoas mais velhas a manter uma vida saudável. Hoje, é inquestionável a popularidade do conceito, muito devido à forma como governos e organismos se apropriaram dele e o têm apresentado como uma solução para todos os problemas associados ao envelhecimento populacional. Com efeito, a disseminação da ideia de 'envelhecimento ativo' mudou a perspetiva sobre as pessoas mais velhas, apesar das críticas. Por exemplo, como Bowling (2008) refere, há falta de delimitação relativamente ao que significa 'envelhecimento ativo' por comparação com 'envelhecimento bem-sucedido'. Walker e Maltby (2012) consideram que a «atividade» inscrita no conceito de 'envelhecimento ativo' acabou por ser frequentemente restringida ao plano económico, funcionando como argumento para justificar o prolongamento da atividade profissional e o conseqüente adiamento da idade de reforma. Hostein e Minkler (2007) chamaram a atenção para uma certa idealização do envelhecimento ativo, a qual pode ser contraproducente e até opressiva quando induz uma visão otimista do processo de envelhecimento ignorando as condições reais em que vivem muitas pessoas mais velhas, as quais, como é evidente, nem sempre são as mais favoráveis. Por exemplo, quando o envelhecimento ativo sublinha a importância do trabalho, da aprendizagem ou do voluntariado em idades avançadas, quem não o faz (porque não tem capacidade para tal ou por opção própria) poderá sentir-se excluído.

Em Portugal, São José e Teixeira (2014) oferecem-nos um interessante contributo para uma discussão crítica do conceito de 'envelhecimento ativo' comparando o modo como diferentes instâncias internacionais o abordam, tendo concluído que a conceção da Organização Mundial de Saúde é a mais «solidária, multidimensional, humanista e sensível aos contextos de vida». Alertando para o risco de circunscrever o envelhecimento ativo à realização de atividades produtivas, o que faria com que uma proporção elevada de indivíduos estivesse automaticamente fora da categoria de «ativos», os autores desta análise consideram que as políticas de envelhecimento ativo talvez beneficiassem de uma menor ênfase na ideia de «atividade» e de uma maior ênfase na ideia de «envelhecer bem», respeitando cada trajetória de envelhecimento humano de acordo com o passado de cada um e com a necessidade de realização de ajustamentos face a incapacidades emergentes.

Em 2014, reconhecendo que as populações em todo o mundo estavam a envelhecer rapidamente e que esse envelhecimento iria comportar novos desafios sociais, a

⁶ European Parliament and Council of the European Union (2011), decision No 940/2011/eu on the European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations (2012), Official Journal of the European Union.

Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde recomendou o desenvolvimento de uma *Estratégia Global* e de um *Plano de Ação* sobre 'Envelhecimento e Saúde', o que veio a concretizar-se em Janeiro de 2016, na 69.ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, através da apresentação do documento *Multisectorial action for a life course approach to healthy ageing: global strategy and plan of action on ageing and health*⁷, adotado definitivamente em Maio de 2016.

O *envelhecimento saudável* («healthy ageing») torna-se o foco da Organização Mundial de Saúde no âmbito da sua estratégia global sobre envelhecimento até 2030, sendo inclusivamente afirmado que «*Healthy Ageing replaces the World Health Organization's previous Active ageing: a policy framework developed in 2002*». Para a Organização Mundial de Saúde, envelhecimento saudável é definido como «the process of developing and maintaining the functional ability that enables wellbeing in older age», ou seja, envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar das pessoas idosas.

A expressão 'ativo' é agora substituída pela expressão *capacidade funcional*, traduzida em recursos que permitam a cada pessoa desempenhar não apenas aquilo de que necessita para ser autónoma e independente, mas igualmente aquilo que mais valoriza: satisfazer as necessidades básicas, tomar decisões, ter mobilidade, fazer e manter relacionamentos, aprender, contribuir para a sociedade. A capacidade funcional é composta pela capacidade intrínseca do indivíduo, pelas características ambientais, e pela interação entre ambas. A capacidade intrínseca compreende todas as competências físicas e mentais a que a pessoa pode recorrer (andar, pensar, ver, ouvir, recordar, etc.), sendo influenciada por vários fatores – desde as alterações normais relacionadas com o avanço da idade ao impacto exercido pela presença de doenças. As características ambientais incluem a residência ou a instituição em que se vive, a comunidade a que se pertence e a sociedade em geral; incluem ainda outros fatores, como o ambiente físico construído, as pessoas e as relações sociais que com elas se estabelecem, atitudes e valores, políticas sociais e de saúde, e finalmente os sistemas e os serviços dirigidos às pessoas idosas.

O envelhecimento saudável requer a criação de ambientes e oportunidades que permitam às pessoas exercer a sua capacidade funcional. Para a Organização Mundial de Saúde, viver em ambientes que preservem e promovam a capacidade funcional é a chave para o envelhecimento saudável. A promoção de um envelhecimento saudável e a construção de sistemas sociais e de saúde para atender às necessidades das pessoas

⁷ Disponível em <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>

idosas são investimentos sólidos para um futuro onde as pessoas mais velhas deverão ter a liberdade de ser e de fazer aquilo que pretendem e que valorizam.

No *World Report on Ageing and Health* de 2015 (WHO, 2015b)⁸, *ageing in place* enquadra-se numa estratégia global que visa combater o declínio da capacidade funcional, declínio este que suscita a necessidade de as pessoas idosas fazerem algumas modificações nas suas condições de vida para as ajustarem às suas reais capacidades. Assim, decidindo onde pretendem viver à medida que envelhecem, as pessoas farão opções baseadas nas vantagens que um meio já conhecido lhes garante, associando a autonomia à segurança e familiaridade que um local conhecido garante. A existência de um ambiente amigável à sua volta favorece a mobilidade e permite às pessoas envolverem-se mais facilmente em atividades básicas, como ir às compras. *Ageing in place* é também visto como a opção mais vantajosa em termos de prestação de cuidados de saúde, podendo ser facilitada pela introdução de tecnologias que permitam monitorizar a segurança das pessoas e que promovam a comunicação e o envolvimento social.

Todavia, o mesmo documento alerta que, tal como sucede com outras políticas de envelhecimento, colocar a ênfase numa solução rígida («one-size-fits-all») pode apresentar problemas. Por exemplo, o *ageing in place* pode não ser a melhor solução para pessoas idosas que estejam isoladas ou para aquelas pessoas que vivam em ambientes inseguros e degradados. Por outro lado, corre-se o risco de encarar o *ageing in place* como uma solução adotada para reduzir custos assistenciais, quando, em idades mais avançadas (onde o surgimento de incapacidade funcional é frequente), o sucesso da adoção de uma política de envelhecimento em casa requer a existência de uma família ou de cuidadores de retaguarda que permitam à pessoa idosa ser acompanhada devidamente para assegurar o seu bem-estar, ou até mesmo a sua sobrevivência. Finalmente, mesmo reconhecendo que, na generalidade das situações, envelhecer em casa é a melhor solução, formas inovadoras de vida assistida podem proporcionar alternativas capazes de ultrapassar a dicotomia 'envelhecer em casa versus envelhecer numa instituição'. Voltaremos às limitações do *ageing in place* mais tarde, quando avaliarmos este conceito sob o ponto da investigação.

⁸ Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

A carga negativa associada ao envelhecimento demográfico e ao aumento da longevidade decorre do aumento dos casos de perda de funcionalidade e autonomia associadas à idade. A última fase do ciclo de vida está frequentemente relacionada com sobrecarga familiar. O recurso mais comum é o internamento numa instituição residencial para pessoas idosas, solução esta encarada como a mais apropriada para situações deste tipo. As instituições alternativas estão excessivamente padronizadas, como o serviço de apoio domiciliário, os centros de dia ou centros de convívio.

Será que vivemos numa época em que é difícil inovar e criar soluções alternativas?

Em Portugal, as modalidades público-privadas, que se materializam pelos acordos de cooperação entre o estado e a sociedade civil (IPSS) fizeram o seu caminho multiplicando-se e criando um lastro essencial para responder às dificuldades de um número crescente de pessoas que envelhecem. Adaptadas ao baixo nível das pensões de reforma, estas organizações têm-se vindo a replicar em grande número.

Mas será que é apenas este o caminho? Os apoios públicos só podem ser atribuídos às instituições que se organizam no formato exigido para receber o financiamento? Inovar, criar novas soluções não permite ter acesso aos apoios públicos?

Quanto ao envelhecimento e às políticas públicas estamos longe do modelo de «assistência aos idosos». Não são só as pessoas economicamente mais carenciadas que necessitam de apoio. O envelhecimento é transversal a toda a sociedade independentemente das condições económicas e sociais. A mudança de paradigma que requer o envelhecimento consiste, antes de mais, na **promoção da autonomia ao longo do processo de envelhecimento e não apenas o suporte às «pessoas idosas»**.

É neste paradigma que assenta o Envelhecimento Ativo (*Active Aging*) enquanto paradigma de intervenção política para as sociedades envelhecidas e que atravessa todos os níveis da sociais. Naquilo em que este paradigma se mostra inovador é na sua **dimensão política e social** que se vai projetar num modelo de sociedade para todas as idades que integra todos os sectores da vida em comunidade.

Na mesma perspetiva surgiu, mais recentemente, o paradigma do que designamos por «Aging in place» (ainda sem uma tradução portuguesa assumida que exprima a dimensão de intervenção). Reconhecemos novamente um conceito de intervenção holístico, em que a sociedade procura adaptar-se ao envelhecimento, apontando para soluções flexíveis e apropriadas à variabilidade das necessidades, quer do ponto de vista da funcionalidade quer dos contextos sociais.

É aqui que retomo a questão inicial: que futuro para as políticas sociais de suporte ao envelhecimento? O conceito de «apoio aos idosos», que formou os acordos de cooperação entre o estado e a sociedade civil, em finais dos anos 70, estará ainda adequado aos novos desafios?

No site da Segurança Social, o item *Apoios Sociais e Programas*, no que se refere aos «idosos», apresenta a seguinte definição: «É um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas, que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde». Mas coloco a seguinte questão: trata-se de «apoio social para pessoas idosas» e socialmente carenciadas? Não são abrangidos os que não necessitam de apoio social, mas têm também necessidades que decorrem da fragilidade associada ao envelhecimento e que requerem respostas adequadas independentemente da sua condição social. Respostas públicas? Sim, também, porque todos são cidadãos, pagam os seus impostos e não devem ficar expostos à especulação de um mercado de oferta de serviços de algumas organizações privadas, tendencialmente especulativas e sem regulação. A flexibilidade das respostas públicas é essencial para amenizar as dificuldades de um número crescente de pessoas em processo de envelhecimento. Os formatos existentes poderão continuar a existir para responder a alguns dos problemas, mas estão longe de responder às necessidades emergentes. Estão gastos, são desadequados e requerem avaliação enquanto organizações que recebem financiamento público.

A pandemia com que temos sido confrontados ao longo do último ano pôs a descoberto algumas das fragilidades dos modelos adotados. A grande idade exige soluções geriátricas, semi-hospitalares, mas onde não se pode perder a dimensão humana da vida enquanto ela ainda é possível.

Perspetivar o envelhecimento enquanto processo dinâmico traduz-se em diversidade de situações, de necessidades que requerem respostas não estereotipadas, com flexibilidade e adequação à variabilidade inerente ao processo de envelhecimento.

Liberalizar os apoios poderia ser um dos caminhos. O estado comparticipa através do apoio financeiro às instituições. É suficiente? Deixa os cidadãos entregues ao arbítrio das organizações? Consideramos que em parte condiciona a liberdade de escolha. Havendo recursos económicos temos condições para escolher, no mercado privado de residências geriátricas ou apoios domiciliários. É essencial dinamizar o mercado através de pequenas empresas, associações e outras organizações com pluralidade e diversidade na oferta de serviços para responder às necessidades do envelhecimento.

Por fim, o desenvolvimento de **um mercado de serviços deve ir ao encontro de necessidades que ocorrem com maior probabilidade lá para o fim da vida, mas não dirigidas a uma categoria etária, isto é, para pessoas acima de uma determinada idade.**

O paradigma do *Ageing in Place* exprime-se na adequação das soluções aos problemas, dos serviços de suporte às necessidades, da comunidade às pessoas.

ANA ALEXANDRE FERNANDES
Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA)

Alinhadas com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas⁹, a Organização Mundial de Saúde propôs *Dez Prioridades para uma Década de Ação (2020-2030) em prol de um Envelhecimento Saudável*¹⁰, através das quais sugere propostas de ação concretas e necessárias para se alcançarem os objetivos da *Estratégia Global* e do *Plano de Ação sobre 'Envelhecimento e Saúde'*. Assim, para que o envelhecimento saudável se torne uma realidade global, será necessário:

1. Criar plataformas de inovação e mudança, ligando pessoas e ideias originárias de todo o mundo.
2. Desenvolver políticas nacionais que permitam às pessoas viverem uma vida longa e saudável.
3. Reunir, recolher e tratar dados – precisos, atualizados e significativos – sobre o envelhecimento, designadamente, sobre envelhecimento ativo e saudável.
4. Promover a realização de estudos cientificamente sustentados que respondam às necessidades das pessoas idosas.
5. Desenvolver sistemas de saúde que respondam efetivamente às necessidades das pessoas idosas.
6. Estabelecer as bases para um sistema de cuidados continuados de longa duração (*long term care*), onde os idosos (e os prestadores de cuidados) possam receber o cuidado e o apoio de que precisam para viver com dignidade e usufruir direitos humanos básicos.
7. Garantir os recursos humanos necessários para o atendimento integrado em serviços de saúde e de cuidados de longa duração.
8. Empreender uma campanha global para combater o idadismo.
9. Obter uma melhor compreensão dos custos e oportunidades do envelhecimento saudável (ponto de partida para respostas sustentáveis, equitativas e eficazes).
10. Desenvolver uma rede global de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas, que lhes permitam envelhecer nas suas casas e comunidades até ao fim das suas vidas se assim o desejarem.

É alicerçada nesta última prioridade que encontramos razões para, em seguida, analisarmos a pertinência do *ageing in place* enquanto estratégia global orientada para se privilegiar, efetivamente, um envelhecimento em casa e na comunidade.

⁹ Disponível em <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents>

¹⁰ Disponível em <https://www.who.int/ageing/10-priorities/en/>

3

QUAL É O MELHOR LUGAR PARA SE ENVELHECER?

3.1. A EMERGÊNCIA DO CONCEITO DE *AGEING IN PLACE*

O Henrique tem 75 anos de idade e vive na mesma casa desde que para lá se mudou há quase 50 anos por ocasião do seu casamento com a Marília. O Henrique cresceu não muito longe dali e foi assistindo, ano após ano, às mudanças que aconteceram nas redondezas: pessoas que nasceram e que morreram, migrantes que chegaram e que partiram, lojas que abriram e que fecharam, prédios que se ergueram e ruas que se transformaram. Henrique e Marília criaram três filhos na sua casa de três quartos, pequena, mas sempre bem cuidada; uma filha vive na povoação vizinha, mas os outros dois filhos estão longe. Há alguns meses que Henrique vive só; a mulher sofreu um AVC e os danos foram severos, pelo que, após a inevitável hospitalização, acabou internada numa Unidade de Cuidados Continuados, onde ainda permanece. Henrique já foi informado que em breve a mulher terá alta da Unidade, de onde sairá com uma série de limitações funcionais que vão reduzir a sua autonomia. Precisar-se-á de ajuda para a realização de algumas tarefas e dificilmente Henrique será capaz, sozinho, de responder adequadamente a todas as necessidades que o futuro próximo vai trazer consigo: as de Marília e as suas próprias, pois também ele já não tem o vigor de antigamente e nunca teve muita habilidade para a vida de casa, sobretudo com a culinária. Os filhos já lhes falaram em várias possibilidades; mudarem-se para um lar seria o mais conveniente, sobretudo para a mãe, mas o casal resistiu à ideia, pelo que deixarem aquela casa e arrendarem uma perto do local onde a filha vive seria outra solução possível. Ainda assim Henrique e Marília estão relutantes, em especial Henrique. Só em pensar em deixar a casa e o local onde vive há décadas traz-lhe uma sensação de perda e de insegurança que não consegue explicar completamente. E sim, também é verdade que tem medo em não conseguir habituar-se a uma nova casa e a uma nova vizinhança. Talvez fosse mais fácil para o casal mudar-se para junto da filha, sobretudo agora na

condição em que Marília se encontra, mas é aqui que Henrique se sente em casa e é grande o receio de trocar o que já se conhece e domina por algo incerto e imprevisível – «e se eu não gostar de viver lá»?

O dilema de Henrique toca o aspeto central do conceito de *ageing in place*: as pessoas não vivem e envelhecem em locais neutros, mas vivem e envelhecem em locais significativos do ponto de vista emocional, onde se criaram e se alimentaram relações – com outras pessoas, mas também com os espaços físicos que as rodeiam. Ao lermos o texto de Constança Paúl intitulado *Envelhecimento e ambiente*, podemos compreender o problema de Henrique recorrendo a uma perspetiva – psicologia ambiental – onde o comportamento individual e a sua condição psicológica são interpretados por referência ao local onde a pessoa vive. «Face a mudanças aceleradas, intrínsecas ao próprio envelhecimento, e a mudanças profundas no meio ambiente físico e humano, o envelhecer torna-se, com frequência, um processo doloroso e solitário. Às mudanças desenvolvimentais normativas juntam-se, por vezes, mudanças residenciais impostas pelas alterações das condições pessoais de vida autónoma, com resultados mais ou menos positivos para o bem-estar dos idosos» (Paúl, 2005, p. 247). Por outras palavras, o problema do Henrique e a decisão que ele e a sua mulher necessitam de tomar serão tanto melhor entendidos quanto mais formos capazes de cruzar a avaliação do que será melhor para ambos com as características do ambiente (físico e humano) no âmbito do qual essa decisão terá lugar.

Do ponto de vista do desenvolvimento pessoal, à medida que se envelhece um dos principais desafios com que é necessário lidar diz respeito à manutenção da *identidade do eu*, sucessivamente questionada por alterações do ponto de vista biológico – que interferem na capacidade funcional – e por transações com um meio ambiente dinâmico, onde as alterações nos lugares habitados se sucedem e originam a necessidade de adoção de novos comportamentos (Fonseca, 2005). A compreensão da diversidade dos modos de adaptação ao processo de envelhecimento e, por conseguinte, da preservação de um sentido para a vida, apesar das perdas associada a esta etapa do ciclo de vida, é fundamental para a elaboração de políticas optimizadoras da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas idosas. Uma área-chave nesta matéria prende-se justamente com a problemática residencial, sobretudo quando se privilegiam modalidades de envelhecimento em casa e na comunidade por oposição a soluções institucionais, mesmo quando a diminuição dos níveis de autonomia vai exigir a implementação de cuidados diferenciados.

Quando se pergunta «qual é o lugar ideal para envelhecer?», as pessoas mais velhas tendem a responder: «aquele que eu já conheço!». E respondem acertadamente: envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida, e onde estão as principais referências dessa vida, constitui uma vantagem tanto para a manutenção da independência

e autonomia, como para o desempenho de papéis sociais nos locais onde se vive. O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere. À medida que envelhecemos, a possibilidade de viver em casa pelo máximo de tempo que for possível e de estender essa vida à comunidade envolvente, implica a consideração de diversos fatores suscetíveis de maximizar a funcionalidade: a habitação e o espaço envolvente, a existência de serviços e recursos indispensáveis à vida quotidiana, a concretização de oportunidades de cariz social, cívica e económico, a participação em funções úteis e socialmente reconhecidas, a adesão a programas e serviços que estimulem um envelhecimento participativo na vida das comunidades.

Por tudo isto, o conceito de *ageing in place* representa um desafio acrescido atendendo à diversidade das necessidades individuais, pois deparamo-nos com necessidades específicas para cada pessoa idosa consoante os seus recursos, as suas necessidades e as suas preferências, que variam ao longo do processo de envelhecimento.

Num plano individual, falamos de *ageing in place* quando nos referimos à permanência da pessoa idosa na sua casa e na sua comunidade pelo máximo de tempo possível. Mas *ageing in place* é também um conceito utilizado no âmbito das políticas de envelhecimento, focado tradicionalmente nas questões da habitação e da criação de ambientes «amigáveis» para as pessoas idosas. O modo como a vida quotidiana é organizada e gerida (aquilo que os anglo-saxónicos designam por «living arrangements») é um elemento-chave para o envelhecimento ativo e saudável, influenciando a atividade social, a saúde e os rendimentos de cada um. Destacar a importância da habitação para as pessoas idosas vai muito para além da respetiva dimensão física. Para além de ser um abrigo para fazer face aos elementos da natureza e a base para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, a «casa» encerra uma vida inteira de memórias, confere uma sensação de segurança inigualável e permite aos indivíduos sentirem que controlam a sua vida, algo que nunca será possível experimentar numa instituição. Finalmente, o local onde a casa se situa é igualmente relevante, nomeadamente, em termos da proximidade e acessibilidade a transportes, lojas, serviços sociais e de saúde, espaços culturais e recreativos, locais de culto, etc.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015a), *ageing in place* significa apoiar as pessoas mais velhas a concretizarem o seu desejo e a sua capacidade para permanecerem na sua própria casa e no local onde ela se situa à medida que envelhecem.

Apesar de a solução «envelhecer em casa» ter sido desde sempre a solução mais comum para a generalidade da população idosa, a expressão *ageing in place* começa a surgir e a ganhar relevância associada ao conceito de *envelhecimento saudável*, podendo incluir a prestação de serviços ao domicílio quando tal for necessário para se poder viver de forma autónoma e relativamente independente. Embora os primeiros

programas públicos de apoio ao domicílio para pessoas idosas tenham surgido logo na década de 1930 nos EUA (Klimczuk, 2017), o uso do termo *ageing in place* remonta apenas aos anos 1980, tendo ganho progressiva popularidade a partir dos anos 1990, em especial na Europa, nos EUA e na Oceânia (Austrália e Nova Zelândia) (Pani-Harreman *et al.*, 2020).

Por esta altura, a evolução demográfica dos países ocidentais já caminhava no sentido de um acentuado envelhecimento populacional e começavam a surgir as primeiras orientações políticas para responder às exigências de uma população cada vez mais envelhecida. Desde então, o conceito de *ageing in place* tem servido de abrigo à adoção de políticas relativas à habitação, à prestação de cuidados domiciliários e à disseminação de serviços de natureza social dirigidos às pessoas idosas que envelhecem nos seus domicílios (Fernandez-Carro, 2013). O objetivo comum destas políticas é auxiliar as pessoas mais velhas a permanecer nas suas residências pelo maior tempo possível, enfatizando os benefícios desta solução para a sua qualidade de vida ao impedir a disrupção causada pela institucionalização, tanto na vida social como ao nível da identidade pessoal. Devido ao seu efeito positivo no bem-estar numa fase avançada do ciclo de vida, o recurso ao conceito de *ageing in place* como um instrumento político assume que este é o modo de vida mais desejável no decurso do envelhecimento. Mas não é apenas o mais desejável; é também o mais necessário, sendo visto como a medida a privilegiar tendo em conta os custos associados à institucionalização.

Em 1994, a OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 1994) declarou a importância das políticas de *ageing in place* ao definir uma agenda de estímulo de medidas visando a expansão de tais políticas. Estas medidas deveriam facilitar a permanência das pessoas nas suas casas, mesmo se adquirissem alguma incapacidade ou experimentassem um declínio na sua funcionalidade. Ao longo dos anos 2000 a OCDE continuou a encorajar esta linha de ação, incorporando nas suas preocupações a importância dos avanços tecnológicos que podem ser utilizados para responder às necessidades dos respetivos residentes, por exemplo, ao nível da habitação: «Such applications include smart sheltered housing, intelligent/remote health support systems, mobile robotic assistants, and extending the hospital into the home via telemedicine and home health monitoring systems» (OECD, 2008, p. 23).

A Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pelas Nações Unidas em Madrid, em 2002 (coincidente com o lançamento do paradigma de Envelhecimento Ativo), assinalou a importância da promoção do *ageing in place*, sublinhando um conjunto de preocupações relacionadas com este objetivo: criação de comunidades onde as necessidades dos mais idosos sejam atendidas de modo particular, incentivo ao investimento em infraestruturas locais de natureza multigeracional,

estabelecimento de parcerias multissetoriais entre diversos agentes comunitários, criação de serviços de apoio social para pessoas idosas, intervenção direta nas residências da população mais idosa, libertando-as de obstáculos à mobilidade. Neste sentido, foi apontado como objetivo prioritário a adoção de um modelo de *ageing in place* que prestasse especial atenção às preferências individuais no respeitante às opções residenciais em idade avançada. As linhas de ação deste modelo deveriam incluir o desenho ou adaptação de habitações que tivessem em consideração as características culturais e as necessidades de cuidados da população mais idosa, o investimento em infraestruturas que garantissem o acesso a bens e serviços, e a construção ou adaptação de unidades residenciais capazes de acomodar as necessidades decorrentes da fase mais avançada da vida.

Finalmente, em 2015, no relatório do 2.º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (WHO, 2015a), são identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de *ageing in place*: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados, políticas de apoio social (no original, *the 5 P's – People, Place, Products, Person-centered services, Policy*).

- pessoas («people») a quem se apoia e se presta cuidados,
- prestação de serviços integrados de saúde e de cuidado pessoal («person-centered services») que promovem a capacidade funcional das pessoas mais velhas,
- lugares («places») e ambientes amigos das pessoas idosas,
- produtos e equipamentos («products») que representam novas soluções (tecnológicas, nomadamente) para responder a problemas decorrentes do envelhecimento (da falta de mobilidade à solidão),
- políticas inovadoras («policies») para a introdução de sistemas de suporte dirigidos às pessoas mais velhas.

Para terem sucesso, estas diferentes áreas necessitam de estar sustentadas em políticas de envelhecimento baseadas em evidências, em iniciativas multissetoriais coordenadas e com um horizonte de sustentabilidade, e em orçamentos alocados aos diversos atores sociopolíticos responsáveis pela sua implementação. Na perspetiva da Organização Mundial de Saúde, o *ageing in place* sublinha a importância de intervenções ao nível micro e meso, por exemplo, apoiando o papel dos cuidadores informais, grupos de voluntariado e de autoajuda, Organizações Não Governamentais e da sociedade civil, cooperativas habitacionais, empresas de gerotecnologias, e instituições de âmbito comunitário prestadoras de serviços para pessoas idosas e respetivas famílias.

Há dois temas específicos que considero estruturantes para pensar a ação no plano da construção de ambientes facilitadores do envelhecimento na comunidade. O primeiro tema diz respeito à necessária mudança nas representações sociais e nas percepções sobre o envelhecimento e o que este significa. A nossa ação, individual e coletiva, radica na forma como cada um de nós pensa, sente e age em relação à idade e ao envelhecimento – o nosso e o dos outros. Isto diz respeito a todos, individualmente, dentro das nossas famílias e redes amicais, mas também no seio das diferentes instituições. Aliás, quando pré-noções e preconceitos baseados na idade permeiam as instituições (por exemplo, o sistema jurídico, o sistema de saúde, o sistema de educação), acabam por criar e perpetuar modos de estar e de fazer que muitas vezes não é possível mudar só por via da ação individual. Ora, para que qualquer ação concreta direcionada à promoção do envelhecimento na comunidade induza, de facto, uma mudança que seja sustentável no tempo, será fundamental atuar ao nível das percepções sociais sobre o que significa envelhecer, com qualidade de vida, e na comunidade, desconstruindo o pressuposto idadista que enforma o tema. Nesse domínio, defendo atuar em três aspetos específicos, de natureza complementar: i) Rejeitar a visão do envelhecimento como fardo, recusar a narrativa do tsunami demográfico, afastar a associação de envelhecimento a fragilidade e dependência, antes focando os dividendos do envelhecimento (incluindo dividendos económicos); (ii) Abraçar o princípio da inclusão e da cidadania para pensar o envelhecimento. Isto significa pensar os ambientes da vida, privados e públicos, como ambientes ocupados por cidadãos e cidadãs, não por utentes, pacientes ou até por clientes; (iii) Tornar o tema um tema que diz respeito a todos. Isto significa abraçar o princípio do curso de vida na forma como pensamos os ambientes, que se pretende sejam ambientes inclusivos, que funcionam para todos, em todas as fases da vida, respondendo às suas especificidades.

O desafio é o da transição para uma abordagem de prevenção aos ambientes da vida em vez de uma abordagem de remediação focada na resolução dos problemas que surgem com o avançar da idade. A grande recomendação acaba por ser, no fundo, a do *mainstreaming* de alguns princípios basilares que permitam mudar os fundamentos da ação e,

nesse sentido, aumentar a sua probabilidade de sucesso e de sustentabilidade. Os caminhos concretos para operacionalizar esse plano de ação podem ser múltiplos. Desde logo, a formação dos decisores nos vários níveis é fundamental. Os municípios podem ter aqui um papel importante enquanto promotores da mudança, mobilizando as forças sociais locais, estabelecendo parcerias com as universidades. A nível mais nacional podem ser pensadas modalidades de integração destes princípios nos currícula escolares, nos diferentes níveis de ensino. Formação dos agentes que operam em alguns setores nevrálgicos para a vida as comunidades pode ser um caminho promissor: serviços públicos; transportes; banca; comércio; forças de segurança. Em última análise, trata-se de pensar a ação a partir da mudança das formas de pensar o envelhecimento como condição fundamental para a ação no plano material. O segundo tema que gostaria de abordar remete para a reflexão sobre as oportunidades que surgem para a ação a partir da sua integração num sistema de consequências e de recompensas. Se, no primeiro ponto, procurei enfatizar a importância de a ação se ancorar em fundamentos sólidos no plano imaterial das formas de pensar, no segundo ponto defenderei que os atores sociais, individuais e coletivos, respondem a incentivos e tendem a pensar a sua ação em função de uma avaliação de custo-benefício. Há que fazer isso funcionar positivamente como mecanismo de promoção da construção de ambientes de vida promotores de um envelhecimento na comunidade com qualidade. Duas vias complementares podem ser equacionadas a este respeito. Uma primeira via, focada na promoção dos dividendos que podem ser colhidos de ambientes inclusivos promotores da participação e inclusão dos mais velhos, é aquela que recorre ao reconhecimento e publicitação das chamadas boas práticas ou práticas promissoras. Ao nível local podem mesmo pensar-se em modelos de atribuição de um selo de qualidade que reconhece um espaço, um ambiente, um serviço, uma prática como promotora do envelhecimento na comunidade, como promotora da construção de ambientes inclusivos onde se pode envelhecer com segurança e com qualidade. Isto, pensado com alguma escala (por exemplo, ao nível da cidade e na lógica do movimento das

idades-amigas), pode ser um muito interessante mecanismo de promoção do respetivo município, por exemplo enquanto destino turístico, para a dinamização do setor imobiliário, para a promoção do comércio local. Uma segunda via, de tipo mais sancionatório, inspirada na que é uma prática comum em matérias de direitos e liberdades fundamentais, envolve o recurso ao *naming and shaming*. A ideia, aqui, é criar mecanismos que fomentem a mudança pela exposição pública das dificuldades, das barreiras, das exclusões que se geram nos ambientes, públicos e privados. Uma medida interessante, e que já tem sido ensaiada em alguns municípios portugueses, diz respeito à criação da figura do provedor da pessoa mais velha. Embora exista, a nível nacional, e sob a alçada da Provedoria da Justiça, uma linha de apoio dedicada ao atendimento do cidadão mais velho, este tipo de monitorização, denúncia e acompanhamento tende a ser mais eficaz quando feita num registo de proximidade. A instituição da figura do provedor do cidadão mais velho a nível municipal poderia, por isso, ser mais eficaz. A divulgação pública das situações de não conformidade com a promoção de ambientes inclusivos onde seja possível envelhecer com qualidade poderia funcionar como uma fonte de pressão, induzindo à mudança. Em suma, mais do que sinalizar ações concretas, que deverão sempre passar por uma apreciação contextualizada do que faz mais ou menos sentido, é importante salientar linhas de ação de enquadramento que podem ser perspetivas enquanto potenciadoras da mudança e do sucesso e sustentabilidade dessa mudança.

ALEXANDRA LOPES
Universidade do Porto

Apesar dos muitos benefícios que lhe estão subjacentes, o conceito de *ageing in place* apresenta igualmente limitações. Desde logo, a habitação poderá não estar adaptada às necessidades das pessoas mais velhas que lá vivem, ou porque é desconfortável ou porque está repleta de barreiras arquitetónicas que dificultam a mobilidade. Outra limitação prende-se com as diferenças sentidas entre ambiente urbano e rural, pois este último tende a ser caracterizado por um acesso limitado a serviços e infraestruturas, por exemplo, transportes e tecnologias. Finalmente, os serviços de apoio domiciliário (muitas vezes indispensáveis numa fase mais avançada da vida) são prestados frequentemente por profissionais pouco qualificados ou até indiferenciados, ao contrário do que sucede em unidades residenciais para idosos.

Klimczuk (2017) propõe um conjunto de soluções para obviar algumas destas limitações: (i) um sistema de *vouchers* com opções de escolha entre diversas combinações e configurações de habitação e outros serviços ajustados às necessidades individuais; estes serviços poderiam ser providenciados por parcerias de diversos âmbitos, combinando serviços públicos e não públicos; (ii) modelos de habitação inovadores, como por exemplo *co-housing*, comunidades intergeracionais e apartamentos autónomos de pequena escala; (iii) novas soluções de habitação assistida para os muito idosos; (iv) tecnologias inteligentes de apoio à vida quotidiana, incluindo automação e robótica (contextos de vida assistidos tecnologicamente); (v) criação de produtos, serviços, ambientes e lugares baseados em design universal e critérios de acessibilidade; (vi) casas inteligentes enquadradas num contexto mais alargado de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas.

3.2. AGEING IN PLACE – UM CONCEITO, VÁRIAS DEFINIÇÕES

Nos últimos anos, o uso generalizado da expressão «ageing in place» levou à sua rápida disseminação, apesar de não haver, à semelhança do que sucede com tantos outros conceitos, uma definição única que estabeleça as suas fronteiras ou um corpo teórico único que sistematize o seu uso. Parte desta confusão concetual decorre da própria natureza do que significa «envelhecer em casa», juntando aqui dois elementos distintos e suscetíveis de diferentes interpretações; por um lado, a noção de «envelhecimento» – há diferenças entre um envelhecimento *normal* e um envelhecimento *patológico*, por exemplo (Fonseca *et al.*, 2020) – e por outro lado a noção de «casa» – que poderá ir desde a residência pessoal ao local onde essa residência se insere.

Diversas contribuições foram surgindo, com origem na gerontologia, claro, mas também na sociologia, na psicologia ou mesmo na geografia e no urbanismo, o que não facilita a existência de um quadro concetual capaz de unificar os contributos de cada uma destas áreas científicas. De qualquer modo, no seu conjunto, estas disciplinas reconhecem que o conceito de *ageing in place* terá de ser compreendido na intersecção de diferentes contributos, criando deste modo um campo interdisciplinar. Na sua definição mais básica, *ageing in place* refere-se à permanência de uma pessoa mais velha na sua residência privada (e respetiva comunidade envolvente) durante a fase mais avançada da vida, em alternativa à institucionalização, assumindo a gestão do quotidiano com a autonomia possível. Esta característica comum é explicitamente mencionada na maior parte das definições a que tivemos acesso:

- AgeInPlace.com¹¹: aging in place is a term used to describe a person living in the residence of their choice, for as long as they are able, as they age. This includes being able to have any services (or other support) they might need over time as their needs change.
- United States Centers for Disease Control and Prevention¹²: [Aging in Place] is the ability to live in one's own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income, or ability level.
- (WHO 2015a): ageing in place is the ability of older people to live in their own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income or level of intrinsic capacity.

¹¹ <https://ageinplace.com/>

¹² <https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm>

- (Houben 2001): [Ageing in Place] can be defined as creating a situation whereby older people can remain in their own familiar surroundings for longer, so delaying or possibly obviating the need to move to specific institutional residential care facilities.
- (Davey *et al.*, 2004): [Ageing in Place refers to] remaining living in the community, with some level of independence, rather than in residential care.
- (Schofield *et al.*, 2004): ageing in place refers to a person's ability to remain dwelling in the community; residential care in the form of rest homes or hospital is specifically excluded.
- (Sixsmith & Sixsmith, 2008): the basic premise of Ageing in Place is that helping older people to remain living at home fundamentally and positively contributes to an increase in well-being, independence, social participation and healthy ageing.

O que é explicitamente preconizado em todas as definições de *ageing in place* é que envelhecer «em casa», só por si, é insuficiente, sendo indispensável assegurar a continuidade de uma vida independente, muito embora os indivíduos possam – e frequentemente fazem-no – contar com ajuda externa em aspetos do seu dia-a-dia para os quais seja necessária alguma assistência, normalmente associada ao declínio da saúde e da funcionalidade. O conceito de «independência» associado ao *ageing in place* não exclui, por isso, a existência de mecanismos complementares de suporte que permitam envelhecer em casa e na comunidade.

