



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

AS PESSOAS DE MEIA-IDADE: EXPECTATIVAS PARA A
VELHICE

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Serviço
Social

Por

Mariana Duarte Martins

Faculdade de Ciências Humanas

Setembro, 2023



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

AS PESSOAS DE MEIA-IDADE: EXPECTATIVAS PARA A
VELHICE

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Serviço
Social

Por

Mariana Duarte Martins

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação de Professora Doutora Inês Guerra

Setembro, 2023

Resumo

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, principalmente nos países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento, onde Portugal se encontra, são emergentes os desafios relacionados com esta temática, nomeadamente a sustentabilidade dos sistemas de proteção social e dos sistemas de saúde, o mercado de trabalho e as respostas sociais. Segundo o PORDATA (2022), é possível verificar que Portugal está mais velho. No ano de 1960 existiam 708 569 pessoas com 65 ou mais anos. No ano de 2021 o valor aumentou para 2 424 122 pessoas com 65 ou mais. Todavia, a taxa bruta de nascimentos passou de 24,1% em 1960 para cerca de 7,7% em 2021, o que origina uma inversão da pirâmide.

Neste sentido, é fulcral que as respostas sociais possibilitem viver mais tempo, com mais autonomia e que privilegiem a permanência no meio onde sempre viveram e onde têm a sua pertença. É importante consciencializar para as mudanças do estilo de vida com o intuito de se ter uma vida mais longa e saudável, permitindo que haja um envelhecimento ativo.

Assim sendo, este estudo centrou-se na população que se encontra na meia-idade, com idades compreendidas entre os 40 e 60 anos, visto que serão a próxima geração de população a chegar à velhice. Tradicionalmente, a intervenção realizada tem sido assistencialista, que pode até, por vezes, ser promotora de dependência, sendo necessária a alteração deste paradigma, de forma a valorizar a população idosa e fazer com que contribuam para a comunidade durante mais tempo. Neste seguimento, devem existir respostas onde prevaleça o espaço privado da pessoa e se tenha em conta o *Ageing in Place* para a promoção da inclusão social. Deveria existir também um acompanhamento mais personalizado e individualizado por parte de entidades locais para que o este acompanhamento seja orientado para a prevenção, ou seja, exista uma preparação da reforma, de forma a tirar o melhor proveito desta etapa de vida.

Palavras-chave: Meia-idade; Envelhecimento; *Ageing in Place*; Respostas Sociais; Envelhecimento Ativo e Saudável; Expectativas.

Abstract

In an increasingly aging society, particularly in countries considered developed and developing, including Portugal, emerging challenges related to this theme are evident. These challenges encompass the sustainability of social protection systems and healthcare systems, the labor market, and social responses. According to PORDATA (2022), it is evident that Portugal is getting older. In the year 1960, there were 708,569 people aged 65 or older, whereas in the year 2021, this number increased to 2,424,122 people aged 65 or older. However, the crude birth rate decreased from 24.1‰ in 1960 to around 7.7‰ in 2021, leading to a demographic inversion.

In this context, it is crucial that social responses enable people to live longer with greater autonomy and prioritize remaining in the environment where they have always lived and to which they belong. Raising awareness about lifestyle changes that promote a longer and healthier life is important, fostering active aging.

Therefore, this study focused on the middle-aged population, aged between 40 and 60, as they will be the next generation of individuals reaching old age. Traditionally, interventions have been welfare-based, which at times can even foster dependency. Thus, a paradigm shift is necessary to value the elderly population and encourage their prolonged contribution to the community. Consequently, responses should emphasize the individual's private sphere and consider "Ageing in Place" to promote social inclusion. There should also be more personalized and individualized support from local entities to guide this support toward prevention, preparing for retirement in a way that maximizes the benefits of this life stage.

Key words: Middle age; Aging; *Ageing in Place*; Social Responses; Active and Healthy Aging; Expectations.

*À minha querida avó, que apesar de ter partido permanecerá para sempre
comigo.*

Agradecimentos

Este trabalho é o resultado de muito esforço e dedicação e como o percurso académico é um caminho que se percorre e não se faz sozinho, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que fizeram parte do mesmo e que de alguma forma me apoiaram e incentivaram a continuar.

Em primeiro lugar, quero deixar um profundo agradecimento aos meus pais, pelo apoio, pelo carinho, pelas palavras amigas nos momentos de frustração e ansiedade e por serem os primeiros a me incentivarem a não desistir dos meus sonhos.

Ao Diogo, o meu namorado, por ter sido o meu pilar, o meu porto seguro em cada passo deste caminho. Obrigada pelas palavras de motivação nos momentos certos, pelas orientações dadas, pelo tempo dedicado e por nunca me deixar desistir.

Ao meu irmão, Pedro, por acreditar que eu era capaz, por ter sempre uma palavra para me dar, pelo sentido de humor e pelos momentos de descontração

Aos meus avós, por todo o amor dedicado e compreensão. Em especial à minha avó Maria, que sempre me apoiou em todas as decisões e sempre me encorajou a seguir em frente, infelizmente partiu para junto de Deus durante este caminho.

À restante família, agradeço a empatia, compreensão e amor que sempre tiveram por mim, foram muito importantes durante este caminho.

Agradeço também aos meus amigos pela paciência para ouvirem os meus desabafos, receios e pelo apoio.

Às minhas colegas, que passaram a ser amigas, do Centro Social e Paroquial do Campo Grande que sempre me apoiaram e lidaram com as minhas frustrações, pois nem sempre é fácil conciliar trabalho e faculdade. À Dra. Helena Presas, agradeço a oportunidade, a forma como me acolheu e o crescimento profissional e pessoal que me proporcionou.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Inês Guerra, pela disponibilidade, orientação e confiança que me transmitia. Obrigada pelo carinho, por ter acreditado em mim, pelos ensinamentos e contributos para o meu percurso.

Índice

Resumo	iii
Abstract	iv
Agradecimentos	vi
Índice de Figuras	x
Índice de Gráficos.....	xi
Índice de Quadros.....	xii
Índice de Tabelas	xiii
Introdução	1
1. A Meia-Idade: A Próxima Geração de População Idosa.....	7
1.1. Bem-Estar e Qualidade de Vida na Meia-Idade e no Envelhecimento.....	11
1.2. Desafios na Meia-Idade e Oportunidades na Meia-Idade.....	15
1.3. Preocupações e Desafios da “Era do Envelhecimento”	17
2. Envelhecimento: Uma Visão para o Futuro	21
2.1. Definição de envelhecimento.....	21
2.2. Caracterização do envelhecimento demográfico	23
2.3. Vamos Envelhecer e Agora? Alterações e Preocupações Emergentes do Séc. XXI	29
2.3.1. Alterações do estilo de vida.....	29
2.3.2. Avanço da tecnologia	31
2.3.3. Evoluções das redes familiares.....	33
2.3.4. A preocupação relativa à saúde mental	35
3. Políticas Públicas para o Envelhecimento.....	40
3.1. Desenvolvimento das Políticas Públicas.....	40
3.2. Políticas Públicas dirigidas ao Envelhecimento	42
3.3. Envelhecimento Ativo e Saudável.....	48

3.4.	Respostas Sociais Existentes em Portugal para o Envelhecimento	52
4.	Serviço Social e a Otimização do Envelhecimento	55
4.1.	Serviço Social como Profissão de Intervenção Social no Envelhecimento.....	55
4.1.1.	O Papel do Serviço Social no Envelhecimento	56
4.2.	Um Novo Modelo de Envelhecimento – <i>Ageing in Place</i>	64
5.	Desenho Metodológico	72
5.1.	Escolhas Metodológicas	73
6.	Apresentação e Discussão de Resultados	78
6.1.	<i>Eixo 1</i> - Dados Sociodemográficos.....	79
6.2.	<i>Eixo 2</i> - Estilo de Vida.....	81
6.3.	<i>Eixo 3</i> - Expectativas para o Envelhecimento.....	88
6.4.	<i>Eixo 4</i> - Respostas para o Envelhecimento	95
6.5.	Correlações entre variáveis	103
7.	Conclusão	108
	Referências Bibliográficas	113
	Anexos.....	cxxvi
	Anexo A) Questionário	cxxvii

Índice de Figuras

Figura 1 - "A Lifespan Perspective on Midlife"	15
Figura 2 - Pirâmides Etárias de 1960, 1990, 2020 e 2050.....	28

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Taxa Bruta de Natalidade.....	24
Gráfico 2 - Indicadores de Envelhecimento	25
Gráfico 3 - Esperança Média de Vida à Nascença	25
Gráfico 4 - Média de Anos Vividos Após os 65.....	26
Gráfico 5 - Faixa Etária	79
Gráfico 6 - Género	79
Gráfico 7 - Área de Residência.....	79
Gráfico 8 - Habilitações Literárias	80
Gráfico 9 - Agregado Familiar	80
Gráfico 10 - Sistema de Proteção Social	81
Gráfico 11 - Tempo Gasto em Internet.....	81
Gráfico 12 - Frequência de saída com amigos.....	82
Gráfico 13 - Hobbies	82
Gráfico 14 - Qualidade de vida.....	87
Gráfico 15 - Sentimentos quando se pensa na reforma	90
Gráfico 16 - Preocupações quando se pensa na reforma	90
Gráfico 17 - Sustento no Período de Reforma.....	92
Gráfico 18 - Condições da Habitação.....	93
Gráfico 19 - Atividades a realizar caso deixassem de trabalhar em breve	94
Gráfico 20 - Conhecimento sobre as respostas sociais existentes	95
Gráfico 21 - Tipo de resposta preferenciais.....	96
Gráfico 22 - Preferências em caso de admissão em lar	97
Gráfico 23 - Familiares expectáveis para prestar apoio na velhice	99

Índice de Quadros

Quadro 1 - Matriz de Categorização para a pergunta aberta "o que é para si a qualidade de vida?"	86
Quadro 2 - Matriz de categorização para a pergunta aberta "o que é para si perder qualidade de vida durante o envelhecimento"	88
Quadro 3 - Matriz de categorização para a pergunta aberta "o que significa para si envelhecer?"	89
Quadro 4 - Matriz de categorização para a pergunta aberta "quais são as suas expectativas para este período (reforma)?"	92
Quadro 5 - Matriz de categorização para a pergunta aberta relativa às alterações na habitação a pensar na velhice.....	94
Quadro 6 - Matriz de categorização para a pergunta aberta relativa às respostas sociais..	95
Quadro 7 - Matriz de categorização para a pergunta aberta “no seu entender, qual seria a melhor forma de passar a sua velhice?”	100
Quadro 8 - Correlações entre as diferentes variáveis	103

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Origem do Estado-providência e Políticas de Envelhecimento em Portugal 47

Tabela 2 - Fatores Estilo de Vida 83

Tabela 3 - Preferência de Atividades de Vida Diária 98

Introdução

O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. As estatísticas existentes sobre a demografia estão em conformidade no que diz respeito ao aceleramento do envelhecimento da população, principalmente nos países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento. Portugal está também integrado nesta tendência. De acordo com a plataforma PORDATA (2022), é possível verificar que Portugal está mais velho. No ano de 1960 existiam 708 569 pessoas com 65 ou mais anos, no ano de 2021 o valor aumentou para 2 424 122 pessoas com 65 ou mais. Já a taxa bruta de nascimentos passou de 24,1% em 1960 para cerca de 7,7% em 2021. Relativamente à esperança média de vida passou de 67,1 anos em 1970 para 80,7 em 2020. De facto, existe um duplo envelhecimento, por um lado o aumento da população idosa através de uma maior esperança média de vida, por outro lado uma redução da população jovem, devido ao menor número de nascimentos. Tendo como base o relatório “World Population Ageing 2017: Highlights” pode mencionar-se que a população global com 60 ou mais anos foi de 962 milhões em 2017, correspondendo este valor a mais do dobro daquele que fora registada no ano de 1980, uma vez que nesse ano havia 382 milhões de idosos no mundo.

Neste sentido, importa compreender que *“o envelhecimento é um processo dinâmico que confere vulnerabilidade e sinaliza a finitude, sendo a distinção entre envelhecimento e doença crónica difícil, mas parcialmente possível e desejável”* (Botelho & Branco, 2022: 42). Segundo Harper (2010), o envelhecimento pode ser observado pela perspetiva social, isto é, como uma oportunidade, visto que a longevidade é uma conquista civilizacional e um indicador de desenvolvimento. Walker (2002), acrescenta que é também um indicador de progresso social e económico. O mesmo autor considera ainda que o aumento da esperança média de vida foi um sucesso da civilização, nomeadamente da ciência e da política pública, por outro lado o aumento exponencial de população idosa traz impactos negativos a certos níveis e é necessário repensar certas políticas (Barbosa, n.d.).

Apesar do envelhecimento e o aumento da esperança média de vida ser um sinal de evolução, é pertinente ter em linha de conta que existem novos desafios emergentes, como: a sustentabilidade dos sistemas de proteção social, devido a uma menor população ativa, dificultando a manutenção dos sistemas de proteção; a necessidade de se repensar as

tipologias sociais, isto é, as respostas sociais existentes ou idealizar novas respostas que sejam de facto para pessoas que vivem mais tempo, com mais autonomia e que privilegiem a permanência no meio onde sempre viveram e têm a sua pertença; mudanças do estilo de vida com o intuito de se ter uma vida mais longa e saudável, visto que anteriormente não existia uma preocupação tão elevada neste sentido; os efeitos da longevidade nos rendimentos da família, devido ao aumento das despesas de saúde; o cumprimento dos direitos fundamentais e, ainda, a discriminação relativa à idade.

Posto isto, e tendo em conta que a próxima geração de população idosa se encontra neste momento na meia-idade, interessa verificar que este momento de vida corresponde a

“um período da idade adulta com uma existência própria, situado aproximadamente entre os 40 e os 60 anos, onde nos deparamos com possibilidades de realização pessoal que rompem com muitas das expectativas sociais ainda existentes acerca do que é suposto um homem ou uma mulher de meia-idade serem e fazerem” (Fonseca, 2021: 11).

Já Lachman (2004), refere que o termo meia-idade surgiu pela primeira vez em 1985 e dizia respeito ao intervalo entre a juventude e a velhice. Esta fase começou a ganhar ênfase devido ao crescimento exponencial de adultos de meia-idade representados pelos babyboomers (nascidos entre 1946 e 1964). O interesse neste período da vida e o interesse em diferenciá-lo dos restantes períodos de desenvolvimento diz respeito à necessidade de otimizar o envelhecimento.

Assim sendo, e devido à maior longevidade que leva a um elevado número de pessoas que chegam a idades avançadas, surgem impactos ao nível de desenvolvimento económico, científico, tecnológico e cultural. Os “novos utentes” têm potenciado a criação de projetos diferenciados para além dos projetos para a satisfação de necessidades na área da saúde. Desta forma, *“O envelhecimento/oportunidade para a sociedade é indissociável da construção e do acesso ao conhecimento”* (Gil & Páscoa, 2019: n.d.).

Neste momento, existem diversas respostas sociais, como é o caso dos Equipamentos residenciais para idosos que se destinam ao alojamento coletivo de pessoas com idade igual ou superior à idade da reforma, num contexto de “residência assistida”, os Centros de Dia onde é fornecida a prestação de serviços que contribuem para a manutenção da vida normal

da pessoa estimulando a sua autonomia e, ainda o Serviço de Apoio Domiciliário que prevê a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos que não possam assegurar as suas necessidades básicas. Estas respostas há data da sua inauguração eram inovadoras, mas atualmente já não respondem adequadamente às necessidades existentes. Tradicionalmente, a intervenção realizada tem sido assistencialista, que pode até, por vezes, ser promotor de dependência. No entanto, podemos verificar que à medida que as pessoas envelhecem permanecem ativas e participativas, dignas de direitos e obrigações, faz com que seja necessária uma *“mudança de paradigma na sociedade, isto é, como vamos valorizar e aproveitar as valências de uma população mais madura, capaz de continuar a contribuir para a comunidade?”* (Bárrios, 2017: 3) Pode observar-se que vão surgindo novas respostas a nível particular, como por exemplo o Apoio Domiciliário através de empresas privadas que promovem um acompanhamento total em casa do utente, no entanto, os valores praticados transcendem aquilo que uma grande parte da população pode pagar. Para além destas, existem também Centros de Convívio, Centros de Noite, a Rede Nacional de Cuidados Continuados e as Academias Seniores. Se nos dias de hoje já possuímos este quadro de desatualização de algumas das respostas sociais, daqui a uns anos, quando as pessoas que se encontram na meia-idade atualmente, isto é, a geração X chegar à velhice, as mesmas não se enquadrarão de todo com as necessidades que irão prevalecer. Não obstante, surge ainda uma outra questão fulcral que está relacionada com as pessoas que chegam à idade da reforma com autonomia e com todas as capacidades físicas e cognitivas e não existem respostas para este grupo da população estando exposta à solidão e isolamento. Por outras palavras: como podemos responder aos novos desafios da população que chega cada vez mais autónoma à velhice? Assim sendo, é necessário repensar em novas respostas para acolher as pessoas idosas do futuro, não esquecendo que os interesses da próxima geração idosa não serão os mesmos das pessoas idosas de hoje. Respostas onde prevaleça o espaço privado da pessoa e se tenha em conta o *Ageing in Place* para a promoção da inclusão social dos cidadãos mais velhos nas respetivas comunidades (Fonseca, 2018). Não obstante, o envelhecimento ativo pode ser considerado um novo paradigma para a promoção de uma vida saudável, vindo imputar às pessoas uma maior responsabilidade na gestão da própria saúde de cada um, para uma otimização do envelhecimento (Bárrios, 2017).

Neste sentido, com esta dissertação propõe-se a repensar numa nova resposta social, tendo em conta as expectativas das pessoas de meia-idade e as mudanças societárias. Revela-se cientificamente pertinente abordar este tema devido à falta de informação relativo às pessoas de meia-idade tal como refere Lachman (2001), visto que este período tem sido negligenciado quando comparado aos outros grupos etários. Não obstante, Fonseca (2021) considera que esta fase da vida tem vindo a ganhar cada vez mais relevância, tanto a nível individual, social e económico. Por outro lado, e tendo em conta a incidência da população idosa em Portugal e o facto de se utilizarem as mesmas respostas desde o momento da sua criação é pertinente reconhecer as “novas” necessidades da próxima geração de pessoas idosas para ser possível otimizar o envelhecimento. A pertinência deste estudo diz respeito ao facto de se estudar uma faixa etária da população que por vezes acaba esquecida, dando a possibilidade de mostrarem os seus interesses e como pretendem passar a sua velhice, isto irá contribuir para um melhor conhecimento da situação socioeconómica e familiar da população entre os 40 e os 60 anos que permitirá uma reflexão sobre o que é necessário realizar no futuro para o bem-estar da população idosa, bem como verificar como o Serviço Social pode adaptar ou até mesmo repensar a sua intervenção junto desta população. Como motivação tem-se o interesse por este tema que está relacionado com a curiosidade pela área do envelhecimento, bem como pelas alterações sociodemográficas e pelo futuro da população no que toca aos cuidados na velhice, nomeadamente a importância da humanização neste processo e também a pertinência que o mesmo pode trazer para o Serviço Social no que toca às práticas para o envelhecimento. Ter trabalhado com população idosa foi fulcral na escolha desta temática.

Assim sendo, os objetivos específicos desta dissertação são: identificar as respostas sociais existentes para as pessoas idosas; identificar as expectativas das pessoas de meia-idade no que toca ao acolhimento residencial na velhice; verificar a influência das novas tecnologias no envelhecimento e observar o impacto do maior grau de habilitações literárias no processo de preparação da velhice. Como perguntas de investigação tem-se:

- Quais são as expectativas das pessoas de meia-idade no que diz respeito à velhice?
- Como é que o maior grau de habilitação médio da população irá influenciar a velhice das pessoas de meia-idade?

- Como é que as novas tecnologias vão influenciar a velhice das pessoas de meia-idade?
- Que respostas deveriam existir para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas?

Para o desenvolvimento do estudo vão ser realizados inquéritos por questionário, aplicados através da internet, sendo os sujeitos de intervenção pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos, residentes em Portugal. O critério deste estudo baseia-se no critério da conveniência e diz respeito a um estudo exploratório de carácter qualitativo, visto que pretende compreender e analisar os fenómenos sociais. A estratégia é de ordem abductiva e o processo de investigação é baseado na Grounded Theory. Relativamente à recolha de dados, esta é realizada em bola de neve e a técnica de amostragem é não probabilística. O questionário foi realizado na plataforma *Google Forms* e partilhado através das redes sociais (e.g., *E-mail, Whatsapp, Facebook e Instagram*), esteve disponível durante três semanas. Por fim, para análise de informação foi utilizada a análise de conteúdo, visto que a mesma pretende não apenas descrever, mas também compreender o significado expresso pelos participantes.

O presente documento está dividido em sete capítulos, sendo que o primeiro diz respeito à “Meia-Idade: A Próxima Geração de População Idosa”, onde se define o conceito de meia-idade, o bem-estar e qualidade de vida na meia-idade e no envelhecimento, os desafios e oportunidades nesta fase da vida e as preocupações e desafios na “Era do Envelhecimento”.

O segundo capítulo denomina-se “Envelhecimento: Uma Visão para o Futuro” e ao longo deste capítulo pretende-se definir o conceito de envelhecimento, caracterizar o envelhecimento demográfico, identificar as alterações e preocupações que têm surgindo ao longo do século XXI, verificar as alterações do estilo de vida, o avanço da tecnologia, a evolução das redes familiares e a saúde mental.

Passando para o terceiro capítulo “Políticas Públicas para o Envelhecimento”, pretende-se analisar o desenvolvimento das políticas públicas, quais as políticas públicas dirigidas ao envelhecimento, o envelhecimento ativo e saudável e quais as respostas existentes para o envelhecimento em Portugal.

No que diz respeito ao último capítulo do enquadramento teórico, o quarto capítulo refere-se ao “Serviço Social e a Otimização do Envelhecimento” e tem como intuito desenvolver a temática do Serviço Social como profissão de intervenção, qual o papel do Serviço Social no envelhecimento e, por fim, apresenta no novo modelo de envelhecimento: o *Ageing in Place*.

Posteriormente, o capítulo cinco trata o Desenho Metodológico, onde são apresentadas as escolhas metodológicas para o desenvolvimento do estudo. De seguida, no capítulo seis são apresentados os resultados e realizada a sua discussão. São também confrontados os resultados empíricos e os dados teóricos. Finalmente, no capítulo sete são expostas as Conclusões retiradas.

1. A Meia-Idade: A Próxima Geração de População Idosa

Há cerca de cem anos, ter 40/45 anos significava estar a dar entrada na velhice. Nos dias que correm, marca o início da chamada meia-idade.

A meia-idade surge na segunda metade do século XX, podendo ser considerada uma criação um tanto quanto recente. Devido aos avanços da ciência e da medicina este período dura cerca de duas ou três décadas do ciclo de vida e onde as ciências sociais e humanas deram ênfase à mesma com o intuito de atribuir um estatuto singular. Assim sendo, a meia-idade é mais do que uma fase de vida entre duas gerações e muito menos que a “*antecâmara da velhice*” (Fonseca, 2021: 11).

A meia-idade corresponde a:

“um período da idade adulta com uma existência própria, situado aproximadamente entre os 40 e os 60 anos, onde nos deparamos com possibilidades de realização pessoal que rompem com muitas das expectativas sociais ainda existentes acerca do que é suposto um homem ou uma mulher de meia-idade serem e fazerem” (Fonseca, 2021: 11).

Apesar de ser uma fase subjetiva, uma vez que a entrada não tem uma idade certa, enquanto uns antes dos quarenta podem considerar já estar nesta fase, alguns com sessenta podem nem ter dado pela meia-idade. Ao contrário da puberdade que é universalmente visível, a meia-idade é uma avaliação que cada um faz de acordo com pistas internas e externas. Esta fase da vida tem vindo a ganhar cada vez mais relevância, tanto a nível individual, social e económico (Fonseca, 2021).

O período da meia-idade tem vindo a ser negligenciado, uma vez que tem recebido menos atenção dos autores em comparação com os outros períodos do ciclo de vida. Isto pode acontecer devido à ideia generalizada de que nada ou pouco acontece na meia-idade, tendo em conta a adolescência e a velhice. Muito dos estudos realizados sobre este período relativamente tranquilo passa pela “crise de meia-idade”. Para além disto, é difícil conseguir que os adultos tenham tempo para participar em investigações devido às vidas ocupadas

entre trabalho e família. Uma outra razão pela qual não existem muitos estudos sobre a meia-idade diz respeito ao facto de não se considerar esta etapa de vida problemática, pois o investimento na socialização, supostamente, deveria ter valido a pena, desta forma não necessitam de investimento neste âmbito, ao contrário das crianças, e também não necessitam de ajuda nem de cuidados externos devido à sua saúde e fragilidade, como é o caso da população idosa. Por outras palavras, este grupo populacional não apresenta problemas aos quais os psicólogos e/ou sociedade deva responder (Staudinger & Bluck in Lachman, 2001).

Ainda assim, a meia-idade levanta outra questão relacionada com o facto de não ser um período de tempo claramente definido, ao contrário da infância e da velhice, sendo que pode ser caracterizada por eventos marcantes (como por exemplo: menopausa/andropausa). A meia-idade torna-se assim complexa, visto que existem muitos caminhos derivados das escolhas e também da composição genética de cada um. Existe também uma grande divergência nas carreiras profissionais e nas constituições da família (Lachman & James, 1997).

De acordo com Lachman & James (1997), há uma enorme variabilidade na delimitação da meia-idade, se este período for pensado como o período intermédio da vida adulta “*a compreensão dos limites depende de quanto tempo esperamos viver num determinado momento e num determinado lugar tendo em conta um determinado cenário*” (Lachman & James, 1997: 2). No entanto, importa ter em conta as alterações drásticas ocorridas sobre a longevidade e o facto deste conceito variar entre culturas. Devido a esta mesma situação, nas sociedades ocidentais, o que anteriormente era considerado velhice é agora considerada a meia-idade.

Tendo em conta um estudo de Lachman, Lewkowicz, Marcus & Peng (1994), citado por Lachman & James (1997), a idade de entrada e saída na meia-idade foi correlacionada positivamente com a idade do entrevistado. Isto é, para adultos na faixa dos 20 anos, a meia-idade inicia por volta dos 30 e termina aos 55. No entanto, para adultos mais velhos, na faixa etária dos 60-70 anos referem que a meia-idade se inicia aos 40 e prolonga-se até perto dos

70. Isto indica que o fator cronológico, ou seja, a idade reconhecida apenas como um número não é um bom indicador para definir a meia-idade.

De facto, não é possível identificar um ponto médio para a própria vida, porém as pessoas sentem quando estão na meia-idade, tanto baseado por dados normativos de longevidade, idade da morte de familiares ou até mesmo pela posição social adquirida. Segundo a pesquisa de Lachman & James (1997: 3), *“a meia-idade parecer ser o tempo de olhar para trás e para a frente, o tempo para perguntar como estão as coisas e o que resta fazer”*. É possível então considerar que as pessoas podem medir a sua idade e fase da vida através da utilização de marcadores sociais, psicológicos e biológicos que poderão estar ligados a eventos específicos (Staudinger & Bluck in Lachman, 2001). Como já foi referido anteriormente, não existe um consenso sobre a data de entrada e de saída da meia-idade, no entanto, existe mais concórdia no que concerne à sequência de tarefas de desenvolvimento que decorrem durante esse momento da vida. Ou seja, por esta altura é esperado que os adultos tenham estabelecido uma família, encontrado uma carreira específica, tendo um papel significativo, responsabilidades com os filhos e também com os próprios pais já idosos (Staudinger & Bluck in Lachman, 2001).

Todavia, ao contrário do que a generalidade dos estudos indica, é na meia-idade que se encontram importantes transições de vida, sendo um período repleto de oportunidades e desafios inéditos. As oportunidades e desafios encontrados podem estar relacionados com as diferenças étnicas, orientação social e estados socioeconómicos (Lachman et al., 2020).

As primeiras teorias relativas à meia-idade e também as mais conhecidas são as de Carl Jung e Erik Erikson (Lachman & James, 1997). Jung considerava que a meia-idade como a “tarde da vida”, sendo um período distinto entre o início da vida adulta e o fim. A teoria do estágio de desenvolvimento de Erikson refere que existe um conflito psicossocial nesta fase da vida que ocorre em torno da generatividade versus estagnação e auto-absorção, pois os adultos dedicam o seu tempo a desenvolver e fomentar as gerações mais novas e a criar bens que irão para lá das suas vidas (Lachman & James, 1997).

Lachman (2004), refere que o termo meia-idade surgiu pela primeira vez em 1985 e dizia respeito ao intervalo entre a juventude e a velhice. Esta fase começou a ganhar ênfase devido ao crescimento exponencial de adultos de meia-idade, representados pelos *baby boomers* (nascidos entre 1946 e 1964). O interesse neste período da vida e o interesse em diferenciá-lo dos restantes períodos de desenvolvimento diz respeito à necessidade de otimizar o envelhecimento. De acordo com a mesma autora, e como já foi referido, não são claros os limites da meia-idade. Porém, é comum considerar a entrada a partir dos 40 anos e a saída entre os 60 e os 65 anos (quando se inicia a velhice). Mesmo assim, existe variabilidade nesta idade de referência e, portanto, existe um período de pelo menos 10 anos em cada extremidade (entrada aos 30 e saída aos 75 anos). Isto acontece devido à entrada cada vez mais tardia na velhice. Apesar da meia-idade ainda não ter sido subdividida, a realidade é que entre os 30-40 anos e os 50-60 anos existem diferenças significativas no que diz respeito a experiências e a níveis de saúde.

A meia-idade pode ser definida como a geração X que representa o grupo de pessoas nascidas entre 1965 e 1980. Esta geração viveu os turbulentos anos 70 e a incerteza dos anos 80, mas entrou no mercado de trabalho numa boa situação económica. Ao crescerem em famílias onde tanto a mãe como o pai trabalhavam, ao contrário da geração dos *Baby boomers* (nascidos entre 1946 e 1964), passaram menos tempo com a família e mais tempo com os amigos, identificando-se com o conceito de “amigos e família”. Esta geração viveu enormes mudanças em matéria de tecnologia de consumo, o que os levou a serem altamente adaptáveis. Nos dias de hoje, é possível observar que a geração X tem uma grande influência no mercado laboral, nomeadamente nos cargos de liderança das empresas digitais (Kotler et al., 2021).

Em suma, valorizam o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e são considerados mais independentes e criativos que os seus antecessores. O facto de terem experienciado o mundo com e sem internet permitiu que se adaptassem bem aos ambientes de trabalho tradicionais e aos digitais (Kotler et al., 2021). Como foi possível observar, a meia-idade é um período suscetível aos acontecimentos de diversas situações marcantes na vida de qualquer pessoa, podendo mesmo levar à “crise de meia-idade”, que tem impactos negativos no bem-estar das pessoas. Sendo assim importante o investimento no bem-estar e qualidade de vida para

potenciar um envelhecimento ativo e saudável, com qualidade. Neste sentido, o próximo subcapítulo é destinado à importância deste tema tanto na meia-idade, bem como no envelhecimento.

1.1. Bem-Estar e Qualidade de Vida na Meia-Idade e no Envelhecimento

A qualidade de vida corresponde a um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade. Nos dias de hoje valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento do aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitada. Assim, a qualidade de vida foi definida como “*sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence*” (Sousa, 1995: 299). De facto, existem inúmeras definições, no entanto, não existe nenhuma definição de qualidade de vida que seja amplamente aceite. De acordo com Pereira, Teixeira e Santos (2012), a qualidade de vida não inclui somente fatores relacionados com a saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também deve incluir fatores importantes para a vida humana, tais como o trabalho, família, amigos entre outros. Na atualidade, os conceitos que se tendem a integrar na perspetiva da qualidade de vida têm uma multiplicidade de dimensões em abordagens holísticas. Como principal exemplo, tem-se a definição da OMS (1998) que reflete a percepção dos indivíduos relativamente às suas necessidades, isto é, se estão a ser satisfeitas ou não, ou até mesmo se lhe está a ser dada a oportunidade de alcançar a felicidade e autorrealização independentemente do estado de saúde ou das condições sociais e económicas.

A partir dos anos 90, o conceito começa a consolidar-se entre os estudiosos da área, surgindo dois aspetos relevantes dentro da qualidade de vida, designadamente a subjetividade e a multidimensionalidade. No que diz respeito à subjetividade, refere-se a “*considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não-médicos do seu contexto de vida. Noutras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida.*” (Seidl e Zannon, 2004). Assim sendo, a qualidade de vida só pode ser avaliada pela pessoa em questão, o que não vai ao encontro das tendências iniciais do conceito, que referia que a qualidade de vida era avaliada

por um observador, normalmente, profissional de saúde. Desta forma, surge a preocupação de desenvolver instrumentos e métodos de avaliação que permitam identificar a perspectiva da população e dos pacientes quanto ao próprio nível de qualidade de vida e não tendo em conta a percepção dos profissionais (Seidl e Zannon, 2004). Por sua vez, a multidimensionalidade diz respeito *“ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas”* (Seidl, e Zannon, 2004).

Existem duas tendências quanto à caracterização do termo na área da saúde, por um lado a qualidade de vida como um conceito mais genérico e a qualidade de vida relacionada com a saúde. Relativamente ao primeiro, a qualidade de vida possui um alcance mais amplo, influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções. Desta forma, foi adotada pela Organização Mundial da Saúde sendo definida como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (Seidl, E. e Zannon, C., 2004). Um aspeto importante a reter e que faz parte desta definição mais genérica do termo é que a amostra escolhida inclui pessoas saudáveis, não se limitando a pessoas portadoras de problemas específicos (Seidl, e Zannon, 2004).

Por sua vez, a qualidade de vida relacionada com a saúde está bastante presente na literatura, mas tem sido utilizada com objetivos similares à definição geral. Porém inclui aspetos associados às intervenções da saúde (Seidl, e Zannon, 2004).

De acordo com Fontaine (2000), o desafio para este século não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo. Nos dias de hoje, o importante não é só viver mais anos, mas viver com qualidade. Esta problemática tem de ser observada por diferentes intervenientes, desde a comunidade científica, política até à sociedade em geral. Devido às alterações demográficas, isto é, diminuição de número de jovens e aumento do número de idosos existe a preocupação constante com as modificações socioeconómicas e políticas, para as quais a sociedade tem de estar preparada (Oberg et al., 2004).

Tal como indica a OMS, já em 2012, a qualidade de vida diz respeito “à *percepção individual da posição na vida e no contexto cultural e no sistema de valores em que vivem e em relação com os seus objetivos, expectativas, standards e preocupações*” (OMS, 2012: 1).

Devido ao aumento da longevidade, o que se pretende é viver mais, melhor, de forma saudável e com mais qualidade de vida.

