



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Estudo dos preditores da intenção de *ageing in place*: Um estudo com a população 50+

Departamento de Educação

Mestrado em Gerontologia Social

2022, Raquel Inês Boucho Abrantes



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Raquel Inês Boucho Abrantes

Estudo dos preditores da intenção de *ageing in place*: Um estudo com a população 50+

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação
da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente do Júri: Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente: Professora Doutora Paula Maria Mendes da Costa Neves

Orientadora: Professora Doutora Maria Cláudia Perdigão Silva Mendes Andrade

Outubro, 2022

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Andrade, um sincero e especial agradecimento pela sua orientação, apoio e disponibilidade. Por ter sempre acreditado no meu trabalho e por todas as palavras de incentivo.

A todos os professores que contribuíram, significativamente, para o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a todos que acederam participar e fazer parte deste estudo, contribuindo para que o mesmo fosse possível.

Aos meus amigos e, em especial, à minha amiga Inês, pela força e palavras de apoio.

Os meus agradecimentos à minha família que, de forma direta e indireta, me ajudaram a concretizar este trabalho.

Ao Furtado, por toda a força que me deu ao longo da minha caminhada e por ter sempre acreditado em mim.

À minha irmã Sara, pelos conhecimentos partilhados desde início e apoio na conquista deste objetivo.

Ao João, pelo apoio incondicional, compreensão e interesse pelo meu trabalho. Obrigada pela força, paciência e amor.

Por último, sou eternamente grata à minha mãe, pois tudo o que sou a ela o devo. Por sempre acreditar no meu potencial e por todas as oportunidades que me deu na vida.

A todos, um agradecimento muito especial!

Estudo dos preditores da intenção de *ageing in place*: Um estudo com a população 50+

Resumo: Perante o cenário atual de envelhecimento populacional em Portugal, torna-se premente refletir sobre o modo de vida das pessoas mais velhas, sendo que a grande maioria vive nas suas casas e comunidades, manifestando a vontade de assim permanecer (Fonseca, 2021; Moreira, 2020). Esta perspetiva vai ao encontro do conceito *ageing in place*, que se caracteriza pela capacidade de os indivíduos envelhecerem no seu meio habitual de vida, o maior tempo possível, com segurança e conforto (WHO, 2015). O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores preditores na intenção de *ageing in place*, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que residam nas suas casas. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário, com recurso à adaptação para o contexto nacional, do estudo de Ahn, Kang e Kwon (2020). A amostra foi constituída por 256 indivíduos, com idades entre os 50 e 98 anos. Os resultados foram analisados com base no modelo da Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991) e indicam que as componentes norma subjetiva e controlo comportamental percebido, têm um papel significativo para a intenção de *ageing in place*. Também a dimensão relacional se revelou um bom valor preditivo da intenção de *ageing in place*, sobretudo, ao nível do preditor relacionamento social/comunidade. Apesar da natureza exploratória do estudo e do mesmo ter sido efetuado junto de amostra de conveniência, os resultados permitem refletir sobre os aspetos mais valorizados na intenção de *ageing in place*, sendo também apresentadas as limitações deste estudo e possíveis linhas de investigação futuras.

Palavras-chave: Envelhecer em casa e na comunidade, Teoria do comportamento planeado, Intenção de *ageing in place*

Study of predictors of intention of *ageing in place*: A study with 50+ population

Abstract: Given the current scenario of ageing population in Portugal, it becomes urgent to reflect on the way of life of older people, having a vast majority living in their homes and communities, expressing they will to remain that way (Fonseca, 2001; Moreira, 2020). This perspective aligns with the concept of ageing in place, which is described as the ability of individuals to age in their environment as safe and comfortable for as long as possible (WHO, 2015). The present study aims to identify the predictive factors of the intention to ageing in place, through the Theory of the Planned Behaviour model (Ajzen, 1991), of people aged 50 years and above, living in their homes. Data was collected using a questionnaire, adapted from Ahn, Kang and Kwon (2020) to the national context. The sample included 256 individuals, aged between 50 and 98 years old. The results showed that the components of the model, both subjective norm and control perceived behaviour, have a significant role on the intention of ageing in place. Apart from health, the remaining factors affected indirectly this intention, the relationship dimension proved to be predominant, above the social/community relationship predictor, which revealed to be the most significant one regarding the intention of people staying in their homes and communities. Using a convenience sample, selected through the non-probabilistic method, the interpretation of the results must be carried out with care. Also, the limitations of this study are presented as well as possible future lines of investigation.

Key words: Ageing in place, Theory of Planned Behaviour, Predictors, Intention of ageing in place.

Sumário

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
Lista de abreviaturas	8
Tabelas	9
Quadros	10
Figuras	10
INTRODUÇÃO	11
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1. Envelhecimento demográfico em Portugal	16
2. Envelhecer em casa e na comunidade.....	17
2.1. <i>Ageing in place</i> – Enquadramento conceptual	20
2.2. <i>Ageing in place</i> – Compreensão do conceito.....	21
3. Fatores que influenciam o <i>ageing in place</i>	24
3.1. Dimensão pessoal: Confiança na saúde e financeira.....	25
3.2. Dimensão estrutural: Satisfação com a habitação e vizinhança.....	27
3.3. Dimensão relacional: Conexão social e obrigações familiares	30
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	32
1. Enquadramento geral, modelo e objetivos	33
2. Amostra.....	35
3. Instrumentos.....	35
4. Procedimentos	39
5. Análise de dados	41

PARTE III – RESULTADOS.....	42
1. Apresentação dos resultados.....	43
2. Discussão dos resultados	60
3. Limitações e estudos futuros	70
PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS	89
Anexo A: Questionário	90
Anexo B: Parecer da Comissão de Ética do IPC.....	101
Anexo C: Email de solicitação para colaboração no estudo	103
Anexo D: Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do <i>Ageing in Place</i> - valor mínimo, máximo, médias, desvio-padrão, assimetria e curtose para cada item	104
Anexo E: Matriz de 6 componentes principais rodadas pelo método <i>Varimax</i>	106
Anexo F: Variância total explicada na Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do <i>Ageing in Place</i>	108
Anexo G: Escala de Intenção de <i>Ageing in Place</i> - valor mínimo, máximo, médias, desvio padrão, assimetria e curtose	109
Anexo H: Matriz de 4 componentes principais rodadas pelo método <i>Varimax</i>	110
Anexo I: Variância total explicada na Escala de Intenção de <i>Ageing in Place</i>	111
Anexo J: Correlações de <i>Pearson</i>	112

Lista de abreviaturas

1. AiP – Ageing in Place
2. CD – Centro de Dia
3. ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
4. ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra
5. INE – Instituto Nacional de Estatística
6. IPC – Instituto Politécnico de Coimbra
7. OECD – Organization for Economic Co-operation and Development
8. OMS – Organização Mundial de Saúde
9. ONU – Organização das Nações Unidas
10. RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
11. SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
12. TCP – Teoria do Comportamento Planeado
13. WHO – World Health Organization
14. WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – Bref

Tabelas

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O GÉNERO.....	43
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE	43
TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O EMPREGO	44
TABELA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TIPO DE LOCALIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA	45
TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TIPO DE RESIDÊNCIA	45
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO QUE VIVEM NA SUA HABITAÇÃO.....	46
TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA HABITAÇÃO	47
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA HABITAÇÃO.....	47
TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES HABITACIONAIS	48
TABELA 10: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O SEU DESEJO DE ENVELHECER EM CASA	48
TABELA 11: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O SEU ESTADO DE SAÚDE FÍSICA.....	49
TABELA 12: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O SEU ESTADO DE SAÚDE MENTAL.....	49
TABELA 13: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO DE AUTONOMIA FÍSICA DENTRO DE CASA	49
TABELA 14: DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O ESTADO DE AUTONOMIA FÍSICA FORA DE CASA ..	50
TABELA 15: DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS EM FUNÇÃO DO GÉNERO.....	54
TABELA 16: RESUMO DO MODELO DE VARIAÇÕES DA VARIÁVEL DEPENDENTE ATITUDE (AECC)	56
TABELA 17: ANOVA ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE ATITUDE (AECC)	56
TABELA 18: COEFICIENTES ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE ATITUDE (AECC).....	56
TABELA 19: RESUMO DO MODELO DE VARIAÇÕES DA VARIÁVEL DEPENDENTE NORMA SUBJETIVA (NSECC).....	57
TABELA 20: ANOVA ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE NORMA SUBJETIVA (NSECC)	57
TABELA 21: COEFICIENTES ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE NORMA SUBJETIVA (NSECC)	57
TABELA 22: RESUMO DO MODELO DE VARIAÇÕES DA VARIÁVEL DEPENDENTE CONTROLO PERCEBIDO (CCPECC) .	58
TABELA 23: ANOVA ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE COMPORTAMENTO CONTROLADO PERCEBIDO (CCPECC)	58
TABELA 24: COEFICIENTES ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE COMPORTAMENTO CONTROLADO PERCEBIDO (CCPECC) ...	58
TABELA 25: RESUMO DO MODELO DE VARIAÇÕES DA VARIÁVEL DEPENDENTE INTENÇÃO (IECC).....	59
TABELA 26: ANOVA ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE INTENÇÃO (IECC)	59
TABELA 27: COEFICIENTES ^a – VARIÁVEL DEPENDENTE INTENÇÃO (IECC).....	60

Quadros

QUADRO 1: QUESTIONÁRIO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE INFLUÊNCIA DO AGEING IN PLACE. ADAPTADO DE AHN, KANG & KWON (2020)	37
QUADRO 2: QUESTIONÁRIO DA ESCALA DE INTENÇÃO DE AGEING IN PLACE. ADAPTADO DE AHN, KANG & KWON (2020)	39

Figuras

FIGURA 1: MODELO CONCEPTUAL PARA A INTENÇÃO DE AGEING IN PLACE (AHN, KANG & KWON, 2020)	11
FIGURA 2: ADAPTAÇÃO DO MODELO CONCEPTUAL PARA A INTENÇÃO DE AGEING IN PLACE (AHN, KANG & KWON, 2020). FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.....	53
FIGURA 3: RESULTADOS DO MODELO DE INVESTIGAÇÃO. FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA	55

INTRODUÇÃO

Estudo dos preditores da intenção de *ageing in place*: Um estudo com a população 50+

O fenómeno do envelhecimento demográfico é uma realidade atual e inegável, particularmente em Portugal, sendo considerado um dos países mais envelhecidos do mundo (Fernandes, 2014). Estima-se que o envelhecimento da população seja mais acelerado em Portugal do que nos restantes países da União Europeia, prevendo-se que, daqui a três décadas, quase um em cada dois cidadãos, tenha uma idade superior a 55 anos (Eurostat, 2019).

Face à tendência acentuada para o envelhecimento populacional, torna-se inevitável questionar as perspetivas tradicionais sobre os modos de vida das pessoas mais velhas (Fonseca, 2020). Isto porque, atualmente, a maioria dos idosos portugueses envelhece nas suas casas e comunidades – *ageing in place* – verificando-se que apenas cerca de 4.2% vive em instituições de apoio social (Azevedo, 2020). Por sua vez, considerando as estatísticas que revelam o número de indivíduos que desejam permanecer nas suas habitações, esta questão torna-se ainda mais significativa. Vários autores defendem que a maior parte das pessoas mais velhas assume a vontade de envelhecer num lugar que já conhece e lhes seja familiar (i.e. nas suas casas e comunidades), pois a vida independente permite manter-lhes um sentido de autoconfiança, autocontrolo e autoestima positiva (Iecovich, 2014; Milligan, 2009; van Dijk, 2015). Assim, existirá um impacto positivo no bem-estar geral destas, desde que a sua situação de saúde assim o permita.

Deste modo, o *ageing in place* é cada vez mais motivo de interesse para a investigação, não só pela sua pertinência na atualidade, como também assume uma importância crescente na realidade portuguesa. Neste sentido, a literatura carece ainda de estudos que analisem os fatores que contribuem para que isso seja possível, de forma a explorar o significado de diferentes dimensões nesta tomada de decisão. Este estudo, pretende assim, contribuir para preencher esta lacuna. Várias abordagens têm sido utilizadas para enquadrar o conceito de *ageing in place*, verificando-se que o seu significado vai muito além do que é a sua tradução literal «envelhecer no lugar». De acordo com a Organização Mundial de Saúde, trata-se da capacidade de envelhecer e permanecer em casa e na comunidade, de forma independente e segura, o maior tempo possível (WHO, 2015a).

Grande parte da investigação sobre esta temática, foi realizada por diversos autores ao longo dos últimos anos, tendo sido explorados aspetos associados à manutenção da pessoa idosa no seu meio habitual de vida (Fernández-Carro, 2013; Greenfield, 2012; Iecovich, 2014); Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012; Pastalan, 1990; Pynoos, Caraviello & Cicero, 2009; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve & Allen, 2012). Na sua maioria, a literatura valoriza o *ageing in place* como uma resposta positiva na assistência aos mais velhos, com a articulação de respostas e serviços sociais e de saúde, enquanto alternativa a uma institucionalização precoce e/ou indesejada.

Já em Portugal, esta é uma questão debatida atualmente, sobretudo, por Fonseca (2018, 2020, 2021), porém, continua a ter pouca visibilidade pública, comparativamente à atenção atribuída às respostas residenciais. Por essa razão, a maioria destes estudos evidencia modelos e estratégias implementadas em Portugal, que se enquadram no paradigma do *ageing in place*, com o levantamento de boas práticas para um envelhecimento bem-sucedido em casa e na comunidade. Portanto, de acordo com o autor, este conceito requer uma abordagem interdisciplinar, que deve ser protagonizada pela Gerontologia, valorizando intervenções em diversos níveis: nacional, regional, comunitário e individual (Fonseca, 2021).

Quando se trata de escolher o local onde viver os últimos anos de vida, não deve ser tirado o poder de escolha àqueles que assim querem permanecer. Contudo, poderão existir diversas variáveis influentes nesta escolha. Por esse motivo, ampliar o conhecimento e respetiva discussão sobre esta temática em Portugal, torna-se emergente, visto ser um tema de especial relevo social. Ao se obter uma análise dos fatores que contribuem para as pessoas continuarem a envelhecer no seu meio, poderá ser fundamental para todos, desde profissionais a decisores de políticas públicas. Como também será vantajoso no desenvolvimento de novas alternativas ou modelos mais adequados às necessidades desta população. Nesta perspetiva, este trabalho de investigação pretende contribuir para o conhecimento dos fatores preditores da intenção de *ageing in place*, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que residam em casa.

Este trabalho está estruturado em duas partes distintas: I) Enquadramento teórico, onde é abordado o conceito de *ageing in place* na sua complexidade; e II) Estudo empírico, onde é apresentado o enquadramento geral do estudo e respetivos objetivos, bem como

o procedimento, instrumentos, amostra, apresentação e discussão dos resultados. Por último são apresentadas as conclusões, limitações do estudo e possibilidades para estudos futuros.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento demográfico em Portugal

Ao longo dos últimos anos, a população tem envelhecido a um ritmo bastante acelerado (Fernandes, 2001), sendo que um dos maiores desafios que a sociedade se depara é precisamente o envelhecimento demográfico. Este consiste nas alterações da distribuição etária de uma população com idades mais avançadas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002), podendo ser observado ao nível da estrutura populacional e valores de natalidade e mortalidade. Por sua vez, esta é uma tendência que tende a acentuar-se (Fernandes, 2014). Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015b), a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos de idade e ao se observar as Projeções de População Residente 2015-2080 (INE, 2017), estima-se que o número de pessoas idosas aumente de 2,1 para 2,8 milhões, enquanto o número de jovens diminua de 1,5 para 0,9 milhões.

O fenómeno do envelhecimento populacional é uma realidade atual e inegável, caracterizando-se, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), como uma das mais importantes transformações sociais do séc. XXI, com um impacto transversal em todos os setores da sociedade. À vista disso, Portugal não é exceção. Ao longo dos últimos anos, os indicadores sociodemográficos da população portuguesa reiteram este panorama, ao evidenciarem o constante aumento do índice de envelhecimento, da esperança média de vida e da proporção de pessoas idosas, face ao decréscimo do número de jovens. Segundo os dados da *Euromonitor International* (2019), Portugal já é considerado um dos países mais envelhecidos do mundo, ocupando o quinto lugar do pódio. Assim, de acordo com o relatório *Ageing Europe 2019*, estima-se que o envelhecimento da população seja mais acelerado em Portugal, do que nos restantes países da União Europeia, levando a que, daqui a três décadas, nenhum outro seja tão envelhecido. Isto é, perspetiva-se que, em 2050, cerca de 47% da população, tenha uma idade superior a 55 anos- quase um em cada dois cidadãos (Eurostat, 2019). Neste sentido, os dados reportados pelos Censos Provisórios 2021, revelam um duplo envelhecimento, visto existirem cerca de 182 pessoas idosas, por cada 100 jovens no país (INE, 2021).

Face a este panorama demográfico, surgem oportunidades e desafios, pois o envelhecimento é um processo caracterizado por mudanças biopsicossociais e, a par disso,

é influenciado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (WHO, 2015b). Embora o aumento da longevidade seja uma das maiores conquistas da humanidade, este é um processo que acarreta desafios à vida pessoal e coletiva, com impacto na vida das próprias pessoas idosas, famílias, comunidades e sociedade em geral. Daí ser decisivo existir abertura a novas práticas e modelos de envelhecimento sustentável, ajustados à realidade atual e também pensados para um futuro próximo (Dias & Rodrigues, 2012; Sobral, 2020; Vara, 2017). Como defendem Sousa, Patrão e Vicente (2012), os indivíduos, as famílias e as comunidades, não estão preparadas para aproveitar as oportunidades que advêm da velhice e, em contrapartida, enfrentar os desafios que têm surgido em torno do envelhecimento da população, pois, na sua maioria, estes resultam do facto deste processo não ser acompanhado de qualidade de vida. Portanto, a perspetiva do ciclo de vida exige um olhar atento às alterações e expectativas das pessoas, à medida que estas envelhecem (Bárrios, 2017).

2. Envelhecer em casa e na comunidade

Desde sempre que envelhecer em casa é a solução mais adotada para a generalidade da população idosa. De acordo com Tomasini e Alves (2007), a continuidade dos idosos nas suas habitações ou junto das suas famílias, deve ser encarada como uma alternativa para se envelhecer melhor, uma vez que estimula a manutenção de uma vida mais autónoma e saudável. Por outro lado, quanto maior o tempo de permanência em casa, o recurso a serviços institucionais (dispendiosos), será menor (WHO, 2007). Milligan (2009), entende que os idosos devem poder viver de forma independente, caso a condição de saúde assim lhes permita e disponham de uma habitação e suporte social adequados, ressaltando que este modo de vida contribui para uma maior autoconfiança, autocontrolo e autoestima. Todavia, as respostas sociais designadas à velhice, não devem ser menosprezadas. Em Portugal, as necessidades sociais da população são asseguradas pelas organizações do terceiro setor, em particular, pelas instituições de solidariedade social. As primeiras respostas universais destinadas a esta faixa etária, começaram a emergir após o 25 de Abril de 1974, com o contributo da ação social, através da criação de serviços e equipamentos, bem como, com a prestação de apoio económico, sob a forma de

reformas, pensões e subsídios (Guedes, 2014). No âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), as principais respostas dirigidas à população idosa, que se destacam pela sua representatividade, dizem respeito à Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Entre 1998 e 2018, estas registaram um desenvolvimento acentuado de 89% e uma evolução positiva, tendo o SAD obtido um maior crescimento, comparativamente às restantes e, de seguida, a ERPI (Ministério da Solidariedade, 2018). Contudo, em termos de oferta, constata-se que a maioria das respostas sociais voltadas para a institucionalização, envolvem custos e taxas de ocupação bastante elevadas, sendo estas destinadas apenas a uma parte da população idosa. De acordo com Vara (2017), é necessário investir em políticas concertadas de prevenção do envelhecimento, dado o baixo custo associado, para que, assim, as pessoas possam manter-se ativas e integradas nas suas casas e comunidades, o maior tempo possível. Fonseca (2020), partilha da mesma visão, referindo a necessidade de se garantir a manutenção da pessoa no seu meio habitual de vida. O autor ressalva que, apesar do SAD ser considerado uma grande fonte de suporte ao envelhecimento na comunidade, percebe-se a crescente necessidade de estas respostas serem mais capacitadas, no que concerne à prestação de serviços e recursos humanos. Por essa razão, é fundamental encontrar respostas alternativas e inovadoras, além das tradicionais, tendo em conta o envelhecimento crescente da população mais velha, isto porque, se as necessidades vão alterando de forma contínua, os serviços e recursos também necessitam de acompanhá-las, de modo eficiente (Metlife, 2013). Segundo Iecovich (2014), a maioria das pessoas mais velhas manifesta o desejo de envelhecer num lugar que já conhece e lhes seja familiar (i.e. nas suas casas e comunidades), bem como, permanecerem autónomas, ativas e independentes, junto da família e amigos (Rantz et al., 2005, *cit in* Iecovich, 2014). Esta vontade predomina também na realidade portuguesa, pois os indivíduos assumem a preferência de permanecer nas suas habitações à medida que envelhecem (Moreira, 2020) e, em contrapartida, o número de pessoas idosas institucionalizadas constitui uma minoria do total da população (Azevedo, 2020). Além disso, outros estudos demonstram que existe mais receio da institucionalização e da perda de independência, do que da morte (Metflife, 2013). Percebe-se assim que, o futuro passa por retardar ou evitar a

institucionalização precoce e/ ou indesejada dos indivíduos, com a garantia de respostas adequadas à sua funcionalidade, ao longo da vida.