Para Fernández-Carro (2013), a expressão *ageing in place* pode adquirir uma dupla aplicação: designar uma política para as pessoas idosas e designar um processo socio-residencial. Por um lado, é verdade que o conceito de *ageing in place* remete para uma série de medidas institucionais destinadas a promover uma vida independente na população idosa enquadrada pelo paradigma de envelhecimento ativo. A popularização do termo é, aliás, resultado desta abordagem. Por outro lado, a aplicação científica do conceito levou ao desenvolvimento de variadas perspetivas – do plano social ao urbanístico – sobre como promover o melhor ambiente possível para a população idosa. Trata-se, assim, de um processo multidimensional, dependente de uma série de adaptações mútuas e contínuas entre dois principais agentes: os indivíduos idosos, por um lado, e o ambiente em que vivem, por outro lado, compreendendo as seguintes quatro dimensões: individual, doméstica, sociocomunitária e estrutural. As condições pessoais estabelecem necessidades de carácter individual que são determinadas biológica e socialmente pela fase da vida em que o indivíduo se encontra, isto é, a velhice. Estas necessidades são avaliadas de acordo com as expectativas e os objetivos do indivíduo, acrescentando uma componente que decorre da dimensão psicológica e que lhe

confere um caráter idiossincrático: uns valorizam mais ler, outros valorizam mais conviver com amigos, etc. Os recursos necessários para preencher as necessidades individuais provêm dos restantes três domínios: doméstico, sociocomunitário e estrutural. Uma vida independente é alcançada pelo estabelecimento de um balanço entre estes quatro elementos, que são dinâmicos e que mudam ao longo do tempo. Uma vida autónoma exige ajustamentos sucessivos à medida que as necessidades individuais e o contexto mudam. Face a um novo cenário (alteração nas condições de saúde, por exemplo), a pessoa esforça-se por recuperar um equilíbrio que permita a continuação das rotinas diárias que lhe facilitam continuar a envelhecer em casa.

Vamos olhar agora, de forma mais concreta, para algumas características particulares que decorrem das diferentes definições de *ageing in place*.

A primeira característica que define o *ageing in place* é que se trata de uma experiência referida ao domínio privado, como alternativa à institucionalização. A grande diferença entre viver em casa, num espaço privado, e viver numa instituição coletiva, é que no seu espaço privado a pessoa idosa possui mais opções de escolha acerca do modo como pretende administrar a sua vida, dispondo de autonomia para tomar decisões acerca da configuração do espaço físico, a organização das rotinas diárias ou a forma como interage com o que está à sua volta. Na sua própria casa não há regras externas que normatizem o curso do dia-a-dia; é a própria pessoa que estrutura as regras com base nos seus desejos, capacidades, recursos e experiências prévias. Isto não significa que a administração da atividade quotidiana no espaço privado esteja isenta de limitações, pois as condições de vida são permanentemente influenciadas por fatores externos que podem funcionar como fatores de constrangimento para a definição de possíveis opções de escolha. O que acontece é que, vivendo nas suas próprias casas, as pessoas podem ter em conta esses fatores e decidir por si mesmas a organização do seu quotidiano, preservando o controlo sobre as rotinas diárias e sobre as relações estabelecidas com aquilo que as rodeia. Na sua casa, cada pessoa tem a oportunidade de decidir que mudanças pretende fazer na organização do espaço ou que alterações pretende efetuar no horário previsto para as atividades diárias. Assim se preserva um sentido de privacidade e autodeterminação, poder de escolha e considerável grau de liberdade, o que não é possível de alcançar em contextos residenciais, onde se privilegiam a conformidade, a segurança e a previsibilidade.

Higgins (1989) dá-nos conta do que poderemos encontrar em casa: um espaço privado, onde vivemos sozinhos ou com familiares (mas não com estranhos), um espaço familiar que arranjam de um modo individual para comer e dormir, mas também para atividades de lazer que podem variar de acordo com o tempo (se está sol saímos de casa, se está a chover ficamos em casa) e com disposições individuais (dormir

até mais tarde, comer quando nos apetece e não a uma hora determinada, etc.). O espaço doméstico simboliza a última expressão do domínio privado e representa o cenário natural do processo de *ageing in place*. O espaço doméstico pode ser referido pela palavra «casa» (tradução pessoal para «home»), que nas palavras de Somerville (1997) representa um lugar «physically, socially and psychologically constructed in both real and ideal forms» (p. 227). Tal significa que o espaço doméstico comporta simultaneamente uma definição objetiva – referente a um elemento tangível (habitação ou moradia) – e uma interpretação subjetiva, construída a partir das perceções acerca das relações que os membros do agregado habitacional mantêm com o espaço (físico e social) que habitam.

O significado de «casa» e de «viver em casa» não é o mesmo no decurso do ciclo de vida. Há uma função universal que lhe atribuímos – providenciar segurança, refúgio e proteção (Rapoport, 1995) – mas cada período da vida envolve exigências habitacionais específicas e implica diferenças ao nível das necessidades habitacionais. A adequação de uma residência está diretamente associada a condições materiais apropriadas às necessidades de quem lá vive e a mudanças pessoais experimentadas pelos respetivos habitantes ao longo do ciclo de vida.

No caso particular da velhice, a relevância do contexto residencial é maior do que em outras alturas do ciclo de vida. As razões para isto são várias. Primeiro, as pessoas idosas tendem a passar mais tempo em casa do que o resto da população. Devido ao declínio das suas capacidades e à mudança nas suas rotinas diárias, sobretudo após a reforma, à medida que envelhecem os indivíduos tendem a reduzir as suas redes sociais e as suas atividades do quotidiano, centrando-as predominantemente no espaço doméstico. Segundo, a importância da «casa» e de «viver em casa» em idades mais avançadas reside na ligação emocional que as pessoas mais velhas sentem pelas suas casas. Esta ligação emocional decorre do facto de muitos acontecimentos importantes das suas vidas terem acontecido na esfera doméstica, sobretudo os de natureza familiar, como o crescimento dos filhos, ou eventos importantes que lá tenham acontecido (festas, celebrações, etc.). A casa não é apenas o lugar onde se vive, representa também um espaço de memórias que mantém os mais velhos ligados ao passado e acrescenta sentido ao presente. Porém, tal pode ser um risco quando a ligação emocional se sobrepõe às condições reais da vida presente e uma excessiva idealização de um espaço que já não corresponde às necessidades da pessoa acabar por fazer com que ela viva num sítio que, embora signifique muito, já não lhe proporciona conforto e segurança, com efeitos contraproducentes ao nível do bem-estar individual.

Oswald e Wahl (2005) sintetizam deste modo os principais aspetos do significado de «casa» para as pessoas mais velhas:

- os aspetos físicos da habitação (ligados às características físicas da habitação e à comunidade onde ela se insere),
- os aspetos sociais da habitação (ligados à inclusão social que aquela casa permite),
- os aspetos pessoais da habitação (ligados à dimensão comportamental e ao plano emocional).

Se o domínio privado é o contexto que dá sentido ao *ageing in place*, a vida autónoma e independente é condição indispensável para que o *ageing in place* possa acontecer. Uma vida independente caracteriza-se pela capacidade individual para levar a cabo a sua vida, ainda que com ajuda, mas sem depender inteiramente de outros para o fazer. Autonomia e independência são sempre relativas; em qualquer altura do ciclo de vida, mas sobretudo à medida que se envelhece, as pessoas poderão necessitar de outros para responder a necessidades específicas. Como dizia Lawton (1985a), «autonomy and support form a true dialectic, in the sense that all people require some of both at all time» (p. 506). Uma pessoa idosa pode ganhar ou perder autonomia em diferentes momentos de acordo com circunstâncias específicas (ficar doente, por exemplo, vai reduzir a autonomia; substituir a banheira vai permitir-lhe ganhar autonomia) e é isso mesmo que o conceito de *ageing in place* considera: a ideia de um estatuto de vida independente assenta na possibilidade de envelhecer em casa, mas sem descurar a qualidade de vida desse processo, o que pode suscitar o recurso a algum tipo de suporte. Este suporte pode ser de natureza informal – através de familiares, vizinhos ou amigos – ou formal – através de cuidadores formais oriundos de estruturas de âmbito local ou regional. Perante uma autonomia comprometida, cuidadores informais e formais podem ser úteis e necessários para a manutenção de uma vida independente. É importante ter em conta que este suporte não significa necessariamente prestação de cuidados, podendo revestir a forma de apoio para a realização de tarefas burocráticas ou simplesmente fazer companhia, combatendo a sensação de isolamento.

A implementação do conceito de *Ageing in Place* envolve três componentes: i) o indivíduo, ii) a habitação/casa e iii) a comunidade.

i) Indivíduo

Seria pertinente a realização de pesquisas, com âmbitos diferentes, junto das pessoas que hoje se incluem na categoria de pessoas mais velhas – com 65 e mais anos de idade –, e das futuras pessoas mais velhas – as que hoje têm entre 50 e os 64 anos.

Para os que têm 65 e mais anos, que se aferisse sobre as percepções destes sobre os aspetos a ter em conta na opção «envelhecer em casa». Por exemplo, condições da habitação, saúde, rede de apoio (formal e informal), e também sobre as necessidades que têm/sentem para que possam envelhecer em casa.

Para as futuras pessoas mais velhas (50 – 64 anos), saber onde gostariam de envelhecer, tipologia da habitação (com varandas, com jardins, entre outros), e com quem (família, *co-housing*, *homesharing*, outras alternativas).

ii) Habitação/Casa

Elaboração de um Guia com sugestões sobre como tornar a casa mais segura e acessível, tomando por base o que é feito pelo *National Institute on Aging* – <https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/aging-in-place-infographic-508.pdf>

iii) Comunidade

Na linha do Programa Radar – «(...) plano de intervenção comunitária e de desenvolvimento local. Baseado num conceito pioneiro, pretende identificar a população 65+ da cidade de Lisboa e conhecer as suas expectativas, carências e facultades, detetando precocemente situações de risco.» (<https://mais.scml.pt/lisboacidadetodasidades/projeto-radar/>) – (i) **identificar na comunidade serviços** (lojas, mercearias, farmácias, pastelarias, etc.) que colaborem no apoio e na deteção de pessoas idosas em risco; (ii) **constituir grupos de voluntários e de vizinhos** que possam ajudar no apoio e deteção de pessoas mais velhas em risco, junto de quem seria também pertinente a promoção de ações de sensibilização/formação de combate ao idadismo.

STELLA BETTENCOURT DA CÂMARA
ISCSP – Universidade de Lisboa

Apesar de globalmente considerar-se benéfico o *ageing in place* pelos efeitos positivos da vida independente na satisfação com a vida no decurso do envelhecimento, a avaliação real das vantagens efetivas do *ageing in place* tem questionado até que ponto estamos perante uma escolha consciente em alternativa à institucionalização ou estamos apenas perante uma inevitabilidade face à ausência de alternativas. Os resultados da investigação a este respeito não são unânimes. Há situações em que permanecer em casa corresponde efetivamente a um envelhecimento mais satisfatório, sobretudo quando a vida independente garante a privacidade e permite a continuidade do controlo sobre a vida pessoal (Philips, Ajrouch & Hillcoat-Nallétamby, 2010), mas noutras situações permanecer em casa nem sempre é sinónimo de qualidade de vida, isto quando os indivíduos estão confinados a um ambiente inapropriado, situação que pode ter efeitos contraproducentes como isolamento e desconexão com o ambiente social envolvente (Kohli, Künemund & Zähle, 2005).

Envelhecer em casa, por si só, não significa necessariamente a garantia de independência e conseqüente satisfação com a vida, pois tal depende significativamente do grau de funcionalidade que o indivíduo apresenta e do maior ou menor ajustamento entre as necessidades individuais e o contexto. Quando o contexto não responde às necessidades, tal acarreta geralmente um aumento de vulnerabilidade e fragilidade, com inevitável comprometimento do bem-estar. Envelhecer no local onde sempre se viveu pode ser negativo quando as comunidades sofrem mudanças socioeconómicas e demográficas que as desfiguram (devido a processos como a gentrificação), transformando espaços outrora «amigáveis» em ambientes onde as pessoas mais velhas se sentem inseguras ou vivem permanentemente com a sensação de estarem fora do seu lugar. Todavia, diferentes grupos de idosos podem reagir de forma diferente às mudanças ambientais; enquanto alguns poderão efetivamente experimentar um sentimento de exclusão, outros poderão continuar a experimentar uma forte sensação de inserção social, independentemente das mudanças ocorridas. É certo que mudanças ambientais podem gerar resultados positivos quando se promove o ajustamento pessoa-ambiente através da melhoria das condições de vida e do controlo pessoal, diminuindo a pressão ambiental (Lawton, 1983). As diversas perspetivas que relacionam ambiente e envelhecimento sublinham a importância de que o contexto físico e relacional se reveste para o maior ou menor sucesso adaptativo ao processo de envelhecimento (Paúl, 2005). O melhor lugar para se envelhecer será, fundamentalmente, aquele que proporcionar a relação mais adequada e favorável entre a pessoa idosa e o contexto que a rodeia.

Uma outra questão pertinente prende-se com a armadilha economicista do *ageing in place*, ou seja, a opção por manter as pessoas mais velhas em casa pode ser usada como um pretexto, bafejado pela boa intenção de promover a sua qualidade de vida, para reduzir as despesas públicas associadas a serviços especializados

de habitação e saúde para as pessoas mais velhas. Oldman e Quilgars (1999) advertem que se é verdade que uma larga percentagem das pessoas idosas prefere de facto manter-se em casa, os governos podem ver nesta motivação uma desculpa perfeita para reduzir drasticamente o seu investimento no sector da habitação, transferindo para os indivíduos e respetivas famílias a responsabilidade de providenciarem os melhores contextos habitacionais para o seu envelhecimento. Já em 2002, a ONU expressava esta preocupação: «In the last two decades, community care and ageing in place have become the policy objective of many Governments. Sometimes the underlying rationale has been financial because, based on the assumption that families will supply the bulk of care, community care is expected to cost less than residential care. Without adequate assistance, family caregivers can be overburdened» (UN, 2002).

Na verdade, para algumas pessoas permanecer em casa poderá significar solidão e risco de isolamento, ao passo que deslocarem-se para instituições poderá ser vantajoso e possibilitar uma integração social mais satisfatória. Outro argumento para não se permanecer em casa é o facto de muitos idosos residirem em habitações degradadas ou que se foram degradando ao longo do tempo, não tendo condições financeiras para efetuarem obras de melhoria e muito menos para se mudarem para outra habitação. Para Arlotti, Di Rosa e Martinelli (2019), *ageing in place* requer algumas pré-condições específicas, como por exemplo uma habitação adequada e uma rede de apoio formal e informal ativa; caso contrário, podem surgir riscos substanciais de isolamento social e físico para idosos frágeis. Os autores sintetizam uma série de questões pertinentes a este respeito: Quais são os principais riscos associados ao *ageing in place*? Que contextos de habitação favorecem ou dificultam o *ageing in place*, pensando sobretudo nos idosos mais fragilizados que ficam em situação de particular vulnerabilidade em termos psicológicos, sociais e de cuidado material? Qual é o papel das políticas públicas no apoio às práticas de *ageing in place*? Que inovações – sociais, tecnológicas e políticas – podem ajudar a reduzir o risco de isolamento? Que regulação é necessária entre habitação, configurações urbanas/territoriais, e políticas de atenção e saúde, para tornar o *ageing in place* uma prática efetiva e generalizada para todas as pessoas que pretendam envelhecer nos seus domicílios?

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015b), as tecnologias emergentes, especialmente aquelas usadas para promover a comunicação e o envolvimento social, fornecem oportunidades que o *ageing in place* possa ser melhorado através da criação de ambientes seguros e amigáveis para o idoso. No entanto, tal como acontece com outras políticas de envelhecimento, colocar uma ênfase muito rígida em soluções de tamanho único pode não ser o mais adequado. Por exemplo, envelhecer em casa pode não ser indicado para idosos que apresentem especiais necessidades de cuidados, que vivam em moradias com falta de condições ou para aqueles que vivam em

bairros inseguros. Para que as políticas de *ageing in place* incluam justamente os mais vulneráveis, Means (2007) identifica três condições essenciais: primeiro, é importante procurar melhorar as condições de habitação de todos os idosos, especialmente daqueles com baixos rendimentos; em segundo lugar, deve haver um compromisso de investimento numa gama ampla de serviços de suporte e aconselhamento especializado; em terceiro lugar, um ambiente apropriado para envelhecer deverá sempre incluir cuidados residenciais previstos para quem deles necessitar. Mas a questão não se coloca apenas na habitação. Mesmo quando esta reúne todas as condições necessárias para se envelhecer bem, tão importante como a casa é o ambiente que a rodeia, tanto do ponto de vista físico como social. A casa também é o contexto onde ela se insere, não apenas o espaço físico que a delimita. A falta de acesso a redes de suporte, a bens e serviços, ou a falta de acessibilidade a atividades de lazer e de aprendizagem, estão entre os principais fatores que podem afetar a viabilidade de envelhecer em casa. *Ageing in place* supõe a conexão dos indivíduos com os seus espaços residenciais, pelo que a totalidade do conceito só poderá ser experimentada quando ao domínio privado (residencial) for acrescentada a possibilidade de exercício de autonomia social no meio onde essa residência se insere.

Favorecer a permanência das pessoas idosas na comunidade, nos contextos de vida que conhecem e onde, habitualmente, gostariam de permanecer até ao fim da vida, implica uma intervenção em várias frentes. Uma intervenção pensada para as pessoas que mantêm a sua independência e funcionalidade, mas também para as que necessitam de cuidados ou de algum tipo de acompanhamento. Uma e outras precisam de valorização e reconhecimento social, de oportunidades de participação e de crescimento pessoal, de respeito pelas suas opções de vida e de lugares para envelhecer com dignidade. Assim, pensar o envelhecimento na comunidade implica, entre outras medidas:

1.

Realizar um trabalho persistente e abrangente de divulgação das alternativas ao acolhimento residencial. Muitas pessoas idosas e suas famílias desconhecem ou conhecem mal as várias respostas sociais e as suas potencialidades. Por exemplo, a modalidade de descanso do cuidador, disponível na Rede de Cuidados Continuados Integrados, é pouco conhecida. Facilitar o trabalho dos cuidadores familiares, através da utilização de serviços que os apoiem na realização das tarefas quotidianas ou de tempos de descanso, pode ser fundamental para atenuar o desgaste e para a continuidade dos cuidados. Os profissionais que trabalham na área social e da saúde têm um papel fundamental na disseminação de informação sobre estas alternativas e na articulação com os cuidadores para que sejam usadas da forma que mais convém a cada família.

2.

Ainda no domínio do apoio às pessoas idosas que precisam de cuidados, é essencial reconhecer, compreender e valorizar o papel dos cuidadores, trabalhando em parceria com estes. Os profissionais não devem partir do pressuposto de que as famílias que recorrem a serviços sociais ou de saúde pretendem, invariavelmente, demitir-se das suas responsabilidades. É essencial compreender as necessidades de apoio e de formação dos cuidadores, mas, também, as suas competências e habilidades. Em grande parte dos casos, os cuidadores familiares, pela convivência regular com

as pessoas idosas, conhecem as suas necessidades, gostos, interesses, anseios, medos e angústias. Ouvir os cuidadores pode contribuir para a valorização do seu papel e para a melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais.

3.

Evitar a segregação social e espacial das pessoas mais velhas, transformando os diversos contextos sociais e educativos em contextos para todas as idades. No caso particular das instituições de ensino superior, é essencial perceber que estas precisam de se abrir a novos públicos e que o potencial de aprendizagem intergeracional é enorme quando as gerações se cruzam e se encontram. Mas essa abertura implica compreender, aceitar e incorporar a diversidade, em muitos âmbitos. Os professores, por exemplo, têm de estar recetivos à presença de pessoas com perfis e objetivos muito díspares. Lecionar em turmas multigeracionais implica uma plasticidade e uma disponibilidade para adaptar metodologias e conteúdos, que nem sempre se coaduna com o excesso de trabalho e com o grau de exigência do trabalho docente. Por outro lado, nestas instituições, os procedimentos e os serviços administrativos foram desenhados para públicos mais jovens, que, apesar da sua heterogeneidade, correspondem a perfis formativos específicos. Nem sempre os estudantes seniores estão conscientes de que terão de se adaptar a um conjunto de exigências formais e burocráticas, inerentes ao funcionamento destas organizações, ou familiarizados com procedimentos administrativos e novas plataformas de interação com os serviços.

4.

Por fim, ainda que o conceito de *ageing in place* se defina por oposição ao recurso a estruturas residenciais, que implicam a adaptação a um novo contexto de vida e, frequentemente, um desenraizamento em relação aos lugares de pertença, questiono-me se não será possível permanecer envolvido na comunidade mesmo quando o recurso a uma ERPI é a opção entendida como mais adequada ou inevitável. Será que as pessoas idosas que residem numa ERPI não podem continuar a participar nas

dinâmicas das suas comunidades de pertença? Será que o problema está na mudança de residência ou no facto das ERPI tenderem a isolar as pessoas no seu interior? Será que a entrada para uma ERPI tem de implicar, inevitavelmente, um afastamento da comunidade e uma perda de convívio social com agentes externos à instituição? Assim, deveríamos também poder falar na possibilidade de envelhecer na comunidade mesmo quando as pessoas precisam de ser acolhidas numa estrutura residencial.

LUÍSA PIMENTEL
Instituto Politécnico de Leiria

Finalmente, há quem encare o *ageing in place* não apenas como uma estratégia de garantia de um envelhecimento com o máximo bem-estar possível, mas como algo mais vasto, um verdadeiro movimento de inovação social, propondo soluções para a resolução de um problema no qual a população idosa se reconhece. Spinelli e colaboradores (2019) apresentam quatro *case-studies* internacionais que, em sua opinião, se constituem como verdadeiros laboratórios criativos do envolvimento de cidadãos mais velhos no funcionamento das respetivas comunidades: «Lewisham Local», «Give & Take Care Community Interest Company», «Hull and East Riding Mutual Aid Network», e «Partners in Care». Em conjunto, estas quatro iniciativas distinguem-se pelo facto de proporcionarem, a pessoas idosas residentes na comunidade, respostas de acordo com as realidades próprias de cada comunidade, isto à medida que o funcionamento social e a própria representação do que é ser idoso vai sofrendo modificações. Os autores salientam que não é possível oferecer respostas socialmente inovadoras às necessidades dos mais velhos sem ter em conta metodologias de *co-design* e de *co-delivery*, de modo a criar consenso em torno de novas linguagens e de novas práticas do que significa *ageing in place*.

Em síntese, *ageing in place* é uma expressão comum no pensamento e práticas atuais sobre políticas de envelhecimento, significando genericamente viver em casa e na comunidade com algum nível de independência, mantendo a autonomia e fomentando uma vida socialmente participativa. Envelhecer em casa também promove e facilita as ligações sociais com familiares e amigos. A maioria das discussões sobre *ageing in place*

concentra-se nas condições de habitação, mas há hoje um reconhecimento crescente que, além da habitação, as comunidades (bairros ou aldeias, consoante estejamos a falar em ambiente urbano ou rural) são fatores cruciais na valorização que as pessoas fazem do *ageing in place*. Embora as condições objetivas da comunidade onde se vive e a capacidade funcional individual sejam importantes, os sentimentos subjetivos sobre essa comunidade podem ser uma fonte significativa de satisfação, independentemente de aspetos objetivos de adequação ou segurança. Para auxiliar o envelhecimento em casa e na comunidade, é necessário ter em conta não apenas as opções de habitação, mas também o transporte e a mobilidade, oportunidades recreativas e serviços que facilitem a atividade física, a interação social, o envolvimento cultural e a educação contínua.

Recorde-se que o conceito de envelhecimento ativo, primeiro, e de envelhecimento saudável, depois, têm implícitos uma constelação de fatores que os determinam. Um desses fatores, com forte influência na manutenção da autonomia e do controlo sobre o meio, é a relação da pessoa idosa com o ambiente residencial, isto é, com a habitação e com o contexto físico e social envolvente. As preocupações com a definição de ambientes adequados para os mais idosos encaram tradicionalmente o processo de envelhecimento atendendo sobretudo às fragilidades a ele associadas e prestando particular atenção a aspetos relacionados com a mobilidade. Mas o desafio atual vai mais além, consistindo em encontrar soluções que correspondam ao objetivo de promover a qualidade de vida, nomeadamente, através da integração social. Vasunilashorn e colaboradores (2012) consideram que, analisando o modo como o conceito foi evoluindo ao longo do tempo, fica claro que «aging in place is not a one-size-fits-all concept» – há diferenças de acordo com uma série de variáveis, como urbano ou rural, rendimento, funcionalidade ou cultura. Certo é que, progressivamente, o entusiasmo inicial e quase ilimitado que o conceito suscitou foi sendo substituído por um entusiasmo moderado, isto à medida que as limitações do conceito foram sendo evidenciadas, chamando a atenção, nomeadamente, para os riscos de isolamento social que, ao contrário precisamente do que preconiza, o *ageing in place* pode acentuar, particularmente nos idosos mais frágeis e com menor retaguarda.

4

ENVELHECIMENTO E AMBIENTE

Para compreender a configuração completa do conceito de *ageing in place*, é essencial ter consciência da influência do ambiente no comportamento dos indivíduos (por isso *ageing in place* não é só envelhecer «em casa», mas também «na comunidade»). Uma vida autenticamente independente não pode estar limitada ao espaço residencial da casa, devendo igualmente estender-se para o espaço envolvente à habitação. A importância deste elemento está enraizada no facto de tal ser fonte de oportunidades ou de constrangimentos para essa mesma independência; vivendo numa residência privada, a pessoa também vive numa determinada geografia que serve de plataforma para a sua vida pública, para a satisfação de necessidades sociais, para o contacto com os outros, para intercâmbios culturais, para satisfazer necessidades diversas: saúde, finanças, compras, etc. É na vizinhança da habitação que se estabelecem redes e é através dessas redes que a vizinhança deixa de ser apenas um espaço físico para se tornar um espaço de relações, constituindo-se dessa forma como uma verdadeira comunidade.

As principais teorias sobre envelhecimento e ambiente emergiram nos anos 1980 e coincidiam num ponto: diferenças na interação entre características pessoais e características ambientais, relativas aos diferentes locais onde as pessoas mais velhas vivem, podem afetar profundamente o comportamento e as percepções de maior ou menor competência que os idosos desenvolvem acerca de si mesmos. O mesmo se aplica aos sentimentos: o local onde se vive (considerando em simultâneo as componentes física e social desse local) influencia decisivamente a felicidade dos mais velhos.

O interesse em explorar a interação entre os indivíduos e o ambiente motivou o aparecimento de modelos que procuram explicar essa relação. Os dois modelos mais conhecidos são o modelo da competência (Lawton & Nahemow, 1973) e o modelo da congruência (Carp & Carp, 1984; Kahana, 1982). Cada um destes «modelos de ajustamento» entre a pessoa e ao ambiente («person-environment fit») foram desenvolvidos

com o objetivo de se alcançar um quadro de compreensão geral capaz de explicar o processo de adaptação das pessoas mais velhas ao ambiente em que vivem.

Com base no modelo da competência, Lawton sugere dois conceitos para se entender a relação entre envelhecimento e ambiente: «competência ambiental» e «docilidade ambiental» (Lawton, 1985b).

De acordo com o primeiro, o ambiente ideal para se envelhecer será aquele que mais e melhor permitir ao indivíduo fazer uso pleno das suas capacidades (mesmo que residuais). Para Lawton, cada indivíduo tem um papel ativo na procura desse ambiente, pois apresenta necessidades e preferências que levam a preferir determinados contextos (que satisfaçam essas necessidades) em vez de outros.

Já o conceito de «docilidade ambiental» pressupõe que um maior grau de competência (aqui entendida como o máximo desempenho esperado nos domínios biológico, sensorial, perceptivo e cognitivo) associa-se a uma maior capacidade para suportar a pressão ambiental (estímulo capaz de provocar uma resposta comportamental eventualmente menos favorável do ponto de vista adaptativo), e que pessoas menos competentes estão mais sujeitas a uma determinação ambiental do seu comportamento do que pessoas mais competentes. À medida que as competências pessoais declinam (nos planos físico, cognitivo e psicológico), as condições ambientais passam a exercer maior pressão na capacidade de adaptação, ou seja, quando as competências são apropriadas e suficientes as pessoas adaptam-se à pressão ambiental, mas, quando as competências se reduzem, os resultados adaptativos tendem a ser negativos, pois as pessoas mais velhas já não têm a mesma capacidade de antes para enfrentar uma mudança ambiental.

A hipótese de base subjacente a estes conceitos é que, com o envelhecimento, as pessoas tornam-se mais sensíveis e vulneráveis ao respetivo ambiente físico e social, sendo cada vez maior a influência do ambiente em função da diminuição do estado funcional da pessoa. Lawton enfatiza o papel da interação entre a competência pessoal e o ambiente físico no bem-estar dos idosos, mostrando, por exemplo, como a introdução de mudanças em casa (remoção de obstáculos ou colocação de ajudas à mobilidade) pode aumentar a independência. O modelo de competência proposto por Lawton defende que a interação entre competências pessoais e condições ambientais (físicas e sociais) determina até que ponto uma pessoa será capaz de envelhecer no local onde vive. Um ajustamento entre as competências pessoais disponíveis e a pressão ambiental exercida pelo contexto pode resultar de modo positivo para a pessoa, enquanto uma incompatibilidade entre competências e contexto pode resultar numa adaptação desfavorável. Resumindo, a adaptação em idade avançada reflete a interação entre características pessoais e ambientais.

O modelo de Lawton foi sendo, no entanto, sujeito a diversas críticas. Primeiro, não oferece uma estratégia precisa para medir o ambiente pessoal. Em segundo

lugar, o modelo afirma que o ambiente controla o comportamento do indivíduo, mas não tem em conta atributos individuais (como a personalidade) nem como as pessoas mais velhas procuram manipular o ambiente para atender às suas necessidades. Em terceiro lugar, este modelo não dá a devida atenção às mudanças que ocorrem permanentemente nos locais onde as pessoas vivem e envelhecem. O próprio Lawton veio mais tarde a rever o seu conceito de docilidade ambiental, considerando que ele poderia transmitir a ideia de existência de uma relação unidirecional, encarando os indivíduos como entidades passivas, sem capacidade de intervenção ou de modelação da situação. A este modelo chamou de «proatividade ambiental» (Lawton, 1989). Neste modelo já se reconhece a reciprocidade da relação pessoa-ambiente: os indivíduos em geral podem fazer mudanças no ambiente de acordo com os seus desejos e preferências, e as pessoas idosas em particular encaram o ambiente sobretudo como um recurso e não tanto como um constrangimento aos seus comportamentos. A proatividade estaria assim intimamente ligada à vontade de preservar o mais possível a autonomia e a independência.

No modelo da congruência (também chamado da complementaridade), proposto por Carp e Carp (1984), assume-se que as características da pessoa e do ambiente podem facilitar ou inibir a satisfação de necessidades subjacentes ao desempenho satisfatório das atividades de vida diária indispensáveis à manutenção de uma vida independente. A congruência é o grau de complementaridade entre estes dois fatores: características individuais e características do meio ambiente. Uma conjugação de características individuais favoráveis e um meio ambiente com muitos recursos e poucas barreiras favorece a adaptação, ao passo que o contrário dificulta a adaptação e pode colocar em risco a manutenção de uma vida independente. Usando igualmente o conceito de «congruência», o modelo de Kahana (1982) faz apelo às noções de competência e de pressão ambiental. De acordo com as suas necessidades específicas, cada indivíduo procura integrar-se no ambiente que melhor satisfaça essas necessidades; quanto mais elevada for a congruência entre uma dada necessidade (por exemplo, transporte público para se deslocar) e a resposta ambiental correspondente (existência de rede de transportes públicos de qualidade), melhor o indivíduo se sentirá, enquanto o oposto traz consigo insatisfação e stresse acrescido. A premissa básica é que o carácter mais ou menos apropriado de um determinado ambiente depende do seu grau de adaptação às características do indivíduo. Por outras palavras, a satisfação residencial está dependente do modo como as necessidades estão de acordo e balanceadas com as pressões do ambiente em que se vive (Kahana *et al.*, 2012).

Recorrendo ao conceito de envelhecimento bem-sucedido proposto por Paul Baltes, podemos constatar que Baltes (1997) propõe um modelo de envelhecimento bem-sucedido baseado em três princípios que cada indivíduo utiliza como estratégias

de regulação da sua adaptação ao meio: a seleção (efetuando escolhas em que se ponderam capacidades individuais e recursos do meio ambiente), a otimização (maximizando o potencial desenvolvimental em domínios – cognitivo, afetivo, etc. – previamente selecionados) e a compensação (superando tanto quanto possível eventuais perdas resultantes de declínios bio-comportamentais associados à idade). Tomados em conjunto enquanto mecanismos adaptativos, verificamos a existência de uma preocupação constante de ajustamento entre objetivos individuais e condições/recursos do meio ambiente, o que leva Paúl (2005) a afirmar que esta teoria baseia o sucesso do processo de envelhecimento «numa relação estreita entre o indivíduo e o meio que nos remete para os modelos ambientais do envelhecimento» (p. 257). Mesmo quando, em idades muito avançadas (na chamada «4.ª idade»), o risco de perda de competência ou mesmo de dependência é elevado e dificulta a manutenção de uma qualidade de vida aceitável, o papel do ambiente faz-se sentir, porventura ainda em maior escala, determinando em larga medida o bem-estar dos indivíduos. «Não se trata mais de um balanço dinâmico mas provavelmente de regressar à docilidade ambiental de Lawton e Nahemow (1973), porque de facto ficamos cada vez mais perante sujeitos passivos e dependentes de um meio que temos que tornar «amigável» e «doce» para garantir a sua qualidade de vida» (Paúl, 2005, p. 258).

Faz então sentido voltar a Lawton (1989) e ao que ele defendia serem as três funções essenciais que o meio ambiente – físico e social – deverá garantir para a pessoa idosa que o habita: a manutenção (onde se inclui, por exemplo, o significado da casa onde se vive e a satisfação com o local de residência), a estimulação (em que medida o ambiente estimula, promove ou inibe a realização de atividades e a participação na vida comunitária) e o suporte (prende-se com o potencial do meio para compensar a perda de competência dos indivíduos à medida que envelhecem, facilitando ou dificultando a realização de tarefas indispensáveis a uma vida independente). Embora a consideração destas três funções seja indispensável para se garantir um *ageing in place* que origine um resultado satisfatório e duradouro em termos de qualidade de vida e de bem-estar, a manutenção surge como aquela que originalmente melhor explica a vontade que a generalidade das pessoas idosas manifesta em envelhecer e completar o ciclo de vida na sua residência habitual.

O que justifica esta vontade de envelhecer (e de morrer) em casa?

Paúl (2005) sistematiza um conjunto de teorias «que explicam o apego do idoso à sua casa» (p. 259) e que permitem afirmar «que o envelhecer na sua casa é mais favorável aos idosos» (p. 260):

- (i) Werner salienta três importantes mediadores de ligação das pessoas às suas casas: os papéis e as relações sociais, o controlo, e as práticas de apropriação da casa e do espaço envolvente, conferindo significado aos ambientes,

pessoas e comportamentos: «As pessoas também estão ligadas às suas casas por laços afetivos, podendo ainda atribuir-lhes um valor simbólico, por associação a memórias do passado. As casas refletem valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais. A pessoa apropria-se do seu meio, formando uma unidade transaccional pessoa/ambiente» (Paúl, 2005, p. 259-260);

- (ii) Rubinstein descreve a ligação psicossocial do idoso à sua casa através de três processos: o centrado no social (referido ao arranjo do lar, baseado num conjunto de regras relativas ao modo como deve ser e funcionar uma casa), o centrado na pessoa (referido ao modo como o curso de vida se reflete na ligação da pessoa com o ambiente), e o centrado no corpo (referido à ligação do corpo às características do ambiente, como o espaço, a luz, etc.);
- (iii) Norris-Baker introduz a noção de identidade associada à casa e ao lugar onde ela se situa, considerando ambos como dimensões importantes na vida das pessoas idosas e defendendo que mudanças – de residência ou na comunidade – podem ameaçar o *sentido do eu* devido à perda de referências significativas do ponto de vista pessoal e/ou cultural e devido à necessidade de ajustamentos comportamentais numa fase tardia da vida;
- (iv) Wahl sustenta a ideia de que a ligação da pessoa idosa ao meio físico e social fundamenta-se nos vínculos sociais que estabelece e na casa onde vive e que é o seu local privilegiado para se confrontar com os desafios próprios do envelhecimento; o autor coloca também em evidência a importância quer da inserção numa dada vizinhança/comunidade quer da utilização do espaço exterior para o exercício de atividades físicas, funcionais e sociais.