De acordo com um estudo de Mari et al., (2016), existem vários fatores que influenciam a qualidade de vida e o bem-estar, nomeadamente: a alimentação; a prática de exercício físico; ter alguma ocupação (a nível de voluntariado ou de trabalho renumerado); bem-estar físico, mental e espiritual; relações com os familiares e amigos; acesso a cuidados médicos; cuidados pessoais e manter-se ativo mentalmente. Não obstante, referem aqui a importância de um sono saudável, momentos de lazer e contacto com a natureza. Ainda no mesmo estudo foi evidenciada a importância da atividade física como uma estratégia para a prevenção de doenças crónicas e também a importância de trabalhar a mente para não estagnar. Na meia-idade recorre-se também à prática do exercício como forma de se sentirem bem consigo próprios. A saúde é também muito relevante na percepção dos adultos de meia-idade e, por norma, é nesta fase da vida que há uma maior consciencialização da própria saúde. Porém, as relações parentais e sociais podem moldar a natureza da meia-idade influenciando a saúde e o bem-estar.

No entanto, por esta fase surgem receios no que toca ao envelhecimento, visto que os primeiros sinais surgem por esta altura. Medos como adoecer, necessitar de cuidados e não conseguir viver sozinho são referidos no estudo mencionado anteriormente (Mari et al., 2016). Porém também é frequente os adultos referirem a estética, a perda de laços sociais, o esquecimento, a vulnerabilidade e maior probabilidade de morte como algo que têm receio durante o processo de envelhecimento. Importa ainda referir que este processo é influenciado pela história de vida, a percepção pessoal e o contexto em que está inserido.

Todavia, a meia-idade é um momento de diversos acontecimentos e preocupações em simultâneo, normalmente, os adultos são responsáveis pelos filhos e também pelos pais e/ou sogros, o que potencia um maior descuido na saúde pessoal e no bem-estar provocando a prevalência de doenças crónicas, obesidade e problemas de saúde mental. Não obstante, as

relações parentais e sociais podem moldar a natureza da meia-idade influenciando também a saúde e o bem-estar (Lachman et al., 2020).

A perda de funções, como audição e visão, terá impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa, podendo influenciar as suas relações pessoais e hábitos de vida de uma forma prejudicial. O autor refere a importância de se estimular a prática de exercício físico, com orientação de profissionais experientes na área, como também novas abordagens a nível físico, pois tem impacto positivo para um envelhecimento saudável (Cardoso et al., 2009). Ferreira (2010), afirma que o presente século, será o século dos idosos. Não obstante, este é um assunto do interesse de todos, não só das pessoas idosas de hoje, mas de todos os que vêm atrás, incluindo as crianças, tendo em conta que serão os idosos de amanhã (in Santos et al., 2013).

Existem diversos estudos que indicam a existência de uma inter-relação entre funcionalidade familiar e qualidade de vida do idoso. De acordo com Santos et al. (2013), os idosos que residem no domicílio, mas inseridos em famílias disfuncionais, verificam uma pior qualidade de vida ao nível da energia e dor. Já os idosos que estão inseridos em famílias altamente funcionais possuem melhores indicadores ao nível das reações emocionais, sono, interação social, habilidades físicas e qualidade de vida total.

Ainda ao nível dos idosos não institucionalizados, é possível verificar que a melhor qualidade de vida se dirige aos idosos independentes, principalmente ao nível do telefone e da medicação. Mesmo assim, para os idosos residentes em ERPI, a melhor qualidade de vida mantém-se também para as pessoas que têm autonomia na utilização do telefone e conseguem dar conta da sua própria medicação (Santos, et al., 2013). Este estudo vai ao encontro de Fillenbaum (1986) que acreditava que a capacidade funcional corresponde à pessoa conseguir cuidar de si mesmo, realizando tarefas de cuidado pessoal e de adaptação ao meio onde está inserido.

1.2. Desafios na Meia-Idade e Oportunidades na Meia-Idade

A meia-idade é um período fulcral na vida de qualquer pessoa. É durante esta fase que existe uma interação complexa em diferentes domínios, nomeadamente sobre o papel central que os adultos que se encontram na meia-idade possuem, na ponte entre gerações e o papel pertinente que estes adultos possuem a nível macro, tais como a cultura e política. Tal é possível verificar através da seguinte figura:

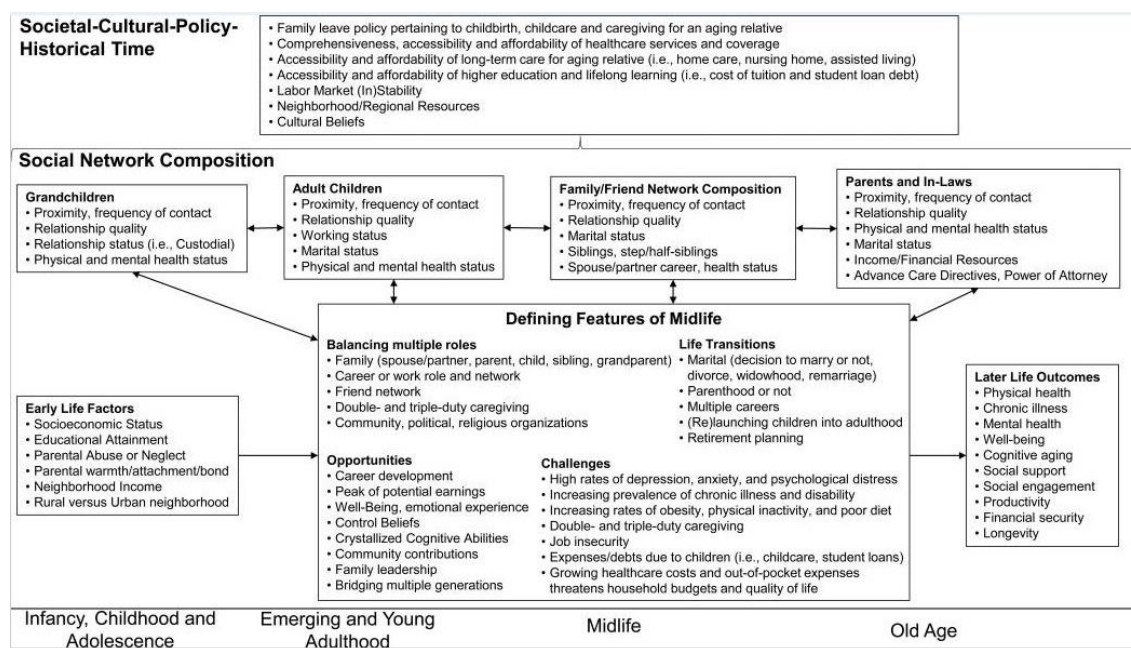


Figura 1 - "A Lifespan Perspective on Midlife"

Fonte: Infurna, F., Gerstorf, D. & Lachman, M. in Midlife in the 2020s: Opportunities and Challenges

De acordo com Lachman et al. (2020), na caixa central estão representadas as características que definem a meia-idade, nomeadamente os múltiplos papéis desempenhados (ao nível familiar, de carreira, de amizade, de comunidade, entre outros), as transições de vida que podem ocorrer, as oportunidades e os desafios. Importa ainda referir que os domínios referidos podem ser diferentes consoante a etnia, a orientação sexual, o nível económico e o momento e transições.

As circunstâncias vão-se alterando à medida que a população de meia-idade aumenta, sendo assim necessário dar visibilidade aos desafios com os quais os adultos que se encontram

nesta fase de vida. Há desafios que não são estritamente da meia-idade, no entanto podem ter surgido mais cedo e continuarem presentes no decorrer da vida. A questão dos problemas na meia-idade está relacionada com a intensidade e magnitude, visto que nesta fase os indivíduos são confrontados com diversas situações, pois assumem a responsabilidade pelos membros mais novos (filhos) e pelos mais velhos (pais/sogros). Nesta altura podem começar a surgir vulnerabilidades ao nível da saúde física e psicológica (início de doenças crónicas e declínios cognitivos). Tal como mencionado anteriormente, os adultos têm de cuidar dos filhos e dos pais e ainda manter a carreira profissional, com dificuldade no acesso à segurança social e com licenças familiares insuficientes (Lachman et al., 2020). Desta forma, os indivíduos vêm-se obrigados a colocar a sua própria saúde em segundo plano.

Como representado na figura, os riscos de depressão e ansiedade também aumentam, bem como os fatores de obesidade, a falta de exercício físico e uma dieta pobre no que diz respeito a valores ricos nutricionalmente. Por esta altura, pode ainda existir inseguranças ao nível do emprego (Lachman et al., 2020).

Apesar de existirem diversos desafios associados à meia-idade, tal como já foram mencionados alguns anteriormente, os adultos de meia-idade possuem um papel crucial na sociedade, na comunidade e na família e, como tal, este período de vida tem recompensas e momentos positivos (Lachman et al., 2015). Desta forma, e tal como está representado na figura 1 a fase da vida em questão pode ser positiva relativamente ao emprego, tendo em conta a posição, os ganhos e os cargos. Pode ser o auge da liderança familiar, da autoconfiança e autoestima, a capacidade de tomada de decisões estará mais desenvolvida e as contribuições para a comunidade também poderão ser mais elevadas. Por norma, é no final dos 40 anos e início dos 50 anos que se atinge o ponto mais alto de rendimentos (Bhuller et al., 2017 in Lachman et al., 2020). Importa ainda referir a importância do aumento da experiência emocional, tendo em conta as vivências passadas (Carstensen et al., 1999 in Lachman et al., 2020). Adicionalmente, é durante esta altura que os adultos de meia-idade se tornam avós, o que proporciona relacionamento entre gerações, bem como o envolvimento nos cuidados básicos dos netos. A estrutura social influencia as oportunidades na meia-idade, sendo que pessoas com estatuto social mais elevado poderão ter mais

oportunidades ao nível da saúde, atividades de lazer, recursos sociais, financeiros e psicológicos (Kirsch et al., 2019).

Posto isto, é pertinente verificar a influência do envelhecimento e do envelhecimento demográfico nos dias de hoje para se poder compreender como agir para um melhor envelhecimento da próxima geração de pessoas idosas potenciando uma melhor qualidade de vida.

1.3. Preocupações e Desafios da “Era do Envelhecimento”

Portugal, como outros países da Europa, encontra-se numa situação de profundas alterações ao nível demográfico, principalmente pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela diminuição da natalidade e da população jovem (SNS, 2017). O envelhecimento populacional é um fenómeno social considerado como um dos mais significativos do século XXI, tendo consequências transversais em todos os setores da sociedade, nomeadamente no mercado laboral e financeiro, a nível de bens e serviços (habitação, transportes e proteção social) e também nas estruturas familiares e laços intergeracionais (ONU, 2022). Esta transformação leva-nos a viver numa época considerada a “Era do Envelhecimento”. Tendo em conta o que tem acontecido e as previsões, a ONU (2022) estima que o número de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) duplique em 2050 e triplique até 2100.

Neste sentido, surgem novas questões que se tornam preocupantes para a sociedade, bem como para as pessoas, com ênfase na população de meia-idade que se encontra neste momento entre os 40 e os 60 anos, visto que serão a próxima geração que irá entrar na velhice. No entanto, irão encontrar uma realidade diferente devido a estas alterações demográficas que têm surgido. Existem diversos desafios que têm de ser avaliados, uma vez que a longevidade é uma conquista tanto científica como social e, portanto, é necessário acompanhá-la eficazmente.

A sustentabilidade dos sistemas de saúde, bem como a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde são uma preocupação devido ao envelhecimento da população, partindo do pressuposto que as pessoas mais velhas necessitam de mais cuidados de saúde. No entanto,

as despesas em cuidados de saúde são o resultado de várias pressões e não somente das alterações demográficas, a maior despesa resulta dos avanços tecnológicos que também beneficia a população idosa. Um outro desafio relacionado com o envelhecimento e a saúde tem que ver com a diversidade, mais propriamente com a necessidade de lidar com a diversidade das situações relativas à saúde e tendo em conta as preferências das pessoas. Exigindo uma grande flexibilidade de respostas que não estão ainda presentes no Sistema Nacional de Saúde. As doenças crónicas são também um desafio, devido ao aumento da população com doenças crónicas e às necessidades associadas às mesmas (Barros, 2022).

O envelhecimento da população tem também implicações no mercado trabalho, sendo claro que este fenómeno está a atingir o mesmo: em 2002 a média de idades no mercado correspondia a 37 anos, em 2017 passou para 41. Neste sentido é possível verificar que ao longo dos últimos 20 anos a média de idade tem aumentado de forma sistemática 3 meses por ano. No entanto, este desafio pode não ser necessariamente um problema, muito pelo contrário, visto que é uma “*dimensão fundamental da melhoria dos níveis de vida*” (Martins, 2022: 94). Um outro desafio ainda dentro das implicações neste âmbito diz respeito às pessoas que se reformam e ainda sentem que estão na plenitude das suas competências e, portanto, é imperativo arranjar respostas que as mantenham ativas, intelectual e funcionalmente, como as universidades de terceira idade, o coaching de iniciativas empresariais de jovens por parte de trabalhadores experientes e disponíveis, entre outros (Capucha, 2014). Todavia, para responder de forma adequada às novas circunstâncias é necessário repensar as políticas públicas ao nível do mercado de trabalho, nomeadamente no que toca à segurança social, à equidade intergeracional, à produtividade e à criação de novos empregos (Martins, 2022).

A sustentabilidade dos sistemas de proteção social é um desafio que tem vindo a preocupar não só os peritos, como também a população. Cada vez nascem menos crianças e vive-se mais anos, isto traduz-se numa menor população ativa, o que dificulta a manutenção dos sistemas de proteção. O Sistema Previdencial da Segurança Social é sustentado através das contribuições dos trabalhadores e empregadores. Desta forma, através do “contrato intergeracional” entre os mais novos e os mais velhos, são financiadas as pensões dos mais velhos e os restantes subsídios com as contribuições das gerações integradas no mercado de

trabalho. Desta forma e, tendo em conta a evolução dos indicadores: ano de início de défice crónicos no regime previdencial e o ano de exaustão do Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social), “*é expectável que a partir do fim desta década as receitas do Sistema Previdencial não sejam (por si sós) suficientes para cobrir as despesas*” (Moreira et al., 2022:114).

As mudanças do estilo de vida com o intuito de se ter uma vida mais longa e saudável, são também um desafio. Para tal, promove-se a atividade física, a prevenção de saúde e o combate a doenças crónicas e ainda o isolamento social e a solidão, situações que provocam síndromes depressivos e de dependência (Serrão, 2021).

Importa ter em linha de conta os efeitos da longevidade nos rendimentos das famílias e o impacto nos orçamentos familiares (Serrão, 2021). De facto, com o aumento da idade as despesas com a saúde aumentam o que pode provocar transformações nos seios familiares, comprometendo a evolução financeira da família.

O território e a sua relação com a demografia dizem respeito a outro desafio que este tema nos coloca, designadamente o despovoamento das zonas mais envelhecidas de Portugal, bem como a inclusão de emigrantes, como estratégia de combate aos desequilíbrios provocados pelo envelhecimento (Serrão, 2021).

De acordo com a mesma autora, existem ainda mais dois desafios pertinentes que são: fazer cumprir os direitos fundamentais e o combate à discriminação relativa à idade.

Os desafios do envelhecimento para a sociedade estão relacionados com alterações das estruturas familiares e com o aumento da necessidade de cuidados, isto é, quanto mais idade se tem mais provável será haver necessidade de se precisar de cuidados de terceira pessoa. Desta forma, os cuidados informais são um desafio das sociedades atuais, influenciado pela menor mortalidade masculina em idades mais jovens (implicando um maior cuidado por parte dos parceiros com idades mais avançadas), influenciado também pelo menor número de filhos, pelo facto de não ser comum os pais idosos viverem com filhos adultos, o crescimento de famílias monoparentais e unipessoais e o facto das mulheres estarem mais

integradas no mercado de trabalho. Prevê-se que até 2060 exista um grande défice a nível de cuidadores devido ao que foi mencionado anteriormente, surgindo assim necessidades não satisfeitas. Assim sendo, de acordo com Gil (2022), colocam-se duas questões bastante pertinentes: “*quem vai cuidar das pessoas em idade avançada e em situação de fragilidade física e mental?*” e “*Que políticas públicas estão a ser desenhadas para apoiar os cuidadores*” (Gil, 2022: 128).

Por fim, no entanto, um outro desafio fulcral para o bem-estar da população passa pela necessidade de se repensarem nas tipologias das respostas sociais que sejam de facto para pessoas que vivem mais tempo, com mais autonomia e que privilegiam a permanência no meio onde sempre viveram e têm a sua pertença. O que existe atualmente são Equipamentos Residenciais para Idosos e os Centros de Dia, criados há umas décadas e inovadores à data da sua inauguração. No entanto, atualmente são pouco dinâmicos e desadequados (Serrão, 2021). De acordo com a mesma autora, a tecnologia deve ser uma oportunidade para responder a esta necessidade.

Não obstante, de forma a compreender melhor a situação em que Portugal se encontra a nível do envelhecimento, no próximo capítulo será realizada uma análise do tema, bem como uma perspetiva para o futuro.

2. Envelhecimento: Uma Visão para o Futuro

A meia-idade encontra-se exatamente antes da entrada na velhice. Revela-se então pertinente perceber como se encontra atualmente o estado do envelhecimento, com o intuito de se identificar quais as necessidades e lacunas atuais, bem como perspetivar o envelhecimento para se verificar como é que as pessoas que se encontram agora na meia-idade irão vivenciar este período de vida.

2.1. Definição de envelhecimento

O envelhecimento é um tema que tem sido de reflexão para a humanidade devido às suas características e implicações sobre a vida das pessoas. Ao longo dos anos, a perceção do envelhecimento e as atitudes em relação às pessoas idosas têm mudado, refletindo o nível de conhecimento sobre a fisiologia e anatomia humana, bem como sobre a cultura e as relações sociais em diferentes épocas. O envelhecimento é um conceito complexo e multifacetado, que inclui aspetos biológicos, sociais, psicológicos e profissionais. Atualmente, reconhece-se que existem processos de envelhecimento individuais e distintos de pessoa para pessoa. (Paúl & Fonseca, 2005).

É também importante referir que o envelhecimento é um processo multidimensional que faz parte do desenvolvimento das pessoas. É o resultado da interação entre o indivíduo e o contexto em que vive. Segundo Baltes e Baltes (1990), é importante considerar dois sistemas no processo de envelhecimento: o sistema biopsicológico, que é intrínseco ao indivíduo, e o sistema socioeconómico-político. Isso significa que o envelhecimento não é apenas influenciado pelos aspetos biológicos do indivíduo, mas também pelas condições socioeconómicas e políticas em que vive (in Paúl & Fonseca, 2005). A velhice é ainda um processo complexo e multifacetado que difere de pessoa para pessoa, e é influenciado pelas experiências de vida e pelo contexto social e económico. Ainda que a idade da reforma seja comumente considerada como o início da velhice, esta definição varia dependendo das ocupações, dos países e das épocas históricas. Além disso, a idade de 65 anos deixou de ser um indicador preciso para definir o início da velhice. As mudanças sociais também tornam

difícil determinar exatamente o que significa envelhecer e quais são os fatores que influenciam o processo de envelhecimento (Fonseca, 2005).

O processo de envelhecimento, conhecido como senescência, afeta os aspectos físicos e cognitivos de forma progressiva. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a terceira idade começa entre os 60 e 65 anos, mas este é um limite instituído apenas para fins de pesquisa. O envelhecimento depende de três tipos de fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais, sendo estes fatores que podem acelerar ou adiar o aparecimento de doenças e sintomas típicos da idade madura (Cancela, 2007).

De acordo com a OMS (2015), as mudanças que influenciam o envelhecimento não são lineares. Relativamente ao nível biológico, o envelhecimento está relacionado com uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Assim sendo, estes danos vão levando a uma perda nas reservas biológicas que por sua vez aumenta o risco de adquirir várias doenças, piorando o estado de saúde do indivíduo. Com o avançar da idade, vêm outras mudanças para além das anteriormente mencionadas, nomeadamente a inversão dos papéis e posições sociais e ainda é necessário lidar com perdas de relações de proximidade.

Segundo o Conselho Europeu e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o conceito de pessoa idosa refere-se a todo o indivíduo que tem 65 anos ou mais, isto é, *“os 65 anos têm surgido como ponto de referência da idade de entrada no que se convencionou chamar de velhice”* (Fernandes, 2005: 223). Já Osório e Pinto (2007), consideram que o processo de envelhecimento é um processo irreversível e inevitável da sociedade, sendo por isso um processo natural e gradual que decorre ao longo da vida.

Existem mudanças que estão inteiramente ligadas ao envelhecimento e que vão surgindo antes da entrada da idade da velhice, é comum começarem a ser sentidas por volta da meia-idade, importa ressaltar que estas alterações variam sempre de pessoa para pessoa. As alterações musculoesqueléticas dizem respeito à perda de massa muscular e estima-se que exista uma perda anual de 1% a 2% a partir dos 50 anos, sendo que vai aumentando ao longo dos anos. Relativamente às alterações sensoriais, estas dizem respeito à perda de paladar,

olfato, audição e visão, contribuindo para o isolamento social das pessoas idosas. Começam a ser sentidas alterações na pele, visto que a renovação das células epidérmicas diminui. É comum verificar também alterações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, renais e urinárias, endocrinometabólicas e imunológicas (Almeida, 2021).

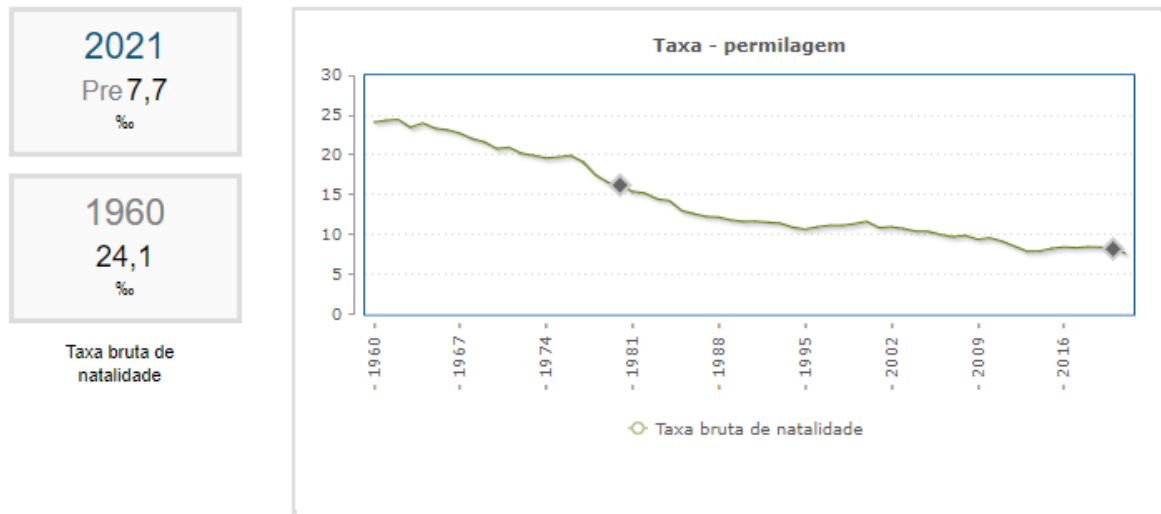
Posto isto, importa salientar que Portugal, como outros países da Europa, encontra-se numa situação de profundas alterações ao nível demográfico, principalmente pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela diminuição da natalidade e da população jovem. Este fenómeno carrega profundas mudanças para as próximas gerações, tal como vai ser abordado de seguida.

2.2. Caracterização do envelhecimento demográfico

Os progressos médicos e a melhoria das condições de vida desde a Segunda Guerra Mundial são tais que o número de pessoas com mais de sessenta anos aumenta de ano para ano.

De acordo com Nazareth (1995), o envelhecimento tem vindo a aumentar, tanto em Portugal como nos restantes países da Europa, isto acontece devido à quebra que tem existido nos nascimentos em Portugal, desde os anos setenta do século passado, o que nos traz vários estudos de diversos cientistas sociais. Tornando-se assim um fenómeno demográfico, considerado preocupante no nosso país. Tal como é possível verificar no seguinte gráfico, desde 1960 a 2021 houve uma diminuição de 16,4% da taxa bruta de natalidade.

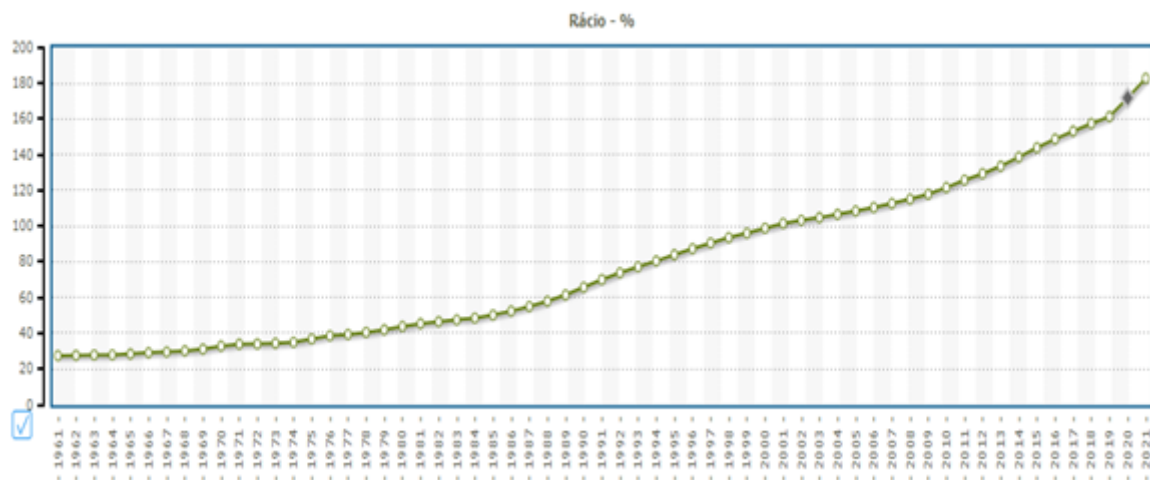
Gráfico 1- Taxa Bruta de Natalidade



Fonte: PORDATA (2022)

O aumento progressivo da esperança média de vida e, como já referido anteriormente, o declínio dos nascimentos são os grandes responsáveis pelo envelhecimento da população e pela consequente, “inversão da pirâmide”, ou seja, nos últimos quarenta anos, a base da pirâmide tem sofrido um estreitamento, resultado dos baixos níveis de natalidade, e um alargamento no topo devido à redução de mortalidade e ao aumento médio da esperança de vida. Tem vindo a existir um aumento gradual da população idosa em relação à população total, isto tem vindo a notar-se em detrimento da população mais jovem e em idade ativa (Arroteia e Cardoso, 2006). O próximo gráfico representa os indicadores de envelhecimento desde o ano de 1961 ao ano de 2021, onde é possível verificar o aumento dos mesmos.

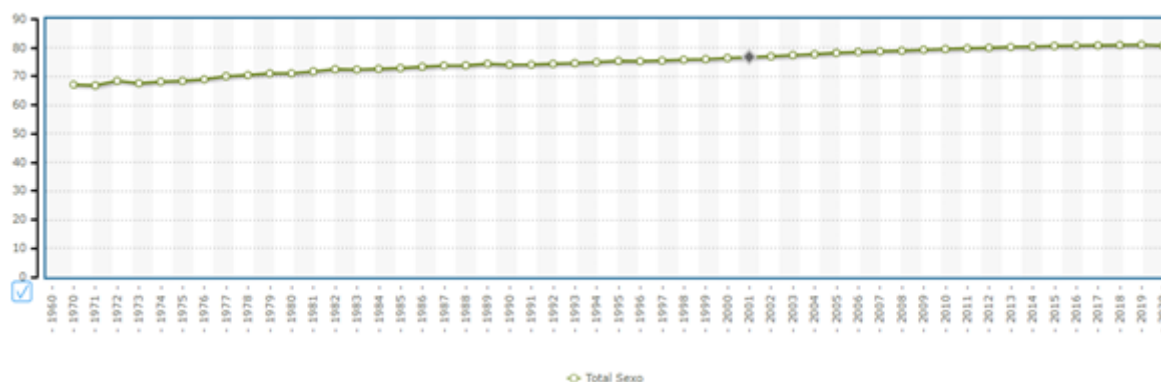
Gráfico 2 - Indicadores de Envelhecimento



Fonte: PORDATA (2022)

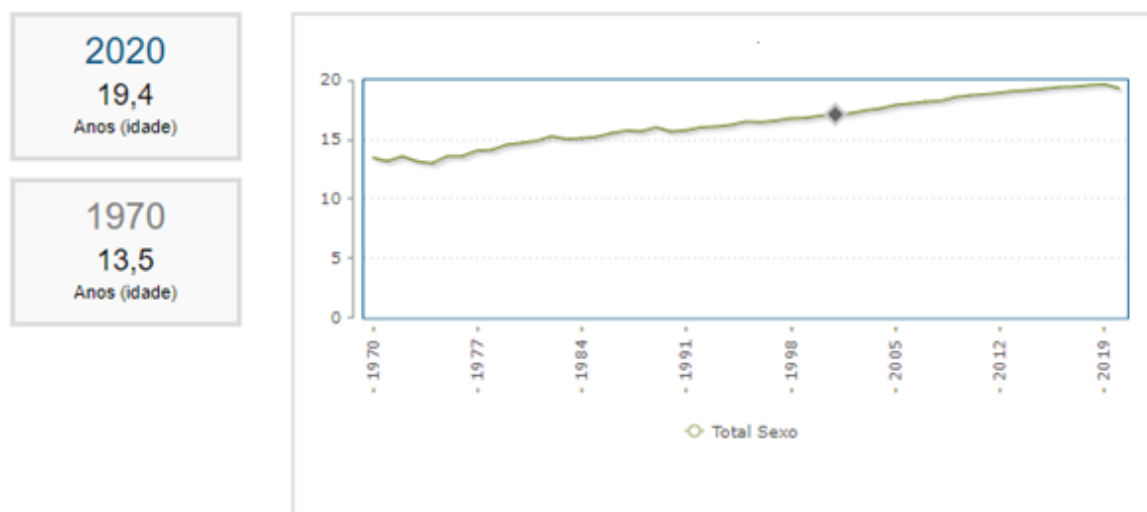
De acordo com Cabrillo e Cachafeiro (1992), o envelhecimento demográfico é um resultado da civilização e um produto cultural, ou seja, vai acompanhando o crescimento económico e a mudança social. Tendo em conta este fenómeno, é possível verificar nos seguintes gráficos que a esperança média de vida aumentou substancialmente e os anos de vida após os 65 anos também, visto que em 1970 os anos vividos após os 65 seriam 13,5 e em 2020 passou para 19,4 anos (PORDATA, 2022).

Gráfico 3 - Esperança Média de Vida à Nascença



Fonte: PORDATA (2022).

Gráfico 4 - Média de Anos Vividos Após os 65



Fonte: PORDATA (2022)

Assim sendo, Arroteia e Cardoso (2006) consideram que o envelhecimento demográfico é uma consequência do fenómeno amplo e complexo obtido pela “*industrialização-urbanização*” (Arroteia e Cardoso, 2006: 12), com a deslocação de populações de áreas rurais para o litoral, uma vez que procuravam melhores condições. Esta ocorrência deu-se no decurso dos séculos XVIII e XIX, no momento em que se iniciou a revolução industrial que originou também contínuo “êxodo rural”, que é considerado, desde essa altura, um dos fatores constituintes do crescimento das grandes urbanizações.

Não obstante, o que foi referido anteriormente proporcionou novos cenários sociais, económicos e culturais que se identificavam nas sociedades urbanas, que possuíam uma grande variedade étnica e demográfica, mas também existiu uma alteração nos valores dominantes, tais como a vida em comunidade, a solidariedade, divisão do trabalho, o desenvolvimento humano, entre outros (Arroteia & Cardoso, 2006).

De forma a demonstrar os dados que constatarem o envelhecimento demográfico, foi utilizada a plataforma PORDATA onde é possível verificar que Portugal está mais velho. No ano de 1960 existiam 708 569 pessoas com 65 ou mais anos, no ano de 2021 o valor aumentou para 2 424 122 pessoas com 65 ou mais. Já a taxa bruta de nascimentos passou de 24,1% em 1960 para cerca de 7,7% em 2021. Relativamente à esperança média de vida passou de 67,1 anos

em 1970 para 80,7 em 2020. De facto, existe um duplo envelhecimento, por um lado o aumento da população idosa através de uma maior esperança média de vida, por outro lado uma redução da população jovem, devido ao menor número de nascimentos. Tendo como base o relatório “World Population Ageing 2017: Highlights” pode mencionar-se que a população global com 60 ou mais anos foi de 962 milhões em 2017, correspondendo este valor a mais do dobro daquele que fora registada no ano de 1980, uma vez que nesse ano havia 382 milhões de idosos no mundo.

Com o intuito de se verificar a evolução da pirâmide, tendo em conta os dados anteriormente mencionados, foram seleccionadas quatro figuras representativas dos anos de 1960, 1990 e de 2020 e uma previsão para o estado da pirâmide no ano de 2050.