Logo, ao observarmos o número considerável de idosos portugueses que vive e expressa a vontade de permanecer nas suas habitações, esta questão torna-se ainda mais relevante. Atualmente, apenas cerca de 4.2% das pessoas idosas vive em instituições de apoio social (Azevedo, 2020). Não obstante, como referido anteriormente, permanecer em casa é a preferência eleita pela maioria dos idosos atuais, mas também vindouros. Por esse motivo, é fundamental tornar esta possibilidade numa opção viável, com a promoção de ambientes amigáveis para todas as fases do ciclo de vida e a adaptação das respostas sociais e de saúde, direcionadas às especificidades das pessoas e dos respetivos contextos (Moreira, 2020). Torna-se assim inevitável questionar as perspetivas tradicionais sobre os modos de vidas das pessoas mais velhas (Fonseca, 2020), verificando-se ser crucial a adaptação dos próprios contextos ao perfil demográfico da população, quer ao nível da acessibilidade, habitação, transportes, espaços e edifícios públicos (Moreira, 2020). Porém, importa referir que, em Portugal, parte dos recursos comunitários, não reúnem as condições necessárias para um envelhecimento ativo e saudável (Bárrios, 2017). Portanto, são vários os desafios atuais neste âmbito, pois a nossa realidade reflete uma população cada vez mais envelhecida, com uma maior necessidade de modelos alternativos e respostas diferenciadas. Segundo o estudo realizado por Azevedo (2020), acerca dos modos de vida dos portugueses, constata-se que é fulcral promover a possibilidade de as pessoas continuarem a viver nas suas casas e participarem de forma ativa na sua comunidade, tendo por base a segurança, independência e conforto, bem como, assegurar a manutenção de espaços inclusivos, meios de transporte eficazes e, sobretudo, das próprias habitações, uma vez que estas devem ser adequadas e adaptadas às necessidades intrínsecas do processo de envelhecimento. Fernandes (2021), por sua vez, defende que, ao se contemplar o envelhecimento enquanto processo dinâmico, é percebida, conseqüentemente, a necessidade de se investir em respostas flexíveis e não estereotipadas, adequadas à variabilidade inerente a este fenómeno. Por isso, é fundamental perceber as práticas inovadoras que permitem às pessoas mais velhas continuarem a envelhecer nas suas casas, uma vez que se trata de um processo multidimensional e complexo (Martin et al., 2012).

Assim sendo, é primordial refletir, de forma integrada, sobre os desafios que surgem ao longo do processo de envelhecimento, considerando, de forma holística, as dimensões dos indivíduos, quer a nível pessoal, estrutural e relacional, com o intuito de se encontrarem soluções que garantam um envelhecimento bem-sucedido em casa e na comunidade.

2.1. *Ageing in place* – Enquadramento conceptual

A grande maioria das pessoas idosas envelhecem nas casas onde sempre viveram e manifestam a vontade de assim permanecerem, valorizando o seu conforto e independência (Azevedo, 2020; Fonseca, 2021; Moreira, 2020). Esta perspetiva vai ao encontro do conceito de *ageing in place* (AiP). Isto é, uma das definições mais comumente utilizadas em Portugal, em tradução livre, diz respeito a «envelhecer em casa e na comunidade». A análise da literatura permite-nos observar que este tem sido discutido de diversas formas ao longo do tempo, daí se verificar a existência de diferentes abordagens. Segundo Pastalan (1990), este termo traduz-se na capacidade de a pessoa idosa permanecer na própria habitação, mesmo quando padece de alguma necessidade crescente de apoio, como a viuvez, problemas de saúde ou perda de rendimentos (Pastalan, 1990 *cit in* Martin et al., 2012). Cutchin (2003, *cit in* Iecovich, 2014) adota uma perspetiva mais complexa do conceito, alegando que este diz respeito às alterações e dinâmicas que as pessoas mais velhas sofrem nas suas interações com o ambiente, a longo prazo (declínio funcional) e no seu quotidiano (condições de saúde e estado de humor).

De acordo com Pynoos et al. (2009), o *ageing in place* é defendido enquanto política emergente, que se centra na compreensão das mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento e no contexto em que a pessoa está inserida. Martin et al. (2012), partilham da mesma visão, inferindo que a manutenção da pessoa no seu meio habitual de vida, refere-se não apenas à habitação, como também a outras situações estruturadas na comunidade. Wiles et al. (2012), por sua vez, entendem que esta é uma expressão habitual na política de envelhecimento atual, que consiste em permanecer na comunidade com algum nível de independência, ao invés das instituições residenciais; visto que, a institucionalização se traduz numa mudança radical do meio físico e social

(Pereira, 2017). Sob a perspectiva de Tomasini e Alves (2007), as instituições exigem pouco dos mais velhos e encaram a incapacidade como um comportamento esperado do envelhecimento. Portanto, denota-se que a entrada para uma instituição poderá causar uma maior perda de autonomia, devido às mudanças nas rotinas diárias e estilo de vida, provocando uma rutura com o quadro de vida da pessoa anterior, bem como, com a comunidade onde se encontra (Fonseca, 2020). Daí, o *ageing in place* surgir como alternativa a uma institucionalização precoce e/ou indesejada.

Neste sentido, o conceito vai muito além do que é a sua tradução literal para a língua portuguesa «envelhecer no lugar». De acordo com a Organização Mundial de Saúde, trata-se da capacidade de envelhecer e permanecer em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, o maior tempo possível. Por outras palavras, corresponde a uma estratégia global cujo objetivo é combater o declínio da capacidade funcional, pois, muitas das vezes, este declínio exige aos idosos a transição para uma instituição ou a necessidade de adaptar a própria habitação (WHO, 2015a; 2015b).

2.2. *Ageing in place* – Compreensão do conceito

Dada a sua complexidade, o conceito de *ageing in place* pode ser analisado sob o ponto de vista de vários modelos teóricos. Exemplo disso é o Modelo Ecológico do Envelhecimento, proposto por Lawton, nos anos 70 do séc. XX, sendo que a sua teoria central é fundamentada na adaptação, ou seja, pretende explicar a adaptação dos idosos em relação aos seus ambientes, sendo isto mediado pela competência do indivíduo em lidar com a pressão ambiental (Tomasini & Alves, 2007). Este sustenta que os padrões de bem-estar, funcionamento e saúde da pessoa, estão articulados a uma interação de influências entre os recursos biológicos, comportamentais, físicos, sociais e ambientais, que envolvem a própria pessoa, as suas famílias e a comunidade onde se encontram.

Em contrapartida, para Oswald e Wahl (2005), a complexidade do termo deve-se, em grande parte, à amplitude e diversidade de significados que as pessoas idosas possuem sobre a sua casa, tendo observado que existia uma variedade de interpretações, as quais dificultam a compreensão do respetivo conceito. Perante isto, propuseram um modelo de investigação sobre os domínios do significado de «casa» na velhice, composto por

aspectos físicos, pessoais e sociais. Já Macedo et al. (2008) observaram que a história de vida de cada indivíduo, as suas interações com o ambiente, a qualidade destas e o afeto a elas associado, influenciam a configuração de um ambiente como preferido ou evitado, sendo que varia consoante o estado emocional das pessoas. Concluíram que, ao se considerar as características ambientais, existe uma melhor compreensão sobre os processos diferenciados de envelhecimento. Por esse motivo, Wahl, Iwarsson e Oswald (2012), desenvolveram um modelo integrado, que visava investigar os efeitos do ambiente físico, espacial e técnico, para se envelhecer bem. O modelo proposto abrange processos pessoa-ambiente e resultados de desenvolvimento (i.e. identidade, bem-estar e autonomia), associando o processo de envelhecimento individual ao papel do meio-ambiente.

O paradigma do *ageing in place* representa assim um desafio complexo e acrescido, considerando a diversidade de necessidades individuais, de acordo com as preferências e recursos que cada indivíduo possui, os quais vão alterando ao longo do processo de envelhecimento (Wiles et al., 2012). Além de que, abrange diversas questões, tais como: a situação socioeconómica, a comunidade e a dinâmica cultural, os serviços disponíveis, as condições habitacionais, entre outras (Martin et al., 2012)

Ao surgir a expressão *ageing in place*, esta foi, desde logo, associada ao conceito de envelhecimento saudável, pois abrangia a prestação de serviços ao domicílio, de forma a permitir uma vida mais autónoma e independente aos indivíduos. Desde essa época, face ao acentuado envelhecimento populacional, tem sido empregue na adoção de políticas relativas à habitação, serviços de índole social e prestação de cuidados domiciliários (Fernández-Carro, 2013). Outros autores (e.g. Bárrios, 2017; Fernandes, 2021) entendem que este conceito se encontra intimamente relacionado com o paradigma do envelhecimento ativo (*active ageing*), tendo em conta que ambos dizem respeito não só às necessidades, como aos direitos, desejos e aspirações da população. Para Fernandes (2021), este é um conceito inovador, quer na sua dimensão social como política, projetado num modelo de sociedade para todos, independentemente da idade, reconhecendo que exige uma intervenção holística, em que a sociedade sugere soluções, face à diversidade das necessidades funcionais ou sociais, procurando adaptar-se ao fenómeno do envelhecimento.

Subentende-se assim que, envelhecer na comunidade, permite às pessoas mais velhas permanecerem durante mais tempo independentes, autónomas e com as suas redes de suporte social ativas, bem como, evidencia ser favorável para os decisores políticos. van Dijk (2015), defende que o próprio termo tem implícita a ideia de que viver num ambiente familiar, tem um impacto benéfico no bem-estar das pessoas mais velhas em geral, permitindo-lhes continuar a ter experiências positivas nesta fase da vida. Por sua vez, envelhecer no lugar onde se encontram as principais referências da vida de cada pessoa, quer materiais como relacionais, é entendido por Fonseca (2020), como uma vantagem na preservação de sentimentos de segurança e familiaridade, sendo isto alcançado pela manutenção da autonomia e independência, bem como, pelo desempenho de papéis nos locais onde reside. O autor argumenta que, face às vantagens de recompensa emocional e de inclusão social associadas, é emergente encarar o *ageing in place* como uma opção de vida e não enquanto recurso, pois, este representa o desejo de envelhecer num ambiente familiar, que se adapte às alterações impostas pelo processo de envelhecimento e o facto de as pessoas poderem controlar a maioria dos aspetos relacionados com a sua vida.

Diante disto, observa-se que o *ageing in place* reflete uma mudança de paradigma, ao considerar a vontade das pessoas em permanecer no seu meio habitual de vida e caracterizando-se por um processo de adaptação: das soluções aos problemas, da comunidade às pessoas e dos serviços às necessidades; com impacto a nível social, psicológico e ambiental (Fernandes, 2021; Fonseca, 2020). Isto é, para compensar as mudanças associadas ao processo de envelhecimento, as pessoas têm a necessidade de residir em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário.

Trata-se assim de um conceito multidimensional, que envolve relações complexas entre aquilo que é objetivo e subjetivo, emoções e metas (Ahn et al., 2020). Não obstante, observa-se que este valoriza intervenções em diversas escalas: individual, comunitária, regional e nacional, requerendo uma abordagem interdisciplinar (Fonseca, 2021).

3. Fatores que influenciam o *ageing in place*

Ao longo dos últimos anos, o *ageing in place* é discutido na literatura de forma bastante ampla, uma vez que, a escolha de envelhecer em casa e na comunidade, envolve um conjunto de fatores que se relacionam entre si e, por conseguinte, uma interação de influências entre diversos aspetos, sob a complexidade do processo de envelhecimento, que, por sinal, é individual e heterogéneo.

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2002), o *ageing in place* compreende quatro dimensões: i) habitação; ii) serviços integrados; iii) transportes; e iv) bairro/comunidade, em que a pessoa está envolvida. Já Timmermann (2012), defende que este assenta em três fatores: i) viver na própria habitação traz recordações e um maior conforto; ii) as relações sociais com vizinhos e amigos; e iii) solução menos dispendiosa, dado que o idoso já possui casa e pode, sempre que possível, recorrer às suas redes primárias (família, amigos e vizinhos) (Timmermann, 2012 cit in Caçador, Ferreira & Carvalho, 2021). Por outro lado, Iecovich (2014) defende que este aglomera um conjunto de dimensões que se relacionam entre si: i) física (casa, aldeia, cidade onde reside); ii) social (relacionamentos e contatos interpessoais); iii) emocional/psicológica (sentimento de pertença e ligação ao lugar); e iv) cultural (valores, crenças sobre determinado espaço); pois o lugar (*place*) não se refere exclusivamente a um espaço físico como a habitação, mas sim um contexto que permite à pessoa preservar a identidade do “eu” e os significados da sua história de vida, mesmo que se encontre numa situação de incapacidade. Diante destas dimensões, é compreendido que, a decisão de continuar a viver no seu meio habitual de vida, implica considerar vários fatores. Assim, a promoção do *ageing in place* consiste em criar condições para que as pessoas com idade mais avançada permaneçam em casa, com conforto e qualidade de vida, sendo fundamental estabelecer prioridades e identificar alternativas que auxiliem a sua independência e comodidade (Martin et al., 2012). Segundo Greenfield (2012), para que o *ageing in place* seja possível, é necessário considerar os recursos comunitários, as estruturas já existentes ou que poderão vir a surgir, conforme as necessidades dos idosos, assim como, o desempenho de papéis nas suas comunidades, considerando-os agentes de mudança. Para Iecovich (2014), é necessário a criação de “*liveable communities*” (p.27) (comunidades habitáveis), quer isto dizer, correlacionar a estrutura social, o design físico

e as necessidades de todas as gerações que compartilham locais comuns. Existe, portanto, a premência das cidades adaptarem-se às necessidades de um número considerável de pessoas mais velhas e, segundo van Dijk (2015), as políticas facilitadoras do *ageing in place*, transportam a preocupação crescente da adaptação da pessoa ao ambiente na velhice. Moreira (2020), entende que o contexto ambiental e social em que a pessoa vive, condiciona os padrões e processos de envelhecimento, devido à ligação social entre as redes de vizinhança e amigos e atendendo aos recursos sociais e de saúde que existem. Enfatiza assim, a necessidade de os contextos de envelhecimento serem melhorados, quer na sua dimensão individual, como territorial. Para Fonseca (2021), alguns dos principais fatores que podem afetar a viabilidade de envelhecer em casa, consistem: na falta de acesso a bens e serviços; ausência das redes de suporte; falta de acessibilidade a atividades de aprendizagem e lazer.

Para perceberem a influência, direta e indireta, dos fatores preditores na intenção de *ageing in place*, Ahn et al. (2020) propuseram um modelo de pesquisa, agrupado em três dimensões: i) pessoal: que compreende a confiança na saúde e financeira; ii) estrutural: composta pela satisfação com a habitação e vizinhança; e iii) relacional: que aborda a conexão social e obrigações familiares. Partindo do pressuposto de que este é um conceito emergente quer para a literatura como de interesse público, existe a necessidade de analisar os fatores que poderão influenciar o *ageing in place*, em todas as suas dimensões, sob o ponto de vista pessoal, estrutural e relacional.

3.1. Dimensão pessoal: Confiança na saúde e financeira

Segundo o Modelo Ecológico de Lawton, os fatores de competência pessoal, foram identificados como influentes na decisão sobre o local onde envelhecer na velhice (Fernández-Carro, 2013). O declínio da saúde e da funcionalidade têm uma relação negativa com o *ageing in place* e, por outro lado, considera-se que a existência de maiores recursos financeiros tem uma relação significativamente positiva (Sabia, 2008). Portanto, os serviços sociais e de saúde, em contexto comunitário, são essenciais para a manutenção da independência e autonomia das pessoas idosas (WHO, 2007).

Com o avançar da idade, a saúde é encarada como um problema, uma vez que, as pessoas se encontram mais vulneráveis a patologias de várias ordens, quer degenerativas ou crónicas não transmissíveis (e.g. doenças cardiovasculares, diabetes, tumores e demências), levando ao agravamento das necessidades e procura de cuidados (Rosa, 2012). Além disso, o aumento da dificuldade de mobilidade, visão e audição, também associados ao envelhecimento, resultam geralmente numa perda progressiva de autonomia e, por conseguinte, numa maior dependência de apoio (Rosa, 2012). Ainda que o envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade sejam, normalmente, associados a uma carga negativa, devido ao aumento de casos com perda de autonomia e funcionalidade, relacionados com a idade (Fernandes, 2021); torna-se importante distinguir o envelhecimento normativo, do processo de envelhecimento fortemente influenciado por fatores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, estilos de vida desadequados e doenças (Pimentel & Silva, 2017). Neste sentido, Fonseca (2021) explica a necessidade de se compreender a existência de diversos perfis de envelhecimento, em termos de saúde, a que deverão corresponder diferentes aplicações do conceito de *ageing in place*: i) pessoas que desejam envelhecer na sua casa e que não enfrentam, de momento, problemas de saúde ou mobilidade; ii) pessoas que apresentam condições de saúde progressivamente incapacitantes (e.g. doenças crónicas como a diabetes) que acabarão por exigir apoios suplementares, para que possam permanecer em casa; e iii) pessoas que passaram por mudanças de saúde abruptas nas suas vidas e que necessitam de modificar as suas habitações e o seu modo de vida. Desta forma, para que as pessoas idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e continuarem a contribuir para a sociedade, é essencial primar por uma boa saúde, porque, além de se manterem independentes e autónomas, representam um importante recurso para as suas famílias e comunidades (Pimentel & Silva, 2017).

No que concerne às condições socioeconómicas, estas também se assumem como um fator significativo, associado ao desejo de envelhecer em casa e na comunidade, já que, as restrições financeiras, são uma das principais barreiras ao *ageing in place* (Dante, 2015). Isto porque, o custo de habitação, cada vez mais elevado, constitui um dos principais fatores que influencia a decisão sobre o local onde os idosos vivem, bem como,

a sua qualidade de vida, face à dificuldade de as pessoas adquirirem uma habitação mais adequada (WHO, 2007).

Por esse motivo, a relação entre os aspetos socioeconómicos e a saúde, tem sido enfatizada em diversos estudos, visto serem variáveis que determinam, em parte, o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade (Pimentel & Silva, 2017). Os autores argumentam que muitos dos benefícios sociais no combate à doença ou à melhoria das condições de saúde, podem ficar comprometidos por razões de ordem financeira. Assim, a possibilidade de envelhecer em casa está fortemente associada à condição financeira dos indivíduos e, por conseguinte, aos custos inerentes à entrada para uma instituição, sendo que o problema incide na diferença de rendimentos entre os idosos portugueses (Fonseca, 2021). Embora alguns autores (e.g. Horner & Boldy, 2008 *cit in* Pani-Harreman, Bours, Zander, Kempen & van Duren, 2020) defendam que o *ageing in place* é a solução mais apropriada para as pessoas idosas com menores recursos financeiros, pelo facto de poderem receber cuidados de saúde menos dispendiosos, comparativamente à mudança para uma instituição; Fonseca (2021) retifica a necessidade de se reconhecer as vulnerabilidades particulares daqueles que vivem nas margens da sociedade, evitando que as pessoas vivam em condições precárias. O autor defende que, envelhecer em casa pode ser um desafio bastante complexo para as pessoas mais carenciadas, pois poderá impossibilitar-lhes o acesso a recursos facilitadores de um envelhecimento digno.

3.2. Dimensão estrutural: Satisfação com a habitação e vizinhança

Uma parte integrante nas discussões sobre o *ageing in place*, diz respeito às condições habitacionais e à criação de ambientes amigáveis para as pessoas mais velhas, daí ser um conceito frequentemente empregue no âmbito das políticas de envelhecimento. A habitação é reconhecida como um fator elementar à decisão de permanecer em casa, porque assegura o bem-estar e a segurança dos indivíduos, na medida em que, ter uma habitação adequada e o acesso a serviços de apoio, sociais e comunitários, exercem uma influência positiva sobre a qualidade de vida e independência das pessoas com idade mais avançada (WHO, 2007). Sendo estes fatores universalmente valorizados para um envelhecimento bem-sucedido em casa e na comunidade (WHO, 2007).

Viver em habitações com condições satisfatórias, é um dos aspetos mais importantes da vida das pessoas idosas portuguesas (OECD, 2018), sendo o local onde a pessoa se sente segura, tem privacidade e pode criar a sua família. Daré (2010) explica que a habitação assume um foco espacial na vida das pessoas com idade mais avançada que vivem, preferencialmente, nas suas casas ou em casas de familiares; dado o tempo de permanência e o uso da própria habitação (Martin, et al., 2012, *cit in* Daré, 2010). Porém, o significado de «casa» pode ser bastante diferenciado entre os mais velhos. Por essa razão, como já mencionado, Oswald e Wahl (2005) sintetizaram os principais aspetos deste significado para a população com idade mais avançada, agrupando-os em aspetos: i) físicos, relacionados com as características físicas da habitação e da comunidade onde ela se insere; ii) sociais, associados à inclusão social que a casa permite; e iii) pessoais, ligados à dimensão comportamental e emocional dos indivíduos.

Segundo a Metlife (2013), a concretização do *ageing in place* implica um investimento, no que concerne às infraestruturas habitacionais, quer a nível individual como sob a forma de apoios ou incentivos, que possibilitem a aquisição, arrendamento ou adaptação das casas. Por sua vez, Machado (2005) defende que envelhecer na casa onde se viveu parte significativa da vida, está condicionado a fatores de dependência, risco de acidentes domésticos e incapacidade. Argumenta que a possibilidade de as pessoas continuarem a viver durante um maior período nas suas casas, encontra-se relacionada com a acessibilidade, manutenção e adaptação das mesmas, de forma a reunirem as condições necessárias, no que diz respeito ao conforto, segurança, autonomia e privacidade. Seguindo a mesma linha de raciocínio do autor supracitado, Martin et al. (2012) entendem que essa possibilidade depende, em grande parte, da satisfação com a habitação e com o contexto social em que a pessoa está inserida, existindo a necessidade de se caracterizar adequadamente as condições habitacionais da população idosa, de modo a definirem-se estratégias que proporcionem um envelhecimento digno. Isto porque, a mudança para uma instituição, poderá resultar da insuficiência da habitação em responder às necessidades dos mais velhos, como por exemplo: diminuição das capacidades de autocuidado e gestão da sua saúde, solidão, isolamento, barreiras de acessibilidade, escassez de serviços indispensáveis, baixa qualidade dos cuidados, bem como, o perigo ou medo do crime e violência (Iecovich, 2014). Na ótica de Fonseca (2021), implica

considerar fatores suscetíveis de maximizar a funcionalidade dos indivíduos, quer na habitação, como no espaço envolvente (e.g. a proximidade e acessibilidade a transportes, serviços sociais e de saúde, lojas, espaços recreativos, etc.), uma vez que, o conceito de *ageing in place* idealiza a conexão dos indivíduos ao seu contexto de vida, quando acrescentada a possibilidade de autonomia social, no meio onde a residência se insere. O autor destaca a importância da habitação não apenas relacionada com aspetos físicos, mas também porque:

“... para além de ser um abrigo para fazer face aos elementos da natureza e a base para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, a «casa» encerra uma vida inteira de memórias, confere uma sensação de segurança inigualável e permite aos indivíduos sentirem que controlam a sua vida...”
(Fonseca, 2021, p.31).