Numa ampla revisão de literatura sobre a «vinculação ao lugar», Speller (2005) oferece-nos interessantes contributos para a delimitação do conceito de *ageing in place* baseada não apenas numa perspetiva de «lugar físico» (equivalente à tradução para português da palavra «place»), mas ampliada pela utilização de conceitos diversos como «identidade de lugar» ou «identificação com o lugar». Assim entendido, o «lugar» refere-se à relação entre a pessoa e o ambiente físico, conduzindo à evocação de sentimentos de pertença «e que permite o estabelecimento da ligação entre o indivíduo e o seu passado, presente e futuro coletivos» (Speller, 2005, p. 133). Numa abordagem multidisciplinar onde se cruzam várias psicologias – a ambiental, a social e a do desenvolvimento – o «lugar» é visto como sendo físico, social, cognitivo, comportamental, cultural, temporal e/ou espiritual, valendo a pena realçar que «a importância

do lugar assenta no domínio dos sentimentos acerca do ambiente e do seu significado» (Speller, 2005, p. 134).

Aplicando esta compreensão ao *ageing in place*, mais do que simplesmente morar num espaço fixo como uma casa valoriza-se a identificação com um determinado ambiente e com aquilo que ele simboliza. O lugar e as coisas que nele existem tornam-se objetos de identificação e constituem, para a pessoa idosa, um elemento-chave para a manutenção da sua identidade, uma «âncora mnésica», na feliz expressão de Dovey (in Speller, p. 146), que facilita a reconstituição permanente de memórias e sentimentos acerca de quem fomos, quem agora somos e quem queremos ser. Ao sublinharem a importância da continuidade com o passado para as pessoas mais velhas, diversos autores já aqui referidos (Rubinstein, Norris-Baker) sugerem que a mudança de residência constitui uma ameaça à preservação do bem-estar das pessoas idosas dada a ligação emocional que elas estabelecem com os seus «lugares», em escalas diferentes: os objetos, as pessoas, a casa, a rua, a vizinhança, a pequena aldeia, a cidade.

Alicerçado nas recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde, o discurso atual sobre o processo de envelhecimento tende a valorizar essencialmente a autonomia dos idosos e os esforços desenvolvidos por famílias, instituições e comunidades para os apoiar perante as necessidades que apresentem e que possam colocar em causa esse objetivo maior. Hoje, a grande maioria das pessoas idosas envelhece em suas casas e recorre à institucionalização apenas quando os níveis de incapacidade tornam insustentável a permanência na habitação. Estamos, porém, numa fase de transição; o grupo etário das pessoas mais velhas (80 e mais anos) é o que atualmente apresenta um crescimento mais significativo, cujo número pode vir a ultrapassar os 10% da população mundial em 2050 (OECD, 2020). É este grupo dos mais velhos que vai representar um grande desafio para as possibilidades futuras de *ageing in place*, numa fase da vida em que a perda de funcionalidade pode afetar consideravelmente o indivíduo e a preservação da qualidade de vida passa por intervenções ambientais que se estendem do meio físico onde ele vive às possibilidades de participação social no meio humano envolvente.

Dentro deste objetivo mais largo que é proporcionar às pessoas idosas condições ambientais efetivas para que envelhecer em casa e na comunidade seja a «opção natural», algumas prioridades podem ser enunciadas:

- (i) a nível residencial, promover um ambiente amigável, onde as atividades indispensáveis à vida diária possam ser realizadas eficazmente pelo próprio ou com alguma ajuda externa; a habitação deve ter em conta que as necessidades das pessoas transformam-se à medida que elas envelhecem e que, se não a queremos transformada numa prisão, os espaços exteriores são tão importantes como a habitação em si mesma;

- (ii) a nível comunitário, assegurar a existência de um ambiente seguro, onde as pessoas possam circular e frequentar atividades instrumentais ou lúdicas; também os serviços e recursos indispensáveis à vida quotidiana (saúde, transportes, compras, etc.) deverão permitir a satisfação das necessidades individuais e a concretização de oportunidades de cariz social e económico;
- (iii) a nível institucional, criar ou reforçar serviços de apoio e redes de suporte aos idosos que permanecem em casa (e às respetivas famílias, quando necessário), bem como programas que estimulem a participação na vida social e comunitária, combatendo o isolamento e prevenindo a exclusão social; para que envelhecer em casa não seja sinónimo de «ver o tempo a passar», a inclusão social das pessoas mais velhas deve, tanto quanto possível, contemplar a participação em funções úteis e socialmente reconhecidas.

Se em alguns casos são as próprias pessoas mais velhas que reivindicam e fazem acontecer estas prioridades, noutros casos a sua operacionalização tem de ser efetivamente promovida. É por isso que a conceção de programas e projetos que estimulem um autêntico *ageing in place* afigura-se importante para maximizar a funcionalidade de muitas pessoas idosas que, de outra forma, se tornariam passivas ou mesmo dependentes. Não se trata apenas de facilitar a vida das pessoas mais velhas, mas de lhes permitir usufruir, plenamente e em segurança, aquilo que os rodeia, do espaço físico às ligações sociais.

No contexto de intervenções promotores de *ageing in place* a nível dos indivíduos e das famílias propomos as seguintes medidas:

1. Ações psicoeducativas dirigidas às próprias pessoas mais velhas.
 - a) Do ponto de vista psicológico: i) aumentar o **controlo** (interno) sobre a sua própria vida, a perceção de **autoeficácia** e conseqüente **rejeição do paternalismo** vindo de familiares e/ou profissionais, e da comunidade em geral. Isto implica também aprender a **aceitar o risco** que é viver, fazendo um balanço entre os valores da independência, autonomia e dignidade versus a dependência de outros; ii) aceitar a mudança e a reorganização

do espaço físico em que se vive, de forma a facilitar a vida através de maior segurança e conforto, sobretudo em situação de dependência.

b) Do ponto de vista educativo: o treino do autocuidado, a prática de um **estilo de vida saudável** (com atenção ao sono, nutrição e atividade física), e informação detalhada e atual sobre **recursos da comunidade** facilitadores da vida autónoma.

2. Implementar o acesso e o treino de **tecnologias digitais que promovam a vida independente** é um dos aspetos críticos da atualidade e potencialmente um fator facilitador do *aging in place*.

a) A nível individual, a tecnologia digital permite manter uma ligação efetiva bidirecional com o sistema de saúde, potenciando a adesão ao tratamento médico e a vigilância de indicadores de saúde relevantes, bem como facilitar a deteção precoce de problemas e a comunicação em situações de risco.

b) A nível social, as tecnologias digitais favorecem a sociabilidade, promovem a pertença a grupos de amigos ou grupos de interesse, e permitem participar em decisões comunitárias, para além da óbvia partilha familiar que mitiga a solidão.

c) Servem ainda para suavizar tarefas instrumentais do dia a dia, desde a limpeza, cozinhar, ou a compra de bens e serviços.

No contexto de políticas sociais o *aging in place* implica a organização de ambientes públicos amigos das pessoas idosas, que facilitem a vida em segurança e promovam a sociabilidade e o acesso a bens e serviços.

1. Destacamos as políticas subjacentes à organização de «**idades amigas**» das pessoas idosas e a diversificação da oferta de serviços que promovam a escolha por parte das pessoas mais velhas. A opção por **obras domésticas** altamente eficazes na promoção do *aging in place*, através da realização de pequenas obras de melhoria e adaptação funcional das residências onde as pessoas mais velhas vivem. Igualmente uma **política energética** favorável que permita que as pessoas mais velhas tenham acesso a aquecimento/refrigeração, bem como roupas e calçado adequados para as diferentes estações do ano.

2. Aproveitando este interregno na massificação do turismo devido à Covid19, implementar políticas claras que evitem a gentrificação das cidades e dos lugares que expulsam os mais velhos das suas casas e/ou inflacionam a vida nos seus bairros, e levam ao encerramento de pequenos negócios, prejudicando os seus donos mas também os seus clientes. A mudança compulsiva dos mais velhos para as zonas rurais de proveniência, o seu afastamento para periferias, sem serviços ou sociabilidade estabelecida, ou mesmo a institucionalização, é provavelmente a política (ou ausência dela) mais violenta e desumana a que assistimos atualmente, com consequências devastadoras no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas mais velhas. Depois do fracasso das políticas de habitação social massiva, que realojaram milhares de pessoas em guetos de exclusão, a que chamamos bairros sociais, surgiu recentemente este fenómeno menos visível e audível mas tão ou mais tenebroso do que aquele que atingiu os grupos mais desfavorecidos nas décadas finais do século XX, a que urge pôr cobro.

Finalmente, qualquer intervenção tendente a incentivar o *aging in place* necessita de se apoiar numa ação continuada junto da comunidade em geral, para modificar os estereótipos negativos sobre o envelhecimento que se baseiam no pressuposto de dependência dos mais velhos, na sua infantilização e na supressão dos seus direitos. A **consciencialização pública sobre os direitos e dignidade das pessoas mais velhas** continua a ser uma prioridade, na ausência da qual a opção pela institucionalização aparece como natural e inevitável. O essencial será sempre facilitar a escolha equitativa, individual e informada sobre onde e como envelhecer e criar opções diversas, nomeadamente, as que favorecem um *aging in place* que sirva a qualidade de vida de pessoas diferentes.

CONSTANÇA PAÚL
Universidade do Porto

5

OS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS DE AGEING IN PLACE – A CASA E A COMUNIDADE ENVOLVENTE

Já o sabemos, *ageing in place* significa viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece (WHO, 2015a). Numa interpretação ampla, o «lugar» onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere. A organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação, tudo isso são variáveis que contribuem para um envelhecimento verdadeiramente participativo ou, pelo contrário, para um envelhecimento socialmente excluído. Manter uma vida autodeterminada e tão aproximada quanto possível à que se manteve durante décadas só será viável, à medida que se envelhece, se o ambiente construído e o ambiente natural estiverem preparados para respeitarem a evolução das capacidades individuais e, com isso, preservarem a confiança e a autoestima individuais.

A compreensão deste conceito implica a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana ao longo do tempo. Com efeito, a maioria das pessoas idosas deseja permanecer num ambiente que lhes seja familiar e, preferencialmente, permanecer na mesma casa e na mesma comunidade (Iecovich, 2014). Está aqui implícito o desejo de controlar a maioria dos aspetos relacionados com a vida diária (cuidados pessoais, rotinas e outras atividades significativas para cada indivíduo), ou seja, *ageing in place* traduz o desejo de envelhecer num ambiente familiar que se adapte às modificações que o processo de envelhecimento traz consigo. Dado que, à medida que envelhece, o indivíduo passa mais tempo em casa e na comunidade próxima, tal acaba por reforçar esta relação com o ambiente que o circunda.

O conceito de *ageing in place* requer uma abordagem interdisciplinar protagonizada pela gerontologia, valorizando intervenções em diferentes escalas: nacional, regional, comunitário e individual. Atualmente, nos países economicamente mais favorecidos, quando os idosos começam a perder autonomia e capacidades, a opção é muitas vezes a institucionalização, enquanto nos países economicamente mais frágeis o

ageing in place surge não como uma opção, mas sim como uma necessidade ou mesmo inevitabilidade, dadas as limitações dos sistemas de segurança social e a falta de alternativas institucionais.

O nosso ponto de vista é que o *ageing in place* seja visto como a primeira opção, uma «opção natural» como atrás dissemos, dadas as vantagens de inclusão social e de recompensa emocional que traz associadas. Como vimos, à pergunta «qual o lugar ideal para envelhecer?», as pessoas mais velhas respondem geralmente: «aquele que eu já conheço!». Envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida e onde estão as principais referências dessa vida constitui uma vantagem em termos de preservação da identidade, de um sentido para a vida e da promoção de sentimentos de segurança e familiaridade. Isto é alcançado tanto pela manutenção da independência e autonomia, como pelo desempenho de papéis nos locais onde se vive. Assim, o *ageing in place* atua de múltiplos modos, que precisam de ser tidos em conta na definição de ações e políticas dirigidas aos mais velhos.

***Ageing in place* e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)**

É importante não estigmatizar a institucionalização e as instituições; pelo contrário, importa haver preocupação com a sua qualidade e com a sua efetiva articulação com o contexto social, geográfico e urbanístico em que se encontram inseridas. Envelhecer em ERPI também pode/deve ser entendido como uma alternativa de *ageing in place*, sobretudo quando tal se assume como a melhor opção: pode ser a escolha voluntária da pessoa e/ou resultar de condições clínicas, sociais (e.g., isolamento, problemas de qualidade de habitação, residência em lugares remotos, com ambientes inseguros e degradados), familiares (e.g., pessoas mais velhas sem família e/ou com familiares a residir longe) e/ou psicológicas (e.g., problemas de saúde mental). Assim, é importante tornar a ERPI um «place», um lar (house/home), uma família, de preferência em que os residentes possam estar localizados numa comunidade que sintam como significativa e como «sua». Algumas recomendações para as ERPIs serem lugares de *ageing in place* (já acontece em vários casos): menos residentes; possibilidade dos residentes gerirem e organizarem rotinas diárias com autonomia, garantindo a preservação de um sentido de privacidade,

autodeterminação e poder de escolha, em articulação com a conformidade e segurança institucionais; *staff* com mais formação em gerontologia e cuidados geriátricos, bem como melhor remunerado e com efetiva progressão de carreira, dignificando-se as profissões relacionadas com a prestação de cuidados. Igualmente importante será garantir que os procedimentos de fiscalização destas instituições considerem indicadores de tratamento com dignidade das pessoas mais velhas e de quem lá trabalha, proteção contra qualquer tipo de violência, e valorização de boas práticas de estímulo à autonomia e à independência dos residentes (i.e., existência de ambientes e oportunidades para as pessoas exercerem a sua capacidade funcional).

Ageing in place e minorias

Será importante que o *ageing in place* considere medidas/recomendações específicas para minorias. Sublinhe-se o que a «Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030» considera relevante: «leave no one behind». Neste caso, destacam-se:

- Minorias de orientação sexual e de identidade de género (LGBTIQ). Estas pessoas vivem vidas de discriminação e opressão, por isso têm necessidades específicas. Muitas vezes, na velhice, apenas têm como apoio a «família de escolha», composta por pessoas da mesma geração e com dificuldades em prestar cuidados. A literatura indica que estas pessoas tendem a «regressar ao armário» na velhice, pois temem discriminação de cuidados.
- Minorias étnicas. Em Portugal o enfoque estará sobretudo nos ciganos, discriminados e isolados ao longo da vida. Terão dificuldade de acesso a cuidados sociais e de saúde na velhice, embora tenham por norma uma família de retaguarda. Mas em casos de necessidade de cuidados de longo-termo, enfrentarão desafios ligados à discriminação.
- Veteranos de guerra, sobretudo da guerra do ultramar, mas também de situações mais recentes (Kosovo, Afeganistão e Iraque). Muitas destas pessoas sofrem de stresse pós-traumático, que raramente foi objeto de intervenção adequada. Para envelhecerem o melhor possível necessitam que as suas necessidades sejam reconhecidas e respondidas («unmet needs» são particularmente relevantes neste grupo).

- Outros grupos: homens e mulheres vítimas de violência doméstica; pessoas mais velhas presas ou recentemente libertadas; pessoas mais velhas com problemas de saúde mental e/ou com necessidades e exigências específicas em termos de cuidados (e.g., com perturbação neurocognitiva) e/ou com síndromes clínicas ainda pouco conhecidas (e.g., acumuladores de objetos ou de animais).

Ageing in place e serviços de cuidados no domicílio

Serviços de Apoio ao Domicílio (SAD) diversificados e de qualidade são cruciais para que as pessoas possam envelhecer bem em casa. Contudo, os SAD atuais são um apoio pontual, sobretudo para alimentação e higiene. Um dos serviços relevantes inclui os cuidados ao domicílio 24/7, com todos os serviços integrados (incluindo: lazer, recados, compras, idas ao médico, companhia). Atualmente, em Portugal, há empresas privadas que providenciam estes serviços. Neste caso, as pessoas com mais dificuldades económicas têm dificuldade de acesso. O *ageing in place* é facilitado por estes serviços, pelo que garantir a sua existência, cobertura regional e diversidade, é fundamental.

Ageing in place e cuidados de fim de vida e morte

Envelhecer «in place» acaba por colocar a questão de morrer «in place». A morte em casa é desejada, mas, sobretudo perante problemas de saúde severos, envolve a disponibilização de serviços adequados ao domicílio. Além disso, é necessária formação e informação sobre morte, morte natural, e como viver e cuidar nesta fase.

Reconhecimento geral das «unmet needs» da população atualmente muito idosa

Um envelhecimento em casa e na comunidade pressupõe reconhecer a individualidade de cada pessoa no que concerne às suas necessidades e que tendem a resultar do seu perfil de saúde e de (in)dependência funcional, bem como dos recursos (económicos, sociais e familiares) disponíveis para gerir as circunstâncias e as preferências individuais. No grupo dos muito idosos, uma especial atenção deve ser dada, pela sua crescente

prevalência, às necessidades específicas inerentes às condições de multimorbilidade, fragilidade e demência.

Apoio às famílias cuidadoras

Deve reconhecer-se o papel e as necessidades dos familiares que prestam apoio à população mais velha residente na comunidade, prestando particular atenção a subgrupos de cuidadores, como sejam os cuidadores de pessoas com demência e os cuidadores idosos (de cônjuges e/ou pais muito idosos). Instrumentos de apoio diversificados, ajustados às necessidades de cada situação e de abrangência nacional, deverão ser criados para garantir que as famílias possam assumir com sustentabilidade o envelhecimento em casa e na comunidade.

***Ageing in place* e habitações**

A qualidade das habitações é fundamental para quem quer envelhecer e morrer em casa. A casa precisa de espaço (e.g., para cadeira de rodas) e outras condições elementares como aquecimento adequado. É crucial, nesse sentido, garantir que condições elementares de habitabilidade, conforto e acessibilidade estejam garantidas, se necessário com incentivos do Estado. É também importante incrementar o conhecimento científico disponível sobre os benefícios do «co-housing» e das residências partilhadas para a população mais velha.

***Ageing in place* e inovação tecnológica**

Respostas e serviços de inovação tecnológica (e.g., teleassistência e tele-atendimento domiciliário) deverão ser acompanhados de medidas de estímulo ao incremento da literacia digital na população mais velha através do desenvolvimento de oportunidades de aprendizagem ao longo da vida.

***Ageing in place* e inserção na comunidade**

Os espaços/ambientes alargados (comunidades) onde o envelhecimento pode ocorrer devem ser tão inclusivos e seguros quanto possível no que concerne às condições de acesso a bens e serviços (e.g., transporte), bem como a oportunidades diversas para se ter uma vida participativa, útil e

socialmente reconhecida. Em complementaridade aos espaços de socialização sénior (e.g., Centros de Convívio), espaços e iniciativas promotoras de relações intergeracionais sustentáveis no tempo (e.g., espaços de ocupação de tempos livres, espaços de co-criação cultural, programas de aprendizagem formal e não formal) deverão ser promovidos em estreita articulação com entidades regionais e locais. O apoio dos sistemas sociais e de saúde à possibilidade de envelhecer em casa ainda é muito fragmentado; são necessários gestores de caso que ajudem os utilizadores a navegar nestes sistemas e a tirar partido das ajudas existentes.

Ageing in place e combate ao idadismo

A aprendizagem ao longo da vida para todos (de todas as idades) sobre envelhecer e ser velho deve estar assente em pressupostos não idadistas e estar bem presente na agenda política e dos meios de comunicação social, de modo a desconstruir a imagem negativa e homogeneizada que ainda subsiste relativamente à população mais velha.

LILIANA SOUSA

ÓSCAR RIBEIRO

CINTESIS / Universidade de Aveiro

O processo de *ageing in place* traduz-se num processo de adaptação ambiental com implicações a nível social, psicológico e ambiental. Trata-se de um conceito absolutamente contemporâneo, motivado pela responsabilidade social em proteger os idosos, principalmente os mais vulneráveis, e reflete uma mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio aos idosos ao considerar prioritária a vontade da pessoa idosa em permanecer no seu ambiente familiar e comunitário o maior tempo possível e de modo independente. A promoção da independência e da autonomia instrumental das pessoas mais velhas constitui, porventura, um dos principais desafios do envelhecimento populacional, atendendo à exigência dos mais idosos relativamente à manutenção de um estilo de vida onde, para além do conforto material, seja assegurada a respetiva integração social. O conceito de *ageing in place* representa, também, um desafio acrescido atendendo à diversidade das necessidades individuais, pois deparamo-nos com necessidades específicas para cada indivíduo consoante os seus recursos, as suas necessidades e preferências, que também variam ao longo do processo de envelhecimento.

Para Iecovich (2014), *ageing in place* apresenta várias dimensões relacionadas entre si: uma dimensão física (a casa, a aldeia, o bairro, a cidade onde se vive), uma dimensão social (envolvendo relacionamentos e contactos interpessoais), uma dimensão emocional e psicológica (que tem a ver com um sentimento de pertença e ligação a um lugar), e uma dimensão cultural (ligada aos valores, crenças e significados que as pessoas atribuem a um determinado espaço). Assim, quando falamos em «place» estamos a referir-nos a todo um contexto que permite que a pessoa mais velha preserve os significados da sua vida, incluindo uma identidade social pode ser mantida mesmo quando a pessoa se torna incapacitada. Nesta perspetiva, o «lugar» (tradução literal de «place») reflete uma extensão da identidade pessoal, permitindo a preservação da integridade do *eu* e promovendo um sentido de continuidade entre as diferentes etapas do ciclo de vida.

O conceito de *ageing in place* pressupõe também que, à medida que as pessoas mais velhas se tornam cada vez mais frágeis ou até doentes, possam viver em segurança em suas casas, desde que sejam disponibilizados apoios e serviços adequados às suas necessidades. Permanecer em casa durante o envelhecimento e manter o máximo possível de independência, privacidade, segurança, competência e controlo sobre o meio ambiente, é assim o objetivo a atingir, sem esquecer que o termo *place* refere-se não apenas à habitação da pessoa mas também à sua comunidade, composta pelo ambiente físico (ambiente circundante e serviços locais disponíveis) e social (familiares, amigos, vizinhança). Habitualmente, as pessoas mais velhas associam à ideia de *ageing in place* a possibilidade de poderem efetuar escolhas relacionadas com a sua vida, terem acesso a serviços (de saúde, nomeadamente) e a facilidades diversas (compras, oportunidades recreativas), disfrutarem de relações sociais e interação com

outras pessoas, sentirem-se seguras em casa e no exterior, e acima de tudo manterem uma sensação de independência e autonomia (Iecovich, 2014).

Através de um estudo qualitativo, Wiles e colaboradores (2012) exploraram o significado de *ageing in place* junto de pessoas mais velhas residentes em duas comunidades da Nova Zelândia, tendo evidenciado três grandes categorias de compreensão do significado deste conceito:

- *ageing in place* associado a um sentimento de ligação social à comunidade e às pessoas que aí vivem;
- *ageing in place* associado a um sentimento de segurança e familiaridade, encarando a habitação própria como um «refúgio» e a comunidade como um «recurso»;
- *ageing in place* associado a um sentimento de identidade, baseada na independência e autonomia garantidas pelo controlo do local onde se vive.

Para a maioria das pessoas idosas que participaram no estudo, o foco do conceito é, no entanto, «a casa». Outros aspetos são igualmente importantes quando as pessoas têm a oportunidade de considerar amplamente o que torna agradável o ambiente onde vivem. Desses aspetos vale a pena destacar o sentido comunitário; as pessoas não estavam apenas ligadas a uma casa em particular, mas também a um «lugar» em concreto, a uma comunidade «acolhedora». Embora tal possa ser visto como idealizado, as pessoas mais velhas são efetivamente mais propensas a expressar opiniões positivas acerca do local onde moram, assentando essa atitude em evidências muito pragmáticas: ser saudado por outras pessoas ao longo da rua, sentir-se seguro, conhecer o supermercado local, saber o nome do farmacêutico. Aqueles que deixaram um dia a comunidade e a ela retornam mais tarde procuram justamente essa familiaridade, não de uma casa, mas de pessoas e lugares que transmitiam uma perceção de acolhimento. Neste sentido, a vontade de envelhecer na comunidade não é apenas um estado interno ou emocional, mas tem um impacto material e tangível. Finalmente, o significado de conceitos como «autonomia» também varia. Neste estudo, alguns participantes eram autónomos sem qualquer ajuda externa, enquanto outros recorriam à assistência familiar. Quando pensamos sobre *ageing in place* e sobre maneiras de ajudar as pessoas a permanecerem «no lugar», precisamos de reconhecer que esse «lugar» opera em diferentes níveis. Isso pode significar pensar na «casa» apenas como habitação ou pensar a «casa» num sentido mais amplo, considerando outros aspetos da comunidade: acesso a redes sociais, a serviços de transporte, a recursos de saúde, a oportunidades de ocupação do tempo.

O projeto PerSoParAge, *Recursos pessoais e sociais para a autonomia e participação social numa sociedade envelhecida* (SAICT-POL/23678/2016), investigação desenvolvida pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco, e em que foram co-promotores os Institutos Politécnicos de Bragança, Guarda e Portalegre, procurou analisar os contextos de envelhecimento das populações do interior e a forma como as comunidades lidam com este fenómeno, identificando e definindo perfis de envelhecimento. Pretendeu-se construir propostas e ferramentas de análise e intervenção que respondam aos desafios destas regiões envelhecidas do interior e se constituam como motor de uma estratégia de desenvolvimento regional, numa ótica de políticas territoriais de envelhecimento.

A metodologia utilizada, com audições à população, mostrou a importância da consulta nos processos de decisão sobre estratégias de intervenção em territórios envelhecidos. A equipa realizou 16 reuniões com população dos seis concelhos onde foi realizado o estudo, tendo-se apresentado os resultados do levantamento de dados efetuado através de dois inquéritos feitos à população com 55 e mais anos, com uma amostra estratificada por sexo e grupos etários (484 sujeitos de meio rural e urbano). Foi, igualmente, realizado um questionário Delphi a 54 personalidades de diversas áreas, académicas, profissionais e de associações e organizações.

O cruzamento dos dados recolhidos permitiu a identificação de áreas estratégicas de desenvolvimento de políticas territorializadas de ação locais/regionais para o envelhecimento que devem organizar-se à volta dos eixos «comunidade», «proximidade» e «articulação», que se considera estruturantes na perspetiva do «Ageing in Place». As medidas/ações propostas, organizados segundo aqueles eixos, resultam das conclusões do projeto e pretendem constituir-se como ferramentas de apoio aos agentes locais, cuja validação foi realizada através das audições à população e agentes locais e do painel de peritos Delphi. Vejamos, então, algumas dessas medidas que a equipa do Projeto PerSoParAge identificou.

Sendo que uma das áreas que é preciso melhorar é o espaço e oportunidade de participação social das populações idosas, propõe-se a dinamização de consultas públicas sobre políticas, medidas e ações, promovidos

regularmente pelas Assembleias Municipais; envolvimento da população na definição e dinamização de planos de atividades culturais e recreativas. Também o desenvolvimento de competências e ferramentas que promovam as condições de manutenção da autonomia: organização de atividades de alfabetização nos núcleos das universidades seniores e em polos de juntas de freguesia ou associações locais; dinamização de redes de voluntariado organizadas, incluindo pessoas idosas, e que atuem no apoio a indivíduos, famílias e instituições sociais ou não governamentais; promover programas de literacia e inclusão digital através da aprendizagem ao longo da vida com ações de sensibilização e esclarecimento específicas em competências digitais para obtenção de informação, comunicação, socialização, utilização segura da Internet, autonomia digital, cidadania reforçada e participativa, coordenados entre instituições de ensino/investigação, Universidades seniores e associações locais; melhorar o acesso às redes de telecomunicações, ferramentas digitais (cobertura de banda larga rápida, dispositivos tecnológicos e digitais a custos reduzidos), colmatando as desigualdades no acesso a equipamentos e serviços digitais de acordo com propostas de operacionalização a realizar pelas Comunidades Intermunicipais.

O acesso e utilização dos cuidados de saúde revelou-se uma das áreas mais sensíveis e que mais discussão motivou, pelo que se propõe: garantir regularidade mínima semanal de disponibilidade de acesso aos serviços de saúde/ médico de família nas comunidades de pequena dimensão; organização de rastreios estruturados de diagnóstico precoce de patologias com elevado impacto na autonomia, mortalidade e nos custos em saúde (Cuidados de Saúde Primários); criação de linha regional experimental do tipo da Linha SNS 24, com secção «especializada» e com profissionais mais diferenciados em problemas associados ao envelhecimento e com conhecimento do território e dos serviços disponíveis (projeto que poderá ser desenvolvido pelas comunidades Intermunicipais em articulação com sectores da saúde e da segurança social); criação de equipas profissionalizadas e integradas para apoio a pessoas com quadros demenciais, de fragilidade e com várias comorbilidades, utilizando sistemas de partilha de recursos (estruturas de saúde e de apoio social); disseminação

de ações preventivas de aconselhamento e intervenção profissional individual ao nível dos Centros de Saúde/ACES em programas específicos (risco de queda, dificuldade/incapacidade em AVD's, obesidade, osteoartrite, controlo da dor, etc.).

No que diz respeito à área dos cuidados, cuidadores formais e informais, e resposta sociais: criação de programas de formação estruturada para cuidadores formais não qualificados; organização de programas de formação para cuidadores informais; criação e organização de sistemas de recursos partilhados entre instituições, geridas em consórcio; organização de sistema regular de avaliação com envolvimento dos utilizadores (reais e potenciais) da responsabilidade dos prestadores e dos Conselhos Locais de Ação Social (CLAS).

Propostas para apoio à manutenção da/na própria residência: elaboração, implementação e avaliação de projetos de desenvolvimento de novas áreas de apoio para os serviços de apoio no domicílio, capazes de responder às necessidades individuais e locais; Elaboração, implementação e avaliação de projetos de inovação social para apoiar a manutenção na residência, a partilha de residência ou outras soluções de «Ageing in Place»; introdução de novas tecnologias na monitorização de pessoas que vivem sós ou isoladas; criação de gabinetes de apoio técnico, da responsabilidade das autarquias, para elaboração de soluções de acessibilidade nas residências privadas.

Articulação de serviços, apoio à decisão dos agentes locais, nomeadamente das autarquias: desenvolver programas de formação e qualificação dos técnicos com intervenção comunitária, adequados aos perfis de envelhecimento regional, desenvolvidos pelas instituições de ensino/investigação; definição de protocolos de ativação de apoio em situações de emergência articulando juntas de freguesia, serviços ação social das autarquias, da segurança social e das estruturas de saúde; criação/dinamização de bancos de ajudas em articulação entre os serviços de ação social das autarquias, de IPSS ou ONG; utilização dos sistemas de informação geográfica como ferramentas de análise da adequação dos equipamentos/serviços disponíveis com base nos perfis de envelhecimento das comunidades, para apoio à planificação territorial.

A heterogeneidade dos contextos e perfis de envelhecimento que pudemos identificar evidenciam, portanto, que a implementação do «Ageing in Place» pressupõe intervenções a diferentes níveis e que os territórios, as comunidades e as instituições têm de compreender e de se organizar por forma a responder à diversidade das necessidades destas populações, numa lógica de proximidade e de colaboração intersectorial.

MARIA JOÃO GUARDADO MOREIRA
Age.Comm/Instituto Politécnico de Castelo Branco

Quais são os objetivos do *ageing in place*? Primeiro, do ponto de vista das pessoas idosas e das suas famílias, permanecer nas suas casas e comunidades o maior tempo possível proporciona controlo sobre as suas vidas e permite manter um sentido de identidade, promovendo o bem-estar. Qualquer deslocalização implica a perda de relações sociais, mudanças nas rotinas diárias e estilos de vida, e frequentemente perda de independência. Segundo, do ponto de vista dos decisores políticos, o cuidado institucional é mais caro do que a prestação de cuidados na comunidade. Esta constatação tem inspirado os decisores políticos a implementar medidas que dão prioridade ao envelhecimento em casa e a oferta de serviços neste domínio começou a proliferar, fornecendo novas opções para aqueles que precisam de assistência no domicílio para continuarem a manter uma vida tão independente quanto possível.

Para que o *ageing in place* seja possível é necessário criar «comunidades habitáveis» (Iecovich, 2014), um conceito que liga o design físico, a estrutura social e as necessidades de todas as gerações que compartilham um local comum. Nas últimas décadas tem proliferado a implementação de programas e serviços que visam a criação destas comunidades, em tipo e variedade. Entre estes contam-se diversos serviços de apoio domiciliário, cuidados de saúde no lar, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos domiciliários, programas de nutrição e serviços de apoio para cuidadores e familiares. Em resumo, nas próximas décadas, o *ageing in place* será uma estratégia comum utilizada para atender às necessidades complexas, variadas e crescentes das pessoas idosas, adaptando as respostas e desenvolvendo modelos inovadores de cuidado dirigidos a pessoas idosas, ainda autónomas ou já dependentes. Disso são exemplo inovações tecnológicas recentes, como a teleassistência, o tele-atendimento domiciliário e outros

dispositivos que tenham como objetivo fornecer soluções para aumentar a segurança em casa e promover a independência, capacitando desse modo o *ageing in place*. Muitas gerotecnologias já estão disponíveis e outras serão certamente introduzidas num futuro próximo, funcionando como mecanismos compensatórios da interação pessoa-ambiente e habilitando as pessoas mais velhas a envelhecer com maior segurança.

Tendo sido introduzido na literatura gerontológica nos anos 1980 e 1990, o conceito de *ageing in place* tem sido reinventado, assumindo nos últimos anos novas interpretações e novos focos de análise. Dois exemplos:

- a revista *The Gerontologist* dedicou integralmente a sua edição de Fevereiro de 2018 (Volume 58) ao tema *Aging in Context*¹³, salientando-se a apresentação de estudos mais tradicionais sobre o impacto de contextos urbanos e rurais na transação entre pessoas idosas e ambiente, mas também novos temas, como o impacto da «gentrificação» nos contextos de envelhecimento e suas implicações na saúde física e mental dos mais velhos,
- a edição especial da revista *Housing and Society* de novembro de 2017 (Volume 44) foi precisamente consagrada ao tema *Aging in Place*¹⁴, tendo o respetivo editor reconhecido logo na apresentação que «recently there have been increasing efforts to explore diverse interpretations and to rebuild the conceptual foundation of the aging in place idea». Os artigos publicados refletem a «arte do tempo» nesta procura de reconstrução do conceito de *ageing in place*, por exemplo: percepções do ambiente residencial, desafios associados a um projeto rural de *co-housing*, recursos de design promotores de um envelhecimento em casa e na comunidade, influência da idade e da (incapacidade) física na probabilidade de ocorrência de diferentes tipos de acidentes com lesões em ambientes residenciais privados.

¹³ <https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/1/1/4816817>

¹⁴ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08882746.2017.1398450>

Pensando especificamente na realidade portuguesa, propõem-se uma série de recomendações visando uma efetiva implementação do conceito de *ageing in place* em Portugal:

- Dinamizar estruturas a nível **local** (de base comunitária) com a **participação** das próprias pessoas idosas, com base em modelos de governação integrada (reforço das parcerias e da capacidade de criar relações sinérgicas em função das necessidades das comunidades onde estão inseridas).
- Promover o **atendimento integrado** das várias necessidades das pessoas idosas, por parte de equipas multidisciplinares especializadas.
- Valorizar o **quadro de vida** das pessoas idosas, nomeadamente através da construção de ambientes securizantes e de qualidade, adequados às suas necessidades, garantindo os seus direitos sociais e de cidadania.
- Garantir a existência de programas de apoio à requalificação das **habitações** (obras de adaptação ou alterações estruturais) e respetivas acessibilidades ao exterior da habitação.
- Alargar a disponibilização de **produtos de apoio**, equipamentos e soluções **tecnológicas** de vida assistida, que permitam a maior independência na vida quotidiana da pessoa idosa.
- Alargar a disponibilização de **serviços de teleassistência** (nas suas diferentes modalidades), estimulando o seu **acesso** e **utilização** por parte das pessoas idosas.
- Dinamizar grupos de **voluntariado** com adequado enquadramento, formação, acompanhamento e supervisão por parte de profissionais com **formação** especializada na área da Gerontologia garantindo a adequação dos perfis de voluntários/perfis das pessoas idosas e tipologia de ações desenvolvidas.
- Alargar os **Serviços de Apoio Domiciliário** em termos de **cobertura** territorial, **frequência** do apoio (e.g. apoio à noite e aos fins-de-semana e feriados), **tipologia** de serviços (de carácter **preventivo** e **reabilitador** e não apenas de satisfação de necessidades básicas) e de base **interdisciplinar**.