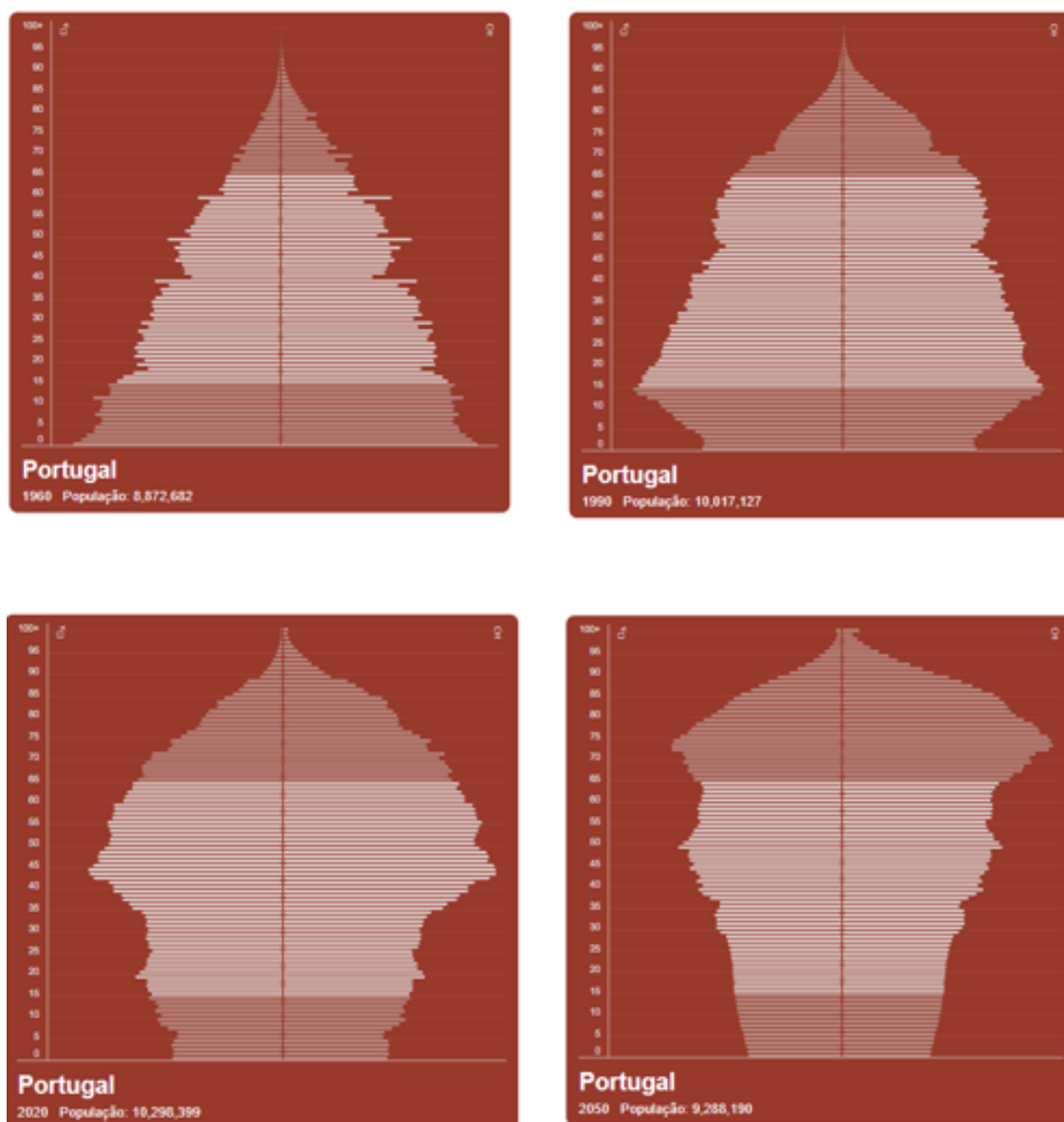


Figura 2 - Pirâmides Etárias de 1960, 1990, 2020 e 2050

Fonte: Population-Pyramid (2022)

Desta forma, é então possível verificar a tal “inversão da pirâmide” que tem vindo a ser tema de debate atual. Porém é também possível observar que é expectável uma diminuição da população em Portugal.

Como já foi referido diversas vezes anteriormente, o aumento da esperança média de vida é uma realidade e neste sentido é necessário ter em linha de conta alguns aspetos. A forma como se envelhece nos dias de hoje é diferente da forma como se envelhecia há uns anos.

Atualmente existem novas preocupações, novas realidades e o facto de se viverem mais anos é também o resultado destas alterações.

2.3. Vamos Envelhecer e Agora? Alterações e Preocupações Emergentes do Séc. XXI

2.3.1. Alterações do estilo de vida

Para se envelhecer de forma saudável é preciso saber viver com qualidade, sendo que para tal é importante ter em conta o estilo de vida individual e social.

Foi a partir dos anos 70 que se passou a dar uma maior importância à necessidade de se alterar comportamentos individuais para estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente ter uma dieta mais equilibrada, praticar exercício físico, controlar o peso corporal e o não consumo de álcool e tabaco. Este período proporcionou mais informação para a aquisição de hábitos saudáveis (Carvalho, 2006). A sociedade atual tem apresentado diversas mudanças metabólicas devido às mudanças no estilo de vida, como hábitos alimentares menos saudáveis, stress causado pela adaptação às grandes cidades, sedentarismo, entre outros. Estes fatores favorecem o surgimento de doenças como obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial sistémica (Jobim & Jobim, 2016).

Vive-se numa era onde a maior causa de mortalidade já não são doenças infecciosas, mas sim doenças crónicas não transmissíveis, sendo que as causas desta alteração são os hábitos alimentares, o stress vivido no dia-a-dia, o baixo nível de atividade física. Uma vida pouco saudável acaba por aumentar a ineficiência metabólica, o que contribui significativamente para a perturbação da homeostasia corporal e lentamente torna as pessoas mais suscetíveis a lesões orgânicas, levando ao desencadeamento de doenças crónicas não transmissíveis (DCNT). Como é evidente, estas mudanças estão associadas à própria idade, bem como resultado da acumulação de danos ao longo da vida, causados principalmente pela interação entre fatores genéticos e hábitos não saudáveis, como uma dieta desequilibrada, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo.

De acordo com diversos estudos há uma relação direta entre os estilos de vida e a saúde, visto que há um aumento de prevalência de doenças crônicas face aos estilos de vida praticados. Num estudo realizado por Poínhos et al., (2009), o fator que mais influencia a saúde é a alimentação, uma vez que existem fatores como o preço dos alimentos, o sabor dos mesmos ou a facilidade/praticidade do consumo de comidas processadas influenciam a qualidade da alimentação.

A prática de exercício físico ao longo da vida é um dos fatores que contribuem para aumentar a expectativa de vida de forma produtiva e independente (Jobim & Jobim, 2016). Diversos estudos comprovam que mudanças nos hábitos podem ser muito eficazes na prevenção e controlo de doenças relacionadas à inatividade física, pois o corpo humano foi criado para ser ativo. Todavia a mecanização, automatização e tecnologia da vida moderna, retiram as pessoas de atividades físicas mais intensas do trabalho e do dia-a-dia, e até mesmo o lazer se tornou passivo. A inatividade tornou-se um fator importante de debilidade, afetando a qualidade de vida e causando morte prematura nas sociedades atuais.

Não obstante, existem ainda características hereditárias que influenciam o aparecimento de doenças crônicas (Cruz et al, 2017; Flores et al., 2016). Estes fatores, para os mais novos podem parecer inofensivos, porém irão afetar a funcionalidade quando chegarem a idades mais avançadas, tornando mais difícil ou até mesmo impedindo a realização de certas atividades do dia-a-dia o que inevitavelmente vai alterar de forma negativa a qualidade de vida (Flores et al, 2016; Leite et. al. 2012). O envelhecimento traz mudanças morfológicas e funcionais que vêm acentuar os problemas de saúde derivados das más escolhas realizadas, principalmente durante a meia-idade.

Para se conseguir alcançar um envelhecimento bem-sucedido é necessário que as chances de ter doenças hereditárias sejam mais baixas, possuir boa capacidade física e cognitiva, e uma vida ativa, através de uma alimentação saudável e equilibrada, exercícios regulares, convívio social, atividades ocupacionais prazerosas e formas de lidar com o stresse. Hábitos prejudiciais como fumar, beber excessivamente e automedicar-se devem ser evitados desde cedo (Jobim & Jobim, 2016).

2.3.2. Avanço da tecnologia

Viver mais tempo está diretamente ligado ao facto de existir melhor educação, melhor saúde, melhor acesso a oportunidades de emprego e, consequentemente, melhores rendimentos, bem como a melhor proteção social. No entanto, a par das maiores oportunidades de desenvolvimento pessoal vêm diversos riscos, nomeadamente os que estão associados à inovação tecnológica e da fragilização de equilíbrios sociais e económicos (Gil & Páscoa, 2019).

Diariamente surgem múltiplas inovações tecnológicas que podem estar relacionadas a hardware, software ou aplicativos de várias marcas, modelos e funções. Estas tecnologias podem fazer com as pessoas idosas tenham mais conforto para realizar tarefas quotidianas. De acordo com um estudo realizado em 2017, 77% dos agregados familiares em Portugal têm ligação à internet em casa, mais três pontos percentuais (p.p.) do que em 2016. Importa referir que a proporção de utilizadores da internet aumentou 4 pontos percentuais, sendo agora superior à percentagem de utilizadores de computador, tendo-se observado um aumento de utilizadores em mobilidade, através de smartphones e tablets, sendo que 79% dos utilizadores da internet fazem-no através destes dispositivos. Não obstante, a proporção de utilizadores de internet diminui drasticamente com o aumento da idade, visto que é utilizada por 99% da população até aos 34 anos e 94% entre os 34 e 45 anos. A partir dos 45 anos, a proporção de utilizadores de internet diminui cerca de 20 p.p. a cada avanço de dez anos. Importa referir que a taxa de utilização de internet é mais elevada quando as pessoas completam o ensino superior (Gil & Páscoa, 2019).

Nos dias de hoje observa-se uma grande dependência por parte da população em relação às novas tecnologias, principalmente os mais jovens. No entanto, também os idosos estão cada vez mais conectados com as redes sociais e com a tecnologia, o que é importante porque estimula variadas conexões cerebrais. Muitos deles utilizam o tempo livre para aprender e praticar contactos virtuais. Antes, os idosos eram vistos como pessoas inativas sem capacidade de fazer muitas atividades, mas a longevidade tem despertado interesses que antes não eram vistos como tal. Com o aumento da expectativa de vida, as pessoas idosas

começam a entender a necessidade de se manter atualizados, úteis e em contato com o mundo cada vez mais avançado no que diz respeito à tecnologia (Filho, 2021).

A interação com a informática pode ser uma ótima maneira de atender às necessidades do quotidiano das pessoas, nomeadamente das pessoas idosas e fazer com que elas dependam cada vez menos de outras pessoas para cuidar dos seus interesses pessoais. O conhecimento e o domínio da informática, mesmo que num patamar mais elementar, pode ajudar os idosos a serem mais independentes e a adquirir novos conhecimentos que os estimulam a ter uma saúde mental melhor. Isso também pode ajudar a resgatar a autoestima, visto que passam a fazer parte de um universo que os conecta com várias gerações de pessoas, fortalecendo os laços familiares e de amizade através de novas formas de relação e interação (Bamberg, 2019 in Filho, 2021).

Apesar da utilização da internet pelas pessoas mais velhas ser menor, existe uma elevada participação desta geração nas universidades seniores que possuem projetos locais de formação na área das tecnologias e no voluntariado social que permite um maior desenvolvimento pessoal, de identidade e de participação na comunidade.

Devido à maior longevidade, surgem impactos ao nível de desenvolvimento económico, científico, tecnológico e cultural. *“O utente/cliente não é só dos serviços de saúde ou de equipamentos e serviços sociais, mas também e cada vez mais da inovação tecnológica, da oferta cultural, dos meios de comunicação, da formação e do desporto”* (Gil & Páscoa, 2019: n.d.). Os “novos utentes” têm potenciado a criação de projetos diferenciados para além dos projetos para a satisfação de necessidades na área da saúde. Desta forma, *“O envelhecimento/oportunidade para a sociedade é indissociável da construção e do acesso ao conhecimento”* (Gil & Páscoa, 2019: n.d.).

Um dos novos paradigmas de modernização originários das novas tecnologias é a *e-health*, que consiste na partilha entre as diferentes instituições e serviços de saúde dos dados e informações de saúde dos cidadãos. No entanto, este paradigma requer uma mudança estrutural profunda ao nível das Escolas e das Universidades, que inclua temas sobre o envelhecimento, a gerontologia e o envelhecimento ativo. Desta maneira, a *e-health* pode

promover “pacientes” mais ou menos informados em “pacientes informados”, incrementando o seu bem-estar e qualidade de vida através da relação entre os pacientes e os profissionais de saúde e as respectivas instituições (Gil & Páscoa, 2019).

2.3.3. Evoluções das redes familiares

Segundo, Correia (2003: 35) “(...) *como consequência [da] modificação da natureza e da intensidade dos laços intergeracionais, assiste-se a uma transferência da obrigação da assistência aos idosos dos filhos para a sociedade*”. Nos últimos anos, são visíveis alterações na composição dos grupos etários da população e também nas estruturas e no funcionamento familiar, o que modifica a configuração e vivência das relações familiares, tendo um grande impacto no processo de envelhecimento.

As relações intergeracionais têm dado valiosos contributos a nível teórico e prático, sendo objeto de diferentes abordagens e em diferentes áreas do conhecimento. Cada vez mais é possível encontrar uma nova dimensão nas relações intergeracionais, onde é possível existirem famílias com quatro ou até mesmo cinco gerações (Ribeirinho & Quaresma, 2016). A família é uma realidade multigeracional uma vez que é constituída por um conjunto de pessoas de diversas idades numa matriz de relações íntimas contribuindo para uma dinâmica interpessoal única, os processos geracionais são essenciais e influenciam cada membro da família durante toda a vida. Desta forma, os laços transgeracionais são fulcrais para a conexão e relação da família (Pinto & Francisco, 2021). Quaresma e Ribeirinho (2016) corroboram o anteriormente mencionado, referindo que os membros mais velhos das famílias podem ter um papel fundamental na dinâmica familiar, pois podem contribuir com ajudas ao nível financeiro, no apoio emocional, nos cuidados aos netos, ao nível do alojamento, na passagem de princípios e valores. Esta população ao ser integrada em redes de interajuda são “*autênticos provedores de cuidados*” (Quaresma & Ribeirinho, 2016: 34).

O novo milénio tem contribuído para novas metodologias de investigação principalmente no âmbito da Psicologia da Família. Não só durante o processo de envelhecimento, mas ao longo de toda a vida, a solidariedade funcional e a solidariedade afetiva são imprescindíveis para o bom funcionamento da família (Pinto & Francisco, 2021). Devido ao aumento da

esperança média de vida, é cada vez mais comum que filhos adultos (na meia-idade) tenham de cuidar dos pais idosos progressivamente mais dependentes e, portanto, é cada vez mais comum a solidariedade funcional, bem como o suporte afetivo e social transmitindo também aos filhos mais novos a importância deste fenómeno (Pinto & Francisco, 2021).

De facto, nos dias de hoje as famílias contemporâneas possuem idosos que continuam a manter um papel socializador, cuidador e de apoio financeiro às gerações mais novas. Cada vez mais o pensamento que os idosos correspondem a pessoas socialmente isoladas ou um peso para a família é mais um mito do que uma verdade. A população idosa pode ajudar as gerações mais novas, nomeadamente quando cuidam dos netos ou prestam apoio emocional.

Por outro lado, os filhos adultos são considerados os pilares da família, uma vez que dão suporte aos pais (quando estes já se encontram mais dependentes) e aos filhos. É por este motivo que estes filhos são considerados a geração sanduíche, visto que se encontram “entalados” numa enorme carga de funções a desempenhar, mais concretamente: a *“responsabilidade da educação dos filhos e as necessidades dos pais idosos”* (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006 in Pereira, Roncom & Carvalho, 2011.)

Apesar de todas as alterações, atualmente, a família ainda é considerada a instituição de apoio mais importante e onde as pessoas idosas têm preferência de receber os cuidados de assistência e ajuda. Em Portugal, os valores culturais da população ainda seguem “esta regra”, isto é, onde a família é solidária com os mais velhos. Normalmente, quando um membro da família necessita de apoio podemos constatar que quem cuida são maioritariamente mulheres, que podem ser filhas, esposas ou noras. Muitas das vezes são também idosas, principalmente quando esta situação ocorre entre casais ou entre irmãos (Arber e Ginn, 1990; José, Wall e Correia, 2002; Grand, 2004; Guberman, 2006; Martín, 2006; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004, Torres et al, 2004 in Romão, Pereira e Gerardo, 2008).

“A necessidade de a família cuidar da pessoa idosa, mais ou menos dependente gera, frequentemente, problemas de stress, de saúde mental, sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação e uma preocupação constante em quem cuida diretamente dela e em todos os outros familiares” (Silva, 2006: 52).

2.3.4. A preocupação relativa à saúde mental

Atualmente, é possível observar-se uma maior preocupação no que concerne à saúde mental, havendo também uma maior consciencialização sobre este tema. Porém, e confirmando o que tem vindo a ser referido ao longo do documento, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2050, 1 em cada 5 pessoas terá mais do que 60 anos (Ferreira, 2021). Desta forma, é ainda mais importante garantir as condições que assegurem e propiciem o bem-estar geral em todas as vertentes, nomeadamente no que diz respeito à saúde mental. Existem quatro perturbações mentais com forte incidência na população, principalmente na população geriátrica: perturbações depressivas, de ansiedade, esquizofrenia e de uso de substâncias psicoativas (Ferreira, 2021).

De facto, os conceitos de saúde e bem-estar são abrangentes e multidimensionais, caracterizados por fatores heterogéneos sendo também por isso difíceis de definir. Porém, de acordo com um estudo de Douma et al. (2017), foram identificados quinze domínios associados ao bem-estar da população geriátrica. Salientam-se os seguintes por ordem decrescente de importância: a vida social, atividades, saúde (física e mental), espaço e lugar (ambiente). Para além destes, foram mencionados também: a independência, a mobilidade, a situação financeira, a crítica social, a situação política, as características pessoais, o estilo de vida, a religião, os cuidados de saúde e apoio, o desenvolvimento pessoal e outros (in Ferreira, 2021). Os primeiros, e mais importantes, domínios referidos devem ser trabalhados desde cedo. Neste sentido, antes de se entrar na velhice já se deve ter uma boa base no que se trata da vida social, sendo pertinente investir na mesma, ter tempo para estar com amigos e família, visto que será importante para a saúde mental e para uma vida ativa a longo prazo.

Não obstante, num outro estudo realizado no âmbito do *European Welfare Models and Mental Wellbeing in Final Years of Life (EMMY) Project*, que tinha como intuito realizar um estudo comparativo interdisciplinar no que diz respeito à avaliação do impacto que diferentes sistemas de previdência social, em quatro países (Finlândia, Noruega, Itália e Espanha), possuem ao nível do bem-estar mental das populações mais velhas. Neste sentido, surgiram quatro dimensões como determinantes de saúde mental e bem-estar, nomeadamente: a nível funcional - cuidados de assistência, saúde física, atividade, energia

e sono reparador, independência; a nível social – envolvimento, interação, rede e apoio social; a nível pessoal: autonomia, atitudes, consciência, ser ativo, intimidade, desenvolvimento pessoal, relaxamento, espiritualidade, estabilidade; e a nível ambiental – sentimento de bem-estar associado a elementos do meio envolvente como som, paisagem natural, clima, segurança, privacidade e liberdade (Lara et al., 2019 in Ferreira, 2021).

Foi possível verificar que, de certa forma, Lara vai ao encontro do que Douma refere reforçando a sua consistência. Desta forma, a nível funcional verifica-se que a capacidade física para a atividade, o estado geral de saúde e o sentimento de estar no controlo da própria vida estão associados ao bem-estar mental. No mesmo âmbito, no que toca ao nível social, tem-se em conta a qualidade da rede social, as interações com amigos e família, a participação em atividades sociais ligadas ao sentimento de utilidade, sentimento de pertença e o estado civil. No que concerne ao nível pessoal, uma maior capacidade de controlo interno, a espiritualidade, o sentimento de prazer nas atividades de vida diária, o alcance de objetivos e a autonomia na capacidade de decisões tem um impacto positivo no bem-estar mental. Por fim, ao nível ambiental, é possível verificar que uma posição socioeconómica inferior e a discriminação pela idade são fatores que influenciam negativamente o bem-estar e a saúde mental. Por outro lado, a possibilidade de estar ligado à natureza influencia positivamente o bem-estar (Ferreira, 2021).

Para além do anteriormente mencionado, existem outros fatores que estão associados ao bem-estar mental, como é o caso da personalidade, uma vez que cada pessoa reage ao processo de envelhecimento de forma diferente. Traços de personalidade que incluam a conscienciosidade, agradabilidade e extroversão têm tendência a relatar menos ansiedade em relação ao envelhecimento. A dieta nutricional é também um fator relevante para o bem-estar, visto que pode prevenir patologias tanto mentais como físicas. Estudos recentes referem que uma dieta mediterrânica, bem como padrões dietéticos como a *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH), a combinação Mediterrânica – DASH *Intervention for Neurodegenerative Delay* (MIND) está associada a uma diminuição do declínio cognitivo, como também a redução da incidência da Doença de Alzheimer (Chen, Maguire, Brodaty O’Leary, 2019 in Ferreira, 2021).

Tendo em conta os fatores que contribuem para uma boa saúde mental e bem-estar, importa compreender quais são os fatores de risco que devem ser evitados desde cedo, com maior ênfase na meia-idade para que o processo de envelhecimento seja mais prazeroso. Para além dos fatores genéticos e hereditários, o estilo de vida é fulcral e, portanto, o consumo de gorduras saturadas, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo de álcool em excesso traz efeitos prejudiciais na saúde mental, aumentando o défice cognitivo e a probabilidade de desenvolvimento de demência. Um outro fator de risco é o nível de escolaridade e o estatuto social, uma vez que existem evidências que um baixo nível de escolaridade e a pertença a uma classe social mais desfavorecida possuem um maior risco do desenvolvimento de demência. Não obstante, ainda num cariz social, a solidão, o isolamento, as participações diminutas na comunidade, entre outros, potenciam a falta de bem-estar mental (Ferreira, 2021). Para além disto, a perda de contactos sociais próximos, as perturbações depressivas, a viuvez, o stress, a insatisfação com o suporte social e isolamento, a ansiedade e a utilização de medicamentos associados a sintomas depressivos (Djernes, 2006 in Ferreira, 2021) são também fatores críticos e que começam a ter incidência desde a meia-idade ou até antes.

De forma a promover um processo de envelhecimento mais feliz e mais saudável é importante que haja uma sensibilização desde cedo para a relevância da saúde mental e física. Assim sendo, existem estratégias a adotar durante a idade adulta (meia-idade) que terão resultados significativos a longo prazo:

- Atividade física;
- Cessação tabágica;
- Intervenção nutricional;
- Cessação ou redução do consumo de álcool;
- Atividade social;
- Controlo ponderal (excesso de peso e obesidade);
- Monitorização da tensão arterial e a diabetes;
- Depressão (através da monitorização e do seguimento de recomendações da Organização Mundial da Saúde);
- Rastreamentos visuais e auditivos (Ferreira, 2021).

Em suma, as gerações jovens atuais estão mais bem preparadas para envelhecer devido aos maiores níveis de educação, mas novos desafios surgem, como o elevado desemprego e o desinvestimento nas áreas importantes para o desenvolvimento humano. Isto tem um impacto negativo na qualidade de vida da população e, consequentemente, no processo de envelhecimento. Estes desafios incluem dificuldades na construção de carreiras, problemas na estrutura familiar e menor acesso à proteção social, o que faz com que as futuras gerações de idosos estejam sujeitas a níveis crescentes de pobreza e precariedade, comprometendo o direito à velhice com dignidade e segurança. As descontinuidades nos percursos profissionais, mais comuns entre as mulheres, têm um impacto negativo na reforma devido às consequências na carreira contributiva. O que leva a um aumento das desigualdades sociais e empobrecimento, o que tem efeitos negativos na saúde e situação social de pessoas mais velhas e tem custos a todos os níveis. Isto também pode comprometer a sustentabilidade dos ganhos de longevidade. Por outro lado, o presente que está a construir o futuro também é caracterizado por um aumento nos movimentos migratórios e uma sociedade intercultural. Esses desafios não serão irrelevantes para questões de envelhecimento, tanto pelo impacto dos fluxos migratórios no envelhecimento demográfico e na dispersão das famílias, o que diminui a capacidade de ajuda entre gerações, quanto pelo envelhecimento de minorias culturais estabelecidas em Portugal, o que exige atenção especial para os seus processos de integração na sociedade portuguesa. Nos dias de hoje existe uma maior variedade nos percursos de vida, o que também indica uma maior diversidade nas vivências da velhice. Além disso, o acesso de grupos populacionais com necessidades específicas às conquistas da longevidade, graças ao avanço do conhecimento e das tecnologias, é outro fator que contribui para a diversidade. Este é o caso de pessoas com deficiências e também de pessoas com demência, que se estima serem entre 90.000 e 100.000, e cuja incidência poderá aumentar significativamente. (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

Por um lado, as preocupações anteriormente referidas têm um grande impacto não só no quotidiano das pessoas de meia-idade, bem como nas pessoas mais velhas, visto que as mesmas provocaram grandes alterações na forma como se envelhece. O maior conhecimento acerca destes conteúdos pode ser um fator positivo para o bom envelhecimento, no entanto, o stress do dia-a-dia, as alterações das redes familiares, entre outras questões podem prejudicar a saúde física e mental. Por outro lado, o facto das pessoas chegarem à idade da

reforma com mais autonomia traz outros desafios, devido à falta de respostas para este grupo populacional, o que pode levar à solidão e isolamento social. Neste sentido, é imprescindível conhecer as políticas públicas no âmbito do envelhecimento, visto que os assistentes sociais intervêm à luz das mesmas e só assim será possível trabalhar desde cedo questões neste âmbito, bem como pensar em novas políticas para assegurar respostas aos novos desafios emergentes.

3. Políticas Públicas para o Envelhecimento

3.1. Desenvolvimento das Políticas Públicas

A política pública pode ser considerada como o conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos, sendo que o principal foco analítico da política pública tem que ver com a identificação do tipo de problema que visa corrigir (Lynn, 1980 in Souza, 2006).

As políticas públicas desenvolvidas nos últimos 30 anos estão baseadas na Constituição de 1976 e nas suas revisões. A Constituição é dividida em quatro partes e os princípios que estabelecem a obrigação do estado de promover políticas públicas para garantir o acesso de todos a serviços de proteção social, saúde e educação são encontrados na parte I, nos artigos 63.º a 79.º. Além disso, a Constituição também estabelece deveres do estado no campo da habitação e do ordenamento do território (Rodrigues e Silva, 2012).

O estudo das políticas públicas pode ter sido iniciado por Platão e Aristóteles, que se dedicavam à análise da política. Entretanto, nos tempos modernos, a expressão "policy analysis" foi introduzida por Laswel em 1936 para designar a relação entre o conhecimento académico e científico e a produção empírica dos governos, bem como a relação entre académicos, grupos de interesse e governos. Lindbloom (1959, 1979) contribuiu significativamente para o estabelecimento do campo de análise das políticas públicas, incluindo a dinâmica das relações de poder e os mecanismos e regras da dinâmica política. John (1999) organiza em cinco grupos as vertentes analíticas nas políticas públicas predominantes: a) vertente institucional; b) a vertente interessada nas formas de atuação e no impacto dos grupos e das redes; c) as abordagens centradas nas condicionantes sociais e económicas no processo de produção das políticas; d) a teoria da escolha racional; e) as abordagens centradas no papel das ideias e do conhecimento. Atualmente, existem várias abordagens e teorias que tentam dar sentido e compreensão à diversidade dos processos de formação e gestão das políticas públicas num mundo cada vez mais incerto e complexo. A interdependência entre os Estados, que aumentou significativamente na segunda metade do século XX como parte do processo de globalização, teve um grande impacto nas políticas públicas. A interdependência aprofundada, o crescimento das redes de interesse e

conhecimento, o aumento da informação e da comunicação têm grande influência nas expectativas e atitudes dos atores e na interação entre o conhecimento e a política (Lemos, 2014).

O termo "welfare state" ou "Estado-providência" surgiu em Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial e foi uma inovação na política social do país. O Estado-providência é um fenómeno de modernização que surgiu com a sociedade industrial e é resultado da diferenciação, desenvolvimento e extensão das sociedades, da mobilização social e política e do desenvolvimento constitucional do Estado. É um Estado que usa o poder organizado para modificar o funcionamento dos mercados, garantindo um rendimento mínimo aos indivíduos e famílias independentemente do valor de sua riqueza, reduzindo a insegurança pessoal e oferecendo serviços sociais a todos os indivíduos. Briggs, 1961 referia que o Estado era organizado em pelo menos três direções: a) garantir aos indivíduos e às famílias um rendimento mínimo independente do valor mercantil da sua riqueza; b) reduzir a insegurança pessoal permitindo aos indivíduos e às famílias enfrentar contingências sociais; c) assegurar a todos os indivíduos a maior disponibilidade possível de serviços sociais, pretendia ainda gerir riscos sociais, redistribuir recursos e fornecer serviços sociais (in Pereirinha, 2008).

As medidas propostas por William Beveridge no relatório "Social Insurance and Allied Services" de 1942 foram a base para os sistemas de segurança social em Inglaterra. Esses sistemas são baseados em quatro princípios: universalidade, unicidade, uniformidade e centralização. Beveridge acreditava que a segurança social deveria ser apenas uma parte de um conjunto de políticas mais amplas visando a luta contra a pobreza e outros problemas sociais, e defendia que a mesma deveria ser resultado da cooperação entre o Estado e o indivíduo, com o Estado assegurando um rendimento mínimo para os indivíduos manterem-se acima da linha da pobreza. Segundo Mozzicafredo (1997), este sistema inglês baseava-se numa lógica nacional e visava libertar os indivíduos da necessidade, garantindo segurança económica (in Bárrios, 2017).

Existem diferentes explicações teóricas para a emergência dos Estados-providência. A teoria do industrialismo argumenta que a industrialização e a urbanização exigiram que o Estado

assumisse o bem-estar dos trabalhadores, levando a um aumento da despesa em áreas sociais. A lógica do capitalismo explica as instituições do Estado-providência como necessárias para criar condições de acumulação de capital. Por outro lado, a abordagem "power resources" vê as variáveis económicas e demográficas como contextuais e afirma que a política do Estado é fortemente influenciada pela distribuição de poder na sociedade civil e no governo (Bárrios 2017).

O Estado-providência é uma forma de intervenção do Estado na proteção social que se expandiu amplamente no mundo ocidental após a Segunda Guerra Mundial. Teorias institucionais históricas e processos de difusão entre países podem explicar sua expansão no século XX (Bárrios, 2017).

3.2. Políticas Públicas dirigidas ao Envelhecimento

A evolução demográfica terá um impacto a longo prazo a diversos níveis, nomeadamente ao nível da política social e económica e, neste sentido, o poder político deve assumi-la como uma questão importante aquando da definição das prioridades e do planeamento estratégico (Audit Commission, 2009 in Faria et al., 2012).

Neste âmbito, o poder local e os atores locais e regionais são fulcrais na capitalização de oportunidades para o envelhecimento ativo e para a promoção da solidariedade entre gerações. Estes atores são quem consegue compreender melhor as necessidades de cada local e responder às especificidades que os desafios demográficos do envelhecimento representam para cada comunidade (Age Platform Europe, 2011 in Faria et al., 2012).

De facto, é visível a importância do envelhecimento junto do poder político (Hudson, 2010). Para tal, é necessário existir uma mudança da construção política face ao envelhecimento e ao potencial que esta faixa etária pode ter.

Até ao século XIX, a velhice era considerada “invisível” e a solidariedade com as pessoas mais velhas era associada aos familiares, estando ligada ao núcleo privado. Este conceito de “velhice invisível” de Guillemard (1980) é uma característica da sociedade onde ser “velho”

é património familiar. De acordo com Fernandes (1997), no início do século XX, o envelhecimento estava ligado à miséria dos operários com idades mais avançadas, e a falta de meios de subsistência próprios ou de meios familiares levavam as situações de pobreza gravíssima. Com as alterações económicas e demográficas significativas, isto é, uma passagem de taxas de mortalidade e natalidade para a existência de um equilíbrio, potenciou um aumento na esperança média de vida. Assim sendo, por esta altura, a questão do envelhecimento deixa de possuir o estatuto de problema restrito ao âmbito familiar e passa a ser considerado um problema social, passando a existir medidas específicas orientadas para o apoio à velhice, mais concretamente como “políticas de velhice”. O mesmo autor define política social de velhice como: “*o conjunto de intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade*” (Fernandes, 1997: 22-23). O envelhecimento, surge na agenda política sobretudo após a II Guerra Mundial, onde ganha maior visibilidade como problema social (Fernandes, 1997). Ao longo do século XX surgiram, então, os sistemas de reforma nos países industrializados, sendo que, dá-se uma “desfamiliarização”, ou seja, houve uma transferência dos encargos das gerações mais velhas no que diz respeito a obrigações por parte da família para mecanismos burocratizados de processos de redistribuição. A sociedade ocidental também sofreu mudanças substanciais ao nível das relações familiares (Fernandes, 1997), como é o caso de Portugal.

Considera-se que a universalização do direito às reformas é um indicativo para o começo de um processo em que a velhice está identificada com o momento de vida marcada pela passagem da etapa de “*trabalho remunerado para o trabalho não remunerado*” (Fernandes, 1997: 140). A reforma pode ver vista como a entrada na última etapa do ciclo da vida. Porém nos dias que correm, a reforma já não é dirigida somente a pessoas que não têm forma de subsistência, mas sim como uma condição de cidadania depois de uma carreira contributiva. Este processo de institucionalização da reforma permitiu à população idosa ter autonomia económica (Fernandes, 1997).

Portugal, tal como os restantes países da Europa tem criado políticas orientadas para as necessidades e desafios que surgem devido ao envelhecimento. Num primeiro momento, estas foram elaboradas pelo Estado (Bárrios, 2017). Todavia, as políticas públicas direcionadas às pessoas idosas têm-se descentralizado e territorializado progressivamente,

numa perspetiva de proximidade, com o intuito de se satisfazer as necessidades desta população (Barbosa, n.d.).

Segundo Capucha (2012)¹ de forma a proteger as famílias e os trabalhadores, os sistemas universais de proteção social foram inspirados em modelos bismarckianos e de forma a proteger o conjunto de cidadãos segundo uma perspetiva beveridgiana, onde estava incluída a questão da velhice.

A nível de políticas direcionadas para o envelhecimento em Portugal, existem algumas características do modelo da Europa do Sul (Bárrios, 2017). O contexto português é conhecido pelo baixo nível de provisão estatal, sendo a proteção dos idosos um encargo da família (Ferrera et al., 2000 in Bárrios, 2017).

De acordo com Bárrios (2017), as origens das medidas relacionadas com as pessoas mais velhas remontam às corporações medievais das Artes e Ofícios, que foram extintas no ano de 1834. Posteriormente houve um aumento do direito e movimento associativo operário com as associações mutualista, sendo que a primeira foi fundada em 1839. Estas eram organizações sem fins lucrativos. No ano de 1901, dá-se a criação da Repartição de Beneficência e o Conselho Superior de Beneficência Pública (Pereirinha, 2008). Posteriormente, em 1919 surge o Ministério do Trabalho, com o intuito de implementar reformas sociais estabilizadoras do ambiente social e do regime republicano, devido aos efeitos da I Guerra Mundial, sendo por esta altura aprovada a legislação dos seguros sociais obrigatórios. Estes seguros pretendiam suprir situações de risco, como é o caso da velhice. São lançadas as bases de previdência no período do Estado Novo com a aprovação das Constituição de 1933 e o Estatuto do Trabalho Nacional (Pereirinha, 2008), de forma a suprir situações de insegurança. No entanto, Fernandes (1997) refere que o Estado se limitava à criação e promoção das instituições para suprir as necessidades de velhice, visto que cabia aos trabalhadores e empregadores o pagamento de quotas mensais para o funcionamento das mesmas. Desta forma, os trabalhadores inscritos nas caixas de previdência tinham as suas reformas asseguradas. De seguida, em 1935 há um crescimento do sistema com a criação da lei de Bases da organização da Previdência Social, sendo que a estrutura de previdência

¹ Capucha (2012) in Bárrios (2017)

estava organizada em três setores: corporativo, privado e público (Pereirinha, 2008). Foi assim possível cobrir riscos sociais clássicos. Mais tarde, nos anos 40 a previdência foi alargada, chegando a mais trabalhadores e o governo passou a ter o poder de criar caixas de reforma. Sendo o abono de família criado em 1942 (Bárrios, 2017).