Querendo isto dizer que, o espaço doméstico comporta não só uma definição objetiva, referente à habitação ou moradia, como também uma interpretação subjetiva, formada pelas perceções acerca das relações que cada indivíduo estabelece com o espaço (físico e social) que habitam.

No que diz respeito às redes de vizinhança, sustentar laços mais fortes com a comunidade, constitui-se como outro dos fatores com uma associação positiva à decisão de envelhecer em casa e na comunidade (Sabia, 2008). Prego (2016) verificou que as redes de suporte social, assumem um papel fulcral na vida dos idosos portugueses que residem nas suas casas, clarificando que os vizinhos e amigos ocupam um lugar de destaque, equiparando-se ao nível de familiares próximos, no que concerne à prestação de apoio. A vizinhança é, assim, um fator que contribui para o *ageing in place*, visto assentar num papel de ativação e desenvolvimento de sentimentos de bem-estar nos indivíduos mais velhos (Prego, 2016). Em contrapartida, com a diminuição das famílias, os vizinhos, amigos e outras pessoas da comunidade, constituem uma rede de suporte social eficiente e ativa (Domingues & Silva, 2017). Por outras palavras, entende-se que a vizinhança se traduz num espaço de relações, porque é através da formação dessas redes, que se constitui uma verdadeira comunidade (Fonseca, 2021).

3.3. Dimensão relacional: Conexão social e obrigações familiares

De acordo com Wiggins, Higgs, Hyde e Blane (2004), a decisão sobre onde envelhecer, influencia a capacidade de se manterem as relações sociais e familiares. Com base na literatura, verifica-se que envelhecer em casa e na comunidade, permite a manutenção das relações e redes comunitárias existentes, que asseguram e promovem o bem-estar, face às adversidades. Na medida em que, o contexto comunitário e familiar, possibilita às pessoas continuarem a ser respeitadas, a desempenhar as suas competências e a manterem as suas relações de afeto e apoio, por meio da participação em atividades de lazer, culturais e espirituais (WHO, 2007; 2015a).

As últimas décadas têm sido caracterizadas pela diminuição das famílias, devido às baixas taxas de fecundidade, pelo aumento do número de divórcios e pela própria dissolução dos agregados familiares (Eurostat, 2019). Por essa razão, muitos idosos vivem hoje sozinhos, formando um grupo particularmente vulnerável na sociedade, com maiores riscos de pobreza ou exclusão (Eurostat, 2019). Ainda que a família tenha sido raramente abordada em pesquisas sobre o *ageing in place*, este é considerado um constructo que tem um grande impacto, principalmente, na passagem para a reforma (Szinovacz, DeViney & Davey, 2001). Nesta transição, os indivíduos passam por uma profunda alteração dos papéis, podendo ocorrer um conjunto de ruturas sociais, tais como: o abandono da vida profissional ativa e a perda de relações com colegas e amigos de longa data; perda de familiares e cônjuge; perda de independência financeira; declínio da saúde; entre outras (Pereira, 2017). Este período evidencia uma profunda alteração identitária, em que as redes sociais diminuem e os mais velhos centram-se nos familiares.

Neste sentido, reconhece-se que, à medida que os anos vão avançando, surgem novos desafios às famílias, sendo que estas representam a instituição que cumpre o papel social da prestação de cuidados aos mais velhos. Isto leva à necessidade crescente da procura de serviços sociais e de saúde, pois, esta população, apresenta uma maior carga de doenças crónicas e incapacitantes, comparativamente aos restantes grupos etários (Gomes & Mata, 2017). Sob o ponto de vista de Pimentel e Silva (2017), os cuidados complexificam-se e intensificam-se ao longo do tempo, resultando num aumento do desgaste físico, económico e social das famílias. Deste modo, é constatada uma maior

sobrecarga familiar na última etapa do ciclo de vida, em virtude da inversão de papéis ao nível da prestação de cuidados (físicos, emocionais ou económicos), sendo primordial repensar novas formas de apoio neste âmbito, porque se verifica que estas assumem um papel fundamental na assistência e manutenção da pessoa idosa no seu meio habitual de vida (Gomes & Mata, 2017; Sequeira, 2010).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Enquadramento geral, modelo e objetivos

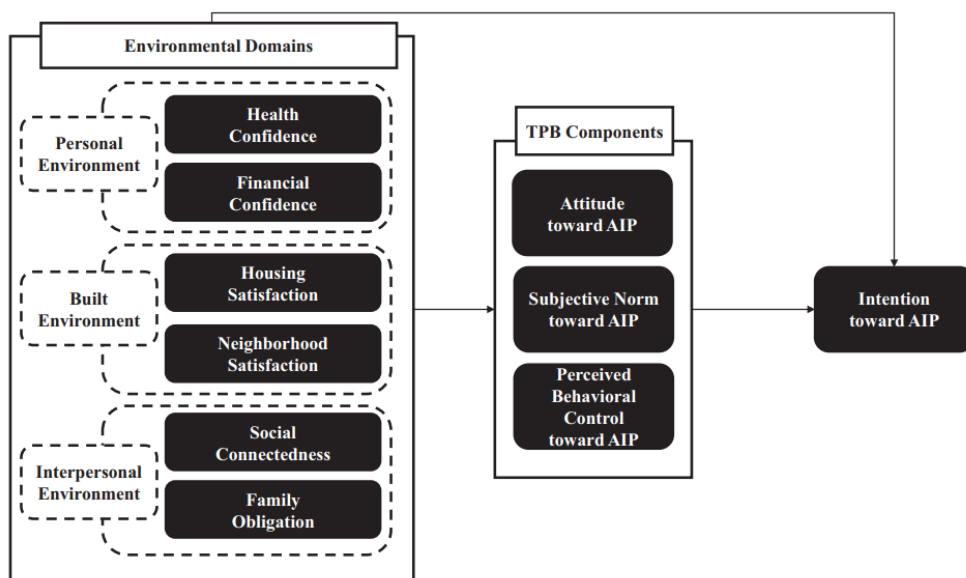
De acordo com a revisão de literatura, apenas cerca de 5% da população com idade mais avançada vive em instituições de apoio social em Portugal (Azevedo, 2020). Por outro lado, a maioria dos idosos assume a preferência de permanecer no seu meio habitual de vida o maior tempo possível, com qualidade, segurança e conforto- *ageing in place* (Fonseca, 2021). Todavia, esta tomada de decisão poderá depender de diversos fatores, que podem influenciar a permanência das pessoas mais velhas a residir nas suas casas e comunidades.

Este estudo, baseado na investigação realizada por Ahn et al. (2020), visa enquadrar o conceito de *ageing in place* enquanto intenção comportamental, de acordo com três dimensões: pessoal, estrutural e relacional. O presente estudo pretende assim, adaptar o modelo desenvolvido por Ahn et al. (2020), que recorre à Teoria do Comportamento Planeado (TCP), para explicar a importância de um conjunto de dimensões que contribuem para a formação da intenção de envelhecer em casa e na comunidade. A Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991), defende que a intenção de realizar um determinado comportamento depende da atitude face ao mesmo, da norma subjetiva e do controlo comportamental percebido. A atitude face ao comportamento, representa o grau em relação ao qual se efetua uma avaliação favorável ou desfavorável do comportamento em causa (Ajzen, 1991). A segunda dimensão do modelo, diz respeito à norma subjetiva e corresponde à perceção que o indivíduo tem sobre se os referentes sociais (particularmente a família e os amigos) consideram que o comportamento deve ser realizado (Ajzen, 1991). A terceira dimensão corresponde ao controlo comportamental percebido, que representa a perceção que o indivíduo tem acerca da sua capacidade para concretizar o comportamento (Ajzen, 1991). No seu conjunto, estas três dimensões contribuem para a formação da intenção comportamental, constituindo-se esta como um preditor da realização do comportamento (Ajzen, 1991). Tendo em conta que cada uma das dimensões, que atua na formação da intenção comportamental, representa um fator motivacional independente, a TCP considera a atitude (crenças comportamentais), a norma subjetiva (crenças normativas) e o controlo comportamental

percebido (crenças de controlo) como antecedentes, que, no contexto geral do modelo, determinam tanto as intenções como os comportamentos (Ajzen, 1991).

O modelo proposto por Ahn et al. (2020) assume que as dimensões do ambiente pessoal, do ambiente construído e do ambiente interpessoal, influenciam a formação da atitude, da norma e do controlo percebido que, por sua vez, vão depois influenciar a intenção de *ageing in place* (Figura 1).

Figura 1: Modelo Conceptual para a Intenção de Ageing in Place (Ahn, Kang & Kwon, 2020)



Neste estudo é feita uma adaptação do modelo proposto por Ahn et al. (2020), para a realidade portuguesa, com o objetivo de analisar os fatores que contribuem para a intenção de *ageing in place*, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, que residam nas suas casas.

De um modo geral, e no que diz respeito aos objetivos específicos, pretende-se: i) realizar uma caracterização sociodemográfica da amostra do estudo; ii) caracterizar a amostra do ponto de vista pessoal (confiança na saúde e financeira), estrutural (satisfação com a habitação e vizinhança) e relacional (conexão social e obrigações familiares); iii) identificar os efeitos diretos e indiretos das diferentes dimensões na intenção de *ageing in place*; iv) analisar a variação dos preditores da intenção de *ageing in place* em grupos com características sociodemográficas diferenciadas (e.g. género, níveis de literacia, nível

socioeconómico, entre outras); e v) contribuir para a reflexão sobre a promoção e desenvolvimento de soluções e modelos adequados, que privilegiem a vontade das pessoas mais velhas.

2. Amostra

A amostra, não probabilística e selecionada por conveniência, foi composta por pessoas que se disponibilizaram a colaborar na pesquisa, através de uma metodologia de bola de neve. Como critério de inclusão, considerou-se uma população com idade igual ou superior a 50 anos e não-institucionalizada. Procurou-se um número de participantes elevado e diverso para responder aos objetivos da investigação, tendo sido utilizado o critério de saturação dos dados. Assim, a amostra em estudo envolveu 256 pessoas, 91 homens e 165 mulheres, com idades compreendidas entre os 50 e 98 anos, que residem nas suas casas e comunidades.

3. Instrumentos

Para o presente estudo, face à problemática aqui abordada (*ageing in place*) e considerando o tamanho de amostra pretendido, optou-se por recorrer a um questionário *online* (Anexo A), elaborado através da plataforma *Google Forms*, gratuita e utilizada para a recolha e organização de informações de pequena ou grande dimensão. No domínio da investigação, atendendo às diversas opções metodológicas, o inquérito apresenta-se como uma de uso mais comum (Ferreira & Campos, 2001). Trata-se de um instrumento que pretende compreender as opiniões, preferências e atitudes de um número considerável de indivíduos, num curto espaço de tempo. Com a recolha sistemática de dados, permite-nos realizar depois uma análise quantitativa. No que diz respeito aos questionários *online*, esta é uma prática cada vez mais recorrente em investigação (Couper & Miller, 2008).

De forma geral, o questionário é constituído por duas partes. A primeira conteve: i) Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, elaborada mediante as instruções incluídas no regulamento de Mestrado da ESEC, considerando a Declaração de

Helsínquia; ii) Questionário sociodemográfico (12 itens); e iii) Questões habitacionais (19 itens). A segunda focou-se sobre a aplicação das escalas, utilizadas no estudo de Ahn et al. (2020): i) Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do *Ageing in Place* (33 itens); e a ii) Escala de Intenção de *Ageing in Place* (17 itens); composta por questões integradas nas diferentes dimensões em estudo. Entendemos que o questionário *online* seria a opção mais adequada, uma vez que permitiria que a estrutura correspondesse ao pretendido e, por sua vez, chegarmos a um número elevado de indivíduos de forma rápida e económica. De forma a evitar o não preenchimento de questões, foi definida a obrigatoriedade da maioria das respostas. Quanto à tipologia, de modo geral, foram perguntas fechadas e semiabertas. Não obstante, foram adotadas escalas de resposta do tipo *Likert*, como descrito por Hill & Hill (1998), visando medir as atitudes e opiniões dos inquiridos.

3.1. Descrição das escalas

De acordo com a revisão de literatura efetuada, foram selecionadas, traduzidas e adaptadas para a língua portuguesa, a *Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place* e a *Escala de Intenção de Ageing in Place*, ambas utilizadas no estudo de Ahn et al. (2020). Para além destas, foi traduzido e adaptado o respetivo questionário do estudo, tendo sido adicionadas algumas questões, face ao objetivo delimitado. A opção por estes instrumentos deve-se ao facto de serem de fácil aplicação e entendimento, além de possuírem um modelo teórico de sustentação (ver Quadro 1 e 2).

3.1.1. Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place

A *Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place* (Quadro 1), avalia os fatores preditores do *ageing in place* tendo por base três dimensões: pessoal, estrutural e relacional. A dimensão pessoal avalia: a Confiança na Saúde (CS – 8 itens), medida por oito itens desenvolvidos por Reker e Wong (1984); e a Confiança Financeira (CF – 8 itens), medida por oito itens usados por Prawitz et al. (2006). Relativamente à dimensão estrutural, todos os itens foram adaptados da escala WHOQOL-BREF, desenvolvida pela OMS (Skevington, Lotfy & O’Connell, 2004), com o propósito de avaliar: a Satisfação com

a Habitação (SH – 3 itens) e a Satisfação com a Vizinhança (SV – 4 itens). Por sua vez, a dimensão relacional avalia: a Conexão Social (CSL – 5 itens), medida por cinco itens desenvolvidos por Lee e Robbins (1995); e as Obrigações Familiares (OF – 5 itens), medidas por cinco itens adotados na Mexican American Cultural Values Scale (Knight et al., 2010). No total, a escala é composta por 33 questões, sendo que cada uma foi medida numa escala de *Likert* de cinco pontos.

Quadro 1: Questionário da Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place. Adaptado de Ahn, Kang & Kwon (2020)

Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place
1. Dimensão Pessoal
<i>Confiança na Saúde (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenho muitas queixas físicas. 2. Acho que tenho problemas de coração. 3. Tenho um bom apetite para comer. 4. Tenho dores e sofrimentos. 5. Estou em boa forma física. 6. Acho que a minha saúde está cada vez pior. 7. Canso-me facilmente. 8. Posso suportar uma grande quantidade de esforço físico durante as atividades de vida diária (ex. caminhar, cozinhar ou tomar banho).
<i>Confiança Financeira (1=Nenhuma pressão, 5= Elevada pressão)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual pensa ser o seu nível de pressão financeira na atualidade? 2. Com que frequência se sente pressionado/a com as suas finanças pessoais? 3. Como se sente em relação à sua situação financeira atual? 4. Com que frequência se preocupa em relação às despesas mensais, no seu dia a dia? 5. Com que frequência isto acontece: Quer sair de casa para comer, ir ao cinema ou fazer compras e fazer outra atividade e não ir porque não tem dinheiro para tal? 6. Com que frequência fica financeiramente limitado/a? 7. Em que medida está confiante em ter dinheiro para pagar uma emergência financeira que custa cerca de 500 euros? 8. Quão satisfeito/a está com a sua situação financeira atual?
2. Dimensão Estrutural
<i>Satisfação com a Habitação (1= Muito insatisfeito/a, 5= Muito satisfeito/a)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quão satisfeito/a está com a condição física da sua casa? 2. Quão satisfeito/a está com o ambiente externo da sua casa? 3. Quão satisfeito/a está com o ambiente interno da sua casa (disposição dos móveis da sala, qualidade do ar ou acessibilidade)?
<i>Satisfação com a Vizinhança (1= Muito insatisfeito/a, 5= Muito satisfeito/a)</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Quão satisfeito/a está com a segurança da sua vizinhança?

<p>2. Quão satisfeito/a está com o acesso aos serviços de saúde?</p> <p>3. Quão satisfeito/a está com os meios de transporte na sua comunidade?</p> <p>4. Quão satisfeito/a está com a oportunidade de realizar atividades de lazer na sua comunidade?</p>
<p>3. Dimensão Relacional</p>
<p><i>Conexão Social (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)</i></p>
<p>1. Sinto-me bem conectado com a minha família e amigos.</p> <p>2. Tenho boas relações sociais com outras pessoas, para além da família.</p> <p>3. Sinto uma sensação de integração na minha comunidade.</p> <p>4. No geral, sinto que me relaciono bem com as pessoas.</p> <p>5. Em geral, estou satisfeito/a com o relacionamento que tenho com outras pessoas, para além da minha família.</p>
<p><i>Obrigações Familiares (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)</i></p>
<p>1. Os filhos devem ser ensinados que é do seu dever cuidar dos seus pais quando eles envelhecerem.</p> <p>2. Se um familiar está com dificuldades financeiras, deve-se ajudá-lo, se possível.</p> <p>3. Deve-se dividir a casa com familiares, se estes precisarem de um lugar para ficar.</p> <p>4. As crianças mais velhas devem cuidar e ser modelos para os seus irmãos e irmãs mais novos.</p> <p>5. Os pais devem estar dispostos a fazer grandes sacrifícios para garantir uma vida melhor aos seus filhos.</p>

3.1.2. Escala de Intenção de Ageing in Place

A *Escala de Intenção de Ageing in Place* (Quadro 2), avalia a intenção de *ageing in place* tendo em conta as componentes do modelo da Teoria do Comportamento Planeado (TCP): Atitude (4 itens); Norma subjetiva (4 itens); e Controlo Comportamental Percebido (5 itens); incluindo a Intenção de *ageing in place* (4 itens). Originalmente, quer as componentes da TCP, como a intenção, foram medidas com os itens modificados do estudo de Conner, Norman e Bell (2002). Desta escala, foram retirados dois itens, na componente da Atitude, que não se consideraram adequados ao contexto português. Logo, no total, a escala foi composta por 17 questões. Assim como a escala anterior, cada questão foi medida numa escala de *Likert* de 5 pontos.

Quadro 2: Questionário da Escala de Intenção de Ageing in Place. Adaptado de Ahn, Kang & Kwon (2020)

Escala de Intenção de Ageing in Place
1. Atitude em relação ao AiP (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade será agradável. 2. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade será bom. 3. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade será benéfico. 4. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade será necessário.
2. Norma Subjetiva em relação ao AiP (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)
<ol style="list-style-type: none"> 1. As pessoas que são importantes para mim, acham que eu deveria envelhecer em casa. 2. As pessoas que influenciam a minha decisão, acham que eu deveria envelhecer em casa. 3. É esperado que eu envelheça em casa. 4. A maioria das pessoas que conheço pensam que envelhecer em casa é uma boa ideia.
3. Controlo comportamental percebido em relação ao AiP (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estou confiante de que poderei envelhecer em casa se eu quiser. 2. Eu gostaria de envelhecer em casa, mas realmente não sei se posso. 3. No futuro, a decisão de eu envelhecer em casa ou não, depende inteiramente de mim. 4. Para mim, envelhecer em casa no futuro é fácil. 5. Penso que tenho controlo sobre o modo como vai decorrer o meu envelhecimento no futuro.
4. Intenção de AiP (1= Discordo totalmente, 5= Concordo totalmente)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu quero envelhecer em casa no futuro. 2. Eu espero envelhecer em casa no futuro. 3. É muito provável que eu envelheça em casa no futuro. 4. Eu pretendo envelhecer em casa no futuro.

4. Procedimentos

Os procedimentos para a elaboração deste trabalho iniciaram-se com a definição dos objetivos, pesquisa bibliográfica e tradução e adaptação das escalas - *Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place* e a *Escala de Intenção de Ageing in Place* – e do respetivo questionário do estudo de Ahn et al. (2020). A tradução e a adaptação dos instrumentos foram realizadas pela investigadora principal e orientadora, ambas com conhecimento da língua inglesa. Tendo em conta os participantes em estudo, no processo de retroversão e comparação às versões anteriores, procurámos conceber as questões de forma clara, para uma melhor interpretação dos inquiridos, até chegar-se à versão final.

Procurou-se respeitar os todos os requisitos éticos na investigação, salvaguardando os princípios da confidencialidade e anonimato dos dados, tendo sido feita a respetiva

submissão do estudo para a aprovação da Comissão de Ética do IPC, onde se obteve um parecer favorável (nº36/01-2022) (Anexo B). Assim, com base na declaração de Helsínquia, que define as orientações bioéticas de investigação, o questionário conteve, desde logo, todas as informações necessárias antes do seu preenchimento, nomeadamente os objetivos, procedimentos do estudo, garantia da confidencialidade, anonimato e informação sobre o uso científico dos dados. Neste sentido, foram disponibilizados os contactos da autora do estudo, caso algum participante pretendesse contactá-la ou solicitar algum esclarecimento.

No que diz respeito à recolha de dados, esta foi realizada em dois momentos distintos: i) pré-teste; e ii) estudo principal; com recurso ao questionário *online*. De forma a aferir a clareza do conteúdo e aumentar a eficácia da pesquisa, optou-se por realizar um pré-teste com uma amostra reduzida, atendendo às características pré-definidas. Assim, num primeiro momento, o questionário (onde incluídas as escalas) foi disponibilizado a 5 contactos pessoais da investigadora, tendo sido solicitado uma breve avaliação e observação sobre o mesmo. No final, verificou-se que este era de fácil compreensão, não existindo dúvidas no seu preenchimento.