- Reforçar as equipas de **saúde** a nível local (equipas comunitárias).
- Promover a flexibilização e adequação dos serviços à **heterogeneidade** e **variabilidade** dos perfis e necessidades das pessoas idosas em lógicas colaborativas, interdisciplinares, interinstitucionais e intersectoriais (evitando intervenções tipificadas e promovendo intervenções à medida, globais e integradas).
- Desenvolver **equipamentos e serviços de base local/comunitária** em termos de número e adequação das respostas, qualidade das mesmas e equidade na sua distribuição territorial (Centros de Dia, espaços seniores, academias, espaços de convívio/encontro);
- Aprofundar as metodologias de **diagnóstico** para uma melhor e mais adequada planificação da intervenção (e.g. georreferenciação, diagnósticos locais, sistemas de identificação precoce de situações de vulnerabilidade, etc.).
- Investir na **informação, formação** (inicial e contínua), supervisão e apoio aos cuidadores (formais e informais) e de todos os agentes envolvidos no trabalho com pessoas idosas – profissionais de intervenção direta, coordenadores de serviços e projetos, dirigentes, voluntários, etc.
- Aumentar o número de vagas em **estruturas intermédias** de complemento dos serviços de apoio domiciliário (e. g. alojamento temporário, vagas para descanso dos cuidadores).
- Alargar o número e tipologia de **soluções habitacionais inovadoras de cohousing** (e.g. aldeias, lar, aldeias seniores, residências assistidas, etc.) e respetivo enquadramento legal.
- Disseminar a **informação** de todos os recursos, serviços e iniciativas existentes em cada território através de canais **acessíveis e adequados** aos diferentes perfis de pessoas idosas.
- Aumentar o número e abrangência de programas (nacionais e locais) de **promoção de um envelhecimento saudável** (literacia em saúde, atividade física, alimentação, prevenção de riscos, cidadania, etc.)

CARLA RIBEIRINHO
ISCSP – Universidade de Lisboa

Embora seja verdade que envelhecer em casa poderá não ser benéfico para todas as pessoas idosas (Oswald *et al.*, 2011), a investigação neste âmbito tem contribuído, simultaneamente, para destacar a evolução do conceito e para evidenciar um conjunto de implicações práticas para o planeamento de comunidades onde caiam, afinal, pessoas de todas as idades. No seu livro intitulado *Aging in the Right Place*, Golant (2015) destaca a profunda influência do local onde as pessoas idosas vivem e recebem os cuidados de que necessitam na sua capacidade de envelhecer com sucesso. O autor explora os múltiplos contextos possíveis de envelhecimento, da residência pessoal às unidades residenciais coletivas especialmente adaptadas para corresponder a vulnerabilidades particulares (como demências), argumentando que um envelhecimento com sucesso requer a realização de escolhas adequadas aos interesses e às capacidades de cada um, constituindo a escolha de um «lugar para envelhecer» (sempre que essa escolha se revelar possível) uma componente fundamental desse sucesso.

Scharlach e Diaz Moore (2016) procuraram responder à questão «what is aging in place?» propondo um «modelo integrado» de *ageing in place* em que se acrescenta a dimensão *tempo* ao espaço. Greenfield e Reyes (2014), por sua vez, inspirados no modelo norte-americano dos «Programas NORC» («Naturally Occurring Retirement Community Supportive Service Programs»), salientam a importância de se acrescentar a dimensão *comunidade* à satisfação das necessidades individuais, de modo a garantir um *ageing in place* promotor de bem-estar e qualidade de vida.

O primeiro Programa NORC foi fundado em 1986 num complexo habitacional cooperativo em Nova Iorque, tendo conseguido expandir-se para outros locais dos Estados Unidos. O modelo do Programa NORC é baseado na ideia de que muitas pessoas idosas vivem em comunidades que não foram planeadas tendo em conta as suas necessidades específicas, muito embora, com o tempo, tais comunidades apresentem uma proporção significativa de população idosa quando comparada com a população jovem e adulta (por vezes até em maior número). O modelo envolve a identificação de tais comunidades e o desenvolvimento de parcerias entre diferentes *stakeholders* – incluindo prestadores de serviços, proprietários de edifícios, agentes políticos e administrativos locais, e os próprios idosos – de modo a atender e responder a necessidades locais que suportem um *ageing in place* com qualidade de vida. Nos Estados Unidos, os programas NORC são normalmente liderados por organizações privadas sem fins lucrativos (Greenfield *et al.*, 2013). Embora os programas NORC não tenham sido desenvolvidos como programas de «vizinhos ajudando vizinhos», o modelo procura fortalecer os relacionamentos dentro de uma comunidade, incluindo os relacionamentos dos idosos entre si e com a comunidade mais ampla onde residem. Uma característica distintiva dos programas NORC é a sua preocupação em encarar as pessoas idosas não apenas

como destinatários passivos de serviços, mas também como contribuintes ativos para o seu próprio bem-estar através da ajuda mútua.

Também na Europa a importância da «vizinhança» («neighborhoods»), social e física, tem sido devidamente destacada como fator de sucesso para um *ageing in place* promotor de bem-estar e qualidade de vida. Duas teses de doutoramento realizadas na Holanda procuraram demonstrá-lo:

- Lager (2015) aborda as experiências de vida quotidiana de pessoas mais velhas residindo em bairros urbanos a partir de temas como a importância e significado dos contatos sociais locais, práticas quotidianas de envelhecimento (incluindo caminhadas), e geografia dos próprios bairros. Através destes temas são explorados os obstáculos sociais, físicos e temporais, bem como as oportunidades de interação e apoio social local. No geral, esta tese destaca a importância dos sentimentos de pertença *versus* exclusão para o bem-estar dos mais velhos, assim como o papel que as redes de vizinhança desempenham no contexto de um bairro urbano e que são relevantes para a definição de políticas públicas de planeamento de «bairros amigos dos idosos»;
- van Dijk (2015) parte de uma interrogação – quais são as características de um bairro que apoia o *ageing in place*? – para conduzir uma série de estudos exploratórios visando a definição de características que contribuam para a existência de um ambiente de proximidade favorável à pessoa idosa. Esta tese fornece uma visão das perspetivas dos próprios idosos sobre a importância comparativa das características físicas e sociais da vizinhança, procurando estabelecer relações entre as características da vizinhança e o estado de saúde e de bem-estar dos idosos.

Estas diferentes preocupações e perspetivas mostram bem como o conceito de *ageing in place* não parou de evoluir, permitindo uma interpretação variável daquilo que, em diferentes momentos e contextos sociais, é mais valorizado. Inicialmente, o foco estava no «lugar» (na residência), tendo evoluído progressivamente para «relacionamentos» no seio da comunidade (Thomas & Blanchard, 2009), refletindo a importância que a ideia de «comunidade amiga das pessoas idosas» («age (aging)-friendly community») passou a ter a partir de determinada altura, alargando o conceito de *ageing in place* à interação entre as pessoas idosas e os ambientes em que vivem (Vasunilashorn, Steinman, Liebig & Pynoos, 2012). Recordemos que foi através do pensamento original de Lawton e Nahemow (1973) que, embora essa fosse a forma mais habitual de envelhecer, o desejo de envelhecer em casa e na comunidade tornou-se um objetivo explícito

como alternativa à institucionalização. Idosos, famílias, prestadores de cuidados e de serviços, e agentes políticos, foram-se envolvendo em esforços coletivos para apoiar e incentivar o *ageing in place*, existindo hoje uma atmosfera claramente favorável à sua disseminação como medida política e prática efetiva de promoção de um envelhecimento ativo e saudável, retardando ao mesmo tempo o recurso à institucionalização.

O sucesso da implementação do conceito de *ageing in place* requer a adoção de uma perspetiva que decorre de uma abordagem complexa de intervenções multissetoriais, atravessando dois níveis de atuação: (i) a adaptação do ecossistema das populações, com responsabilidade posicionada nas comunidades locais; (ii) a adoção de estratégias individuais, ao longo da vida.

1. Análise e Avaliação das Oportunidades vs. Condições

Ao conjunto de oportunidades que o *ageing in place* permite acrescem condições que devem ser analisadas de acordo com as especificidades de cada contexto. Este diagnóstico efetiva-se junto dos indivíduos, auscultando necessidades e expectativas, mas passa também por avaliar as características do ecossistema onde envelhecem, identificando os riscos/fatores inibidores e os contextos favoráveis ao *ageing in place*. Esta recomendação pode passar pela realização de estudos de diagnóstico, mas pode sobretudo aproveitar as bases de dados e o manancial de informação existente nas diferentes organizações locais.

2. Intervenções locais com planeamento inovador e respostas diversificadas

A aplicação deste paradigma deve centrar-se nas intervenções locais, próximas das pessoas. A governança local assume uma posição privilegiada, com ações que beneficiam da colaboração entre as entidades locais governamentais, as empresas locais e as organizações do terceiro setor (quer do setor informal, quer voluntário e da solidariedade). A conjugação de esforços entre entidades (públicas, privadas e do terceiro setor) permitirá a otimização dos recursos, evitando replicações desnecessárias e reforçando áreas prioritárias em cada contexto social e territorial. Recomenda-se uma diversidade de respostas e serviços personalizados, dirigidos a todas as condições socioeconómicas, que requerem um

planeamento inovador na criação de soluções e políticas que favoreçam a permanência na comunidade de uma população heterogénea, quer em termos de condições económicas e sociais, quer de necessidades e preferências. Estas respostas/serviços devem, portanto, ultrapassar as políticas de apoio social (para que não respondam apenas à população desfavorecida), focando-se na conexão dos indivíduos (com diferentes perfis socioeconómicos) com os seus espaços residenciais, e na ligação entre as habitações e a comunidade, para que a pessoa possa ser autónoma, exercer o seu poder de decisão, e ter privacidade e liberdade nas escolhas sobre a sua vida. Incluímos, assim, a importância de uma diversidade de recursos existentes nas comunidades, ao nível de:

- i. Transportes e formas facilitadoras da mobilidade das pessoas, incluindo medidas facilitadoras do uso do transporte próprio e adequação dos transportes públicos no alcance de serviços essenciais.
- ii. Características do bairro/comunidade em que a pessoa vive, incluindo adequação dos espaços públicos a diferentes condições de funcionalidade, enquanto plataforma para satisfação de necessidades, desejos e exercício de direitos (saúde, cultura, etc.).
- iii. Serviços de promoção da saúde e prevenção da dependência ao longo da vida, que podem ser potenciados ao nível local, mediante a transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais na área da saúde (Decreto-Lei n.º 23/2019 de 30 de janeiro).
- iv. Cuidados de Longa Duração, específicos no tratamento de situações de co-morbilidade associadas à idade avançada, que respondam às necessidades das pessoas mais velhas, em articulação com os planos de cuidados ao domicílio.
- v. Serviços de remodelação e adaptação das habitações às mudanças na funcionalidade que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, adequadas a distintas condições/disponibilidade financeiras, incluindo aquisição e aplicação dos avanços tecnológicos. Simultaneamente, podem apresentar-se alternativas

habitacionais para as pessoas mais velhas. Estas medidas devem apoiar o arrendamento/aquisição em idade avançada e contemplar modelos de habitação inovadores.

- vi. Diversidade de serviços e apoios ao domicílio, quer em termos de valências quer de acordo com as possibilidades económicas. Esta rede de serviços (por exemplo na alimentação, higiene habitacional, reparações domésticas) beneficiará da articulação entre as diferentes organizações locais. Na área da saúde, recomendam-se ações dirigidas aos recursos humanos para garantir um suporte especializado com cuidados centrados na pessoa, passando pela facilitação do acesso a cuidadores formais (mediante a criação de uma rede/articulação entre as diferentes organizações locais) e o apoio/formação aos cuidadores informais. As medidas devem considerar a variabilidade de cuidados necessários, mas também as diferenças económicas.
- vii. Diversidade de ofertas e oportunidades de participação (política, cívica e no trabalho), ocupação e lazer/culturais, que promovam a capacitação. Esta oferta implica infraestruturas multigeracionais, considerando os diferentes pontos geográficos da comunidade, diferentes condições de acesso, mobilidade e estatuto socioeconómico (para que não respondam apenas às elites, autónomas e independentes).
- viii. Serviços de apoio instrumental, que facilitem/apoiem a adaptação aos recursos tecnológicos, facilitando a realização de tarefas instrumentais como assuntos legais e burocráticos (como o preenchimento do IRS, de um formulário da Segurança Social ou a marcação de consultas/exames online).

3. Adequação das instituições

Nas situações em que as restrições superam as oportunidades de *ageing in place* (quando a limitação da funcionalidade se reflete em dependência, associada à incapacidade de resposta permanente por parte dos familiares; ou quando permanecer em casa confina os indivíduos a um ambiente inadequado), é necessário repensar como se devem

adequar as instituições para se aproximarem do conceito de *ageing in place*. Além da articulação com os Serviços de Apoio Domiciliário, as estruturas residenciais podem criar ambientes mais familiares, sobretudo quando localizadas nas comunidades dos residentes, aplicando as diretrizes dos modelos centrados na pessoa (que permitem decoração dos espaços com objetos pessoais, flexibilidade nas rotinas, poder de decisão dos residentes em relação a rotinas e atividades, animais de estimação, etc.).

4. Recursos pessoais

As estratégias individuais dependem de recursos pessoais, importantes para o sucesso do *ageing in place*. Falamos de recursos materiais e financeiros, mas também da rede social, educação e literacia, que pode ser potenciada pelas políticas públicas focadas no *empowerment*, capacitação e participação.

MARIA JOÃO BÁRRIOS
ISCSP – Universidade de Lisboa

Numerosos estudos realizados nos últimos anos sustentam a existência de benefícios psicológicos, emocionais, sociais e financeiros do *ageing in place*. Pani-Harreman *et al.* (2020) realizaram uma «revisão de literatura» dos principais tópicos abordados na literatura científica das últimas décadas em torno do conceito de *ageing in place*, tendo identificado os seguintes temas principais em que o conceito se tem desdobrado: o *local físico* («place») onde as pessoas envelhecem, seja a casa onde vivem, o *ambiente* onde a casa está implantada, ou a vizinhança em redor; as *relações sociais* proporcionadas com base no contexto residencial e social em que se vive; o *suporte social* de que se dispõe, tanto de natureza formal como informal; a *tecnologia* utilizada para auxiliar a vida independente; o papel das *características pessoais* na maior ou menos disponibilidade e capacidade para viver em casa de forma autónoma e independente. No mesmo estudo, os autores dão igualmente conta das regiões mais ativas na produção e conhecimento e na identificação de práticas de *ageing in place*. Assim, a maioria das publicações revistas tem origem na Europa (com domínio da

Holanda), na Oceânia (Austrália e Nova Zelândia) e na América do Norte (sobretudo Estados Unidos).

Na Austrália, Bartlett e Carroll (2011) reconhecem que *ageing in place* é um objetivo principal no âmbito das políticas dirigidas às pessoas mais velhas, proporcionando-lhes o apoio necessário para respeitar a sua escolha de permanecerem em casa à medida que envelhecem; ao fazê-lo, previne-se igualmente a sobrecarga dos serviços assistenciais, que dessa forma podem focar-se na necessidade dos mais dependentes e vulneráveis do ponto social e de saúde. O conceito de *ageing in place* foi formalmente reconhecido pelo governo australiano como um eixo político fundamental em 1997, na «Aged Care Reforms», reportado a políticas e programas suscetíveis de «empower older people to live in their own home, connected to their community». Numa atualização posterior, o conceito de *place* foi estendido, podendo referir-se quer à habitação própria, quer a unidades residenciais partilhadas a que os respetivos residentes atribuem o significado de «casa». Desde 1997, uma série de serviços foram desenvolvidos tanto pelo governo central australiano como em articulação com os governos estaduais e dos territórios, por forma a sustentar uma efetiva implementação dos princípios inerentes ao *ageing in place*:

- Home and Community Care Services, providenciando uma rede alargada de serviços de suporte para pessoas mais velhas baseados na comunidade,
- Aged Care Packages, baseados na avaliação de necessidades individuais efetuada pelos Aged Care Assessment Teams, de que são exemplos os Community Aged Care Packages (serviços básicos), os Extended Aged Care at Home (serviços mais diferenciados), e os Extended Aged Care at Home-Dementia (dirigidos especificamente a pessoas sofrendo de demência que vivam nas suas residências),
- Transition Care Packages, dirigidos a pessoas idosas em recuperação nas suas casas na sequência de um internamento hospitalar,
- Multi-Purpose Services, proporcionando cuidados integrados de diferentes tipos em pequenas comunidades rurais.

Também no Reino Unido (Sixsmith & Sixsmith, 2008) o conceito de *ageing in place* foi desde sempre um desafio e uma componente chave da política britânica sobre pessoas idosas e habitação. Ajudar as pessoas a envelhecer em casa é visto como um benefício para a sua qualidade de vida e apresenta-se claramente como a melhor solução, também do ponto de vista económico, para os problemas decorrentes da expansão da população idosa. Contudo, os autores salientam que se é verdade que envelhecer em casa pode trazer efetivamente benefícios psicológicos e sociais, pode também

acarretar uma significativa diminuição da qualidade de vida quotidiana e ser objeto de experiências negativas associadas ao risco de isolamento e solidão, sobretudo quando existem debilidades em termos de suporte informal e de rede social de vizinhança. Os autores propõem que uma forma de contornar algumas destas limitações consiste no incremento de novas tecnologias na prestação de serviços aos mais idosos, possibilitando simultaneamente uma melhoria na prestação de cuidados e aumentando as possibilidades de contactos sociais.

Ainda no Reino Unido, o projeto «Age-friendly communities», implementado em três cidades do país – Manchester, Edimburgo e Glasgow – explora como é que as pessoas experimentam o seu próprio processo de envelhecimento em diversos contextos urbanos, retirando daí implicações para o desenho e conceção de «age-friendly cities and communities», isto é, cidades e comunidades «that have policies, services and structures that enable older people to ‘age actively’ – that is, live in good security, enjoy good health and continue to participate fully in society» (Fisher *at al.*, 2019). Seis temas emergem como cruciais para se alcançarem os objetivos enunciados: (i) circulação nos espaços urbanos, (ii) habitação, (iii) participação social, (iv) construção de comunidades intergeracionais, (v) existência de recursos culturais amigos das pessoas idosas, (vi) respeito e valorização das pessoas mais velhas. O desenho e a conceção de cidades e comunidades amigas dos idosos requerem que os próprios idosos se sintam pertencentes ao lugar onde vivem, o que é mais vasto do que a simples existência de condições físicas e materiais para que as pessoas aí possam envelhecer. A criação e o desenvolvimento de oportunidades de participação social e de manutenção de redes sociais é algo absolutamente fundamental para que as pessoas mais velhas assumam papéis ativos e significativos nas respetivas comunidades.

6

OS DESAFIOS DE *AGEING IN PLACE*

Envelhecer em casa e na comunidade onde ela se insere não é nada de novo, evidentemente. Até há relativamente pouco tempo era, aliás, o mais expetável: a pessoa envelheceria na sua própria casa, esperando que a família, vizinhos e amigos, ou alguém remunerado especificamente para esse efeito, pudessem proporcionar algum apoio eventualmente necessário numa fase mais avançada da vida. Apesar de muitas instituições procurarem oferecer «soluções humanizadoras» de vida institucional, a verdade é que a generalidade da população adulta e mais velha continua a valorizar o *ageing in place* como a solução preferencial de envelhecimento, apoiada por algum tipo de apoio domiciliário ou suporte de saúde quando tal se revela indispensável para garantir a autonomia.

Sem negligenciar a importância das instituições de acolhimento residencial permanente para pessoas idosas, indispensáveis para responder a necessidades complexas e exigentes, quer em termos de cuidados sociais quer de cuidados de saúde, a generalidade das pessoas valoriza a sua independência e prefere continuar a viver na sua própria casa à medida que envelhece. Isso é assim em latitudes tão diferentes como o Japão (Matsumoto *et al.*, 2016), os Estados Unidos (Eckert, Morgan & Swamy, 2004), a Nova Zelândia (Wiles *et al.*, 2011) e a Europa em geral (Pani-Harreman *et al.*, 2020). As recomendações europeias insistem no desenvolvimento de estratégias que permitam aos mais velhos permanecer autónomos e viver mais tempo nas suas casas, transformando as medidas de cuidados em respostas às necessidades (Eurostat, 2012). Nesta perspetiva, aponta-se como desafio – social e político – a promoção de condições e oportunidades para que todas as pessoas possam permanecer no seu espaço *habitat* o maior tempo possível, ainda que possam apresentar redução de funcionalidade e/ou doenças.

O trabalho intitulado «Exploring the lived experiences of seniors aging in place» (Dante, 2015) explora precisamente este tema. Reconhecendo que, nos Estados Unidos,

a geração de *baby boomers* que atinge atualmente a velhice terá uma longevidade maior do que a geração anterior, parte-se do princípio que será necessário providenciar mais serviços de apoio prevenindo a institucionalização precoce e/ou indesejada; tais serviços podem incluir ajustamentos na habitação, mobilidade, nutrição, cuidados pessoais ou cuidados de saúde. O objetivo do estudo foi procurar compreender quais eram as atitudes e crenças vividas e compartilhadas por *baby boomers* autónomos sobre a possibilidade de envelhecerem nos locais onde viviam – em vez de se deslocarem para uma instituição ou «comunidade para pessoas idosas» («retirement communities») – e quais as implicações dessa decisão. Através da realização de entrevistas presenciais e respetiva codificação, os dados recolhidos foram organizados em torno de temas-chave, o principal dos quais indicando que os participantes esforçavam-se efetivamente por ajustar as suas limitações (de ordem física, financeira, emocional e/ou ambiental), quando presentes, à motivação principal de continuarem a viver nas suas residências. As principais barreiras ao *ageing in place* por eles identificadas foram o acesso a serviços (especificamente cuidados médicos e cuidados ao domicílio), restrições financeiras, a incapacidade de conduzir a viatura pessoal e a inacessibilidade de transportes públicos.

Estudos desta natureza poderão ser bastante úteis, fornecendo a formuladores de políticas e a decisores sociais informações importantes para se fortalecer o atual sistema de prestação de serviços sociais com medidas que respondam de facto às necessidades de quem pretenda manter-se autónomo em casa pelo maior tempo possível, independentemente de já ser idoso ou de caminhar para lá. Ainda que seja claro na literatura que o *ageing in place* idealiza a casa e a comunidade envolvente como locais privilegiados para envelhecer (Dalmer, 2019), as preocupações políticas devem centrar-se numa visão de ciclo de vida, considerando as alterações que vão decorrendo tanto em cada pessoa ao longo da respetiva idade adulta, como no ambiente em que ela vive. Este desafio adquire uma dimensão considerável quando olhamos simultaneamente para os requisitos implícitos numa intervenção a nível comunitário (através da adaptação do *habitat* onde as pessoas envelhecem) e para requisitos de ordem individual (através da seleção de estratégias e mobilização de recursos que cada um terá de fazer para envelhecer o melhor possível). Com efeito, a concretização de um verdadeiro *ageing in place* cruza uma intervenção aprofundada nas características dos contextos onde as pessoas envelhecem (ambiente, relações de vizinhança, recursos da comunidade, habitação) com características de natureza individual (motivações, saúde, condição cognitiva e emocional).

Isto significa que as mudanças suscitadas pela vontade e possibilidade de «envelhecer em casa e na comunidade», para serem verdadeiramente facilitadoras de uma vida independente e tão ativa quanto possível, devem repercutir-se a vários níveis.

Alguns exemplos:

- tornar a habitação um local seguro e confortável, o que pode incluir a provisão de recursos financeiros para fazer alterações estruturais de modo a tornar a habitação ajustada ao aparecimento de situações de declínio físico,
- prever a existência de recursos humanos que possam garantir suporte especializado no caso de surgirem doenças incapacitantes que requeiram cuidados especiais em algum membro idoso da família,
- considerar a questão da mobilidade e dos transportes, assegurando a existência de um plano alternativo à condução da viatura própria, a qual poderá em algum momento ficar comprometida,
- abordar com os filhos (caso existam) questões sensíveis como «quem tomará conta de mim em caso de necessidade» ou «o que poderei esperar da vossa parte», o que facilitará a elaboração de planos quanto ao futuro,
- avaliar as implicações de um plano de cuidados ao domicílio, do ponto de vista da existência de recursos disponíveis na comunidade envolvente mas também do ponto de vista financeiro,
- adaptar-se a recursos tecnológicos que possam facilitar a realização de tarefas do quotidiano, promover as relações sociais e melhorar a qualidade de vida.

Ao tomar a decisão de permanecer na habitação da sua escolha pelo maior tempo possível, com segurança e conforto, é importante que a pessoa tenha consciência que tal decisão pode incluir – e exigir – o recurso a serviços complementares que estendam a funcionalidade e mantenham a sua qualidade de vida. Envelhecer em casa – e não numa instituição – não significa por si só a inexistência de problemas, mas sim a existência de outros problemas cuja resolução será tanto mais facilitada quanto melhor for atempadamente planeada.

Refletindo sobre as potencialidades heurísticas que o conceito de *ageing in place* pode trazer para a intervenção social, no âmbito do envelhecimento, tal obriga a pensar na multiplicidade de respostas e apoios que potenciem a manutenção das capacidades dos indivíduos, sua autonomia e funcionalidade, mas também no apoio aos cuidadores formais e informais, enquanto esteios inquestionáveis de uma política de *ageing in place*. Alguns exemplos de intervenções neste sentido:

1.

Desenvolver uma política de ação assente no *ageing in place* obriga a questionar quem são, afinal, as pessoas idosas que desejam envelhecer em casa e na comunidade. Atendendo a que apenas uma percentagem pequena de pessoas idosas, no nosso país, são apoiadas em estruturas residenciais, como vive ou pretende viver a larga margem da população mais velha? Quais os principais desafios com que se defrontam no seu quotidiano, sobretudo à medida que as manifestações de senescência se começam a manifestar? Com que apoios podem contar? Qual o papel da sua rede familiar e de apoio? Como se manifestam sobre a sua perceção de saúde, sobre o apoio recebido e sobre a retaguarda familiar e emocional? Como se experiencia o isolamento social e o sentimento de solidão? Estas são apenas algumas das múltiplas questões significativas que devem ser formuladas de forma contínua, atualizada e precisa às pessoas idosas à medida que envelhecem. Ora, isto obrigaria à mensuração dos fenómenos da solidão e do isolamento social por via de um trabalho sistemático e permanente de rastreio e diagnóstico de necessidades centrado nesta franja populacional, desenvolvido de forma regular nos distintos contextos comunitários. Alguns municípios ou organismos desenvolvem pontualmente estudos e diagnósticos com estes propósitos, mas uma política de *ageing in place* obrigaria que estas práticas se disseminassem por todo o país e fossem acompanhando toda a população idosa ao longo do seu processo de envelhecimento. Não é possível que as comunidades conheçam estes públicos e suas necessidades, sem que este trabalho de diagnóstico seja realizado, do mesmo modo que não é possível intervir e construir respostas sem sabermos quem são as pessoas e quais as suas

necessidades. Com efeito, seria importante eleger como objetivo das políticas nacionais e/ou locais, a partir dos bons exemplos que pontualmente já se evidenciam no nosso país, a realização sistemática e reiterada de diagnósticos gerontológicos cientificamente sustentados que conduzissem à construção de uma verdadeira política de *ageing in place*.

2.

Atender a estas múltiplas necessidades impõe o reconhecimento de uma política de apoio a cuidadores formais e informais que, estando a dar os seus primeiros passos, precisa obviamente de múltiplos *inputs* para que se possa assumir como um verdadeiro suporte às distintas vivências de *ageing in place*. Em primeiro lugar, impõe-se que de imediato se valorize a formação em gerontologia no nosso país, área que tem sido frequentemente descurada. Não se pode tratar o envelhecimento, enquanto fenómeno multidimensional, de forma amadora. A exigência que subjaz à construção de uma política de *ageing in place* obriga à existência de profissionais cientificamente bem preparados, capazes de desenvolver bons diagnósticos, de construir e implementar políticas adequadas para que a incapacidade, a dependência e o declínio não se instalem precocemente, de preparar e acompanhar os cuidadores nos seus contextos de apoio, de apoiar as pessoas mais velhas nas suas múltiplas necessidades, entre outros. Por outro lado, garantir formas de vida assistida em casa obriga a cuidadores formais e informais bem preparados e adequadamente remunerados, e não a uma política de redução de custos assistenciais. Este entendimento supõe uma alteração das políticas governamentais no que diz respeito à valorização das profissões de cuidado de âmbito gerontológico.

3.

Para que a permanência em casa não seja sinónimo de maior risco de isolamento e solidão, torna-se imprescindível considerar e valorizar o surgimento de um conjunto de dispositivos tecnológicos que não apenas salvaguardem a integridade pessoal e a monitorização de indicadores de saúde, como também garantam novas formas de conexão social. O contexto pandémico enfrentado em 2020 e 2021 provou sobejamente

como muitas pessoas se viram privadas das suas formas habituais de se conectarem com a família e com as entidades provedoras de serviços sociais e de saúde, enfatizando disparidades no acesso às tecnologias e múltiplas experiências de solidão, de ansiedade, depressão ou perda cognitiva. Neste contexto, destacamos a importância de valorizar e disseminar intervenções mediadas pela tecnologia, para que o seu uso se torne amigável, enfatizando o investimento na literacia digital dos mais velhos, dos profissionais que operam neste campo e dos cuidadores.

4.

A suspensão de atividades de apoio social desenvolvidas em Centros de Dia em função do surto pandémico de 2020 e 2021 colocou o enfoque no investimento que é necessário despoletar na domiciliação de cuidados e no planeamento e diversificação de serviços, de que destacamos: a tele-saúde e o desenvolvimento de serviços de psicoterapia on-line; as intervenções psicossociais que fomentem atividades interativas; o apoio na superação de barreiras ao uso da tecnologia e da internet; a construção de programas de aprendizagem virtual interativa; intervenções que poderiam simplesmente envolver visitas virtuais ou contato telefónico mais frequente; a prestação de serviços de entrega ao domicílio; a estimulação cognitiva e reabilitação funcional; o fornecimento de ajudas técnicas e programas de prevenção de quedas; programas educativos de prevenção da saúde e atualização de notícias; visitas compassivas a pessoas em final de vida; voluntariado organizado; serviços de melhoria/reforma nas habitações; transporte/acompanhamento para satisfação de necessidades essenciais.

5.

Destaca-se, finalmente, a importância de continuar a disseminar boas práticas inspiradoras de tantos profissionais que, não raras vezes, submersos nos problemas emergentes da prática, não conseguem, por si mesmos, ter disponibilidade para ir à procura de novas ideias e paradigmas de intervenção.

JOANA GUEDES

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Os desafios do *ageing in place* referem-se a necessidades relativamente comuns a todos os idosos, diga-se, e que devem ser atendidas através de um planeamento adequado de acordo com os requisitos de cada um e com as características do local onde vive, considerando aqui tanto a residência como o espaço envolvente em constante mudança. Pensando em algumas das mudanças características do processo de envelhecimento – diminuição da capacidade visual e auditiva, menos resistência e força física, maior risco de acidentes devido à fragilidade óssea, menor equilíbrio ao caminhar, diminuição da agilidade e flexibilidade –, logo verificamos o impacto que elas poderão ter numa série de atividades comuns do dia-a-dia: sair e voltar para casa sem incidentes; conduzir com segurança e sem ansiedade; usar transportes públicos com facilidade e sem contratempos; participar em eventos sociais sem dificuldades; manter a casa limpa e arranjada; cuidar do jardim; ser capaz de levantar ou carregar coisas mais pesadas; tratar das finanças pessoais, pagar contas e assegurar o cumprimento de outras tarefas administrativas; cuidar de si próprio, o que inclui ser capaz de fazer tarefas como ir às compras ou assegurar uma alimentação saudável; e cuidar da saúde, o que inclui ir ao médico e tomar medicação corretamente, mas também fazer atividade física com regularidade. Planear um *ageing in place* que garanta uma qualidade de vida satisfatória exige planear com antecedência como irá ser o desenrolar do quotidiano por forma a que essas mudanças (e outras porventura mais incapacitantes que venham a surgir) não afetem significativamente a autonomia e preservem a funcionalidade indispensável à vida independente.

A este respeito, uma vasta gama de conselhos, ajudas técnicas e guias para envelhecer em casa estão hoje disponíveis na Internet, demonstrando bem a importância que o *ageing in place* tem adquirido como estratégia global de promoção de um envelhecimento ativo e saudável, um pouco por todo o mundo:

- <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/aging.html>
- <https://www.aginginplace.org/aging-in-place-vs-assisted-living/>
- <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home>
- <https://ageinplace.com/>
- <https://www.ageinplace.org/>
- <https://www.aginginplace.org/>
- <http://www.npr.org/2017/05/31/528949740/meet-a-home-contractor-who-helps-older-people-age-in-place>
- <http://www.aarp.org/livable-communities/info-2014/livable-communities-facts-and-figures.html>
- <https://www.huduser.gov/portal/periodicals/em/fall13/highlight2.html>

- <http://archstone.org/what-we-fund/funding-priorities/aging-in-community/>
- http://www.eldercare.gov/Eldercare.NET/Public/Resources/Factsheets/Home_Modifications.aspx
- <https://www.pinterest.com/rebltdgtogthr/aging-in-place/>
- <https://homemods.org/>

Em alguns casos, esses conselhos adquirem mesmo uma faceta pessoal, transcrita em *sites* e *blogs* protagonizados por pessoas que escolheram viver nas suas próprias casas e que relatam, na primeira pessoa, os desafios de tal decisão:

- <https://designmind.frogdesign.com/collections/aging-in-place/>
- <https://well.blogs.nytimes.com/2016/05/02/aging-in-place/>

Quais são, então, as principais vantagens que o *ageing in place* proporciona e que, ao mesmo tempo, se constituem como desafios principais para a sua implementação?

1. Preservação da independência

Para muitas pessoas, manter a independência pessoal é um elemento essencial para a sua qualidade de vida. Envelhecer em casa permite manter um elevado nível de controlo sobre a vida pessoal; para além de se continuar a viver num espaço privado, continua-se também a satisfazer necessidades básicas de forma autónoma e a administrar essas necessidades de forma independente. Com efeito, o desejo de evitar a perda da independência explica em boa medida a preferência por envelhecer em casa.

2. Vinculação à casa, ao lugar e ao que eles significam

Muitas pessoas valorizam envelhecer em casa pois só desse modo conseguirão permanecer até ao fim perto dos seus bens – a começar pela própria casa – e do lugar («a minha terra») onde ela se encontra implantada. Tendo passado décadas a pagar uma habitação própria e a recheá-la de objetos com elevado valor financeiro e/ou afetivo, a perspetiva de se separarem de algo a que se encontram tão fortemente vinculados é, para muitos, intolerável. Envelhecer em casa e na comunidade permite aos idosos continuarem a desfrutar o que valorizam de acordo com os seus próprios gostos e preferências, constituindo um fator acrescido de felicidade e de resiliência face ao avanço da idade.

3. Manutenção de ligações com a comunidade

Envelhecer na comunidade onde se vive permite que a vida de todos os dias continue a ser o mais parecida possível com aquilo que sempre foi. Muitos adultos e

pessoas mais velhas têm um forte desejo de preservar, ou mesmo intensificar, as ligações com as comunidades onde vivem e com as pessoas que aí conhecem, ligações essas que facilmente se perdem em caso de mudança de residência. O *ageing in place* permite que amizades, participação em atividades culturais, lúdicas e de aprendizagem, e outras interações sociais significativas, continuem a fazer parte do cotidiano, com todas as vantagens que daí decorrem: uma vida social ativa reduz a incidência de depressão e contribui para melhorar a saúde em geral. É certo que as instituições de acolhimento residencial para idosos também podem oferecer oportunidades de participação e de construção de relações sociais, tendo a institucionalização, no entanto, a desvantagem de «cortar» a ligação dos residentes com as antigas comunidades e com quem lá continua a viver.

4. Gestão do orçamento pessoal

Fazer um orçamento que contemple os custos de habitação, saúde e outras necessidades (incluindo um eventual apoio domiciliário regular) poderá não ser fácil para idosos que tenham rendimentos baixos, mas o custo de uma unidade residencial de qualidade é frequentemente mais alto do que continuar a viver em casa, sobretudo quando já é necessário contabilizar o pagamento da hipoteca da habitação no orçamento mensal.

5. Fazer modificações na habitação

Uma vez que algumas pessoas idosas podem viver em casas com um ou mais lances de escada, acesso dificultado a banheiras, cozinhas antiquadas, corredores estreitos e vários outros obstáculos que constituem um risco para a mobilidade, é importante avaliar o nível de segurança da habitação e resolver os problemas-chave o mais cedo possível. Tal significa que desde cedo, caso desejem envelhecer em casa, as pessoas devem reservar os necessários fundos para efetuar modificações na habitação.

6. Adaptar comunidades inteiras

Em alguns países têm-se feito consideráveis avanços no sentido de motivar comunidades inteiras a um esforço coletivo de adaptação aos desafios colocados pelo *ageing in place*. É o caso de Manchester¹⁵, onde desde há muito os organismos locais estão comprometidos com a vontade em fazer da grande cidade inglesa um bom local para se envelhecer, ou de uma forma mais geral o caso das regiões e localidades

¹⁵ https://www.manchester.gov.uk/downloads/file/11899/manchester_a_great_place_to_grow_older_2010-2020

empenhadas em tornarem-se uma rede de «age-friendly cities and communities», no quadro de uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde¹⁶ lançada em 2007. Noutro plano, há mais de 20 anos que, nos Estados Unidos, a Archstone Foundation¹⁷ financia programas especificamente dirigidos à aplicação concreta do conceito de *ageing in place* em comunidades locais, com o objetivo de fazer da vida independente uma realidade pelo maior tempo possível e de aumentar o envolvimento dos mais velhos na vida das comunidades onde residem.