Foi em 1960 que o envelhecimento da população portuguesa e as políticas de velhice obtiveram atenção do Estado Português na sessão n.º 169 da Assembleia Nacional, a 13 de fevereiro de 1969, através da realização do seminário intitulado “Política para a Terceira Idade”, orientado por Paul Paillat, que tinha como intuito contribuir para a definição das bases de uma política social dirigida às pessoas de idade.

Nos anos setenta dá-se o despertar para as políticas de velhice, em Portugal. O Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, criou o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, do Instituto da Família e Ação Social. Esta medida demonstra uma preocupação nos órgãos de decisão política do Estado Novo. Em 1974, com a instauração da democracia política lutou-se pelo reconhecimento dos direitos cívicos e políticos, dos direitos económicos e sociais, dos direitos à qualidade de vida e ao ambiente. O programa de ação do II Governo Provisório, no mesmo ano contemplou a medida para a criação de unidades residenciais para as pessoas idosas sem família e a remodelação dos antigos “asilos” (Quaresma, 1988).

Foi criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPTI (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88, Diário da República de 23 de abril) que tinha como intuito analisar a situação da população mais velha. Já o Ministério do Emprego e Segurança Social tinha como objetivo a ação social, o apoio técnico às instituições particulares de solidariedade social sem fins lucrativos e fiscalizar o funcionamento dos lares lucrativos dirigidos às pessoas idosas. O anteriormente mencionado foi um passo crucial para a implementação de políticas de velhice em Portugal, dando melhores condições de vida a esta faixa etária. Ainda nos dias de hoje deriva desta resolução o diploma legal que *“estabelece as normas de funcionamento do apoio domiciliário, voluntariado social e ajudantes familiares e o despacho que define as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento de Lares com fins lucrativos”* (Vaz, 2006 in Faria et al., 2012: 74).

Ao longo dos tempos tem surgido medidas para a velhice, a nível internacional, promovidas pela Organização das Nações Unidas, com o intuito de orientar o pensamento e a ação sobre o envelhecimento. Foi em 1991 que as questões relacionadas com os direitos humanos dos idosos foram absorvidas na formulação dos Princípios das Nações Unidas em favor dos idosos, que se baseavam no âmbito da independência, da participação, dos cuidados, da realização pessoal e da dignidade (Organização das Nações Unidas, 2002). A Organização das Nações Unidas (2002) prevê uma participação ativa das pessoas idosas na sociedade e no desenvolvimento, aborda o emprego e o envelhecimento da força de trabalho, o desenvolvimento rural, migração e urbanização, o acesso ao conhecimento, à educação e à capacitação desta população, a solidariedade intergeracional, a erradicação da pobreza, a garantia de rendimentos, proteção social e prevenção da pobreza e a promoção da saúde e bem estar na velhice, onde se enquadra o envelhecimento ativo.

Ainda em 1991, surge o Decreto-Lei nº391/91, de 10 de outubro, que vem definir as pessoas idosas como grupo de risco (Faria et al., 2012). Posteriormente em 1998, através do Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro aprova o Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de maio que aborda o licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social, no âmbito da segurança social, vindo estabelecer as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Todavia, existiram alterações a este último Decreto e em 2012 com Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro, que revoga os anteriores, *“uniformiza a legislação e integra as respostas residenciais para pessoas idosas sob u designação comum”* (Bárrios, 2017: 61).

Através da entrada em vigor da Lei de Bases da Solidariedade e da Segurança Social, em 2001, Lei 17/2000 de 8 de agosto, a proteção social foi reorganizada em três subsistemas: i) de proteção social de cidadania, ii) de proteção à família e iii) previdencial. Sendo que a velhice se enquadra no primeiro e no terceiro (Faria et al., 2012).

Em 2005, é criado o complemento solidário para idosos através do Decreto-Lei n.º 232/2005 de 29 de dezembro. Em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que se cria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Em 2015, na Resolução da Assembleia da República n.º 70/2015 é recomendada a adoção de medidas que promovam os direitos das pessoas mais velhas. Já em 2016, com o Despacho n.º 12427/2016 através da criação de um grupo de trabalho entre vários ministérios para apresentar uma proposta de *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável* (Bárrios, 2017).

De forma resumida, é possível verificar na seguinte tabela sobre a origem do Estado-providência e Políticas de Envelhecimento em Portugal:

Tabela 1 - Origem do Estado-providência e Políticas de Envelhecimento em Portugal

Até 1834	Corporações medievais das Artes e Ofícios
Desde 1839	Associações Mutualistas
1901	Repartição de Beneficência e o Conselho Superior de Beneficência Pública
1919	1ª República - Ministério do Trabalho
1933	Estado Novo - Constituição de 1933 e o Estatuto do Trabalho Nacional
1935	Lei de Bases da Organização da Previdência Social
1940s	Alargamento da Previdência; o governo passa a poder criar caixas de reforma/previdência; criação de serviços médicos e sociais
1942	Abono de família
1962	Lei n.º 2115 - Regime Geral de Segurança Social
1969	Preenchimento de lacunas de proteção social
1970s	Despertar em Portugal para as políticas de envelhecimento
1974	Consolidação e alargamento de direitos civis, políticos e sociais. Pensão social para todas as pessoas 65+ inválidas
1976	Constituição 1976: Condições para a universalização do direito a uma reforma de velhice
1979	Grupo de trabalho para caracterizar a situação da população idosa e propor uma política para este grupo social. Sistema Nacional de Saúde universal e gratuito
1984	Lei de Bases da Segurança Social
1988	Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI)
1991	Parâmetros famílias de acolhimento de idosos e adultos com deficiência
1998	Condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos
2001	Lei de Bases da Solidariedade e da Segurança Social
2005	Complemento Solidário para Idosos
2006	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCTI)
2014	Registo Nacional do Testamento Vital
2015	Delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais

Fonte: Bárrios (2017)

Posto isto, e após verificar a evolução das políticas ao nível do envelhecimento é possível identificar a preocupação crescente no âmbito da preparação de um envelhecimento ativo e saudável sendo que para a concretização do anteriormente referido é necessário sensibilizar as gerações mais novas, nomeadamente quem se encontra na meia-idade para se conseguir alcançar o tal envelhecimento saudável. Nesta perspetiva, o papel do Serviço Social poderá ter um impacto significativo neste processo, visto que a sua intervenção também deve ter um cariz preventivo. Assim sendo o próximo subcapítulo é destinado a este tema com o intuito de se verificar a importância do mesmo para o bem-estar da população, tendo como foco a *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*.

3.3. Envelhecimento Ativo e Saudável

O processo de envelhecimento humano necessita de uma especial atenção por parte das Ciências da Saúde, visto que é cada vez mais longo e, por norma, acompanhado por alterações fisiológicas e biológicas associados a processos degenerativos (Martins et al., 2018; Loureiro et al., 2021 in Martins et al, 2021).

Desde os anos 90 que a Organização Mundial da Saúde tem vindo a referir várias recomendações com o intuito de responder aos desafios do envelhecimento populacional. A OMS entende o Envelhecimento Ativo como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Em relação à saúde apresenta como finalidade manter os fatores de risco baixos e, em contrapartida, os fatores de proteção elevados, visto que só dessa forma será possível que exista uma maior qualidade e “quantidade” de vida. No que respeita à participação, apresenta como objetivo o apoio à participação, de uma forma integral, em atividades socioeconómicas, culturais e espirituais, fazendo com que os idosos, independentemente da sua idade, contribuam para a sociedade. Por fim, no que diz respeito à segurança, esta requer uma intervenção política na segurança social, física e financeira, assegurando, assim, a proteção, a dignidade e a assistência aos idosos, sobretudo, quando estes já não o podem fazer (OMS, 2002).

O termo “ativo” tem que ver com a participação continua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, assim sendo, vai muito além de ser ativo profissionalmente. Desta forma o envelhecimento ativo é considerado como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, melhorando a qualidade de vida da população à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002).

Por sua vez, o envelhecimento ativo pode estar associado a estratégias políticas, globais e de respostas aos desafios multidimensionais. Assim sendo, “*o envelhecimento ativo serve de abrigo conveniente para uma grande variedade de discursos políticos e iniciativas relativas às alterações demográficas*” (Walker 2009:75).

Não obstante, é de salientar que as questões relacionadas com a saúde têm um papel fundamental no envelhecimento ativo, porém a promoção do envelhecimento ativo não se deve restringir à promoção de comportamentos saudáveis, visto que é elementar considerar os fatores ambientais e pessoais, bem como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes (OMS, 2002). Para além do anteriormente mencionado, a família e a sociedade têm responsabilidade na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013 in SNS, 2017). Todavia, importa salientar que conceitos como autonomia, independência, expectativa de qualidade de vida saudável e qualidade de vida são imprescindíveis quando se aborda o envelhecimento tanto nos dias de hoje, bem como no futuro. Assim, entende-se por autonomia quando uma determinada pessoa apresenta controlo individual sobre a sua vida e apresenta uma inalienável capacidade de decisão. Já a independência relaciona-se com a capacidade que o idoso tem sobre as suas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, isto é, a capacidade que o mesmo tem em cuidar de si próprio, na manutenção básica do seu corpo, entre outros, que se consideram essenciais à vida diária (Rodrigues, 2013).

A qualidade de vida está diretamente relacionada com o envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013 in SNS, 2017). Devido a isto, existem três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida quando se trata de pessoas idosas: o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integrações sociais. Estas componentes podem ser afetadas com situações que

decorrem ao longo da vida, como é o caso da reforma, a perda de um emprego, divórcio, viuvez, problemas de saúde, entre outros (Zaidi, 2014 in SNS, 2017).

No que concerne ao conceito de “envelhecimento saudável”, este refere-se “*ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio*” (SNS, 2017: 9). Este conceito pretende alcançar o bem-estar, que contempla todas as componentes da vida que são valorizadas por cada pessoa. Desta forma, o envelhecimento saudável diz respeito aos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades dadas pela sociedade para que as pessoas idosas possam manter a sua funcionalidade e para que possam vivenciar aquilo que dão valor (World Health Organization, 2015 in SNS, 2017).

Tendo em conta a necessidade emergente de se potenciar um envelhecimento mais eficaz, de maneira que as pessoas tenham mais autonomia, é necessário preparar este envelhecimento e sobretudo consciencializar as pessoas mais novas que se encontram na geração imediatamente anterior, mais concretamente na meia-idade, onde a intervenção do Serviço Social é fundamental. Assim sendo, e devido ao facto de Portugal ser um dos Países, do contexto europeu, onde o processo de envelhecimento demográfico tem sido mais rápido e mais acentuado foi necessário criar m grupo de trabalho interministerial para apresentar uma Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, através do Despacho nº12427/2016 de 17 de outubro.

Portugal enfrenta um desafio duplo: o aumento da população idosa e o facto de que essas pessoas ainda não têm o nível de saúde e bem-estar desejável, o que se reflete em altos índices de dependência para o cuidado pessoal. Para enfrentar esses desafios, Portugal adotou a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e as Propostas de Ação da União Europeia para promover o envelhecimento ativo e saudável e a solidariedade entre gerações através da Decisão n.º 940/2011/EU, aprovada pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho em 14 de setembro. Portugal comprometeu-se a desenvolver e implementar uma nova estratégia nacional que se concentre em promover a saúde em todas as políticas, enfatizando a necessidade de uma abordagem intersectorial. O objetivo da nova

Estratégia Nacional é promover a atividade e a saúde de todas as pessoas idosas, ao mesmo tempo em que garante a sustentabilidade dos sistemas de apoio. A mesma também reflete a necessidade de ação coordenada e políticas transversais, bem como estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade. A finalidade da estratégia do Governo é tornar o envelhecimento ativo e saudável uma realidade e não apenas uma visão, superando barreiras e estereótipos para melhorar a qualidade de vida dos idosos e garantir a sua participação e segurança. Para isso, é necessária uma intervenção contínua no panorama socioeconómico para combater a exclusão social dos cidadãos idosos e tornar o envelhecimento uma experiência positiva. Faziam parte deste grupo de trabalho os Ministros das Finanças, Adjunto, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, que determinaram os seguintes objetivos: a) Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações; b) Promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável; c) Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida dos idosos. (DRE, 2016).

É possível concluir que o envelhecimento ativo é uma tónica da promoção da autonomia e que sustenta dois princípios. Por um lado, a prevenção do isolamento social² e na solidão³ das pessoas idosas e, por outro lado tem como objetivo *“aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que se encontram neste processo”* (OMS, 2005:13).

Em suma, uma política de envelhecimento ativo envolve o fortalecimento e a adaptação das políticas sociais para lidar com os desafios de uma vida adulta mais longa, incluindo os que estão relacionados com novas fases da vida. Isso requer incluir o envelhecimento na agenda

² O **isolamento social** diz respeito a *“um estado em que o indivíduo carece de sentimento de pertença social, carece de envolvimento com os outros e tem um número mínimo de contactos sociais que não proporcionam relações de qualidade”* (Nicholson, 2009: 1346). pode ser considerado um fenómeno comum e particular das grandes cidades, podendo ser considerado uma consequência da modernidade. É pertinente referir que o isolamento social não perturba só a pessoa idosa de uma forma eremítica, visto que atinge a sociedade com um todo e, devido a isto, este tema deve ser considerado na política social atual (Dieguez, 2020).

³ A **Solidão** pode ser definida como *“uma percepção, uma situação vivenciada pelo indivíduo em que existe uma falta injustificada ou inadmissível na qualidade de certos relacionamentos”* (Dieguez, 2020: 11). Pode incluir momentos em que o número de relacionamentos seja menor do que aquele que é desejável ou admissível. Importa salientar que as pessoas socialmente isoladas não são necessariamente solitárias e pessoas solitárias não são necessariamente socialmente isoladas (De Jong et al., 2006).

de cada política setorial. A velhice, que ocorre na última fase da vida, é o resultado de toda uma vida e essa vida é também influenciada pelo nível e qualidade de desenvolvimento da sociedade.

3.4. Respostas Sociais Existentes em Portugal para o Envelhecimento

Tendo em conta o panorama atual, importa referir que existem respostas para a população idosa, no entanto, as mesmas mantêm-se praticamente estanques desde o momento da sua criação. Estas respostas são:

- **Equipamentos Residenciais para Idosos (ERPI)**, que se constituem:

“como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia” (Segurança Social, 2019:2).

- **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):**

“é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social”, visa a “a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (SNS, 2019).

Esta divide-se em Unidade de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação, de Longa Duração e Manutenção e Cuidados Paliativos. Está ainda aqui presente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), tal como o nome indica, é uma equipa que realiza os cuidados necessários no domicílio, mas para que isto aconteça o idoso tem de ter critério clínico e ser referenciado durante o internamento. Isto contribui para a continuidade de cuidados e melhora a qualidade de vida do doente, uma vez que este recebesse os cuidados sem ter de se deslocar (SNS, 2019).

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** que diz respeito a:

“uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária” (Bonfim & Veiga, 1996: 7);

- **Centro de Dia** que corresponde a:

“uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento” (Segurança Social, n.d.:1)

- **Centro de Convívio:**

“Resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade” (Segurança Social, n.d.)

- **Centro de Noite** passa por uma:

“Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite” (Segurança Social, n.d.)

- **Academia Sénior:**

Em 1976, foi criada em Lisboa a primeira instituição educacional para idosos, seguindo o modelo inglês sem fins lucrativos e enfatizando a aprendizagem informal. É dirigido para pessoas com mais idades para aprimorar os seus conhecimentos e habilidades em diversas áreas. A maioria das instituições estão localizadas nas áreas urbanas e costeiras

do país. Apesar dos distritos do interior do país serem considerados os mais envelhecidos, o seu número reduzido de universidades seniores é um fenómeno paradoxal que pode ser alvo de investigação em estudos futuros. Há 17.481 alunos matriculados em universidades seniores em Portugal, sendo que a maioria é composta por mulheres (78%) e 22% por homens. A maioria dos alunos (52%) está na faixa etária entre 60 e 69 anos. Pessoas com cerca de 50 anos também procuram essas instituições, não apenas aquelas com 65 anos ou mais. As universidades seniores possuem um papel importante durante a adaptação à nova fase da vida. As academias seniores são uma forma de promover a inclusão social, o envelhecimento ativo e a valorização da sabedoria e experiência das pessoas idosas na sociedade (Machado & Medina, 2012).

As respostas apresentadas têm vindo a ser uma mais-valia para a qualidade de vida das pessoas idosas, para promover o bem-estar, bem como para o descanso dos respetivos familiares, quando estes já não conseguem fornecer os cuidados necessários. Todavia, a adequação das respostas sociais para a velhice em Portugal às necessidades dos idosos pode variar dependendo de vários fatores, incluindo a qualidade dos serviços, a disponibilidade de recursos, a acessibilidade geográfica e a evolução das necessidades da população idosa. Torna-se imperativo que o país continue a ajustar e aprimorar essas soluções para atender às crescentes necessidades e demandas dos idosos.

Em resumo, as respostas sociais desempenham um papel crucial na garantia de que os idosos em Portugal possam envelhecer com dignidade, desfrutar de qualidade de vida e participar ativamente na sociedade. No entanto, é fundamental manter esforços constantes para assegurar que esses serviços sejam eficazes, acessíveis e abrangentes, de modo a atender às diversas necessidades da população idosa do país.

4. Serviço Social e a Otimização do Envelhecimento

4.1. Serviço Social como Profissão de Intervenção Social no Envelhecimento

A sociedade moderna reflete uma realidade social e cultural nova, complexa e desafiante, caracterizada por hedonismo, perda de laços sociais, familiares e de identidade, aumento da desigualdade e exclusão social, e um cenário de crise económica e financeira. Neste contexto, os agentes políticos, sociais e familiares devem atuar e o envelhecimento ativo emerge como uma questão importante (Fralda, 2014).

De acordo com a Associação dos Profissionais de Serviço Social, o Serviço Social define-se como:

“uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a proteção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as Pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social” (APSS, 2018: 5).

O Serviço Social é entendido a partir das suas raízes filosóficas e ideológicas, assim como pela sua base nas ciências sociais e humanas e pela sua aplicação prática. É geralmente dividido em dois aspetos: um aspeto material, relacionado com o conhecimento sobre o Serviço Social e a sociedade, e um aspeto formal, relacionado com o conhecimento adquirido através da prática profissional e as políticas e problemas enfrentados (Aristu, 2004; Garcia (coord), 2006 in Carvalho, 2011).

Internacionalmente, é amplamente aceite que o Serviço Social tem como objetivo promover a mudança, sendo uma ação contínua de adaptação e readequação às questões quotidianas. Indivíduos e organizações trabalham juntos e definem estratégias para resolver problemas a cada momento. O Serviço Social está estreitamente relacionado com os direitos humanos, bem-estar e desenvolvimento pessoal e social. Mais do que uma ideia em desenvolvimento,

é uma realidade associada a práticas humanistas e compreensivas (Payne, 2011 in Carvalho 2011). O princípio da autodeterminação e da justiça social são fundamentais no trabalho do Serviço Social e fazem parte da sua essência. Estes influenciam os fundamentos teóricos e na prática significa defender os direitos, a autonomia e a participação das pessoas, bem como desafiar a desigualdade e promover a coesão social, valorizando as pessoas independentemente de sua posição social (Carvalho, 2011).

Os assistentes sociais exercem a sua profissão em organizações estruturais do governo central e local, bem como em redes sociais e organizações da sociedade civil. Os profissionais estabelecem relações de ajuda e interação com as pessoas considerando o ambiente (Payne, 2006 in Carvalho, 2011). No campo das políticas sociais, desempenham atividades de conceção, mobilização, desenvolvimento social e ação direta junto das comunidades.

Dessa forma, a intervenção dos assistentes sociais na área da política é resultado de uma convergência entre os fundamentos teóricos e a sua aplicação prática, que resulta em uma interação entre conceções teóricas, problemas e gerenciamento de políticas públicas e sociais (interagindo entre o ambiente e os indivíduos) (Carvalho, 2011).

4.1.1. O Papel do Serviço Social no Envelhecimento

Não só em Portugal, mas também no resto do mundo, o envelhecimento das sociedades é comumente visto como algo negativo existindo a percepção de que uma sociedade envelhecida pode ser considerada como um fardo. Isto tem provocado enormes desafios para os assistentes sociais (Lloyd & Sullivan, 2018).

Os assistentes sociais desde o início da sua atuação que trabalham em diversos contextos, em diferentes âmbitos, diferentes problemáticas e diferentes pessoas. Relativamente ao envelhecimento pode considerar-se que a intervenção do Serviço Social já estava presente aquando da intervenção das pioneiras Mary Richmond e Jane Addams. Porém, nos dias de hoje emergem novas temáticas onde é necessário repensar a intervenção (Ribeirinho, 2013).

A atuação do assistente social alicerça-se em diferentes modelos e abordagens, permitindo uma intervenção adequada face às necessidades da sociedade. Quando se trata do envelhecimento é pertinente estabelecer uma relação de ajuda que seja centrada na pessoa. Este modelo procura promover uma intervenção que tenha o indivíduo e o ambiente em que o mesmo se encontra como foco, através das suas etapas de desenvolvimento (Maria, 2016). Não obstante, a abordagem sistémica também se revela pertinente quando se aborda esta temática, devido à complexidade da mesma, uma vez que na perspetiva da teoria dos sistemas, as pessoas estão todas conectadas e interdependentes dos sistemas a que pertencem, como é caso da família, do trabalho, religião, comunidade, entre outros (Ranquet, 1996). Por outras palavras, o modelo sistémico é caracterizado pelo tipo de relações com os restantes elementos do sistema e não pela sua composição. De acordo com Caparrós (1998), enquanto anteriormente se via a patologia como um conflito interno do indivíduo, agora enfatiza-se que os problemas estão relacionados com os conflitos entre relações. Assim, qualquer problema é visto como sendo imerso nas inter-relações entre diferentes sistemas, muitas vezes devido à falta de comunicação entre os mesmos, colocando em risco o funcionamento do sistema como um todo. Esta abordagem holística deverá envolver diferentes sistemas, relacionado as necessidades do indivíduo e sua história, dos quais: o sistema-interventor, no qual o indivíduo age de forma ativa e se define como um recurso para resolver seus problemas, e a interação, entendida como fundamental na intervenção social. A interação envolve uma relação complexa entre o assistente social e a pessoa, com base na identificação e hierarquização de necessidades e recursos para resolver problemas. Além disso, o assistente social também interage com outras pessoas, como outros profissionais e indivíduos relacionados ao utente. A sua influência e metodologia são afetadas por essas interações, visando uma mudança positiva para o pleno desenvolvimento e realização dos indivíduos (Núncio, 2010).

Para além do anteriormente mencionado, o assistente social deve intervir ao nível do bem-estar físico, psicológico e social das pessoas idosas. O Serviço Social no campo da proteção ao idoso tem como objetivos fortalecer os laços familiares, favorecer as relações com instituições e comunidade, promover a independência pessoal e autoestima dos idosos, e combater o isolamento e passividade. Concretamente, o assistente social trabalha em grupos para cultivar sentimentos de esperança e habilidades para resolver problemas, alcançando

objetivos específicos com cada idoso integrado no grupo. A sua atuação é focada em duas áreas: prevenção e melhoria das habilidades visadas pela dinâmica do grupo. Os princípios que orientam a intervenção profissional incluem: facilitar o acesso a recursos sociais, garantir bem-estar integral considerando aspetos como informações sobre recursos sociais, estudo da residência, planos de reabilitação, oportunidades de lazer e criação de grupos de autoajuda. Além disso, procura-se promover exercícios físicos, responder às necessidades básicas, fomentar a manutenção e higiene pessoal, e proporcionar a prática de convicções religiosas ou políticas. É também importante favorecer a capacidade de aprendizagem das pessoas, já que a vida tem se prolongado e é necessário estimular os seus interesses e capacidade de raciocínio para garantir a qualidade de vida (García e Peláez, 2006).

Assim sendo, pode-se afirmar que

“(...) o Serviço Social gerontológico é o conjunto de contribuições científicas, profissionais, docente e de formação próprios da disciplina, destinadas a conhecer e transformar as necessidades sociais das pessoas idosas, a análise e melhoria do sistema de bem-estar social e a configuração das políticas sociais direcionadas à velhice” (Ribeirinho, 2013: 179).

De facto, face ao exposto ao longo da presente dissertação, o aumento do número de pessoas idosas e o aumento das necessidades e desafios que emergem desta situação, representam um aumento de trabalho para os assistentes sociais. O Serviço Social deverá acompanhar a evolução da sociedade para que possa responder de forma adequada.

Existem princípios do Serviço Social que devem ser respeitados quando existe uma intervenção com pessoas idosas, nomeadamente: a valorização da pessoa, integração na construção do seu próprio projeto de vida, respeito pelas suas crenças, orientações, desejos e objetivos; ter como base o segredo profissional e a confidencialidade; ser transparente na transmissão de direitos e deveres; cada situação é única e deve ser avaliada individualmente para a construção de um plano de cuidados personalizados, sendo que este plano deve ter como intuito proporcionar uma maior qualidade de vida, mantendo a autonomia da pessoa o melhor possível, garantido a autoestima e a dignidade; os serviços devem organizar-se para adequar a intervenção às necessidades específicas; e os profissionais devem ter em linha de conta a rede informal da pessoa idosa (Ribeirinho, 2013). De facto, *“o principal objetivo da*

intervenção social gerontológica é conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, para o bem-estar deste grupo populacional através de um sistema global de ações” (Ribeirinho, 2013:182).

A nível da gerontologia, os assistentes sociais podem trabalhar em diferentes setores: particular, cooperativo, social e empresarial. As funções desenvolvidas passam pela informação, investigação, prevenção, assistência, promoção, mediação, planificação, direção, avaliação, docência e supervisão (Ribeirinho, 2013).

O assistente social procura diagnosticar e analisar as necessidades sociais, focando-se em diversos âmbitos e envolvendo a pessoa idosa, motivando-a à participação, de forma a ser protagonista da sua própria intervenção. A intervenção com esta população pode realizar-se a três níveis: individual, grupal e comunitário. E pode ter quatro tipos de intervenções diretas: preventivas; promocionais; assistenciais; e reabilitadoras. Para tal, o assistente social gerontológico deve possuir:

“um saber, um saber-ser/estar e um saber-fazer sólido, teórico e prático, e, não menos importante, alguma criatividade que lhe permita agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos, (...), é lhe requerida a capacidade de diálogo com os diferentes agentes envolvidos na prestação dos cuidados, e capacidade de encontrar soluções ajustadas a cada utente e sua família, através de uma efetiva capacidade relacional” (Ribeirinho, 2013: 198-199).

Para além do anteriormente mencionado, os profissionais de Serviço Social que trabalham com pessoas idosas devem ter certas características, nomeadamente ser discretos, para que as pessoas se sintam seguras e confortáveis para conversar, e realizar escuta ativa, devem ser recetivos e flexíveis, bem como organizados, de forma a ajudar a pessoa idosa a organizar a própria vida (como por exemplo: marcação de consultas e exames, preparação de atividades sociais, entre outros).

O Serviço Social tem uma estreita relação com as teorias do desenvolvimento social, direitos humanos e dignidade, e melhoria das capacidades dos indivíduos. Isso significa que os indivíduos têm um papel importante na ação, tendo em conta suas capacidades,

independentemente da situação vulnerável em que se encontram. Isso implica mais do que apenas seguir princípios, mas também leva a ações concretas. Num contexto de crise global e de crise de legitimidade e financeira do Estado, o investimento em políticas sociais é questionado no que diz respeito à defesa dos direitos dos cidadãos. Nos dias de hoje, as políticas sociais estão realmente centradas nos indivíduos, mas como clientes e consumidores de serviços, e não como titulares de direitos e utentes de serviços. Essa abordagem prática faz toda a diferença quando se trata de otimizar o envelhecimento ativo (Carvalho, 2011).

Carvalho (2011), refere que tem sido neste âmbito que os assistentes sociais têm realizado a sua intervenção, ou seja, a realizar a gestão do envelhecimento num ambiente onde as necessidades são cada vez maiores, onde os orçamentos são limitados, seguindo cada vez mais *guidelines* viradas para a avaliação da intervenção realizada. Esta intervenção é designada de *accountability* na língua inglesa (Adams, et. al (Ed) 2009; Dominelli, 2004). Intervenções controladas por diretrizes institucionais e orçamentos limitados, levam à seleção das necessidades baseadas nas possibilidades das organizações, e não nas expectativas dos indivíduos. Isto aumenta as desigualdades e coloca em risco a justiça social e a coesão social (in Carvalho, 2011).

Ainda na mesma linha de pensamento, de acordo com Carvalho (2011), para o Serviço Social a preocupação relativa ao envelhecimento passa pela questão demográfica, social e política. Segundo a mesma autora citando Phillipson (2002:58), o que interessa realmente diz respeito ao aumento das pessoas muito idosas, visto que se encontram mais vulneráveis a problemas sociais e de saúde que estão ligadas ao risco de pobreza, solidão, isolamento, necessidade de cuidados de diferentes níveis, ao idadismo⁴, questões de violência, pressão devido à sustentabilidade dos sistemas de proteção social e de saúde.

O Serviço Social tem tido também um papel relevante e uma preocupação constante no que toca à necessidade de apoio ao cuidador informal, tendo em linha de conta o pouco investimento nos recursos formais, nomeadamente nos cuidados continuados integrados, nas

⁴ Idadismo (ou ageism em inglês), surgiu no ano de 1969 através de Robert Butlerem, e refere-se à discriminação contra pessoas baseada na idade (Marques, 2011)

residências, no apoio domiciliário, entre outros. O cuidador informal, mais concretamente as famílias (por norma), passam a ter um papel fulcral durante este período. No entanto, isto acarreta consequências devido à complexidade dos cuidados, tornando-se pertinente trabalhar com este grupo de pessoas. As políticas neste âmbito têm dado respostas ao nível da formação, informação e algum apoio às famílias que cuidam, porém, este apoio é escasso e de difícil acesso (Carvalho, 2011).

Já não é de agora que os assistentes sociais intervêm na gestão e organização de recursos sociais, bem como no estabelecimento de relações de ajuda entre famílias de pessoas idosas e as próprias pessoas idosas (Carvalho, 2011). A relação de ajuda na gerontologia é fulcral, uma vez que diz respeito a uma ligação imensa entre o utente e o profissional, estabelecendo-se numa visão de desenvolvimento e crescimento, sendo que o intuito final é sempre *“ajudar o cliente a restabelecer e a manter a sua autonomia”* (Berger, 1995: 22). De facto, os profissionais de Serviço Social trabalham no âmbito das políticas sociais, contribuindo também para a concretização das mesmas. Os Planos Nacionais de Ação para a Inclusão (PNAI) têm-se constituído como o local onde as políticas de integração social e de proteção das pessoas idosas são sistematizadas (Carvalho, 2011). Face a um contexto onde instituições que possuem valências para idosos estão a passar por uma crise, surgem questões complexas para a intervenção do Serviço Social, nomeadamente:

“O que fazer? Como desenvolver respostas com qualidade fundamentadas nos direitos humanos e sociais? Como promover as expectativas e otimização das competências das pessoas idosas? Como proteger as pessoas idosas? Como apoiar /formar/apoiar as famílias cuidadoras? Como proporcionar a melhoria da prestação dos cuidados e melhorar a formação dos colaboradores? Tendo em conta as dificuldades como motivar os colaboradores para a prestação de cuidados? Como integrar outros profissionais para responder aos problemas atuais? Como otimizar recursos escassos num quadro de necessidades crescentes?

Como promover a cidadania dos idosos? Como desafiar os direitos negativos no caso dos idosos mais vulneráveis? Como promover a justiça social? Como fazer isto?” (Carvalho, 2011: 57).

Os profissionais deparam-se diariamente com estas questões, colocando-os em situações delicadas e em dilemas éticos. Todavia, é necessário para a profissão “*pensar e agir no sentido de defender os interesses dos clientes, implicando renovar o compromisso do serviço social para com as pessoas, fundado no humanismo proativo*” (Carvalho, 2011: 57).

A sociedade tende a possuir poucos lugares funcionais para as pessoas mais velhas, tendo sido criados poucos papéis aceitáveis para as pessoas idosas. Observa-se que os recursos existentes funcionam para ajudar estas pessoas a lidar com o fim da vida, sendo inadequados, uma vez que existem poucas respostas/formas para que estas possam aproveitar as experiências que adquiriram ao longo da sua vida (Brearley, 1975).

O assistente social ao trabalhar com pessoas idosas deve recorrer a diversas habilidades para responder às necessidades que os mesmos apresentam. Uma necessidade comum entre esta população está relacionada com perdas. Porém, cada pessoa apresenta as suas próprias necessidades e individualidades, sendo pertinente adequar cada intervenção (Brearley, 1975). A abordagem utilizada para cuidar de pessoas idosas está relacionada com a suposição que todos têm o direito de permanecer independentes. Todavia, esta premissa nem sempre é clara. Na maioria das vezes parece estar relacionada com permanecer em casa o maior tempo possível. No entanto, a pessoa pode estar em casa e necessitar de apoio para realizar todas as tarefas, assim sendo uma pessoa que resida num lar, mas que consiga realizar as suas atividades de vida diária e sair para ir à igreja todas as semanas poderá desfrutar mais da sua independência. Uma palavra mais adequada do que independência seria a individualidade, pois a pessoa idosa tem o direito à sua autodeterminação, de maneira que os seus desejos e necessidades sejam assegurados e também tenham direito à dignidade e respeito. Um dos objetivos do Serviço Social no contexto do envelhecimento é promover o reconhecimento da capacidade contínua de crescimento e transformação durante esta fase da vida. Para facilitar este processo, é fundamental aceitar a mudança como algo constante. Neste sentido, a satisfação na velhice depende, em grande parte, da aceitação das experiências vividas no passado. Portanto, a intervenção visa integrar não apenas o passado, mas também o presente e o futuro. Além disso, o envolvimento da família e da comunidade desempenha um papel significativo, pois os desafios enfrentados pela pessoa idosa muitas vezes estão relacionados ao seu ambiente social e familiar (Brearley, 1975).

Desta forma, o papel do Serviço Social é imprescindível desde cedo e não apenas no envelhecimento, já que a intervenção de um assistente social deve ser também de prevenção. Isto porque para um bom envelhecimento é muito importante ter tido acesso à educação, a formação durante a vida, a cuidados de saúde e a proteção social. Neste âmbito, as políticas sociais são fulcrais para o processo de desenvolvimento humano, principalmente nas sociedades modernas onde se assiste a questões mais complexas e riscos associados. O assistente social, com o contributo das políticas sociais, incide o seu trabalho ao nível da:

“(...) garantia de rendimentos, (preventiva e contrária a processos de empobrecimento), na promoção de bons níveis de saúde, nomeadamente pelo investimento na prevenção das doenças crónicas e das incapacidades, na oferta de formação ao longo da vida, bem como na participação e valorização das capacidades e potencialidades das pessoas em situação de pré e pós-reforma, potenciando a capacidade de projetar o futuro em fases mais avançadas do ciclo de vida” (Quaresma e Ribeirinho, 2016: 39).