Em relação aos participantes, estes foram seleccionados através da rede de contactos da investigadora, todavia, considerando a dimensão da amostra pretendida, entendemos que seria enriquecedor enviar, por via eletrónica, o questionário *online* para associações (e.g. Associação de Aposentados, Pensionistas e Reformados), universidades seniores e, por sua vez, disponibilizar o mesmo na rede social *Facebook*, na medida em que possibilitaria às pessoas responder e partilhar com terceiros. Para o envio dos questionários aos respetivos endereços eletrónicos, foi criada, previamente, uma base de dados com a informação sobre todas as organizações de possível interesse ao estudo, tendo sido enviado um *e-mail* (Anexo C) onde constava a solicitação de colaboração na resposta ao questionário, bem como a sua finalidade.

Um dos objetivos delineados passou por abranger diferentes tipos de realidades, para tal, incluir pessoas analfabetas, com baixa literacia digital ou sem recurso a computador. Neste caso, o questionário foi preenchido com a ajuda da investigadora, com acesso a um computador, de forma a auxiliar os indivíduos a responder às questões.

5. Análise de dados

O processo de recolha de dados complementa-se através dos métodos de análise, que possibilitam a apresentação, organização e descrição dos mesmos, permitindo identificar as relações entre as variáveis. Logo, para o tratamento de dados do inquérito, procedeu-se à constituição de uma base de dados e respetiva análise estatística com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for Sciences*, versão 25), visando caracterizar a amostra e cada uma das variáveis em estudo, para assim se identificar o poder preditivo das mesmas na intenção de *ageing in place*.

PARTE III – RESULTADOS

1. Apresentação dos resultados

1.1. Caracterização sociodemográfica

Os resultados obtidos permitem verificar que, a amostra em estudo é constituída por 256 pessoas, maioritariamente do género feminino (64.5% mulheres vs. 35.5% homens) (Tabela 1), com idades a variar entre os 50 e 98 anos e uma idade média de 70.92 anos (DP = 7.648). Em relação ao estado civil, observa-se que a maioria se encontra casado (55.5%, n=142).

Tabela 1: Distribuição dos participantes de acordo com o género

		Género			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Homem	91	35,5	35,5	35,5
	Mulher	165	64,5	64,5	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que a amostra é, na sua generalidade, escolarizada (36.3% ensino secundário, 32% ensino superior, 22.3% ensino básico, 7.8% mestrado e 1.6% doutoramento) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos participantes de acordo com o nível de escolaridade

		Nível de Escolaridade			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Doutoramento	4	1,6	1,6	1,6
	Ensino Básico	57	22,3	22,3	23,8
	Ensino Secundário	93	36,3	36,3	60,2
	Ensino Superior	82	32,0	32,0	92,2
	Mestrado	20	7,8	7,8	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Em termos da ocupação profissional, a maioria dos inquiridos encontram-se reformados (94.2%), sendo que, destes, 67.2% não trabalha e 27% ainda mantém alguma atividade (Tabela 3). Ainda assim, percebe-se que 5.9% da amostra é trabalhador a tempo integral

(n=15), podendo isto estar relacionado com o critério da idade mínima pretendida. Verificamos que a idade em que os inquiridos se reformaram varia entre os 40 e 74 anos, ainda que, exista maior prevalência na classe de idades entre os 60 e 70 anos (n=153; 61.2%), indo ao encontro da idade de reforma instituída atualmente em Portugal – 66 anos e sete meses. Neste sentido, o motivo da reforma de 52% das pessoas, remete para a idade e tempo de serviço, enquanto os restantes, obtiveram uma reforma antecipada (37.5%). Quanto à sua última profissão, a amostra é bastante diferenciada, sendo que, as mais frequentes, dizem respeito à área de: ensino (16%), financeira (11%), pessoal administrativo (8.4%) e direção e gestão (4.8%%).

Tabela 3: Distribuição dos participantes de acordo com o emprego

	Emprego		Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Frequência	Percentagem		
Válido Reformado/a / Mantém alguma atividade	69	27,0	27,0	27,0
Reformado/a / Não trabalha	172	67,2	67,2	94,1
Trabalhador/a a tempo integral	15	5,9	5,9	100,0
Total	256	100,0	100,0	

No que concerne à constituição do agregado familiar, a maioria vive com o seu cônjuge/companheiro (56.6%), já que 30.9% vive sozinho/a e 12.5% coabita com familiares. Portanto, 54.3% dos agregados são constituídos por dois elementos, 31.3% são compostos por uma pessoa e 14.5% correspondem àqueles formados por três ou mais indivíduos. Em contrapartida, observa-se que, na sua generalidade (96.1%), os participantes não coabitam com crianças, pois apenas 10 indivíduos responderam de forma afirmativa (3.9%).

Verificamos ainda, que a maior parte dos inquiridos (46.1%) tem um rendimento familiar anual mediano, entre os 10.000 e 30.000 euros, na medida em que 29.3% possuem um rendimento até 10.000 euros e 24.6% mais de 30.000 euros.

1.2. Questões habitacionais

Em relação à localização geográfica, verificamos que a maior parte dos participantes são da zona de Lisboa e Vale do Tejo (36.3%) e, em seguida, da zona centro (29.3%), norte (28.5%) e Alentejo (5.9%). Quanto ao tipo de localização, existe uma maior prevalência das pessoas que vivem em contexto urbano (80%), sendo que, destes, 48.4% residem no centro da cidade e 31.6% nos arredores, comparativamente àqueles que vivem em contexto rural (19.9%) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de localização de residência

		Tipo de Localização			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Cidade (Arredores)	81	31,6	31,6	31,6
	Cidade (Centro)	124	48,4	48,4	80,1
	Rural	51	19,9	19,9	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

No que diz respeito à habitação, 84.8% dos inquiridos possui casa própria, 9% encontra-se numa casa arrendada e 6.3% em casa de familiares (Tabela 5), constatando-se que a maioria vive em apartamentos (55.9%). Dos restantes, 28.5% vive em moradias, 15.2% em vivendas e 4% num anexo.

Tabela 5: Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de residência

		A casa onde vive é:			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Arrendada	23	9,0	9,0	9,0
	Casa de familiares	16	6,3	6,3	15,2
	Casa própria	217	84,8	84,8	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Não obstante, é percebido que 45.3% da amostra vive nesta habitação há mais de 30 anos, 23% vive entre 21 e 30 anos, 16% há menos de 10 anos e 15.6% entre 11 e 20 anos (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos participantes de acordo com o tempo que vivem na sua habitação

		Há quanto tempo vive neste local:			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Entre 11-20 anos	40	15,6	15,6	15,6
	Entre 21-30 anos	59	23,0	23,0	38,7
	Mais de 30 anos	116	45,3	45,3	84,0
	Menos de 10 anos	41	16,0	16,0	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Quanto aos anos de construção, 56.3% dos participantes vive numa habitação construída entre 1980 e 2010, sendo que 40.6% vive numa habitação construída antes de 1980 e apenas 3.1% (n=8) vive numa habitação cuja construção ocorreu após o ano de 2010.

Dada a prevalência de pessoas a residir em apartamentos, observa-se que a maioria não possui jardim/quintal (53.5%) e, em contrapartida, não necessita de subir muitas escadas (66%). No que se refere às divisões da habitação, 71.5% da amostra refere ter mais de quatro, enquanto 25.8% tem entre duas a três divisões e apenas 8% tem até uma divisão (para 2% dos inquiridos, esta questão não se aplica).

Em termos da acessibilidade e segurança da habitação, verificamos que 57.8% dos participantes encontram-se satisfeitos, 25.8% bastante satisfeitos e 7.8% consideram não estar satisfeitos nem insatisfeitos. Contudo, importa referir que 5.5% afirmam estar muito insatisfeitos e 3.1% insatisfeitos (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos participantes de acordo com a acessibilidade e segurança da habitação**Em relação à acessibilidade e segurança da habitação onde vive está:**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Insatisfeito/a	8	3,1	3,1	3,1
	Muito insatisfeito/a	14	5,5	5,5	8,6
	Muito satisfeito/a	66	25,8	25,8	34,4
	Nem insatisfeito/a, nem satisfeito/a	20	7,8	7,8	42,2
	Satisfeito/a	148	57,8	57,8	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Quanto à questão relacionada com o estado de conservação da habitação, cerca de metade dos inquiridos (n=132; 51.6%) considera que a mesma se encontra em bom estado e 18% em muito bom estado. No entanto, 17.2% considera estar razoável, 10.9% indica a necessidade de pequenas intervenções e 2.3% considera que a habitação se encontra degradada e a necessitar de grandes obras (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos participantes de acordo com o estado de conservação da habitação**O estado de conservação da habitação em que vive é:**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Bom	132	51,6	51,6	51,6
	Degradada a precisar de grandes obras	6	2,3	2,3	53,9
	Muito bom	46	18,0	18,0	71,9
	Precisa de pequenas intervenções	28	10,9	10,9	82,8
	Razoável	44	17,2	17,2	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Quando questionado se a habitação reunia as condições necessárias para os inquiridos poderem habitá-la durante mais anos em segurança, a larga maioria (98%) respondeu de forma afirmativa e apenas 2% considerou que não (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos participantes de acordo com as condições habitacionais

Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	5	2,0	2,0	2,0
	Sim	251	98,0	98,0	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Desta forma, à questão “Deseja continuar a envelhecer em casa?”, 98% dos inquiridos manifesta esta vontade e somente 2% não (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos participantes de acordo com o seu desejo de envelhecer em casa

Deseja continuar a envelhecer em casa?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	5	2,0	2,0	2,0
	Sim	251	98,0	98,0	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Relativamente aos motivos que levariam os inquiridos a sair da sua habitação, tendo em conta a possibilidade de indicar mais do que uma opção, 91.6% da amostra considera a saúde (n=229), 24% a família (n=60), 13.2% as condições financeiras (n=33), 7.2% a habitação (n=18), 3.6% a vizinhança (n=9) e 2% a rede social (n=5).

1.3. Perceção do estado de saúde e autonomia

No que diz respeito à forma como os inquiridos avaliam o seu estado de saúde, a nível físico: 46.9% considera que se encontra bem, 38.3% diz estar razoável e 7.4% considera estar em muito bom estado, contudo, 5.1% considera que está mau estado e 2.3% em muito mau estado (Tabela 11); a nível mental: 56.3% descreve-a como boa, 24.2% razoável e 17.6% muito boa, no entanto, 4% considera que se encontra em muito mau estado e 1.6% em mau estado (Tabela 12).

Tabela 11: Distribuição dos participantes de acordo com o seu estado de saúde física

		Como avalia o seu estado de saúde física?			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Bom	120	46,9	46,9	46,9
	Mau	13	5,1	5,1	52,0
	Muito bom	19	7,4	7,4	59,4
	Muito mau	6	2,3	2,3	61,7
	Razoável	98	38,3	38,3	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Tabela 12: Distribuição dos participantes de acordo com o seu estado de saúde mental

		Como avalia o seu estado de saúde mental?			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Bom	144	56,3	56,3	56,3
	Mau	4	1,6	1,6	57,8
	Muito bom	45	17,6	17,6	75,4
	Muito mau	1	,4	,4	75,8
	Razoável	62	24,2	24,2	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Quanto à forma como avaliam o seu estado de autonomia física dentro de casa (ex. vestir-se sozinho, deitar e levantar sozinho, etc.), a maioria (49.6%) dos inquiridos considera estar em muito bom estado, 37.5% refere bom, 9.8% razoável, 2% muito mau e 1.2% mau (Tabela 13). Por sua vez, fora de casa (ex. apanhar transportes, ir ao médico a pé, fazer compras, etc.), 41% considera muito bom, 36.3% bom, 14.8% razoável, 4.7% mau e 3.1% muito mau (Tabela 14).

Tabela 13: Distribuição dos participantes de acordo com o estado de autonomia física dentro de casa

		Como avalia o seu estado de autonomia física dentro de casa (ex. vestir-se sozinho, deitar e levantar-se sozinho, etc.)?			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Bom	96	37,5	37,5	37,5
	Mau	3	1,2	1,2	38,7

Muito bom	127	49,6	49,6	88,3
Muito mau	5	2,0	2,0	90,2
Razoável	25	9,8	9,8	100,0
Total	256	100,0	100,0	

Tabela 14: Distribuição dos participantes de acordo com o estado de autonomia física fora de casa

Como avalia o seu estado de autonomia física fora de casa (ex. apanhar transportes, ir ao médico a pé, fazer compras, etc.)?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Bom	93	36,3	36,3	36,3
	Mau	12	4,7	4,7	41,0
	Muito bom	105	41,0	41,0	82,0
	Muito mau	8	3,1	3,1	85,2
	Razoável	38	14,8	14,8	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Em relação ao estado de autonomia instrumental (ex. usar o telefone, fazer compras, tomar medicamentos, etc.), 49.2% dos participantes diz ser muito bom, 37.5% bom, 8.6% razoável, 2.7% mau e 2% consideram muito mau.

1.4. Resultados obtidos na Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place

1.4.1. Estatística descritiva

De seguida, serão apresentados os valores que serviram de suporte à adaptação da *Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place*, nomeadamente o valor mínimo, máximo, médias, desvio padrão, assimetria e curtose (Anexo D). A escala é constituída por 16 itens de dimensão pessoal (CS – 8 e CF – 8), 7 itens de dimensão estrutural (SH – 3 e SV – 4) e 10 itens de dimensão relacional (CSL – 5 e OF – 5), podendo obter valores entre 1 (mínimo) e 5 (máximo).

Dos 33 itens, a questão 13 (“Com que frequência isto acontece: Quer sair de casa para comer, ir ao cinema ou fazer compras e fazer outra atividade e não ir porque não tem

dinheiro para tal?”), é a que apresenta menor valor médio (M=1.89; DP= 1.089), enquanto o item 27 (“No geral, sinto que me relaciono bem com as pessoas.”) é o que evidencia a média mais elevada (M=4.26; DP= .764) (Ver Anexo D).

1.4.2. Análise da Estrutura Fatorial

No teste KMO obteve-se um valor de .834, que indica um valor adequado para a realização da análise em componentes principais. No teste de esfericidade de *Barlett*, obteve-se um valor ($\chi^2(180) = 1134, p < 0,000$).

Considerou-se pertinente proceder à análise fatorial exploratória da escala pelo método *Varimax*, onde se obtiveram seis fatores que explicam a variância dos resultados (Anexo E). Verifica-se que os fatores obtidos correspondem ao seguinte: Fator 1 - Confiança Financeira (CF); Fator 2 - Relacionamento Social/Comunidade (RS); Fator 3 - Satisfação com a Casa e com a Vizinhaça (SCV); Fator 4 - Má Saúde Física (MSF); Fator 5 - Obrigação Familiar (OF); Fator 6 - Boa Saúde Física (BSF).

No que diz respeito à variância explicada verifica-se que: o fator 1 (CF), explica 16.37%; o fator 2 (RS), 11.61%; o fator 3 (SCV), 11.21%; o fator 4 (MSF), 10.73%; o fator 5 (OF), 8.11%; e o fator 6 (BSF), 4.52% (Anexo F). A consistência interna para a escala global foi de $\alpha = .91$.

1.5. Resultados obtidos na Escala de Intenção de Ageing in Place

1.5.1. Estatística descritiva

De seguida, serão apresentados os valores que serviram de suporte à adaptação da *Escala de Intenção de Ageing in Place*, nomeadamente o valor mínimo, máximo, médias, desvio padrão, assimetria e curtose (Anexo G). A escala, fundamentada no modelo de Teoria do Comportamento Planeado (TCP) para o *Ageing in Place*, é constituída por: 4 itens de Atitude em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade (AECC); 4 itens de Norma Subjetiva em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade (NSECC); 5 itens de Controlo Comportamental Percebido em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade (CCPECC); e 4 itens de Intenção de Envelhecer em Casa e na Comunidade (IECC); podendo obter valores entre o 1 (mínimo) e 5 (máximo).

Dos 17 itens, o item 13 (“Penso que tenho controlo sobre o modo como vai decorrer o meu envelhecimento no futuro”) é o que apresenta menor valor médio ($M=2.96$, $DP=1.173$), enquanto os itens 14 (“Eu quero envelhecer em casa no futuro”) e o item 15 (“Eu espero envelhecer em casa no futuro”) são os que evidenciam as médias mais elevadas ($M=4.20$, $DP=.964$; $M=4.20$; $DP=.915$) (Ver Anexo G).

1.5.2. Análise da Estrutura Fatorial

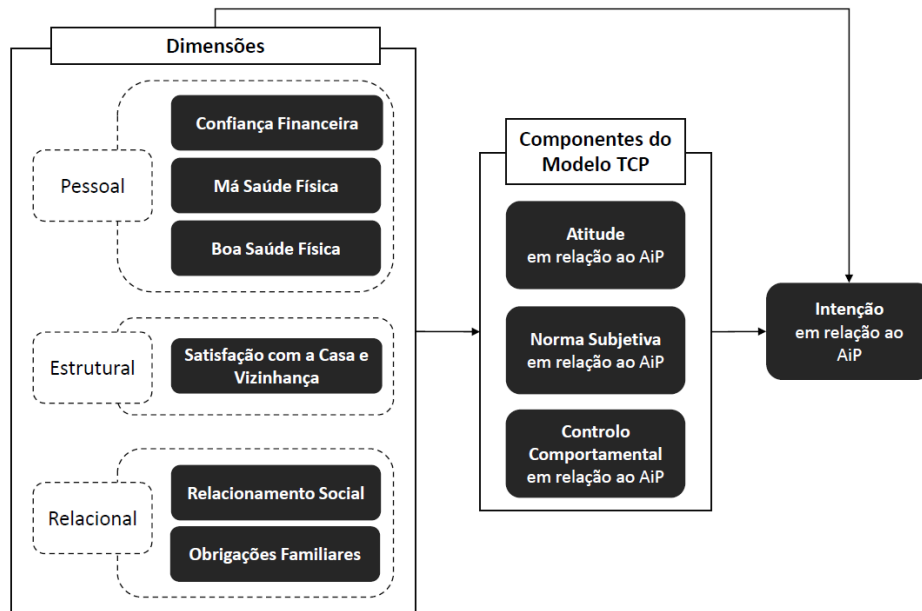
Considerou-se pertinente proceder à análise fatorial exploratória da escala pelo método *Varimax*, onde se obtiveram quatro fatores que explicam a variância dos resultados (Anexo H). Verifica-se que os fatores obtidos correspondem ao seguinte: Fator 1 - Intenção de Envelhecer em Casa e na Comunidade (IECC); Fator 2- Atitude em relação Envelhecer em Casa e na Comunidade (AECC); Fator 3 - Norma Subjetiva em relação Envelhecer em Casa e na Comunidade (NSECC); Fator 4 – Controlo Comportamental Percebido em relação Envelhecer em Casa e na Comunidade (CCPECC).

No que diz respeito à variância explicada verifica-se que: o Fator 1 (IECC), explica 20.90%; o Fator 2 (AECC), 19.61%; o Fator 3 (NSECC), 17.75%; e o Fator 4 (CCPECC), 13.43% (Anexo I). A consistência interna para a escala global foi de $\alpha=.89$.

De acordo com os resultados, o Modelo Conceptual para a Intenção de *Ageing in Place* (Ahn, Kang & Kwon, 2020) foi adaptado para o presente estudo, tal como podemos observar pela Figura 2.

Figura 2: Adaptação do Modelo Conceptual para a Intenção de Ageing in Place (Ahn, Kang & Kwon, 2020).

Fonte: Elaboração própria



1.6. Análise de Diferenças

Considerou-se pertinente relacionar os 10 fatores (Confiança Financeira – CF; Relacionamento Social – RS; Satisfação com a Casa e Vizinhança – SCV; Má Saúde Física – MSF; Obrigações Familiares – OF; Boa Saúde Física – BSF; Intenção de Envelhecer em Casa e na Comunidade – IECC; Atitude em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade – AECC; Norma Subjetiva em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade – NSECC; Controlo Comportamental Percebido em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade – CCPECC) com as variáveis sociodemográficas (género, estado civil, nível escolaridade).

Os resultados da análise para a variável sociodemográfica género, serão apresentados na Tabela 15. Os resultados desta análise permitem verificar que apenas existem diferenças significativas, ao nível das médias, na variável Obrigação Familiar (OF), onde os homens apresentam valores mais elevados, comparativamente às mulheres (M=4.08 e DP=.62).

Tabela 15: Distribuição dos resultados em função do género

Variáveis	Masculino		Feminino		<i>t-Student</i>	Sig
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
<u>CF</u>	2,5865	,59122	2,6856	,63462	-1,250	,494
<u>RS</u>	4,0681	,74310	4,2279	,69454	-1,685	,912
<u>SCV</u>	3,6452	,75092	3,6095	,71396	,370	,711
<u>MSF</u>	2,5897	,68417	2,6384	,73497	-,530	,526
<u>OF</u>	4,0879	,62979	3,9345	,75584	1,734	,006
<u>BSF</u>	3,8846	,86627	3,6606	,94673	1,915	,489
<u>IECC</u>	4,0687	,75468	4,0788	,89919	-,096	,191
<u>ATECC</u>	3,9176	,80109	3,9909	,77886	-,708	,978
<u>NSECC</u>	3,7802	,79669	3,8897	,89916	-1,005	,089
<u>CCPECC</u>	3,3819	,69855	3,4136	,78119	-,334	,196

Foram também efetuadas análises de comparação de médias para as variáveis sociodemográficas estado civil e nível de escolaridade, não tendo sido encontradas diferenças significativas para estas variáveis.