7. Realizar estudos

É preciso conhecer efetivamente o que é que os idosos que optam por envelhecer em casa realmente necessitam para que tal objetivo seja exequível, com o máximo de qualidade de vida possível; nuns casos podem precisar de apoio para remodelar as suas casas, noutros auxílio para realizar as tarefas diárias, etc. A investigação neste domínio pode ter várias expressões, ora de tipo mais biográfico (por exemplo, o estudo «The experience of <ageing in place> over time: a longitudinal perspective»¹⁸), ora mais organizacional, centrado na sustentabilidade do próprio conceito de *ageing in place* (por exemplo, o estudo «Aging in Place: Home and Community in Rural America»¹⁹).

8. Preparar profissionais de *ageing in place*

Algumas escolas superiores e universidades oferecem especificamente oportunidades de formação para profissionais de gerontologia que pretendam especializar-se na promoção de soluções de *ageing in place* junto de adultos e pessoas mais velhas. É o caso da University of Southern California / School of Gerontology Leonard Davis (<https://gero.usc.edu/>) e da Arizona State University (<https://webapp4.asu.edu/programs/t5/majorinfo/ASU00/LAALDMS/graduate/false?init=false&nopassive=true>), cujas formações visam a preparação de especialistas devidamente habilitados para trabalhar questões relacionadas com tudo o que está subjacente à opção de envelhecer em casa e na comunidade, desde a alimentação à segurança.

¹⁶ <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/>

¹⁷ <https://archstone.org/>

¹⁸ <https://www.micra.manchester.ac.uk/research/research-themes/ageing-and-society/ageing-and-every-day-life/ageing-in-place/>

¹⁹ <https://www.nimss.org/projects/view/mrp/outline/18430>

Alguns desafios inerentes à implementação de estratégias e de modelos de apoio a um envelhecimento em casa e na comunidade, ajustados à população idosa portuguesa, centram-se nos seguintes aspetos:

- Adotar uma intervenção **centrada na pessoa idosa** que respeite os seus direitos e dignidade e considere a sua identidade, preferências, trajetória, competências, capacidades e limitações funcionais, assim como as características do seu contexto (familiar, social, económico e cultural).
- Envolver as pessoas idosas no desenho, implementação e avaliação dos modelos e estratégias de intervenção, numa perspetiva de **participação e cocriação**.
- Prestar assistência não só a pessoas idosas mais novas e autónomas, mas também a **pessoas mais idosas e dependentes**.
- **Identificar as competências** das pessoas idosas e não apenas as suas perdas/incapacidades, focando a intervenção na maximização da sua independência e autonomia. Adotar uma atitude empática, um espírito colaborativo e abdicar de posturas paternalistas.
- **Atender a necessidades específicas relacionadas com o género**. De facto, nas mulheres verifica-se um maior risco de pobreza, desemprego, inatividade profissional por razões pessoais e familiares (Retrato-Homens-e-Mulheres_PORDATA.pdf ([cidadaniaempportugal.pt](#))), salários mais baixos e pensões de reforma, violência doméstica (<https://www.cig.gov.pt/2018/02/igualdade-genero-portugal-boletim-estatistico-2017/>), e maior vulnerabilidade em termos de saúde mental, nomeadamente, ansiedade e depressão. Acresce que estas questões são acentuadas pelo número significativamente maior de mulheres idosas (população com 75 e mais anos: Homens 368.859, Mulheres 593.066), de mulheres idosas com demência (cerca de dois terços são do género feminino) e de cuidadoras informais (cerca de dois terços são mulheres).
- **Empoderar as pessoas idosas através do aumento da literacia**, prestando-lhes informação clara e acessível, nomeadamente,

nos seguintes domínios: Direitos (exemplo: o que é e para que serve um testamento vital); Apoios Sociais; Saúde (exemplo: aspetos a ter em conta no planeamento de cuidados); Novas Tecnologias.

- **Apoiar as pessoas idosas na tomada das suas próprias decisões** no que respeita ao seu dia-a-dia, ao planeamento do seu futuro e mais especificamente, ao planeamento de cuidados.
- **Capacitar as pessoas idosas para a utilização de novas tecnologias**, tais como, os *tablets* e *smartphones*, a *Internet*, designadamente as redes sociais e as plataformas digitais, de modo a poderem aceder a mais serviços/respostas/projetos/apoios que funcionam online. A estrutura e conteúdos desta capacitação deverão ter em conta as diferenças individuais em termos de conhecimentos prévios e competências dos formandos. Por outro lado, esta capacitação não poderá constituir um argumento para substituir o formato presencial – que deverá continuar a ser preferencial – por formatos à distância. Estes devem ser, sempre que possível, apenas complementares e não exclusivos. Caso contrário, corre-se o risco de agudizar as assimetrias já existentes e o isolamento social.
- **Combater o idadismo**, desconstruindo os estereótipos negativos associados ao envelhecimento que alimentam o preconceito e a discriminação. Considerar ações, campanhas e outras iniciativas de consciencialização sobre este tema especificamente dirigidas a grupos distintos (trabalhadores do comércio local, motoristas dos transportes públicos, funcionários dos CTT, técnicos dos serviços sociais e de saúde, voluntários e profissionais que dinamizam atividades culturais, desportivas e de lazer), assim como às crianças e aos jovens, com o propósito último de criar ambientes mais amigáveis e inclusivos.
- **Implementar respostas de Apoio Domiciliário e de Centro de Dia qualificadas**, que além de contemplarem os habituais serviços de higiene e alimentação contemplem também a intervenção de técnicos de várias áreas (fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc.) que prestem uma resposta integrada e adaptada às reais necessidades e preferências de cada pessoa idosa,

de acordo com uma abordagem multidisciplinar e que englobe não apenas o apoio a quem é cuidado mas também a quem cuida.

- Considerar modelos e estratégias para aumentar a inclusão, o bem-estar e a participação social que pressuponham uma **intervenção grupal**, tais como a criação/facilitação de grupos de autoajuda ou de suporte entre pares.
- **Contribuir para consolidar redes informais de apoio**, promovendo a presença, participação e apoio regulares das famílias/amigos/vizinhos e de outros atores da comunidade local.
- Promover a **integração de voluntários** devidamente recrutados e capacitados.
- Criar mais **oportunidades de voluntariado para as pessoas idosas** para promover a sua participação social.
- Garantir que o apoio aos cuidadores informais seja **continuado no tempo**, isto é, ao longo do curso da doença da pessoa cuidada, e que preveja medidas que visem a díade cuidador-pessoa cuidada, assim como uma intervenção multi-componentes que integre várias modalidades: informação, capacitação, apoio psicológico, apoio social, respostas de alívio, etc.
- **Identificar deficientes condições de conforto, salubridade e segurança e/ou barreiras arquitetónicas nas habitações das pessoas idosas e no meio envolvente** e desencadear ações para as colmatar (através de meios próprios ou de entidades parceiras) com vista à promoção do bem-estar e qualidade de vida e redução do isolamento social.
- **Capacitar os profissionais** (técnicos de Juntas de Freguesia; forças de segurança; equipas dos serviços de apoio domiciliário, profissionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde e dos serviços locais do Instituto da Segurança Social, etc.) e os **voluntários na área do envelhecimento**.
- Garantir uma **divulgação efetiva** das respostas junto das pessoas idosas, dos profissionais e da comunidade.
- Promover uma **intervenção articulada** com as outras respostas existentes na comunidade.

- **Enquadrar estratégias e modelos de ageing in place nas políticas públicas existentes**, tornando-os partes integrantes do sistema (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável; Estatuto do Cuidador Informal; Estratégia da Saúde na área das Demências, Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021 – 2025, etc.) e recorrer a programas nacionais e internacionais, tais como o Plano de Recuperação e Resiliência e o Programa UE pela Saúde (https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_pt), nomeadamente, para efeitos de financiamento.
- **Garantir a descentralização** de estratégias e modelos de *ageing in place* de modo a adequá-los às realidades regionais e locais, numa lógica de proximidade (rural vs. urbano e litoral vs. interior).
- Assegurar um **acesso equitativo** e contribuir para esbater assimetrias sociais, económicas e geográficas (preços; transporte; horários; etc.).
- **Monitorizar e avaliar a sua implementação**, considerando métodos qualitativos e quantitativos, avaliação de resultados e de impacto, recorrendo à medição de variáveis, tais como: autoestima; autoeficácia; sentimento de pertença; sentido de vida; participação social; inclusão; bem-estar; qualidade de vida.
- **Investir na sua continuidade e replicação** tendo sempre em consideração as necessárias adaptações ao contexto regional e local.

CATARINA ALVAREZ

Associação Alzheimer Portugal

A decisão de envelhecer em casa e na comunidade, adiando ou rejeitando a institucionalização, não é uma decisão simples. Em alguns casos poderá até exigir que se façam alterações substanciais no modo de vida, incluindo a mudança para uma casa mais pequena e mais fácil de manter, ou inclusivamente a mudança para uma zona onde o acesso a bens e serviços esteja mais facilitado (por exemplo, na sequência da perda de capacidade para conduzir). É preciso que a pessoa esteja capaz de lidar com as questões domésticas e profissionais (ou de ter alguém que o faça por si) e de administrar o stress que a imprevisibilidade do dia-a-dia pode gerar (o esquentador que se avaria e impede de ter água quente...). É preciso também decidir «em que casa» – moradia, apartamento, *co-housing*, no centro de uma cidade ou no campo... – e «em que condições» se pretende envelhecer – completamente sozinho sem qualquer assistência, com o mínimo de ajuda paga, com apoio domiciliário diário... As opções são muitas e diversas, capazes de atender a necessidades, gostos e orçamentos variados.

Optar de modo consciente por um *ageing in place* capaz de garantir a desejada qualidade de vida, implica que, em última análise, algumas perguntas relacionadas com o modo como se pretende viver os últimos anos de vida (e que podem ser muitos, dada a longevidade crescente) necessitem de obter uma resposta. Envelhecer em casa significa planejar com antecedência os anos futuros, providenciar os recursos necessários para tal e fazer escolhas claras ditadas tanto por preferências individuais como pela evolução previsível das condições de saúde e de funcionalidade. Mas *ageing in place* não significa que a pessoa necessite de fazer tudo – escolher o que se quer fazer e quando fazer é precisamente a grande vantagem de se viver independente – ou de fazer tudo sozinha – ajudas pessoais e recursos tecnológicos (como sistemas de alerta) permitem aumentar o conforto e a segurança.

7

AGEING IN PLACE – DOMÍNIOS DE APLICAÇÃO EM PORTUGAL

7.1. APOIO AOS CUIDADORES

Muito do sucesso de quaisquer medidas de *ageing in place* dependerá do trabalho não remunerado de cuidadores informais que asseguram a permanência no domicílio daquelas pessoas idosas que, apresentado algum tipo de incapacidade – física ou mental – ver-se-iam forçadas de outro modo a recorrer a uma institucionalização permanente. Nos últimos anos, em Portugal, muita investigação tem sido conduzida para conhecer melhor quem são estes cuidadores informais e quais as dificuldades que necessitam de superar no dia-a-dia. Sabemos que são sobretudo mulheres, de meia-idade e mais velhas, que cuidam habitualmente de um dos pais enquanto fazem malabarismos para conciliar as tarefas de prestação de cuidados com a vida profissional e familiar.

Com o envelhecimento da população o número de cuidadores informais tenderá a subir, registando-se já na atualidade a emergência de políticas de natureza pública (<https://eportugal.gov.pt/pt/cidadaos/cuidador-informal>) capazes de garantir que a função de cuidador informal ganhará a atenção e a visibilidade que a importância do trabalho que os cuidadores desenvolvem merece. Um sinal deste aumento de preocupação com o reconhecimento da função de cuidador e com as respetivas exigências é a criação recente do Estatuto do Cuidador Informal (http://www.seg-social.pt/documents/10152/17083150/8004_Estatuto%20Cuidador%20Informal%20Principal%20e%20Cuidador%20Informal%20%C3%A3o%20Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4).

Outros instrumentos de apoio aos cuidadores informais serão necessários, nomeadamente, para que o cuidado informal de pessoas idosas possa constituir-se com um dos pilares de sustentabilidade de um envelhecimento em casa e na comunidade²⁰.

²⁰ Veja-se, por exemplo, o trabalho desenvolvido na província de Alberta (Canadá): <https://www.alberta.ca/seniors-resources.aspx>

Alguns exemplos serão apresentados de seguida, sinalizando respostas diferenciadas – umas cariz individual, outras de cariz institucional – mas todas elas relevantes no âmbito do apoio aos cuidadores.

ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL

(<https://alzheimerportugal.org/pt/>)

Duas respostas desenvolvidas pela Associação merecem especial destaque:

- *Cuidar Melhor*, um programa de âmbito comunitário de apoio a cuidadores (formais e informais) criado por um conjunto de parceiros, entre os quais a Alzheimer Portugal. Este programa tem hoje uma expressão concreta em Cascais, Oeiras, Sintra, Peniche e Almada, apresentando um elevado impacto social conforme demonstrado através de avaliações independentes. Outras zonas do país poderiam beneficiar da implementação de um *Cuidar Melhor*, integrando projetos de menor escala já desenvolvidos por diferentes entidades e que se defrontam, frequentemente, com problemas de financiamento e dificuldade de aceitação institucional;
- *Café Memória*, um programa já implantado e com reconhecimento público em vinte locais do país, contando com um número significativo de participantes em cada sessão realizada e que encontra na normalização de comportamentos (ir tomar um café com o meu familiar a um sítio comum) a sua principal mais-valia. É urgente a expansão do programa para outras zonas (sobretudo Alentejo, Algarve e regiões do interior do país), aproveitando a experiência positiva do sub-programa *Café Memória faz-se à estrada*, uma ideia inspirada nas antigas bibliotecas itinerantes da Fundação Calouste Gulbenkian e que permitiu constatar que o conceito de itinerância aplicado ao *Café Memória* pode funcionar em zonas onde não se justifica que o programa exista de modo permanente. Mais recentemente, surgiu uma nova variante do *Café Memória*, o *Café Memória fica em casa*, criada devido à pandemia e com um nível de participação tão assinalável que a Alzheimer Portugal pondera manter esta versão mesmo com a retoma das atividades presenciais.

Num país como Portugal, onde é crescente o número de pessoas portadoras de demência, o alargamento da atividade da Associação Alzheimer Portugal junto dos respetivos cuidadores poderá constituir, certamente, uma resposta adequada face às suas necessidades. Nalguns casos tal poderá ser facilitado pela sensibilidade que municípios e associações locais já demonstram relativamente a esta temática, mas noutros será necessário ainda o desenvolvimento de estratégias onde envelhecimento e saúde

se combinem, visando responder às necessidades dos idosos, é certo, mas também às dos seus cuidadores. A formação e o suporte prestados pela Alzheimer Portugal aos cuidadores é avaliada muito positivamente, embora se reconheça que, para ser melhor sucedido, este trabalho terá de ser realizado a montante do estado de saturação que muitos familiares apresentam quando contactam a primeira vez com os programas da Alzheimer Portugal – deprimidos, stressados, «não aguento mais» –, preparando-os devidamente para a evolução da doença e antecipando os seus comportamentos face a essa evolução.

PROGRAMA EU NO MUSEU

(<http://www.museumachadocastro.gov.pt/>)

O Programa *EU no musEU* é um programa originalmente implementado pelo Museu Nacional de Machado de Castro (Coimbra), de estimulação cognitiva e social, que privilegia a obra de arte como meio de comunicação, visando o bem-estar de pessoas com perturbações neurocognitivas (desde o défice cognitivo ligeiro, com manutenção de autonomia funcional, até à demência moderada) e dos seus cuidadores informais. O principal objetivo do programa é incrementar a cidadania e a inclusão social de pessoas sofrendo de demência e promover a qualidade de vida de ambos – pacientes e cuidadores. Este programa resulta de uma parceria entre o Museu Nacional de Machado de Castro (coordenação técnica) e a Alzheimer Portugal (coordenação científica), funcionando desde 2011. Em 2018 foi replicado em dois museus de Viseu – Museu da Misericórdia de Viseu e Museu Nacional Grão Vasco. Em Coimbra, o Museu Nacional de Machado de Castro conta desde janeiro de 2019 com a colaboração do Museu da Ciência da Universidade de Coimbra, na programação e implementação das sessões mensais.

Este programa teve a sua origem no trabalho que em 2011 era desenvolvido no MoMA – Museum of Modern Art (New York), que manteve esta atividade entre 2007 e 2014. No início foi replicado o modelo do MoMA mas depois o *Programa EU no musEU* autonomizou-se e criou-se a sua própria dinâmica de funcionamento, desde logo com a separação entre dois grupos (ao contrário do MOMA): o grupo de pacientes e o grupo de cuidadores. A dinamização do programa é assegurada por uma equipa constituída por técnicos do próprio Museu e por voluntários com sensibilidade e formação para o efeito.

O desenvolvimento do programa faz-se através da realização de sessões periódicas de fruição e interpretação de obras de arte da coleção do Museu Nacional Machado de Castro, sendo dada uma atenção especial aos cuidadores com a consciência de que estes precisam de tempo e de espaço para si. As sessões são complementadas por dinâmicas de grupo ou yoga, orientadas por uma facilitadora voluntária.

São os cuidadores os principais incentivadores da continuidade do projeto e da implementação de intervenções cada vez mais criativas, verificando-se um impacto qualitativo significativo na qualidade de vida dos cuidadores envolvidos, impacto que também é identificável pelos encontros espontâneos que alguns cuidadores acabam por concretizar fora do âmbito do programa.

+ CUIDAR – PROJETO DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL DO MUNICÍPIO DE GONDOMAR

(<https://www.cm-gondomar.pt/>)

O +*Cuidar* – *Projeto de Apoio ao Cuidador Informal do Município de Gondomar* subdivide-se em três respostas diferenciadas e complementares: Gabinetes de Apoio ao Cuidador, Grupos de Ajuda Mútua, Apoio aos Beneficiários de Cuidados.

Os Gabinetes de Apoio ao Cuidador têm espaços físicos localizados em Foz do Sousa, Gondomar (S. Cosme) e Rio Tinto, funcionam em instalações cedidas pelo ACES de Gondomar e são geridos pelas Ligas de Amigos existentes nesses locais, em estreita articulação com o Banco Local de Voluntariado de Gondomar. Constituem finalidades dos Gabinetes de Apoio ao Cuidador informar, orientar, receber e encaminhar inscrições da população e de entidades parceiras que necessitem de apoio no âmbito da prestação de cuidados. Os Gabinetes de Apoio ao Cuidador são igualmente as estruturas responsáveis pela operacionalização de edições do Programa PsicoEducativo para Cuidadores Informais, as quais podem decorrer em qualquer ponto do município desde que exista uma procura mínima de oito cuidadores num determinado local, levando à implementação subsequente de Grupos de Ajuda Mútua.

Os Grupos de Ajuda Mútua, constituídos sobretudo por mulheres entre os 45 e os 60 anos, a maioria atualmente «donas de casa» que deixaram os seus empregos para cuidar de um familiar, pretendem garantir apoio e suporte a estes cuidadores informais após a frequência de um Programa PsicoEducativo para Cuidadores Informais. Os Grupos de Ajuda Mútua ganham relevo pelo facto de proporcionarem um espaço de partilha de experiências que são comuns, havendo uma identificação mútua dos cuidadores e uma proximidade emocional assinalável. Paralelamente, o Apoio aos Beneficiários de Cuidados é traduzido na agilização de parcerias e mecanismos suscetíveis de promover apoio a cuidadores informais que se encontrem a frequentar o Programa PsicoEducativo para Cuidadores Informais e/ou um Grupo de Ajuda Mútua.

O recrutamento dos participantes para a frequência de qualquer uma destas respostas faz-se através da implicação dos ACES e dos Centros de Saúde; os médicos de Medicina Geral e Familiar encaminham os cuidadores potenciais beneficiários

para o técnico de serviço social, que depois os referencia para a Câmara Municipal de Gondomar, que também procura garantir o acompanhamento da pessoa cuidada enquanto o respetivo cuidador frequenta um Programa Psicoeducativo ou um Grupo de Ajuda Mútua.

ADVITA – ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

(<http://www.advita.pt/>)

A *ADVITA* tem por objetivo, entre outros, a promoção de iniciativas que visem responder às necessidades sentidas por idosos em situação de doença ou de dependência, respetivas famílias e prestadores de cuidados, nomeadamente em termos de apoio social, saúde, formação, informação e animação. Pretende desenvolver uma rede consistente de apoio que possibilite o acesso a soluções adequadas e inovadoras na área do apoio social e da prestação de cuidados, partindo do pressuposto que ser cuidador é uma tarefa «nova», particularmente quando a pessoa cuidada não está doente ou em fase terminal.

Assumindo a pertinência da prestação de cuidados ao cuidador, destacamos aqui a conceção e disponibilização gratuita (ver canais de acesso no site da Associação) de um conjunto de doze filmes e sete manuais de formação que têm por objetivo transpor conhecimentos científicos atualizados no âmbito do quotidiano da prestação de cuidados nas seguintes áreas: sentimentos e emoções do cuidador, apoio nas atividades de vida diária, cuidados centrados na pessoa, comunicação e relação nos cuidados, relação com cuidadores familiares, demências – princípios básicos no cuidar, posicionamentos, mobilidade e transferências.

A Associação tem realizado diversas iniciativas de proximidade para cuidadores informais (por exemplo, em articulação com juntas de freguesia de Lisboa e com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), implementado modalidades de formação que respeitem os princípios da reflexão que a Associação faz do que significa «a formação do cuidador»: uma formação preocupada com as emoções e os sentimentos dos participantes, uma formação pertinente e ministrada por técnicos a quem os cuidadores reconheçam competência para a função, uma formação em que as pessoas se sintam confortáveis e motivadas (e não sobrecarregadas), uma formação que «acerte» com aquilo que as pessoas necessitam e não baseada em menus pré-estabelecidos, uma formação baseada em experiências e recursos prévios com eficácia devidamente comprovada, uma formação que não se baseie num voluntarismo inconsequente em que se está sempre «a voltar ao princípio» pressupondo que nunca foi feito nada a este respeito.

PROGRAMA RHAPSODY

(<http://www.young-dementia-guide.pt/>)

O Programa RHAPSODY (*Research to Assess Policies and Strategies for Dementia in the Young*) de informação e suporte a cuidadores de pessoas com demência de início precoce, foi desenvolvido no âmbito do «Grupo de Demências» do Instituto de Medicina Molecular – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, financiado por uma iniciativa da União Europeia (JPND) e, em Portugal, pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. Integraram a equipa portuguesa os investigadores Alexandre de Mendonça (coordenador), Graça Melo, Helena Bárrios, Tiago Mendes e Catarina Ferreira.

O estudo prévio envolveu uma equipa multidisciplinar de investigadores pertencentes a seis países europeus (Portugal, Alemanha, França, Holanda, Inglaterra e Suécia), da academia e da indústria, representando as áreas da medicina, psiquiatria, neurologia, neuropsicologia, enfermagem, neurociências, economia da saúde e informática, com apoio de associações de doentes. Foram analisados e comparados os sistemas e recursos de saúde e sociais que auxiliam os doentes com Demência de Início Precoce, bem como as necessidades e o acesso aos cuidados deste grupo de doentes. Desenvolveu-se assim um programa educativo, baseado na internet, de suporte aos cuidadores de pessoas com Demência de Início Precoce. Foi ainda realizado um estudo piloto que demonstrou a exequibilidade e excelente aceitação deste programa por parte dos cuidadores, apontando mesmo para benefícios nas reações disruptivas dos doentes, e melhoria do sentimento de confiança dos cuidadores.

A versão portuguesa do Programa RHAPSODY está disponível nos sites do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, Alzheimer Portugal e ADVITA, que generosamente acolheram o resultado do projeto, estando acessível não só aos cuidadores de doentes com Demência de Início Precoce, mas também a todos os cuidadores, profissionais, investigadores e estudantes desta área, e bem assim ao público em geral.

MATOSINHOS A CUIDAR

(<https://www.cm-matosinhos.pt/p/matosinhosacuidar>)

Matosinhos A Cuidar é um programa da Câmara Municipal de Matosinhos que engloba e organiza respostas especializadas dirigidas a cuidadores informais de pessoas dependentes por síndrome demencial, envelhecimento ou deficiência, residentes no concelho de Matosinhos, com recursos económicos limitados e que se enquadrem no Estatuto do Cuidador Informal em situação de comprometimento da sua qualidade de vida. Para além de disponibilizar um Gabinete de Apoio a Cuidadores, Programas Psicoeducativos e Grupos de Ajuda Mútua, apresenta a novidade da existência de uma Bolsa de Cuidadores.

A Bolsa de Cuidadores é um serviço que não substitui os serviços prestados pela rede local de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) – nomeadamente, o apoio domiciliário – e que se destina a aliviar a sobrecarga que muitos cuidadores informais evidenciam (a maioria mulheres, com idade superior a 50 anos, que cuidam diariamente de pessoas envelhecidas e que apresentam sinais de cansaço físico e psicológico). No âmbito da Bolsa de Cuidadores, a Câmara Municipal de Matosinhos procede, em articulação com outras entidades, à formação e disponibilização de pessoas com perfil e qualificações adequadas para que o cuidador possa dedicar-se a qualquer outra atividade que constitua um benefício pessoal, não pretendendo substituir o cuidador ou outros serviços prestados pelas IPSS locais. Mediante inscrição no site do município e avaliação pelos serviços do programa *Matosinhos a Cuidar*, os cuidadores informais poderão contar com o auxílio de um/a prestador/a de cuidados inscrito/a na Bolsa de Cuidadores, nos dias úteis, entre as 8h e as 20h, até três horas por dia, com o máximo de 70 horas por mês. O uso deste serviço é pago através de uma comparticipação de acordo com a respetiva condição económica familiar.

A Bolsa de Cuidadores é operacionalizada com base no estabelecimento de uma parceria com as seguintes entidades da rede solidária e entidades públicas: ADEIMA – Associação para o Desenvolvimento Integrado de Matosinhos, ULS-M Unidade Local de Saúde de Matosinhos, IEPF/ Centro de Emprego de Matosinhos, ISS – Instituto de Segurança Social, I.P., e IPSS do concelho com respostas sociais para pessoas idosas.

7.2. COMBATE AO ISOLAMENTO

Milhares de pessoas idosas vivem sozinhas em Portugal. A experiência de se viver só numa idade mais avançada, apesar de comum, não deixa por isso de ser ameaçadora para o bem-estar individual e para a saúde psicológica, sobretudo quando acompanhada de isolamento social. Quando aqui falamos em «viver só» ou em «solidão» podemos estar a referir-nos à ausência de contacto ou à sensação de não-pertença a uma determinada comunidade que uma pessoa possa experimentar, tendo ou não pessoas à sua volta. Diferente é situação de isolamento social, que se define como a ausência efetiva de contactos com as pessoas que formam parte do quotidiano de cada indivíduo (numa base familiar, de vizinhança ou mais alargada). Numa publicação recente, o National Institute of Aging²¹ identificou os seguintes riscos como os de maior relevância associados ao isolamento social dos mais velhos:

- complicações ao nível da saúde física: de acordo com Holt-Lunstad e colaboradores (2015), a solidão pode ser tão mortal como o tabaco ou a obesidade, ao passo que a pressão arterial e os níveis de stresse mostram-se particularmente elevados em pessoas que vivam isoladas, sobretudo pessoas idosas;
- complicações ao nível da saúde mental, particularmente depressão (Courtin & Knapp, 2017; Erzen & Çikrikci, 2018);
- adoção de estilos de vida não saudáveis: o isolamento leva frequentemente os idosos a comportamentos de risco como fumar, beber em excesso ou negligenciar a prática de atividade física;
- aumento do risco de declínio cognitivo, demência e outras patologias (Livingston, 2020): de acordo com um estudo realizado no Rush Institute for Healthy Aging²², verificou-se que o risco de aparecimento de doença de Alzheimer quase duplicava em adultos que viviam isolados, o que poderia dever-se ao facto de pessoas idosas terem menor estimulação e/ou ao facto de os sintomas de declínio cognitivo se manifestarem tardiamente dada a ausência de contactos sociais;
- maior incidência de maus-tratos: pessoas idosas que vivem isoladas, dada a sua «invisibilidade social», estão mais suscetíveis a serem alvo de negligência,

²¹ National Institute on Aging. (2019, April 23). *Social isolation, loneliness in older people pose health risks*. Disponível em <https://www.nia.nih.gov/news/social-isolation-loneliness-older-people-pose-health-risks>

²² *Rush Memory and Aging Project* – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439198/>

abuso e violência física e psicológica, conforme foi recentemente reconhecido no relatório *Portugal Mais Velho*²³, uma iniciativa conjunta da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e da Fundação Calouste Gulbenkian;

- percepção de menor qualidade de vida: pessoas idosas que vivem isoladas tendem a considerar que a sua qualidade de vida é inferior à desejada, apresentando frequentemente sinais de desânimo e sintomas depressivos.

Tendo consciência da maioria destes riscos, organizações de natureza diversa desdobram-se em múltiplas iniciativas visando combater este fenómeno, sendo esta, muito provavelmente, a área de aplicação do conceito de *ageing in place* que maior visibilidade adquire. Na verdade, prevenir ou minorar o isolamento social é um objetivo facilmente alcançável e que exige poucos recursos, se pensarmos que um simples telefonema ou uma visita de 15 minutos a alguém que vive sozinho pode mitigar os efeitos negativos associados à ausência de contactos sociais com outras pessoas, independentemente da sua idade.

Alguns bons exemplos, a nível internacional, de esforços intencionalizados e devidamente planificados de promoção de interação social, podem ser encontrados nos seguintes sites:

- <file:///C:/Users/isabe/Downloads/sustainability-12-02834.pdf>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7233208/>
- <https://www.greatcall.com/docs/default-source/newsroom-files/fighting-social-isolation-among-older-adults.pdf>
- https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/combating-loneliness-guid-24e_march_2018.pdf
- https://www.greatcall.com/docs/default-source/newsroom-files/connecting-the-lonely-making-a-difference_072017.pdf
- <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>

Na linha de muitas destas recomendações e sugestões, sinalizamos de seguida algumas iniciativas de mérito neste domínio implementadas nos últimos anos em Portugal.

²³ <https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>

LUDOTECA ITINERANTE

(<http://misericordiademertola.pt/>)

A *Ludoteca Itinerante* da Santa Casa da Misericórdia de Mértola (com o apoio da Câmara Municipal) permite levar, à população idosa mais isolada do concelho de Mértola, uma série de recursos e atividades através de uma carrinha itinerante que diariamente percorre todo o concelho, beneficiando diretamente cerca de 260 pessoas. Além de uma ludoteca, a carrinha itinerante proporciona ainda atividades de expressão e estímulo à leitura, acesso a novas tecnologias, capacitação de idosos e cuidadores, e outras atividades realizadas em locais espalhados pelo concelho.

Esta unidade móvel pretende, através dos ateliers «Arte em Movimento», combater a solidão e o isolamento dos mais velhos proporcionando-lhes acesso à cultura e a atividades lúdicas, mas também por essa via reforçar laços sociais e proporcionar momentos de interação e comunicação interpessoal que, de outra forma, não aconteceriam. A *Ludoteca Itinerante* é hoje um projeto consolidado e um bom exemplo de que é possível combater o isolamento da população idosa, neste caso em meio rural, fazendo-lhe chegar serviços e equipamentos que tragam a essa população mais-valias com impacto significativo nas suas vidas para além da «companhia» que os técnicos naturalmente proporcionam.

ASSOCIAÇÃO MAIS PROXIMIDADE MELHOR VIDA

(<http://www.mpmv.pt/>)

Numa cidade como Lisboa, em particular na sua zona histórica, o sentimento de solidão e o isolamento das pessoas idosas é provocado pela falta de rede de apoio familiar, viuvez, morte de amigos e familiares, como em qualquer outro local, mas também pela falta de acessibilidades dos prédios onde residem.

A intervenção de combate à solidão realizada pela Associação Mais Proximidade Melhor Vida junta uma equipa de profissionais especializados na área da ação social e um corpo de voluntários, devidamente preparados para o efeito, que assenta o seu acompanhamento no estabelecimento de uma relação de proximidade. Este apoio técnico distingue-se pela personalização da intervenção, assente no desenvolvimento de um Plano Individual de Desenvolvimento para cada beneficiário e na designação de um técnico responsável pelo seu acompanhamento. Através da metodologia adotada, procura-se consolidar uma rede de parcerias que proporcionem à população idosa um efetivo acompanhamento, mas também o acesso a recursos que melhorem a sua qualidade de vida.

A Associação apoia cerca de 120 pessoas idosas residentes na freguesia de Santa Maria Maior, mais concretamente na Baixa de Lisboa e Mouraria, que na sua maioria vivem sozinhas, concretizando esse apoio através das seguintes atividades:

visitas ao domicílio, contactos telefónicos regulares, realização de passeios e atividades culturais e de convívio, e sinalização de datas festivas.

ABRAÇO AMIGO

(www.gasporto.pt)

Abraço Amigo é uma iniciativa do G.A.S.Porto - Grupo de Ação Social do Porto, uma Organização Não Governamental vocacionada para o Desenvolvimento Humano, que se concretiza através do envolvimento de um corpo alargado de voluntários (desde jovens universitários a profissionais de diversos ramos) na realização de visitas regulares a idosos institucionalizados ou que se encontrem numa situação de isolamento social, apresentando elevadas carências económicas, sociais, afetivas ou outras.

Os objetivos do projeto consistem, por um lado, no acompanhamento de pessoas idosas em situação de isolamento social através de visitas domiciliárias, tendo por base a criação de um espaço em que se fomente a partilha de histórias e vivências, procurando dessa forma diminuir a sua solidão. Ao fazê-lo, tem igualmente como objetivo promover uma intervenção especializada, humana, criativa e individualizada, que contribua para que os idosos estejam menos isolados e para que as suas casas estejam adaptadas às suas necessidades, permitindo um envelhecimento seguro e autónomo, num espaço que lhes é familiar e significativo.

Com o objetivo de transmitir aos voluntários mobilizados pelo projeto *Abraço Amigo* os valores primordiais que caracterizam a intervenção do G.A.S.Porto, são realizadas reuniões periódicas, formações técnicas, fins-de-semana de trabalho e outros momentos em que o sentido de serviço comunitário é trabalhado por forma a que a experiência de voluntariado se repercuta na identidade de cada voluntário e se amplie para a sociedade.

SOS ISOLAMENTO

(<https://www.cm-oeiras.pt/pt/sos-isolamento>)

SOS Isolamento é um programa específico de combate à solidão e ao isolamento, implementado pela Câmara Municipal de Oeiras, que tem como objetivo **referenciar e fazer uma intervenção especializada junto de pessoas em situação de risco, nomeadamente pessoas idosas**. Esta referenciação pode ser efetuada pelas diversas entidades da rede social do Conselho Local de Ação Social de Oeiras, ou por pessoas da comunidade que verifiquem existir em qualquer local do município alguém que viva isolado, isto é, que viva sem qualquer tipo de suporte e que dele necessite.

Após a identificação de um caso de risco, inicia-se um processo de avaliação preliminar para confirmar os factos relatados. Em seguida é atribuído um «gestor de caso», ou seja, um técnico **especializado que procurará elaborar uma resposta social de**

acordo com as necessidades de cada situação identificada. Para assegurar a proteção da pessoa, todo o processo será alvo de monitorização.

Este programa existe desde 2018 e a perceção existente na comunidade acerca do mesmo é muito positiva, tendo abrangido até ao momento pessoas isoladas que são essencialmente «pessoas abandonadas», junto de quem já não existe qualquer rede familiar de suporte mas que também não procuram resposta sociais para fazer face à situação de isolamento social em que vivem.

PROXIMIDADE SÉNIOR SNS24

(<https://www.sns.gov.pt/>)

Entre 17 de Dezembro de 2018 e 28 de Fevereiro de 2019, o projeto *Proximidade Sénior* do Centro de Contacto SNS 24 contactou 17.339 idosos com mais de 75 anos, tendo constatado que perto de 17% (mais de 2800) eram pessoas numa situação relativamente à qual foram identificados «critérios de fragilidade» (designadamente, viver isolado), após o que passaram a ser seguidas semanalmente, à distância, pelos serviços de saúde. O projeto arrancou com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Oeste Sul – Cadaval, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Mafra e Torres Vedras – e Porto Oriental – Bonfim, Paranhos e Campanhã.