As políticas de envelhecimento desempenham um papel importante na prevenção da precariedade na velhice, incluindo autonomia financeira, saúde e bem-estar social. A prevenção deve abordar tanto os riscos antigos como os novos e visar construir uma sociedade que promova o desenvolvimento humano, sendo fundamental para um envelhecimento saudável. Fatores como rendimentos precários ao longo da vida, falta de qualificação, falta de prevenção de doenças crónicas e incapacitantes e a falta de apoio social podem levar a uma velhice com alto risco de dependência. Não obstante, o mais provável nas próximas décadas é encontrarmos uma realidade onde o pós-reforma será marcado pelos efeitos negativos da descontinuidade dos percursos profissionais na qualidade de vida e própria condição de vida, assim como condições de velhice onde predominam situações de complexidades crescentes e uma necessidade de atendimento precoce (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

Posto isto, além de investir nas políticas de envelhecimento como medidas preventivas, é necessário também aumentar esforços nas políticas de proteção da velhice. Isto será necessário para garantir a inserção social de cada pessoa durante a última etapa da vida, fornecendo os cuidados necessários, apropriados e no momento certo para lidar com

problemas específicos ou simplesmente situações de maior fragilidade física, mental, emocional e/ou social (Ribeirinho, 2013).

4.2. Um Novo Modelo de Envelhecimento – *Ageing in Place*

Cerca de 90% das pessoas com 65 anos ou mais na Alemanha, França, Finlândia e Estados Unidos vivem de forma independente nas suas próprias casas, enquanto na Holanda essa percentagem é ainda maior, chegando aos 95%. Já países como Chipre, Espanha, Portugal e Estónia apresentam percentagens particularmente baixas, com os idosos a viver mais frequentemente em agregados familiares comuns, juntamente com seus filhos. Além disso, ocorreram mudanças na expectativa de vida, casamento, fertilidade e natalidade, que são conhecidas como "Segunda Transição" e incluem um aumento na idade em que a maioria dos casais tem o primeiro filho, bem como mais divórcios, uniões de fato e nascimentos fora do casamento. Esses desenvolvimentos trazem desafios em relação a como apoiar os idosos para permanecerem independentes e ativos, mas também podem melhorar a qualidade de vida em geral (Pani-Harreman et al., 2020).

As respostas universais para as pessoas mais velhas surgiram em Portugal após a Revolução de 1974, através de serviços e equipamentos sociais e apoio financeiro. Houve um crescimento significativo no número de equipamentos sociais como Centros de Dia e Lares de Idosos entre 1990 e 2011 (com um aumento de 38% da resposta Lar de Idosos e 30% da resposta Centro de Dia, entre 2000 e 2011). Embora o número de pessoas que residem em instituições seja pequeno em relação à população idosa total, os Equipamentos Residenciais para Idosos são vistos como uma resposta social importante para atender às necessidades das pessoas mais velhas (Fonseca, 2018).

O Equipamento Residencial para Idosos é uma resposta importante em situações de vulnerabilidade extrema ou quando outras alternativas não são suficientes para atender às necessidades de uma pessoa idosa. No entanto, a entrada num Lar de Idosos geralmente resulta numa rutura com a vida anterior e comunidade da pessoa idosa. Dado que a taxa de ocupação dos Equipamentos Residenciais para Idosos é geralmente muito alta e há frequentemente listas de espera iguais ou superiores ao número de vagas disponíveis, não é

razoável ou desejável continuar a expandir essa opção em vez de outras que permitam que as pessoas idosas permaneçam em suas próprias residências. O Serviço de Apoio Domiciliário tem se tornado cada vez mais importante e teve o maior crescimento na década de 2000, com aumento de 59%. O investimento realizado recentemente para expandir esta solução e oferecer mais opções de serviços aos utentes/clientes tem contribuído para permitir que muitas pessoas idosas possam continuar a viver nas suas próprias residências e evitar ou atrasar a necessidade de serem institucionalizadas (Fonseca, 2018).

O envelhecimento da população é uma conquista do desenvolvimento humano e um ponto positivo e significativo da evolução da sociedade. No entanto, a existência de um número crescente de idosos saudáveis e ativos pode ser considerado um desafio para as comunidades. Enquanto envelhecem, as pessoas precisam de viver em ambientes que possam suportar as mudanças associadas ao envelhecimento. A criação de ambientes favoráveis e facilitadores para o envelhecimento é importante para promover o bem-estar das pessoas idosas e para permitir que as mesmas continuem independentes e relevantes socialmente durante mais tempo. A comunidade onde uma pessoa vive afeta a sua capacidade de envelhecer de forma participativa. A organização do espaço, o tipo de edifícios, transporte e disponibilidade de serviços são fatores que podem contribuir para o envelhecimento bem-sucedido ou excluir socialmente uma pessoa. Para permitir que as pessoas idosas mantenham sua independência e estilo de vida, o ambiente construído e natural deve ser adaptado às suas capacidades em evolução, preservando a sua confiança e autoestima (Fonseca, 2018).

O conceito de envelhecimento ativo inclui uma série de fatores, um dos quais é a relação entre as pessoas idosas e seu ambiente residencial, incluindo a habitação e o contexto físico e social. O desafio atual é encontrar soluções para promover a qualidade de vida das pessoas idosas, através da integração social, além de se preocupar apenas com a mobilidade associada ao envelhecimento. Neste sentido, Fonseca (2018), coloca a questão “e o que é o *Ageing in Place*”, referindo então que o mesmo diz respeito a “*viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece*” (WHO, 2015 in Fonseca, 2018: 9). O conceito de *Ageing in Place* envolve adaptar o ambiente físico e social às necessidades diárias dos idosos ao longo do tempo. A maioria das pessoas idosas prefere permanecer num ambiente familiar e, se possível, na mesma casa e comunidade. Isso

implica o desejo de controlar a maioria dos aspetos relacionados à vida diária, como cuidados pessoais, rotinas e outras atividades significativas. *Ageing in Place* é mais do que simplesmente envelhecer em casa; é desejar envelhecer num ambiente familiar que se adapte às mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento. Com o passar do tempo, a pessoa passa cada vez mais tempo em casa e na comunidade próxima, o que reforça a relação com o ambiente ao seu redor. É um processo de adaptação ambiental que tem implicações sociais, psicológicas e ambientais. É um conceito contemporâneo que visa proteger os idosos, especialmente os mais vulneráveis, e reflete uma mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio aos idosos, priorizando a vontade de permanecer no ambiente familiar e comunitário o mais tempo possível e de forma independente. O desafio é promover a independência e autonomia dos idosos, proporcionando oportunidades para interação social e acesso a serviços diversos. O conceito representa também um desafio adicional devido à diversidade de necessidades individuais, pois cada indivíduo tem necessidades específicas que podem variar ao longo do processo de envelhecimento (Fonseca, 2018).

Sixsmith & Sixsmith (2008) referem que este conceito (*Ageing in Place*), é benéfico para as pessoas idosas visto que permite uma melhor qualidade de vida a diferentes níveis e fornece também uma solução económica.

De acordo com Pani-Harreman et al., 2020, o estudo de Askham, Cameron e Heywood (1999) investigou os desejos e exigências dos idosos em relação ao seu ambiente de vida, descobrindo que a escolha de permanecer em casa o maior tempo possível é influenciada tanto pelas políticas quanto pelas necessidades individuais das pessoas idosas. A maioria dos idosos valoriza a sua independência e prefere viver num ambiente familiar, o que contribui para manter a sua autoconfiança, autogestão e autoestima. Envelhecer no lugar onde vivem pode ser mais adequado e económico do que mudar para um local especializado (Horner e Boldy, 2008 in Pani-Harreman et al., 2020). A política de *Ageing in Place* visa promover o bem-estar dos idosos e proporcionar experiências positivas na velhice, considerando que viver num ambiente familiar tem um impacto positivo nesse processo (Van Dijk, 2015 in Pani-Harreman et al., 2020). O conceito de *Ageing in Place* refere-se principalmente à possibilidade de as pessoas idosas permanecerem nas suas próprias casas o máximo de tempo possível, em vez de se mudarem para uma instituição de cuidados de longa duração. Horner

e Boldy (2008: 356 in Pani-Harreman et al., 2020) definem *Ageing in Place* como uma "abordagem positiva para atender às necessidades da pessoa idosa, apoiando-os a viver de forma independente, ou com alguma ajuda, pelo maior tempo possível". Os estudos sobre o tema podem ser classificados em duas categorias: aqueles que se concentram nas características físicas e funcionais do local e aqueles que abordam as questões psicológicas e sociais do lugar. Os temas-chave incluem lugar, redes sociais, suporte, tecnologia e características pessoais.

Na política de *Ageing in Place*, a prestação de cuidados domiciliários está a tornar-se cada vez mais importante na prevenção de problemas de saúde e fragilidade na velhice. A ideia por trás de *Ageing in Place* é que a casa fornece uma continuidade do ambiente de vida, permitindo a manutenção da independência na comunidade, a inclusão social, na organização da vida diária e a manutenção do contacto social (Pani-Harreman et al., 2020)

O conceito de “local” abrange diversas dimensões que estão interligadas: uma dimensão física que se refere a objetos tangíveis como a casa ou o bairro; uma dimensão social que envolve os relacionamentos com outras pessoas e a maneira como os indivíduos se conectam com elas; uma dimensão emocional e psicológica que se relaciona com o sentimento de pertencimento e afeição; e uma dimensão cultural que está ligada aos valores, crenças, etnicidade e significados simbólicos de uma pessoa. Desta forma, o ambiente residencial não é apenas um espaço físico, mas também algo que permite que as pessoas idosas mantenham as memórias e significados das suas histórias de vida, o que pode preservar sua identidade social mesmo em situações de doenças crônicas ou incapacitação. O termo "local" para idosos não se refere apenas à sua casa, mas também à sua comunidade e conexões sociais. Estudos mostram que as pessoas idosas tendem a sentir-se mais apegados à sua comunidade à medida que envelhecem. A acessibilidade a serviços e facilidades locais é importante para a qualidade de vida dos mesmos. No entanto, dinâmicas e mudanças nas interações dos idosos com os seus ambientes podem dificultar a sua integração.

Os objetivos do *Ageing in Place* têm uma dupla finalidade. Em primeiro lugar, do ponto de vista dos idosos e de suas famílias, a maioria dos idosos prefere ficar em casa tanto tempo quanto possível, uma vez que isso lhes permite manter o controlo sobre suas vidas. A

mudança para uma instituição pode trazer perda de relacionamentos sociais, mudanças na rotina diária e estilo de vida, bem como a perda de independência, o que pode resultar em stress emocional, depressão, solidão, dificuldades de adaptação e deterioração funcional. Além disso, a mudança para uma instituição pode ser economicamente difícil. Em segundo lugar, o cuidado institucional é muito mais caro do que o cuidado na comunidade e na casa das pessoas. Isto motivou os assistentes sociais a fornecer alternativas para atender as pessoas idosas nas suas comunidades. As mudanças ambientais podem gerar resultados positivos, melhorando o ajuste pessoa-ambiente e melhorando as condições de vida. No entanto, a mudança ambiental também pode ser negativa, quando os ambientes envelhecem e declinam, provocando exclusão e distanciamento das pessoas mais velhas (Lecovich, 2014).

No futuro próximo, o *Ageing in Place* será uma tática amplamente utilizada para atender às necessidades complexas, variadas e crescentes das pessoas idosas, adaptando respostas e desenvolvendo modelos inovadores de cuidado para pessoas idosas ainda autónomas ou dependentes. Isso inclui inovações tecnológicas recentes, como teleassistência, atendimento domiciliar por telefone e outros dispositivos que visam fornecer soluções para aumentar a segurança em casa e promover independência, permitindo assim o *Ageing in Place* (Fonseca, 2018).

Foram selecionadas três boas práticas, uma do guia “*Ageing in Place*. Boas Práticas em Portugal”, uma a nível internacional e ainda o Programa “Sempre Acompanhados” da Fundação “La Caixa”, de forma a demonstrar a importância de implementar este tipo de práticas para um bom envelhecimento.

Em primeiro lugar tem-se o “**Lar Aldeia**”, que é um projeto de inovação social desenvolvido pelo Sport Club Operário de Cem Soldos, em Tomar, e tem como grupo-alvo a população idosa residente na povoação de Cem Soldos.

Apresenta como **objetivos** criar um sistema de apoio e integração da população mais velha na vida comunitária de Cem Soldos e manter as pessoas idosas a residir em Cem Soldos pelo maior tempo de vida que for possível, mantendo a sua individualidade e privacidade,

enquanto se fornecem serviços de apoio essenciais e se estimula o seu quotidiano. Pretende-se fazer de Cem Soldos um contexto de vida para todas as idades, proporcionando respostas sociais globais que podem ser afinadas especialmente para a população idosa, sem ser através da criação das estruturas habituais (Fonseca, 2018).

Já nos Estados Unidos da América, é apresentado o **Lincoln Village Senior Living** fundado no ano de 2000 por Milo Pinkerton, no Wisconsin. O grupo-alvo são as pessoas seniores.

Tem como objetivos:

- Oferecer a mais alta qualidade de atendimento;
- Fornecer cuidados abrangentes e individualizados a cada residente;
- Atender e superar as necessidades cognitivas e físicas dos residentes;
- Criar um estilo de vida confortável para idosos baseado na livre escolha, dignidade e respeito;
- Promover inovação e centros de excelência clínica;
- Proporcionar aos residentes oportunidades para manter a sua independência e individualidade, criando escolhas e mantendo a dignidade;
- Fomentar a autoestima da equipa e transformar desafios em oportunidades.

Assenta em cinco princípios – Independência; Individualidade, Privacidade, Escolhas e Dignidade.

Existem quatro tipos de residências:

- A **Assisting Living** oferece às pessoas idosas a oportunidade de desfrutar do seu estilo de vida independente enquanto recebem a quantidade certa de assistência num ambiente mais privado. Os utentes podem escolher um estúdio ou um apartamento, isto é, os moradores têm a flexibilidade de encontrar o quarto certo para suas necessidades;
- **Enhanced Assisted Living** (vida assistida aprimorada) - disponível para idosos que necessitam de mais cuidados físicos e médicos. Este tipo de assistência inclui uma escolha de estúdio privativo, apartamentos de um e dois quartos, cada um equipado

com uma cozinha, possuindo mais tempo com os funcionários consoante as necessidades;

- **Vida Independente** - Os Apartamentos Independentes Lincoln Village fornecem aos idosos com 55 anos ou mais acomodações de luxo e a conveniência de comodidades e serviços no local. A Lincoln Village oferece apartamentos de um e dois quartos com áreas comuns para reuniões sociais;
- **Memory care** - A comunidade de Cuidados de Memória possui um ambiente acolhedor e convidativo para idosos que precisam de atenção especializada para suas necessidades de demência, sobretudo Alzheimer (Lincoln Village Senior Living, 2023).

Por fim, o **Programa “Sempre Acompanhados”**, da Fundação La Caixa pretende *“empoderar os seniores e construir comunidades para fomentar relações de entreaajuda e apoio mútuo”* (Fundação “La Caixa”, n.d.). Como se sabe a solidão é um fenómeno que tende a aumentar na terceira idade devido a algumas circunstâncias, nomeadamente a falta de investimento em relações sociais e familiares. Neste sentido, este Programa tem como finalidade o combate aos efeitos da solidão, através da promoção de relações de apoio e de bem-estar das pessoas idosas, de forma a capacitá-los e fazendo com que se sintam parte integrante da sociedade. Os objetivos são:

- *“Acompanhar os seniores e capacitá-los para que possam gerir a própria solidão”;*
- *“Construir redes comunitárias sólidas capazes de fomentar relações de apoio e entreaajuda”;*
- *“Sensibilizar os cidadãos para a importância dessas relações”* (Fundação “La Caixa”, n.d.).

Em suma, o tema do *Ageing in Place* tem-se tornado cada mais abordado devido à clara preferência das pessoas quererem envelhecer na própria casa e na comunidade, estando provado cientificamente que isto tem benefícios para uma melhor qualidade de vida. Todavia, para que tal aconteça é necessário reunir algumas condições para que o processo de envelhecimento seja efetivamente bem-sucedido. Neste sentido, os três exemplos de boas práticas mencionados anteriormente, são formas de proporcionar condições adequadas às pessoas idosas para que possam permanecer em casa o maior tempo possível, tendo em conta

as suas preferências e necessidades, sendo imprescindível o papel do Serviço Social para a sua concretização.

5. Desenho Metodológico

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o desenho metodológico da pesquisa realizada, e também a análise do material empírico obtido a partir do processo de pesquisa desenvolvido. Este capítulo vem aprofundar a orientação metodológica apresentada na introdução deste trabalho. A presente investigação centra-se numa lógica de investigação qualitativa, assumindo a importância dos atores na idealização de uma resposta social para as pessoas idosas das gerações futuras. Neste sentido, foram tidos em conta os desejos e expectativas das pessoas com idades compreendidas entre os 40 e 60 anos, mas também se tentou identificar outras questões, nomeadamente a preparação da velhice, com o intuito de se verificar se, nos dias de hoje, existe uma preocupação em preparar esta fase da vida, de forma que seja melhor e com mais qualidade. A abordagem qualitativa baseou-se em encontrar, perceber e compreender o tópico da pesquisa, considerando o objeto não como uma realidade externa, mas sim como uma criação originada da interpretação compartilhada pelos participantes envolvidos (Olabuénaga, 2012).

O objetivo deste capítulo é estabelecer os critérios da pesquisa realizada, expondo o método adotado para conduzir a investigação. Além disso, para aprimorar a metodologia de pesquisa apresentada na introdução, será descrito o desenho de pesquisa empírica, que acompanha a análise dos dados empíricos obtidos durante o processo de investigação. Visto que o objetivo desta investigação tem como intuito verificar quais as expectativas das pessoas de meia-idade, isto é, com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos, para a própria velhice e, portanto, repensar-se uma resposta que vá de encontro às necessidades emergentes, considerou-se que o mais adequado seria privilegiar o olhar das próprias pessoas com estas características, sendo o campo empírico Portugal, para se poder ter uma noção geral a nível nacional.

5.1. Escolhas Metodológicas

“Investigar é a arte de perguntar e uma boa pergunta de investigação é aquela que, sendo simples, apenas na aparência conduz a um processo de desvelamento simplista e a respostas diretas, unidirecionais, inequívocas e sem ambiguidades. O primeiro passo na formação de um investigador consiste no seu treino para a formulação de boas questões que, não só abram um campo empírico, mas que também deem lugar à construção de um argumento com densidade teórica, conceptual e problemática.” (Amaro, 2019 in Guerra, 2019: 13).

Já Charmaz (2006: 18) considera que *“a qualidade e credibilidade de um estudo começa com os dados”*. Um estudo baseado em dados empíricos e inspirados em teorias adequadas revela aspetos de compreensão que se desviam das evidências comuns, permitindo formular considerações fundamentadas sobre um determinado assunto (Quivy, 2008).

Com o intuito de se compreender quais são as expectativas das pessoas que se encontram na meia-idade, isto é, entre os 40 e 60 anos, relativamente à sua velhice optou-se por realizar um estudo exploratório de carácter qualitativo. Sendo o objetivo compreender e analisar fenómenos sociais começando com a perspetiva das pessoas que experimentam as práticas e, em seguida, identificar os conceitos necessários para a teorização - da observação empírica para a teoria.

Flick refere que *“(…) a investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos de vida”, uma vez que os objetos de estudo “não são reduzidos a simples variáveis, são estudados na sua complexidade e inteireza, integrados no seu contexto quotidiano”* (Flick, 2005: 5).

O desenho de um estudo qualitativo é um plano que reflete as decisões do investigador sobre as questões, objetivos, métodos, procedimentos, técnicas de análise, considerações éticas, resultados esperados e estratégias de divulgação baseado na abordagem de investigação qualitativa (Gama & Dias, 2019). A investigação qualitativa *“(…) parte dos significados individuais e sociais do objeto, e evidencia a diversidade das perspetivas sobre ele (...); estuda as práticas e o saber dos participantes; e analisa as interações”* (Flick, 2005: 6). Sendo que o ponto de partida passou por identificar as características da meia-idade, visto

que serão os principais atores do presente estudo, porém, tendo em conta as características do envelhecimento tanto no presente como numa perspetiva futura.

Quanto à estratégia, esta será de ordem abductiva, que de acordo com Blaikie (2008), diz respeito a um método que se adequa no desenvolvimento de teoria nas ciências sociais de cariz interpretativo. Esta estratégia utilizada em investigação provoca a elaboração de teorias a partir da linguagem, significados, interpretações e apreciações dos atores sociais, tendo em conta as atividades diárias dos mesmos. Neste sentido, realizou-se a revisão de literatura e o enquadramento teórico que se centra nas pessoas de meia-idade e nas suas expectativas para a sua velhice, mais concretamente para o acolhimento residencial, tendo em conta diversos fatores, nomeadamente as alterações de vida e a importância de se repensar nas respostas sociais existentes. Baseando-se assim este estudo na ontologia idealista e na epistemologia do construcionismo (Blackie, 2008).

O processo de investigação baseou-se na Grounded Theory ou “Teoria Enraizada”, desenvolvida por Glaser e Strauss que pretendiam criar um conjunto sistemático de procedimentos para analisar dados qualitativos. Esta teoria visa a elaboração de uma teoria, enraizada na realidade empírica, sendo instâncias do fenómeno social observado (Laperrière, 2008). Nesta linha de pensamento a teoria enraizada procura elaborar uma teoria pertinente ao invés de tentar produzir representações exaustivas de um certo fenómeno. Tem como base todos os tipos de dados, isto é, primários e secundários, objetivos e subjetivos: observações, entrevistas, documentos, estatísticas, entre outros. Já na amostragem, a escolha dos grupos e situações é consoante a sua pertinência teórica tendo em conta o fenómeno, que no caso deste estudo diz respeito à meia-idade e envelhecimento (Laperrière, 2008).

No que diz respeito à recolha de dados, foram utilizados inquéritos por questionários, sendo uma técnica de investigação que recolhe dados através de perguntas para interpretar e generalizar respostas individuais para grupos maiores. É uma técnica de observação não participante, pois não requer a presença do investigador no meio estudado. O questionário pode incluir outros instrumentos, como testes e escalas de atitudes e opiniões, para avaliar comportamentos e reações. As respostas recolhidas constituem o material utilizado pelo investigador para produzir interpretações e generalizações. É uma técnica de medida ou

análise extensiva que permite o estudo de grandes populações em situações sociais específicas. As principais vantagens são a extensão, a padronização do instrumento, a possibilidade de comparação dos resultados e a sua generalização (Dias, 1994). Desta forma, para a recolha de dados foi utilizado como instrumento um guião de questionário⁵.

Relativamente aos sujeitos de investigação, estes correspondem a pessoas de meia-idade, com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos, residentes em Portugal. O critério deste estudo baseia-se no critério da conveniência, na medida em que a amostra escolhida foi seleccionada tendo em conta a acessibilidade, isto é, estavam prontamente disponíveis para realizar os questionários e que tivessem acesso a um dispositivo com internet, uma vez que o mesmo foi implementado online.

No que concerne à recolha de dados, a amostragem foi recolhida em bola de neve visto ser um método utilizado com populações desconhecidas, ou seja, os membros desta população são mais difíceis de encontrar ou contactar (Coleman, 1958; Goodman, 1961; Spreen, 1992). Assim sendo, é uma técnica de amostragem não probabilística, onde os indivíduos convidados a participar convidam novos participantes a responder ao inquérito, esta técnica pressupõe que existe uma ligação entre os membros devido à capacidade de se identificarem outros membros/participantes (Faugier e Sargeant, 1997).

Num primeiro momento, a forma de aplicar este método passou por encontrar indivíduos entre os 40 e os 60 anos. Estes foram a “semente” da amostra, isto é, os que transmitiram o inquérito por questionário a todos os participantes do estudo exploratório (Snijders, 1992). O questionário foi realizado na plataforma *Google Forms* e partilhado através das redes sociais, tal como o *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp*, *LinkedIn* e *Email*, estando disponível aproximadamente durante 3 semanas (entre o dia 1 de março de 2023 e o dia 19 de março de 2023). A escolha de utilizar a internet e as redes sociais para a partilha do questionário deveu-se ao facto da população seleccionada ter pouca disponibilidade horária, tendo sido utilizadas as plataformas online com o intuito de chegar a um maior número de pessoas e promover a participação desta população.

⁵ Cf. Anexo A.

Os objetivos do questionário foram explicados imediatamente antes do início do mesmo e solicitado a todos os participantes que concedessem o seu consentimento livre e esclarecido na participação do presente estudo exploratório. Não obstante, foram informados sobre a garantia do anonimato dos seus dados, visto que estes serão somente utilizados no âmbito desta investigação, para tratamento estatístico.

O objetivo da análise de dados qualitativa foi estabelecer uma conexão direta entre a recolha e interpretação dos dados, com o propósito de compreender a intenção por trás das ações e raciocínios dos vários participantes envolvidos no processo de intervenção. O processo de implementação ocorreu em dois momentos. Num primeiro momento, o questionário foi respondido de forma exploratória por quatro pessoas, com o intuito de se verificar se estava perceptível. Desta forma foi possível recolher feedback sobre o mesmo e adequar consoante as sugestões dadas. De seguida, o questionário foi implementado para o público em geral.

Com o intuito de se analisar a informação, foi escolhida a análise de conteúdo, visto que a mesma pretende não apenas descrever, mas também compreender o significado expresso pelos participantes. Esta análise de conteúdo que foi realizada não se limitou à descrição, mas tentou *“interrogar-se sobre a génese daqueles fenómenos à luz das interrogações que concebeu face ao objeto de estudo”* (Guerra, 2006:83).

Assim sendo, pretendia-se realizar não só uma simples descrição dos fenómenos, mas procurar sentidos e correlações, de forma a avançar com proposições teóricas explicativas sobre a necessidade de se repensar as respostas sociais para as pessoas idosas, tendo sempre por base o cruzamento entre a teoria e os dados empíricos.

Para a realização desta análise, os dados recolhidos foram tratados com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28. Num primeiro momento, foi verificado se os dados estavam todos coerentes, de seguida foram realizadas análises descritivas para a caracterização sociodemográfica dos participantes e para os dados quantitativos que caracterizam as respostas ao questionário.

Posto isto, realizaram-se análises de correlação, com recurso à correlação de Pearson, para averiguar as relações entre as principais variáveis em estudo. Foram selecionadas 31 variáveis, num primeiro momento, com o intuito de se verificar quais as correlações existentes. Após esta análise, foram eliminadas 10 destas variáveis por não haver correlações significativas existentes. Das variáveis escolhidas é pertinente realçar que algumas foram selecionadas por serem mais representativas na análise quantitativa.

De seguida, para a realização da análise das questões abertas, a análise de conteúdo foi realizada através de três fases: Pré-análise, Análise e Interpretação e Inferências (Bardin, 1997).

O objetivo da etapa de pré-análise é estabelecer o primeiro contato com os dados (Bardin, 1997). Portanto, foi realizada uma leitura abrangente das 263 respostas com o intuito de criar um esquema que servirá como base para construir uma matriz de categorias de análise. Este processo envolveu uma leitura cuidadosa, uma tentativa de identificação e seleção, procurando possíveis unidades de análise e o planeamento de uma grelha de categorias possível para classificar cada uma delas adequadamente.

Após a fase preliminar de pré-análise, ocorre a fase de análise em si. Essa fase é mais extensa e detalhada, envolvendo várias etapas, como a revisão dos dados, identificação, seleção, recorte, codificação e organização/classificação das unidades de análise. Durante esta fase, desenvolve-se a matriz concebida na etapa anterior, na qual as unidades de análise relevantes para a pesquisa são agrupadas em dimensões, categorias e subcategorias (consideradas unidades de contexto). Seguindo as diretrizes de Bardin (1997), critérios como exaustividade, pertinência, rigor, exclusividade mútua e a utilização de consenso entre os avaliadores são essenciais para mitigar a intersubjetividade associada a processos qualitativos.

Finalmente, o processo de análise termina com a compreensão dos resultados, a criação de reflexões analíticas sobre os mesmos e a formulação de potenciais inferências relacionadas.

6. Apresentação e Discussão de Resultados

O envelhecimento é um processo biológico que faz parte da natureza humana. Nos últimos anos a sociedade alterou-se rapidamente e foram surgindo novas necessidades, para as quais são necessárias novas respostas. Porém, é necessário ter em conta que devido ao aumento da esperança média de vida e ao consequente aumento do número de pessoas idosas são necessários mais cuidados médicos e, portanto, surge uma maior sobrecarga do Serviço Nacional de Saúde. A economia sofre também impacto, visto que a população em idade ativa diminui, o que pode dificultar a sustentabilidade da Segurança Social. Não obstante, as dinâmicas familiares também se alteram, uma vez que com a escassez de respostas acessíveis para as pessoas idosas, os familiares têm de cuidar dos parentes mais velhos. Aliás, cada vez se torna mais comum as pessoas que se encontram na meia-idade terem de cuidar dos pais e em simultâneo ainda cuidarem dos próprios filhos (geração sanduíche).

Perante esta realidade, surge a necessidade de identificar quais são as expectativas das pessoas de meia-idade para o seu próprio envelhecimento, de modo a repensar-se numa resposta social que contemple as necessidades emergentes, visto que a população idosa futura já não se enquadra nas respostas existentes.

Neste sentido, e de forma a compreender o que foi previamente identificado, nos subcapítulos seguintes serão apresentados os resultados e a respetiva interpretação dos mesmos.

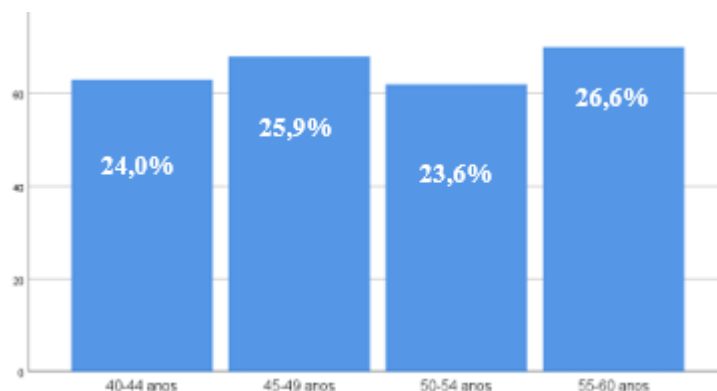
Importa referir que o presente estudo obteve 264 respostas, sendo que foram consideradas 263, uma vez que uma das respostas não aceitou continuar após o consentimento informado, tendo respondido “Não” nessa questão.

6.1. Eixo 1 - Dados Sociodemográficos

Relativamente aos dados sociodemográficos, é possível verificar que a faixa etária predominante a responder ao questionário está compreendida entre os 55 e os 60 anos, correspondendo a 26,6% das 263 pessoas que responderam. No entanto, observa-se

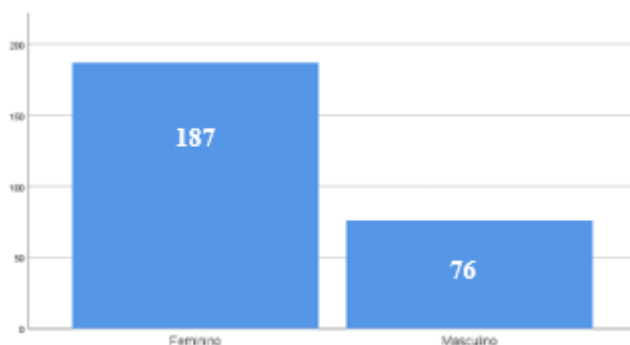
uma distribuição relativamente igualitária entre os diferentes intervalos etários. O mesmo não se sucede no género, onde existe claramente uma predominância do sexo feminino (71,6%).

Gráfico 5 - Faixa Etária



Fonte: Elaboração Própria

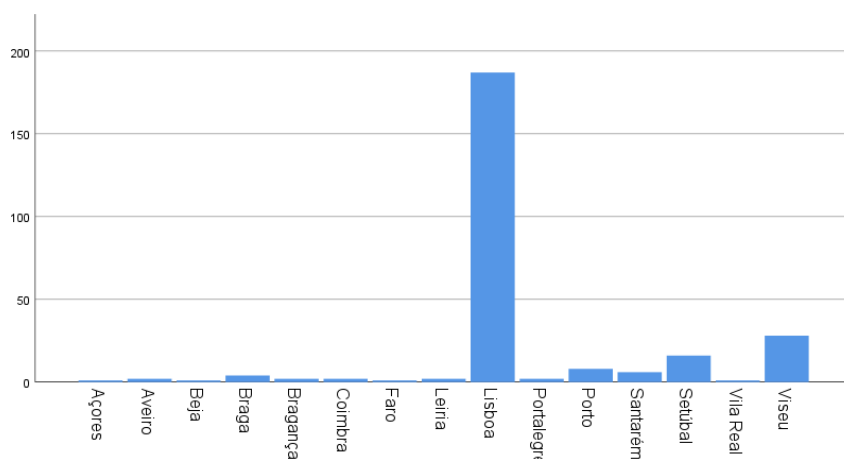
Gráfico 6 - Género



Fonte: Elaboração Própria

No que toca à área de residência, 71,1% dos inquiridos habitam em Lisboa, 10,6% em Viseu, 6,1% em Setúbal, 3,0 no Porto, 2,3 em Santarém e 1,5% em Braga, também foram obtidas respostas nos Açores, Aveiro, Beja, Bragança, Coimbra, Faro, Leiria, Portalegre e em Vila Real.

Gráfico 7 - Área de Residência

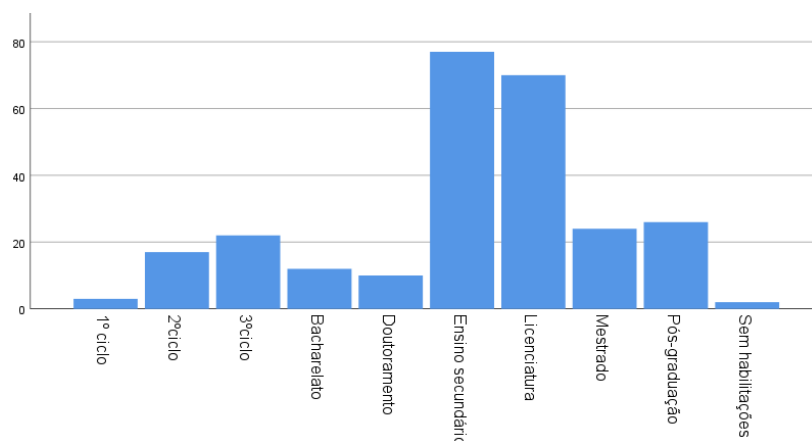


Fonte: Elaboração Própria

Adicionalmente, da população inquirida, 65,8% era casada e 34,2% não era casada.