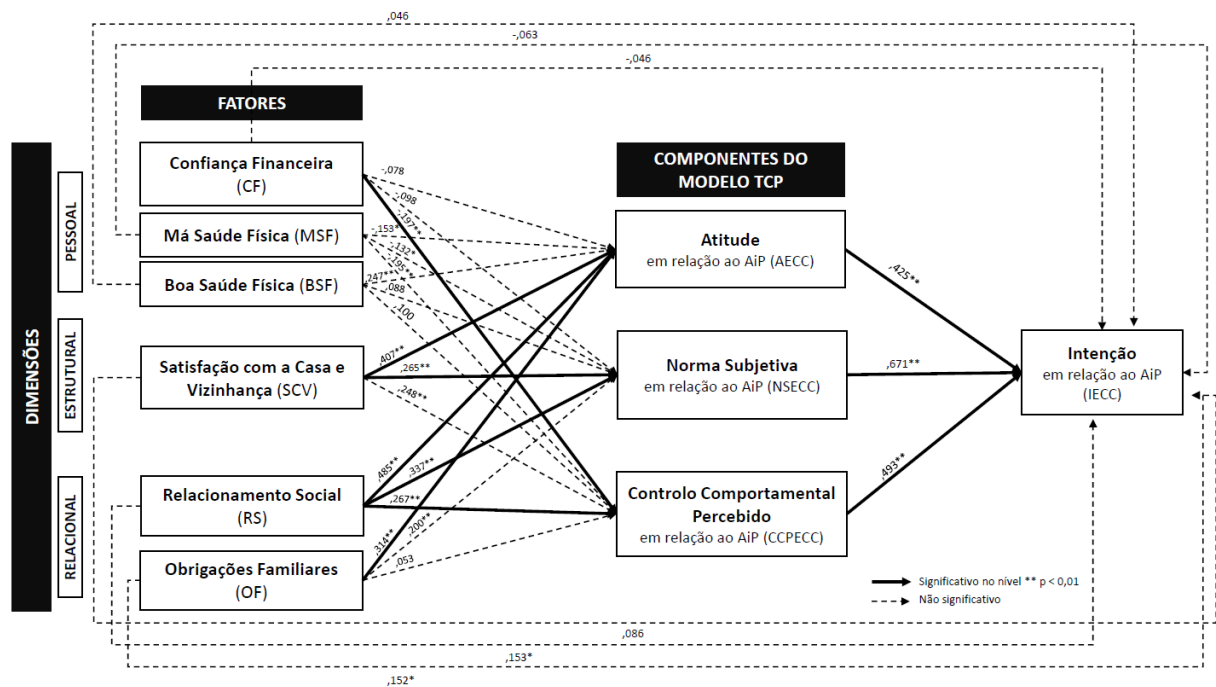
1.7. Associações entre variáveis

A recolha de informação, através do questionário de investigação, foi realizada num único momento, pelo que as variáveis deste projeto – dependentes e independentes – foram recolhidas simultaneamente. Deste modo, é possível analisar a relação entre elas, através da análise correlacional. Para as características das variáveis em estudo, recorreu-se ao coeficiente de correlação *R* de *Pearson*, para ser possível quantificar a relação entre as variáveis (Anexo J).

Assim, pode verificar-se a existência de correlações significativas de $\rho < .001$, com valores superiores a .30, entre as seguintes variáveis: SCV e RS ($r = .430$, $\rho < .001$); MSF e CF ($r = .312$, $\rho < .001$); MSF e SCV ($r = -.305$, $\rho < .001$); BSF e RS ($r = -.317$, $\rho < .001$); AECC e RS ($r = .485$,

$p < .001$); AECC e SCV ($r = .407$, $p < .001$); AECC e OF ($r = .314$, $p < .001$); AECC e IECC ($r = .425$, $p < .001$); NSECC e RS ($r = .337$, $p < .001$); NSECC e IECC ($r = .671$, $p < .001$); NSECC e AECC ($r = .557$, $p < .001$); CCPECC e IECC ($r = .493$, $p < .001$); CCPECC e AECC ($r = .425$, $p < .001$); CCPECC e NSECC ($r = .584$, $p < .001$) (ver Figura 3).

Figura 3: Resultados do Modelo de Investigação. Fonte: Elaboração própria



1.8. Análise das regressões múltiplas

Para analisar a natureza da associação entre as variáveis estudadas e para inferir sobre os valores das relações das variáveis independentes na variável dependente, procedeu-se à análise das regressões lineares simples. As análises foram efetuadas em duas etapas. Na primeira etapa, procedeu-se à análise da regressão das variáveis independentes (CF, RS, SCV, MSF, OF, BSF) da escala de *Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place* sobre cada uma das dimensões (AECC, NSECC, CCPECC) da *Escala de Intenção de Ageing in Place*. Na segunda etapa analisou-se o valor preditivo das três componentes do modelo da Teoria do Comportamento Planeado (AECC, NSECC, CCPECC), na Intenção de envelhecer em casa e na comunidade (IECC).

1ª Etapa

Segundo a Tabela 18, podemos verificar que as variáveis: Relacionamento Social (RS), Satisfação com a Casa e Vizinhança (SCV) e Obrigações Familiares (OF), são significativas para explicar a variável *Atitude* em relação a envelhecer em casa e na comunidade ($F=21.309$; $p<.001$). Este modelo explica 32.3% das variações, da variável dependente *Atitude* (Adj. RSq. =.323) (Tabela 16).

Tabela 16: Resumo do Modelo de Variações Da Variável Dependente Atitude (AECC)

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,582 ^a	,339	,323	,64660

Tabela 17: ANOVA^a – Variável Dependente Atitude (AECC)

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	53,454	6	8,909	21,309	,000 ^b
	Resíduo	104,105	249	,418		
	Total	157,559	255			

a. Variável Dependente: AECC (Atitude em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade)

b. Preditores: (Constante), BSF, CF, OF, SCV, MSF, RS

Tabela 18: Coeficientes^a – Variável Dependente Atitude (AECC)

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro	Beta		
1 (Constante)	,709	,409		1,736	,084
CF	-,020	,070	-,015	-,282	,778
RS	,319	,067	,290	4,747	,000
SCV	,253	,065	,234	3,902	,000
MSF	-,077	,064	-,070	-1,204	,230
OF	,272	,061	,248	4,425	,000
BSF	,048	,047	,056	1,018	,310

a. Variável Dependente: AECC (Atitude em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade)

Segundo a Tabela 21, podemos verificar que as variáveis: Relacionamento Social (RS), Satisfação com a Casa e Vizinhaça (SCV) e Obrigações Familiares (OF), são significativas para explicar a variável *Norma Subjetiva* em relação a envelhecer em casa e na comunidade ($F=7.850$; $p<.001$). Este modelo explica 13.9% das variações da variável dependente *Norma Subjetiva* (Adj. $RSq. = .139$) (Tabela 19).

Tabela 19: Resumo do Modelo de Variações da Variável Dependente Norma Subjetiva (NSECC)

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,399 ^a	,159	,139	,80193

a. Preditores: (Constante), BSF, CF, OF, SCV, MSF, RS

Tabela 20: ANOVA^a – Variável Dependente Norma Subjetiva (NSECC)

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	30,288	6	5,048	7,850	,000 ^b
	Resíduo	160,131	249	,643		
	Total	190,420	255			

a. Variável Dependente: NSECC (Norma Subjetiva em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade)

b. Preditores: (Constante), BSF, CF, OF, SCV, MSF, RS

Tabela 21: Coeficientes^a – Variável Dependente Norma Subjetiva (NSECC)

Coeficientes ^a						
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.
		B	Erro	Beta	t	
1	(Constante)	1,867	,507		3,685	,000
	CF	-,065	,086	-,046	-,748	,455
	RS	,278	,083	,230	3,341	,001
	SCV	,171	,080	,144	2,129	,034
	MSF	-,093	,080	-,077	-1,171	,243

OF	,201	,076	,167	2,641	,009
BSF	-,049	,059	-,053	-,843	,400

a. Variável Dependente: NSECC (Norma Subjetiva em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade)

De acordo com a Tabela 24, podemos verificar que as variáveis Relacionamento Social (RS) e Confiança Financeira (CF) são significativas para explicar a variável *Controlo Comportamental Percebido* em relação a envelhecer em casa e na comunidade ($F=4.966$; $p<.001$). Este modelo explica 9.8% das variações da variável dependente *Controlo Comportamental Percebido* (Adj. RSq. =.098) (Tabela 22).

Tabela 22: Resumo do Modelo de Variações da Variável Dependente Controlo Comportamental Percebido (CCPECC)

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,351 ^a	,123	,098	,71377

a. Preditores: (Constante), Timestamp, RS, CF, OF, BSF, MSF, SCV

Tabela 23: ANOVA^a – Variável Dependente Controlo Comportamental Percebido (CCPECC)

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	17,709	7	2,530	4,966	,000 ^b
	Resíduo	126,349	248	,509		
	Total	144,059	255			

a. Variável Dependente: CCPECC (Controlo Comportamental Percebido em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade)

b. Preditores: (Constante), Timestamp, RS, CF, OF, BSF, MSF, SCV

Tabela 24: Coeficientes^a – Variável Dependente Controlo Comportamental Percebido (CCPECC)

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro	Beta		

1	(Constante)	247,525	814,999		,304	,762
	CF	-,160	,077	-,132	-2,086	,038
	RS	,184	,074	,175	2,470	,014
	SCV	,124	,072	,120	1,720	,087
	MSF	-,098	,071	-,093	-1,369	,172
	OF	,048	,068	,046	,708	,479
	BSF	-,007	,052	-,009	-,135	,893
	Timestamp	-1,766E-8	,000	-,018	-,300	,764

a. *Variável Dependente: CCPECC (Controlo Comportamental Percebido em relação a Envelhecer em Casa e na Comunidade)*

2ª Etapa

Segundo a Tabela 27, podemos verificar que, à exceção da variável *Atitude (AECC)*, as variáveis *Norma Subjetiva (NSECC)* e *Controlo Comportamental Percebido (CCPECC)*, são significativas para explicar a variável *Intenção de envelhecer em casa e na comunidade* ($F=73.91$; $p<.001$). Este modelo explica 46.2% das variações da variável dependente *Intenção* (Adj. RSq. =.462) (Tabela 25).

Tabela 25: Resumo do Modelo de Variações da Variável Dependente Intenção (IECC)

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,684 ^a	,468	,462	,62299

a. *Preditores: (Constante), CCPECC, AECC, NSECC*

Tabela 26: ANOVA^a – Variável Dependente Intenção (IECC)

ANOVA ^a					
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Sig.
1	Regressão	86,059	3	28,686	,000 ^b
	Resíduo	97,806	252	,388	
	Total	183,865	255		

a. *Variável Dependente: IECC (Intenção de Envelhecer em Casa e na Comunidade)*

b. *Preditores: (Constante), CCPECC, AECC, NSECC*

Tabela 27: Coeficientes^a – Variável Dependente Intenção (IECC)

Modelo	Coeficientes ^a					
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	
	B	Erro	Beta			
1	(Constante)	1,183	,228		5,192	,000
	AECC	,057	,060	,053	,942	,347
	NSECC	,548	,061	,557	8,929	,000
	CCPECC	,164	,065	,145	2,537	,012

a. Variável Dependente: IECC (Intenção de Envelhecer em Casa e na Comunidade)

2. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos permitiram constatar que a população em estudo é maioritariamente do género feminino, com uma média de idades de 70.92 anos (DP = 7.648), observando-se que o participante mais novo tem 50 anos, ao passo que, o mais velho, possui 98 anos de idade. Apesar da idade mínima estipulada, podemos concluir que se trata de uma população envelhecida, ainda que diga respeito a um grupo de pessoas que se encontram em contextos e modos de vida distintos (atuais e futuras pessoas idosas). Tais fenómenos eram expetáveis, dado que, a população, de um modo geral, tem-se encontrado cada vez mais envelhecida e com uma maior esperança média de vida. Sobretudo para as mulheres, já que, atualmente, em Portugal, esta foi estimada em 81,06 anos para o total da população, sendo 78,07 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres (INE, 2021). Por outro lado, entendemos que seria pertinente aferir as perceções dos diferentes grupos etários, pois, segundo Câmara (2021), a implementação do *ageing in place* envolve três componentes: i) o indivíduo; ii) a habitação/casa iii) e a comunidade. Portanto, segundo a autora, é importante realizarem-se estudos neste âmbito, que abranjam não só a população idosa – com 65 e mais anos de idade – como também, as futuras pessoas idosas – as que hoje têm entre 50 e 64 anos.

Contrariamente ao que se observa em outros estudos, realizados em contexto comunitário, com pessoas com idade mais avançada (e.g. Bárrios, 2017; Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; Prego, 2016), verifica-se que a amostra é, na sua generalidade,

escolarizada, sendo que a maioria possui habilitações ao nível do ensino secundário (36.3%), superior (32%), mestrado (7.8%) e doutoramento (1.6%) e apenas 22% possui o ensino básico. Atendendo à metodologia adotada na recolha de dados e respetivo instrumento (questionário *online*), já era algo expetável, pois, grande parte dos participantes frequenta universidades seniores e associações, levando a que sejam representativos de um grupo com maiores níveis de literacia. Na verdade, um dos desafios inerentes à implementação de estratégias e modelos de apoio a um envelhecimento em casa e na comunidade bem-sucedido, para a população idosa portuguesa, consiste em empoderar as pessoas através do aumento da literacia (Alvarez, 2021). Isto é, prestar-lhes informação acessível e clara ao nível dos seus direitos, apoios sociais e de saúde e novas tecnologias. Portanto, o sucesso do *ageing in place* é mediado por estratégias individuais, que dependem dos recursos que cada pessoa possui, não só materiais e financeiros, mas também da rede social, educação e literacia (Bárrios, 2021). Entendemos assim que, existir um maior nível de literacia é um fator facilitador para quem revela esta vontade de envelhecer em casa, permitindo-nos refletir sobre a importância de serem geradas oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para toda a população.

Em termos de ocupação profissional, a maioria dos inquiridos já se encontram reformados (94.2%), com um rendimento familiar anual mediano – entre os 10.000 e 30.000 euros (46.1%). Segundo Bárrios (2017), grande parte da população portuguesa, com 50 e mais anos, evidencia dificuldades financeiras e baixa escolaridade, sobretudo, pessoas com idade mais avançada. Todavia, isso não se observou no presente estudo, podendo dever-se ao facto da amostra, na sua maioria, ter níveis de literacia mais elevados, o que leva a que tenham melhores condições socioeconómicas (Bárrios, 2017). Aliás, os resultados refletem o que Fonseca et al. (2016) refere como a evolução do perfil das pessoas mais velhas, a qual resulta nos “novos reformados”, ou seja, pessoas com melhores condições de saúde, níveis de escolaridade mais elevados e condições socioeconómicas mais satisfatórias (Fonseca et al., 2016 *cit in* Bárrios, 2017). Como já referido, a diferença de rendimentos entre os idosos portugueses, constitui-se como um problema para os mais carenciados, na medida em que podem ver dificultado o acesso a recursos facilitadores de um envelhecimento digno em casa e, por sua vez, aos custos inerentes à entrada para uma instituição (Fonseca, 2021). Logo, pessoas com condições financeiras satisfatórias,

veem favorecida a sua permanência no seu meio habitual de vida. Contudo, é salientada a necessidade das comunidades se adequarem a uma população cada vez mais heterogénea, com diferentes características das gerações anteriores, assim como, necessidades e aspirações.

De referir ainda que, a maioria vive com o seu cônjuge/companheiro (56.6%), sendo uma situação comum para a maior parte das pessoas idosas portuguesas, já que a proporção dos agregados familiares compostos por esta população tem aumentado progressivamente (Azevedo, 2020).

2.1. Questões habitacionais

No que concerne às questões habitacionais, é possível constatar que a maior parte dos participantes vive em contexto urbano (80%), possui casa própria (84.8%) e reside na sua habitação há mais de 30 anos (45.3%). Entendemos que o facto de a maioria viver em contexto urbano constitui-se como uma mais-valia, pois, quem vive em zonas mais rurais, pode ver o acesso a serviços e infraestruturas mais limitado, tal como, transportes e tecnologias (Fonseca, 2021). Por outro lado, estes resultados parecem reforçar o que é discutido na literatura, relativamente à ligação das pessoas mais velhas à sua casa, visto que, dado o tempo que lá viveram, esta representa um espaço de memórias passadas, que acrescenta sentido ao presente (Daré, 2010; Fonseca, 2021). Além disso, à medida que as pessoas envelhecem, sobretudo, após a reforma, tendem a centrar-se mais no seu espaço doméstico, reforçando a relação com o ambiente que o circunda (Fonseca, 2021).

Em relação à satisfação em termos da acessibilidade e segurança da habitação, observa-se que, de forma geral, os indivíduos se encontram satisfeitos (57.8%), podendo isto estar relacionado com o facto de não terem a necessidade de subir muitas escadas (66%), serem habitações amplas, com mais de quatro divisões (71.5%) e considerarem que a mesma se encontra em bom estado de conservação (51.6%). Deste modo, subentende-se que estes são aspetos propícios para que as pessoas possam continuar a envelhecer nas suas casas de forma mais cómoda, pois, para Martin et al. (2012), a habitação deve ser um meio para preservar a independência e autonomia das pessoas mais velhas e não um obstáculo (Martin et al., 2012).

Em virtude disto, verifica-se que a larga maioria (98%) considera que a sua casa reúne as condições necessárias para poderem habitá-la durante mais anos em segurança. De acordo com a OECD (2018), em Portugal, viver em habitações com condições satisfatórias é um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, associado a vários benefícios, como: prevenir situações de doença, reduzir a pobreza, melhorar a qualidade de vida, entre outros. Daí ser um fator crucial para o *ageing in place* (WHO, 2007), na medida em que, a mudança para uma instituição poderá resultar da insuficiência da habitação em sustentar as necessidades dos mais velhos (Iecovich, 2014). Portanto, para quem assume esta vontade, a qualidade desta é um ponto fulcral, de modo a se garantirem condições indispensáveis de conforto e segurança (Fonseca, 2021). Assim, verifica-se que 98% dos participantes desejam continuar a envelhecer nas suas casas e comunidades, sendo este um fenómeno expectável, pois, como já pudemos constatar, esta vontade predomina, de forma geral, à medida que as pessoas envelhecem, particularmente, na população mais velha (Iecovich, 2014; Moreira, 2020). É de salientar que, em ambas as questões (“Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança?” e “Deseja continuar a envelhecer em casa?”), o número de participantes que respondeu de forma negativa corresponde ao mesmo (n=5; 2%). Trata-se de um aspeto relevante, que nos permite corroborar com as considerações anteriores, dado que, as condições habitacionais poderão assumir bastante importância nesta decisão.

No que diz respeito às razões que levariam os participantes a sair da sua casa, a saúde constitui-se como o principal motivo (91.6%). Importa também referir que, além deste, os participantes consideram outros, nomeadamente: família (24%), condições financeiras (13.2%), habitação (7.2%) vizinhança (3.6%) e rede social (2%). Ora, como já referido, é importante considerar diferentes aplicações do conceito de *ageing in place* aos diferentes perfis de envelhecimento, em termos de saúde (Fonseca, 2021), uma vez que, com o avançar da idade, as pessoas encontram-se mais vulneráveis a patologias de várias ordens (Rosa, 2012). Assim como Milligan (2009) defende, os indivíduos devem viver de modo independente nas suas casas, caso a situação de saúde assim o possibilite. Estes dados vão ao encontro daquilo que Hooyman e Kiyak (2011, *cit in Prego, 2016*) defendem, na medida em que, quando existe um declínio da saúde das pessoas mais velhas ou quando

estas têm uma idade mais avançada, superior a 80 anos, parecem evidenciar uma maior necessidade de se aproximarem dos filhos e familiares, de forma a suprimir as suas necessidades. Contudo, quando estas não são suprimidas pelos familiares, existe a necessidade de procura por novas alternativas e serviços que prestem cuidados de saúde específicos.

2.2. Perceção do estado de saúde e autonomia

Ainda que a saúde seja o principal motivo que levaria à saída das pessoas da sua habitação, convém evidenciar que a maioria dos inquiridos diz ter condições de saúde satisfatórias, sendo que, a nível físico, 46.9% considera que se encontra bem e, a nível mental, 56.3% descreve-a como boa. Quanto à forma como avaliam o seu estado de autonomia física, dentro e fora de casa, a maioria considera-o muito bom (49.6% e 41%, respetivamente) e o mesmo acontece em relação ao estado de autonomia instrumental, em que 49.2% considera ser muito bom. A vida autónoma e independente é um aspeto fundamental para que o *ageing in place* possa acontecer, porque determina a possibilidade de envelhecer em casa, sem negligenciar a qualidade de vida desse processo (Fonseca, 2021). Como Bárrios (2017) explica, os novos paradigmas de uma “vida saudável”, levam a que os indivíduos sejam o principal responsável na gestão da sua saúde e do seu envelhecimento, sublinhando que a saúde não depende somente dos comportamentos e estilos de vida adotados, mas também de influências sociais, tais como, a educação, condições de trabalho, da habitação, dos recursos materiais e sociais que o indivíduo dispõe. Especula-se assim que, o facto de ser uma amostra que apresenta condições de vida satisfatórias, de modo geral, a perceção sobre a sua saúde poderá ser favorecida.

2.3. Escalas de Avaliação dos Fatores de Influência e de Intenção de *Ageing in Place*

Os resultados obtidos nas escalas do estudo, permitem discutir alguns aspetos em termos dos fatores de influência de *ageing in place*, que importam refletir do ponto de vista da intenção comportamental, tendo em conta o objetivo geral desta pesquisa.

Na *Escala de Avaliação dos Fatores de Influência de Ageing in Place*, a questão “Com que frequência isto acontece: Quer sair de casa para comer, ir ao cinema ou fazer compras e fazer outra atividade e não ir porque não tem dinheiro para tal?” é a que apresenta menor valor médio. Estes dados estarão, certamente, relacionados com os resultados outrora apresentados, nomeadamente, com o facto de a amostra ostentar condições socioeconómicas favoráveis. Por outro lado, entendemos que os inquiridos mantêm relações sociais satisfatórias, visto que o item “No geral, sinto que me relaciono bem com as pessoas.” evidencia a média mais elevada.