A escala de avaliação de risco de fragilidade – validada para a população portuguesa pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto – inquire, entre outras questões, se a pessoa vive sozinha e se sente falta de companhia, se tem problemas de memória e até que ponto se sente capaz de resolver problemas. Identificada uma situação de risco, o SNS 24 informa os ACES, que por sua vez acionam as redes de intervenção local sempre que necessário. Este projeto reforça a convicção de que um trabalho articulado e em rede entre as diversas entidades que cuidam das necessidades de saúde, sociais ou de segurança da população mais velha poderá conseguir resultados efetivos de prevenção de riscos associados à condição de isolamento em que vive um número considerável de idosos em Portugal.

PORTO.IMPORTA-SE

(<http://www.domussocial.pt/projetos-sociais/porto-importa-se-2>)

O projeto *Porto.Importa-se* surge no âmbito de uma parceria entre a Domus Social – Empresa de Habitação e Manutenção do Município do Porto, EM, e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), tendo como propósito combater o isolamento social das pessoas idosas residentes nos complexos habitacionais do município do Porto. Este projeto surgiu da constatação dos profissionais da Domus Social que, na sua atividade quotidiana, foram dando conta da existência de pessoas idosas que

apresentavam situações de isolamento e fragilidade que necessitavam de ser conhecidas pelas instâncias comunitárias provedoras de recursos e apoios sociais. A concretização deste objetivo impôs a elaboração de um diagnóstico gerontológico cientificamente orientado e sistematicamente atualizado em função da progressão na idade dos residentes nestes espaços. Tal diagnóstico tem por base os dados obtidos a partir de um protocolo de recolha de informação previamente definido, visando áreas como a habitação, os recursos económicos, a saúde e a capacidade funcional dos indivíduos, a utilização de serviços da comunidade e, de uma forma muito particular, os recursos sociais de que se dispõe. A análise destas várias dimensões conduz a equipa, constituída por técnicos da Domus Social e alunos de Serviço Social e de Gerontologia do ISSSP, a definir situações de risco social. Cerca de 1700 pessoas idosas e 320 situações de risco social foram identificadas, posteriormente encaminhadas para as juntas de freguesia e demais entidades locais.

O objetivo futuro é que o projeto se possa disseminar por outros contextos espaciais e territoriais, atingindo o maior número possível de cidadãos mais velhos. Pretende-se investir numa lógica de trabalho colaborativo em rede, sustentado na capacidade já instalada nos territórios, fomentando as potencialidades e as redes solidárias locais e, sempre que possível, definindo um «gestor de caso» para cada pessoa em situação de vulnerabilidade.

7.3. GEROTECNOLOGIAS

O advento das «gerotecnologias», isto é, tecnologias desenhadas especificamente para as necessidades dos mais velhos e capazes de corresponder aos diferentes estilos de vida adotados pela população idosa, está hoje inevitavelmente ligado ao sucesso de qualquer política ou programa de *ageing in place*.

Isto mesmo é destacado por organizações tão representativas e tão diversas como o World Economic Forum²⁴ ou a American Association of Retired Persons²⁵: «Almost 90 percent of seniors would like to stay in their home as they age. This idea of aging in place — growing older where you already live, typically not in a health-care environment — continues to be a popular choice among seniors able to live without a lot of assistance. With the growing popularity of aging in place, gerotechnology can help seniors live in their homes with ease and safety.»

Num estudo em que se pretendia sistematizar o contributo da tecnologia para o *ageing in place*, ou seja, tecnologia desenhada para garantir uma vida autónoma e independente de pessoas idosas vivendo nas suas próprias casas, Queirós e colaboradores (2017) analisaram o impacto da tecnologia em diversas áreas: atividade física, nutrição e controlo de peso, educação para a saúde, solidão e isolamento social, situações de emergência. De uma forma geral, o estudo concluiu que a utilização de dispositivos tão diversos como comunicações móveis, videoconferências, *social media*, jogos, realidade virtual e aplicações de diferentes tipos (*computer-based apps*, *web-based apps* e *smartphone apps*), revelavam-se úteis para que as pessoas possam continuar a viver com segurança nas suas residências. De igual modo, contribuem para a melhoria da qualidade de vida através da mudança de comportamentos para outros mais favoráveis, por exemplo, no que diz respeito a práticas alimentares, adoção de estilos de vida mais saudáveis ou interação com outros.

Na Europa, o AAL – *Active and Assisted Living*²⁶ constitui um programa de referência nesta matéria, comprometido com os princípios de um envelhecimento em casa e na comunidade: «Foster the emergence of innovative ICT-based products, services and systems for ageing well at home, in the community, and at work.» Este programa, implantado até à data em 17 países europeus, tem assumido claramente a liderança no que respeita à inovação de produtos e serviços de base tecnológica destinados à promoção da qualidade de vida da população mais velha: «we support the development

²⁴ <https://www.weforum.org/whitepapers/technological-innovations-for-health-and-wealth-for-an-ageing-global-population>

²⁵ <https://www.aarp.org/concept-navigation/>

²⁶ <http://www.aal-europe.eu/>

of products and services that make a real difference to people's lives – for those facing some of the challenges of ageing and for those who care for older people if they need help.» Desde 2008 foram financiados cerca de 220 projetos (cuja descrição pode ser encontrada em <http://www.aal-europe.eu/projects-main/>) respondendo a preocupações tão diversas como «management of chronic conditions, social inclusion, access to online services, mobility, management of daily activities, and support from informal carers.»

Destacaremos em seguida duas instituições que, em Portugal, têm desenvolvido um trabalho de vanguarda neste domínio, a primeira em termos de conceção de software destinado à população idosa, a segunda em termos da respetiva implementação junto dessa mesma população.

FRAUNHOFER PORTUGAL

(<https://www.aicos.fraunhofer.pt/en/home.html>)

Smart Companion (https://www.aicos.fraunhofer.pt/en/our_work/projects/SmartCompanion.html) é um smartphone especialmente desenhado para a população mais velha, que consiste na adaptação do sistema operativo Android às necessidades específicas deste grupo populacional através da simplificação do seu design, interface e desenho dos menus. O *Smart Companion* pretende ser um verdadeiro «companheiro», com funcionalidades muito específicas, por exemplo, um «lembrete» para tomar a medicação, uma forma rápida de aceder a uma linha de emergência com apenas um toque, ou a possibilidade de enviar mensagens de voz de uma forma quase instantânea. Com este projeto, o Instituto Fraunhofer pretende melhorar o acesso dos mais velhos à sociedade de informação, promover a autonomia, a independência e a qualidade de vida, prevenir o isolamento social, apoiar os idosos na manutenção das suas capacidades funcionais e aumentar as possibilidades de envelhecer em casa e na comunidade de uma forma segura.

Cogniplay (https://www.aicos.fraunhofer.pt/en/our_work/projects/cogniplay.html) é uma plataforma de jogos adaptada para a população mais idosa, que proporciona uma adequada estimulação cognitiva através de jogos dirigidos a diversas áreas do domínio cognitivo, sobretudo atenção e memória. Esta plataforma foi criada para funcionar como um primeiro passo na experiência e interação da pessoa mais velha com dispositivos tecnológicos. Projetado para *tablets*, o *CogniPlay* oferece uma experiência de jogo agradável capaz de gerar nos mais velhos o interesse pela exploração e utilização de dispositivos tecnológicos mais complexos.

CÁRITAS DIOCESANA DE COIMBRA

(<https://caritascoimbra.pt/>)

A Cáritas Diocesana de Coimbra é uma IPSS que apoia cerca de 25000 pessoas/ano com serviços sociais, de saúde e educação, em cinco distritos da Região Centro. O recurso a projetos de inovação de base tecnológica, particularmente dirigidos para a população idosa, tem sido uma vertente da ação da Cáritas Coimbra para a promoção da saúde ao longo da vida e de um envelhecimento mais ativo e saudável. Cada um desses projetos, dirigido a diferentes necessidades, parte do princípio que há uma manifesta desadequação das respostas existentes às necessidades atuais das pessoas mais velhas, concretamente das que vivem nas suas residências e permanecem sós em casa durante muitas horas, com exceção das breves visitas dos serviços de apoio domiciliário.

De entre os vários projetos com incorporação tecnológica desenvolvidos e/ou implementados pela Cáritas Diocesana de Coimbra promotores de *ageing in place*, salientamos aqui o Projeto ReHab, através do qual se promove a estimulação cognitiva e a reabilitação funcional de pessoas mais velhas, de forma individual e em grupo, em ambiente assistido e ao domicílio, através de uma mala com um kit multidimensional de tecnologias inovadoras e materiais tradicionais. Esta mala circula através das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário com instrumentos vão desde jogos geriátricos a jogos de treino cognitivos disponíveis num tablet, passando pela interação com um avatar. Os cuidadores da Cáritas prestam apoio remoto no início de cada sessão através de uma ligação Skype e desenvolvem também sessões de literacia digital para os beneficiários do projeto.

7.4. APOIO DOMICILIÁRIO

Um número cada vez maior de pessoas idosas depende de algum tipo de apoio domiciliário para continuarem a residir nas suas casas. Na linha do que é recomendado pela plataforma *Aging in Place*²⁷ é, por isso, importante salientar alguns aspetos a ter em conta na prestação de cuidados domiciliários a pessoas mais velhas, sobretudo atendendo ao facto desta prestação ser de natureza cada vez mais complexa:

O cuidado prestado deve ser centrado nas características e necessidades da pessoa que é cuidada e não nos interesses e motivações do cuidador: «Every senior citizen in every community is human. That is exactly how they should be treated. They have the same rights as every one of us. As well as good health care, they are entitled to the same freedom endowed on millennials. That is the perspective you should take when giving care to elders.»

Assegurar sempre a dignidade da pessoa que é cuidada: «Life gets less fun as people age. Aging occurs to everybody irrespective of status and wealth. Many elderly people you take care of feel sadness, pain, boredom, illness, and loneliness. They can easily lose their dignity to those taking care of them. They know they can't control anything or anyone.»

Fazer um permanente esforço para compreender as pessoas: «This is not only good for the senior you are taking care of it is also good for you in the long run. Even the best caregivers know that senior people can sometimes become a little grumpy or can easily forget things. It is your job to know these things. Older people may also seem to act like babies, but this kind of behavior is never intentional. They are merely a display of the decline in the cognitive abilities. They may say things you don't agree with or things that infuriate you – but you have to remain calm and understand it.»

Ser confidente é importante, mas a privacidade é a chave da confiança: «Being a confidant means you and the older person can talk about things and laugh. You both can open up to how daunting it is to raise children if you have one. However, do not cross the line. It is vital to be like a friend with the person you are caring for. It helps you to understand each other better and ensures a good relationship.»

Ser merecedor de confiança: «Elderly people can easily lose trust in a caregiver if they arrive late or do not keep to agreed deadlines. Unlike young men and women, many older people do not have the patience to keep trusting someone who keeps failing on his promises. You have to present yourself as someone they can rely on, someone they can depend on.»

²⁷ <https://aginginplace.org/> e <https://aginginplace.org/home-care-for-the-elderly-in-their-own-homes-important-things-to-remember/>

Explorar formas alternativas de comunicação: «Some elderly people who are experiencing some forms of communication disabilities do not find it easy communicating with others. For example, a stroke may affect someone's speech. Many older people also struggle to hear what people are saying. Sometimes, you have to speak up a little and expand your mouth to show your expression of the words you pronounce. You only have to explore different methods which you can use to communicate with them. Their will to communicate will make it easier for you to understand them too.»

Ter presente que as pessoas idosas também desejam usufruir de uma boa qualidade de vida: «You might see in-home care as a way to make money, but senior citizens see it in a different way. To them, it is a way to improve their quality of living. It is the time to get their living space organized to meet their social and emotional needs. They see you as someone who will help them achieve all that. They want to enjoy their lives as much as possible. Loneliness is a constant problem for elders. You can help them avoid depression. You are right in the mix of improving someone's quality of life. That is probably the most important thing you should remember when giving care to an older person at their home.»

Em Portugal, a prestação de serviços de apoio domiciliário a pessoas idosas é muito diversificada. As equipas são habitualmente constituídas por profissionais na área da geriatria que asseguram a prestação de cuidados individualizados no domicílio, promovendo o conforto, a saúde e a preservação do contacto social dos idosos que acompanham. De entre os serviços prestados, os mais comuns são os seguintes: alimentação, cuidados de higiene e conforto pessoal, lavandaria, higiene domiciliária (necessária ao serviço prestado), teleassistência, controlo e acompanhamento na toma de medicação, convívio social, ajudas técnicas e outros serviços (animação, lazer, aquisição de bens e de géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocações a entidades da comunidade).

Apresentaremos dois exemplos de prestação de serviços de apoio domiciliário pensados de forma integrada numa perspetiva de resposta para toda uma região (Açores e Madeira), e dois exemplos localizados (um no Centro, outro no Alentejo) numa perspetiva de resposta complementar às valências mais comuns de prestação de apoio domiciliário a pessoas idosas (alimentação, higiene e lavandaria).

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Em 2015 o governo da Região Autónoma dos Açores procedeu à reestruturação dos serviços de apoio domiciliário da região, tendo em vista o cumprimento dos seguintes objetivos: garantir uma efetiva articulação entre serviços de saúde e serviços de natureza social, assegurar apoio domiciliário ao fim de semana e cobrindo dessa forma os sete dias da semana, redefinir a tipologia dos serviços prestados (implementação de

uma segunda higiene diária, por exemplo), alterar modelo de financiamento (em função dos serviços disponibilizados), proporcionar formação intensiva aos cuidadores.

Na Região Autónoma dos Açores o Serviço de Apoio Domiciliário chega a quase todas as freguesias da região, havendo uma capacidade instalada, distribuída por 40 instituições prestadoras de cuidados, que é superior aos pedidos de apoio. A implantação é homogénea em toda a região, abrangendo tanto zonas rurais como urbanas.

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

O reforço da prestação de apoio domiciliário à população idosa foi um objetivo inserido no Plano Regional para o Envelhecimento Ativo 2016-2019, através de duas medidas: criação de uma rede de proximidade através das ajudantes familiares inseridas nas equipas de Serviço de Apoio Domiciliário; lançamento do projeto piloto «Prevenir a fragilidade física no domicílio» em algumas freguesias da Região Autónoma da Madeira, articulado com a prestação de apoio domiciliário. Os serviços prestados no âmbito do apoio domiciliário a idosos incluem ainda um programa de emergência alimentar e o fornecimento de ajudas técnicas (de simples andarilhos a gruas, através do Instituto de Segurança Social da Madeira).

Existe uma articulação entre o Instituto de Segurança Social da Madeira e as 65 instituições que prestam apoio domiciliário na contratação e formação das cerca de 600 ajudantes familiares que trabalham neste serviço; por outro lado, nos casos em que a pessoa idosa demonstra carência financeira, o governo da Madeira atribui diretamente ao idoso um subsídio (200 a 300 euros mensais) para ele escolher quem pretende que cuide dele.

VELHOS AMIGOS – ASSOCIAÇÃO ATLAS

(<https://www.atlaspeoplelikeus.org/>)

A Associação Atlas é uma ONG que atua na Região Centro de Portugal (Coimbra, Leiria, Marinha Grande, Pombal, Batalha). *Velhos Amigos* é um projeto de voluntariado que consiste na distribuição, ao fim de semana, de refeições oferecidas por restaurantes locais e pela Santa Casa da Misericórdia de Coimbra, a mais de 90 idosos que vivem sós, sinalizados por instituições de solidariedade social ou de um modo informal (por vizinhos, por exemplo), complementando dessa forma o serviço de apoio domiciliário providenciado por essas instituições durante a semana. Contando com mais de 280 voluntários, a escala de serviços está organizada de tal forma que cada voluntário não necessita de se comprometer com mais de um fim-de-semana por mês, o que facilita a adesão ao projeto. Nessa escala existe ainda, todos os fins de semana, pessoas em regime de SOS caso algum(ns) dos voluntários escalados se veja(m) impedido(s) de cumprir a sua missão.

As refeições doadas permitem minimizar a falta de Serviço de Apoio Domiciliário ao fim de semana e o momento da entrega da refeição facilita a monitorização e acompanhamento do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas acompanhadas. As relações assim criadas entre idosos e voluntários, assim como o tempo que partilham, é o «cerne» do projeto *Velhos Amigos*.

SOCIAL VAN (CARRINHAS SOCIAIS) – UNITATE

(<https://unitate.pt/>)

A UNITATE - Associação de Desenvolvimento da Economia Social, implementou nos concelhos de Alandroal, Borba, Redondo e Vila Viçosa, a resposta social UNITATE - Social Van (Carrinhas Sociais), que consiste na disponibilização de viaturas multi-serviços de âmbito inter-concelhio. Mediante um sistema de marcação, estas carrinhas prestam assistência aos cidadãos que as requeiram, concretamente, no transporte/acompanhamento para satisfação de necessidades essenciais (consultas médicas, farmácia, compras, correios, banco), ou na distribuição de apoios alimentares ou outros em articulação com as instituições sociais locais.

Este equipamento e o serviço de promoção de mobilidade que lhe está associado, possibilita a superação de um conjunto de necessidades recorrentes e diárias transversais aos cidadãos idosos mais vulneráveis dos concelhos beneficiários que vivem em suas casas, prestando um serviço de proximidade e de cariz personalizado que complementa o apoio domiciliário que as instituições sociais locais providenciam.

7.5. CENTROS DE DIA E DE CONVÍVIO

São abundantes as evidências recentes sublinhando a importância dos Centros de Dia e de Convívio para a qualidade de vida população idosa, em países tão diversos como a Austrália (Bulsara, Etherton-Beer & Saunders, 2016) ou o Reino Unido (Orellana, Manthorpe & Tinker, 2020). Em Portugal, a tendência revelada nos dados sucessivamente recolhidos na Carta Social mostra que a ocupação média dos centros de dia tem rondado, nos últimos anos, os dois terços. Embora este número nada nos diga sobre o respetivo funcionamento, permite em todo o caso adivinhar que para esses «dois terços» trata-se de um auxiliar precioso para poderem continuar a residir nas suas casas e encontrarem no Centro de Dia ou no Centro de Convívio um local garantido de interação social e, se o funcionamento do Centro estiver ajustado às características e necessidades de quem o frequenta, um local de estimulação a diversos níveis – sensorial, cognitivo e emocional.

Existem muitos modelos de operacionalização deste género de estruturas de apoio social, o que dificulta a sua avaliação, muito embora seja consensual que a organização atual dos centros de dia e de convívio não está particularmente ajustada a pessoas idosas que apresentem incapacidades diversas (tanto físicas como cognitivas) e que, por esse motivo, necessitariam de um reforço de acompanhamento técnico e de planos individualizados de intervenção. Tal poderia passar pela implementação de atividades de estimulação (e não de simples entretenimento) e de programas de educação e aprendizagem ao longo da vida, bem como pela criação de grupos de suporte emocional.

No Reino Unido, a Age UK²⁸ tem desenvolvido um importante trabalho de divulgação do trabalho realizado em múltiplos «day care service», reconhecendo o seu impacto tanto junto dos seus utilizadores como nas comunidades onde estão inseridos, auxiliando nomeadamente as famílias na tarefa de cuidar dos seus familiares mais velhos. Já Zarit e colaboradores (1998), num estudo realizado nos Estados Unidos da América, tinha verificado que os cuidadores beneficiavam significativamente («reducing caregiver depression and caregiver burden») quando os familiares idosos de quem cuidavam frequentavam um centro de dia ou de convívio pelo menos dois dias por semana ao longo de três meses, tendo Maffioletti e colaboradores (2019) recolhido evidência significativa deste efeito benéfico numa série alargada de estudos.

Em Portugal, várias entidades reconhecem a importância de modernização destes equipamentos, retirando-lhes a representação de meras «antecâmaras dos lares de

²⁸ <https://www.ageuk.org.uk/>

idosos» e conferindo-lhes um importante papel no âmbito de uma estratégia de envelhecimento na comunidade.

É o caso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, através do *Projeto InterAge*, que tem como objetivo requalificar até 2026 um total de 21 centros de dia da Misericórdia de Lisboa (que correspondem a cerca de 1/3 deste tipo de resposta existentes na cidade), transformando-os em espaços intergeracionais e abertos à comunidade através de um trabalho em rede com as entidades locais, numa lógica de cogovernança flexível e ajustada a cada território e às características e necessidades dos destinatários e respetivas famílias.²⁹

Vale a pena também – até pela sua escassez – chamar a atenção para a importância que assumem os centros de dia especializados dirigidos a pessoas com demência, tanto pelo benefício específico para as próprias pessoas com demência como no alívio da sobrecarga familiar, como são os casos da Casa do Alecrim – Alzheimer Portugal³⁰, em Alapraia/Cascais, e do Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e Outras Demências – Santa Casa da Misericórdia do Porto³¹, no Porto.

CÁRITAS DE CORUCHE

(<http://caritascoruche.pt/>)

No âmbito do Contrato Local de Desenvolvimento Social, a partir de um Atelier de Artes que já funcionava na sede do concelho, foi implementada a sua disseminação pelo concelho através da constituição de quatro ateliers (abrangendo 90 pessoas) em distintos locais do concelho de Coruche. Na prática, em colaboração com as associações/coletividades locais (cedência de instalações e infraestruturas), procedeu-se à criação de quatro centros de convívio, frequentados sobretudo por mulheres, proporcionando essencialmente momentos de socialização em torno da realização de atividades manuais e artísticas.

No início, a dinamização destes ateliers/centros de convívio era assegurada por técnicos da Caritas de Coruche, mas progressivamente alguns deles começaram a funcionar de forma autónoma, acabando os próprios idosos por se autorregularem nas atividades realizadas. Através do envolvimento da Câmara Municipal, foi possível implementar outras atividades «a reboque» dos ateliers, nomeadamente, atividade física. Num concelho de base rural, tão disperso e com tão pouca oferta de atividades de estimulação para a população mais velha (sobretudo para as mulheres, habitualmente

²⁹ <https://www.scml.pt/media/noticias/santa-casa-requalifica-21-centros-de-dia>

³⁰ <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-54-87-lar-e-centro-de-dia-casa-do-alecrim>

³¹ <https://portaldasaude.scmp.pt/pt-pt/centro-hospitalar-conde-de-ferreira/areas-clinicas/centro-de-dia-para-doentes-de-alzheimer-e-outras-doencas-s-joao-de-deus>

mais reservadas e circunscritas à vida doméstica), a criação destes centros de convívio constitui uma resposta adequada às necessidades da população idosa local.

MUNICÍPIO DE FAFE – CENTROS DE CONVÍVIO

(<https://www.cm-fafe.pt/>)

Em 2015 a Câmara Municipal de Fafe assumiu a criação de uma rede de centros de convívio para pessoas idosas, sobretudo nas freguesias rurais do concelho, como um objetivo deliberado para a promoção de um envelhecimento ativo da sua população mais velha e com menos recursos. Atualmente essa rede cobre já todo o município. Cada Centro de Convívio funciona três períodos por semana, sobretudo durante a tarde, em equipamentos já existentes pertencentes às juntas de freguesia que asseguram ainda o transporte das pessoas interessados em frequentá-los.

A dinamização dos centros de convívio é assegurada através de uma parceria com a Cruz Vermelha de Fafe, mais concretamente através da Equipa UNIR (Unidade de Intervenção e Recursos), garantindo um trabalho concertado na promoção da cidadania e do envelhecimento ativo dos residentes nas diversas freguesias do concelho. Para além do suporte da Câmara Municipal, que coordena todo este projeto, a Equipa UNIR conta ainda com a ação de um conjunto de voluntários (aulas de Música e de Informática, por exemplo) e de outros agentes locais.

HÁ D'ESCAMPAR – CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA DE BALEIZÃO

(<http://socialbaleizao.pt/>)

Durante o confinamento provocado pelo surto de COVID-19, o Centro de Dia do Centro Social Nossa Senhora da Graça de Baleizão encerrou e os utentes foram obrigados a ficar em casa. Preocupados com o isolamento a que aqueles idosos estariam condenados, os responsáveis do Centro de Dia pensaram então numa forma de «prolongamento» desse mesmo Centro, levando-o para dentro de casa das pessoas. Numa parceria com a Rádio Voz da Planície e com o Departamento de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, criaram um programa de rádio que passou a chegar regularmente às casas dos idosos, feito a partir do Centro de Dia e inspirado nas atividades aí realizadas. O programa «Avós com Voz» esteve no ar todas as sextas-feiras durante sete meses, com a participação de utentes, funcionários e dirigentes do lar, bem como especialistas em saúde mental ou mesmo outras pessoas que quiseram dar o seu testemunho.

O nome do projeto – «Há de Escampar» – recupera uma expressão alentejana («Escampar é quando termina a chuva») e tem subjacente a preocupação de prolongar a estimulação proporcionada pelo Centro de Dia através da audição de vozes familiares, por exemplo, assegurando-lhes que não tinham sido abandonados pela instituição.

7.6. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Desde sempre que a participação social dos cidadãos mais velhos mereceu uma atenção especial tanto entre investigadores como responsáveis pelo desenho de políticas de envelhecimento ativo³². A primeira razão prende-se com o aumento da longevidade e a necessidade de manter as pessoas mais velhas não apenas «ocupadas», mas igualmente participantes ativos nas suas comunidades. Em segundo lugar, está amplamente documentado os benefícios para a saúde e para o bem-estar dos idosos o seu envolvimento em atividades sociais e de voluntariado, por exemplo. Uma terceira razão refere-se às vantagens para as comunidades dessa mesma participação, dadas as competências e os conhecimentos por eles acumulados ao longo da vida.

É grande a variedade de atividades de participação social que pessoas mais velhas podem realizar ou nas quais podem envolver-se, mesmo quando apresentam incapacidade; por exemplo, é cada vez maior importância que é atribuída ao conceito de «saúde social» na demência (de Vugt, M., Dröes, R.-M., 2017; Gonçalves-Pereira, Marques & Balsinha, 2021). Sendo verdade que a prevalência de algumas condições neurológicas ou psiquiátricas (como a demência ou a depressão) é apreciável na idade avançada e determina níveis elevados de incapacidade, e que perturbações neurocognitivas ligeiras, por definição não associadas a incapacidade socio-funcional significativa, são também prevalentes e envolvem risco de evolução para demência, dados epidemiológicos disponíveis a nível nacional (Baptista *et al.*, 2018; Correia *et al.*, 2004; Gonçalves-Pereira *et al.*, 2017; Gonçalves-Pereira *et al.*, 2019; Nunes *et al.*, 2010; Ruano *et al.*, 2019), evidenciam, porém, que a maioria das pessoas com 65 anos ou mais não apresenta estas condições de saúde e estão perfeitamente capazes de interagir e de participar na vida social.

Vamos aqui destacar quatro exemplos, dois em ambiente rural e dois em ambiente urbano, que exprimem bem algumas destas possibilidades de participação.

A AVÓ VEIO TRABALHAR – ASSOCIAÇÃO FERMENTA

(<http://www.fermenta.org/>)

A *Avó veio trabalhar* é um projeto de aprendizagem, partilha e capacitação, que através dos labores tradicionais e do design cria uma oportunidade de intervenção e de

³² Veja-se, por exemplo: https://www.gov.mb.ca/seniors/publications/docs/senior_centre_report.pdf; <https://tilda.tcd.ie/publications/reports/pdf/w1-key-findings-report/Chapter4.pdf>; <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/efc56a004efc69f1b7ccf79ea2e2f365/Better+Together+-+A+Practical+Guide+to+Effective+Engagement+with+Older+People.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-efc56a004efc69f1b7ccf79ea2e2f365-n5iGPRD>

participação social de cidadãos mais velhos na sociedade, inserindo-se numa premissa de valorização dos saberes tradicionais dos idosos através de uma metodologia colaborativa e intergeracional que mostra o verdadeiro potencial da idade e integra os mais velhos no centro das comunidades locais.

A Avó veio trabalhar não é um projeto de ocupação de tempos livres mas sim um negócio social, em que se reconhece a importância dos participantes (entre os 55 e os 92 anos) e se acrescenta valor à comunidade através da troca de conhecimento da cultura tradicional. A criação de produtos *handmade* e serviços *tailormade* para clientes institucionais e privados ajuda a projeto a alcançar a sustentabilidade.

O projeto nasceu da vontade de devolver o poder de intervenção das pessoas idosas na comunidade onde vivem, mostrando-lhes que são detentores de sabedoria, beleza, energia e vontade de viver. Está localizado em Lisboa e procura romper quer com a lógica habitual dos centros de dia (muito centrada no entretenimento), quer com a lógica da simples ocupação de tempos livres para pessoas mais velhas (o espaço é aberto ao exterior, potencializando a intergeracionalidade). No fundo, a preocupação não é «estimular» as pessoas mas sim convidá-las a incorporar o projeto nas suas vidas, fazendo do trabalho o principal estímulo para tal, embora o projeto também incorpore experiências culturais e recreativas.

ALDEIAS PEDAGÓGICAS – AZIMUTE

(<https://www.aldeiaspedagogicas.pt/>)

O projeto *Aldeias Pedagógicas* surgiu na sequência de um outro intitulado *Aldeia Pedagógica da Portela*, desenvolvido entre 2010 e 2012 no quadro de uma iniciativa da Fundação Calouste Gulbenkian intitulada Programa ENTREGERAÇÕES. Pretendia-se, agora, alargar a três outras aldeias dos municípios de Bragança e de Vimioso esta experiência bem-sucedida em Portela. As aldeias selecionadas para a implementação desta segunda vaga do conceito «aldeias pedagógicas» foram Pinela (município de Bragança), Vale de Frades e Vilar Seco (município de Vimioso). Entre os objetivos do projeto *Aldeias Pedagógicas* encontramos, nomeadamente, a criação de atividades e dinâmicas de envolvimento dos idosos aí residentes e das suas famílias, bem como a promoção da participação da população idosa das três aldeias em atividades sociais, culturais e artísticas.

Ao longo do período de implementação do projeto foi concretizado um plano de atividades recorrendo a metodologias de intervenção como a criação de Espaços de Criação Artística/Workshops de Capacitação, com a participação de «mestres» das aldeias e outros participantes, ou a realização de workshops de saberes «Os Mestres ensinam», com a participação de «mestres» das aldeias (responsáveis por ensinar) e de participantes «aprendizes» de todas as idades.

Aldeias Pedagógicas é um projeto de inovação social que valoriza os saberes e os ofícios, mas igualmente a experiência de vida dos idosos e a sua ligação ao mundo rural, tornando-os «mestres» das aldeias: são eles que melhor guardam os saberes de outrora e são também eles que melhor os sabem transmitir. Ao longo do período de implementação do projeto as principais finalidades subjacentes aos objetivos estiveram presentes – capacitação individual, intergeracionalidade, promoção de um envelhecimento ativo – e o conjunto de atividades realizado visou efetivamente tanto a capacitação individual (através da realização de workshops, por exemplo) como a divulgação/disseminação (presença em eventos coletivos, por exemplo). Progressivamente, as três aldeias foram-se transformando em comunidades não apenas «ensinantes» (onde há «mestres» que cumprem os objetivos que a sua designação supõe) mas também «aprendentes» (onde habitantes e outros participantes «de visita» aprenderam saberes próprios de cada localidade).

HÁ FESTA NO MONTE – ALSUD

[\(https://alsud.pt/\)](https://alsud.pt/)

A Universidade Sénior de Mértola existe desde 2012 e resulta de uma parceria entre a ALSUD e o Município de Mértola, ao qual se juntaram outras entidades. Em Mértola, a Universidade Sénior não está circunscrita a um único local, expandindo a sua ação junto de 11 pólos localizados em diferentes pontos do município para dessa forma chegar às pessoas que estão geograficamente mais isoladas e dispersas. Através do projeto *Há Festa no Monte*, a Universidade Sénior de Mértola pretende valorizar as ligações dos seus alunos aos locais onde moram, fortalecendo essas mesmas ligações do ponto de vista físico, social, emocional, cultural e psicológico ao espaço da aldeia/monte/vila onde moram. Ao mesmo tempo, pretende-se também dinamizar a vida social nas aldeias onde decorre o projeto, valorizando-as através da organização de festividades coletivas que pertencem à memória e à identidade cultural dos lugares.

O projeto teve início com a recolha e registo de práticas de danças e cantares em desuso junto dos participantes da Universidade Sénior, no que constituiu um ponto de partida para o desenvolvimento de atividades culturais e recreativas contando com a participação dos idosos na preparação e realização das mesmas. Desta forma procura-se a valorização da memória e da tradição dos lugares, numa estratégia de combate ao isolamento e à perda da vitalidade das aldeias em que os próprios residentes dessas aldeias são os principais atores.

MÃO CHEIA – ASSOCIAÇÃO PÃO A PÃO

(<https://www.mao-cheia.pt/>)

Mão-Cheia é um restaurante situado em Lisboa, onde os mais velhos vêm cozinhar e partilhar as suas receitas. É um projeto para combater o isolamento e promover o envelhecimento ativo e saudável, mas é sobretudo um projeto ativo e produtivo, onde se trocam conhecimentos e experiências, onde o que se foi aprendendo ao longo da vida, na cozinha, é usado para criar partilhas, dignificar e integrar as pessoas mais velhas na vida da comunidade onde residem.

Valorizam-se saberes antigos, partilhando-os com gerações mais novas, e valorizam-se as pessoas que transformam esses saberes em refeições servidas num restaurante aberto ao público, contribuindo para o reforço da autoestima de quem as confeciona e aumentando o seu sentimento de pertença, utilidade e participação social.

7.7. APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA

Em 2013, o Conselho Económico e Social elaborou um documento onde analisava as implicações do envelhecimento da população portuguesa e elencava um conjunto de recomendações para ultrapassar os problemas daí decorrentes e aproveitar o que de vantajoso poderia ser retirado dessa realidade demográfica. Aí se recomendava, especificamente, a generalização de ofertas de educação «para populações tendencialmente idosas e cuja frequência é essencial a uma aprendizagem vitalícia como alavanca a um estilo de vida ativo e mentalmente saudável», bem como a «dinamização de condições que promovam a partilha de conhecimentos, competências e experiências dos mais idosos junto dos mais jovens» (Conselho Económico e Social, 2013, p. 22-24). Passados sete anos, existe hoje uma grande variedade de programas educacionais «para populações tendencialmente idosas», organizados tanto por instituições educativas formais (universidades e politécnicos) como informais (universidades/academias seniores), bem como por Instituições Particulares de Solidariedade Social, fundações, autarquias e outras entidades, com funcionamento regular ou pontual.

Podemos olhar para esses programas tão diferentes entre si segundo vários critérios. Um primeiro critério é em função da sua temática, diferenciando os programas voltados sobretudo para a aquisição de conhecimentos (línguas, informática, literatura, etc.) dos programas centrados no desenvolvimento de competências e capacidades pessoais (sejam elas físicas, emocionais, relacionadas com a saúde ou com aspetos específicos, por exemplo, competências de cuidado de outros ou de si mesmo). Um segundo critério é em função dos objetivos do programa, podendo aqui diferenciar-se dois tipos de objetivos: programas dirigidos à compensação de perdas (já ocorridas ou previsíveis) visando a aquisição, pelo participante, de conhecimentos e instrumentos que lhe permitam retomar ou manter a máxima funcionalidade possível; e programas dirigidos à otimização do respetivo desenvolvimento visando potencializar dimensões de natureza social, emocional, relacional ou espiritual, com implicação direta e positiva no bem-estar da pessoa. Um terceiro critério prende-se com um aspeto particularmente crítico no desenho e implementação de programas educacionais para pessoas mais velhas e idosas: a integração de participantes de idade mais avançada em programas conjuntos com gerações mais novas *versus* a segregação de participantes de idade mais avançada em programas autónomos, funcionando em espaços também eles autónomos e identificados por designações em que a diferenciação etária do programa está presente (por exemplo, *universidade da terceira idade* ou *academia sénior*).

Vamos aqui apresentar dois exemplos de natureza bem diferente, onde tem sido notório o esforço de implementação de programas educacionais cujo foco principal são

efetivamente as pessoas mais velhas mas procurando que esse funcionamento decorra num ambiente intergeracional.

PROGRAMA 60+ – POLITÉCNICO DE LEIRIA

(<https://60mais.ipleiria.pt/>)

A declaração redigida pelo Conselho Europeu no final do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, apontando a aprendizagem ao longo da vida como um dos princípios de intervenção fundamental no domínio da participação social das pessoas mais velhas, constitui uma das principais referências do *Programa 60+* (inicialmente designado de Programa IPL60+), implementado desde Março de 2008 no Politécnico de Leiria e tendo como principal objetivo contribuir para a mudança do paradigma do envelhecimento através da promoção de uma maior participação social das pessoas mais velhas e idosas da região de Leiria. O Programa 60+ proporciona atividades formativas, educativas e socioculturais, sendo hoje reconhecido como uma resposta inovadora no panorama da oferta de formação para este grupo populacional.