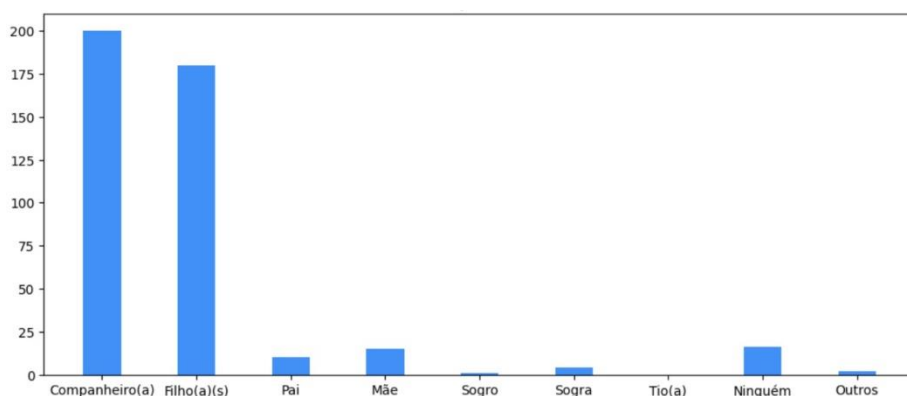
Passando para as habilitações literárias, pode-se verificar que 29,3% tem o ensino secundário, 26,6% tem licenciatura, 9,9% tem pós-graduação, 9,1% tem mestrado, 8,4% tem o 3º ciclo, 6,5% tem o 2º ciclo, 4,6% tem bacharelato, 1,1% tem o 1º ciclo e 0,8% não possui habilitações literárias.

Gráfico 8 - Habilitações Literárias



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 9 - Agregado Familiar



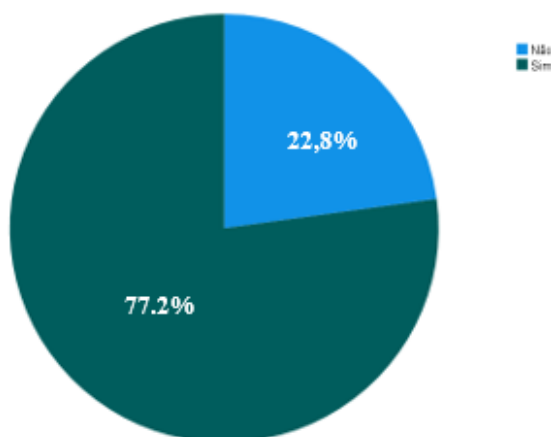
Fonte – Elaboração Própria

Por outro lado, a grande maioria tem filhos, 85,2%, sendo que apenas 14,8% não tem. Relativamente aos agregados familiares, 200 pessoas vivem com os

companheiros/cônjuges, 180 vivem com os filhos, 10 vivem com o pai, 15 vivem com a mãe, 1 com o sogro, 4 com a sogra, e 16 pessoas residem sozinhas. 18,6% cuidam de algum familiar idoso, sendo que 26 cuidam da mãe, 16 cuidam do pai, 3 do sogro, 7 da sogra, 3 de tios(as) e 4 cuidam de outros familiares.

No que diz respeito ao sistema de proteção social, 77,8% das pessoas possui e 22,8% não possui. Desta forma, dentro da população que possui 12,2% está integrada na Caixa Geral de Aposentações, 62,4% estão integrados na Segurança Social, os 2,7% restantes possuem outros sistemas.

Gráfico 10 - Sistema de Proteção Social

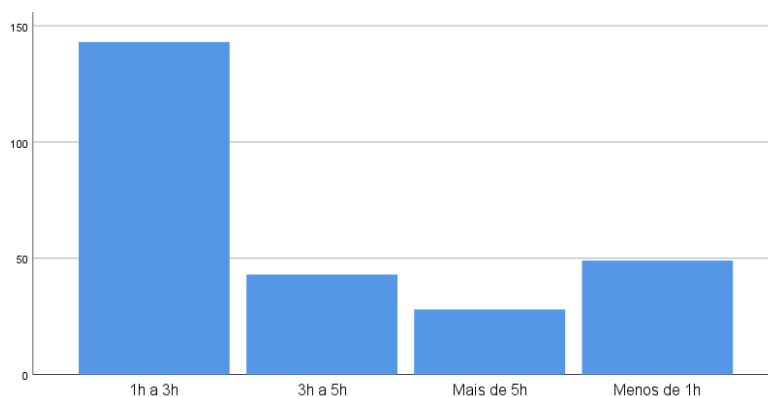


Fonte: Elaboração Própria

6.2. Eixo 2 - Estilo de Vida

Como já foi abordado em capítulos anteriores, os estilos de vida têm vindo a mudar devido a diversos fatores. De acordo com as respostas obtidas, 261 pessoas têm acesso a internet em casa, o que corresponde a 99,2%, e todos os inquiridos (100%) têm acesso a internet no telemóvel. Relativamente ao tempo despendido em internet por dia, 54,4% passa entre 1 a 3 horas na internet, 18,6% despende de menos de 1 hora por dia na internet, 16,3% gastam entre 3 a 5h diariamente e 10,6% passa mais de 5 horas na internet.

Gráfico 11 - Tempo Gasto em Internet



Fonte: Elaboração Própria

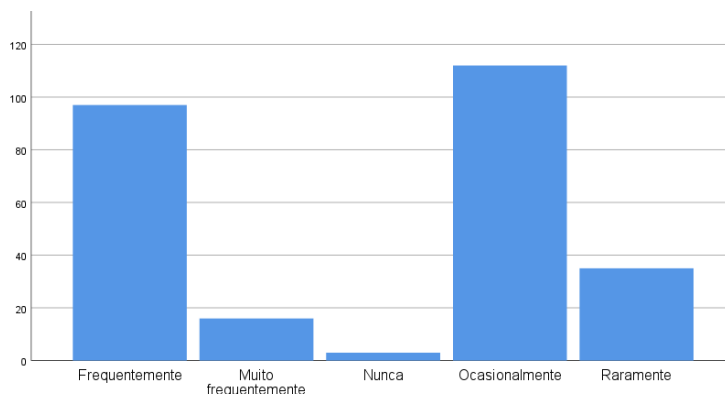
No que diz respeito à rede de amizades, 90,5% consideram que têm uma rede de amigos e quando questionados sobre a frequência com que costumam estar com os mesmos, 42,6%

referem estar ocasionalmente, 36,9% frequentemente, 13,3% raramente, 6,1% raramente e 1,1% nunca.

Relativamente aos hobbies, 88,4% da população inquirida realiza. Os predominantes são passear, onde 167 participantes mencionam esta prática, atividades culturais que são referidas por 156

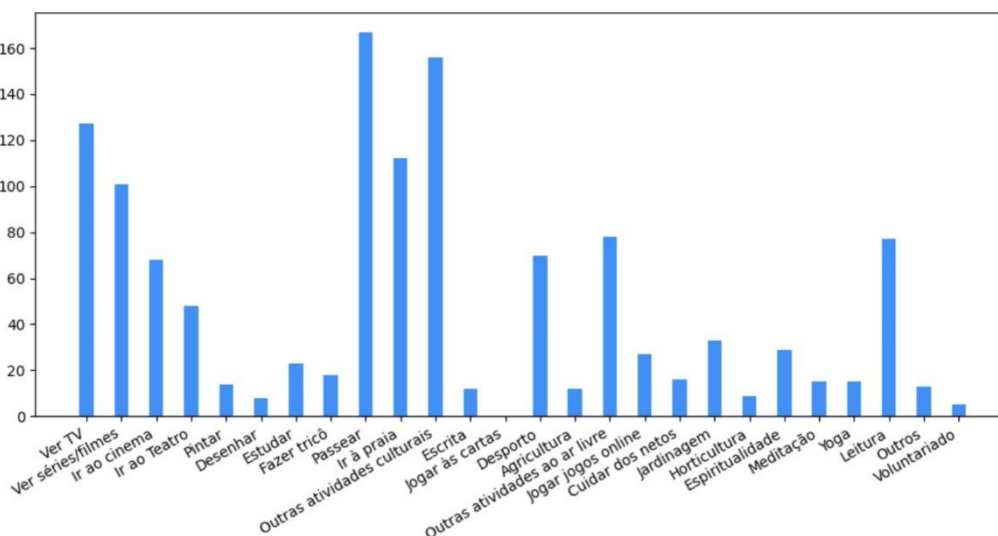
participantes, ver televisão, mencionado por 127 pessoas, ver séries e filmes, referido por 101 participantes e leitura (77 participantes).

Gráfico 12 - Frequência de saída com amigos



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 13 - Hobbies



Fonte: Elaboração Própria

De seguida, apresenta-se uma tabela de síntese de alguns fatores que influenciam o estilo de vida:

Tabela 2 - Fatores Estilo de Vida

Fatores Estilo de Vida	N	%
Exercício		
Nunca	80	30,4
1 a 2 vezes	124	47,1
3 a 4 vezes	46	17,5
Mais do que 5	13	4,9
Alimentação Equilibrada		
Nunca	1	0,4
Raramente	10	3,8
Ocasionalmente	42	16,0
Frequentemente	130	49,4
Muito frequentemente	80	30,4
Cuidados de Saúde		
Mau	7	2,7
Razoável	84	31,9
Bom	106	40,3
Muito bom	55	20,9
Excelente	11	4,2
Frequência ida ao Médico		
Anualmente		
Nunca	9	3,4
Raramente	59	22,4
Ocasionalmente	121	46
Frequentemente	62	23,6
Muito frequentemente	12	4,6

Fonte: Elaboração Própria

Como é possível observar na tabela anteriormente apresentada, as pessoas têm consideração pelos fatores de um estilo de vida saudável. No que toca ao exercício físico a opção mais selecionada é a prática de exercício 1 a 2 vezes por semana. Já com a alimentação, 49,0% das participantes referem realizar uma alimentação saudável e nutritiva frequentemente. No que concerne aos cuidados de saúde, 40,3% considera que os seus cuidados são bons e 31,9% referem ser apenas razoável. 46% menciona que vai ao médico apenas ocasionalmente.

Neste sentido, e tendo em conta os resultados obtidos, as pessoas de meia-idade têm em consideração a sua saúde e os fatores para um estilo de vida saudável, visto que praticam

exercício físico com alguma regularidade e realizam uma alimentação saudável e nutritiva frequentemente, isto revela-se pertinente, visto que os nutrientes são essenciais para o funcionamento humano, porém, a maioria não são produzidos internamente pelo corpo ou não são produzidos de forma suficiente e, portanto, é necessário que sejam ingeridos através da alimentação. Através da alimentação saudável com o complemento da prática de exercício físico, é possível preservar o funcionamento cerebral e cognitivo. Para além disto, o exercício físico contribui para o estado de saúde, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares, obesidade, osteoporose e melhora também alguns aspetos de saúde mental (Batista, 2017).

Posto isto, foi também possível verificar que 77,9% da população preocupa-se em cuidar da sua saúde agora para ter uma melhor qualidade de vida durante a velhice. No entanto, 12,9% não o faz. 92,0% acredita que os cuidados de saúde durante a meia-idade terão efeitos positivos na velhice. Porém, 6,8% tem dúvidas que isto poderá acontecer, tendo respondido “Não Sei”. Estes valores vão de encontro ao que Moreira (2020) defende, isto é, as pessoas que hoje se encontram com idades compreendidas entre os 70 e 80 anos, aquando do seu nascimento a média de idades estava entre os 51 e os 62 anos. Todavia, com o aumento da esperança média de vida através da evolução da ciência e tecnologia, a melhoria de condições de vida e também o acesso a cuidados de saúde, quando estas pessoas chegaram aos 65 anos viram a possibilidade de viverem cerca de mais 18 anos. Neste sentido, de acordo com a mesma autora, a questão que se coloca nos dias de hoje já não passa pelo número de anos que se vive, mas sim quantos anos poderemos viver sem problemas de saúde.

Tendo em conta o que foi mencionado anteriormente, de facto as pessoas de meia-idade têm tendência a procurar mais cuidados de saúde, porém com o aumento da esperança média de vida há maior possibilidade de desenvolver doenças crónicas. Segundo Moreira (2020), Portugal, encontra-se no grupo dos piores resultados da Europa quando se aborda a esperança de vida saudável. Já em 2014, tendo em conta a Eurostat, 52,4% da população possuía dificuldades moderadas ou severas em pelo menos uma das atividades de vida diária (cuidados pessoais e domésticos).

Relativamente à saúde mental, 22,1% referem já ter sofrido de patologias de saúde mental, no entanto, 29,3% já tomaram medicação para a saúde mental. As doenças mencionadas foram as seguintes: depressão (38 pessoas), ansiedade (17 pessoas), PHDA (1 pessoa), ataques de pânico (2 pessoas), burnout (2 pessoas), doença bipolar (1 pessoa), esgotamento (2 pessoas) e perturbação do sono (1 pessoa).

No que concerne à questão aberta “*o que é para si qualidade de vida*”, foi possível analisar que o fator que os participantes têm mais em conta é “*ter saúde*”, “*conviver e ter tempo com a família e amigos*” e “*ter tempo*”.

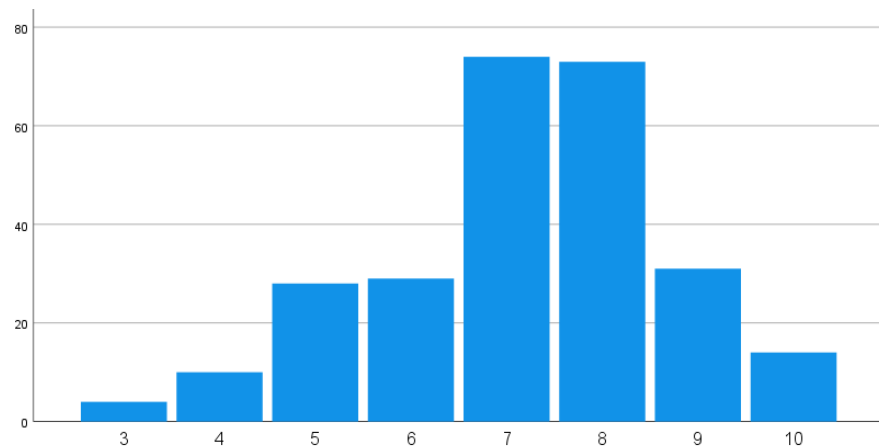
Quadro 1 - Matriz de Categorização para a pergunta aberta "o que é para si a qualidade de vida?"

Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Meia-idade	Saúde, condições e estilos de vida	Bem-estar e qualidade de vida	Qualidade de vida	Ter saúde mental	18
				Qualidade nos relacionamento	4
				Potencial humano	1
				Felicidade	25
				Ter saúde	151
				Uma vida calma	5
				Estabilidade	10
				Viver sem stress e ansiedade	6
				Conviver e ter tempo com amigos e família	47
				Fazer atividades físicas	6
				Conceito multidimensional e dinâmico	1
				Ter trabalho	2
				Passear	14
				Mobilidade	3
				Prazer de viver	4
				Bem estar	24
				Viver no campo	2
				Fazer o que mais gostamos	13
				Condições financeiras	41
				Ter tempo	15
				Atividades que promovam o bem-estar físico e emocional	6
				Ser ativo	1
				Ter uma vida desafogada	2
				Acordar todas as manhãs	1
				Comer bem	7
				Ter amor	3
				Distância reduzida entre trabalho, escola dos filhos e casa	1
				Autonomia	25
				Valorizar o que tenho	1
				Sentir que a vida vale a pena ser vivida	1
				Necessidades básicas cobertas	1
				Viver de forma tranquila	10
				Ter dignidade	5
				Viver com objetivo	5
				Segurança	2
				Ter comida todos os dias	2
				Ter acesso a cuidados de saúde	5
				Escolha livre	1
				Acesso a atividades culturais	3
				Descanso	2
				Proximidade à natureza	2
				Desenvolver competências	1
				Desfrutar do trabalho	2
				Poder fazer escolhas	1
				Não sei	1
				Ter uma vida normal	1
				Conforto em casa	2
				Higiene	1
				Conhecimento	1
				Ver realizadas as principais expectativas	2
				Viver o presente	2
				Equilíbrio entre vida profissional e pessoal	2
				Descansar	1
				Menos horas de trabalho	1
				Ter casa	4
				Carro	1
				Viver num ambiente civilizado e com boa infraestrutura	1
				Presença de Deus	1
				Paz	7
				Ser útil	1
				Vontade e entusiasmo para realizar atividades de lazer e ócio	3

Fonte: Elaboração Própria

Quanto à qualidade de vida, 28,1% classifica a sua qualidade de vida com o valor 7, 27,8% classifica com o valor 8, 11,8% classifica com o valor 9, 11,0% classifica com o valor 6,

Gráfico 14 - Qualidade de vida



Fonte: Elaboração Própria

10,6% classifica com o valor 5, 5,3% classifica com o valor 10, 3,8% classifica com o valor 4 e 1,5% classifica com o valor 3. Nenhum inquirido mencionou o valor 1 e 2. De um modo geral, pode considerar-se que os participantes consideram que têm uma boa qualidade de vida. Porém 91,3% tem receio de perder qualidade de vida na velhice.

Todavia, relativamente à questão aberta “*O que é para si perder qualidade de vida durante o envelhecimento?*”, indo ao encontro do que foi dito na questão da qualidade de vida, perder qualidade de vida implica perda de saúde, ficar dependente de terceiros, perder capacidades mentais, falta de capacidades económicas, entre outros.

Quadro 2 - Matriz de categorização para a pergunta aberta "*o que é para si perder qualidade de vida durante o envelhecimento*"

Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Meia-idade	Saúde, condições e estilos de vida	Bem-estar e qualidade de vida	Perda de qualidade de vida	Perder saúde	96
				Perder capacidades e/ou competências	22
				Perder autonomia	34
				Ficar dependente de terceiros	52
				Perder capacidades físicas	24
				Perder capacidades mentais	34
				Deixar de fazer aquilo que fazia	18
				Não fazer aquilo que quero	19
				Falta de mobilidade	14
				Falta de capacidade económica	33
				Falta de assistência e/ou de cuidados	16
				Solidão	11
				Ter alzheimer	6
				Não sei	2
				Perda de familiares/amigos	6
				Dar trabalho à família	2
				Não estar com a família/amigos	5
				Perda de liberdade	4
				Não ter ocupação	2
				Ficar velho	1

Fonte: Elaboração Própria

Perante isto e confrontando o que os inquiridos referiram, é possível verificar que os maiores receios da população com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos são a perda de saúde, ficar dependente de terceiros, perda de capacidades cognitivas e mentais e também a perda de capacidades económicas, ou seja, que não tenham forma de se subsistir e de responder às necessidades que vão surgindo.

6.3. Eixo 3 - Expectativas para o Envelhecimento

No que diz respeito à questão aberta "*O que significa para si envelhecer?*", como é possível observar no seguinte quadro, os participantes encaram o envelhecimento de formas diversificadas. Assim sendo, foi possível dividir em seis subcategorias, sendo estas: receios/sentimentos negativos, saúde, perdas, sentimentos positivos, aceitação e processo biológico. Neste sentido, as pessoas classificam o envelhecimento como "*(...) perder autonomia*", "*(...) possuir mais conhecimentos*", "*(...) é o ciclo da vida*", "*(...) algo natural*", referem também receio "*(...) da solidão e isolamento*" e "*(...) mais vivências e experiências*", tal como nas questões anteriores a saúde foi mencionada, sendo possível verificar a preocupação e relevância dada pelos participantes à saúde.

Quadro 3 - Matriz de categorização para a pergunta aberta "*o que significa para si envelhecer?*"

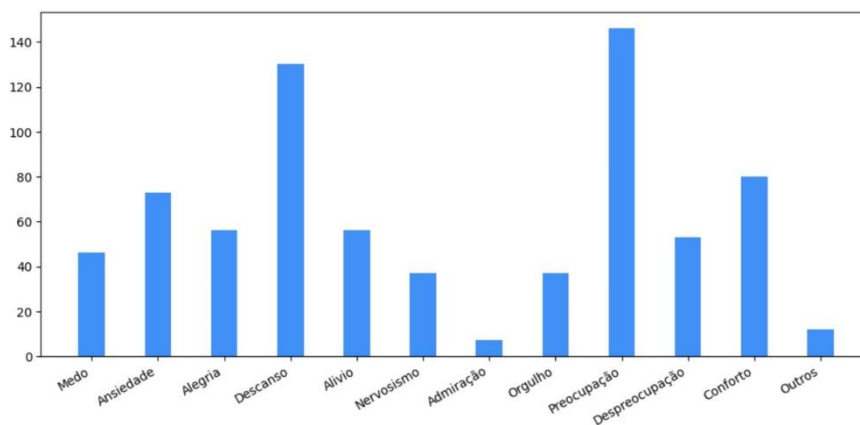
Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Expectativas para o envelhecimento	Envelhecimento	Concepção de envelhecimento	Receios/Sentimentos negativos	Medo do que está por vir	2
				Mais perto da morte	1
				Dependência	4
				Ficar mais velho	16
				Solidão e isolamento	13
				Assustador	1
				Sentir que já nada é como antes	7
				Mau	1
				Não viver o tempo presente	1
				Não ter força para fazer o que gostamos	3
			Saúde	Demências	1
				Não ter saúde	14
			Perdas	Perder autonomia	20
				Perder gradualmente qualidade de vida	1
				Perder a vontade de estar com pessoas	1
				Menos destreza	1
				Perder autoestima	1
				Perder o espírito jovem	1
				Diminuição de bem-estar e perda de qualidade de vida	5
				Perder vigor	1
			Sentimentos Positivos	Amadurecer	11
				Ter tempo	2
				Mais conhecimentos	19
				Mais tempo para conviver com a família/amigos	6
				Mais paciência	2
				Mais vivências/experiências	13
				Vida mais relaxada e calma	2
				Maravilhoso	1
				Viver com qualidade	5
				Aproveitar as coisas simples da vida	1
				Tranquilidade	2
				Segurança	1
				Mais conhecimentos sobre si próprio	2
				Gratidão	1
				Saber que o que fiz durante a vida valeu a pena	1
				Mais tempo para fazer o que se gosta	3
				Uma conquista	1
				Maior equilíbrio eterno	1
				Direito a descanso	1
				Atingir o objetivo de vida	1
				Idade de reforma	1
				Evolução	1
			Aceitação	Ter vivido e continuar a viver como se fosse o último dia	3
				Ter uma vida digna	1
				Perspetiva mais abrangente da vida e do mundo	1
				Aceitar as limitações	6
				Ganhar consciência da proximidade do fim	1
			Processo biológico	Terminar o caminho da vida	2
				Ciclo da vida	17
				Algo natural	12
				Processo contínuo e gradual	1
				Processo de mudanças biopsicossociais	2
			Não sei	Processo degenerativo resultante da idade	1
					6

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre se Portugal está preparado para o aumento da esperança média de vida, a grande maioria (86,7%) dos inquiridos refere que não. Adicionalmente, quando se pergunta se consideram importante planear a reforma, as opiniões são bastante claras, uma vez que 97,0% considera que sim é importante. Todavia, apenas 46,8% dos inquiridos já planeou e/ou pensou a sua própria reforma, o que se torna curioso, visto que a idade-alvo deste questionário já se encontra relativamente perto da idade da reforma e por os próprios considerarem importante este planeamento.

No que diz respeito aos sentimentos que surgem quando se pensa no período da reforma, 146 pessoas referem que sente preocupação, porém 53 mencionam o contrário

Gráfico 15 - Sentimentos quando se pensa na reforma



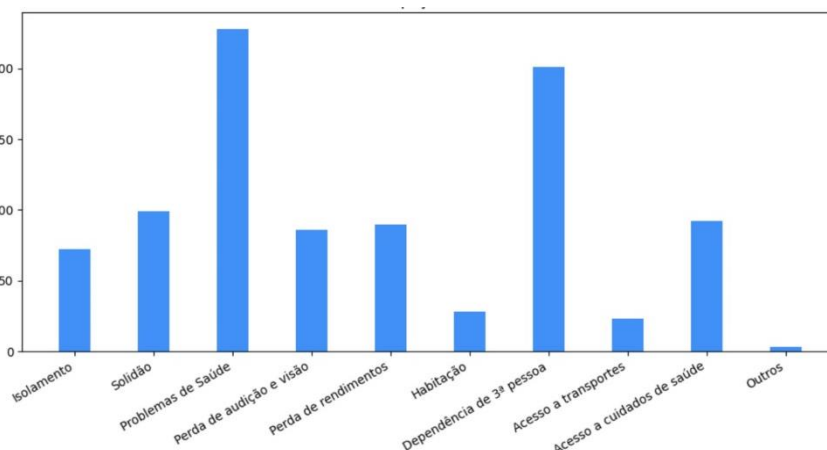
Fonte: Elaboração Própria

despreocupação. 130

mencionam que sentem descanso, 80 referem conforto, por outro lado 73 sentem ansiedade quando pensam neste tema. O sentimento de alegria é selecionado por 53 pessoas, bem como o sentimento de alívio. Todavia, 46 participantes têm medo desta fase. Nervosismo e orgulho são mencionados por 37 inquiridos.

Já no que toca às preocupações, ter problemas de saúde foi a mais selecionada, 228 pessoas selecionaram esta opção, seguindo-se a dependência de 3ª

Gráfico 16 - Preocupações quando se pensa na reforma



Fonte: Elaboração Própria

mencionada por 201 participantes. 90,5% da

população inquirida considera que durante a reforma irá ter mais tempo para a família.

Todavia, na questão aberta “*quais são as suas expectativas para este período?*”, 65 participantes mencionaram que não têm ou “*(...) ainda não pensei nisso*”. De qualquer das formas foi possível dividir quatro subcategorias: desejos, saúde, (expectativas) positivas e negativas. Assim sendo, os participantes gostariam de passar a velhice a “*(...) fazer viagens e passear*”, “*(...) descansada*”, “*(...) conseguir ajudar os familiares (...) e dedicar tempo à*

família”, “(...) *a realizar atividades de lazer (...) e voluntariado*”, gostariam também de “(...) *ter um ritmo de vida mais tranquilo*”, prezam bastante a saúde, isto é, têm como expectativa ter saúde para poder realizar as atividades que gostam. Por outro lado, 14 inquiridos referem que as expectativas que têm para este período “(...) *não são boas*”.

Assim sendo é perceptível a vontade das pessoas inquiridas em aproveitar o período da reforma para viajar e passear, visto que com a vida familiar e a vida profissional durante a vida adulta não permite que isto aconteça com tanta frequência. Neste sentido, de acordo com Moura e Souza (2012) para manter o bem-estar psicológico e social as atividades de lazer possuem um papel importante, bem como para trazer benefícios para a saúde cognitiva da pessoa idosa. Realizar atividades em grupo são igualmente importantes, pois para além do anteriormente mencionado permite a aquisição de conhecimentos. O conceito de turismo sénior diz respeito ao “lazer fora dos espaços do quotidiano, deslocação prolongada no tempo, mais de 24 horas, menos de um ano, e uma nova relação com outro lugar e outro tempo” (Cavaco, 2009: 34). Assim sendo, o Turismo Sénior poderá vir a ser uma resposta para responder às necessidades emergentes da sociedade, dando mais qualidade de vida às pessoas idosas. Para que tal seja possível, é necessário ter em linha de conta duas questões, por um lado as características sociodemográficas, visto que a população sénior é heterogénea, houve uma alteração nas dinâmicas familiares, mudanças culturais e cada indivíduo tem as suas motivações e interesses quando toca a viajar (Moniz et al., 2019). Por outro lado, as pessoas idosas poderão (ou não) ter limitações físicas, sendo necessário existir instalações, infraestruturas e serviços que respeitem as condições de acessibilidade para que o Turismo Sénior seja inclusivo (Lopes, 2018).

Quadro 4 - Matriz de categorização para a pergunta aberta "*quais são as suas expectativas para este período (reforma)?*"

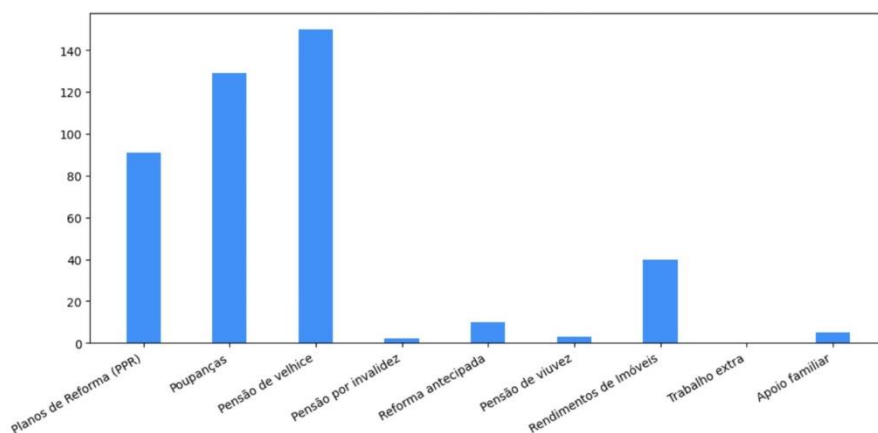
Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Expectativas para o envelhecimento	Envelhecimento	Expectativas	Desejos	Ter condições financeiras	11
				Fazer viagens e passear	22
				Com dignidade	1
				Com qualidade de vida	9
				Realizar atividades de lazer	13
				Descansada	19
				Ter mais tempo	12
				Ajudar os familiares/dedicar tempo à família	16
				Viver bem	1
				Aproveitar o tempo	1
				Acesso a cuidados básicos	2
				Felicidade	4
				Mais vida espiritual	1
				Mais contacto com a natureza	1
				Frequentar espaços de convívio	1
				Fazer voluntariado	5
				Existir formas de acolhimento mais inclusivas	1
				Chegar a esta etapa	1
				Ajudar quem precisa	1
				Não ficar só	1
				Ter casa na terra natal	1
				Realizar novos projetos	2
				Ter uma vida com acesso a cultura	1
				Continuar a viver na própria casa	4
				Fazer o que gosta	7
				Estudar	1
				Ter ajuda de família	2
				Economia estável	1
				Adaptação às circunstâncias	1
				Realizar jardinagem/horticultura	3
				Ir para um lar	2
				Continuar a trabalhar	1
				Valorização pessoal	2
				Desenvolvimento de competências	1
				Relacionamentos	10
				Autonomia	13
				Ritmo de vida tranquilo	24
			Saúde	Com saúde	32
				Ter saúde mental	3
				Cuidados de saúde	3
				Ter mais cuidados com a saúde	1
			Negativas	Depender de terceiros	1
				Trabalhar doente	1
				Não são boas	14
				Receio	1
				Preocupação	1
			Positivas	Excelentes expectativas	1
				Boas	12
				Não tenho	65

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao sustento

no período da reforma, 75,3% das pessoas que responderam ao questionário referem já ter pensado neste tema. Assim sendo, importa referir que as respostas podiam ser cumulativas, isto é, os inquiridos podiam selecionar

Gráfico 17 - Sustento no Período de Reforma

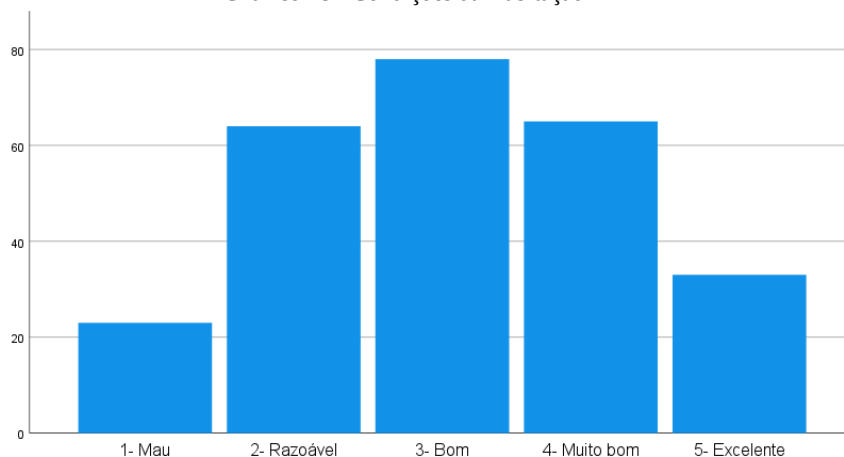


Fonte: Elaboração Própria

mais do que uma opção. Desta forma, 150 mencionam que irão viver da pensão de velhice 129 pessoas referem ter poupanças, 91 pessoas possuem Planos de Reforma (PPR), 40 pessoas terão rendimentos de rendas imóveis, 10 pessoas referem a reforma antecipada, 5 inquiridos terão apoio familiar e 3 pensão de viuvez. Ninguém aborda trabalho extra.

Gráfico 18 - Condições da Habitação

No que concerne às alterações na habitação a pensar no futuro, mais concretamente para melhorar as condições de vida na velhice, 80,2% da população inquirida ainda não realizou nenhum tipo



Fonte: Elaboração Própria

modificação. Porém, 38,8% já pensou em mudar ou efetivamente já mudou de casa para um maior conforto numa idade mais avançada. De uma forma geral, as pessoas que responderam a este questionário, consideram que as casas têm relativamente boas condições de habitabilidade, visto que 29,7% selecionou a opção “Bom”, 24,7%, selecionou a opção “Muito Bom” e 24,3% selecionou a opção “Razoável”.

Relativamente aos inquiridos que mencionaram que já tinham feito modificações na habitação, foram encontradas três subcategorias, estas são: alterações na casa de banho, onde estão presentes as unidades de análise “*alterar a casa de banho*” e “*trocar banheira por poliban*”; alterações estruturais, onde é mencionado “*todas as divisões no mesmo piso*”, “*casa preparada para cadeira de rodas*”, “*alteração das portas*”, “*quarto no R/C*”, “*espaços abertos*”, “*redução de bens supérfluos*”, “*climatização*” e “*segurança*”; e prédio, onde é referido “*elevador*” e “*rampas*”. Praticamente todas as opções mencionadas demonstram a preocupação com a falta de mobilidade no envelhecimento e, portanto, as alterações efetuadas são para permitir ter acessibilidade a todas as divisões e um maior conforto.

Quadro 5- Matriz de categorização para a pergunta aberta relativa às alterações na habitação a pensar na velhice

Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Expectativas para o envelhecimento	Habitação	Alterações na habitação	Casa de banho	Alterar a casa de banho	15
				Trocar banheira por poliban	19
			Estrutural	Todas as divisões no mesmo piso	12
				Casa preparada para cadeira de rodas	3
				Alteração das portas	1
				Quarto no R/C	2
				Espaços abertos	2
				Redução de bens supérfluos	1
				Climatização	1
				Segurança	1
			Prédio	Elevador	3
				Rampas	3

Fonte: Elaboração Própria

Quando questionados sobre, caso houvesse a possibilidade de deixar de trabalhar brevemente o que fariam, 169 consideraram a hipótese de realizar atividades ao ar livre, 135

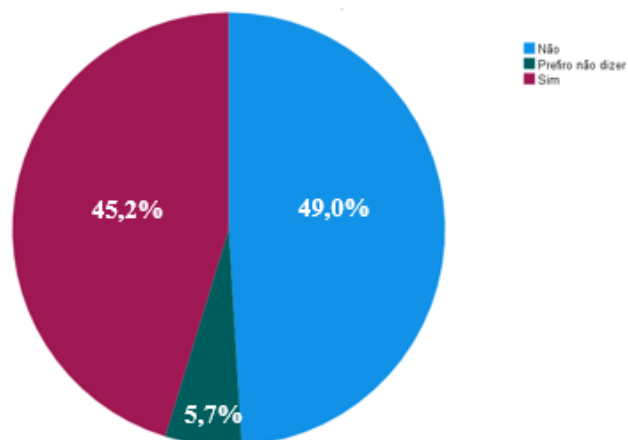


selecionam a opção de cuidar de familiares, 41 gostariam de criar um negócio e há também quem mencione a opção frequentar a universidade sénior.