Por sua vez, na *Escala de Intenção de Ageing in Place*, observou-se que o item “Penso que tenho controlo sobre o modo como vai decorrer o meu envelhecimento no futuro.” é o que evidencia menor valor médio. Estes resultados levam-nos a questionar algumas das possíveis repercussões decorrentes da pandemia COVID-19, na forma como as pessoas encaram a sua vida em geral, uma vez que, o grupo de pessoas com idade mais avançada foi o mais afetado na época. Especula-se assim que, as circunstâncias atípicas vividas, possam ter contribuído para a falta de controlo sobre o modo como irá decorrer o futuro. Embora existam decerto alguns efeitos negativos decorrentes da pandemia, verificamos que a vontade das pessoas prevalece, sendo que, os itens “Eu quero envelhecer em casa no futuro.” e “Eu espero envelhecer em casa no futuro.” são os que apresentam médias mais elevadas. Aliás, em julho de 2020, o *National Institute of Aging* realizou uma pesquisa no Canadá, onde se observou que a pandemia fez, inclusive, aumentar o número de pessoas que desejam envelhecer em casa, rejeitando a mudança para uma instituição (Fonseca, 2021).

No que concerne à análise da estrutura fatorial das escalas, obtiveram-se seis fatores que integraram o modelo em estudo: Fator 1 - Confiança Financeira (CF); Fator 2 - Relacionamento Social/Comunidade (RS); Fator 3 -Satisfação com a Casa e com a Vizinhaça (SCV); Fator 4 - Má Saúde Física (MSF); Fator 5 -Obrigação Familiar (OF); Fator 6 - Boa Saúde Física (BSF).

Quando analisados os fatores com as variáveis sociodemográficas, verificou-se que apenas o género difere, significativamente, na Obrigação Familiar (OF), onde os homens apresentam valores mais elevados que as mulheres. Os dados mais consensuais indicam que as mulheres têm assumido, ao longo do tempo, o papel principal da prestação de

cuidados à família e do trabalho doméstico, observando-se que os homens são mais dependentes nesse sentido (Sequeira, 2010). No entanto, referimo-nos também a uma geração em que o estatuto familiar tradicional atribui aos homens o dever de cuidar da sua família, ao garantir-lhe proteção e sustento. Ainda que este cenário esteja a sofrer algumas alterações, com a participação da mulher no mercado de trabalho, de forma generalizada, estas apresentam ainda salários e pensões de reforma mais baixas e espera-se que sejam elas a suportar os cuidados da família (Gomes & Mata, 2017). Assim, face aos resultados, entendemos que a perceção dos participantes em relação à obrigação familiar, incida mais sobre a proteção e suporte financeiro à sua família, ao invés da prestação de cuidados.

Através da análise da relação entre as variáveis, com recurso ao coeficiente de correlação *R* de *Pearson*, verificou-se a existência de várias correlações significativas, permitindo-nos concluir que os fatores: Confiança Financeira (CF), Relacionamento Social/Comunidade (RS), Satisfação com a Casa e com a Vizinhança (SCV), Obrigação Familiar (OF); integrados nas diferentes dimensões do modelo TCP— pessoal, estrutural, relacional - são relevantes na decisão de continuar a envelhecer em casa e na comunidade. Foi assim possível observar que a maioria dos fatores incorporados no modelo, afetaram indiretamente a intenção de *ageing in place*, exceto a saúde.

i) Dimensão relacional: Relacionamento social e obrigações familiares

Uma descoberta notável deste estudo é que o relacionamento social (RS) emergiu como o preditor mais forte na intenção de envelhecer em casa e na comunidade (IECC), tendo-se correlacionado com todas as componentes do modelo TCP. Além de que, como já observámos, a rede social foi a menos considerada como motivo que levaria as pessoas a sair da sua habitação. Estes resultados têm implicações significativas, pois permite-nos compreender que este fator é um preditor-chave que poderá afetar, de forma positiva ou negativa, a intenção dos indivíduos. Sabe-se que permanecer na comunidade, permite às pessoas a manutenção das relações sociais e familiares e, por sua vez, que estas assumem um grande peso na decisão sobre onde envelhecer (Wiggins, Higgs, Hyde & Blane, 2004). Entendemos assim que, este fator afeta de forma positiva a permanência das pessoas no

seu contexto habitual de vida, pois, os participantes demonstram ter boas relações sociais no geral, levando a que a intenção de *ageing in place* seja reforçada. A evidência diz que proporcionar oportunidades para uma vida ativa e aumentar os níveis de participação social, pode estimular a expansão das redes e contribuir para a coesão social (Bárrios, 2017). Logo, refletir sobre a pertinência de estratégias promotoras de convivialidade, de forma a potenciar uma maior eficácia das relações sociais e incentivar esses comportamentos, poderá ser fundamental para favorecer a intenção das pessoas em permanecerem nas suas casas e comunidades pelo maior tempo possível, assim como, melhorar a sua qualidade de vida.

No que concerne ao papel das obrigações familiares (OF), comparativamente ao relacionamento social (RS), verificamos que a intenção de envelhecer em casa e na comunidade (IECC) é menos suscetível à influência familiar. Porém, observamos que é um fator igualmente significativo, ou seja, os indivíduos avaliam a sua intenção como positiva – atitude (AECC)- e, em contrapartida, esta surge influenciada pela percepção da família - norma subjetiva (NSECC). Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de esta decisão ser o mais expetável, até relativamente há pouco tempo, na medida em que, as pessoas envelheceriam nas suas casas, sabendo que a família, vizinhos e amigos pudessem prestar, eventualmente, cuidados ou algum tipo de apoio (Fonseca, 2021). No entanto, as alterações nas estruturas e funcionamentos familiares, podem ser passíveis de explicar a necessidade de as pessoas perceberem, por outro lado, se a família apoia esta decisão, acabando por ter um peso na sua intenção. Isto é, especula-se que as pessoas têm a necessidade de avaliar se têm condições que respondam às alterações impostas pelo processo de envelhecimento e, em contrapartida, se têm o apoio da família nesta decisão.

ii) Dimensão estrutural: Satisfação com a casa e vizinhança

A satisfação com a casa e vizinhança (SCV), foi identificado como um fator significativo para explicar a variável atitude (AECC) e norma subjetiva (NSECC), em relação a envelhecer em casa e na comunidade. Como referido, o conceito *ageing in place* configura a conexão dos indivíduos ao seu contexto de vida, não apenas à habitação, como também

ao espaço envolvente (Fonseca, 2021). Face aos resultados obtidos, entendemos que estes se encontram em consonância com a literatura, pois, como Martin et al. (2012) defendem, a possibilidade de envelhecer em casa depende, em grande parte, da satisfação das pessoas com a habitação e com o contexto social onde se encontram. Daí serem elementares na intenção de *ageing in place*, porque, a habitação assegura o bem-estar e segurança dos indivíduos, contribuindo para a sua qualidade de vida e independência (WHO, 2007) e, por outro lado, Prego (2016) explica que a vizinhança é um fator que assenta num papel de ativação e desenvolvimento de sentimentos de bem-estar. Assim, é fundamental considerar fatores que potencializem a funcionalidade das pessoas na habitação, sendo que, o conceito de *ageing in place* configura a continuidade das mesmas no seu contexto habitual de vida, quando acrescentada a possibilidade de autonomia social (Fonseca, 2021).

iii) Dimensão pessoal: Confiança financeira, boa e má saúde física

Embora a confiança financeira (CF) se tenha relacionado positivamente com o controlo comportamental percebido (CCPECC), a saúde (BSF e MSF) não teve qualquer associação à intenção (IECC) das pessoas permanecerem nas suas casas e comunidades.

A evidência refere que a possibilidade de envelhecer em casa, com conforto e segurança, está fortemente associada à condição financeira dos indivíduos (Fonseca, 2021). Inclusive, a existência de boas condições financeiras, têm uma associação positiva ao *ageing in place* (Sabia, 2008). Embora os participantes possuam rendimentos satisfatórios, especulamos que existe a necessidade de estes terem um sentimento de controlo sobre isso, para que, a longo prazo, possam envelhecer nas suas casas de forma digna e consigam lidar com as mudanças normativas associadas ao processo de envelhecimento. Estes resultados são expetáveis, já que, as restrições de ordem financeira são das principais limitações ao *ageing in place*, seja na realização de mudanças necessárias na habitação (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; Dante, 2015), seja no combate à doença ou na melhoria das condições de saúde (Pimentel & Silva, 2017).

Embora os indivíduos apresentem, de modo geral, condições de saúde satisfatórias, os resultados indicam que a saúde física se encontra em pior estado, comparativamente à

saúde mental, podendo ser por essa razão que, no estudo, a saúde física foi encarada como sendo o núcleo da percepção de saúde. Considerou-se ainda pertinente existir uma distinção em relação à mesma, parecendo existir uma dicotomia entre uma percepção mais positiva – boa saúde física (BSF) - e outra mais negativa – má saúde física (MSF). Como Ahn et al. (2020) referem, a saúde não corresponde a um fator singular, mas a uma variável dependente de outras variáveis e o declínio da mesma e da capacidade funcional, têm uma associação negativa com o *ageing in place* (Sabia, 2008). Ora, como foi possível observar, o principal motivo que levaria as pessoas a abandonar o seu domicílio foi precisamente a saúde, tendo sido depreendido que, no caso de existirem más condições de saúde, a saída da habitação seria inevitável. Segundo Pimentel e Silva (2017), primar por uma boa saúde é essencial, para que as pessoas possam manter uma qualidade de vida aceitável e assegurarem os seus contributos na sociedade, sendo importante distinguir o envelhecimento normativo do patológico, influenciado por fatores nocivos provenientes dos efeitos adversos dos ambientes, estilos de vida desadequados e estados de doença. Daí especularmos que a distinção em relação à saúde, por parte dos participantes, surja nesse sentido. Todavia, observou-se que estes foram os únicos fatores (BSF e MSF) que não tiveram qualquer associação com a intenção de *ageing in place*. Tendo em conta as considerações anteriores, tais fenómenos poderão estar relacionados a fatores externos, nomeadamente, com a pandemia. Isto porque, tratando-se de um período claramente stressante, trouxe consequências imprevisíveis para a saúde e bem-estar das pessoas, que se viram confinadas ao seu espaço doméstico, sem terem qualquer controlo sobre isso (Fonseca, 2021).

No que concerne às correlações baseadas nas componentes do modelo TCP, seria previsto que todas fossem suportadas para este estudo, porém, tal não se verificou. Quer isto dizer que, apenas as variáveis: norma subjetiva (NSECC) e controlo comportamental percebido (CCPECC), são significativas para explicar a intenção (IECC) das pessoas em continuarem a envelhecer nas suas casas e comunidades. Entendemos que o expetável seria que a atitude, enquanto antecedente imediato da intenção em realizar um determinado comportamento, fosse a variável mais influente, visto que a grande maioria das pessoas assumiu esta preferência. Contudo, sendo o *ageing in place* um conceito multidimensional e complexo (Martin et al., 2012), que implica considerar diversos

fatores, bem como, avaliar a facilidade e dificuldade previsível desse processo, para que esta seja uma decisão benéfica para os indivíduos, pressupõe-se que esta deve ser bastante ponderada. Em contrapartida, estes resultados poderão sugerir também que, apesar da maioria das pessoas assumir a intenção de envelhecer em casa, estas podem não estar a agir de acordo com o pretendido, levando a que a sua intenção (IECC) não se relacione com a sua atitude (AECC). Fonseca (2021) enfatiza a ideia de que planear um *ageing in place* que garanta uma qualidade de vida satisfatória, requer planear com antecedência os anos futuros, providenciar os recursos necessários para tal e fazer escolhas regidas pelas preferências individuais, assim como, pela evolução previsível das condições de saúde e funcionalidade. Deste modo, segundo o autor, os indivíduos preservam a funcionalidade indispensável à vida independente e, por sua vez, as mudanças que porventura surgirem não afetarão, de forma significativa, a sua autonomia.

3. Limitações e estudos futuros

A realização deste estudo, de cariz exploratório, permitiu refletir sobre os fatores que mais influenciam a intenção das pessoas em continuarem a envelhecer nas suas casas e comunidades. Embora se tenham cumprido os objetivos propostos, identificamos algumas limitações, passíveis de considerar em investigações futuras.

Ao tratar-se de um estudo exploratório, com a aplicação do modelo TCP, fundamentado na pesquisa realizada por Ahn et al. (2020), este serve de base para determinar prioridades e facilitar a elaboração de pesquisas futuras neste domínio. Estas considerações remetem para o reconhecimento de que o modelo em questão precisa ser testado em várias realidades.

Quanto ao instrumento de recolha de dados, embora tenha permitido chegar a um número elevado de pessoas, num curto espaço de tempo, revelou-se um pouco extenso. Além disso, visto ser um questionário *online*, para as pessoas que necessitaram de apoio no seu preenchimento, poderá ter existido algum tipo de influência nas respostas.

Por outro lado, entendemos que a amostra diz respeito, sobretudo, a pessoas que frequentam universidades seniores, associações, centros de dia e de convívio, levando a

que tenham mais facilidade de acesso ao meio digital e, por sua vez, são representativos de um grupo de pessoas com um bom nível de literacia, boas condições financeiras e de saúde. Embora a amostra tenha sido aleatória, não probabilística, entendemos que os resultados têm de ser interpretados com a devida salvaguarda, não podendo ser generalizados para a população em geral. Não obstante, o facto de a investigação ter sido realizada ainda em época de pandemia, existiu uma maior dificuldade em contactar as pessoas de forma presencial para responder ao questionário e, em contrapartida, algumas das entidades contactadas para colaborarem no estudo encontravam-se encerradas.

Deste modo, enquanto propostas futuras, sugere-se a replicação do estudo com grupos mais específicos ao nível das variáveis sociodemográficas (e.g. idade, nível de literacia, género, condições financeiras, localização, condições de saúde), por exemplo, através de grupos de foco. Apesar do modelo proposto contribuir para uma melhor compreensão do conceito de *ageing in place*, seria oportuno incluir outros fatores suscetíveis de influenciar a intenção das pessoas, de forma a fornecer outras perspetivas acerca da temática em Portugal e, por sua vez, considerar os resultados obtidos ao nível da saúde, sendo proveitoso recorrer a diferentes classificações que auxiliem a perceção dos indivíduos em relação à mesma. cremos ainda que, serem realizados estudos de natureza qualitativa neste âmbito, poderão ser bastante úteis, permitindo compreender melhor as vivências e influências das circunstâncias vividas, na intenção das pessoas envelhecerem em casa, bem como, em conhecer as suas reais necessidades, existindo uma menor probabilidade do enviesamento dos dados. Não obstante, seria propício desenvolverem-se estudos com pessoas muito idosas (quase-centenárias e centenárias) e respetivos familiares, que vivem em casa e na comunidade, explorando as necessidades e aspirações de ambos os grupos envolvidos, de forma a serem delineadas intervenções específicas e ajustadas.

Face à carência de estudos sobre o *ageing in place* em Portugal, esta investigação acrescenta informação sobre a temática, estabelecendo uma ponte entre o respetivo conceito e a intenção das pessoas continuarem a envelhecer nas suas casas e comunidades, através do conhecimento dos fatores que a influenciam. Contudo, importa salientar a pertinência crescente deste tema atualmente, pelo que seria relevante existirem mais investigações neste domínio, em específico, na realidade portuguesa.

Consideramos que seria igualmente importante, avaliar os recursos existentes na comunidade, com o intuito de se compreender o leque de serviços disponíveis, propostas de melhoria dos mesmos e avaliar a acessibilidade económica.

Seria assim proveitoso considerar os resultados obtidos no estudo, como uma linha orientadora no desenvolvimento de novos serviços e respostas para o contexto comunitário, incentivando a discussão e reflexão sobre os fatores que influenciam a intenção das pessoas, de forma a promover o *ageing in place*, tendo por base todas as suas condicionantes. Atentamos que serão, certamente, ações promissoras, uma vez que, consideram aquela que é a vontade da grande maioria das pessoas mais velhas.

PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusão

Este estudo teve como propósito, explorar os fatores que contribuem para a intenção das pessoas, com 50 e mais anos, em continuar a envelhecer nas suas casas e comunidades (*ageing in place*). Pelos resultados apresentados e apoio da literatura, foi possível alcançar os objetivos específicos, inicialmente propostos.

Através deste estudo conseguimos identificar quais os domínios e, em particular, os preditores mais significativos na intenção dos indivíduos, sendo que, sob esta perspetiva, é possível perceber o peso que as pessoas atribuem a cada dimensão, ao interpretarmos os comportamentos – atitude (AECC), norma subjetiva (NSECC), controlo comportamental percebido (CCPECC) – relacionados com a decisão de envelhecer em casa e na comunidade.

Podemos aferir que os participantes ostentam, no geral, condições de vida satisfatórias, apresentando elevados níveis de literacia, boas condições habitacionais, socioeconómicas e de saúde, bem como, boas relações sociais e familiares. Relativamente aos fatores preditores na intenção de *ageing in place*, percebemos que, à exceção da saúde (BSF e MSF), os restantes são considerados influentes. Referimo-nos à satisfação com a casa e vizinhança (SCV), obrigações familiares (OF) e, sobretudo, ao relacionamento social/comunidade (RS). No que concerne à intenção de *ageing in place* (IECC), verificou-se que esta é apenas prevista por meio da norma subjetiva (NSECC) e controlo comportamental percebido (CCPECC), integradas no modelo TCP.

Embora a maioria deseje continuar a envelhecer em casa e apresentar condições de saúde satisfatórias, bem como, de autonomia, constata-se que este é o principal motivo que os levaria a sair da sua habitação. Isto parece ser consistente com o que Fonseca (2021) defende, pois para que o *ageing in place* possa suceder com qualidade, é importante primar por uma vida autónoma e independente. Segundo o autor, é fundamental reconhecer que o estado de saúde das pessoas, corresponde a diferentes aplicações do conceito de *ageing in place*. Para os participantes, a saúde física ganha maior destaque comparativamente à saúde mental, distinguindo-a como boa e má (BSF e MSF). Entendemos que estes dados sugerem a distinção entre o processo de envelhecimento normativo e patológico, assim como, pelo facto de a saúde ser uma variável dependente

de outras (Ahn et al., 2020). Da mesma forma que se especula que possam estar relacionados aos efeitos adversos provocados pela pandemia e pela incerteza que trouxe à vida das pessoas, sobretudo, em relação ao seu estado de saúde. Conclui-se assim que, a saúde não é um fator preditor na intenção (IECC).

O segundo principal motivo que levaria à saída das pessoas das suas habitações diz respeito à família. Quando as pessoas idosas se encontram em situação de dependência, os cuidados são assegurados, na sua maioria, dentro da rede familiar (Gomes & Mata, 2017), sendo esta uma expectativa generalizada. Observou-se, por sua vez, que a obrigação familiar (OF) é um fator significativo na intenção de *ageing in place* (IECC), por meio da atitude (AECC) e norma subjetiva (NSECC). Isto significa que existe influência familiar na decisão das pessoas mais velhas permanecerem ou não nas suas casas. Especula-se que, as pessoas esperam receber apoio dos familiares, no entanto, caso estes não possuam recursos (pessoais, sociais, materiais, financeiros) suficientes para apoiar a decisão dos seus entes queridos, provavelmente, supõem a necessidade de sair da mesma. Todavia, segundo os autores supracitados, é importante compreender que cada família é única, reagindo e organizando-se de diferentes formas, face a situações de dependência dos seus elementos mais velhos, tratando-se de um processo dinâmico e complexo, pelas alterações que sofre ao longo do tempo. Isto é, devido à evolução da doença, ao tipo de dependência que gera, ao contexto familiar, tipo e fase do ciclo vital da família, crenças e atitudes familiares, bem como, ao nível da rede de suporte que usufrui (Gomes & Mata, 2017). Daí a importância de promover apoios diversificados, regulares e ajustados às necessidades dos familiares que prestam apoio ao envelhecimento em casa e na comunidade (Sousa & Ribeiro, 2021).

Em relação à casa e vizinhança (SCV), constata-se que, de um modo geral, os indivíduos se encontram satisfeitos, constituindo-se como um fator significativo para explicar a atitude (AECC) e norma subjetiva (NSECC) em relação à intenção (IECC) de *ageing in place*. Dispor de uma habitação com condições habitacionais satisfatórias, é essencial para as pessoas se sentirem seguras, sendo que, a casa assume um foco espacial na vida destas, dado o tempo e os acontecimentos significativos que lá ocorreram (Daré, 2010). Por outro lado, apresentam boas relações com outras pessoas da comunidade, além da família. Ora, como Prego (2016) refere, as redes de suporte social são consideradas imprescindíveis

para as pessoas idosas portuguesas que vivem nas suas casas, pois, os vizinhos equiparam-se ao nível de familiares próximos. Assim, observa-se que estes são fatores preponderantes para os indivíduos na intenção de *ageing in place*, alicerçado num papel de ativação e desenvolvimento de sentimentos de bem-estar (Prego, 2016). Logo, configurando-se a vizinhança como um dos pilares da rede de suporte social dos indivíduos, enquanto ativa e eficiente, torna-se essencial que seja valorizada e mobilizada na permanência do idoso no seu meio (Domingues & Silva, 2017).

Finalmente, no que concerne à rede social, além de ser considerado o motivo menos predominante na decisão de sair da habitação, observamos que o relacionamento social/comunidade (RS) foi considerado o fator que mais contribui para a intenção de *ageing in place* (IECC), relacionando-se com todas as componentes do modelo TCP (AECC, NSECC e CCPECC). Envelhecer na comunidade, promove e facilita as ligações sociais com familiares e amigos (Fonseca, 2021), logo, esta decisão permite a manutenção destas relações, que, por sua vez, contribuem para o bem-estar dos indivíduos (Wiggins et al., 2004). Constatase assim que, permanecer num ambiente familiar tem um impacto positivo no bem-estar dos mesmos.

Portanto, as relações sociais são um recurso fundamental ao longo de toda a vida, mas, com o avançar da idade e o fenómeno da longevidade, surgem mudanças inevitáveis na sua qualidade e quantidade (Araújo & Ribeiro, 2012). Ao considerarmos a idade do participante mais velho, referimo-nos a uma pessoa quase centenária (98 anos) a viver em casa, levando-nos a refletir sobre alguns pontos. De acordo com os autores supracitados, pessoas nesta faixa etária têm mais probabilidade de receber cuidados por parte dos filhos, contudo, é preciso notar que também eles são pessoas idosas, que enfrentam outro tipo de dificuldades (Afonso, Brandão & Ribeiro, 2019). Deste modo, consideramos que tais fenómenos requerem uma atenção diferenciada. Estes dados alertam para a necessidade de existirem respostas adequadas ao perfil de saúde das pessoas com idade mais avançada e respetivos familiares, como também, ao nível da própria comunidade. Ora, se as relações sociais são significativamente influentes na intenção de *ageing in place*, importa reconhecer a relevância da dimensão relacional no desenho e implementação de respostas em contexto comunitário, investindo, sobretudo, na qualidade destas redes, não só para os adultos mais velhos e pessoas idosas, mas

também para as pessoas muito idosas e respetivos familiares. É fulcral reconhecer que o bem-estar subjetivo não depende meramente da saúde, mas também de outros fatores igualmente importantes, que vão alterando ao longo do processo de envelhecimento, nomeadamente as condições materiais, as relações sociais e familiares, os papéis e as atividades sociais (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). Neste sentido, torna-se primordial promover relações de contato significativas na comunidade, com a articulação do sistema de saúde, apoio social e serviços adequados.

Posto isto, verificamos que envelhecer em casa e na comunidade implica reconhecer a individualidade de cada pessoa, em termos das suas necessidades, decorrentes do seu perfil de saúde e nível de dependência, bem como, dos seus recursos, económicos, sociais e familiares, disponíveis para gerir as preferências dos indivíduos (Sousa & Ribeiro, 2021).

O hiato de tempo entre gerações, traduz-se em diferentes trajetórias, contextos, condições e estilos de vida, fruto da história de vida de cada pessoa e respetivas vivências. Por sua vez, isto resulta em diferentes necessidades, aspirações e interesses. Ao observarmos os resultados, entendemos que o desejo de envelhecer em casa e na comunidade, é comum à grande maioria dos participantes (atuais e futuras pessoas idosas), sendo possível constatar que esta é uma ideia cada vez mais predominante na vida das pessoas. Isto vai ao encontro do que Iecovich (2014) defende, visto que, à medida que as pessoas envelhecem, preferem permanecer nas suas casas, particularmente, as de idade mais avançada. Não obstante, embora a pandemia tenha acentuado algumas vulnerabilidades pré-existentes desta população, é possível apurar que esta vontade prevalece. Conclui-se assim que, os indivíduos optam apenas pela institucionalização como último recurso, dando primazia à sua habitação e comunidade, recorrendo somente a respostas institucionais, quando os seus níveis de incapacidade impossibilitam a sua permanência em casa (Fonseca, 2021).

O *ageing in place*, além de um conceito, traduz-se num paradigma complexo, que considera a vontade das pessoas e pressupõe a capacidade de permanecer em casa e na comunidade, tendo por base os princípios do conforto e segurança (WHO, 2015a), de acordo com as preferências e recursos que cada indivíduo possui, mas, que vão alterando ao longo do processo de envelhecimento (Wiles et al., 2012). Consideramos que não se deve reduzir o conceito apenas à intenção das pessoas, contudo, acreditamos que esta

perspetiva oferece novas oportunidades para a sua compreensão, pois, muitas vezes, tem sido considerado vago e complexo noutros estudos. Além de que, esta abordagem pode ser útil para prever fatores de controlo específicos que reforçam ou não a intenção de envelhecer em casa e na comunidade. Pois, embora esta seja uma vontade evidente para a maioria das pessoas, sabe-se que esta intenção é influenciada por diversos fatores, não necessariamente internos, mas também externos.

Um dos princípios centrais do paradigma do envelhecimento ativo e saudável, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2015a), é possibilitar às pessoas envelhecerem no seu meio habitual de vida, com condições adequadas. Isto requer uma abordagem interdisciplinar, cujas intervenções devem incidir ao nível individual, comunitário, regional e nacional (Fonseca, 2021). Portanto, se o propósito é apoiar os interesses das pessoas em manterem-se nas suas comunidades, autónomas, independentes e com as suas redes de suporte social ativas, devemos atentar nos fatores que afetam, direta e indiretamente, as componentes do modelo TCP em relação a esta intenção (IECC). Com os resultados obtidos no presente estudo, entendemos que além de ser necessário atentar as condições financeiras e habitacionais dos indivíduos, que lhes possibilita atender aos princípios da segurança, independência e conforto, é consensual a importância atribuída também às relações sociais, familiares e de vizinhança.

Neste cenário, seria expectável que a atitude (AECC) fosse prevista na intenção (IECC), dada a preferência da maioria, no entanto, percebe-se que esta decisão poderá surgir influenciada apenas pela norma subjetiva (NSECC) e controlo comportamental percebido (CCPECC). Especula-se que, ao tratar-se de uma decisão que poderá afetar, de alguma forma, a dinâmica de outras pessoas significativas, nomeadamente dos familiares, esta não é uma resposta imediata por parte dos participantes, existindo a necessidade de avaliarem a sua intenção pela norma subjetiva e controlo comportamental percebido. De acordo com Fonseca (2021), a opção de envelhecer em casa implica refletir sobre o modo como se pretende viver os últimos anos de vida com qualidade e, para tal, planear com antecedência os anos futuros, providenciar recursos e fazer escolhas regidas pelas preferências individuais e evolução previsível das condições de saúde e funcionalidade. Assim, dada a diversidade de questões a considerar, torna-se clara a necessidade de

existirem medidas que favoreçam o *ageing in place* para todos, com o desenho de novos modelos de envelhecimento sustentável, adaptados à realidade atual e vindoura.

Requerendo o *ageing in place* uma abordagem interdisciplinar, protagonizada pela Gerontologia (Fonseca, 2021), destaca-se ainda a importância de os profissionais que trabalham neste âmbito, estarem preparados e capacitados para lidarem com as questões subjacentes ao processo de envelhecer em casa e na comunidade. Em particular, os profissionais da área da Gerontologia, que estudam o processo de envelhecimento humano em todas as suas dimensões (biológica, psicológica e social) e propõem-se a atuar perante a pessoa idosa de forma integral (Vara, 2017), podendo ocupar um papel central na vida das pessoas mais velhas que querem envelhecer nas suas casas.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, R., Brandão, D. & Ribeiro, O. (2019). Cuidadores de idosos centenários na região da beira interior (Portugal). *Analise Psicologica*, 2(37). 147-160. 10.14417/ap.1482
- Ahn, M., Kang, J., & Kwon, H. J. (2020). The concept of aging in place as intention. *The Gerontologist*, 60(1), 50–59. <https://doi.org/10.1093/geront/gny167>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Alvarez, C. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas* (pp. 97-100). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.
- Araújo, L. & Ribeiro, O. (2012). Centenários: que redes sociais?. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1). 57-74. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12777/9268>
- Azevedo, A. B. (2020). *Como vivem os portugueses: população e famílias, alojamentos e habitação*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/documentos/7026/como-vivem-os-portugueses-habitacao-condicoes-de-vida-alojamentos-territorio-ambiente-pdf>
- Bárrios, M. J. (2017). *Políticas de envelhecimento ao nível local: Análise e avaliação de programas a partir do paradigma de envelhecimento ativo* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese na Íntegra MJBárrios.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese%20na%20Íntegra%20MJBárrios.pdf)
- Bárrios, M. J. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas* (pp. 80-83). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.

- Bárrios, M. J., Marques, R. & Fernandes, A. A. (2020). Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 54(129), 1-11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>
- Caçador, E., Ferreira, M. & Carvalho, A. (2021). "Aging in Place" a sustainable solution? A case study case applied to the third sector. *EasyChair Preprint*. https://easychair.org/publications/preprint_english/4hdH
- Câmara, S. B. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas* (p. 43). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.
- Couper, M. P., & Miller, P. V. (2008). Web survey methods introduction. *Public Opinion Quarterly*, 72(5), 831–835. <https://doi.org/10.1093/poq/nfn066>
- Dante, M. C. (2015). *Exploring the lived experiences of seniors aging in place* [Doctoral dissertation, Walden University]. Walden Dissertations and Doctoral Studies. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2338&context=dissertations>
- Daré, A. (2010). *Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Dias, I. & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. . In C. Paúl e O. Ribeiro (coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 179-203). Lisboa: Lidel.
- Domingues, M. & Silva, T. (2017). Mapa mínimo de relações do idoso: Uma ferramenta para avaliar a rede de suporte social. In F. Pereira. *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 175-192). Viseu: Psicossoma
- Euromonitor International. (2019, November). The top 5 oldest countries in the world. Consumers. <https://www.euromonitor.com/article/the-top-5-oldest-countries-in-the-world>
- EUROSTAT (2019). *Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU*. Luxembourg:

Publications Office of the European Union.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36. <https://doi.org/ISSN 0873-6529>

Fernandes, A. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas* (pp. 23-25). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.

Fernandes, A. A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In A. Fonseca (coord.), *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 3-30). Lisboa: Editora Coisas de Ler.

Fernández-Carro, C. (2013). *“Ageing in Place” in europe: a multidimensional approach to independent living in later life* [Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/129081>

Ferreira, M. J., & Campos, P. (2001). XI- O inquérito estatístico. In *Dòssies Didácticos*. <http://alea-estp.ine.pt>.

Fonseca, A. M. (2018). *Boas práticas de ageing in place: Divulgar para valorizar* (1st ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf

Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>

Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.

- Gomes, M. & Mata, A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira. *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 163-173). Viseu: Psicosoma
- Greenfield, E. A. (2012). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on aging-in-place initiatives. *The Gerontologist*, 52(1), 1–12. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr108>
- Guedes, J. (2014). Cuidados formais a idosos: Desafios inerentes à sua prestação. In A. Fonseca (coord.), *Envelhecimento, Saúde e Doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 183-217). Lisboa: Editora Coisas de Ler.
- Hill, M. M. & Hill, A. (1998). *A construção de um questionário*. Lisboa: Dinâmia. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/469/4/DINAMIA_WP_1998-11.pdf
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21–33. http://www.drustvo-antropologov.si/AN/PDF/2014_1/Anthropological_Notebooks_XX_1_Iecovich.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. Lisboa: INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021 - Resultados Provisórios*. Lisboa: INE. Dezembro. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Tábua de mortalidade para Portugal 2018-2020*. Lisboa: INE.
- Macedo, D., Oliveira, C. V., Günther, I. de A., Alves, S. M., & Nóbrega, T. S. (2008). O lugar do

- afeto, o afeto pelo lugar: o que dizem os idosos? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 441–449. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400007>
- Machado, P. (2005). *As malhas que a (c)idade tece: Mudança social, envelhecimento e velhice em meio urbano* [Doctoral dissertation, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa]. Biblioteca Nacional Portuguesa. <https://bibliografia.bnportugal.gov.pt/bnp/bnp.exe/registo?1714753>
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 2, 177–203. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426539987010>
- MetLife. (2013). *Livable Community Indicators for Sustainable Aging in Place*. New York, NY: Metropolitan Life Insurance Company. https://www.giaging.org/documents/mmi-livable-communities-study_2013.pdf
- Milligan, C. (2009). *There's no place like home. Place and care in an ageing society*. Farnham, UK: Ashgate.
- Ministério da Solidariedade, E. e S. S. (2018). Carta Social: Rede de serviços e equipamentos. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2018.pdf/a15c531a-6e04-471d-b94f-1f34b08c6bd6>
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7409>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2002). *Ageing, housing and urban development*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264176102-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *How's life in Portugal?* OECD. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6574492c-en/index.html?itemId=/content/component/6574492c-en>
- Organização das Nações Unidas. *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Oswald, F., & Wahl, H.-W. (2005). Dimensions of the meaning of home in later life. In G. D.

- Rowles & H. Chaudhury (Eds.), *Home and identity in late life: International perspectives* (pp. 21–45). New York: Springer.
- Pani-harreman, K. E., Bours, G. J. J. W., Zander, I., Kempen, G. I. J. M., & Van Duren, J. M. A. (2021). Definitions, key themes and aspects of ‘ageing in place’: A scoping review. *Ageing and Society*, 41, 2026–2059. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>
- Pereira, F. (2017). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In F. Pereira. *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 119-128). Viseu: Psicosoma
- Pimentel, H. & Silva, M. (2017). Inclusão social dos idosos. In F. Pereira. *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 219-230). Viseu: Psicosoma.
- Prego, J. (2016). *Aging in place e suporte social: Um estudo num município da região norte* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1900/1/Joana_Prego.pdf
- Pynoos, J., Caraviello, R., & Cicero, C. (2009). Lifelong housing: The anchor in aging-friendly communities. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 33(2), 26–32. <https://www.jstor.org/stable/26555647>
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sabia, J. J. (2008). There’s No Place Like Home. *Research on Aging*, 30(1), 3–35. <https://doi.org/10.1177/0164027507307919>
- Sequeira, C. (2010). Caracterização dos cuidadores. In Carlos Sequeira, *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 257-259). Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. (2010). Envelhecimento, Contexto Social e Familiar. In Carlos Sequeira, *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp.30-34). Lisboa: Lidel
- Sobral, M. (2020). Cuidadores de pessoas em idade avançada: Da avaliação à intervenção. In R. Benavente (coord.), *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (pp. 89-119). Lisboa: Pactor.

- Sousa, L. & Ribeiro, O. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas* (pp. 64-68). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.
- Sousa, L., Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: O último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl e O. Ribeiro (coord.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 255-273). Lisboa: Lidel.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385, 640-648. [10.1016/S0140-6736\(15\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61489-0)
- Szinovacz, M. E., DeViney, S., & Davey, A. (2001). Influences of family obligations and relationships on retirement: Variations by gender, race, and marital status. *Journals of Gerontology - Social Sciences*, 56(1), 20–27. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.1.S20>
- Tomasini, S. & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Passo Fundo*, 4(1), 88-102. <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/119>
- van Dijk, H. (2015). *Neighbourhoods for ageing in place*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Vara, M. (2017). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira (coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (2nd ed.) (pp. 65-77). Viseu: Psicossoma
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging Well and the Environment: Toward an Integrative Model and Research Agenda for the Future. *The Gerontologist*, 52(3), 306–316. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr154>
- Wiggins, R. D., Higgs, P. F. D., Hyde, M., & Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*, 24(5), 693–708. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002284>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of “Aging in Place” to Older People. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2015a). *Report on the 2nd WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations, 7-9 October 2015, Kobe (Japan)*. Geneva: World Health Organization Centre for Health Development.

World Health Organization. (2015b). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Anexo A: Questionário

Fatores que contribuem para a intenção de Aging in Place

Este estudo está a ser desenvolvido por uma equipa de investigação da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Coimbra, no âmbito da dissertação de Mestrado em Gerontologia Social da aluna Raquel Inês Boucho Abrantes, sob orientação da Doutora Cláudia Andrade.

O objetivo deste questionário, para o qual pedimos a sua colaboração, destina-se a recolher dados que permitam analisar os fatores que contribuem para a intenção de Aging in Place em Portugal, isto é, para permanecer em casa e na comunidade, à medida que se envelhece.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far-se-á por um código, não existindo em nenhum material de referência os dados de identificação. Após a análise de toda a informação recolhida, os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, à sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto. Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação e mereceu a aprovação da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra.

Em nome da equipa de investigação do projeto, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, e manifesto a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais: raquelabrantes_19@hotmail.com

***Obrigatório**

Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Na qualidade de participante no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

1. Desta forma, aceito de livre vontade a participação neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato. *

Marcar apenas uma oval.

Aceito

Dados Sociodemográficos

2. Género *

Marcar apenas uma oval.

Feminino
 Masculino

3. Idade *

4. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

Casado/a
 União de Facto
 Divorciado/a
 Viúvo/a
 Solteiro/a

5. Nível de Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

Ensino Básico
 Ensino Secundário
 Ensino Superior
 Mestrado
 Doutoramento

6. Emprego *

Marcar apenas uma oval.

- Trabalhador/a a tempo integral
- Reformado/a / Mantém alguma atividade
- Reformado/a / Não trabalha

7. Se já se encontra reformado/a, com que idade se reformou?

8. Se já se encontra reformado/a, qual o motivo?

Marcar apenas uma oval.

- Idade e tempo de serviço
- Reforma antecipada

9. Qual é/foi a sua última profissão? *

10. Com quem vive: *

Marcar apenas uma oval.

- Cônjuge/ Companheiro/a
- Familiares
- Sozinho/a
- Outro: _____

11. Número do Agregado Familiar *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3 ou mais

12. Mora com crianças? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

13. Rendimento Familiar Anual *

Marcar apenas uma oval.

- Até 10.000 euros
- Mais de 10.000 euros e Menos de 30.000
- Mais de 30.000

Questões Habitacionais

14. Localização geográfica de residência *

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Açores
- Madeira

15. Tipo de Localização *

Marcar apenas uma oval.

- Rural
- Cidade (Centro)
- Cidade (Arredores)

16. A casa onde vive é: *

Marcar apenas uma oval.

- Casa própria
- Arrendada
- Casa de familiares
- Outro: _____

17. A tipologia da casa onde vive é: *

Marcar apenas uma oval.

- Moradia
- Vivenda
- Apartamento
- Outro: _____

18. Há quanto tempo vive neste local: *

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 10 anos
- Entre 11-20 anos
- Entre 21-30 anos
- Mais de 30 anos

19. A habitação foi construída: *

Marcar apenas uma oval.

- Antes de 1980
- Entre 1980 a 2010
- Depois de 2010

20. Tem jardim/ quintal? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. Na sua habitação/prédio necessita de subir muitas escadas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

22. Quanta divisões tem a habitação onde vive? *

Marcar apenas uma oval.

- 0-1
 2-3
 >4
 Não se aplica

23. Em relação à acessibilidade e segurança da habitação onde vive está: *

Marcar apenas uma oval.

- Muito insatisfeito/a
 Insatisfeito/a
 Nem insatisfeito/a, nem satisfeito/a
 Satisfeito/a
 Muito satisfeito/a

24. O estado de conservação da habitação em que vive é: *

Marcar apenas uma oval.

- Degradada a precisar de grandes obras
 Precisa de pequenas intervenções
 Razoável
 Bom
 Muito bom

25. Considera que a sua habitação reúne as condições necessárias para que consiga habitá-la durante mais anos em segurança? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

26. Deseja continuar a envelhecer em casa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

27. O que o levaria a sair da sua habitação? *

Pode seleccionar mais do que uma opção.

Marque todas que se aplicam.

- Saúde
 Condições Financeiras
 Habitação
 Vizinhança
 Rede Social
 Família

28. Como avalia o seu estado de saúde física? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito mau
 Mau
 Razoável
 Bom
 Muito bom

29. Como avalia o seu estado de saúde mental? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito mau
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom

30. Como avalia o seu estado de autonomia física dentro de casa (ex. vestir-se sozinho, deitar e levantar-se sozinho, etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito mau
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom

31. Como avalia o seu estado de autonomia física fora de casa (ex. apanhar transportes, ir ao médico a pé, fazer compras, etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito mau
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom

32. Como avalia o seu estado de autonomia instrumental (ex. usar o telefone, fazer compras, tomar medicamentos, etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito mau
- Mau
- Razoável
- Bom
- Muito bom

Perceção pessoal sobre a sua saúde e condição financeira

33. Tenho muitas queixas físicas. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

34. Acho que tenho problemas de coração. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

35. Tenho um bom apetite para comer. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

36. Tenho dores e sofrimentos. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

37. Estou em boa forma física. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

38. Acho que a minha saúde está cada vez pior. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

39. Canso-me facilmente. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

40. Posso suportar uma grande quantidade de esforço físico durante as atividades da vida diária (ex. caminhar, cozinhar ou tomar banho). *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

41. Qual pensa ser o seu nível de pressão financeira na atualidade? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Nenhuma pressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elevada pressão

42. Com que frequência se sente pressionado/a com as suas finanças pessoais? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Nenhuma pressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elevada pressão

43. Como se sente em relação à sua situação financeira atual? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Nenhuma pressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elevada pressão

44. Com que frequência se preocupa em relação às despesas mensais, no seu dia-a-dia? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

45. Com que frequência isto acontece: Quer sair de casa para comer, ir ao cinema ou fazer compras e fazer outra atividade e não ir porque não tem dinheiro para tal? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

46. Com que frequência fica financeiramente limitado/a? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sempre

47. Em que medida está confiante em ter dinheiro para pagar uma emergência financeira que custa cerca de 500 euros? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nada confiante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito confiante

48. Quão satisfeito/a está com a sua situação financeira atual? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

Satisfação com a habitação e vizinhança

49. Quão satisfeito/a está com a condição física da sua casa? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito/a

50. Quão satisfeito/a está com o ambiente externo da sua casa? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito/a

51. Quão satisfeito/a está com o ambiente interno da sua casa (disposição dos móveis da sala, qualidade do ar ou acessibilidade)? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito insatisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito/a

52. Quão satisfeito/a está com a segurança da sua vizinhança? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muito insatisfeito/a Muito satisfeito/a

53. Quão satisfeito/a está com o acesso aos serviços de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muito insatisfeito/a Muito satisfeito/a

54. Quão satisfeito/a está com os meios de transporte na sua comunidade? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muito insatisfeito/a Muito satisfeito/a

55. Quão satisfeito/a está com a oportunidade de realizar atividades de lazer na sua comunidade? *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muito insatisfeito/a Muito satisfeito/a

Conexão social e obrigação da família

56. Sinto-me bem conectado com a minha família e amigos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

57. Tenho boas relações sociais com outras pessoas, para além da família. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

58. Sinto uma sensação de integração na minha comunidade. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

59. No geral, sinto que me relaciono bem com as pessoas. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

60. Em geral, estou satisfeito/a com o relacionamento que tenho com outras pessoas, para além da minha família. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

61. Os filhos devem ser ensinados que é do seu dever cuidar dos seus pais quando eles envelhecerem. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

62. Se um familiar está com dificuldades financeiras, deve-se ajudá-lo, se possível. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

63. Deve-se dividir a casa com familiares, se estes precisarem de um lugar para ficar. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

64. As crianças mais velhas devem cuidar e ser modelos para os seus irmãos e irmãs mais novos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

65. Os pais devem estar dispostos a fazer grandes sacrifícios, para garantir uma vida melhor aos seus filhos. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

Envelhecer em casa e na comunidade

66. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será agradável. *

(No local onde vive atualmente)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

67. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será bom. *

(No local onde vive atualmente)

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente Concordo totalmente

68. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será benéfico. *

(No local onde vive atualmente)

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

69. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será necessário. *

(No local onde vive atualmente)

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

70. As pessoas que são importantes para mim, acham que eu deveria envelhecer em casa. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

71. As pessoas que influenciam a minha decisão, acham que eu deveria envelhecer em casa. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

72. Espera-se que eu envelheça em casa. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

73. A maioria das pessoas que conheço, pensam que envelhecer em casa é uma boa ideia. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

74. Estou confiante de que poderei envelhecer em casa, se eu quiser. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

75. Eu gostaria de envelhecer em casa, mas realmente não sei se posso. *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

76. No futuro, a decisão de eu envelhecer em casa ou não, depende inteiramente de mim. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

77. Para mim, envelhecer em casa no futuro, é fácil. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

78. Penso que tenho controlo sobre o modo como vai decorrer o meu envelhecimento no futuro. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

79. Eu quero envelhecer em casa no futuro. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

80. Eu espero envelhecer em casa no futuro. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

81. É muito provável que eu envelheça em casa no futuro. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

82. Eu pretendo envelhecer em casa no futuro. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

Anexo B: Parecer da Comissão de Ética do IPC



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 36_CEIPC/2022

Apreciação da proposta de projeto: "Análise dos Preditores do *Aging in Place*".

A – RELATÓRIO

A.1. DOCUMENTOS PARA APRECIÇÃO:

1. Mod.CEPC_PARE
2. Mod.CEPC_CILE
3. Mod. CEPC_DCH
4. Mod. CEPC_TRO
5. Mod. CEPC_CRONOGRAMA
6. Mod. CEPC_DCPDI
7. Check List de Auto Avaliação
8. Curriculum da Investigadora
9. Questionário da Investigação

A.2. RESUMO DO PROJETO

O presente trabalho de investigação decorrerá no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da ESEC, IPC.

O fenómeno do envelhecimento demográfico é uma realidade atual e inegável. Particularmente em Portugal, sendo considerado um dos países mais envelhecidos do mundo.

Face ao aumento do envelhecimento populacional, torna-se inevitável questionar as perspetivas sobre os modos de vida das pessoas com idade mais avançada. Sendo que, atualmente, a maioria envelhece nas suas casas e comunidades – *aging in place* – verificando-se que apenas cerca de 4,2% vive em instituições de apoio social.

Considerando as estatísticas que revelam o número de indivíduos que desejam permanecer nas suas habitações, esta questão torna-se ainda mais significativa. Uma vez que, a maior parte das pessoas mais velhas assumem a vontade de envelhecer num lugar que já conhecem e lhes seja familiar, isto é, no seu meio habitual de vida.

Esta perspetiva vai ao encontro do conceito de *Aging in Place*, que vai muito além do que é a sua tradução literal "envelhecer no lugar", tratando-se da capacidade de envelhecer e permanecer em casa e na comunidade, de forma independente e segura, o maior tempo possível.

A presente investigação pretende contribuir para aprofundar conhecimento sobre a presente temática em Portugal, pois as medidas de promoção de envelhecimento em casa, continuam a ter pouca visibilidade no nosso país, comparativamente às soluções institucionais dirigidas a esta faixa etária.



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 36_CEIPC/2022

Neste âmbito, o estudo assumiria um caráter quantitativo de natureza exploratória, de forma a analisar quais os fatores preditores do Aging in Place e perceber a experiência subjetiva que influencia a tomada desta decisão, com recurso a um questionário *online*. A amostra seria constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que residam nas suas casas. O presente estudo tem como principal objetivo analisar os fatores que contribuem para o *Aging in Place*, em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que residam nas suas casas. Pretende-se ainda, perceber a experiência subjetiva sobre a tomada desta decisão e a importância de diferentes dimensões relacionadas com a intenção das pessoas permanecerem nas suas casas e comunidades, à medida que envelhecem. Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória, com uma amostra aleatória, por conveniência, com critério de exclusão a população com idade inferior a 60 anos, que resida em instituições de apoio social.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

- B.1.** A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos são garantidos pelos proponentes. Os dados recolhidos são de uso exclusivo para o presente estudo.
- B.2.** O texto proposto constante do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE), salvaguarda os princípios da autonomia, da confidencialidade, anonimização e segurança de dados.

C – CONCLUSÕES

O pedido cumpre todos os requisitos éticos na investigação em Seres Humanos. O estudo mostra mérito social e rigor científico. Estando salvaguardados os pressupostos éticos relacionados com a investigação, de acordo com o disposto no n.º 2 do art.º 7º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC, nada tenho a opor quanto ao desenvolvimento do referido projeto.

DECISÃO: DEFERIDO, por UNANIMIDADE em reunião do dia 26/01/2022

O/A Relator/a: Adelino Manuel Moreira dos Santos

O/A Presidente da CEIPC:

Assinado por: **Adelino Manuel Moreira dos Santos**
Num. de Identificação: B103327047
Data: 2022.01.28 09:46:22+00'00'



Anexo C: Email de solicitação para colaboração no estudo

Assunto: Pedido de colaboração em projeto de Mestrado

Exm(o). Sr.(a).

No âmbito da tese de Mestrado em Gerontologia Social, que está a ser realizada na Escola Superior de Educação de Coimbra, pela aluna Raquel Abrantes, sob orientação da Professora Doutora Cláudia Andrade, e que se intitula por “Fatores que contribuem para a intenção de *Aging in Place*”, vimos por este meio solicitar a sua colaboração na divulgação do estudo e apelar ao preenchimento do inquérito.

Este trabalho tem como objetivo: analisar os fatores que contribuem para a intenção de *aging in place* (envelhecer em casa e na comunidade), em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que residam nas suas casas (não-institucionalizadas).

O questionário *online* é anónimo e é garantido aos inquiridos que os dados recolhidos serão mantidos confidenciais, respeitando os princípios deontológicos de investigação. O preenchimento do mesmo é voluntário, sendo que os dados recolhidos serão para uso exclusivo do presente estudo.

Em caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre o projeto de investigação em curso, poderá contactar a investigadora por correio eletrónico (raquelabrantes_19@hotmail.com).

Gostaríamos, por isso, de apresentar a presente proposta de colaboração neste projeto e contar com o seu apoio.

O link do respetivo questionário é o seguinte: <https://forms.gle/DyMZhxJfSzegBNhU6>.

Agradecemos, desde já, a atenção, compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Abrantes

Anexo D: Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do *Ageing in Place* - valor mínimo, máximo, médias, desvio-padrão, assimetria e curtose para cada item

	N	Min.	Max.	M	DP	Assim.	Curtose
1. Tenho muitas queixas físicas.	256	1	5	2,54	1,168	,391	-,588
2. Acho que tenho problemas de coração.	256	1	5	2,13	1,309	,944	-,242
3. Tenho um bom apetite para comer.	256	1	5	3,99	1,120	-1,014	,352
4. Tenho dores e sofrimentos.	256	1	5	2,39	1,167	,504	-,589
5. Estou em boa forma física.	256	1	5	3,26	1,058	-,179	-,342
6. Acho que a minha saúde está cada vez pior.	256	1	5	2,59	1,198	,388	-,640
7. Canso-me facilmente.	256	1	5	2,82	1,292	,163	-,986
8. Posso suportar uma grande quantidade de esforço físico durante as atividades da vida diária (ex. caminhar, cozinhar ou tomar banho).	256	1	5	3,49	1,249	-,454	-,780
9. Qual pensa ser o seu nível de pressão financeira na atualidade?	256	1	5	2,54	1,178	,334	-,688
10. Com que frequência se sente pressionado/a com as suas finanças pessoais?	256	1	5	2,35	1,195	,525	-,616
11. Como se sente em relação à sua situação financeira atual?	256	1	5	2,48	1,246	,462	-,719
12. Com que frequência se preocupa em relação às despesas mensais, no seu dia-a-dia?	256	1	5	2,80	1,295	,274	-,946
13. Com que frequência isto acontece: Quer sair de casa para comer, ir ao cinema ou fazer compras e fazer outra atividade e não ir porque não tem dinheiro para tal?	256	1	5	1,89	1,089	1,094	,474
14. Com que frequência fica financeiramente limitado/a?	256	1	5	2,14	1,115	,746	-,122
15. Em que medida está confiante em ter dinheiro para pagar uma emergência financeira que custa cerca de 500 euros?	256	1	5	3,79	1,326	-,714	-,795
16. Quão satisfeito/a está com a sua situação financeira atual?	256	1	5	3,21	1,086	-,169	-,501

17. Quão satisfeito/a está com a condição física da sua casa?	256	1	5	3,77	1,033	-,723	,208
18. Quão satisfeito/a está com o ambiente externo da sua casa?	256	1	5	3,74	,985	-,571	,057
19. Quão satisfeito/a está com o ambiente interno da sua casa (disposição dos móveis da sala, qualidade do ar ou acessibilidade)?	256	1	5	3,93	,984	-,755	,144
20. Quão satisfeito/a está com a segurança da sua vizinhança?	256	1	5	3,87	,896	-,699	,345
21. Quão satisfeito/a está com o acesso aos serviços de saúde?	256	1	5	3,41	1,014	-,391	-,257
22. Quão satisfeito/a está com os meios de transporte na sua comunidade?	256	1	5	3,23	1,167	-,294	-,676
23. Quão satisfeito/a está com a oportunidade de realizar atividades de lazer na sua comunidade?	256	1	5	3,41	1,099	-,422	-,356
24. Sinto-me bem conectado com a minha família e amigos.	256	1	5	4,25	,867	-,973	,340
25. Tenho boas relações sociais com outras pessoas, para além da família.	256	1	5	4,17	,837	-,698	-,304
26. Sinto uma sensação de integração na minha comunidade.	256	1	5	3,95	,946	-,542	-,402
27. No geral, sinto que me relaciono bem com as pessoas.	256	1	5	4,26	,764	-,687	-,289
28. Em geral, estou satisfeito/a com o relacionamento que tenho com outras pessoas, para além da minha família.	256	1	5	4,23	,755	-,796	,667
29. Os filhos devem ser ensinados que é do seu dever cuidar dos seus pais quando eles envelhecerem.	256	1	5	3,82	1,137	-,593	-,540
30. Se um familiar está com dificuldades financeiras, deve-se ajudá-lo, se possível.	256	1	5	4,25	,835	-,945	,637
31. Deve-se dividir a casa com familiares, se estes precisarem de um lugar para ficar.	256	1	5	3,97	,968	-,809	,433
32. As crianças mais velhas devem cuidar e ser modelos para os seus irmãos e irmãs mais novos.	256	1	5	4,03	1,042	-,915	,250
33. Os pais devem estar dispostos a fazer grandes sacrifícios, para garantir uma vida melhor aos seus filhos.	256	1	5	3,88	1,025	-,539	-,574

Anexo E: Matriz de 6 componentes principais rodadas pelo método Varimax

Itens	Comp.					
	1	2	3	4	5	6
1. Tenho muitas queixas físicas.	,248	-,009	-,060	,746	,035	,149
2. Acho que tenho problemas de coração.	,027	-,118	-,061	,679	,087	-,022
3. Tenho um bom apetite para comer.	,014	,106	,098	,128	,211	,690
4. Tenho dores e sofrimentos.	,169	-,082	-,121	,765	,075	,064
5. Estou em boa forma física.	-,059	,151	,202	-,535	-,019	,507
6. Acho que a minha saúde está cada vez pior.	,103	-,125	-,207	,720	,167	-,023
7. Canso-me facilmente.	,206	-,001	-,169	,686	,037	-,113
8. Posso suportar uma grande quantidade de esforço físico durante as atividades da vida diária (ex. caminhar, cozinhar ou tomar banho).	-,044	,245	,114	-,477	-,096	,499
9. Qual pensa ser o seu nível de pressão financeira na atualidade?	,821	-,089	-,158	,103	,044	,145
10. Com que frequência se sente pressionado/a com as suas finanças pessoais?	,885	-,088	-,126	,147	,042	,088
11. Como se sente em relação à sua situação financeira atual?	,862	-,062	-,076	,207	,095	,135
12. Com que frequência se preocupa em relação às despesas mensais, no seu dia-a-dia?	,754	-,046	-,095	,142	,020	,023
13. Com que frequência isto acontece: Quer sair de casa para comer, ir ao cinema ou fazer compras e fazer outra atividade e não ir porque não tem dinheiro para tal?	,795	-,005	,103	,029	,093	-,076
14. Com que frequência fica financeiramente limitado/a?	,869	-,060	-,081	,142	,026	-,023
15. Em que medida está confiante em ter dinheiro para pagar uma emergência financeira que custa cerca de 500 euros?	-,656	-,030	,211	-,087	,043	,270

16. Quão satisfeito/a está com a sua situação financeira atual?	-,713	,023	,293	-,032	,046	,179
17. Quão satisfeito/a está com a condição física da sua casa?	-,128	,070	,784	-,053	,071	,193
18. Quão satisfeito/a está com o ambiente externo da sua casa?	-,179	,196	,787	-,040	,092	-,015
19. Quão satisfeito/a está com o ambiente interno da sua casa (disposição dos móveis da sala, qualidade do ar ou acessibilidade)?	-,235	,024	,735	-,127	,084	,137
20. Quão satisfeito/a está com a segurança da sua vizinhança?	-,086	,280	,687	-,100	,138	-,260
21. Quão satisfeito/a está com o acesso aos serviços de saúde?	-,035	,134	,577	-,146	-,067	-,065
22. Quão satisfeito/a está com os meios de transporte na sua comunidade?	-,070	,135	,568	-,180	-,162	,163
23. Quão satisfeito/a está com a oportunidade de realizar atividades de lazer na sua comunidade?	-,074	,226	,494	-,231	-,090	,268
24. Sinto-me bem conectado com a minha família e amigos.	-,100	,755	,198	-,064	,110	-,015
25. Tenho boas relações sociais com outras pessoas, para além da família.	,004	,821	,219	-,196	,080	,098
26. Sinto uma sensação de integração na minha comunidade.	-,055	,779	,282	-,135	,157	,032
27. No geral, sinto que me relaciono bem com as pessoas.	-,048	,856	,085	-,011	,140	,074
28. Em geral, estou satisfeito/a com o relacionamento que tenho com outras pessoas, para além da minha família.	-,080	,875	,092	-,085	,105	,135
29. Os filhos devem ser ensinados que é do seu dever cuidar dos seus pais quando eles envelhecerem.	-,008	,026	-,033	,209	,696	,178
30. Se um familiar está com dificuldades financeiras, deve-se ajudá-lo, se possível.	,010	,231	,079	-,092	,716	-,092
31. Deve-se dividir a casa com familiares, se estes precisarem de um lugar para ficar.	,039	,216	,044	-,006	,640	-,036
32. As crianças mais velhas devem cuidar e ser modelos para os seus irmãos e irmãs mais novos.	,109	,111	,002	,134	,687	,014
33. Os pais devem estar dispostos a fazer grandes sacrifícios, para garantir uma vida melhor aos seus filhos.	,022	-,055	-,042	,146	,724	,101

Anexo F: Variância total explicada na Escala de Avaliação dos Fatores de Influência do Ageing in Place

Comp.	Variância total explicada					
	Total	Autovalores iniciais		Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
		% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	8,070	24,455	24,455	5,404	16,375	16,375
2	4,463	13,526	37,980	3,832	11,613	27,988
3	3,105	9,409	47,389	3,700	11,211	39,199
4	2,052	6,217	53,607	3,543	10,737	49,936
5	1,669	5,057	58,663	2,678	8,115	58,050
6	1,292	3,914	62,577	1,494	4,527	62,577
7	1,246	3,774	66,352			
8	,974	2,951	69,303			
9	,822	2,491	71,794			
10	,771	2,335	74,129			
11	,704	2,133	76,262			
12	,639	1,938	78,200			
13	,617	1,871	80,070			
14	,592	1,793	81,863			
15	,572	1,734	83,597			
16	,547	1,657	85,253			
17	,504	1,526	86,779			
18	,465	1,410	88,190			
19	,410	1,242	89,432			
20	,396	1,199	90,631			
21	,375	1,138	91,769			
22	,344	1,042	92,811			
23	,329	,996	93,807			
24	,309	,935	94,742			
25	,293	,887	95,628			
26	,250	,757	96,385			
27	,232	,703	97,089			
28	,225	,681	97,770			
29	,197	,598	98,367			
30	,166	,504	98,871			
31	,148	,447	99,318			
32	,127	,386	99,704			
33	,098	,296	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Anexo G: Escala de Intenção de *Ageing in Place* - valor mínimo, máximo, médias, desvio padrão, assimetria e curtose

	N	Min.	Max.	M	DP	Assim.	Curtose
1. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será agradável.	256	1	5	4,05	,839	-,651	,109
2. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será bom.	256	1	5	3,99	,868	-,711	,508
3. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será benéfico.	256	1	5	4,04	,909	-,970	1,066
4. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será necessário.	256	1	5	3,78	,946	-,465	-,272
5. As pessoas que são importantes para mim, acham que eu deveria envelhecer em casa.	256	1	5	3,80	1,024	-,776	,439
6. As pessoas que influenciam a minha decisão, acham que eu deveria envelhecer em casa.	256	1	5	3,73	1,104	-,763	,177
7. Espera-se que eu envelheça em casa.	256	1	5	3,89	1,078	-,793	,088
8. A maioria das pessoas que conheço, pensam que envelhecer em casa é uma boa ideia.	256	1	5	3,94	,954	-,838	,594
9. Estou confiante de que poderei envelhecer em casa, se eu quiser.	256	1	5	3,89	1,033	-,776	,085
10. Eu gostaria de envelhecer em casa, mas realmente não sei se posso.	256	1	5	3,93	1,062	-,801	-,033
11. No futuro, a decisão de eu envelhecer em casa ou não, depende inteiramente de mim.	256	1	5	3,49	1,237	-,456	-,721
12. Para mim, envelhecer em casa no futuro, é fácil.	256	1	5	3,23	1,073	-,336	-,386
13. Penso que tenho controlo sobre o modo como vai decorrer o meu envelhecimento no futuro.	256	1	5	2,96	1,173	-,108	-,781
14. Eu quero envelhecer em casa no futuro.	256	1	5	4,20	,964	-1,230	1,284
15. Eu espero envelhecer em casa no futuro.	256	1	5	4,20	,915	-1,126	1,091
16. É muito provável que eu envelheça em casa no futuro.	256	1	5	3,74	,969	-,367	-,372
17. Eu pretendo envelhecer em casa no futuro.	256	1	5	4,16	,930	-,915	,317

Anexo H: Matriz de 4 componentes principais rodadas pelo método Varimax

Itens	Comp			
	1	2	3	4
1. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será agradável.	,169	,863	,181	,186
2. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será bom.	,084	,903	,182	,173
3. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será benéfico.	,134	,875	,219	,113
4. Considero que o meu envelhecimento em casa e na comunidade, será necessário.	,217	,715	,154	,075
5. As pessoas que são importantes para mim, acham que eu deveria envelhecer em casa.	,257	,280	,782	,141
6. As pessoas que influenciam a minha decisão, acham que eu deveria envelhecer em casa.	,204	,276	,808	,225
7. Espera-se que eu envelheça em casa.	,430	,263	,652	,267
8. A maioria das pessoas que conheço, pensam que envelhecer em casa é uma boa ideia.	,243	,112	,694	,138
9. Estou confiante de que poderei envelhecer em casa, se eu quiser.	,399	,283	,438	,481
10. Eu gostaria de envelhecer em casa, mas realmente não sei se posso.	,223	,069	,357	- ,455
11. No futuro, a decisão de eu envelhecer em casa ou não, depende inteiramente de mim.	,077	,166	,129	,599
12. Para mim, envelhecer em casa no futuro, é fácil.	,240	,238	,250	,729
13. Penso que tenho controlo sobre o modo como vai decorrer o meu envelhecimento no futuro.	,223	,093	,263	,753
14. Eu quero envelhecer em casa no futuro.	,853	,120	,277	,051
15. Eu espero envelhecer em casa no futuro.	,900	,113	,250	,061
16. É muito provável que eu envelheça em casa no futuro.	,721	,263	,200	,343
17. Eu pretendo envelhecer em casa no futuro.	,850	,204	,254	,149

Anexo I: Variância total explicada na Escala de Intenção de *Ageing in Place*

Componente	Variância total explicada			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	Autovalores iniciais % de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	7,806	45,920	45,920	3,554	20,906	20,906
2	1,960	11,527	57,446	3,388	19,932	40,839
3	1,419	8,347	65,793	3,019	17,757	58,596
4	1,061	6,242	72,035	2,285	13,439	72,035
5	,937	5,514	77,550			
6	,650	3,821	81,371			
7	,538	3,167	84,538			
8	,478	2,813	87,351			
9	,420	2,469	89,820			
10	,358	2,108	91,928			
11	,316	1,861	93,789			
12	,274	1,611	95,400			
13	,210	1,237	96,637			
14	,174	1,025	97,663			
15	,163	,959	98,621			
16	,137	,806	99,427			
17	,097	,573	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Anexo J: Correlações de Pearson

	CF	RS	SCV	MSF	OF	BSF	IECC	AECC	NSECC	CCPECC
<u>CF</u>	1									
<u>RS</u>	-,110	1								
<u>SCV</u>	-,181**	,430**	1							
<u>MSF</u>	,312**	-,190**	-,305**	1						
<u>OF</u>	,138*	,249**	,033	,234**	1					
<u>BSF</u>	-,006	,317**	,285**	-,155*	,086	1				
<u>IECC</u>	-,046	,153*	,086	-,063	,152*	,046	1			
<u>AECC</u>	-,078	,485**	,407**	-,153*	,314**	,247**	,425**	1		
<u>NSECC</u>	-,098	,337**	,265**	-,132*	,200**	,088	,671**	,557**	1	
<u>CCPECC</u>	-,197**	,267**	,248**	-,195**	,053	,100	,493**	,425**	,584**	1

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