O *Programa 60+* é dirigido a pessoas reformadas, com 50 ou mais anos, apresentando uma oferta formativa e sociocultural organizada em três grandes domínios: acesso a formação de nível superior, através da frequência de unidades curriculares das licenciaturas ministradas nas várias escolas do Politécnico de Leiria; acesso a formação complementar, em turmas específicas, nas áreas das Tecnologias de Informação e Comunicação e das línguas estrangeiras; acesso a atividades socioculturais e a projetos em áreas diversas (atividade física, dança, música, educação para a saúde, clube de leitura e de escrita, entre outras) que resultam, na maior parte dos casos, da iniciativa dos próprios estudantes. Considerando que a frequência do *Programa 60+* não confere grau académico, as habilitações escolares prévias dos participantes não se constituem como critério de acesso. A inscrição implica o pagamento de uma taxa de inscrição semestral e de uma taxa por cada unidade curricular ou projeto escolhido, com valores definidos anualmente. Nos anos letivos mais recentes, o *Programa 60+* incorpora anualmente cerca de 90 a 100 participantes, com o seguinte perfil: residentes na região de Leiria, essencialmente mulheres, com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, com qualificações e profissões muito diversificadas.

O principal elemento diferenciador do *Programa 60+* face a outros programas educacionais dirigidos a pessoas mais velhas e idosas em Portugal é a sua integração em aulas de licenciatura e o seu funcionamento num espaço comum partilhado por mais novos e mais velhos, criando uma comunidade intergeracional em torno de um processo de ensino-aprendizagem que exemplifica a promoção (e a operacionalização efetiva) da integração social dos mais velhos por via da inclusão e não por via da

diferenciação, o respeito pela diversidade e pluralidade de valores, a valorização das identidades independentemente da idade cronológica de cada um e o desenvolvimento de competências diferenciadas de desempenho.

CLIQUE SEM IDADE – CÂMARA MUNICIPAL DE PALMELA

(www.cm-palmela.pt)

Clique sem Idade é um projeto de educação não formal da Câmara Municipal de Palmela, existente desde 2009, na área das Tecnologias de Informação e Comunicação, dirigido à população com idade superior a 55 anos residente no concelho de Palmela. Este programa possibilita o acesso a novas aprendizagens através do contacto e familiarização com as Tecnologias de Informação e Comunicação, tendo por base os princípios da cidadania ativa, participação, autonomia, igualdade de oportunidades e aprendizagem ao longo da vida. Para além da familiarização com as TIC, este projeto tem como objetivos a sensibilização da comunidade para o reforço das relações e convívio intergeracionais, e para a valorização do papel dos cidadãos mais velhos no concelho de Palmela.

O *Clique sem Idade* promove a realização de ações sobre noções básicas de informática de nível 1, para quem acede pela primeira vez ao computador, ações sobre noções básicas de informática de nível 2, para quem pretende aprofundar conhecimentos, e a iniciativa Centros de Recursos para a «Juventude sem Idade». Tendo por base a temática das novas tecnologias, são realizadas diferentes iniciativas como oficinas de leitura e escrita, oficinas de fotografia digital, sessões sobre internet em segurança, conversas sobre envelhecimento saudável, cinema/debate sobre envelhecimento ativo e direitos das pessoas idosas, e festas convívio.

O *Clique sem Idade* diversifica as suas ações de acordo com os interesses da população mais velha que nele participa, realizando por vezes essas ações em parceria com outros programas municipais. Por outro lado, o envolvimento da comunidade local e a valorização dos saberes e das experiências dos participantes são uma mais-valia deste projeto.

7.8. HABITAÇÃO E ESPAÇOS FÍSICOS

Se na base do *ageing in place* encontramos a vontade das pessoas em envelhecerem nas suas casas de forma independente pelo maior tempo possível, então, necessariamente, tudo o que tem a ver com a habitação e o espaço envolvente está diretamente implicado na promoção de um envelhecimento em casa e na comunidade. Entre as condições necessárias para que o *ageing in place* possa ser possível incluem-se o acesso a uma variedade de serviços (incluindo alguns que possam ser domiciliados quando tal se revelar útil), redes sociais fortes, orçamento adequado (serviços domiciliários podem estar disponíveis, mas por vezes a custo elevado), e condições de habitação adequadas. Desde logo, em termos estruturais: as casas precisam de estar livres de barreiras para oferecer um ambiente seguro e acessível, e a segurança no acesso à própria casa é outra questão importante.

Um dos motivos frequentemente referidos para a admissão num contexto institucional de acolhimento é a constatação de que o lugar onde se vive representa um risco para a pessoa idosa. As necessidades podem mudar rapidamente, por exemplo, no caso de uma queda que resulte em perda de mobilidade (as quedas são uma das principais causas de necessidades de cuidados e hospitalização), tornando impossível para o idoso continuar a viver na sua casa atual, ou regressar a ela depois de uma estadia no hospital. Por tudo isto, a residência desempenha um papel crucial na manutenção da qualidade de vida das pessoas mais velhas e é o elemento-chave do *ageing in place*. Muitas das condições crónicas de saúde vividas pelos idosos têm uma relação causal ou são ampliadas por condições particulares das casas onde residem. À medida que envelhecemos, muitas das casas onde vivemos tornam-se inadequadas, não correspondendo a circunstâncias particulares impostas pela perda de capacidades (necessidade de uso de um andador ou de uma cadeira de rodas, por exemplo).

Dadas estas condições necessárias para se «envelhecer em casa» e os desafios a elas associados, é possível identificar cinco modalidades de promoção do *ageing in place* relacionadas com a habitação³³: (i) garantir a existência de ajuda e apoio domiciliário nos locais onde residem os idosos, (ii) proporcionar acesso a serviços profissionais, que respondam sobretudo à fragilidade crescente dos idosos, (iii) providenciar os ajustamentos estruturais necessários às habitações, garantindo a segurança dos moradores através de melhoramentos/reformas nas habitações, (iv) desenho de projetos residenciais onde os serviços mais básicos possam ser adaptados às diferentes necessidades e

³³ <https://researchfeatures.com/ageing-in-place-challenges-opportunities-property-management-older-residents/>

combinados com serviços avançados (de natureza cultural, por exemplo) para fornecer um suporte abrangente, (v) garantir que pessoas com rendimentos mais baixos não se vejam impedidas de envelhecer nas suas casas por dificuldade de acesso a serviços de apoio domiciliário.

Resulta daqui a importância de incluir, em qualquer programa de promoção global da qualidade de vida de idosos residentes nas suas casas, a vertente habitacional, conforme sucede com o programa *Casa Aberta* da Câmara Municipal de Lisboa, hoje delegado nas juntas de freguesia do município. Este programa teve a sua origem em 1991 e pretende melhorar a segurança e acessibilidade na habitação de pessoas com mais de 65 anos ou com grau de incapacidade igual ou superior a 60%. No âmbito deste programa são realizadas pequenas reparações que pretendem reduzir o risco de quedas e aumentar a autonomia nas atividades da vida diária. À semelhança de Lisboa, outros municípios do país têm programas semelhantes.

Trata-se de um tipo de programas cuja pertinência é amplamente justificada. As casas comuns estão cheias de riscos de lesões para pessoas mais velhas, exercendo um forte impacto nas possibilidades de um envelhecimento em casa. Entre as maiores ameaças contam-se as quedas, como já foi referido, constituindo a sua prevenção um fator de sucesso para o *ageing in place*. Falta de apoios no chuveiro ou banheira, escadas muito inclinadas, tapetes soltos, excesso de móveis e corredores obstruídos, tudo isto são elementos de risco para uma pessoa idosa. Contudo, modificações simples e de baixo custo podem diminuir muito o risco de queda: aumento da iluminação, interruptores acessíveis em ambas as extremidades de escadas e corredores, corrimãos adicionais, barras de apoio, piso antiderrapante, remoção de tapetes, eliminação de móveis desnecessários. Outras modificações podem ser mais dispendiosas, mas melhoram significativamente a segurança da habitação: colocação de rampas, troca da banheira por uma base de duche, prateleiras deslizantes, escadas elevatórias ou até mesmo elevadores residenciais, são alguns exemplos. O ideal, no fundo, será que tudo em casa seja acessível a todas as pessoas, independentemente da sua condição funcional.

Os idosos representam hoje uma gama muito diversificada de indivíduos, com diferentes níveis de necessidades. Cada vez mais as sociedades reconhecem a necessidade de promover contextos sustentáveis para suportar uma população envelhecida, o que vai obrigar a cruzar disciplinas distintas na procura de respostas articuladas, por exemplo, entre o urbanismo e os serviços sociais e de saúde. Enquanto alguns optarão por continuar a residir nas suas casas, recebendo, eventualmente, algum suporte externo de âmbito social e de saúde para o poderem fazer de forma independente, outros vão preferir recorrer a soluções habitacionais inovadoras. É o caso do *co-housing*.

A origem do *co-housing* remonta à década de 1970 em alguns países do norte da Europa, nomeadamente Holanda e Dinamarca, e pode ser descrito como «a form of collaborative housing designed to emphasize social contact among community members while preserving and respect individual privacy»³⁴. As residências, privadas, são construídas no contexto de uma urbanização (também pode funcionar sob a forma de apartamentos num mesmo edifício), com acesso a facilidades partilhadas e comuns. Apesar de ser bastante flexível, esta é a organização mais comum de um *co-housing*: casas ou apartamentos independentes (equipados com todos os serviços essenciais de uma habitação, com quartos, casa de banho, cozinha/*kitchenette*, zona de estar) e espaços comuns partilhados, que habitualmente incluem uma cozinha e sala de refeições, lavandaria, sala de convívio, espaços recreativos e de lazer, e, por vezes, quartos para convidados. O *co-housing* não é uma «república», não é um condomínio fechado, não é uma cooperativa de habitação nem é *co-living* (em nenhum destes modelos está implícita a participação indispensável dos residentes no respetivo funcionamento).

O *co-housing* é intencionalmente pensado com um sentido comunitário, de modo a que os residentes sejam participantes ativos no contexto onde vivem e responsáveis pelo funcionamento da comunidade. Nos USA, em 2016, existiam 172 comunidades estabelecidas e 127 comunidades a formarem-se. O número de residentes em cada comunidade andava, em média, pelas 25-35 pessoas, sendo predominantes em zonas urbanas (83% contra apenas 17% em meio rural). Os moradores habitualmente são donos das residências onde vivem, mas também há casos em que organizações maiores são proprietárias das residências e arrendam-nas a preços acessíveis.

O *co-housing* é, provavelmente, o modelo de habitação de tipo comunitário mais aperfeiçoado que existe, tanto ao nível da arquitetura física como ao nível da relação entre as pessoas, e entre as pessoas e o ambiente. Contudo, tendo a sua origem no norte da Europa, assenta num modelo de sociedade muito diferente do português, baseado em noções como a importância do coletivo em detrimento do individual, onde a partilha do espaço comum é valorizada desde a infância e onde é dada mais importância a esse mesmo espaço comum do que à propriedade individual. Porém, investigações têm demonstrado (Tummers, 2015) que, ao invés de ser um modelo utópico, o *co-housing* pode ajudar a resolver problemas práticos associados ao envelhecimento e constituir uma solução de urbanismo sustentável, nomeadamente, facilitando as relações sociais e diminuindo dessa forma o risco de isolamento social, reconhecidamente um dos principais problemas do envelhecimento atual. Poderá, também, funcionar como um estímulo para a autonomia individual, fazendo prolongar a competência e a autonomia,

³⁴ The Cohousing Association of the United States (www.cohousing.org/directory).

e potencializando as capacidades de realização num contexto seguro. Finalmente, as necessidades de cuidados de saúde podem ser mais bem atendidas num contexto desta natureza, providenciando cuidados diferenciados à medida que as pessoas envelhecem.

Localizado em Estocolmo (Suécia), o Kollektivhuset Färdknäppen³⁵ apresenta-se como o primeiro projeto de *co-housing* do país, uma experiência de habitação «colaborativa» para a «segunda metade da vida». Inclui 43 apartamentos de um a três quartos (cada um tem o seu espaço pessoal, privado), uma pequena cozinha e uma zona comum com 350 metros quadrados onde os residentes se encontram. No Färdknäppen há turnos para preparar refeições, há turnos para fazer limpezas e há turnos para toda uma série de outras tarefas. Nesta comunidade com 56 pessoas entre os 53 e os 93 anos, cerca de dois terços são mulheres. Esta forma de «habitação colaborativa», com serviços de apoio partilhados, assume-se como uma alternativa tanto à «fatalidade» de viver os últimos anos de vida numa instituição residencial para idosos, como à «fatalidade» de se ficar a viver sozinho sem qualquer retaguarda de suporte, afetivo ou instrumental.

Em Portugal ainda não há enquadramento legal para o *co-housing*. Todavia, algumas instituições têm realizado experiências de aproximação ao modelo:

- em Mourisca do Vouga, a Instituição Particular de Solidariedade Social «Os pioneiros» criou uma «aldeia sénior» onde vivem hoje perto de 20 idosos num aglomerado de pequenas casas independentes, podendo contar com o apoio dos serviços da instituição para os cuidados básicos;
- em Cem Soldos (Tomar), o Sport Clube Operário de Cem Soldos está a desenvolver o projeto «Lar Aldeia», que consiste na criação de um sistema holístico de apoio à população idosa da localidade a partir dos recursos físicos, culturais e humanos ali existentes;
- em Lisboa, o Centro Social Paroquial de São Jorge de Arroios criou uma «república sénior», que consiste numa habitação comunitária para um máximo de três residentes, procurando também dessa forma atenuar o risco de isolamento social dos respetivos moradores;
- também em Lisboa, numa iniciativa promovida pela Câmara Municipal de Lisboa e gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, encontramos no Bairro Padre Cruz um conjunto de residências assistidas para idosos com autonomia, constituído por diversos apartamentos independentes (um para cada residente) e por espaços comuns partilhados.

³⁵ <http://fardknappen.se/in-english/>

Muito mais do que uma moda, o *co-housing* recebe cada vez mais atenção enquanto modelo de habitação sustentável para cidadãos mais velhos numa verdadeira perspetiva de *ageing in place*, alargando-se a novas geografias, como Singapura (<https://www.ura.gov.sg/Corporate/Resources/Ideas-and-Trends/Co-housing-for-successful-ageing>) ou Brasil (<https://www.facebook.com/Co-housingBrasil>).

Embora não se trate de *co-housing*, é oportuno, neste contexto, assinalar o programa *Residências Partilhadas para Seniores*.

RESIDÊNCIAS PARTILHADAS PARA SENIORES – CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO / DOMUS SOCIAL (www.domussocial.pt)

São cerca de 20 os idosos abrangidos pelo programa *Residências Partilhadas para Seniores*, implementado pela Câmara do Porto, através da empresa Domus Social, em cooperação com as juntas de freguesia do município. Este programa faz parte de uma resposta integrada multidisciplinar, que tem como principais objetivos estimular o envelhecimento ativo, promover a autonomia dos idosos e combater o isolamento social. Este programa concretiza-se através da atribuição de casas do parque de habitação pública municipal a pessoas idosas com carência social e habitacional que aceitem partilhar uma residência.

Esta medida começou a ser implementada na freguesia do Bonfim, estendeu-se depois à população mais idosa de Campanhã, Ramalde, e Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, sendo objetivo replicá-la em todos os territórios da cidade. As casas atribuídas têm em atenção aspetos como a mobilidade e a acessibilidade a transportes públicos. Decorridos já alguns anos desde o início do programa, os vários intervenientes avaliam as residências partilhadas muito positivamente e identificam como principais vantagens o combate ao isolamento social e à precariedade habitacional, a partilha de recursos e a promoção de um envelhecimento ativo, autónomo e plenamente integrado. No contexto deste programa é ainda prestado apoio domiciliário aos idosos residentes, tanto no auxílio à limpeza da casa como no fornecimento de refeições.

Falando de envelhecimento em casa e na comunidade, vamos agora referir-nos à importância crucial do fator «localização» das residências. Estar perto de serviços essenciais, lojas e transportes públicos é fundamental para aqueles idosos que não sabem ou que já não podem conduzir. Da mesma forma, viver num local que suscite medo (de fazer uma caminhada ou simplesmente de andar a pé na rua, por exemplo) reduz consideravelmente as oportunidades de envolvimento social e sabemos bem como o isolamento social e a solidão persistentes, especialmente na velhice, têm um enorme impacto na saúde e no bem-estar das pessoas. No Reino Unido, segundo a

*Age UK*³⁶, mais de um milhão de pessoas com 65 e mais anos relatam que se sentem sozinhas com frequência, e um número semelhante de pessoas dizem sentir-se presas em casa. Além disso, a prestação de cuidados sociais e de saúde a pessoas mais velhas torna-se mais problemática quando as moradias ou prédios são de difícil acesso. O acesso fácil a transportes públicos, a serviços diversos (desde restaurantes a igrejas) e a pontos de venda variados, encorajam as pessoas a gostarem do local onde vivem e a envolver-se na sua manutenção, sendo hoje igualmente uma característica importante para os idosos que vivem em ambientes urbanos a existência de espaços verdes.

A importância de todas estas questões foi considerada prioritária pelas Nações Unidas em 2002, tendo surgido um pouco mais tarde, através da Organização Mundial de Saúde, o projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas. De acordo com o *Global Age-Friendly Cities: A Guide*³⁷, a paisagem, os edifícios e o sistema de transporte das cidades contribuem para a mobilidade, a adoção de comportamentos saudáveis, a participação social e a autodeterminação dos cidadãos mais velhos, ou, inversamente, para o seu isolamento e para a sua inatividade e exclusão social. Acessibilidade física, proximidade, segurança e inclusão são características importantes no desenho das cidades. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços, de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades. Na prática, uma cidade amiga das pessoas idosas não se traduz apenas em benefício para os idosos, mas sim para todas as faixas etárias. A palavra-chave no que diz respeito aos espaços urbanos (físicos e sociais) que se assumem como «amigos das pessoas idosas» é *capacidade*, sempre com o objetivo de promover ao máximo a autonomia e prevenir as incapacidades e a dependência.

A partir dos pressupostos anteriores, a Organização Mundial de Saúde identificou as principais características de uma cidade amiga das pessoas idosas e elaborou uma lista de verificação para que cada cidade se autoavalie e possa delinear estratégias no sentido de implementar as mudanças necessárias para melhorar as condições que oferece à sua população mais envelhecida: (i) prédios e espaços abertos; (ii) transportes; (iii) habitação; (iv) participação social; (v) respeito e inclusão social; (vi) participação cívica e emprego; (vii) comunicação e informação; (viii) apoio comunitário e serviços de saúde. Estas características são destacadas no pressuposto de que o ambiente físico, as infraestruturas públicas e as condições habitacionais podem influenciar fortemente a mobilidade individual, a segurança, a proteção e a prevenção

³⁶ <https://www.ageuk.org.uk/our-impact/policy-research/loneliness-research-and-resources/>

³⁷ https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf. Em 2009, a Fundação Calouste Gulbenkian publicou a edição portuguesa do Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas: http://www.fbb.pt/sos/wp-content/uploads/sites/10/2014/05/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf

de acidentes domésticos e na via pública, constituindo atitudes promotoras de saúde e de participação social. Por outro lado, o ambiente social, os apoios comunitários e os serviços de saúde disponíveis, podem, igualmente, influenciar o bem-estar psicológico, a participação social e o nível de saúde da população.

Na continuidade deste trabalho, foi criada a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/), onde Portugal se encontra amplamente representado.

Envelhecer em casa e na comunidade quando esta se situa em meio rural comporta outros desafios. As povoações situadas em meio rural oferecem, em regra, menos serviços do que os ambientes urbanos, fazendo da gestão do quotidiano um desafio particularmente complexo quando incapacidades de várias ordens se tornam mais evidentes (Weaver & Bolkan, 2019). Várias organizações, em diferentes geografias³⁸, têm estado desde há muito atentas a esta realidade, produzindo investigação e fazendo recomendações para a ação política onde se defende, basicamente, a implementação de medidas que respondam às principais necessidades das pessoas que decidem envelhecer nas suas casas em meio rural: transporte e mobilidade, risco de isolamento social, dificuldades de acesso a serviços essenciais no domínio da saúde, escassez ou ausência de serviços de proximidade (bancos, estações de correios, supermercados, farmácias).

³⁸ Estados Unidos: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/rural-issues>; Inglaterra: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/policy-positions/housing-and-homes/ppp_rural_ageing_uk.pdf; Austrália: https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/ageing/submissions/national_rural_health_alliance_inc./sub012.pdf

7.9. SAÚDE, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

Sabemos que as pessoas, à medida que envelhecem, avaliam a respetiva situação de saúde pela maior ou menor capacidade para realizar atividades que para elas são significativas (Bowling *et al.*, 2003; Fonseca, 2014). Quem se autoavalia como tendo melhor saúde apresenta, por regra, melhores resultados em provas de natureza cognitiva, tem mais amigos e mais relações sociais, maior extroversão e abertura à experiência, faz mais atividade física, faz uma alimentação mais equilibrada e tem menos problemas efetivos de saúde. Estes dados confirmam que, para além da saúde real, também a saúde percebida e autoavaliada constitui um importante critério pelo qual é possível prever com segurança o envelhecimento bem-sucedido dos indivíduos (ou pelo menos assim considerado pelos próprios).

Não obstante as diferenças que se verificam entre as pessoas quanto ao modo de experimentar o envelhecimento, a saúde continua a ser uma área fulcral da qualidade de vida, particularmente para os idosos. A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde, de resto, promoveu uma nova abordagem às questões da saúde, tendo-se passado de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial, onde variáveis como a nutrição ou a atividade física passaram a ganhar relevo. As intervenções médicas deixaram de ser avaliadas exclusivamente do ponto de vista dos resultados quanto à mortalidade e à morbilidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, particularmente no que diz respeito às doenças crónicas, bastante presentes no decurso do envelhecimento.

Desde a década de 1990 que, sob a égide da Organização Mundial de Saúde, existe uma preocupação com o estudo da Qualidade de Vida³⁹, tomando-a como algo central para a compreensão de uma saúde holística, não reduzida à simples ausência de doenças. Trata-se de uma abordagem particularmente pertinente em face do envelhecimento demográfico da população e da evidência de que as pessoas vivem mais tempo e que esse ganho de longevidade tem de ser acompanhado por um ganho em saúde (física e mental), fazendo do cruzamento entre saúde e qualidade de vida uma questão central para as próximas décadas, em particular no que diz respeito aos idosos que vivem nas suas residências.

A prática de atividade física, em particular, revela-se especialmente útil não apenas para promover o bem-estar geral e mental, mas eventualmente também para retardar o declínio cognitivo. Estão em curso alguns estudos nacionais nesta área (Carvalho *et al.*, 2021; Verdelho *et al.*, 2019). O estudo AFIVASC – acrónimo de «Atividade

³⁹ https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

Física no Defeito Cognitivo Vascular» (www.afivasc.pt) – avaliou o impacto da atividade física em pessoas com elevado risco cognitivo de tipo vascular, gerando alguns materiais destinados ao público geral para promover a atividade física: (i) conjunto de exercícios disponíveis no site www.afivasc.pt; (ii) livro «Toca a mexer, o seu cérebro agradece: Manual de exercícios para a pessoa em risco vascular» (publicação em curso).

Apresentaremos de seguida quatro programas que visam, precisamente, a promoção da saúde em pessoas idosas residentes na comunidade tendo em vista a melhoria da respetiva qualidade de vida, enfatizando o papel que a saúde (designadamente, através de serviços de proximidade), a atividade física e a nutrição poderão desempenhar para se atingir esse objetivo mais amplo.

UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE – MUTUALISTA COVILHANENSE

(<https://mutualistacovilhanense.com/unidade-movel/>)

Contando com a participação de mais de 20 entidades parceiras, a *Unidade Móvel de Saúde* da Mutualista Covilhanense serve regularmente 11 localidades do concelho da Covilhã, mais concretamente localidades situadas em meio rural e afastadas do centro do município. O público-alvo da *Unidade Móvel de Saúde* é sobretudo a população mais idosa e com limitações físicas, para a qual se desenvolve uma intervenção repartida por três áreas complementares: saúde (rastreios cardiovasculares, atos de enfermagem, promoção do uso correto do medicamento, ações de sensibilização sobre os problemas de saúde mais frequentes, estilos de vida saudáveis e situações de risco sazonais, consultas de clínica geral); apoio psicológico e social (identificação de situações de pobreza e de exclusão social, providenciando respostas sociais, rastreios ao nível da saúde mental, avaliação e acompanhamento psicológico); «oficina de atividades» (promoção da inclusão digital da população mais velha, combate ao isolamento social).

PROGRAMA DE APOIO DOMICILIÁRIO À DEMÊNCIA – SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MOGADOURO

(<https://misericordiamogadouro.pt/>)

O *Programa de Apoio Domiciliário à Demência* presta cuidados gratuitos, multidisciplinares, individualizados e personalizados no domicílio à pessoa com demência e ao seu cuidador, retardando a institucionalização e permitindo à pessoa continuar a viver no seu meio habitual de vida, com qualidade. A equipa de apoio é constituída por neurologista, psicólogo clínico, enfermeiro, educador social e auxiliar, com funções interdependentes e complementares. Este serviço atua também de forma preventiva, oferecendo estratégias de intervenção precoce quando são detetados fatores de risco associados a sinais de desenvolvimento do processo demencial. Providencia formação

às famílias, enfatizando a educação no sentido da compreensão da problemática e combatendo, assim, o estigma a ela associado, para além de otimizar os cuidados prestados pelos cuidadores.

ATIVIDADE SÉNIOR – MUNICÍPIO DE VISEU

(<https://www.cm-viseu.pt/>)

O Município de Viseu, através do seu Pelouro do Desporto, desenvolve o programa *Atividade Sénior* visando a melhoria da qualidade global de vida dos seus cidadãos (perceção de bem-estar, aptidão física, socialização e combate à exclusão, manutenção dos níveis de independência ao longo dos anos). A edição de 2019 contou com 103 instituições envolvidas e mais de 2600 participantes inscritos, números que se traduzem em mais de 12.000 «horas» de atividades regulares ao longo do ano.

O programa encontra-se organizado em 6 eixos estratégicos: atividades regulares (núcleo central do programa visando a participação em aulas orientadas por técnicos de exercício físico); atividades complementares (visam aumentar a diversidade de oferta do programa, os níveis de prática semanal e o número de interações sociais); atividades pontuais (promoção da participação em atividades que decorram anualmente no concelho, apoio a atividades programadas pelos promotores locais); ações de sensibilização e formação (nas áreas da Educação para a Saúde, Defesa do Consumidor, Promoção da Atividade Física e Alzheimer/Diagnóstico Precoce, entre outros temas, fruto de parcerias com entidades locais); avaliação dos participantes (realizada com base num paradigma biopsicossocial do envelhecimento); formação dos técnicos (através de atividades com dinâmicas formativas centradas numa prática reflexiva e de participação crítica).

NUTRITION UP65 – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO PORTO

(<https://nutritionup65.up.pt/>)

O projeto Nutrition UP65, desenvolvido pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, tem como principal enfoque melhorar o conhecimento sobre o estado nutricional dos idosos portugueses e providenciar formação avançada, multidisciplinar e aplicada em nutrição à medida da população mais idosa. Para auxiliar neste propósito verificou-se o desenvolvimento de materiais e recursos de diversos tipos, disponíveis no site do projeto, que tanto podem ser usados por profissionais que pretendam replicar a formação, como pelos próprios idosos, designadamente, uma série de pequenos vídeos que procuram ajudar na realização de escolhas alimentares corretas para a manutenção de um estado nutricional adequado.

7.10. SEGURANÇA

Falar atualmente em *segurança* como condição subjacente ao *ageing in place* significa fundamentalmente falar em modalidades tecnológicas – no domínio da teleassistência, da telesaúde e da automação residencial – suscetíveis de apoiar os mais idosos a diversos níveis, agir preventivamente face ao risco ou possibilitar uma ajuda rápida em caso de emergência (van Hoof *et al.*, 2011). Com efeito, a engenharia tem desenvolvido tecnologias que facilitam o envelhecimento em casa através de soluções de ‘inteligência ambiental’ cada vez mais inovadoras; enquanto umas garantem acompanhamento personalizado ao longo das 24 horas do dia, outras assumem-se como ferramentas de monitorização residencial para pessoas com menor ou mais incapacidade/dependência, melhorando o respetivo sentimento de segurança e proteção face aos perigos inerentes a viver em casa, muitas vezes sozinhos/as (por exemplo, sofrer uma queda). Além disso, essas tecnologias constituem um suporte bem-vindo para cuidadores familiares e profissionais de saúde.

Em Portugal, encontramos inúmeros exemplos de implementação de serviços de teleassistência, como o da Cruz Vermelha Portuguesa, de âmbito nacional⁴⁰. A nível local, podemos referir o da Câmara Municipal de Amarante⁴¹, uma modalidade de teleassistência complementada com um acompanhamento individualizado por um técnico do Serviço Municipal de Apoio ao Idoso. Funciona todos os dias do ano e permite acesso aos quatro seguintes serviços (sendo gratuito para aqueles idosos que não tenham capacidade económica para assumir o respetivo custo): Emergência 24 – atendimento telefónico e acompanhamento de situações de emergência; Voz Amiga – apoio na solidão através de contacto telefónico; Mediphone 24 – aconselhamento telefónico por um técnico de saúde sobre procedimentos a adotar em determinadas situações clínicas, serviço de alerta para toma de medicamentos ou datas de consultas; Assistência ao Lar 24 – realização de pequenas reparações urgentes na habitação.

Mas os auxílios tecnológicos facilitadores de um *ageing in place* não se ficam por aqui; há outros dispositivos que permitem aumentar a sensação de segurança pessoal, designadamente, pequenos aparelhos com que as pessoas mais velhas se podem equipar para uso diário, os chamados *wearables*, como botões de pânico portáteis (para apertar em caso de emergência e alertar, automaticamente, familiares e/ou serviços de segurança), sirenes de bolso e pulseiras com GPS, criando desta forma uma autêntica rede de segurança tecnológica pessoal.

⁴⁰ <https://www.cruzvermelha.pt/sa%C3%BAde/%C3%A2mbito-nacional/teleassist%C3%A2ncia.html>

⁴¹ <https://www.cm-amarante.pt/pt/noticias/servico-municipal-de-apoio-ao-idoso>

O *Revolar Instinct*⁴², por exemplo, é um porta-chaves de dois centímetros e meio que vem com três modos de alerta («estou seguro», «vem ter comigo», «emergência») e que envia mensagens (via *sms* e *e-mail*) com a localização do utilizador para um grupo de contactos pré-definidos. O objetivo é que o utilizador possa pedir ajuda antes que uma emergência médica ou outra qualquer situação suspeita se agrave. A versão recente do sistema operativo do relógio inteligente da Apple, o WatchOS 3, também inclui um sistema de SOS. Quando a funcionalidade está ativada, basta carregar no botão de lado do relógio para o ativar. O relógio consegue contactar os serviços de emergência e enviar *sms* até três contactos. A indústria dos localizadores de GPS (conhecidos como *trackers*) também tem crescido nos últimos anos, com cerca de 300 modelos disponíveis no site da Amazon. Já o Ocly Blinc⁴³ reúne quatro câmaras (que permitem um registo de imagens a 360 graus), um microfone, luzes LED, um sistema de GPS e um alarme sonoro de emergência num só dispositivo, possível de transportar no braço (ou de anexar a qualquer acessório). Para quem vive nos Estados Unidos, existe ainda a possibilidade de conectar o aparelho a uma equipa de emergência disponível 24 horas por dia. O dispositivo também pode monitorizar uma divisão específica da casa.

A Associação Portuguesa de Segurança - APSEI dedica, no seu site (<https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/cidadao/idosos/>) uma atenção especial à segurança das pessoas idosas, através de uma série de conselhos e recomendações que procuram salvaguardar a segurança das pessoas mais velhas, sobretudo das que vivem nas suas casas. Finalmente, tanto a Polícia de Segurança Pública (<https://www.psp.pt/Pages/atividades/programa-apoio-65.aspx>) como a Guarda Nacional Republicana (https://www.gnr.pt/ProgEsp_idososSeguranca.aspx), através do chamado «policiamento de proximidade», desenvolvem ações especialmente destinadas a promover a segurança e a proteção das pessoas mais velhas, em especial das que vivem mais isoladas ou se encontram em situação de particular vulnerabilidade.

⁴² <https://www.youtube.com/watch?v=TmlNhQBw65w>

⁴³ <https://www.youtube.com/watch?v=YJZpqZwR3lc>

7.11. MOBILIDADE

A mobilidade, isto é, a capacidade para nos deslocarmos num espaço físico comum e dessa forma termos acesso a bens, atividades, serviços e relações sociais imprescindíveis para a vida quotidiana, é uma variável determinante para a qualidade de vida à medida que se envelhece. Assegurar a mobilidade no curso do envelhecimento é essencial em qualquer política e programa de *ageing in place*, nomeadamente, quando pensamos na importância dos fatores ambientais implicados na deslocação das pessoas mais velhas pelos diferentes espaços das suas vidas, seja a pé, a conduzir a sua própria viatura ou utilizando um transporte público.

Estudos recentes têm olhado para esta questão e remetemos para dois deles uma análise mais aprofundada desta categoria de *ageing in place*:

- nos Estados Unidos, o estudo *Life-Space Mobility and Aging in Place*⁴⁴ «intends to broaden the understanding of the environmental factors on older adults' mobility in different life-spaces: 1) the ways in which older adults talk about, understand, and make meaning of their experiences and conditions related to life-space mobility and, 2) how these frames of reference guide their ability to be able to age in place»;
- em Portugal, o estudo MOBI-AGE⁴⁵, financiado pelo programa MIT Portugal e Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), juntando investigadores da Universidade de Coimbra e da Universidade do Porto, e que conta ainda com o apoio de investigadores do MIT Agelab (Boston, EUA), tem como objetivo identificar e classificar as barreiras que atualmente limitam a mobilidade dos idosos no espaço urbano, sobretudo no que respeita aos percursos, acessos pedonais e transportes públicos, para projetar a mobilidade ativa e sustentável da população idosa nas cidades do futuro.

Em Portugal, tanto em meio urbano como rural, vale a pena destacar o conceito de Transporte Público Flexível (TPF), implementado em dezenas de localidades e com resultados globalmente assinaláveis no que se refere à promoção da mobilidade das pessoas mais velhas, sobretudo das que possuem menos recursos. O TPF remete para um serviço público de transporte coletivo com características flexíveis que se efetua, em parte ou na totalidade, mediante a solicitação expressa do utilizador. O seu uso pode

⁴⁴ https://nitc.trec.pdx.edu/research/project/1109/Life-Space_Mobility_and_Aging_in_Place

⁴⁵ <https://mobiage.dec.uc.pt/pt-pt/>

incluir o recurso a tecnologias de comunicação, tendo o desenvolvimento tecnológico permitido a evolução para modalidades cada vez mais flexíveis que colocam o TPF entre o serviço de transporte coletivo e o táxi convencional. Os serviços de TPF são implementados, na sua maioria, com recurso a veículos com capacidade mais reduzida (minibuses, táxis, táxis adaptados). A operacionalização do serviço pode estar a cargo de diversas entidades, individualmente ou em parcerias (operadores de transporte, administração local, etc.). O TPF permite colmatar algumas das limitações do transporte público convencional, nomeadamente, responder às necessidades específicas da população mais envelhecida e assegurar as necessidades de mobilidade de pessoas com mobilidade condicionada, em muitos casos também pessoas idosas. O nível de flexibilidade dos serviços de TPF envolve os itinerários, as paragens e os horários, podendo considerar-se que estamos perante bons exemplos de inovação social que respondem, «à medida», às necessidades das populações que deles beneficiam.

SIGA O FALCÃO – CÂMARA MUNICIPAL DE PINHEL

[\(https://cm-pinhel.pt/\)](https://cm-pinhel.pt/)

Siga o Falcão é um projeto que visa promover a mobilidade no interior do concelho de Pinhel, disponibilizando às populações com défice de oferta de transportes públicos, que vivem dispersas pelo concelho ou que têm baixos rendimentos, uma solução de transporte integrada e adaptada à realidade das necessidades dos munícipes. Este projeto consiste num serviço que garante a ligação das várias localidades à sede de concelho a baixo custo, independentemente da distância da localidade. Pressupõe a existência de cinco linhas/circuitos por cada dia útil da semana, oferecendo ainda a possibilidade de uma solução de mobilidade especialmente adaptada às localidades em que a dimensão demográfica não justifique a existência de uma oferta regular, podendo nesses casos ser ativada a oferta de transporte por parte de cada município sempre que exista a necessidade de utilização (transporte a pedido).

Os horários instituídos permitem que as pessoas possam permanecer na cidade de Pinhel durante cerca de quatro horas (entre as 9.00h e as 13.00h, aproximadamente). É também assegurada a ligação à estação ferroviária de Vila Franca das Naves, à sexta-feira (no sentido Vila Franca das Naves – Pinhel) e ao domingo (no sentido Pinhel – Vila Franca das Naves). Trata-se de uma resposta suscetível de beneficiar a mobilidade dos residentes no concelho de Pinhel, em particular da população mais idosa, garantindo que todos possam deslocar-se pelo menos uma vez por semana à sede do concelho por um valor simbólico.