6.4. Eixo 4 - Respostas para o Envelhecimento

Quando questionados se têm conhecimento sobre as diferentes respostas sociais para a velhice, 45,2% responde positivamente, 49,0% não conhece e 5,7% prefere não responder.

Gráfico 20 - Conhecimento sobre as respostas sociais existentes



Fonte: Elaboração Própria

As respostas mencionadas pelos participantes foram as seguintes:

Universidade Sénior, Associações de Base Local, Equipamentos Residenciais para Idosos, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Convívio, Residência Assistida e Centro de Noite

Quadro 6 - Matriz de categorização para a pergunta aberta relativa às respostas sociais

Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Respostas para a velhice	Respostas sociais			Universidade sénior	18
				Associações de base local	3
				Equipamento residencial para idosos	84
				Serviço de apoio domiciliário	56
				Centro de dia	46
				Centro de convívio	7
				Residência assistida	4
				Centro de noite	5

Fonte: Elaboração Própria

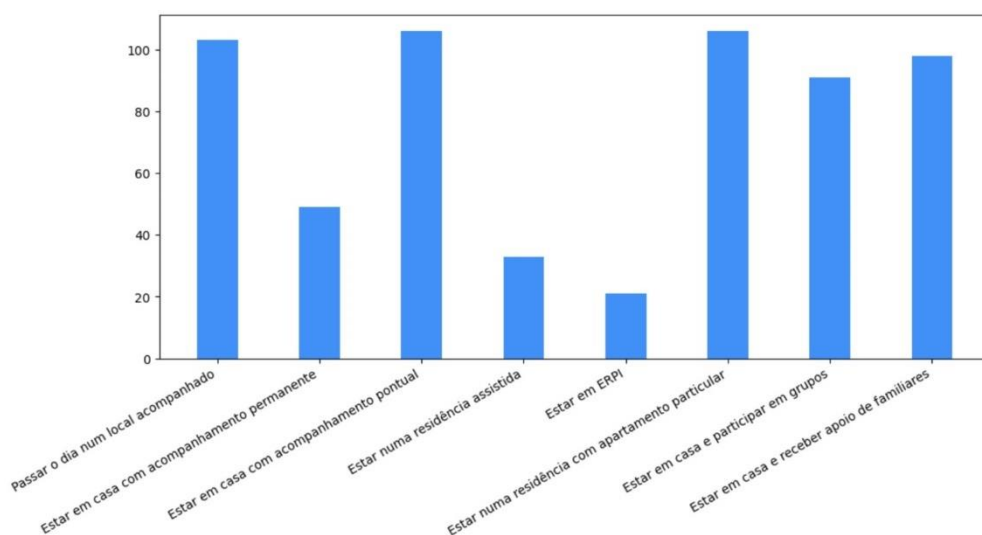
Porém, à pergunta “*via-se integrado em alguma resposta social para a velhice?*”, a maioria, isto é, 56,3% dos inquiridos responde que não. E, para complementar, 80,2% mencionam que estas respostas não vão ao encontro das necessidades apresentadas pela população idosa que as utiliza nos dias de hoje. Porém, 76,8% acredita que possuir algum tipo de apoio ou resposta social, como estar integrado num lar, num centro de dia ou possuir serviço de apoio domiciliário contribui para uma maior qualidade de vida. indo ao encontro do que Bazo (2004), Istoe et al. (2018) e Ribeiro & Paúl (2011) referem na literatura, uma vez que os autores consideram que as transformações sociais decorrentes do processo de envelhecimento resultam em alterações no perfil da geração dos “futuros idosos”. Portanto,

é essencial reavaliar as necessidades, interesses e características específicas desse grupo, o que acarreta significativas consequências para as estruturas familiares.

É possível observar estas mudanças dentro da família, uma vez que mais gerações conseguem coexistir durante mais tempo (Alarcão, 2000 & Bazo, 2004), e é necessário ter em consideração que reforma leva a uma reorganização das dinâmicas conjugais e individuais dentro do ambiente familiar, exigindo uma nova aprendizagem em relação à autonomia e dependência, gestão do tempo e qualidade dos vínculos intergeracionais (Alarcão, 2000). Os participantes do presente estudo demonstram a vontade de estar presentes e acompanhar os familiares no período da reforma (enquanto tiverem autonomia para tal), foi também possível verificar que as pessoas que desejam passar mais tempo com a família na reforma, sentem-se mais descansados quando pensam nesta fase da vida. Adicionalmente, 36,1% dos participantes neste estudo referem ter algum familiar a receber apoio de alguma resposta social e destes 73,7% consideram que estes familiares recebem o apoio necessário face às suas necessidades.

Relativamente às preferências a nível de respostas caso viessem a necessitar de apoio é possível verificar uma tendência para as opções que proporcionam mais privacidade. Neste sentido, as duas opções mais selecionadas com

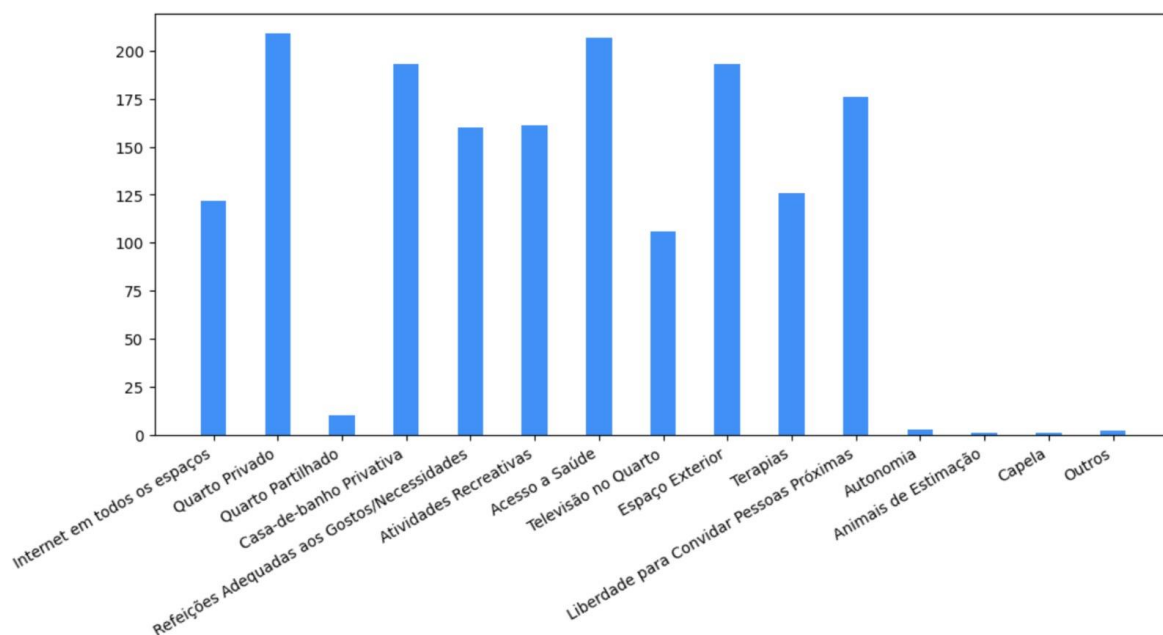
Gráfico 21 - Tipo de resposta preferenciais



Fonte: Elaboração Própria

106 participantes a escolher são: “*estar em casa com apoio pontual*” e “*estar numa residência com apartamentos particulares*”. De seguida, 103 pessoas selecionaram a opção de “*passar um dia num local e voltar para casa ao fim do dia*”, 98 preferem receber o apoio

Gráfico 22 - Preferências em caso de admissão em lar



Fonte: Elaboração Própria

de familiares, 91 gostariam de “*estar em casa e participar em grupos de convívio e de pertença*”, 49 participantes selecionam a opção “*estar em casa com acompanhamento permanente*”, 33 mencionaram a opção de “*estar numa residência assistida*” e apenas 21 referiram estar em ERPI (Equipamento Residencial para Idosos).

No que concerne às preferências caso tivesse de integrar uma instituição/residência sénior, é possível também verificar uma vontade clara para o que proporcionasse mais privacidade, como é o caso do quarto privado (com 209 pessoas a selecionar esta opção) e a casa de banho privativa (com 193 pessoas a selecionar esta opção). Os participantes também dão muito valor à questão de ter acesso a cuidados de saúde, visto esta opção ter sido mencionada por 207 inquiridos. O espaço exterior tem também significado, tendo sido mencionado por 193 participantes, seguindo-se a liberdade para poder convidar pessoas, com 176 votos. As atividades recreativas têm o interesse de 161 pessoas, já as refeições adequadas aos gostos/necessidades são referidas como importantes para 160 inquiridos. 126 gostariam de ter terapias e 122 dão preferência a ter internet em todos os espaços. Num número mais reduzido, há participantes que ainda mencionam a importância de ter autonomia (3), poder ter animais de estimação (1) e capela (1).

Tabela 3 - Preferência de Atividades de Vida Diária

Preferências Atividades de Vida Diária	N	%
Confeção de Refeições		
Realizar sozinho	154	58,6
Com a ajuda de um familiar/amigo	43	16,3
Com ajuda de uma entidade externa	66	25,1
Realizar a limpeza da casa		
Realizar sozinho	67	25,5
Com a ajuda de um familiar/amigo	56	21,3
Com ajuda de uma entidade externa	140	53,2
Fazer o tratamento das roupas		
Realizar sozinho	87	33,1
Com a ajuda de um familiar/amigo	48	18,3
Com ajuda de uma entidade externa	128	48,7
Ir às compras		
Realizar sozinho	137	52,1
Com a ajuda de um familiar/amigo	93	35,4
Com ajuda de uma entidade externa	33	12,5
Realizar a higiene pessoal (caso necessite)		
Realizar sozinho	201	76,4
Com a ajuda de um familiar/amigo	38	14,4
Com ajuda de uma entidade externa	24	9,1
Realizar e participar em atividades de lazer		
Realizar sozinho	134	51
Com a ajuda de um familiar/amigo	111	42,2
Com ajuda de uma entidade externa	18	6,8

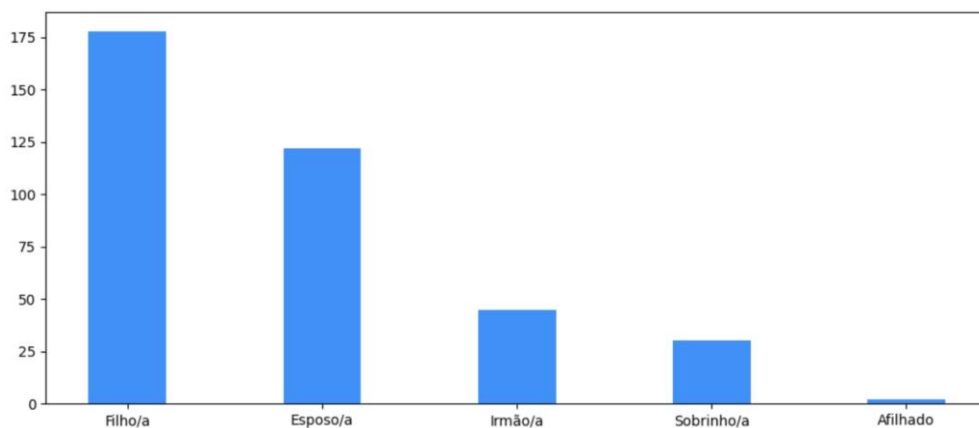
Fonte: Elaboração Própria

Relativamente à tabela anteriormente apresentada, é possível verificar que na maioria das categorias as pessoas preferem realizar as suas atividades sozinhas, sem ajuda, exceto a limpeza da casa e o tratamento da roupa, uma vez que preferiam a ajuda de uma entidade externa.

Importa ainda referir que também 76,8% tem expectativas que, durante a velhice, os familiares prestem algum tipo de apoio. Sendo que 178 inquiridos esperam que sejam os filhos a prestar este cuidado, 122 mencionam os cônjuges/companheiros, 45 participantes referem os irmãos, 30 consideram que os sobrinhos poderão ser os responsáveis por estes e 2 escolhem a opção afilhado/a.

Gráfico 23 - Familiares expectáveis para prestar apoio na velhice

Por fim, no que concerne à pergunta aberta “no seu entender, qual seria a melhor forma de passar a sua velhice?”, é possível observar um consenso entre os participantes, 57 gostariam de permanecer em casa, 56 a viajar e 49 voltam a mencionar a importância da saúde. É também referido o “(...) Ageing in Place” e “(...) envelhecer na comunidade”. Também gostariam de “(...) ter autonomia e independência” e fazer aquilo que gostam. Não obstante, apenas 12 pessoas referem a opção de ir para lar (Equipamento Residencial para Idosos).



Fonte: Elaboração Própria

Quadro 7 - Matriz de categorização para a pergunta aberta “no seu entender, qual seria a melhor forma de passar a sua velhice?”

Eixos de Análise	Dimensões	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise	Frequência
Respostas para a velhice	Melhor forma de viver a velhice	Local		Em casa	57
				Na comunidade	3
				Ageing in place	1
				Regresso à terra natal	3
				Num lar	12
				Uma casa à beira mar	7
				No campo/natureza	6
		Viajar e passear		A viajar	56
		Saúde		Com Saúde	49
		Positividade		Com positivismo	1
				Com alegria/felicidade	5
		Capacidade financeira		Ter capacidade económica	7
		Autonomia		Ter ajuda externa	10
				Ter autonomia/independência	22
		Atividades		Acesso a atividades culturais	1
				Aprender coisas novas	1
				Hobbies	4
				Com qualidade de vida	3
		Qualidade de vida		Sem preocupações	4
				Fazer aquilo que gosto	14
				Vida ativa	7
				Utilidade	4
				Fazer desporto	3
				Paz	3
				Amor	1
				Dignidade	4
				A descansar	14
				Acesso a espiritualidade	1
		Espiritualidade			
			Não sei		3

Fonte: Elaboração Própria

Em suma, os participantes demonstram uma clara vontade de permanecer em casa o maior tempo possível. De qualquer das formas, quando questionados sobre o que preferiam em caso de necessidade, as opções mais selecionadas passam por: “*estar em casa com apoio pontual*” e “*estar numa residência com apartamentos particulares*”. Através destas respostas, observa-se uma nítida vontade de manter a privacidade e continuar na sua comunidade. Em caso de ida para Equipamento Residencial para Idosos, a casa de banho e o quarto privados seriam fulcrais. Porém, de acordo com Bugalho e Grácio (n.d.: 79), ao habitar em estruturas residenciais tem-se uma realidade diferente, visto que são marcadas por “*escassa individualização, voz, calor humano, desenvolvimento e autorrealização, exercício efetivo de cidadania e de direitos elementares, reveladoras de uma lógica assistencialista de resposta a necessidades básicas*”. O que permite corroborar os dados obtidos ao longo deste estudo, visto que dos participantes que têm familiares integrados em lar, a grande maioria considera que estes familiares recebem o apoio necessário face às suas necessidades.

Em contexto de ERPI, segundo os mesmos autores, quando se fala de realização pessoal e dignidade das pessoas idosas, as mesmas encontram-se limitadas, tendo em conta que não se encontram oportunidades de desenvolvimento educativo, cultural e recreativo e também não existe um envolvimento relacional positivo e encorajador.

Para além de que, todo o processo de admissão em Equipamento Residencial envolve perdas, nomeadamente da sua casa, ou seja, existe uma privação da mesma, de suporte instrumental e emocional pela família, de afetividade nos relacionamentos e até mesmo da possibilidade de escolherem a sua alimentação, isto que é um fator importante para os inquiridos, visto que 160 pessoas mencionaram que gostavam de ter refeições adequadas aos gostos/necessidade.

Com tudo isto, tem vindo a surgir a necessidade de criar respostas, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população idosa e, portanto, em 2010, a Organização Mundial de Saúde criou o Programa “Global Network of Age-Friendly Cities and Communities” (GNAFCC), que em 2020 tinha já 114 cidades (Rémillard-Boilard et al., 2020: n.d). Este Programa tem como objetivo incorporar a população idosa nas suas comunidades locais. Mais concretamente, pretende que a população idosa tenha uma palavra a dizer sobre o que acontece nas suas áreas de residência e participam completamente na vida das suas comunidades, cidades e países. Adicionalmente, o principal intuito é que as pessoas idosas usufruam dos serviços num ambiente comunitário seguro (Age Friendly Ireland, 2014).

Para ser admitida neste programa, cada cidade deve:

- 1) *“concordar em partilhar e promover os valores e princípios da GNAFCC;*
- 2) *comprometer-se em desenvolver o seu trabalho seguindo um processo de quatro passos (envolver e perceber, planejar, atuar, medir);*
- 3) *participar ativamente na GNAFCC”* (Rémillard-Boilard et al., 2020: n.d.).

Tem-se como exemplo de cidades que aderiram a este Programa: Bruxelas, Manchester, Portland e Dublin.

As cidades estão a mudar a sua perceção relativamente à longevidade e estão cada vez mais preocupadas em adaptar-se às novas circunstâncias. Até a forma como se habita nas cidades está a ter a atenção de vários estudos e investigações. Existem variadas barreiras arquitetónicas que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas, nomeadamente a falta de elevador nos edifícios que não as permite sair de casa. As alterações dentro de casa também influenciam a qualidade de vida e a autonomia durante o envelhecimento, porém na análise das respostas ao questionário foi perceptível que a esmagadora maioria dos inquiridos (80,2%) ainda não fez qualquer tipo de alteração na habitação- Porém, quem já realizou obras a maioria fez alterações na casa de banho, mais concretamente a colocação de poliban. De acordo com Machado et al. (2012), é necessário conhecer as necessidades específicas das pessoas idosas e, posteriormente, realizar uma adaptação das estruturas já existentes ao invés de construir novos edifícios, tendo em conta a dimensão do parque edificado português e devido à escassez de recursos. As áreas que são necessárias analisar dizem respeito às condições habitacionais, de acessibilidade, de mobilidade, de segurança e de suporte à vida doméstica.

Todas estas questões são pertinentes para se poder identificar quais os ambientes promotores de autonomia de forma a permitir aos idosos manter-se nas suas habitações e integrados na comunidade e, também, perceber como é que o apoio social pode ser realizado em casa (Machado et al., 2012).

De seguida, serão apresentadas as correlações observadas, que permitiram realizar uma análise mais pormenorizada dos elementos que se relacionam entre si, sendo possível obter mais conclusões sobre o tema em estudo.

6.5. Correlações entre variáveis

Quadro 8 - Correlações entre as diferentes variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1 - Ter qualidade de vida	1																				
2 - Ser casado	0,104	1																			
3 - Ter filhos	-0,064	0,398**	1																		
4 - Habilitações literárias	0,089	-0,141	-0,199**	1																	
5 - Tempo gasto na internet (por dia)	-0,03	0,171*	0,077	-0,051	1																
6 - Ter mais tempo com a família durante a reforma	-0,048	0,176**	0,084	-0,013	0,026	1															
7 - Planeamento da reforma	0,243**	0,114	0,005	-0,049	0,026	-0,008	1														
8 - Ter cuidados de saúde	0,43**	-0,056	-,145*	0,085	0,093	0,015	0,101	1													
9 - Internet em todos os espaços (em ERPI)	0,103	0,012	-0,084	0,220**	-0,052	-0,088	0,03	0,117	1												
10 - Ter quarto privado (em ERPI)	0,009	0,09	0	0,092	0,052	-0,004	0,08	-0,003	0,190**	1											
11 - As respostas sociais fazem face às necessidades atuais	0,194**	0,036	-0,035	-0,136*	0,019	0,096	0,166**	0,141*	0,074	-0,126*	1										
12 - As respostas sociais respondem às necessidades dos familiares integrados em respostas sociais para a velhice	0,126*	0,064	0,064	0,014	0,047	0,113	0,217**	0,032	0,029	0,016	0,224**	1									
13 - Ter familiares integrados em respostas sociais para a velhice	0,071	0,051	0,062	-0,032	0,006	0,135*	0,168**	0	-0,019	0,018	0,177**	0,895**	1								
14 - Via-se integrado em respostas sociais para a velhice	-0,056	0,022	0,044	0,069	-0,173**	0,05	0,003	-0,119	-0,098	-0,007	0,005	0,143*	0,169**	1							
15 - Conhecimentos das respostas sociais para a velhice	0,082	0,063	-0,049	0,017	-0,065	0,121	0,210**	0,005	-0,097	0,009	0,167**	0,300**	0,352**	0,303**	1						
16 - Alterações na habitação	0,088	0,023	-0,016	0,103	-0,031	0,158*	0,129*	0,038	0,074	0,055	-0,009	0,193**	0,176**	0,062	0,185**	1					
17 - Ter hobbies	0,121	-0,041	0,064	0,082	0,033	0,014	0,052	0,204**	0,074	0,160**	-0,014	0	0,15	-0,069	0,012	0,042	1				
18 - Sentimento de preocupação	0,007	-0,001	0,014	0,129*	-0,036	-0,108	-0,02	0,074	0,142*	0	0,022	0,003	0,02	0,002	0,06	0,024	-0,036	1			
19 - Sentimento de descanso	0,051	0,056	0,049	-0,044	0,061	0,139*	0,171**	-0,048	-0,066	0,107	0,12	0,087	0,069	0,002	0,062	-0,024	-0,029	0,186**	1		
20 - Ter receio de ter problemas de saúde na velhice	0,023	0,001	0,026	0,055	-0,04	0,064	0,076	0,028	0,073	0,189**	-0,03	0,037	0,053	0,029	-0,004	-0,039	0,119	0,055	0,141*	1	
21 - Passar o dia num local e voltar para casa	0	-0,012	-0,038	0,031	-0,128*	-0,059	-0,128*	-0,016	0,019	-0,113	0,071	0,006	-0,032	0,141*	-0,009	-0,072	-0,077	-0,081	0,001	0,039	1

Fonte: Elaboração Própria

Com o intuito de se verificar a correlação entre as diferentes variáveis, foi utilizada a correlação de Pearson, que mede o grau da correlação linear entre duas variáveis de escala métrica (Martins, 2014). Este coeficiente é representado por ρ e assume apenas valores entre -1 e 1. Neste sentido, a relação linear entre duas variáveis indica que o aumento de uma variável está relacionado com o aumento da outra variável. Na prática, quanto mais perto

das extremidades (-1 e 1) maior é a força da correlação, quando o valor está perto de 0 significa que a correlação é fraca.

Existem correlações entre variáveis que, à partida, são relativamente fáceis de compreender e de origem facilmente explicável, como por exemplo, ser mais comum as pessoas casadas terem filhas que pessoas não casadas ($r=0.398$).

É possível ainda verificar que há correlações entre variáveis que à partida não fazem muito sentido, como por exemplo, existe maior probabilidade de pessoas que sentem preocupação face à reforma sentirem também descanso.

Existem ainda as correlações que são o foco deste estudo e que dizem respeito a variáveis importantes do trabalho, como por exemplo, pessoas que têm familiares integrados em respostas sociais para a velhice têm maior probabilidade de achar que as respostas atuais fazem face às necessidades. Estes tipos de correlações permitem tirar-nos conclusões muito importantes e concretas sobre o problema em questão.

Adicionalmente, é importante referir que o critério de escolha de variáveis para este estudo de correlações foi baseado num misto entre variáveis que à partida serão extremamente importantes para analisar o problema em questão e outras variáveis categóricas que foram selecionadas pois tinham uma representação significativa na análise quantitativa feita anteriormente.

Relativamente às pessoas inquiridas que referem ter algum familiar a receber apoio de alguma resposta social para a velhice que consideram que os mesmos têm o apoio necessário face às suas necessidades está correlacionado com o conhecimento das respostas sociais existentes. Por outro lado, quem tem conhecimento destas acredita que é importante planear a reforma. Sendo assim possível concluir que as expectativas variam consoante as experiências obtidas ao longo da vida tal como o indica o estudo de Maio (2022: 18), “*as expectativas que cada um constrói sobre o envelhecimento são influenciadas pela idade. Quanto maior a idade dos participantes menos positivas são as expectativas*”. No entanto,

a mesma autora conclui que a *“existência de um bom suporte familiar leva a expectativas mais positivas”* (Maio, 2022: 19).

A escolarização revelou-se também como um motivo para as alterações da forma de envelhecer, tendo em conta que se observou que quem tem mais habilitações literárias sente-se mais preocupado quando pensa no período da reforma e, portanto, tem tendência para realizar o planeamento da mesma. O facto de ter mais habilitações literárias está diretamente correlacionado com gostar de ter acesso a internet em todos os espaços caso fosse integrado num Equipamento Residencial para Idosos e de acordo com Gil e Páscoa (2021), quem tem mais também se encontra mais motivado para aprender mais sobre as TIC. Indo também ao encontro do que Maio (2022) refere, isto é, o investimento na escolarização pode proporcionar melhores processos de envelhecimento. A autora reforça que as habilitações influenciam as expectativas e, portanto, quanto maior a literacia maior são as expectativas.

Não são apenas as pessoas com mais escolaridade que têm acesso às novas tecnologias, até porque todos os participantes têm acesso à internet e despendem algum tempo do seu dia para navegar e, neste sentido, as TIC (Tecnologias da informação e comunicação) estão a alterar a forma como se envelhece. De acordo com Gil, Melrinhos e Patrício (2019), nos dias de hoje, os idosos com baixa escolaridade e residentes nas zonas rurais estão mais limitados no que toca ao uso das mesmas e também não têm interesse em aprender. Porém, os indivíduos com 55 a 64 anos já possuem mais competências digitais, isto é, um domínio razoável, vendo vantagens na utilização das mesmas para uma maior autonomia, envolvimento com os pares e diminuição do isolamento. Importa referir que a esmagadora maioria das respostas obtidas se encontram em zonas menos rurais e, poderá ter sido um fator para que todos os inquiridos respondessem afirmativos quando questionados sobre o acesso à internet. De acordo com Gil e Páscoa (2021), quem tem mais habilitações literárias estão mais motivados para aprender mais motivados para a aprendizagem das TIC.

Como se tem observado nos últimos tempos, as TIC fazem parte do dia-a-dia e a sua utilização tem vindo a crescer. Neste sentido, o crescimento demográfico também irá fomentar o aumento da procura relacionada com a aprendizagem das TIC, visto que as mesmas podem proporcionar um envelhecimento saudável e com mais independência. Isto

acontece porque nos tempos que correm, as tecnologias possuem um grande impacto, pois criam formas de aprendizagem e divulgação de conhecimento que proporcionam o aumento do bem-estar, da autoestima e de um envelhecimento mais ativo. Não obstante, a utilização das TIC permite que as pessoas idosas estimulem a cognição que, conseqüentemente, melhora o desempenho do treino cognitivo em diferentes valências. Desta forma, pode ser possível prevenir doenças degenerativas e fomentam momentos de treino que são essenciais para a saúde mental (Gonçalves & Gil, 2017). Todavia, nos dias de hoje, ainda existe um lapso nos Equipamentos Residenciais para Idosos no que toca ao acesso a internet em todos os espaços, algo que terá de se alterar ao longo do tempo, visto que as pessoas de meia-idade consideram fulcral numa resposta social.

Apesar de não existir uma resposta social ideal, uma vez que a população é muito heterogénea e, portanto, é difícil corresponder aos gostos e interesses de toda a população, a demanda de serviços é cada vez maior. Por conseguinte, este estudo permitiu identificar algumas características que as pessoas valorizam quando se aborda as respostas sociais.

Neste sentido, a sugestão passaria por aldeamentos/condomínios com estúdios de forma que as pessoas mantenham a sua privacidade e possam realizar as suas atividades de vida diária de forma autónoma, mas onde existissem espaços comuns para a realização de atividades e onde também existissem serviços de lavandaria, limpeza, alimentação, terapias, cuidados de saúde e as pessoas poderiam selecionar aquilo que fosse mais adequado para si próprio. Ainda neste âmbito, os estúdios podiam estar divididos tendo em conta o nível de cuidados pessoais e de saúde que a pessoa necessitasse.

Adicionalmente, seria pertinente existir um serviço que estivesse mais perto da comunidade para tentar manter a população idosa em casa durante mais tempo, indo ao encontro do *Ageing in Place*. Para tal, poderiam existir espaços nos bairros orientados para a longevidade, que promovessem, por um lado o envelhecimento ativo através de atividades de lazer, culturais, de turismo, de estimulação cognitiva e, por outro lado, conseguissem dar resposta às necessidades mais elementares como a alimentação, tratamento da roupa ou higiene habitacional, que correspondem a opções mencionadas pelos inquiridos para serem realizadas por uma entidade externa (ou seja, que não sejam realizadas pelos próprios ou por

familiares) . Para complementar, deveria existir um acompanhamento mais próximo entre os técnicos e todas as pessoas idosas residentes em cada localidade para que haja uma preparação do envelhecimento e um cariz preventivo, tendo em conta que a população idosa acaba por se encontrar mais isolada levando a situações limite, onde só existe intervenção na crise.

7. Conclusão

São notórias as alterações sociodemográficas presentes na sociedade e as implicações que têm tido, nomeadamente na organização das dinâmicas familiares, bem como na forma de envelhecer, visto que atualmente é um tema urgente a ser discutido face à sua representatividade.

O aumento progressivo da esperança média de vida e a diminuição de nascimentos têm sido os responsáveis pelo envelhecimento da população, sendo isto um resultado da evolução da civilização e, portanto, um produto cultural. Na plataforma PORDATA, foi possível observar que no ano de 1960 existiam, em Portugal, 708 569 pessoas com 65 ou mais anos, no ano de 2021 o valor aumentou para 2 424 122 pessoas com 65 ou mais, representando uma diferença significativa. Adicionalmente, verifica-se que as alterações do estilo de vida são um fator para que exista esta possibilidade de se viver mais anos, nomeadamente devido ao avanço da ciência e da tecnologia, mas também se verificam mais doenças crónicas que podem ser hereditárias ou decorrentes dos estilos de vida praticados.

Devido ao anteriormente mencionado surgem novos desafios a diversos níveis, como na sustentabilidade dos sistemas de saúde (Barros, 2022), na sustentabilidade dos sistemas de proteção social (Moreira et al., 2022) e no mercado de trabalho (Martins, 2022). Existem também mudanças ao nível do estilo de vida, sendo necessário repensar as tipologias das respostas sociais (Serrão, 2021).

Para tal as políticas públicas direcionadas ao envelhecimento têm um papel relevante, na medida em que promovem um envelhecimento com mais qualidade, sendo que foi nos anos setenta que se dá o despertar para as políticas de velhice, em Portugal, através do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, criou-se o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, do Instituto da Família e Ação Social. Porém, uma vez que Portugal é um dos países do contexto europeu, onde o processo de envelhecimento demográfico tem sido mais rápido e mais acentuado. Foi necessário criar um grupo de trabalho interministerial para apresentar uma Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, através do Despacho nº12427/2016 de 17 de outubro.

Assim sendo, o assistente social possui um papel importante na intervenção com idosos, visto que é o profissional que poderá pôr em prática as políticas em vigor e ser um potenciador de novas políticas que se adequem às necessidades que emergem com a evolução das sociedades. Para além disto, tem um papel pertinente na intervenção com este grupo da população, uma vez que é um facilitador de conexões com instituições e a comunidade, fortalece a independência pessoal e a autoestima dos idosos, combate o isolamento e fortalece os laços familiares.

O assistente social procura ainda identificar as necessidades sociais em várias esferas, envolvendo a pessoa idosa e incentivando-a a ser um participante ativo, para que possa desempenhar um papel central na sua própria intervenção.

É neste sentido que o assistente social tem um papel fundamental na reflexão e consequente reformulação das respostas sociais existentes, uma vez que acompanha a evolução da sociedade e as necessidades que vêm surgindo.

De forma a acompanhar e facilitar a reflexão, é necessário ter em linha de conta quais são as expectativas e desejos das pessoas que se encontram agora na meia-idade, isto é, que têm idades compreendidas entre os 40 e 60 anos, e que serão a próxima geração de população idosa, de maneira que se consiga responder de forma adequada às novas necessidades. Assim, este estudo concentrou-se na população que está atualmente na meia-idade, uma vez que representa a próxima geração a envelhecer, com o propósito de reavaliar como a sociedade pode responder às suas necessidades, considerando as suas expectativas e as mudanças sociais. Os objetivos específicos desta pesquisa incluíram a análise das atuais medidas sociais disponíveis para os idosos, a compreensão das expectativas das pessoas na meia-idade em relação ao cuidado residencial na terceira idade, a avaliação do impacto das novas tecnologias no processo de envelhecimento e a investigação sobre como o nível educacional afeta a preparação para a velhice.

Através deste estudo foi possível observar que a grande maioria dos inquiridos considera que as respostas, de facto, já não vão ao encontro das necessidades. Todavia, os participantes que têm familiares integrados em respostas sociais referem que as mesmas ainda respondem

às necessidades apresentadas pelos familiares idosos integrados, mas já não irão ao encontro das necessidades das próprias quando estas chegarem à idade da reforma.

As pessoas de meia-idade privilegiam a sua privacidade e o envelhecimento na comunidade, visto que gostariam de manter-se o maior tempo possível nas próprias habitações na sua área de residência. Adicionalmente, em caso de entrada em ERPI gostariam de possuir quarto privado, casa de banho privativa e acesso a cuidados de saúde ou então integrar residências com apartamentos particulares, isto é, estar num local com serviços 24 horas por dia, mas que pudessem realizar as atividades de vida diária em espaços privados e onde existisse também espaços comuns para a realização de atividades de grupo. Por sua vez, há também valorização dos espaços exteriores ao ar livre. Os participantes revelam também que têm como expectativa receber apoio dos familiares durante a velhice.

É notória a influência da internet nesta geração, uma vez que todos os participantes têm um telemóvel com acesso à mesma, logo em caso de virem a possuir algum tipo de resposta social é algo que não se pode descurar e, portanto, disponibilizar internet nos diferentes espaços. As novas tecnologias poderão vir a ser um meio para proporcionar um maior bem-estar às pessoas idosas ao possibilitar uma maior autonomia durante mais tempo.

Foi possível verificar ainda que quem tem mais habilitações literárias percebe de forma diferente o período da reforma e através das correlações é possível dizer que quem tem mais habilitações literárias gostaria de ter internet em todos os espaços se estivesse integrado em ERPI, mas também se sente mais preocupado com este período. Neste sentido, é mais provável que haja um planeamento por parte das mesmas para que se sintam confortáveis.