LINHA AZUL / PANTUFINHAS – SERVIÇOS MUNICIPALIZADOS DE TRANSPORTES URBANOS DE COIMBRA

(<https://www.smtuc.pt/servicos/linha-azul/>)

Em Coimbra, a *Linha Azul* é a linha do centro histórico da cidade, um sistema de transporte elétrico sem paragens pré-definidas, constituído por miniautocarros que param quando e onde se fizer sinal e que deixam os passageiros onde eles desejarem. Os miniautocarros da *Linha Azul* chamam-se *Pantufinhas* (querendo dizer com isto que são silenciosos) e circulam ao longo de uma linha azul pintada no chão para indicar o itinerário da carreira entre a Portagem e a Sé Velha (chegando também ao Parque Verde do Mondego). Existem desde 2003 e Coimbra foi a primeira cidade portuguesa e a segunda da Europa a criar uma linha deste género, que funciona como uma espécie de «táxi coletivo». São os idosos residentes no centro histórico de Coimbra quem mais utiliza este meio de transporte, contribuindo decisivamente para a sua mobilidade dentro da cidade e para aproximar a «Alta» da «Baixa» da cidade, algo que muitos dos que usam o *Pantufinhas* dificilmente o poderiam fazer a pé.

7.12. BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA

As implicações diretas que o processo de envelhecimento poderá causar ao nível do bem-estar e da qualidade de vida podem ser constatadas tendo em consideração o modo como a pessoa idosa que vive na sua própria casa, lida com as exigências inerentes às atividades de vida diária (cuidados consigo mesma, relativamente à alimentação ou à higiene), às atividades instrumentais da vida diária (ir às compras, ao médico), e às atividades por ela valorizadas e que possam ficar comprometidas pelo surgimento de incapacidades (como passear ou socializar).

Uma das grandes mais-valias do *ageing in place* é seguramente a possibilidade de a pessoa idosa continuar a ter uma vida «normal» e, desse modo, poder continuar a realizar livremente atividades por ela valorizadas. Daqui resulta que as pessoas avaliarão os constrangimentos ao *ageing in place* em termos das limitações que o processo de envelhecimento poderá comportar ao nível das atividades que valorizam; por exemplo, quem valoriza sair de casa e passear, vai sentir-se mais penalizado com uma eventual redução de mobilidade motora.

É por isso que políticas, programas, serviços e soluções que promovam o *ageing in place* devem ter uma visão integrada que responda às necessidades das pessoas à medida que envelhecem, valorizando uma visão holística e não tanto clínica. Isto é, as pessoas mais velhas não deverão ser encaradas como tendo problemas a que os serviços sociais e de saúde respondem, mas sim necessidades a que esses mesmos serviços deverão responder de forma diferenciada, por exemplo, em termos da sua condição de saúde ou do ambiente (rural ou urbano) em que vivem. Olhando para além das necessidades imediatas, de natureza básica ou instrumental, qualquer modelo que vise a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas idosas através do *ageing in place* tem de focar a sua atenção numa perspetiva comunitária, desde logo para contrariar um dos riscos frequentemente associados ao *ageing in place*, o isolamento social. Qualquer esforço para auxiliar as pessoas a envelhecer em casa e na comunidade terá de passar, assim, pela sua capacitação para o estabelecimento de relações sociais significativas, na linha do que defende Lilburn (2016): os idosos correm menos riscos de experimentar isolamento social quando se sentem «incluídos» nas suas comunidades, onde possam concretizar um determinado «estilo de vida» de acordo com as suas preferências (de novo, de acordo com aquilo que valorizam).

A nível europeu, a *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA)*⁴⁶ – Parceria Europeia para o Envelhecimento Ativo e Saudável – assume-

⁴⁶ https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en

-se atualmente como a principal referência no campo das iniciativas destinadas a promover a inovação no domínio do envelhecimento ativo e saudável e, por essa via, promover o bem-estar e a qualidade de vida de todos os cidadãos mais velhos da Europa. Criada em 2011 sob a égide da Comissão Europeia, a *EIP on AHA* é acima de tudo uma plataforma que pretende juntar «all the relevant actors at EU, national and regional levels across different policy areas to handle a specific societal challenge and involve all the innovation chain levels. It focuses on the active and healthy ageing of the people of Europe.»

Em 2012, a Comissão Europeia lançou um convite público para admissão de novos parceiros à *EIP on AHA*. Coordenada pela Universidade de Coimbra, foi apresentada uma candidatura através do consórcio Ageing@Coimbra⁴⁷ numa parceria institucional com a Câmara Municipal de Coimbra, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, a Administração Regional de Saúde do Centro e o Instituto Pedro Nunes⁴⁸. A Universidade de Coimbra apresentou compromissos de implementação de programas de intervenção, no domínio do envelhecimento, que serviram de base para a candidatura da Região de Coimbra e da Região Centro de Portugal a Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Ativo e Saudável. A atividade, a competência e a inovação do Ageing@Coimbra foram reconhecidas pela União Europeia (UE) e a Região Centro de Portugal foi reconhecida como Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Como membro ativo da Parceria Europeia para o Envelhecimento Ativo e Saudável, o Ageing@Coimbra atua através dos seguintes grupos de ação: adesão à terapêutica; prevenção de quedas; prevenção da fragilidade; monitorização remota de saúde; serviços amigos da pessoa idosa.

O Ageing@Coimbra é um consórcio que visa a valorização do papel do idoso na sociedade e a aplicação de boas práticas em prol do seu bem-estar, da sua qualidade de vida e de um envelhecimento ativo e saudável. O seu principal objetivo é melhorar a vida dos cidadãos idosos da Região Centro de Portugal através de melhores serviços sociais e cuidados de saúde, da criação de novos produtos e serviços inovadores, e do desenvolvimento de novos meios de diagnóstico e terapêuticas.

Uma das missões do Ageing@Coimbra consiste em identificar, implementar e replicar projetos e programas de boas práticas inovadoras no domínio do Envelhecimento Ativo e Saudável na sua região de referência – o Centro de Portugal. As boas práticas identificadas poderão ser replicadas noutras regiões da Europa, abrindo

⁴⁷ <https://ageingcoimbra.pt/>

⁴⁸ Em 2019 este consórcio foi alargado às seguintes instituições: Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro, Cáritas Diocesana de Coimbra e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

espaço para a inovação social no domínio do envelhecimento e do apoio às pessoas idosas. Encontra-se disponível online⁴⁹ o Catálogo das Boas Práticas em Envelhecimento Ativo e Saudável da Região Centro, documento que resulta da compilação das candidaturas apresentadas ao Prémio de Boas Práticas em Envelhecimento Ativo e Saudável (edição de 2017). Esta iniciativa, promovida pela Comissão de Coordenação e Desenvolvimento da Região Centro no âmbito do Ageing@Coimbra, tem como objetivo dar a conhecer e premiar projetos e iniciativas de entidades da região Centro que contribuam efetivamente para o bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos mais velhos da região.

⁴⁹ <https://bit.ly/2SGIXDu>

8

CONCLUSÃO

As implicações de um envelhecimento populacional sem precedentes estão entre as questões socioeconómicas e de coesão social mais urgentes um pouco por todo o mundo ocidental. Embora a maior parte da atenção se concentre na esfera económica e na prestação de cuidados de saúde, as experiências quotidianas e a evolução das necessidades individuais, à medida que se vai envelhecendo, merecem igualmente um olhar atento. Por exemplo, será que as habitações e as áreas residenciais estão adequadamente estruturadas para atender às características de uma população cada vez mais envelhecida? O que torna uma casa, um bairro, uma cidade ou uma aldeia, bons lugares para se envelhecer? Que condições de vida poderão reduzir ou acentuar vulnerabilidades presentes em idades mais avançadas, por exemplo, relacionadas com a mobilidade?

A possibilidade de envelhecer em casa e na comunidade com segurança, independência e conforto – *ageing in place* – é hoje um princípio central do paradigma de envelhecimento ativo e saudável preconizado pela Organização Mundial de Saúde. A generalidade dos organismos internacionais tem reforçado a necessidade de desenvolvimento de infraestruturas que apoiem a permanência de idosos nas suas casas e comunidades pelo maior tempo possível. O *ageing in place* representa igualmente uma estratégia política de resposta à necessidade de prestação de cuidados às pessoas mais velhas, mantendo-as nas suas casas e reduzindo assim o custo dessa prestação, tendencialmente mais económico do que o verificado em instituições de acolhimento. Programas de assistência de carácter nacional, regional e local, têm surgido nos últimos anos com o propósito de complementar os cuidados domiciliários tradicionais (alimentação, higiene pessoal e limpeza doméstica), procurando atender às necessidades de saúde, sociais e psicológicas de um número crescente de idosos vulneráveis e em situação de isolamento social. Porém, embora o *ageing in place* esteja atualmente presente no discurso de investigadores, prestadores de serviços e formuladores de políticas,

trata-se de um conceito de tal modo abrangente que a sua utilização pode tornar-se ambígua, sendo necessário explorar adequadamente possibilidades teóricas e aplicadas que sustentem modos inclusivos e justos de permanência das pessoas mais velhas nas suas residências.

Num artigo recente, Finlay *et al.* (2021) defendem a necessidade de se efetuar uma abordagem crítica ao conceito, salientando as principais dimensões em que ele se poderá desdobrar enquanto áreas privilegiadas de aplicação. São elas:

- existência de condições adequadas de habitação, extensivas aos espaços em redor da mesma;
- garantia de transportes e mobilidade, quer para a satisfação das necessidades do dia-a-dia, quer para a promoção da socialização;
- disponibilidade de serviços (de natureza comercial, cultural, recreativa, etc.) e acesso a facilidades indispensáveis para compensar a progressiva diminuição de capacidades;
- recursos de saúde e de prestação de cuidados diferenciados, consoante as necessidades apresentadas em cada fase do processo de envelhecimento.

Apesar de se tratar de uma reflexão tendo por base narrativas de idosos norte-americanos, as conclusões não seriam muito diferentes se a fizéssemos a partir do que desejam os cidadãos portugueses que encaram o envelhecimento nos seus locais habituais de residência como a escolha natural e privilegiada para a vivência do período final das suas vidas. No entanto, há aqui elementos novos a que vale a pena atender.

Embora a concetualização habitual descreva *ageing in place* em termos de segurança, independência e conforto, quando escutamos as pessoas acerca do que elas valorizam no local onde vivem e onde pretendem envelhecer, é consensual a referência à importância da mobilidade, do acesso a bens e serviços, da proximidade com família e amigos. Num segundo plano, a importância da interação social, o sentido de pertença, a participação na vida comunitária e a perceção de respeito pelos demais, significando com isto que «envelhecer na comunidade» não significa nenhum favor que a comunidade lhes faz, antes é um direito que lhes assiste em igualdade de circunstâncias com os restantes cidadãos, independentemente da idade.

Precisamos de medidas que favoreçam um *ageing in place* para todos, mas precisamos também de escutar as pessoas acerca das suas expectativas e preferências, incluindo aquelas que vivem em condições mais desfavorecidas ou que sofrem de incapacidades de várias ordem. Para estas, mais do que a dicotomia envelhecer em casa *versus* envelhecer numa instituição, interessa sobretudo poderem envelhecer bem e de

forma digna, obtendo provavelmente num contexto institucional uma resposta mais adequada às suas múltiplas necessidades.

O *ageing in place* abrange vários domínios e jurisdições; não apenas a residência e o meio envolvente, mas também o ambiente social, a prestação de cuidados, o desenho urbano, políticas de habitação e transportes, uso de espaços e equipamentos, serviços sociais e de saúde disponíveis (ou não). Esta multiplicidade de variáveis pode gerar confusão e fragmentar o planeamento e a implementação de medidas promotoras de *ageing in place*, minimizando o compromisso dos agentes envolvidos. Outro problema é a diferença de rendimentos entre os idosos portugueses, fazendo com que os mais carenciados possam ver dificultado o acesso a recursos facilitadores de um envelhecimento digno nas suas casas (incapacidade financeira para realizar obras ou melhorias necessárias, por exemplo) e, por esse motivo, acabem por envelhecer em condições sofríveis. Na verdade, a satisfação das condições adequadas para envelhecer em casa pode ser inatingível para muitos, sendo por isso fundamental reconhecer as vulnerabilidades particulares daqueles idosos que vivem nas margens da sociedade.

O desenho e a implementação de ambientes (domésticos e comunitários) ideais para que o *ageing in place* aconteça requer uma abordagem interdisciplinar, colaborativa e comprometida entre investigação e políticas. As potencialidades de transformação do que habitualmente consideramos como sendo «o melhor» para as pessoas idosas são enormes à luz do conceito de *ageing in place*. Infelizmente, na maioria dos estudos e dos artigos de opinião sobre envelhecimento, o que as pessoas mais velhas pensam sobre si mesmas e sobre o que desejam para as suas vidas não é minimamente considerado, acabando por ser vítimas de decisões tomadas por outros. Contudo, a larga maioria das pessoas idosas apresentam capacidade para pensar e decidir por si mesmas o que mais lhes convém, moldando os ambientes – físicos e sociais – e tornando-os tão adequados quanto possível às suas necessidades.

Como vimos, as relações que as pessoas estabelecem com os ambientes que as rodeiam são complexas e nem sempre esses ambientes são usados exclusivamente para o fim com que foram inicialmente pensados. Por exemplo, para uma pessoa idosa, uma viagem de autocarro pode ser muito mais do que simplesmente a deslocação de A para B, pode ser o motivo para sair de casa e ver o que se passa lá fora, ou a viagem proporcionar a oportunidade para encontrar e conversar com outras pessoas, quebrando a solidão do espaço doméstico. De igual modo, uma ida ao café ou à mercearia pode representar muito mais do que a simples satisfação de uma necessidade; cafés, mercearias e outras lojas podem ter uma função vital para a inclusão dos cidadãos mais velhos na vida social e ser reconhecido como um cliente regular pode funcionar como um barómetro para o lojista avaliar a respetiva condição funcional, identificando

o aparecimento de sinais de doença (demência, por exemplo) mais facilmente do que um familiar distante.

Métodos participativos deverão ser utilizados para envolver pessoas mais velhas no desenho e na gestão de espaços públicos, e no desenvolvimento de medidas específicas de apoio a um efetivo envelhecimento em casa e na comunidade, para todos os idosos: de diferentes grupos sociais e étnicos, apresentando diferentes capacidades e níveis de autonomia, criando oportunidades para abordagens inclusivas de *ageing in place* e gerando maior igualdade no envelhecimento.

Inevitavelmente, a pandemia decorrente da COVID-19 introduziu alguns dados novos que merecem consideração nesta etapa conclusiva. Se houve grupo que viu as suas rotinas afetadas pela pandemia, o grupo dos mais velhos foi certamente um deles, porventura até o mais afetado. Pessoas gozando de uma vida completamente independente viram-se, subitamente, impedidas de sair das suas casas, de satisfazerem as necessidades inerentes a uma vida autónoma, de conviverem com familiares e entre si, nuns casos relegando-as para um isolamento forçado, noutros casos obrigando-as a recorrer a modalidades virtuais de interação com a comunidade envolvente. Muitas foram as situações relatadas pela imprensa de pessoas mais velhas que, na ausência de apoios fornecidos por sistemas formais de suporte social (caso dos Centros de Dia), viram-se confinadas ao espaço doméstico, acentuando ainda mais vulnerabilidades pré-existentes.

Um estudo de 2019, desenvolvido pela Universidade de Michigan⁵⁰, revelou que mais de um terço dos adultos americanos entre os 50 e os 80 anos de idade confessavam que se sentiam frequentemente sozinhos, 60% diziam sentir falta de companhia e 41% afirmavam mesmo que se sentiam isolados. Tudo isto antes da pandemia e das sucessivas quarentenas a que ela obrigou. Se fizermos um exercício de extrapolação destes números para a atualidade, teremos de admitir que é inevitável a respetiva subida. Pessoas idosas a viverem por conta própria viram o surto de COVID-19 afetar severamente uma parte significativa das suas vidas, impedindo-as de frequentarem a rua, as lojas, os transportes públicos, os locais de culto e muitas outras atividades de grupo. Muitos destes locais, aliás, foram fechados por tempo indeterminado, remetendo a vida de muitos idosos para a solidão das suas casas e aumentando os riscos associados a esta condição: maior prevalência de manifestações ansiosas e estados depressivos, maior probabilidade de ocorrência de declínio cognitivo, saúde mental em geral mais pobre.

⁵⁰ Loneliness and Health (umich.edu)

Significa isto que a pandemia devida ao COVID-19 poderá modificar substancialmente a vontade das pessoas em envelhecerem nas suas próprias casas?

Não existe uma resposta óbvia a esta questão.

É verdade que a maioria dos casos graves de COVID-19 – aqueles que requerem hospitalização e às vezes resultam em morte – ocorre em pessoas com mais de 60 anos e a situação é de risco particularmente elevado em pessoas mais velhas com problemas de saúde pré-existentes. Para aqueles idosos que vivem nas suas casas, especialmente aqueles que vivem sozinhos e/ou necessitam de alguma assistência, os últimos meses têm sido potencialmente assustadores. Em muitos casos falamos de pessoas afastadas dos seus familiares e com sistemas de apoio social restringidos ao mínimo. Finalmente, o medo de sair de casa e ser infetado faz diminuir a vontade de deixar o espaço doméstico, mesmo que seja para realizar tarefas necessárias como ir ao supermercado ou à farmácia. Trata-se de uma situação manifestamente stressante e com consequências imprevisíveis para a saúde e para o bem-estar, cujos efeitos decerto se prolongarão muito para além do fim da pandemia. Sucede, porém, que as alternativas ao envelhecimento em casa afiguram-se igualmente problemáticas. Muitas estruturas residenciais para pessoas idosas foram gravemente afetadas por surtos infecciosos, levando a uma sucessão de mortes que a imprensa sistematicamente noticiava e criando frequentemente uma sensação de pânico em muitos residentes (atuais e futuros potenciais) e familiares.

Uma pesquisa conduzida pelo National Institute of Aging, um *think tank* da Universidade de Ryerson (Toronto – Canadá)⁵¹, realizada em julho de 2020, constatou que a pandemia devida ao COVID-19 fez aumentar o número de pessoas que manifestam o desejo de envelhecer em casa, recusando a mudança para uma estrutura residencial para idosos. Dos 1517 canadianos entrevistados, 60% afirmou que a pandemia tinha mudado a sua opinião acerca do melhor local para envelhecer, quer para si mesmos quer para os respetivos familiares, tendo 70% dos entrevistados afirmado que fariam todos os esforços (incluindo de natureza financeira) para tentar viver de forma independente na sua própria casa pelo maior tempo possível.

Previsivelmente, não será então devido ao COVID-19 que as pessoas abandonarão o desejo de envelhecer nas casas e comunidades que conhecem e onde se sentem seguras. Uma outra variável aparece como mais determinante nesta equação: a necessidade de cuidados de longo prazo. De acordo com a «American Association of Long-Term Care Insurance», entre 50 a 70 por cento das pessoas com mais de 65 anos precisarão de algum tipo de cuidados especializados de longo prazo no decorrer do

⁵¹ National Institute on Ageing (nia-ryerson.ca)

seu processo de envelhecimento, seja em atividades instrumentais de vida diária (como cozinhar ou lavagem de roupa) e/ou em atividades de vida diária (comer, vestir-se ou tomar banho). Se alguma desta assistência poderá ser prestada em casa, numa base regular, através do que em Portugal se designa por Serviço de Apoio Domiciliário, cuidados mais especializados e permanentes requerem uma assistência 24 horas x 7 dias por semana, o que se torna inabarcável do ponto de vista financeiro para a larga maioria dos idosos portugueses, a quem não restará outra alternativa que não seja a institucionalização.

Note-se, porém, que nem todas as instituições são iguais, e que a ocorrência de surtos por COVID-19 em muitas estruturas residenciais para idosos, apesar das consequências dramáticas daí resultantes, pode ter contribuído para que a generalidade dessas estruturas proceda a modificações e a melhorias de funcionamento muito para além das questões de ordem sanitária. Entretanto, novos modelos de residências para idosos e novas soluções habitacionais para pessoas mais velhas vão aparecendo e fazendo um caminho de inovação neste domínio, procurando abandonar definitivamente a imagem de «depósitos de velhos» que a simples menção a um «lar de idosos» ainda gera na percepção de muitas pessoas, mais velhas e mais novas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In A. M. FONSECA (coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p. 63-92). Lisboa: Coisas de Ler.
- ARLOTTI, M.; DI ROSA, M.; MARTINELLI, F. (2019). Challenges to ageing in place: Potential risks of isolation and abandonment for frail older people living at home. 4th Transforming Care Conference, Copenhagen, 24-26/6/2019. (<http://www.transforming-care.net/thematic-panel-12-challenges-to-ageing-in-place-potential-risks-of-isolation-and-abandonment-for-frail-older-people-living-at-home/>)
- BÄCKMAN, L.; SMALL, B. J.; WAHLIN, A.; LARSSON, M. (2000). Cognitive function in very old age. In F. CRAIK & T. SALTHOUSE (eds.), *The handbook of aging and cognition* (p. 499 -558). Mahwah: LFA Publishers.
- BALTES, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- BALTES, P. B.; BALTES, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- BALTES, P. B.; STAUDINGER, U. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122 -136.
- BAPTISTA, D.; ABREU, P.; AZEVEDO, E.; MAGALHÃES, R.; CORREIA, M. (2018). Sex differences in stroke incidence in a Portuguese community-based study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(11), 3115–3123. (<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.07.005>)
- BARTLETT, H.; CARROLL, M. (2011). Ageing in Place down under. *IFA Global Ageing*, 7(2), 25-34.
- BOTELHO, A. (2014). Envelhecimento e funcionalidade. In A. M. FONSECA (coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p. 31-62). Lisboa: Coisas de Ler.
- BOWLING, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging & Mental Health*, 12, 293-301.

- BOWLING, A.; GABRIEL, Z.; DYKES, J.; DOWDING, L.; EVANS, O.; FLEISSIG, A.; BANISTER, D.; SUTTON, S. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56, 269-306.
- BRANDTSTÄDTER, J.; ROTHERMUND, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- BULSARA, C.; ETHERTON-BEER, C.; SAUNDERS, R. (2016). Models for community-based day care for older people: A narrative review. *Cogent Social Sciences*. (<https://doi.org/10.1080/23311886.2016.1267301>)
- CARP, F. M.; CARP, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being or mental health for the community elderly. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research*, 7, 279-336.
- CARSTENSEN, L.; TURAN, B.; SCHEIBE, S.; RAM, N.; ERSNER -HERSHFIELD, H.; SAMANEZ-LARKIN, G.; BROOKS, K. P.; NESSELROADE, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26, 21-33.
- CARVALHO, J.; BORGES-MACHADO, F.; BARROS, D.; et al. (2021). «Body & Brain»: effects of a multicomponent exercise intervention on physical and cognitive function of adults with dementia - study protocol for a quasi-experimental controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(156). (<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02104-1>)
- CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- CORREIA, M.; SILVA, M. R.; MATOS, I.; MAGALHÃES, R.; LOPES, J. C.; FERRO, J. M.; SILVA, M. C. (2004). Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: Incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 35(9), 2048-2053. (<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000137606.34301.13>)
- COURTIN, E.; KNAPP, M. (2019). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Social Care Community*, 25, 799-812.
- DALMER, N. K. (2019). A logic of choice: Problematizing the documentary reality of Canadian aging in place policies. *Journal of Aging Studies*, 48, 40-49.
- DANTE, M. (2015). *Exploring the lived experiences of seniors aging in place*. Minneapolis: Walden University.
- DAVEY, J.; DE JOUX, V.; NANA, G.; ARCUS, M. (2004). *Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand*. Christchurch, New Zealand: Centre for Housing Research.
- DE VUGT, M.; DRÖES, R.-M. (2017). Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. *Ageing Mental Health*, 21(1), 1-3.
- DEEP, C.; JESTE, D. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- ECKERT, J. K.; MORGAN, L. A.; & SWAMY, N. (2004). Preferences for receipt of care among community-dwelling adults. *Journal of Aging and Social Policy*, 16, 49-65.
- ERZEN, E.; ÇIKRIKCI, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 64, 427-435.

- EUROPEAN COMMISSION (1999). *New paradigms in ageing societies*. Brussels: European Commission.
- EUROPEAN COMMISSION (2015). *The 2015 Ageing Report*. Brussels: European Commission.
- EUROSTAT (2012). *Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EUROSTAT (2019). *Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2011). Positive Ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 7, 22-30.
- FERNÁNDEZ-CARRO, C. (2013). *Ageing in place in Europe: a multidimensional approach to independent living in later life*. Barcelona: Department of Geography/Autonomous University of Barcelona.
- FINLAY, M.; McCARRON, H.; STATZ, T.; ZMORA, R. (2021). A critical approach to Aging in Place: A CaseStudy comparison of personal and professional perspectives from the Minneapolis Metropolitan Area. *Journal of Aging & Social Policy*, 33, 222-246. (<https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1704133>)
- FISHER, J.; WOOLRYCH, R.; LAWTHOM, R.; SIXSMITH, J.; MURRAY, M.; KOIVUNEN, E.-R. (2019). *Place Age. Place-making with older adults: Towards age-friendly communities*. Heriot-Watt University: Place Age.
- FONSECA, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- FONSECA, A. M. (coord.) (2014). *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: Coisas de Ler.
- FONSECA, A. M.; BLOM, C.; MORAIS, M.; MEDEIROS, S. (2020). A experiência de bem-estar no envelhecimento patológico e no envelhecimento bem-sucedido. In Anne H. B. SILVA (org.), *Conexões entre saúde e psicologia: Estudos teórico-práticos* (p. 197-210). Teresina (Brasil): Acadêmica Editorial.
- GONÇALVES-PEREIRA, M.; MARQUES, M. J.; BALSINHA, C. (2021). A Demência e as pessoas: Importância do conceito 'Saúde Social' e dos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 34(2), 169-170. (<https://doi.org/10.20344/amp.15508>)
- GONÇALVES-PEREIRA, M.; CARDOSO, A.; VERDELHO, A.; ALVES DA SILVA, J.; CALDAS DE ALMEIDA, M.; FERNANDES, A.; RAMINHOS, C.; FERRI, C.; PRINA, A. M.; PRINCE, M.; XAVIER, M. (2017). The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: a 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 261. (<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0647-5>)
- GONÇALVES-PEREIRA, M.; PRINA, A. M.; CARDOSO, A.; ALVES DA SILVA, J.; PRINCE, M.; XAVIER, M. (2019). The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *Journal of Affective Disorders*, 246, 674–681. (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.067>)
- GREENFIELD, E. A.; REYES, L. (2014). Continuity and change in relationships with neighbors: Implications for well-being in middle and later life. *Journals of Gerontology: Psychological and Social Sciences*. (<https://doi.org/10.1093/geronb/gbu084>)
- GOLANT, S.M. (2015). *Aging in the right place*. Baltimore: Health Professions Press.
- HECKHAUSEN, J.; KRUEGER, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparison. *Developmental Psychology*, 29, 539 -548.

- HIGGINS, J. (1989). Defining community care: realities and myths. *Social Policy and Administration*, 23, 3-16.
- HOLLIDAY, R. (2006). Aging is no longer an unsolved problem in biology. *New York Academy of Sciences*, 1067, 1-9.
- HOLSTEIN, M.; MINKLER, M. (2007). Critical gerontology: reflections for the 21st century. In M. BERNARD & T. SCHARF (eds.), *Critical perspectives on ageing societies* (p. 13-26). Bristol: The Policy Press.
- HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T.; BAKER, M.; HARRIS, T.; STEPHENSON, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. (<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>)
- Houben, P. (2001). Changing housing for elderly people and co-ordination issues in Europe. *Housing Studies*, 16, 651–673.
- IECOVICH, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21-32.
- IFA – INTERNATIONAL FEDERATION OF AGEING (2011). *Global Ageing*. Toronto: International Federation of Ageing.
- KAHANA, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In M. P. LAWTON, P. WINDLEY, & T. O. BYERTS (eds.), *Ageing and the environment: Theoretical approaches* (p. 97-121). New York: Springer.
- KAHANA, E.; KELLEY-MOORE, J.; KAHANA, B. (2012). Proactive Aging: A longitudinal study of stress, resources, agency and well-being in late life. *Ageing Mental Health*, 16(4), 322-334.
- KIM, S. (2009). Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behavior and health status. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 84 -91.
- KLIMCZUK, A. (2017). *Economic foundations for creative ageing policy, Volume II*. New York: Palgrave Macmillan.
- KOHLI, M.; KÜNEMUND, H.; ZÄHLE, T. (2005). Housing and living arrangements. In A. BÖRSCH-SUPAN, et al. (Eds.), *Health, ageing and retirement in Europe - First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: MEA.
- LAGER, D. (2015). *Perspectives on ageing in place: Older adults' experiences of everyday life in urban neighbourhoods*. Groningen: University of Groningen.
- LAWTON, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- LAWTON, M. P. (1985a). Housing and living environments of older people. In R. BINSTOCK & E. SHANAS (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- LAWTON, M. P. (1985b). The Elderly in context: Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behavior*, 17(4), 501-519.
- LAWTON, M. P. (1989). Environmental proactivity and affect in older people. In S. SPACAPAN & S. OSKAMP (eds.), *Claremont symposium on applied social psychology. The social psychology of aging* (p. 135–163). Sage Publications, Inc.
- LAWTON, M. P.; NAHEMOW, L. (1973). *Ecology and the aging process*. In C. EISDORFER & M. P. LAWTON (eds.), *The psychology of adult development and aging* (p. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.
- LILBURN, L. (2016). *Ageing in place and social isolation in rural dwelling older adults*. Master of Science in Health Psychology. Manawatu (New Zealand): Massey University.

- LIVINGSTON G.; *et al.* (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413-446.
- MAFFIOLETTI, V.; BAPTISTA, M.; SANTOS, R.; RODRIGUES, V.; DOURADO, M. (2019). Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologica*. (<https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-030003>)
- MARGUES, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- MATSUMOTO, H.; NARUSE, T.; SAKAI, M.; NAGATA, S. (2016). Who prefers to age in place? Cross-sectional survey of middle-aged people in Japan. *Geriatric Gerontology International*, 16, 631-637.
- MEANS, R. (2007). Ageing in place and vulnerable older people in the UK. *Social Policy & Administration*, 41, 65-85.
- MILLIGAN, C. (2009). *There's no place like home. Place and care in an ageing society*. Farnham, UK: Ashgate.
- NUNES, B.; SILVA, R.; CRUZ, V.; RORIZ, J. M.; PAIS, J.; SILVA, M. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10, 42. (<https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-42>)
- OECD (1994). *New orientations for social policy*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Social Policy Studies).
- OECD (2008). *The future of the family to 2030. A scoping report*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (International Futures Programme).
- OECD (2020). *Elderly population* (indicator). (doi: 10.1787/8d805ea1-en) (Consultado em 9/9/2020.)
- OLDMAN, C.; QUILGARS, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society*, 19, 363-384.
- OPELLANA, K.; MANTHORPE, J.; TINKER, A. (2020). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing and Society*. (<https://doi.org/10.1017/S0144686X18000843>)
- OSWALD, F.; JOPP, D.; ROTT, C.; WAHL, H.-W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51(2), 238-250.
- OSWALD, F.; WAHL, H. (2005). Dimensions of the meaning of home. In G. ROWLES & H. CHAUDHURY (eds.), *Home and identity in later life: International perspectives* (p. 21-45). New York: Springer.
- PANI-HARREMAN, K.; BOURS, G.; ZANDER, I.; KEMPEN, G.; VAN DUREN, J. (2020). DEFINITIONS, key themes and aspects of 'ageing in place': A scoping review. *Ageing & Society*. (<https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>)
- PAÚL, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. SOZKA (org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (p. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- PHILIPS, J.; AIROUCH, K.; HILLCOAT-NALLÉTAMBY, S. (2010). *Key concepts in social gerontology*. London: Sage.
- PHILLIPSON, C. (2003). *Transitions after 50 – Developing a new conceptual map*. Keele University: Centre for Social Gerontology.
- PINTO, A. M. (2009). Porque envelhecemos? In Vários, *O tempo da vida* (p. 107 -116). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- QUEIRÓS, A.; SANTOS, M.; ROCHA, N.; CERQUEIRA, M. (2017). *Technologies for Ageing in Place to support community-dwelling older adults*. 12th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI). (10.23919/CISTI41068.2017)
- RAPOPORT, A. (1995). A critical concept of home. In D. BENJAMIN, D. STEA & D. SAILE (eds.), *The home. Words, interpretations, meanings, and environments* (p. 25-52). Brookfield, VT: Avebury.
- ROWE, J.; KAHN, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- RUANO, L.; ARAÚJO, N.; BRANCO, M.; BARRETO, R.; MOREIRA, S.; PAIS, R.; BARROS, H. (2019). Prevalence and causes of cognitive impairment and dementia in a population-based cohort from Northern Portugal. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(1), 49-56. (<https://doi.org/10.1177/1533317518813550>)
- SÃO JOSÉ, J. de, TEIXEIRA, A. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 210, xlix (1.º), 28-54.
- SCHARLACH, A. E.; DIAZ MOORE, K. (2016). Aging in place. In V. L. BENGTON & R. A. SETTERSTEN (eds.), *Handbook of theories of aging* (p. 407-425). New York: Springer.
- SCHOFIELD, V.; DAVEY, J.; KEELING, S.; PARSONS, M. (2004). Ageing in place. In J. BOSTON & J. DAVEY (eds.), *Implications of population ageing: Challenges and opportunities* (p. 275-306). Wellington: Institute of Policy Studies, Victoria University of Wellington.
- SIXSMITH, A.; SIXSMITH, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32, 219-235.
- SOMERVILLE, P. (1997). The social construction of home. *Journal of Architectural and Planning Research*, 14, 226-245.
- SPELLER, G. M. (2005). A importância da vinculação ao lugar. In L. SOCZKA (ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (p. 133-167). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SPINELLI, G.; WEAVER, P.; MARKS, M.; VICTOR, C. (2019). Making a case for creative living labs for Aging-in-Place: Enabling socially innovative models for experimentation and complementary economies. *Frontiers in Sociology*, 4, 19.
- THOMAS, W.; BLANCHARD, J. (2009). Moving beyond place: Aging in community. *Generations*, 33(2), 12-17.
- TUMMERS, L. (2015). The re-emergence of self-managed co-housing in Europe: A critical review of co-housing research. *Urban Studies Journal*. (<https://doi.org/10.1177/0042098015586696>)
- UN – UNITED NATIONS (2002). *Report of the Second World Assembly on Ageing*. New York: United Nations.
- VAN DIJK, H. (2015). *Neighbourhoods for ageing in place*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- VAN DIJK, H.; CRAMM, J.; VAN EXEL, J.; NIEBOER, A. (2015). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing & Society*. (<https://doi.org/10.1017/S0144686X14000622>)
- VAN HOOF, J.; KORT, H.; RUTTEN, P.; DUIJNSTEE, M. (2011). Ageing in Place with the use of ambient intelligence technology: Perspectives of older users. *International Journal of Medical Informatics*. (<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.02.010>)
- VASUNILASHORN, S.; STEINMAN, B.; LIEBIG, P.; PYNOOS, J. (2012). Aging in Place: Evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*. (10.1155/2012/120952)

- VERDELHO, A.; MADUREIRA, S.; CORREIA, M.; *et al.* (2019). Impact of physical activity in vascular cognitive impairment (AFIVASC): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1). (<https://10.1186/s13063-019-3174-1>)
- WALKER, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21, 75-93.
- WALKER, A.; MALTBY, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 1, 117-130.
- WEAVER, R.; BOLKAN, C. (2019). Planning for aging in place in rural areas: Perceptions and needs of older adults. *Innovation in Aging*. (<https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.945>)
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015a). *Report on the 2nd WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations*, 7-9 October 2015, Kobe (Japan). Geneva: World Health Organization Centre for Health Development.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015b). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WILES, J.; WILD, K.; KERSE, N.; KEPA, M.; PETERU, C. (2011). *Resilient Ageing in Place Project Recommendations and Report*. Auckland: The University of Auckland.
- WILES, J.; LEIBING, A.; GUBERMAN, N.; REEVE, J. (2012). *The meaning of «Aging in Place» to older people*. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- ZARIT, S.; STEPHENS, M.; TOWNSEND, A.; GREENE, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *Journals of Gerontology*, 53(5): S267-277.

ANTÓNIO M. FONSECA

Licenciado em Psicologia e doutorado em Ciências Biomédicas pela Universidade do Porto. Psicólogo membro efetivo da OPP. Professor Associado na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Membro integrado do Centro de Investigação em Desenvolvimento Humano (CEDH-UCP). Consultor da Fundação Calouste Gulbenkian para a área do envelhecimento. Autor de publicações nos domínios do desenvolvimento psicológico e do processo de envelhecimento, entre as quais *Desenvolvimento humano e envelhecimento e Reforma e reformados*. Publicou em 2018 o *Guia de Boas Práticas de Ageing in Place* (<https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>).