Nos dias de hoje, apesar de existir inúmeras respostas sociais para o envelhecimento, existe um *gap* entre as respostas sociais para as pessoas mais dependentes e as pessoas mais autónomas. Ou seja, as pessoas que se encontram no meio destas duas, que acabam por já revelar alguma perda de autonomia, mas que continuam a conseguir realizar algumas atividades de vida diária acabam por não conseguir encontrar serviços que vão ao encontro das suas necessidades.

Assim sendo, a sugestão passa por alterar o conceito dos equipamentos residenciais, criando uma espécie de condomínios, onde existam estúdios/apartamentos para manter a privacidade da pessoa, mas que tenha acesso, caso queira, aos serviços básicos como o acesso a refeições, higiene habitacional, lavandaria, terapias, atividades de lazer e culturais. Tal como nas *Lincoln Village Senior Living*, as pessoas poderiam escolher o tipo de estúdio consoante as suas necessidades. Acima de tudo, seria pertinente que a liberdade de escolha fosse mantida, tendo também permissão para a decoração do estúdio, para ter animais de estimação, o acesso à espiritualidade e escolha das refeições, visto que foram preferências demonstradas durante a aplicação do questionário.

Para além disto, a existência de serviços mais perto da comunidade seria de extrema importância, apesar de já existirem os Serviços de Apoio Domiciliário, os Centros de Dia e as Academias Sénior. Quando os Centros de Dia foram criados o objetivo seria que as pessoas pudessem estar num local para a realização de atividades que promovessem a autonomia e o bem-estar. Apesar de isso continuar a ser um guia orientador, e uma vez que as necessidades da sociedade assim o exigem, os Centros de Dia acabam por dar resposta a pessoas já com alguma dependência, impondo assim que as atividades sejam moldadas para essa população. Devido a isto, seniores ainda com alguma autonomia sentem que não se enquadram nestes locais, acabando por se isolar, visto não haver muitas respostas a este nível. As Academias Sénior poderiam ser uma opção, porém não conseguem responder às necessidades mais elementares das pessoas idosas. Seria pertinente que em cada bairro/localidade existisse um centro onde as pessoas pudessem frequentar de forma livre e espontânea, que promovessem a longevidade de forma ativa e saudável, através de diversas atividades de lazer, culturais, de turismo, de estimulação cognitiva, mas que, por outro lado, respondessem às necessidades elementares, como o fornecimento de alimentação e higiene.

Adicionalmente, devia existir um levantamento constante de todas as pessoas idosas residentes no local e um acompanhamento próximo entre os mesmos e o técnico de referência. Desta forma seria possível trabalhar com um cariz preventivo, visto que, atualmente, as pessoas recorrem aos serviços já em casos agudos, onde a dependência já é elevada, não permitindo realizar uma preparação para a integração nas respostas e, por vezes, a situação torna-se ainda mais complexa, pois as respostas encontram-se sem vagas.

Neste sentido, revela-se pertinente a mudança de paradigma, ou seja, a intervenção deve ser realizada de forma preventiva ao invés da intervenção na crise. Para tal, é necessário realizar um caminho progressivo tanto com as pessoas, bem como com os familiares e incutir desde cedo a preparação da reforma e os hábitos de vida saudável.

Por fim, relativamente às limitações do estudo pode dizer-se que dizem respeito à falta de preparação do período da reforma, isto é, grande parte da população que se encontra na meia-idade ainda não pensou e/ou planeou o seu envelhecimento e, devido a isto, sentiu mais dificuldade a responder a este questionário. Como pistas de investigação futura, sugere-se o aprofundamento sobre as novas tecnologias na promoção de autonomia e bem-estar, perceber de que forma os equipamentos sociais já existentes se podem adaptar e verificar como é que os bairros poderiam ser mais inclusivos para as pessoas, tendo também uma perspetiva dos profissionais.

Referências Bibliográficas

Age Friendly Ireland (2014). *Age Friendly Cities and Counties Programme Handbook*. Irlanda: Comissão Europeia.

Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares* (1ª ed.). Quarteto Editora.

APSS (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. Associação dos Profissionais de Serviço Social, Lisboa. Consultado a 14 jan. 2023. Disponível em: https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/06/CD_AS_APSS_Final_APSS_AssembGeral25-10-2018_aprovado_RevFinal.doc-1-converted-1-C%C3%B3pia.pdf

Arroteia, J. & Cardoso, A. (2006). O Envelhecimento da População Portuguesa: Responsabilidade Social e Cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3628>.

Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barbosa, C. (n.d.). Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia. *Exedra*.

Barros, P. (2022). Envelhecimento e despesas em saúde. In. H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Coord.). *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, Economia e a Sociedade* (1ª., pp. 75-91). Cascais: Príncípia Editora.

Bárrios, M. (2017). Políticas de Envelhecimento ao Nível Local: Análise e Avaliação de Programas a Partir do Paradigma do Envelhecimento Ativo. (Tese de Doutoramento para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais na Especialidade de Política Social). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese%20na%20%C3%8Dntegra%20MJB%C3%A1rrios.pdf>.

Batista, A. (2017). *Longevidade com Felicidade* (1ªed.). Lisboa: Bertrand Editora, Lda.

Bazo, M. (2004). *Envejecimiento y Familia*. *Arbor*, 178(702), 323–344. Disponível em: <https://doi.org/10.3989/arbor.2004.i702.570>.

Berger, L.(1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta

Blackie, N. (2010). *Designing Social Research* (2ª ed.). Cambridge: Polity Press.

Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário*. Lisboa: Nova Oficina Gráfica, Lda.

Botelho, A. & Branco, J. (2022). Declínio Funcional e fragilidade. In. H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Coord.). *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, Economia e a Sociedade* (1ª., pp. 41-52). Cascais: Príncípa Editora.

Brearley, C. (1975). *Social Work, Ageing And Society*. Reino Unido: Taylor and Francis.

Brizado, A., (2017). *Cuidar da Velhice em Humanidade: Como Regular a Atuação dos Serviços de Saúde* (Dissertação de Mestrado em Direito). Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/21908/1/Brizado_2017.pdf.

Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. *O Portal dos Psicólogos*. Consultado em 29 nov. 2022. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Caparrós, M. (1998). *Manual de Trabajo Social*. Alicante: Editorial Aguaclara.

Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Open Edition Journals*. 74, 113-131. Consultado em 2 nov. 2022. de: <https://journals.openedition.org/spp/1479>.

Carvalho, M. (2011). Serviço Social e Envelhecimento Ativo: Teorias, Práticas e Dilemas Profissionais. *Lusíada. Intervenção Social*, Lisboa, (38), 45-60. Disponível em: <https://doi.org/10.34628/evbk-p532>

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.

Cavaco, C. (2009). Turismo Sénior: Perfis e Práticas. Cogitur, *Journal of Tourism Studies*. 2(1), 33-64.

Correia, J. (2003). *Introdução à gerontologia* (1ª Ed.). Lisboa: Universidade Aberta.

Cruz, M.F da et al. (2017). Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 33(2):1-11. Consultado em 10 dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021916>.

De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. (2006). Loneliness and Social Isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of 37 Personal Relationships* (Cambridge Handbooks in Psychology, 485-500). Cambridge: Cambridge University Press. Disponível em: doi:10.1017/CBO9780511606632.027.

Despacho 12427/2016, de 17 de outubro. Diário da República n.º 199/2016 - Série II. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.

Dias, M. (1994). *O Inquérito por Questionário: Problemas Teóricos e Metodológicos Gerais*. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/104265>

Dieguez, C. (2020). *Em tempos de Isolamento Social. Isolamento Social e Solidão - Intervenções com base tecnológica na população idosa: Uma revisão integrativa da literatura*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/94574>

Faria, D., Oliveira, M. & Simões, J. (2012). Políticas Públicas de Defesa e Promoção dos Direitos dos Idosos. *Revista Portuguesa de Bioética*, (nº16), 67-79.

Faugier, J. & Sargeant, M. (1997) Sampling Hard to Reach Populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 790-797. Consultado a 3 abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x>.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A. (2005). Processos e Estratégias de Envelhecimento. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXV, 223-247. Retirado a 6 jun. 2023. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426540419009>.

Ferreira, D. (2021). Envelhecimento e Saúde Mental. In J. Pinto & H. Pinto (Coord.) *Envelhecimento Dimensões e Contextos*. (pp. 147-158). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Filho, C. (2021). *O Uso da Atividade de Física como Ferramenta no Combate ao Alzheimer*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada). Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, Braga. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/37537/1/203009371.pdf>

Fillenbaum, G. (1986) - *Troisième age et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle*. Genebra: OMS.

Flick, U. (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

Flores, F. et al. (2016). Qualidade da dieta entre idosos com arranjo familiar diferenciado na região do Vale do Sinos, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 13(2). Consultado em 10 dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v13i2.5687>

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico. In C. Paúl, & A. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (1ª., pp.65-80). Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para Valorizar. Guia de Boas Práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>.

Fonseca, A. (2021). *Meia-Idade* (1ª ed.) Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.

Fralda, L. (2014). *Envelhecimento Ativo e Serviço Social: Práticas de Envelhecimento Ativo e seu Reflexo na Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico de Idosos*. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humana e Sociais da Universidade de Lusíada, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11067/776>.

Fundação La Caixa (2023). *Apresentação do Programa Sempre Acompanhados*. Consulta a 23 fev. 2022. Disponível em: <https://fundacaolacaixa.pt/pt/sempre-acompanhados>.

Gama, A. & Dias, S. (2019). *Introdução Investigação Qualitativa em Saúde Pública* (1ª ed.) Lisboa: Almedina.

García, T. & Pelaéz, A. (2006). *Trabajo Social con Grupos*. Madrid: Alianza Editorial.

Gil, A. (2022). Os cuidadores (in)formais numa sociedade envelhecida. In. H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Coord.). *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, Economia e a Sociedade* (1ª., pp. 127-143). Cascais: Princípia Editora.

Gil, H. & Gonçalves, V. (2017). As tecnologias digitais – Apps – e as competências cognitivas dos adultos idosos. In *Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 12, Lisboa, 21-24 de junho - Atas. Lisboa: AISTI. p. 1466-1471. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.11/5672>.

Gil, H., Melrinhos, M. & Patrício, M. (2019). Envelhecimento e Tecnologia nos Territórios do Interior de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 299-306. Consultado a 24 jun. 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.11/7035>.

Gil, H. & Páscoa, G. (2019). Envelhecimento e Tecnologia: Desafios do Século XXI. In *14ª Conferência Ibérica sobre Sistemas de Informação e Tecnologias*, Coimbra, 19 – 22 junho 2019. Retirado de: <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6627>.

Gil, H. & Páscoa, G. (2021). Envelhecimento e tecnologias digitais: Um estudo exploratório em universidades seniores no interior de Portugal. In J. Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o*

envelhecimento. *Estudos interdisciplinares*, vol. II (63-74). Consultado a 23 fev. 2023. Disponível em: DOI: 10.34640/universidademadeira2021pascoagil.

Gineste, Y. e Pelissier, J. (2007). *Humanitude Compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Paris: Instituto Piaget.

Grácio, L & Bugalho, A. (2021). Envelhecimento, Cidadania, Direitos e Qualidade de Vida: Presente e Futuro. In E.C. Martins; J. D., Pereira & M.S. Lopes (Coords.), *Animação Sociocultural, Geriatria, Gerontologia e os Novos Paradigmas do Envelhecimento* (73-82). Consultado a 4 jun. 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/34320>.

Guerra, I. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo*. Cascais: Principia.

Harper, S. (2010). The capacity of social security and health care institutions to adapt to an ageing world. *International Security Review*, 63 (3-4),177-196.

Hudson, R. (2010). Contemporary challenges to Aging Policy. In R. Hudson (ed.), *The new politics of old age policy* (4;87). Maryland: The Johns Hopkins University Press.

Jacquard, A. (1986). *L´ Héritage de la liberté: de l´animalité à l´humanité*. Paris: Seuil.

Istoe, R., Manhães, F., & Souza, C. (2018). *Envelhecimento Humano em Processo*. Brasil Multicultural.

Jobim, E. & Jobim, F. (2015). Atividade física, Nutrição e Estilo de Vida no Envelhecimento. *UNOPAR Científica Ciências Biológica e da Saúde*, 17(4), 298-308.

Kirsch J., Love G., & Radler B. & Ryff C. (2019). Scientific imperatives via-a-vis growing inequality. *America. American Psychologist*, 74, 764–777. Consultado a 6 out. 2023. Disponível em: doi: 10.1037/amp0000481

Kotler, P. Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2021). Marketing 5.0. Tecnologia para a Humanidade; Desafios no Mundo Digital. (15-53). Lisboa: Almedina.

Lachman, M. & James, J. (1997). *Multiple Paths of Midlife Development*. The University of Chicago Press: Chicago

Lachman, M. (2001). *Handbook of Midlife development*. John Wiley & Sons: New York

Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331. Consultado a 29 nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>.

Lachman, M. (2015). Mind the Gap in the Middle: A Call to Study Midlife. *Res Hum Dev*. 2015;12(3-4): 327-334. Consultado em 9 set. 2022. Disponível em: doi: 10.1080/15427609.2015.1068048. Epub 2015 Aug 27

Lachman, M., Gerstorf, D. & Infurna, F. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75(4), 470–485. Consultado em 10 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/amp0000591>.

Laperrière, A. (2008). A Teorização Enraizada (Grounded Theory): Procedimento Analítico e Comparação e com outras Abordagens Similares. In R. Mayer, J. P. Deslauriers, A. P. Pires, J. Poupart, A. Laperrière & L. H. Groulx (Ed.), *A Pesquisa Qualitativa* (353-377). Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Lecovich, E. (2014) Aging in place: from theory to practice. *Anthropological Notebooks* 20(1), 21–33. Consultado a 24 abr.2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288116698_Aging_in_place_From_theory_to_practice.

Leite, L.E. de A. et al. (2012). Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol.*, 15(2): 365-380. Consultado em 10 dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200018>

Lemos. V. (2014). A influência da OCDE nas políticas públicas de educação em Portugal. (Tese de Doutorado para a obtenção de grau de Doutor em Políticas Públicas). Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/8434>.

Lincoln Village Senior Living (2023). *Lincoln Village*. Consultado em 23 jan. 2023. Disponível em: <https://lincolnvillageseniorliving.com/>

Lopes, J. A. (2018). *Turismo Sénior: hábitos, motivações e necessidades do turista sénior contemporâneo*. (Dissertação de Mestrado em Turismo de Interior – Educação para a Sustentabilidade, apresentada ao Departamento de Comunicação e Ciências Empresariais da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre). Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/28075>.

Machado, P., Pedro, B., Pácido, I., Rebelo, M., Cachadinho, C., Carvalho, A. & Zacarias, W. (2012). *Habitar e Envelhecimento*. In *Cidades e desenvolvimento - 2as. Jornadas de Investigação e Inovação*. Atas. Lisboa: LNEC. Disponível em: <http://repositorio.lnec.pt:8080/jspui/handle/123456789/1004635>.

Maio, I. (2022). *Expectativas em Relação ao Envelhecimento e Dinâmica Familiar: O suporte familiar influência o que esperamos do envelhecimento?* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/13172>.

Mari, F., Alves, G., Aerts, D. & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 19 (1). Consultado em 10 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>.

Martins, G. (2014). Coeficiente de Correlação Amostral. *Revista de Ciência Elementar*, 2(02), 1-2. Consultado a 14 jun. 2023. Disponível em: https://www.fc.up.pt/pessoas/jfgomes/pdf/vol_2_num_2_69_art_coeficienteCorrelacaoAmostral.pdf.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Martins, P. (2022). Envelhecimento e Mercado de Trabalho. In. H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Coord.). *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, Economia e a Sociedade* (1ª., pp. 93-105). Cascais: Princípia Editora.

Martins, R., Carvalho, N., Batista, S. & Dinis, A. (2021). Promoção do Envelhecimento Ativo em Idosos: Contributos do Investimento na Vida Pessoal. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología. 1(2), 135-144.
Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/2165/1935>.

Moniz, A., Santos, C., Ferreira, J., Tomás, L., Silva, O., Furtado, S., Medeiros, T., Vieira, V. (2019). *Perceção de Saúde, Atividades Preferidas e Satisfação com a Vida em Turistas Seniores no Destino Açores*. In Book of Proceedings, V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileira de Psicologia da Saúde, I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior (165-172). Faro, CIEO-Research Center for Spatial and Organizational Dynamics.

Moreira, A., Craveiro, D., & Matos, M. (2022). Envelhecimento e Segurança Social. In. H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Coord.). *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, Economia e a Sociedade* (1ª., pp. 107-124). Cascais: Princípia Editora.

Moreira, M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.

Moura, G., Souza, L. (2012). *Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice*. Textos & Contextos (Porto Alegre), 11 (1), 172-183.

Nazareth, J. (1995). Os grandes cenários da evolução do envelhecimento demográfico em Portugal no contexto da União Europeia até ao ano 2050. *População e Sociedade*. Porto: Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade, 5, 5-23.

Núncio, M. (2010), *Introdução ao Serviço Social: História, teoria e métodos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Oberg, M. et al. (2004) - *Changing worlds and the ageing subject*. Aldershot: Ashgate Publishing.

Olabuénaga, J. (2012). *Teoria Y Practica De La Investigacion Cualitativa*. Bilbao: Universidade de Deusto.

OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde*. Brasília: Organização Mundial da Saúde. Consultado a 13 jan. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

OMS (1998). *The World health report : 1998 : Life in the 21st century : a vision for all : report of the Director-General*. Geneva: World Helth Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42065>.

ONU (2022). *Envelhecimento*. Consultado em 10 dez. 2022. Disponível: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Osório, A. & Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Paul, C., & Fonseca, A. (Coord). (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Pani-Harreman, K., Bours, G., Zander, I., Kempen, G. & Duren, J. (2020). Definitions, key themes and aspects of ‘ageing in place’: a scoping review. *Aging & Society*, 41, 2026–2059. Consultado em 23 abr. 2023. Disponível em: doi:10.1017/S0144686X20000094.

Pereira, E., Teixeira, C. & Santos, A. (2012). Qualidade de Vida: Abordagens, Conceitos e Avaliação. *Revista brasileira de. Educação física e. esporte*. 26 (2) Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbefe/a/4jdhpVLrvjx7hwshPf8FWPC/?lang=pt&format=html>.

Pereira, M., Roncom, J. & Carvalho, H. (2011). Aspetos Psicológicos e Familiares do Envelhecimento. In Z. Azeredo (Coord.), *O Idoso como um Todo* (1ªed., pp. 102-130). Viseu: Psicosoma.

Pereirinha, J. (2008). *Política Social: Fundamentos da Actuação das Políticas Públicas*. Lisboa: Universidade Aberta.

Phaneuf. M. (2007). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Consultado a 10 out. 2023. Disponível em: http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/12/O_conceito_de_humanitude.pdf.

Pinto, H., & Francisco, R. (2021). Relações intergeracionais na família. In J. Pinto & H. Pinto (Coord.) *Envelhecimento Dimensões e Contextos*. (pp.230-240). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Póinhos, R.; Franchini, B.; Afonso, C.; Correia, F.; Teixeira, V.H.; Moreira, P.; Durão, C.; et al. (2009) Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: Metodologia e

resultados preliminares". *Revista de Alimentação Humana* 15 3: 43-60. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77953762029&partnerID=MN8TOARS>.

Population - Pyramid (2022). *Pirâmides de População*. Consultado em 10 dez. 2022. Disponível em: <https://population-pyramid.net/pt/pp/portugal>

PORDATA (2022). *Esperança de Vida e Mortes em Portugal*. Consultado em 6 dez. 2022. Disponível em: <https://www.pordata.pt/subtema/portugal/esperanca+de+vida+e+mortes-32>

Quaresma, M. (1988). Política de Velhice. Análise e Perspectivas. *Psicologia*. Vol. 2, 227-237.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gadiva.

Ranquet, M. (1996), *Los Modelos em Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Rémillard-Boilard, S., Buffel, T. & Phillipson, C. (2020). Developing Age-Friendly Cities and Communities: Eleven Case Studies from around the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 133. MDPI AG. Consultado a 24 jul. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010133>

Ribeirinho, C. (2013), "Serviço Social Gerontológico: Contextos e práticas profissionais" in M. Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

Ribeirinho, C., & Quaresma, M. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), pp. 29-49. Consultado a 13 jan. 2023. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900>.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lidel.

Rodrigues, I. (2013). *Envelhecimento Ativo e Encontro entre Gerações* (Tese de Mestrado, Departamento de Educação, Universidade de Aveiro). Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/12931/1/tese.pdf>.

Rodrigues, M. & Silva, P. (2012). A Constituição e as Políticas Públicas em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas, Número Especial, 13-22. Consultado a 20 jan. 2022. Disponível em: DOI:10.7458/SPP2016NE10347

Romão, A., Pereira, A. & Gerardo, F. (2008). *As Necessidades dos Cuidadores informais: Estudo na Área do Envelhecimento*. (1ªed.), Lisboa: CmykGloss Impressores, Lda.

Salgueiro, N. (2014). *Humanidade um imperativo do nosso tempo*. (1ª ed). Coimbra: IGM Portugal - Humanidade Lda.

Santos, R., et al. (2013). A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência*, (Série III), 37-48.

Serrão, I. (2021). Stakeholders in Pedroso, M. (Coord.). *Políticas Públicas na Longevidade*. Lisboa: Edições Santa Casa.

Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 20 (2) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>

Segurança Social. (2019). *Manual de Processos Chaves Estrutura residencial para Idosos*. Consultado a 20 set. 2022. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4

Segurança Social (n.d.). Manual de Processos-Chave – Centro de Dia. Consultado a 20 set. 2022. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_centro_dia_processos-chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Consultado a 20 set. 2022. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *RNCCI*. Consultado a 20 set. 2022. Disponível de: <http://www2.acss.min->

saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx.

Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e da família*. (1ª ed.) Loures: Lusociência.

Sixsmith A and Sixsmith J (2008) Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International* 32, 219–235. Consultado a 24 abr. 2023. Disponível em: DOI:10.1007/s12126-008-9019-y

Sousa, E. (1995). Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol*. Volume 64(4): 299-300.

Souza, C. (2006). *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Consultado em 5 nov. 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>

Walker, A. (2002). Ageing in Europe: Policies in harmony or discord?. *International Journal of Epidemiology*, 31,758-761.

Walker, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21 (1), 75-93. Consultado em 10 nov. 2022, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19197609>

World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.

World Health Organization (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.

Anexos

Anexo A) Questionário

01/08/23, 12:21

AS PESSOAS DE MEIA-IDADE: EXPECTATIVAS PARA A VELHICE

AS PESSOAS DE MEIA-IDADE: EXPECTATIVAS PARA A VELHICE

A presente investigação é realizada no âmbito do Mestrado em Serviço Social, pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa. O estudo destina-se a pessoas residentes em Portugal que se encontrem entre os 40 e os 60 anos, sendo que o objetivo é compreender quais são as suas expectativas para a sua própria vida quando chegarem à terceira idade. Com o intuito de se repensar uma resposta social que vá ao encontro das necessidades, desejos e expectativas da faixa etária que se encontra hoje entre os 40 e 60 anos. Pretende-se ainda verificar o impacto do avanço das novas tecnologias, nomeadamente no envelhecimento, bem como o impacto das habilitações literárias na preparação do mesmo.

Neste sentido, vinha solicitar a colaboração de todas as pessoas com as características anteriormente mencionadas, para o preenchimento deste questionário, que consiste na resposta às questões colocadas e que terá uma duração de cerca de 10 minutos. Peço que leia atentamente cada questão e responda a todas com sinceridade, revelando a sua perspetiva, sendo que não há respostas certas ou erradas. As respostas são anónimas e confidenciais. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente à investigação em curso e as suas respostas serão somente para tratamento estatístico.

Saliento a importância da sua participação para a concretização deste estudo.

Muito obrigada!

** Indica uma pergunta obrigatória*

Consentimento

1. Declaro que a minha participação no preenchimento do formulário é voluntária e informada. Tenho conhecimento que as minhas respostas serão anónimas e confidenciais. Os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para efeitos académicos e científicos. *

Se aceitar participar, escolha a opção "Sim". Caso não pretenda participar escolha a opção "Não".

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

Dados Sociodemográficos:

2. 1- Idade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 40-44 anos
☐ 45-49 anos
☐ 50-54 anos
☐ 55-60 anos

3. 2- Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Outra: _____

4. 3- Área de residência *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Aveiro
- ☐ Beja
- ☐ Braga
- ☐ Bragança
- ☐ Castelo Branco
- ☐ Coimbra
- ☐ Évora
- ☐ Faro
- ☐ Guarda
- ☐ Leiria
- ☐ Lisboa
- ☐ Portalegre
- ☐ Porto
- ☐ Santarém
- ☐ Setúbal
- ☐ Viana do Castelo
- ☐ Vila Real
- ☐ Viseu
- ☐ Açores
- ☐ Madeira

5. 4- Habilitações Literárias *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sem habilitações
- ☐ 1º ciclo
- ☐ 2º ciclo
- ☐ 3º ciclo
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-graduação
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

6. 5- Profissão *

7. 6- É abrangido por algum sistema de proteção social? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

8. 7- Se sim, qual?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Segurança Social
- ☐ Caixa Geral de Aposentações
- ☐ Outra: _____

9. 8- É casado? *

Marcar apenas uma oval.☐ Sim☐ Não

10. 9- Tem filhos? *

Marcar apenas uma oval.☐ Sim☐ Não

11. 10- Quem compõe o seu agregado familiar? *

Marcar tudo o que for aplicável.☐ Companheiro/a☐ Filho(s)/a(s)☐ Pai☐ Mãe☐ Sogro☐ Sogra☐ Tio/a☐ Outra: _____

12. 11- Cuida de algum familiar idoso? *

Marcar apenas uma oval.☐ Sim☐ Não

13. 11.1- Se sim, quem? (Pode escolher mais do que uma opção)

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Mãe

☐ Pai

☐ Sogro

☐ Sogra

☐ Tio/a

☐ Outra: _____

Estilo de vida

14. 12- Tem acesso à internet em casa? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

15. 13- Tem telemóvel com acesso à internet? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

16. 14- Quanto tempo, em média, gasta na internet por dia? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Menos de 1h

☐ 1h a 3h

☐ 3h a 5h

☐ Mais de 5h

17. 15- Considera que tem uma rede de amigos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

18. 16- Com que frequência costuma estar com os seus amigos por mês? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Nunca

☐ Raramente

☐ Ocasionalmente

☐ Frequentemente

☐ Muito frequentemente

19. 17- Costuma ter iniciativa para combinar algum tipo de atividade com os seus amigos? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

20. 18- Tem por hábito realizar atividades/hobbies nos seus tempos livres? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

21. 18.1- Se sim, que atividades realiza? (Pode escolher mais do que uma opção)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Ver televisão
- ☐ Ver séries/filmes através de plataformas de streaming
- ☐ Ir ao cinema
- ☐ Ir ao teatro
- ☐ Pintar
- ☐ Desenhar
- ☐ Estudar
- ☐ Fazer tricô
- ☐ Passear
- ☐ Ir à praia
- ☐ Outras atividades culturais
- ☐ Escrita
- ☐ Jogar à cartas
- ☐ Desporto
- ☐ Agricultura
- ☐ Outras atividades ao ar livres
- ☐ Jogar jogos online
- ☐ Cuidar dos netos
- ☐ Jardinagem
- ☐ Horticultura
- ☐ Espiritualidade
- ☐ Meditação
- ☐ Yoga
- ☐ Leitura
- ☐ Outra: _____

22. 19- Com que frequência faz exercício semanalmente? (Exemplo: ginásio, caminhadas, desportos individuais e/ou coletivos) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
☐ 1 a 2 vezes
☐ 3 a 4 vezes
☐ Mais do que 5

23. 20- Realiza uma alimentação cuidada e nutritiva? (Exemplo: inclui nas suas refeições frutas e legumes, carnes brancas e/ou peixe, cozidos e grelhados, etc) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Muito frequentemente
☐ Frequentemente
☐ Ocasionalmente
☐ Raramente
☐ Nunca

24. 21- Numa escala de 1 a 5 (onde 1 é mau 5 é excelente), como classifica os cuidados que tem pela sua saúde *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1- Mau
☐ 2- Razoável
☐ 3- Bom
☐ 4- Muito bom
☐ 5- Excelente

25. 22- Com que frequência vai ao médico anualmente? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Ocasionalmente
☐ Frequente
☐ Muito frequente

26. 23- Preocupa-se em cuidar da sua saúde agora para ter uma melhor qualidade de vida durante a velhice? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

27. 24- Acredita que os cuidados de saúde durante a meia-idade irão ter efeitos na velhice? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Talvez

28. 25- Alguma vez teve alguma patologia a nível de saúde mental? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Prefiro não dizer

29. 25.1- Se sim, qual?

30. 26- Já tomou alguma medicação a nível da saúde mental? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Prefiro não dizer

31. 27- O que é para si qualidade de vida? *

32. 28- De 0 a 10 (onde 0 é o mínimo e 10 o máximo) como considera a sua qualidade de vida? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10

33. 29- Receia que no futuro, mais concretamente na velhice, poderá perder qualidade de vida? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

34. 30- O que é para si perder qualidade de vida durante o envelhecimento? *

Expectativas para o envelhecimento

35. 31- O que significa para si envelhecer? *

36. 32- Considera que Portugal está preparado para o aumento médio da esperança média de vida? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

37. 33- Considera importante planear o pós reforma, durante a vida adulta? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

38. 34- Já pensou/planeou como vai ser a sua reforma? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

39. 35- Quais são os sentimentos que surgem quando pensa em reformar-se? (Pode escolher mais do que uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Medo
- ☐ Ansiedade
- ☐ Alegria
- ☐ Descanso
- ☐ Alívio
- ☐ Nervosismo
- ☐ Admiração
- ☐ Orgulho
- ☐ Preocupação
- ☐ Despreocupação
- ☐ Conforto
- ☐ Outra: _____

40. 36- Quais são as suas maiores preocupações durante a velhice? (Pode escolher mais do que uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Isolamento
- ☐ Solidão
- ☐ Problemas de saúde
- ☐ Perda de audição e visão
- ☐ Perda de rendimentos
- ☐ Habitação
- ☐ Dependência de 3ª pessoa
- ☐ Acesso a transportes para deslocações
- ☐ Acesso a cuidados de saúde
- ☐ Outra: _____

41. 37. Quais são as suas expectativas para este período? *

42. 38- Como imagina a sua vida familiar quando chegar à reforma? *

43. 39- Considera que durante a reforma terá mais tempo para estar com a sua família? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

44. 40- Em termos económicos, já pensou como irá ser o seu sustento? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

45. 40.1- Se sim, quais destas opções se adaptam a si? (Pode escolher mais do que uma opção)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Plano de reforma (PPR)
☐ Poupanças
☐ Pensão de velhice
☐ Pensão por invalidez
☐ Reforma antecipada
☐ Pensão de viuvez
☐ Rendimentos de rendas de imóveis
☐ Rendimento de trabalho extra (continuar a trabalhar depois da reforma)
☐ Apoio familiar
☐ Outra: _____

46. 41- Já fez alterações na sua habitação a pensar no futuro, mais concretamente para a altura da velhice? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Prefiro não dizer

47. 41.1- Se sim, quais?

48. 42- Já mudou ou pensou mudar de habitação para maior conforto na velhice? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

49. 43- Na escala de 1 a 5 (onde 1 é mau e 5 é excelente), considera que a sua casa tem boas condições para o seu futuro? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 1- Mau
☐ 2- Razoável
☐ 3- Bom
☐ 4- Muito bom
☐ 5- Excelente

50. 44- Num cenário hipotético, se deixasse de trabalhar amanhã para se reformar, como ocuparia os seus dias? (Pode escolher mais do que uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Visitar amigos
☐ Ler
☐ Fazer voluntariado
☐ Atividades ao ar livre
☐ Cuidar de familiares
☐ Dedicar-se a um hobby
☐ Criar um novo negócio
☐ Outra: _____

Respostas para a velhice

51. 45- Tem conhecimento dos diferentes tipos de respostas sociais existentes para a velhice? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Prefiro não dizer

52. 45.1- Se sim, quais?

53. 46- Via-se integrado em alguma resposta para a velhice? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

54. 47- Tem algum familiar/amigo que possui apoio de uma resposta para a velhice? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Prefiro não dizer

55. 47.1- Se sim, o mesmo tem o apoio necessário face às suas necessidades?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

☐ Prefiro não dizer

56. 48- Considera que as respostas atuais para a velhice que conhece vão ao encontro das necessidades apresentadas pela população idosa que as utiliza nos dias de hoje? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

57. 49- Considera que ter algum tipo de apoio/resposta (estar num lar, num centro de dia, ter apoio domiciliário, entre outros), poderá favorecer a sua qualidade de vida? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

58. 50- Se um dia viesse a necessitar de algum tipo de apoio, qual das opções escolheria: (Pode escolher mais do que uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Passar um dia num local e voltar para casa ao fim do dia
- ☐ Estar em casa com acompanhamento permanente
- ☐ Estar em casa com apoio pontual
- ☐ Estar numa residência assistida
- ☐ Estar num equipamento residencial para idosos (Lar)
- ☐ Estar numa residência com apartamentos particulares e espaços/serviços comuns
- ☐ Estar em casa e participar em grupos de convívio e de pertença
- ☐ Estar em casa e receber apoio de familiares e amigos
- ☐ Outra: _____

59. 51- Se fosse para uma instituição/residência o que privilegia? (Pode escolher *
mais do que uma opção)

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Internet em todos os espaços
- ☐ Quarto Privado
- ☐ Quarto compartilhado
- ☐ Casa de banho privativa
- ☐ Refeições adequadas aos gostos/necessidades
- ☐ Atividades recreativas
- ☐ Acesso a saúde
- ☐ Televisão no quarto
- ☐ Espaço exterior
- ☐ Terapias
- ☐ Liberdade para convidar pessoas próximas
- ☐ Outra: _____

60. 52- Selecione a resposta mais conveniente para si numa idade mais avançada: *

Marcar tudo o que for aplicável.

	Realizar sozinho	Com ajuda de um familiar/amigo	Com ajuda de uma entidade externa
Confeção de refeições	☐	☐	☐
Realizar a limpeza da casa	☐	☐	☐
Fazer o tratamento das roupas	☐	☐	☐
Ir às compras	☐	☐	☐
Realizar a higiene pessoal (caso necessite)	☐	☐	☐
Realizar e participar em atividades de lazer	☐	☐	☐

61. 53- Durante o período da velhice, tem expectativa que os seus familiares prestem algum tipo de apoio caso necessite? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

62. 53.1- Se respondeu sim, quem?

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Filho/a

☐ Esposo/a

☐ Irmão/Irmã

☐ Sobrinho/a

☐ Outra: _____

63. 54- No seu entender, qual seria a melhor forma de passar a sua velhice? *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários