



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Viver num projeto de *cohousing*:

Impacto nas experiências de envelhecimento bem-sucedido

Discente: Flávia Vanessa Carvalho Martins

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. (a) Doutor(a) Joana Madalena Tavares Martins Guedes

Julho
2024

Resumo

O envelhecimento é um fenómeno sociodemográfico característico de determinados países desenvolvidos, como é o caso de Portugal, acarretando múltiplos desafios para as sociedades e, em especial aos cuidados e respostas dirigidas à população mais velha. Deste modo, as limitações e problemas das diversas estratégias, respostas e serviços nacionais e internacionais dirigidas à população mais velha, associada ao desejo desta população permanecer na sua habitação e/ou comunidade o máximo de tempo possível, fizeram com que fossem criados e desenvolvidos projetos inovadores de promoção do *ageing in place* e, como é o caso do projeto inovador analisado, baseado no modelo de habitação colaborativa ou *cohousing*.

Ao nível metodológico, este projeto de investigação privilegiou a utilização da metodologia qualitativa, utilizando o método de estudo de caso para analisar o projeto inovador e a entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados. Neste sentido, foram realizadas catorze entrevistas aos/às residentes deste projeto inovador. Através da análise de conteúdo das entrevistas foi possível identificar três grandes domínios de informação: o domínio anterior à integração do/a residente no projeto inovador, o domínio do projeto inovador e o domínio do processo de envelhecimento dos/as residentes, sendo que cada domínio é constituído por várias categorias e subcategorias.

Os resultados obtidos demonstram que o processo de envelhecimento é influenciado por fatores e determinantes internos e externos, tais como o processo de integração; a capacidade de fazer um planeamento para o futuro, em especial do período da reforma e/ou reforma; o estado de saúde e o acesso aos cuidados de saúde; a participação em atividades significativas com valor social, o voluntariado e na continuação do trabalho a nível formal e/ou informal; o sentimento de utilidade social; as relações interpessoais; os comportamentos e estratégias de resolução de problemas; e a tecnologia.

Palavras-chave: Envelhecimento; Pessoa mais velha; *Ageing in place*; *Cohousing*; Projeto inovador.

Abstract

Ageing is a sociodemographic phenomenon characteristic of certain developed countries, such as Portugal, which brings with it multiple challenges for societies and, in particular, for care and responses aimed at the older population. In this way, the limitations and problems of the various national and international strategies, responses and services aimed at the older population, coupled with the desire of this population to remain in their home and/or community for as long as possible, have led to the creation and development of innovative projects to promote ageing in place and, as is the case with the innovative project analyzed, based on the collaborative housing or cohousing.

In terms of methodology, this research project favored the use of qualitative methodology, using the case study method to analyze the innovative project and semi-structured interviews as a data collection technique. Fourteen interviews were conducted with the residents of this innovative project. Through content analysis of the interviews, it was possible to identify three main areas of information: the area prior to the resident's integration into the innovative project, the area of the innovative project and the area of the residents' ageing process, with each area comprising several categories and subcategories.

The results show that the aging process is influenced by internal and external factors and determinants, such as the integration process; the ability to plan for the future, especially the retirement period; health status and access to health care; participation in meaningful activities with social value, volunteering and continuing to work at a formal and/or informal level; the feeling of social usefulness; interpersonal relationships; problem-solving behaviors and strategies; and technology.

Keywords: Ageing; Older person; Ageing in place; Cohousing; Innovative project.

Agradecimentos

Quero agradecer primeiramente a Deus por tudo o que me tem dado, por ter permitido que eu conseguisse chegar aonde estou, pela constante presença e cuidado para comigo, pelo imenso amor que continuamente sinto e experiencio em momentos de maior aflição, por me ter capacitado para lidar com este processo de realização da minha tese e por me fazer sonhar, segundo a sua vontade.

À minha família (pai, mãe e irmão) por sempre me apoiarem, pelos sacrifícios que fizeram pelos meus estudos e pelo carinho e amor que tenho recebido. Vou ser sempre grata a vocês por tudo.

Ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto, às minhas colegas do Mestrado em Serviço Social, aos docentes e pessoal não docente pelas aprendizagens que retiro a nível profissional e académico, mas também a nível pessoal.

À Professora, doutora e orientadora Joana Guedes por me ter acompanhado e ajudado a completar mais um sonho académico e pelo apoio e incentivo dados durante todo o processo de escrita da dissertação.

Agradeço à instituição do projeto inovador, às funcionárias, equipa técnica e aos/às residentes das habitações que tão gentilmente aceitaram a realização do meu projeto de investigação, a abertura à minha deslocação à instituição e realização das entrevistas, pois senti-me bem acolhida e orientada.

E, por último, agradeço ao Centro Social Paroquial de Ribeirão pelas experiências profissionais como assistente social que tenho adquirido nas respostas sociais da Terceira Idade e pela disponibilização para a realização do meu mestrado.

Um obrigado a todos!

Índice

Resumo	I
Abstract	II
Agradecimentos	III
Lista de tabelas	VI
Lista de figuras	VII
Lista de gráficos.....	VIII
Lista de abreviações	IX
Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento teórico	3
1.1. ENVELHECIMENTO.....	3
1.2. RESPOSTAS SOCIAIS (DES) ADEQUADAS FACE A MÚLTIPLOS DESAFIOS.....	10
1.3. <i>AGEING IN PLACE</i> – UMA RESPOSTA POSSÍVEL AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	20
1.4. <i>COHOUSING</i> OU HABITAÇÃO COLABORATIVA E AS EXPERIÊNCIAS EM PORTUGAL	24
1.5. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO – CONCEITO, ABORDAGENS E MODELOS.....	28
Capítulo 2. Metodologia.....	35
2.1. INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA COM RECURSO AO MÉTODO DE ESTUDO DE CASO	35
2.2. INTERVENIENTES/ POPULAÇÃO ENTREVISTADA	37
2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
2.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	39
2.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	43
Capítulo 3. Resultados	45
3.1. DOMÍNIO ANTERIOR À INTEGRAÇÃO DO/A RESIDENTE NO PROJETO INOVADOR	47
3.2. DOMÍNIO DO PROJETO INOVADOR	52
3.3. DOMÍNIO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DOS/AS RESIDENTES	63
Capítulo 4. Discussão	76
Capítulo 5. Conclusão	87
Bibliografia	90

Anexos	98
Anexo 1. Características sociodemográficas dos/as participantes nas entrevistas.....	99
Anexo 2. Informação ao/à participante	101
Anexo 3. Consentimento informado	102
Anexo 4. Guião de entrevista semiestruturada.....	103
Anexo 5. Codificação das entrevistas e dos dados pessoais de caracterização sociodemográfica dos/as residentes.....	106

Lista de tabelas

Tabela 1: Tabela dos domínios, categorias e subcategorias dos resultados	46
--------------------------------------------------------------------------------	----

Lista de figuras

Figura 1: Estrutura de algumas habitações do projeto	55
------------------------------------------------------------	----

Lista de gráficos

Gráfico 1: População idosa em Portugal (1950-2097).....	5
Gráfico 2: Pirâmide populacional de Portugal em 2023	5
Gráfico 3: Estrutura etária da população em Portugal	6
Gráfico 4: Idade da reforma (66 anos e ... meses).....	7
Gráfico 5:Densidade populacional, nos municípios em Portugal	8
Gráfico 6: Idade média da população nos municípios em Portugal	8

Lista de abreviações

AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD's	Atividades de Vida Diária
CD	Centro de Dia
CPP	Classificação Portuguesa das Profissões
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGSS	Direção Geral da Segurança Social
EAPN	Rede Europeia Anti-pobreza
ERPI	Estrutura Residencial Para Idosos
EUA	Estados Unidos da América
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
INE, I.P.	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAIES	Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais
PAII	Programa de Apoio Integrado a Idosos
PARES	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
PILAR	Programa Idosos em Lar
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSES	Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SOC	Otimização Seletiva com Compensação (Selective Optimization with Compensation)
WHO	World Health Organization

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno experienciado por várias sociedades do mundo, sendo por isso abordado ao longo dos anos por autores que analisam o conceito, as suas causas, consequências, efeitos e impactos positivos e/ou negativos nas sociedades. (Carvalho, 2013) Deste modo requer uma maior visibilidade, diversidade de intervenção e reflexão crítica por parte dos decisores políticos internacionais e nacionais, entidades educativas e científicas, instituições públicas e privadas, profissionais e população em geral.

Este fenómeno encontra-se presente na sociedade portuguesa visto que os resultados obtidos pelos Censos 2021 do Instituto Nacional de Estatística (INE) afirmam que se tem verificado um aumento considerável da população mais velha (pessoas com 65 ou mais anos), a partir da década de 60, sendo que em 2022 essa população representava 24% da população total portuguesa. (INE, 2023a; INE, 2023b) Por conseguinte foram sendo criadas e desenvolvidas diversas estratégias, respostas e serviços dirigidas à população mais velha, tais como equipamentos e prestações sociais, com o objetivo de promover o bem-estar, a qualidade de vida, a saúde, a segurança na velhice, e combater a solidão, exclusão e o isolamento social, potenciando assim a cidadania nas idades mais avançadas. (Fonseca, 2021)

Contudo, estas respostas apresentam limitações e problemas, cabendo ao Estado e à sociedade dar resposta aos desafios e desequilíbrios que este fenómeno causa nos sistemas e políticas públicas e sociais, de forma a promover a sustentabilidade do Sistema de Segurança Social e do regime de pensões, nomeadamente através de uma maior visibilidade e investimento político e social, na criação de serviços de apoio social e de saúde para esta população, no estabelecimento de parcerias multissetoriais entre os diferentes agentes comunitários e na intervenção em situações de isolamento e/ou degradação habitacional. (Fonseca, 2020; Fonseca, 2021; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023; Rodrigues, 2018)

Neste sentido, e devido ao desejo da população mais velha permanecer na sua habitação e/ou comunidade o máximo de tempo possível, tendo, ou não, alguma doença ou declínio funcional ou cognitivo e podendo beneficiar de apoio de natureza formal e/ou informal, foram sendo criados e desenvolvidos projetos inovadores de promoção do *ageing in place* com o objetivo de preservar a qualidade de vida, privacidade, independência, liberdade, poder de escolha, autonomia, segurança, comunicação, envolvimento social e o sentimento de familiaridade da pessoa mais velha. (Fonseca, 2020; Fonseca, 2021)

Deste modo, iremos analisar um destes projetos inovadores, sendo que este projeto é baseado no modelo de habitação *cohousing* ou habitação colaborativa, composto por habitações

pré-fabricadas com espaços privados e outros comuns, onde residem pessoas mais velhas que podem ou não beneficiar dos serviços de apoio da instituição, onde este projeto foi criado.

O presente projeto de investigação tem como objetivo conhecer o projeto inovador promotor do *ageing in place*, compreender como é que os/as seus/suas residentes vivem e se relacionam, e analisar os efeitos deste projeto no processo de envelhecimento dos/as residentes, segundo as opiniões/perspetivas dos mesmos.

Por conseguinte, esta investigação encontra-se organizada em cinco principais capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, onde será realizada uma revisão da literatura científica sobre o fenómeno do envelhecimento, a adequação das respostas sociais face a múltiplos desafios, o conceito de *ageing in place* como uma possível resposta ao processo de envelhecimento, o *cohousing* ou as habitações colaborativas e as experiências que existem em Portugal e, por último, os modelos de análise do processo de envelhecimento, particularmente sobre o modelo do envelhecimento bem-sucedido (a perspetiva de Rowe e Kahn, a perspetiva de Baltes e Baltes e a perspetiva de Kahanna e Kahanna).

No segundo capítulo, será abordada a metodologia utilizada neste estudo, identificando o objeto e os objetivos do mesmo, assim como o método e instrumento de recolha e análise dos dados e informações obtidos. Neste capítulo, também serão referidas as considerações éticas que foram salvaguardadas durante este processo de recolha e tratamento de dados.

O terceiro capítulo, versará sobre os resultados obtidos após o tratamento e análise dos dados, com a identificação das categorias e subcategorias da pesquisa e utilização de excertos para reforçar as ideias transmitidas.

E, por fim, o quarto capítulo será referente à discussão dos resultados através da nomeação e interpretação dos mesmos, segundo os conceitos e assuntos abordados no primeiro capítulo do enquadramento teórico e em outros estudos que abordem os temas emergentes.

Capítulo 1. Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno sociodemográfico presente em inúmeras sociedades do mundo, desde a segunda metade do século XX, apesar de, no passado, ser um fenómeno característico de determinados países desenvolvidos, como é o caso da China, Japão e alguns países da Europa e América do Norte. (Lima, 2010)

A definição e categorização do envelhecimento não é linear ou simples pois este fenómeno tem sido abordado ao longo dos anos por diversos autores que analisam o conceito, bem como as suas causas, consequências, efeitos e impactos positivos e/ou negativos que produzem no mundo e nas sociedades, sendo deste modo considerado um fenómeno biopsicossocial complexo e multifacetado, e um processo individual e coletivo do desenvolvimento humano, que ocorre desde o nascimento até à morte, onde se verificam, ao longo do tempo, mudanças a nível biológico, psicológico e social. (Azevedo, 2015; Lima, 2010; Rosa, 2012)

O envelhecimento como processo individual divide-se em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico está associado à idade da pessoa, sendo considerado um processo universal, progressivo e inevitável do desenvolvimento humano. Já o envelhecimento biopsicológico é um processo que não é vivido de forma igualitária por todas as pessoas uma vez que está relacionado com o género, genética, experiências pessoais, hábitos e costumes, estilos de vida e fatores económicos, assim como o ambiente, sociedade e cultura em que a pessoa se insere. (Rosa, 2012)

O processo de envelhecimento coletivo divide-se em envelhecimento demográfico (da população) e envelhecimento societal (da sociedade). O envelhecimento demográfico categoriza a população em três grandes grupos: jovens (até aos 15 anos), idade ativa (dos 15 aos 64 anos) e idosos ou terceira idade (65 ou mais anos), com base nas fases do ciclo de vida e independentemente dos aspetos individuais. Esta divisão permite analisar estatisticamente a taxa de natalidade e o índice de envelhecimento pois uma população é considerada envelhecida quando, em termos estatísticos, o grupo etário das pessoas mais velhas é significativamente maior ao dos mais jovens e das pessoas em idade ativa, simultaneamente à diminuição do número de nascimentos. (Montenegro, 2017; Rosa, 2012)

Quanto ao envelhecimento societal, este pode ou não relacionar-se com o envelhecimento da população uma vez que a população pode estar envelhecida mas a sociedade

não. Este facto resulta da capacidade de compreensão que a sociedade possui acerca da velhice e do processo de envelhecimento e da sua competência em encarar este fenómeno. (Montenegro, 2017; Rosa, 2012)

Este fenómeno sociodemográfico é resultado dos progressivos avanços científicos, médicos e sociais, nomeadamente das ciências biomédicas, dos meios de diagnóstico e de tratamento (medicina preventiva e curativa), da promoção para a saúde e nutrição, bem como da melhoria das condições socioeconómicas (educação, habitação, etc.) da população em geral, nomeadamente através do melhoramento e desenvolvimento das políticas públicas e de saúde pública, em especial das condições e práticas de higiene e educação sanitária, levando assim à redução da taxa de mortalidade da população em geral e da infantojuvenil na Europa e em particular, Portugal. (Lima 2010; Lima, 2017; Montenegro, 2017; Rodrigues, 2018)

Em Portugal, o percurso histórico da sociedade portuguesa e a situação social e política vivida até ao 25 de abril de 1974 constituíram as causas do envelhecimento da população portuguesa. Estes períodos de mudança social e política promoveram no país diversas alterações, particularmente a redução da taxa de mortalidade, o aumento da longevidade, a diminuição acentuada e progressiva da fecundidade e do número de filhos no período pós-*baby boom* que resultou numa diminuição da população mais jovem e no crescente aumento do envelhecimento da população portuguesa. (Lima 2010; Quaresma & Ribeirinho, 2016; Rodrigues, 2018)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), em 2025 espera-se que existam cerca de 1.2 biliões de pessoas com 60 ou mais anos, sendo que em 2050, 80% das 2 biliões de pessoas mais velhas residirão em países em desenvolvimento, sabendo que a Ásia e a Europa serão as regiões com maior população mais velha. (WHO, 2002)

A nível nacional, segundo os Resultados Definitivos do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação - Censos 2021, na última década, a população residente em Portugal registou um decréscimo populacional de 2,1%, que traduz a inversão de crescimento populacional a que se tem assistido nas últimas décadas. (INE, 2022)

Perante os resultados obtidos nos Censos 2021 e conforme o gráfico abaixo, verifica-se que, a partir da década de 60 ocorreu um aumento considerável da população mais velha (pessoas com 65 ou mais anos), existindo em 1960 um total de 708.569 pessoas mais velhas em comparação com as 2.507.922 pessoas mais velhas em 2022, correspondendo a 24% da população total. (INE, 2023a; INE, 2023b) Cumulativamente, o índice de envelhecimento em Portugal aumentou de 128 em 2011 para os 185,6 em 2022, constatando-se que existem 185,6 pessoas mais velhas (idosos) para cada 100 jovens. (INE, 2022)

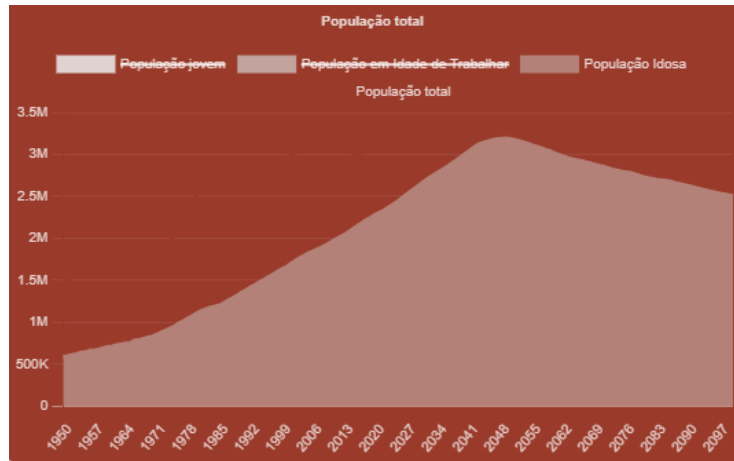


Gráfico 1: População idosa em Portugal (1950-2097)

Fonte: <https://population-pyramid.net/pt/pp/portugal>

O fenómeno do envelhecimento remete para um problema demográfico de escala social que faz com que Portugal seja um dos países mais envelhecidos do mundo, especialmente da Europa, o qual apresenta-se sob a forma invertida da pirâmide etária, apresentando um progressivo envelhecimento da população na base (redução em termos de volume e percentagem), constituída por cada vez menos jovens, e no topo, um progressivo aumento de pessoas mais velhas (aumento em termos de volume e percentagem), resultando num duplo processo de envelhecimento que foi experienciado por diferentes regiões do país e do mundo em períodos de tempo distintos. (Rodrigues, 2018)

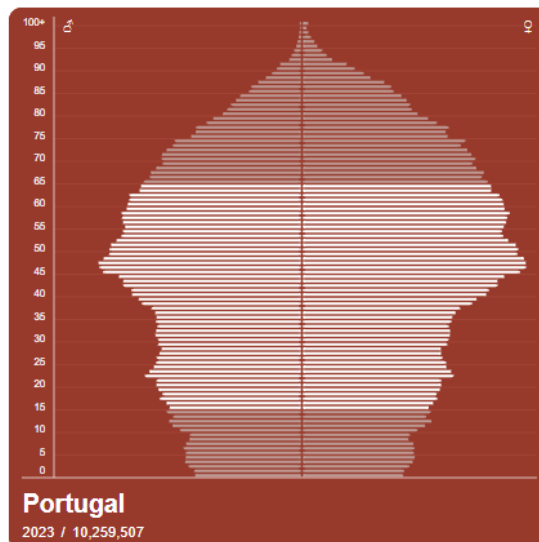


Gráfico 2: Pirâmide populacional de Portugal em 2023

Fonte: <https://population-pyramid.net/pt/pp/portugal>

A predominância do género feminino no grupo etário da população mais velha reflete uma característica do fenómeno do envelhecimento, isto é, a feminização do envelhecimento, como é possível verificar no gráfico abaixo, onde o número de pessoas do género masculino apenas é superior ao das pessoas do género feminino nas idades até aos 30 anos sendo que, após esta idade, o género feminino predomina. (INE, 2022; Rodrigues, 2018)

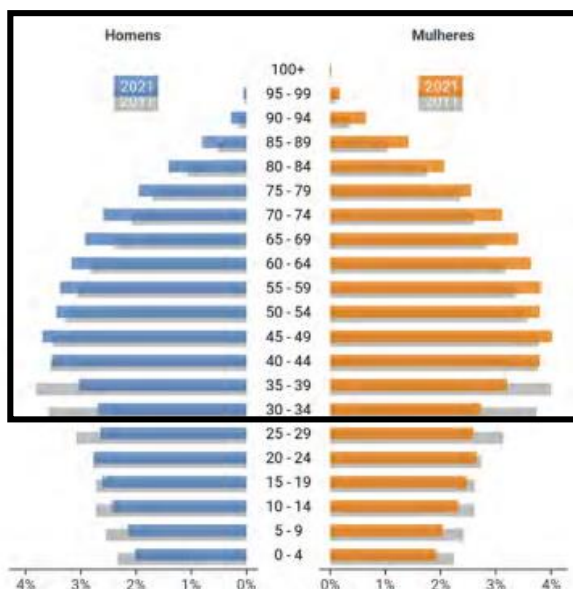


Gráfico 3: Estrutura etária da população em Portugal

Fonte: INE, 2022

Esta situação pode ser considerada uma consequência da revolução industrial e, subsequentemente do processo de globalização uma vez que a população portuguesa necessitou de constantemente (re) ajustar a sua vida quotidiana, através da aquisição de novos hábitos de vida, promovendo a redefinição dos papéis desempenhados pelos diferentes elementos da família, nomeadamente através da emigração, fazendo aumentar os fluxos e movimentos migratórios; da entrada da mulher no mercado de trabalho e do aumento da sua participação cívica, potenciando a sua emancipação; do aumento da escolaridade obrigatória; da complexificação das relações entre as pessoas; das alterações nas estruturas e as dinâmicas familiares (coexistência de famílias com quatro e cinco gerações, onde coabitam mais do que duas gerações ou, o inverso, famílias nucleares menores e mais complexas); da ausência e/ou incapacidade de prestação de apoio e suporte familiar à pessoa mais velha quando esta necessite; das limitações das respostas sociais e apoios monetários, quer para cuidar das crianças e jovens, quer para apoiar as pessoas mais velhas; das alterações nos padrões laborais (como por exemplo, a maior necessidade de permanência no ativo); e da necessidade da

população mais velha de continuação do trabalho (formal e/ou informal), antes e após a reforma, devido aos baixos rendimentos auferidos pela maioria da população mais velha e à diminuição dos rendimentos da família uma vez que estes são recursos vitais que ajudam o agregado familiar a pagar as suas despesas, nomeadamente a educação dos mais jovens. (Quaresma & Ribeirinho, 2016; Rodrigues, 2018; Rosa, 2012)

O fenómeno do envelhecimento, associado ao aumento da esperança média de vida (em 2022 a esperança média de vida encontrava-se nos 80,96 anos) potenciou o protelamento da entrada para a reforma, ou seja, o aumento consecutivo da idade de acesso à reforma, apesar de, no ano de 2023 este valor ter diminuído para 66 anos e 4 meses. (INE, 2023b; Pereira, 2022)

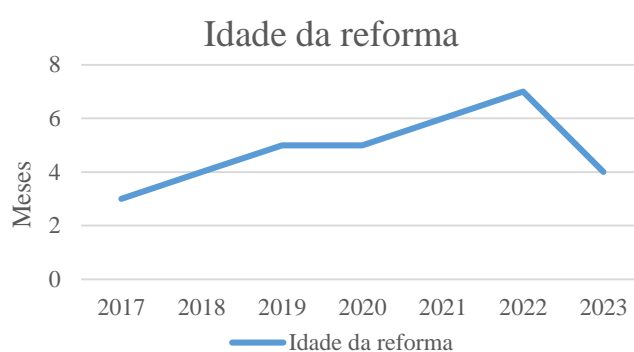


Gráfico 4: Idade da reforma (66 anos e ... meses).

Fonte: Própria

Toda esta conjuntura remete-nos para uma procura, por parte da população mais jovem, de melhores condições de vida, melhores equipamentos e serviços ao nível educativo, de empregabilidade, de lazer e de saúde, e pela busca de melhores rendimentos, através de uma maior escolarização e qualificação profissional. (Rodrigues, 2018) Estes factos verificam-se no aumento das habilitações escolares da população mais jovem (em 2021, 24,7% da população tem o ensino secundário e pós-secundário, sendo que as mulheres representam 22,4% do nível de ensino superior). (INE, 2022) Esta necessidade, na maioria das vezes leva à desterritorialização e desertificação das zonas do interior do país uma vez que a população mais jovem migra para o exterior, litoral ou grandes centros do país, sendo que uma significativa parte da população residente em Portugal localiza-se maioritariamente na Área Metropolitana de Lisboa e na Área Metropolitana do Porto, evidenciando-se um notório contraste e desequilíbrio na distribuição da população pelo território português, em termos de densidade populacional e idade média da população, entre municípios localizados na faixa litoral do continente português e os localizados no interior uma vez que, apesar da população mais jovem

se mobilizar, a população mais velha pretende permanecer nas zonas mais rurais do país visto terem nascido, crescido e/ou constituído a sua vida lá, pretendendo manter as suas raízes e envelhecer num local e comunidade que conhecem e valorizam. (INE, 2022; Rodrigues, 2018)

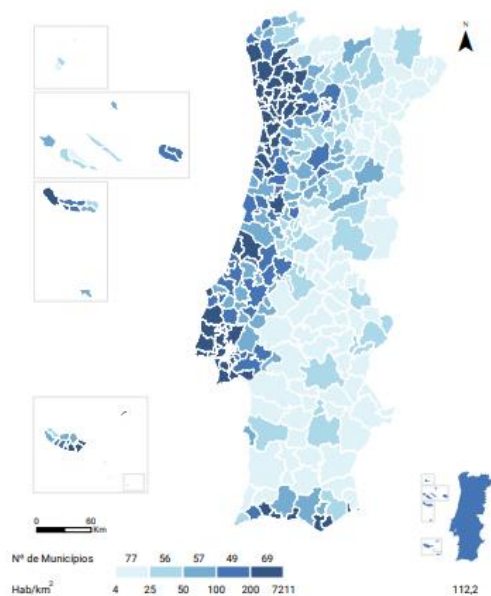


Gráfico 5: Densidade populacional, nos municípios em Portugal

Fonte: INE, 2022

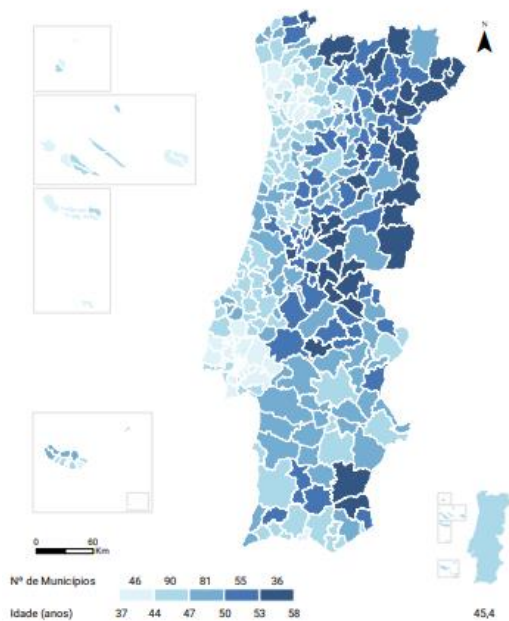


Gráfico 6: Idade média da população nos municípios em Portugal.

Fonte: INE, 2022

Outro fator intensificador do fenómeno de envelhecimento é a diminuição da taxa de natalidade, como se tem verificado ao longo dos anos, passando de 9,6 nascimentos por cada 1000 residentes em 2010 para 7,6 nascimentos por cada 1000 residentes em 2021. Em 2022 registou-se um acréscimo de 5,1% de nascimentos comparativamente ao ano de 2021, ou seja, em 2022 ocorreram 8 nascimentos por cada 1000 residentes. (INE 2023b; INE, 2023c)

Segundo as Estatísticas Demográficas de 2022 existiu um aumento da fecundidade no país, ou seja, de 1,35 filhos por cada mulher em idade fértil em 2021 para 1,43 filhos em 2022. (INE 2023b; INE, 2023c) Contudo, a diminuição ao longo dos anos da taxa de natalidade e da fecundidade são resultado, entre outros aspetos, dos reajustes e redefinições dos papéis desempenhados pelas mulheres e pela sua entrada no mercado de trabalho que potenciaram um maior e melhor acesso à proteção social e à saúde, nomeadamente através do acesso e universalização dos meios de contraceção. (Rodrigues, 2018)

Posto isto, a população mais velha em Portugal apresenta as seguintes características: é predominantemente constituída por mulheres, viúvas, com baixas qualificações ou sem ter completado um nível de ensino, e com baixas reformas e/ou pensões. Estas residem sozinhas ou na companhia de outras pessoas mais velhas, principalmente em meios rurais ou semiurbanos do país. Não possuem qualquer rede de suporte informal ou possuem uma rede de suporte reduzida (cônjuges e filhos), desempenhando funções de cuidadoras, geralmente de cônjuges ou netos. (Moreira, 2020; Rodrigues, 2018)

Apesar de viverem mais anos, as mulheres têm uma perceção mais negativa do seu estado de saúde uma vez que vivem um menor número de anos de vida saudável, sendo frequentemente marcados por alguma doença crónica e/ou incapacidade (na mobilidade, visão, mastigação, concentração e memória). (Moreira, 2020; Rodrigues, 2018)

Segundo Rodrigues (2018), no futuro, a população mais velha será maior, mais escolarizada, mais diversificada em termos nacionais, culturais, étnicos e religiosos, mantendo algumas características referidas anteriormente, tais como a feminização do envelhecimento e as assimetrias regionais, apesar de estar a aumentar o número de pessoas mais velhas a residir em áreas urbanas e cidades.

1.2. Respostas sociais (des) adequadas face a múltiplos desafios

Em Portugal, a partir dos anos 60, mas sobretudo dos anos 70, são vários os períodos de mudança social e política que potenciaram o envelhecimento populacional e que contribuíram para a reconfiguração da sociedade portuguesa: 1976 - 1985, 1985 – 1995, 1995 - 2002, 2002 – 2010 e 2010 até à atualidade. (António, 2013; Veloso, 2008)

No primeiro período (1976 a 1985), o estabelecimento do regime democrático promoveu a transformação da sociedade, a construção de políticas públicas universais e o crescimento da ação e intervenção social do Estado junto dos grupos mais vulneráveis, como é o caso da população mais velha. No entanto, este período foi caracterizado por um maior apelo ao envolvimento de parceiros sociais ao invés de um aumento da intervenção e investimento do Estado nas políticas públicas direcionadas à terceira idade (através do financiamento para a proteção social). (António, 2013; Veloso, 2008)

A Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976, a definição do regime jurídico das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) em 1979, a definição das normas para os acordos de cooperação com a Segurança Social em 1981, a primeira revisão da CRP em 1982 e o estabelecimento da primeira Lei de Bases da Segurança Social em 1984 tiveram significativo impacto na promoção dos alicerces para aquilo que se desejava ser uma política para a terceira idade, visando alterar a mentalidade da sociedade onde as pessoas mais velhas passam a ser consideradas autónomas, ativas e integradas na sociedade. Também é após o 25 de abril de 1974, que o sistema de proteção social português se materializa e desenvolve através de seguros de base corporativa de apoio aos trabalhadores e suas famílias, nomeadamente na substituição dos rendimentos do trabalho em situações de falta ou diminuição da capacidade para o mesmo (doença, invalidez e acidentes de trabalho), situações de falta ou diminuição de meios de subsistência (desemprego involuntário, morte e sobrevivência) e na velhice, fazendo face às falhas do mercado. (António, 2013; Coelho, 2019; Veloso, 2008)

Neste sentido são criados serviços e equipamentos sociais de apoio à terceira idade, tais como os Centros de Dia (CD), Centros de Convívio e Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), através de incentivos ao convívio e lazer, combate ao isolamento social e oferta de informações acerca dos cuidados de saúde, de forma a promover, se possível, a manutenção desta população no seu domicílio, por um maior período de tempo. (António, 2013; Veloso, 2008)

Neste período, a nível internacional também ocorreram transformações que influenciaram as políticas públicas portuguesas, particularmente a realização da I Assembleia Mundial de Viena Sobre o Envelhecimento (1982), tendo sido estabelecido que a pessoa mais

velha é um indivíduo ativo na sociedade que experiencia oportunidades de realização pessoal no período da reforma através da execução de diversas atividades, nomeadamente a participação na família, na comunidade e possibilidade de formação e trabalho parcial. (António, 2013)

No segundo período (1985 a 1995) mantém-se a política de manutenção das pessoas mais velhas no seu domicílio, voltada particularmente para uma população mais velha e dependente, promovendo assim áreas como a ação social e a saúde. (António, 2013; Veloso, 2008)

Neste período, a nível nacional, proliferaram respostas e equipamentos sociais de apoio à população mais velha, em simultaneidade com a criação de diversos programas, promovidos pelo XI Governo Constitucional e a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (1988), nomeadamente o Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas e o Programa de Apoio Integrado aos Idosos (PAII). (António, 2013; Veloso, 2008) Estes criaram e desenvolveram diversos projetos, tais como os passes para a terceira idade, o serviço de teleassistência, a promoção da saúde e termalismo, entre outros. (Veloso, 2008)

A nível europeu e internacional ocorreram diversos eventos que direcionaram e influenciaram a intervenção na terceira idade do governo português, particularmente a adesão à União Europeia, em 1986; o estabelecimento pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1991, de dezoito princípios a favor da população mais velha divididos em cinco temáticas: independência (acesso a direitos básicos - alimentação, habitação e saúde), cuidados (acesso a cuidados familiares ou institucionais), autorrealização (desenvolver o seu potencial através de recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos), dignidade (direito a uma vida digna e segura, livre de exploração e maus-tratos) e participação (manutenção da sua integração na sociedade); o reconhecimento, em 1992, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, do Ano Internacional dos Idosos em 1999, e determinação de diretrizes voltadas para a situação das pessoas mais velhas, o desenvolvimento individual contínuo, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social; em 1992, a criação da Carta Europeia dos Idosos, definindo os direitos das pessoas mais velhas - habitação, saúde, independência económica, transportes, segurança, lazer, participação e informação; e em 1993, a celebração do Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações, voltado para o combate à discriminação etária dos trabalhadores. (António, 2013; Veloso, 2008)

Contudo, verifica-se que neste período, a política de manutenção das pessoas mais velhas no seu domicílio não foi alargada às demais áreas de intervenção ou a uma maior diversidade da população mais velha, bem como o facto dos projetos e programas serem

desenvolvidos porque este grupo etário detinha significativa importância, em termos políticos e ao nível da segurança social, pois representavam grande parte da população. Verifica-se também uma transferência dos serviços públicos para o âmbito privado, nomeadamente ao nível da saúde, assim como um estímulo à criação de instituições sem fins lucrativos de apoio às pessoas mais velhas. (Veloso, 2008)

No terceiro período (1995 a 2002) continuam a ser desenvolvidos projetos de apoio às pessoas mais velhas no sentido de promover um estilo de vida mais ativo, abrindo caminho também, na década de 90, ao alargamento do mercado a esta população em especial ao nível do turismo, termalismo e residências tipo hotel. Neste período, em 1997, também foi criado o Programa Idosos em Lar (PILAR), visando melhorar os cuidados à população mais velha através do aumento do número de vagas em lares, bem como do desenvolvimento de novas respostas tais como o alojamento temporário. (António, 2013; Veloso, 2008)

A nível internacional, a manutenção de um estilo de vida mais ativo para retardar o processo de envelhecimento foi defendido por várias organizações internacionais, nomeadamente, em 2002, a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento promovida pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial de Saúde. Nessa assembleia, realizada em Madrid, surgiu o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento Ativo, que objetivava uma mudança de políticas, práticas e comportamentos sociais de forma a assegurar um processo de envelhecimento digno, seguro e participativo. Este plano estabeleceu diversas orientações prioritárias, nomeadamente para as pessoas de idade e o desenvolvimento, para incentivar a saúde e o bem-estar na velhice e a criação de um meio ambiente propício e favorável ao envelhecimento, assim como no reconhecimento da maior vulnerabilidade das mulheres, promovendo a criação de políticas direcionadas às mulheres, e no estabelecimento de relações de parcerias entre governos, cidadãos e setor privado para colocar em práticas estas orientações. (António, 2013)

No entanto, a política preconizada, ou seja, o alargamento do mercado a esta população e o desempenho do setor privado como agente impulsionador das políticas e das orientações do plano, permitiram um aproveitamento do potencial consumidor da população mais velha para desenvolver a economia do país e avantajá-lo o Estado, resultando na discriminação de pessoas mais velhas com reduzido ou sem capital económico e/ou cultural, logo não sendo acessível a todos. Verifica-se também que o plano de ação não teve em consideração as diferenças regionais ou as distintas idades de acesso à reforma estabelecidas entre os diversos países. (Veloso, 2008)

No quarto período (2002 até 2010), os programas e medidas implementados neste período tinham como objetivo criar autonomia, prevenir a dependência, institucionalização, pobreza e exclusão social e, se possível, prolongar o período em que a pessoa mais velha permanece no domicílio. Por esta razão, em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que é constituída por instituições públicas ou privadas que prestam cuidados de saúde e reabilitação de curta, média e longa duração, e apoio social a indivíduos com dependência. (António, 2013; Correia, Pereira & Costa, 2022)

Neste período, também foram desenvolvidos diversos programas, nomeadamente o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, em 2007, que visa melhorar as condições habitacionais e de mobilidade da população mais velha; o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) e o Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES) que têm como objetivo apoiar e investir nos equipamentos sociais para as pessoas mais velhas, sem suporte familiar. (António, 2013; Correia, Pereira & Costa, 2022)

Em 2007, a quarta alteração à Lei de Bases da Segurança Social veio reforçar a garantia dos direitos básicos dos cidadãos, da igualdade de oportunidades e das prestações pecuniárias substitutivas dos rendimentos de trabalho. (Coelho, 2019)

No quinto período (2010 até à atualidade) foram estabelecidas medidas e estratégias de ajustes económicos e contenção de custos devido ao período de crise económica e financeira (2010 a 2014) caracterizada por inexistentes investimentos nas políticas públicas, nomeadamente a não atualização dos complementos sociais e das pensões da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações (de 2012 a 2015), a atualização anual da idade de acesso à pensão de velhice, entre outras medidas que limitaram e dificultaram significativamente o acesso a recursos, serviços e políticas públicas por parte da população mais velha. (Correia, Pereira & Costa, 2022) Neste período também foram estabelecidas e revistas as normas de funcionamento dos estabelecimentos de apoio a esta população, como por exemplo, em 2012 das Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e em 2013 dos SAD. Todavia, a partir de 2015 foram sendo revertidas algumas das medidas criadas durante o período de crise financeira e económica, nomeadamente a não atualização das pensões e dos complementos sociais. (Carvalho, 2018; Correia, Pereira & Costa, 2022)

Posto isto atualmente existem, a nível internacional e nacional, políticas, mecanismos e estratégias direcionadas para a população mais velha que visam garantir a solidariedade intergeracional, promover a saúde, bem-estar e a segurança na velhice, prevenir e combater a solidão, a exclusão e o isolamento social e potenciar a cidadania nas idades avançadas. (Fonseca, 2021)

Deste modo, a nível internacional, foi desenvolvido um plano de ação proposto pela OMS para a Década de Ação (2020-2030) com o objetivo de melhorar as condições de vida da população mais velha, das suas famílias e das comunidades onde residem, envolvendo governos, sociedade, setor privado, organizações internacionais, entre outros intervenientes através do estabelecimento de dez prioridades de intervenção, nomeadamente a criação de plataformas de inovação e mudança, conectando ideias e pessoas de todo o mundo; o desenvolvimento de políticas nacionais que permitam às pessoas mais velhas viver vidas longas e saudáveis; a recolha de dados globais significativos e mais atualizados sobre o envelhecimento ativo e saudável; a promoção de investigação sustentada que responda, de forma inovadora, às necessidades atuais e futuras das pessoas mais velhas; o desenvolvimento de sistemas de saúde que efetivamente deem resposta às necessidades desta população (onde e quando precisarem); o estabelecimento das bases de um sistema de cuidados de longa duração em todos os países, de modo a que as pessoas mais velhas possam viver com dignidade e usufruir dos seus direitos humanos básicos; garantir os recursos humanos necessários para o atendimento integrado em serviços de saúde e de cuidados de longa duração de qualidade; o delineamento de uma campanha mundial contra o idadismo¹; a definição dos custos económicos de investimento em respostas sustentáveis, equitativas e eficazes; e o desenvolvimento/reforço de uma rede mundial de cidades e comunidades amigas das pessoas mais velhas, no sentido de promover, caso desejem, um envelhecimento nas suas habitações e comunidades. (Fonseca, 2021; WHO, 2017)

A nível nacional tem existido um investimento em políticas sociais direcionadas para a população mais velha uma vez que esta população beneficia de uma política para a terceira idade, definida na CRP, de 12 de Agosto de 2005, onde se lê que esta política, engloba medidas de carácter económico, social e cultural, devendo proporcionar às pessoa mais velhas o “direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” (artigo 72, p. 30) e lhes dê oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade. (Lei Constitucional n.º 1/2005; Valduga, 2022) Esta política é garantida pelo Sistema de Segurança Social, que é um direito de todos os cidadãos portugueses, segundo o artigo 2 da Lei n.º 83-A/2013, de 30 de dezembro e a CRP de 12 de Agosto de 2005, sendo que este sistema tem como objetivo proteger os cidadãos em determinados momentos da vida do indivíduo, tais como

¹ Idadismo (termo criado por Robert Butler em 1969) refere-se às crenças, estereótipos, preconceitos e atos efetivos de discriminação baseada na característica da idade, perante as pessoas mais velhas. (Marques, 2011)

na “doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho” (artigo 63, p. 27). (Lei Constitucional n.º 1/2005; Lei n.º 83-A/2013; Valduga, 2022)

Neste sentido, em termos de prestações sociais do Sistema de Segurança Social, a pessoa mais velha pode beneficiar da pensão de velhice, pensão social de velhice, complemento solidário para idosos (mais os benefícios adicionais de saúde), pensão de invalidez, entre outras. (EAPN - Rede Europeia Anti-pobreza, 2020)

Também a nível nacional foi desenvolvido um plano de ação estabelecido pela Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que definiu três importantes eixos de atuação: a segurança (criar ambientes seguros, capazes de sinalizar e prestar suporte à pessoa mais velha numa situação de vulnerabilidade), a saúde (promover estilos de vida saudáveis, a vigilância na saúde e nos processos de comorbilidades) e a participação e cidadania (através da educação e formação ao longo da vida e da promoção da integração e participação social). (Fonseca, 2021) Esta Estratégia Nacional, resultado da proposta do Grupo de Trabalho interministerial (aprovado pelo Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro) nunca foi implementada. (Tavares, 2023)

Contudo, em 2024 foi aprovado o Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026) pelo Despacho do Conselho de Ministros n.º 14/2024, a 12 de janeiro. Este plano define seis pilares essenciais de atuação: a saúde e bem-estar, a autonomia e vida independente, o desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida, a vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida e a participação na sociedade. Estabelece também dentro de cada pilar, subpilares, medidas e atividades concretas a realizar, nomeadamente no pilar da saúde e bem-estar, define como subpilares a promoção da saúde e prevenção da doença, os cuidados integrados e de longa duração e a capacitação dos cuidadores e melhoria das condições de prestação de cuidados; no pilar da autonomia e vida independente, estabelece como subpilares a vida independente, ambientes seguros e amigos das pessoas idosas e ambientes acessíveis; o pilar do desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida; no pilar da vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida, estabelece como subpilares a participação no mercado de trabalho, a adaptação das carreiras profissionais e dos locais de trabalho e a promoção da diversidade intergeracional no local de trabalho; no pilar dos rendimentos e economia do envelhecimento, define como subpilares a garantia de rendimento individual e a economia do envelhecimento; e o pilar da participação na sociedade. Define ainda dois catalisadores com impacto transversal aos vários pilares: a ciência e inovação, e a comunicação, estereótipos, educação e literacia. (Despacho do Conselho de Ministros n.º 14/2024)

Deste modo, as políticas públicas, mecanismos e estratégias nacionais direcionadas para a população mais velha recorrem muitas vezes às respostas e equipamentos sociais, predominantemente às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's), para implementarem os seus planos de ação uma vez que são recursos territorializados que possuem um maior conhecimento sobre as necessidades e potencialidades da população mais velha numa determinada região. Estas respostas e equipamentos sociais, que fazem parte da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), são as seguintes: (EAPN, 2020; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023)

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** – Resposta social que presta serviços e cuidados a pessoas e/ou famílias em situação de dependência ou incapacidade física e/ou psíquica, que se encontrem no seu domicílio, mas que não consigam satisfazer, de forma temporária ou permanente, as suas necessidades básicas e/ou atividades instrumentais de vida diária ou pessoas que não disponham de suporte informal, de forma a promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias através da prestação dos cuidados e serviços, desenvolver a autonomia, apoiar a conciliação entre a vida familiar e profissional do agregado familiar, reforçar as capacidades das famílias e cuidadores na prestação dos cuidados, promovendo a permanência das pessoas no seu domicílio e adiamento ou evitamento da institucionalização. Os serviços prestados pelos SAD podem ser: cuidados de higiene e conforto pessoal, cuidados de imagem, higiene habitacional (necessária à natureza dos cuidados prestados), fornecimento e apoio nas refeições, tratamento de roupa de uso pessoal, atividades de animação e socialização, pagamento de serviços, transporte, serviço de teleassistência, formação e sensibilização de familiares e cuidadores informais para a prestação dos cuidados, apoio psicossocial, confeção de alimentos no domicílio e realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio, sendo que estes serviços são prestados todos os dias da semana e, sempre que necessário, aos fins-de-semana e feriados. (Direção-Geral da Segurança Social (DGSS), 2022)
- **Centro de Dia (CD)** – Resposta social que presta vários serviços que contribuem para satisfazer as necessidades, assegurar a prestação de cuidados aos utentes e prestar apoio psicossocial, tendo como objetivo a manutenção das pessoas com 65 e mais anos (prioritariamente) no seu meio social e familiar, a promoção da autonomia, das relações interpessoais e intergeracionais e o adiamento ou evitamento da institucionalização. (DGSS, 2022)

- **Centro de noite** – Resposta social de acolhimento noturno de pessoas mais velhas que necessitam de acompanhamento durante a noite, tendo como objetivo manter a autonomia da pessoa mais velha, promovendo o bem-estar e a segurança e combatendo situações de insegurança, solidão e isolamento social. (DGSS, 2022)
- **Centro de convívio** – Resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação ativa das pessoas mais velhas (com 65 e mais anos, prioritariamente), residentes numa determinada comunidade. Esta resposta tem como objetivo prevenir a solidão e o isolamento social, promovendo a autonomia, a participação, a inclusão social, as relações interpessoais e intergeracionais e retardar ou evitar a institucionalização. (DGSS, 2022)
- **Acolhimento familiar** - Resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, da pessoa mais velha no domicílio de uma família considerada idónea (no máximo, três pessoas mais velhas por família idónea), tendo como objetivo acolher pessoas mais velhas que se encontrem em situações de dependência, solidão e isolamento social e sem retaguarda familiar e/ou social, num ambiente familiar e afetivo onde são prestados cuidados e satisfeitas as necessidades básicas dessa pessoa, contribuindo para um reforço da autonomia, autoestima e integração social. (DGSS, 2022)
- **Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI)** - Resposta social de acolhimento, temporário ou permanente, de pessoas mais velhas, em regime de alojamento coletivo, que devido a razões familiares, de dependência, isolamento, solidão e insegurança não podem permanecer no seu domicílio. Neste equipamento são prestados cuidados, que visam satisfazer as necessidades básicas das pessoas mais velhas, e desenvolvidas atividades de apoio e desenvolvimento pessoal e social, tendo como objetivo prestar cuidados e serviços permanentes, promover a integração social, a manutenção das relações intrafamiliares e contribuir para um processo de envelhecimento mais ativo. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) tipologia habitacional, designadamente apartamentos e/ou moradias; b) quartos e c) tipologias habitacionais em conjunto como o alojamento em quartos. (DGSS, 2022; G Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), 2024)

Contudo, segundo dados da Carta Social (GEP, 2024), em 2022 verificou-se que a taxa média de cobertura das respostas sociais (SAD, ERPI e CD) do Continente era de apenas 11,6 %, ou seja, ainda existe uma significativa parte da população mais velha que não beneficia de nenhuma destas respostas, podendo ser justificado por diversos motivos, tais como por não necessitar dos serviços ou cuidados, por não estar informado ou ter conhecimento sobre estas respostas, por recusa da própria pessoa em beneficiar de algum destes serviços, por não satisfazerem as necessidades da população, por serem respostas tipificadas, entre outros.

Este facto tem gerado questionamentos a nível científico, institucional e social, revelando uma necessidade de identificar e compreender os desafios e desequilíbrios sociais, políticos, económicos e financeiros colocados à sociedade, apesar dos avanços tecnológicos, económicos, políticos, sociais e culturais experienciados, no sentido de minimizar ou alterar o impacto que este fenómeno produz ao nível dos sistemas e dinâmicas políticas, de saúde, segurança social, educação, etc., através da alteração de comportamentos sociais, familiares e individuais. (Capucha, 2005; Rodrigues, 2018)

Deste modo existe a necessidade de analisar as limitações e problemas que surgem nos serviços e equipamentos sociais (públicos e privados) de proteção social à população mais velha, particularmente no que se refere aos baixos rendimentos do trabalho que influenciam os cálculos para a pensão de velhice, aos baixos valores das prestações sociais (pensão de velhice, pensão de invalidez, complemento por dependência, etc.), à inacessibilidade dos serviços prestados pelos equipamentos sociais do setor privado à generalidade da população mais velha, aos problemas de regulação da oferta privada, ao desajuste dos serviços e cuidados às reais necessidades da população, à tipificação e padronização das respostas e necessidades não atendendo às diversidades de contextos e situações, à precariedade laboral e escassez de mão-de-obra das profissões geriátricas e de saúde, à insuficiente capacidade de resposta das respostas sociais participadas relativamente ao aumento da procura, ao número de respostas clandestinas e ilegais que não recebem acompanhamento ou fiscalização da Segurança Social, às dificuldades vividas pelas respostas quando confrontadas com necessidades distintas e complexas tais como o combate à Covid-19 e problemas emergentes, à incapacidade de resposta dos cuidados de longa duração (RNCCI), aos reduzidos apoios monetários disponibilizados aos cuidadores informais, há possibilidade de aumentos de dependência física e/ou psíquica (como perda de mobilidade e autonomia) das pessoas mais velhas (acarretando também custos com cuidados de saúde e medicamentos), entre outros. (Capucha, 2005; Capucha, 2014; Guedes, 2014; Marques, 2011; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023; Rodrigues, 2018)

Por conseguinte, cabe ao Estado dar resposta aos desafios e desequilíbrios presentes em todos os sistemas e políticas públicas e sociais, resultantes do aumento do número de pensionista, da diminuição do número de pessoas em idade ativa, dos novos padrões de emprego, do aumento das necessidades relativas à saúde e da insuficiente acessibilidade às políticas públicas, de forma a promover a sustentabilidade do Sistema de Segurança Social e do regime de pensões e potenciar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas mais velhas ajustando as respostas sociais aos níveis de vulnerabilidade e dependência da população mais velha. (Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023; Rodrigues, 2018)

Todavia, a realidade portuguesa está assente em dois importantes fatores que influenciam toda a política para a terceira idade e a intervenção com esta população: a retração do Estado Social e o papel do “familiarismo” (Silva, 2002, p.47) ou responsabilização familiar, sendo que estes dois fatores estão interligados.

Portugal é considerado um país com um desenvolvimento a “2 velocidades” uma vez que apresenta características associadas ao modelo de Estado Social da Europa do Sul (juntamento com países como Espanha, Grécia e Itália) uma vez que experienciou uma progressão exponencial, de forma rápida, no que diz respeito à evolução tecnológica e diversos atrasos no desenvolvimento devido a processos de ditaduras tardias e um processo de industrialização moroso que condicionaram os avanços do país. (Silva, 2002) Este modelo de Estado Social da Europa do Sul baseia-se num modelo de relação triangular entre o Estado, o mercado e as famílias no que se refere à elaboração e aplicabilidade das políticas públicas e sociais uma vez que ocorre uma significativa responsabilização familiar, onde é delegado na pessoa mais velha e/ou à sua rede de suporte informal (familiar, amigos, etc.) a responsabilização do financiamento e prestação de cuidados pessoais e materiais à pessoa mais velha e a defesa dos interesses dos beneficiários dos apoios sociais. (Capucha, 2014; Guedes, 2014; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023; Silva, 2002)

Atualmente verifica-se que a rede de suporte familiar tem dificuldades em prestar esse apoio, levando a um maior risco de vulnerabilidade e desproteção da população mais velha, associado também à fragilidade do reconhecimento e dos apoios aos cuidadores informais e desvalorização dos cuidadores, provocando elevados níveis de desgaste e esgotamento por parte dos cuidadores. (Capucha, 2014; Carvalho, 2018; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023)

Neste sentido, deve ocorrer uma participação e intervenção ativa e conjunta entre Estado, sociedade e mercado na criação e desenvolvimento de políticas públicas e sociais consistentes, bem como de oportunidades e recursos especializados e/ou individualizados disponíveis a todas as pessoas mais velhas, intervindo segundo uma abordagem holística,

centrada na pessoa, que promova a melhoria do seu bem-estar, qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido através da criação de ambientes que facilitem a manutenção das capacidades das pessoas mais velhas, a promoção de novas formas de intervenção e uma maior partilha de conhecimentos, compromissos e responsabilidades entre as áreas interdisciplinares que intervém junto da população mais velha assim como entre o Estado, a sociedade, os equipamentos sociais, as famílias e a pessoa mais velha. (Quaresma & Ribeirinho, 2016; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023; Valduga, 2022) Nestes momentos de partilha e colaboração é de extrema importância existirem espaços de audição da população mais velha (baseados nos direitos, capacidades e necessidades) e inclusão desta nas fases de criação, desenvolvimento, avaliação e monitorização das políticas públicas, dos equipamentos e respostas sociais e dos programas, tendo sempre em atenção que esta população mais velha é um grupo heterogéneo, em constante mudança (de geração em geração), devendo beneficiar de políticas e respostas diversificadas e inovadoras, potenciando assim uma sociedade mais inclusiva. (Lima, 2010; Quaresma & Ribeirinho, 2016; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023)

Posto isto, neste momento de escuta da pessoa mais velha deve-se ter em atenção o desejo da pessoa, nomeadamente se esta pretender envelhecer na sua habitação/comunidade.

1.3. *Ageing in Place* – uma resposta possível ao processo de envelhecimento

Apesar de existir desde 1930, nos Estados Unidos da América (EUA), em programas públicos de apoio no domicílio para a população mais velha, a expressão *ageing in place* surge apenas nos anos 80 passando a ganhar relevância, a partir dos anos 1990, na Europa, nos EUA e na Oceânia, relacionada ao conceito de envelhecimento saudável, bem-sucedido e ativo, no sentido de incluir a prestação de serviços no domicílio, quando necessário, para possibilitar uma vida autónoma e independente à população mais velha. Associado a esta popularidade, o paradigma do *ageing in place* desenvolveu-se também devido às mudanças ao nível das políticas públicas e na sociedade, nomeadamente na forma como se encara o processo de envelhecimento e a população mais velha, bem como uma alternativa à institucionalização precoce e/ou indesejada. (Fonseca, 2021)

Todos os artigos analisados até ao momento sobre o conceito de *ageing in place* referem o conceito estabelecido pela OMS, em 2015: “the ability of older people to live in their own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income or level of intrinsic capacity.” (OMS, 2015, p. 36) Logo, este paradigma centra-se na promoção

de um processo de envelhecimento onde a população mais velha permaneça na sua habitação e/ou comunidade, o máximo de tempo possível, mesmo tendo alguma doença ou declínio funcional e/ou cognitivo, podendo existir o apoio de algum tipo de suporte, quer de natureza formal (cuidadores formais de equipamentos e respostas sociais) quer de natureza informal (familiares, amigos, vizinhos, etc.), no sentido de preservar a qualidade de vida, privacidade, independência, liberdade, poder de escolha, autonomia, segurança, comunicação, envolvimento social e um sentimento de familiaridade. (Fonseca, 2020; Fonseca, 2021)

Deste modo são identificadas as cinco principais áreas de intervenção na promoção do *ageing in place*: pessoas (people), lugares (places), produtos (products), serviços personalizados (person-centered services) e políticas de apoio social (policy), tendo em atenção o facto de existirem diversos perfis de envelhecimento que correspondem às distintas aplicações do conceito de *ageing in place* relacionadas com as diferentes necessidades individuais desta população: pessoas que desejam permanecer na sua casa atual e que não enfrentam problemas imediatos de saúde ou mobilidade; pessoas que apresentam condições de saúde progressivamente incapacitantes como doenças crónicas e doenças pulmonares/cardíacas e que, mais cedo ou mais tarde, vão necessitar de apoios suplementares para que possam envelhecer em casa; e pessoas que vivenciem mudanças abruptas nas suas vidas e para quem envelhecer em casa constitui um desafio acrescido, suscitando a necessidade de efetuar mudanças imediatas nas suas habitações como nos modos de vida. (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; Fonseca, 2021)

Portanto, o conceito de *ageing in place* compreende quatro dimensões de atuação: a habitação, tendo em conta questões como a adaptação, acessibilidade, manutenção e alternativas habitacionais; os serviços integrados, tais como os serviços de apoio domiciliário e da RNCCI; os transportes, nomeadamente o meio de mobilidade da população mais velha, podendo estes serem facilitadores ou limitadores; e o bairro e/ou comunidade em que as pessoas mais velhas estão inseridas. (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020)

Segundo Iecovich (2014) existem quatro dimensões que se relacionam entre si e que devem ser tidas em conta aquando a análise do conceito: a dimensão física (a habitação, aldeia, bairro, a cidade, entre outros), a dimensão social (relacionamentos e contactos interpessoais, redes de suporte social), a dimensão emocional e psicológica (sentimento de pertença, ligação a um lugar, identidade) e uma dimensão cultural (valores, crenças, princípios e significados atribuídos a determinado espaço e pessoas).

Esta autora referiu também que existem dois grandes objetivos do *ageing in place*. O primeiro tem que ver com a decisão das pessoas mais velhas e das suas famílias em permanecer

na sua habitação o máximo de tempo possível, promovendo assim a melhoria da qualidade de vida, combatendo a perda de relações sociais, as mudanças nos estilos de vida e rotinas, a perda de identidade, de bens pessoais e de independência. (Fonseca, 2020; Iecovich, 2014) Assim existem diversos fatores que influenciam a sua situação e processo de decisão, tais como as características individuais de cada indivíduo, nomeadamente a identidade, personalidade, condição cognitiva e emocional, saúde e capacidade de se adaptar ou não às mudanças experienciadas, reconhecendo sempre cada pessoa como um ser único; a sua situação económica, no sentido de compreender se os seus rendimentos influenciam ou não a qualidade de vida e a sua manutenção na habitação; as condições de habitabilidade e os ajustes da habitação e dos espaços exteriores às necessidades da população mais velha; as mudanças ambientais, que podem gerar melhores condições de vida e controlo pessoal; as mudanças socioeconómicas e demográficas como o processo de gentrificação, que transformam ambientes seguros e conhecidos em ambientes inseguros ou desconhecidos; os riscos de isolamento e exclusão social, identificando o nível de participação e inclusão social de cada pessoa; e o acesso, serviços e/ou recursos da comunidade, as relações de vizinhança e a “cultura” comunitária predominante. (Cutchin, 2004, citado em Iecovich, 2014; Fonseca, 2020; Fonseca, 2021; Iecovich, 2014)

O segundo objetivo reporta-se às respostas existentes para a população mais velha, ou seja, respostas institucionais e na comunidade e/ou na habitação, identificando a perspetiva política de que a prestação de cuidados institucionais é mais dispendiosa do que a prestação de cuidados na comunidade e/ou na habitação da pessoa mais velha. (Chappell, Dlott, Hollander, Miller & McWilliam, 2004; Iecovich, 2014) Possivelmente é através desta perspetiva ou da perceção de que as respostas sociais respondem de forma tipificada às necessidades das pessoas mais velhas que têm vindo a ser desenvolvidas novas e inovadoras respostas e estratégias sociais (políticas públicas, programas/projetos, gerotecnologias, entre outras) de promoção do *ageing in place* tais como a teleassistência, serviços de apoio domiciliário, cuidados de saúde no domicílio, hospitalizações domiciliárias, cuidados paliativos domiciliários, programas de nutrição/saúde, serviços de apoio a cuidadores e familiares, teleatendimento domiciliário, e projetos como o Projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007), que incorpora aspetos do ambiente e avalia as necessidades da população mais velha relativamente aos serviços sociais, participação e inclusão, transportes públicos, fornecimento de informações, apoio comunitário, programas recreativos e sociais, participação cívica e segurança em casa e espaços exteriores, promovendo o bem-estar físico e psicossocial e combatendo os riscos de solidão, exclusão e isolamento social, a degradação dos edifícios, a organização e custos da

vida urbana e os desafios de viver na cidade. (Fonseca, 2020; Iecovich, 2014; Pani-Harreman, Bours, Zander, Kempen & Van Duren, 2021; Quaresma & Ribeirinho, 2016)

Neste sentido, apesar da maioria da população mais velha pretender e estar a envelhecer no seu meio natural de vida, estas respostas e estratégias sociais de *ageing in place* revelam algumas preocupações e desafios, nomeadamente de visibilidade e investimento político e social; na criação de serviços de apoio social e de saúde para esta população (nos equipamentos sociais e no domicílio); no incentivo ao crescimento e acessibilidade de infraestruturas locais de natureza multigeracional (acesso a redes de suporte, bens, serviços, atividades de lazer e aprendizagem, etc.); na intervenção direta nas residências das pessoas no sentido de promover a mobilidade; no estabelecimento de parcerias multisetoriais entre os diferentes agentes comunitários; de intervenção em situações de isolamento, insegurança e/ou degradação habitacional, e sem retaguarda familiar e/ou social; na existência de diferentes perfis e grupos de pessoas mais velhas que reagem de forma distinta às mudanças socioeconómicas e demográficas, uns podendo aceitar e sentirem-se inseridos socialmente na instituição ou outras resposta e outros podendo sentir-se excluídos; na mudança para outro espaço, quer seja outra habitação ou equipamento social, acarretar alguns gastos e custos que determinadas pessoas mais velhas com baixos rendimentos não conseguem suportar; e no atendimento, de forma particular, à diversidade de necessidades individuais, recursos e contextos de cada pessoa mais velha, ao longo do processo de envelhecimento. (Fonseca, 2020; Fonseca, 2021; Iecovich, 2014)

Segundo Fonseca (2020; 2021) o conceito de *ageing in place* pode revelar-se uma “armadilha economista” (Fonseca, 2021, p. 44) uma vez que pressupõe que a família e/ou a comunidade preste os cuidados/serviços à população mais velha visto que o “cuidado institucional é mais dispendioso do que a prestação de cuidados na comunidade”. (Fonseca, 2020, p. 28) Neste seguimento, deve-se questionar se a escolha de envelhecer em casa ou na comunidade é uma alternativa à institucionalização ou um facto inevitável quando se está perante ausências de serviços, políticas e respostas públicas para o aumento da população mais envelhecida. Deste modo, é importante realçar que, nos países economicamente mais favorecidos, este paradigma surgiu como uma alternativa/opção à institucionalização da população mais velha quando estes apresentavam algum declínio ou doença funcional e/ou cognitiva. Em contrapartida, nos países economicamente mais frágeis, este paradigma é uma inevitabilidade devido ao enfraquecimento do Estado Social e/ou às falhas apresentadas por este, ao nível das políticas sociais, do sistema de segurança social, do sistema de saúde, das alternativas institucionais, de serviços de apoio, às mudanças sociais e, como no caso

português, à incapacidade e/ou diminuição da capacidade da família de prestar apoio a esta população. (Fonseca, 2020; Fonseca, 2021; Matias, 2017)

Posto isto é importante reconhecer que os decisores políticos e os prestadores de serviços devem intervir segundo uma abordagem interdisciplinar, que reconhece cada pessoa como um ser único e que valoriza as diferentes escalas de intervenção (nacional, regional, comunitária e individual), tendo em atenção o planeamento, a habitação, os transportes, a saúde e os serviços sociais, a prestação de cuidados de longa duração, as atividades sociais e de integração social, visto ser um processo multidimensional (dimensão individual, doméstica, sociocomunitária e estrutural) de acompanhamento do processo de envelhecimento, influenciado pelas mudanças e adaptações contínuas e mútuas entre a população mais velha e o ambiente em que vivem, de forma a encontrar uma resposta/serviço único e diferenciado para a população mais velha, como por exemplo o *cohousing* ou habitação colaborativa. (Fonseca, 2020; Fonseca, 2021; Ribeirinho, Ferreira & Carvalho, 2023)

1.4. *Cohousing* ou Habitação Colaborativa e as experiências em Portugal

O *cohousing* teve a sua origem nos finais dos anos 60 na Suécia mas principalmente na Dinamarca, apesar de ao longo da história da humanidade e em diversos países serem desenvolvidos projetos de habitação comunitária, tais como, em 1859 na França, as habitações colaborativas para melhorar as condições de vida dos trabalhadores operários e em 1920 a existência de apartamentos individuais que beneficiavam de serviços pagos partilhados como serviço de restaurante. (Tummers, 2016) Este modelo de habitação surgiu quando um grupo de famílias decidiu criar uma comunidade viva (*Bofaellesskaber*) com o objetivo de combater a realidade vivida na atualidade, com o aumento do individualismo, do sentimento de insegurança, isolamento e solidão social e familiar, no sentido de providenciar às suas famílias melhores condições de vida, um maior sentido de partilha e aproximação entre famílias, indivíduos e comunidade uma vez que “living in cohousing is experiencing life in community.” (Scotthanson & Scotthanson, 2005, p.5).

Segundo Scotthanson & Scotthanson (2005) existem algumas características comuns, em termos de modelo e organização, nos exemplos de *cohousing* analisados pelos autores, nomeadamente uma participação dos residentes no planeamento e *design* da comunidade, uma tomada de decisão participativa e não hierárquica, uma responsabilização dos residentes pelo funcionamento da comunidade, uma variedade de níveis de responsabilidade no que se refere

ao processo de desenvolvimento, uma dimensão ideal da comunidade (12 a 36 unidades habitacionais), a existência de espaços comuns e casas particulares, a não utilização de veículos motorizados e a partilha de tarefas (planeamento, distribuição e execução). No que diz respeito à organização do *cohousing*, as mais frequentes são casas ou apartamentos independentes, compostos por todos os espaços essenciais (quartos, cozinha, casas de banho, etc.) e espaços comuns partilhados entre todos os residentes, podendo ser cozinha, sala de refeições, salas de convívio, zonas de recreativas e/ou de lazer, lavandaria, entre outros. (Fonseca, 2021; Tummers, 2016)

Contudo é difícil definir o modelo e a organização do *cohousing* uma vez que resultam das adaptações em tamanho, localização, objetivos, prioridades, *design* e tipo de propriedade de cada grupo residente às suas necessidades e especificidades.

Este modelo foi, posteriormente, implementado noutros países do Norte da Europa, como é o caso da Holanda, com o objetivo de promover um panorama habitacional prático e igualitário baseado na criação de um ambiente seguro e de entreajuda; na promoção da interação social e diversidade intergeracional; no combate da solidão e isolamento social; no desenvolvimento de sentimentos de partilha e entreajuda; na criação de um sentido de comunidade; na promoção de acessibilidades, compromissos e coesão social; nas trocas e partilhas de recursos e conhecimentos; na maior participação e envolvimento dos residentes e dos parceiros, profissionais e instituições na manutenção, planeamento e processos de decisão da comunidade; na promoção de um desenvolvimento social e de um meio ambiente sustentável e ecológico; na redução dos custos de vida e construção de um meio favorável à criação e educação dos filhos; e no aumento dos tempos-livres devido à partilha das tarefas diárias uma vez que existe uma combinação e coexistência entre a privacidade de cada residente e a sua vida comunitária. (Scotthanson & Scotthanson, 2005; Tummers, 2016) Neste sentido, ocorre uma conjugação entre os benefícios de residir na cidade, particularmente no acesso e proximidade a serviços e recursos (emprego, escolas, etc.) e as desvantagens de residir em áreas rurais, nomeadamente o isolamento, a dependência dos meios de transporte, entre outros, por forma a combater as mudanças sociais resultantes dos processos de globalização e descentralização, das alterações nas tradicionais estruturas familiares, da emancipação da mulher, das alterações demográficas e do aumento da população mais velha. (Tummers, 2016)

Paralelamente, o *cohousing* foi replicado em vários países de língua inglesa, nomeadamente o Reino Unido, o Canadá e os EUA através da publicação do livro “*Creating Cohousing: Building Sustainable Communities*” dos autores Kathryn McCamant e Charles

Durrett que visava desenvolver o *cohousing* de forma a criar uma comunidade sustentável que respondesse aos problemas da sociedade pós-industrial. (Rodrigues, 2022)

Mais tarde, na Europa, mais particularmente em países do Norte da Europa são desenvolvidos projetos de *cohousing* voltados para os problemas da população mais velha e como uma resposta de apoio ao aumento do envelhecimento, o *cohousing* sénior. (Rodrigues, 2022) Exemplo disso é o “Kollektivhuset Färdknäppen”, na Suécia, uma habitação colaborativa para pessoas entre os 43 e os 97 anos, constituída por apartamentos com um a três quartos, uma cozinha e um espaço comum. (Fonseca, 2021; Kollektivhuset Färdknäppen, 2023)

O *cohousing* sénior é uma comunidade constituída por residentes, pessoas mais velhas, tendo como objetivo promover serviços de apoio partilhados, desenvolver relações sociais, combater a solidão e o isolamento social, entre outros aspetos. Este modelo alcança, com maior evidência, os países do Centro e Sul da Europa apenas no ano 2000 devido à maior cobertura dada ao *cohousing* pela opinião pública e pelo mercado imobiliário, ao nível da sua componente socioeconómica. Estes projetos de *cohousing* podem ser apoiados por associações e instituições que promovem projetos de carácter social e de sustentabilidade ambiental, assim como podem ser criados e desenvolvidos com a ajuda de profissionais que prestam apoio aos futuros residentes. (Giorgi, 2020, citado em Rodrigues, 2022)

No entanto, é importante ter em atenção o facto de que, quando são “entregues” aos residentes os projetos já concluídos, estes associam o *cohousing* ao mercado imobiliário e usam-no como uma estratégia de marketing, retirando o poder participativo dos residentes e a identidade de um projeto de *cohousing*, sendo também relevante compreender que este modelo está assente num tipo de sociedade e realidade social distinta da portuguesa uma vez que este conceito teve a sua origem em países do Norte da Europa. (Fonseca, 2021; Giorgi, 2020, citado em Rodrigues, 2022) Deste modo, é sempre necessário ajustar e adaptar os projetos nacionais a um modelo de habitação colaborativa capaz de se adaptar às necessidades e particularidades da população portuguesa ou a um grupo específico de pessoas, bem como às realidades económicas e culturais de determinada região. (Almeida, 2022; Fonseca, 2021; Rodrigues, 2022)

Deste modo, em Portugal foram estabelecidas as condições de instalação, organização e funcionamento da resposta social Habitação Colaborativa e Comunitária através da Portaria nº 269/2023, de 28 de agosto. Esta habitação colaborativa é “uma resposta social de carácter residencial, temporária e/ou permanente, que assenta num modelo de habitação colaborativa e comunitária, organizada em unidades habitacionais independentes, próximas ou contíguas, de apartamentos, moradias ou outra tipologia de habitação similar, e que dispõe de áreas e espaços

de utilização comum, compartilhada, bem como de serviços de apoio partilhados e subsidiários, promotores de interação social, intergeracionalidade e inclusão social dos seus residentes” (artigo 2, p. 25), nomeadamente a população mais velha. (Portaria nº 269/2023)

A nível nacional foram sendo desenvolvidos projetos e equipamentos sociais alternativos e inovadores para apoiar a população mais velha que valoriza a sua independência e pretende envelhecer na sua própria casa e/ou comunidade, mantendo-se nas suas habitações, pelo maior período de tempo possível. Alguns exemplos destes projetos são a “República sénior”, as “Residências assistidas”, o “Lar aldeia”, as “Residências séniores partilhadas” e a “Casinhas Autónomas do Pinhal”. (Fonseca, 2021)

- “República sénior” é uma resposta criada pelo Centro Social Paroquial de São Jorge de Arroios, constituindo-se numa habitação comunitária, com no máximo três pessoas mais velhas, visando minimizar a solidão e o isolamento social e promover a dignidade, liberdade e autonomia da pessoa mais velha, dando resposta aos problemas de precariedade e degradação habitacional. (Almeida, 2022; Centro Social Paroquial de São Jorge de Arroios, n.d; Fonseca, 2021)
- “Residências assistidas” do Bairro Padre Cruz são um equipamento social multifuncional intergeracional, promovido pela Câmara Municipal de Lisboa e gerida pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, constituído por 30 apartamentos onde os moradores (incluindo as pessoas mais velhas) são autónomos e independentes para gerir a sua vida, atividades de vida diária (AVD’s) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD’s), promovendo o seu direito à liberdade, privacidade e autonomia, combatendo assim o solidão e isolamento social. (Almeida, 2022; Fonseca, 2021)
- “Lar aldeia” é um projeto desenvolvido pela associação cultural local, Sport Club Operário de Cem Soldos, que consiste num sistema de apoio holístico à pessoa mais velha através da readaptação das habitações e dos principais acessos à aldeia, do apoio e acompanhamento na rotina diária e criação de uma rede de suporte, partilha e cooperação entre habitantes da aldeia, no sentido de manter as relações sociais, familiares e de vizinhança. (Atalaia, 2020; Fonseca, 2021)
- “Residências séniores partilhadas” são uma resposta implementada pela Câmara Municipal do Porto através da Domus Social em cooperação com várias juntas de freguesias do município, onde são atribuídas casas do parque habitacional público do município a pessoas mais velhas em situação de carência social e

precariedade habitacional, tendo como objetivo promover a autonomia e a partilha de recursos e combater a solidão e o isolamento social. (Fonseca, 2021)

- “Casinhas Autónomas do Pinhal” é um projeto desenvolvido pela Instituição Particular de Solidariedade Social “Os Pioneiros”, em Mourisca do Vouga, constituída por um aglomerado de casas independentes onde habitam cerca de 20 pessoas mais velhas, com alguma autonomia, podendo beneficiar dos serviços da instituição para a satisfação das necessidades básicas. Tem como objetivo combater a solidão e o isolamento social. (Fonseca, 2021)

1.5. Envelhecimento bem-sucedido – conceito, abordagens e modelos

O envelhecimento é estudado por vários autores que analisam o conceito, bem como as suas causas, consequências e os efeitos positivos e/ou negativos que produzem na sociedade e no mundo.

Segundo Carvalho (2013), os modelos do envelhecimento permitem compreender melhor este fenómeno, destacando-se quatro modelos de análise do envelhecimento: o modelo do envelhecimento saudável, o modelo do envelhecimento produtivo, o modelo do envelhecimento ativo e o modelo do envelhecimento bem-sucedido. Contudo, estes modelos não são vividos de forma igualitária por todas as pessoas mais velhas, dependendo da capacidade e poder económico e financeiro que cada indivíduo apresenta.

O modelo de envelhecimento saudável, associado a uma lógica biomédica, considera o envelhecimento como: positivo - envelhecimento normal e sem doenças; negativo - envelhecimento patológico e com doenças; e normal - resultado da capacidade dos indivíduos prevenirem o envelhecimento patológico. (Carvalho, 2013) Este modelo aborda apenas a lógica biomédica, numa visão unidimensional, que percebe o envelhecimento como um problema e relaciona-o à doença, dependência e necessidade de cuidados, e à morte, negligenciando as outras dimensões que também influenciam o processo de envelhecimento. (Almeida, 2007)

O modelo do envelhecimento produtivo considera a relação entre o envelhecimento e o mercado de trabalho através da passagem das pessoas mais velhas do sistema produtivo para a reforma, onde se verifica uma adaptação das estratégias pessoais e sociais, influenciadas pela divisão do tempo social em tempo de trabalho, tempo de lazer e tempo da família. Desta forma, este modelo defende que a sustentabilidade do sistema de proteção social processa-se através da participação das pessoas mais velhas no sistema produtivo e do combate às reformas antecipadas, promovendo o bem-estar e a permanência das pessoas mais velhas na sociedade,

nomeadamente desempenhando um trabalho profissional, voluntariado e tarefas realizadas a membros da família, amigos e vizinhos. Este modelo centra-se na visão mais economista do processo de envelhecimento, excluindo pessoas mais velhas com incapacidades ou doenças crónicas que não têm capacidade ou já não participam no sistema produtivo. (Carvalho, 2013; Gonçalves, 2015)

O modelo do envelhecimento ativo é, segundo a WHO (2002), um modelo multidimensional, que integra aspetos da saúde, socioeconómicos, psicológicos e ambientais, permitindo que as pessoas mais velhas alcancem o seu potencial físico, psicológico e social ao longo da vida e assumam uma participação ativa na sociedade, nas questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, conforme as suas necessidades, capacidades e vontades, conferindo-lhes proteção, segurança e prestação de cuidados quando assim o necessitem. (Carvalho, 2013; Ribeiro & Paúl, 2018)

Este modelo concebe o envelhecimento como um processo do ciclo de vida dos indivíduos tendo como finalidade potenciar a qualidade de vida; emancipar os indivíduos através da participação e envolvimento contínuo na vida civil, social, económica, cultural e espiritual através do trabalho, voluntariado e ativismo; e defender os direitos individuais e coletivos como a autodeterminação, responsabilidade social e justiça social, segundo uma intervenção baseada nos quatro pilares do envelhecimento ativo: a participação social, a aprendizagem ao longo da vida, a saúde e a segurança. (Carvalho, 2013; Ribeiro & Paúl, 2018; WHO, 2002)

O envelhecimento ativo é um processo de otimização de oportunidades nos quatro pilares do envelhecimento ativo havendo, segundo a OMS e tal como é referido no Manual do envelhecimento ativo, três aspetos fundamentais. O primeiro refere-se ao domínio da responsabilidade coletiva, o segundo a um processo que inclui diversas atividades multidimensionais que não se relacionam exclusivamente com a produtividade e o mercado de trabalho, e terceiro pelo facto de ser uma perspetiva inclusiva do envelhecimento que dá continuidade às trajetórias individuais. (Ribeiro & Paúl, 2018)

Segundo a WHO (2002), este modelo considera, de forma integral, um conjunto de determinantes: o ambiente e os determinantes pessoais (biológicos, genéticos e psicológicos), comportamentais (saúde mental, participação ativa social e estilos de vida saudáveis), económicos (rendimentos, trabalho digno, oportunidades de trabalho e proteção social), sociais (direitos fundamentais, apoios sociais e acesso a recursos sociais e educativos), ambiente físico (acessibilidade a serviços básicos - alimentação adequada, bom ambiente, transportes, integração social e inexistência de barreiras arquitetónicas), meio social (apoios sociais,

educação, alfabetização, prevenção de abuso e violência) e serviços sociais e de saúde (promoção da saúde e prevenção de doenças). Neste modelo também integram os determinantes do género e da cultura das pessoas mais velhas que influenciam assim os restantes determinantes e delimitam o processo de envelhecimento. (Carvalho, 2013; Ribeiro & Paúl, 2018)

Contudo o modelo do envelhecimento ativo baseia-se numa visão ocidentalizada do processo de envelhecimento, da noção de pessoa mais velha, da consciencialização do aumento do envelhecimento demográfico, dos sinais de fragilidade dos sistemas (saúde, proteção social, etc.), assim como na forma como as sociedades ocidentais intervêm e lidam com este aumento. (Gonçalves, 2015; Machado, 2007)

Por fim, o modelo do envelhecimento bem-sucedido possui diversas abordagens, nomeadamente a perspetiva de Rowe e Kahn, a perspetiva de Baltes e Baltes e a perspetiva de Kahanna e Kahanna.

Segundo Rowe e Kahn (1997), o envelhecimento bem-sucedido pretende distinguir o envelhecimento “patológico” e o considerado “normal”, segundo a necessidade de manter a saúde e evitar a doença e incapacidade de forma a manter um envelhecimento “normal”, diferenciando, mais tarde, o envelhecimento “normal” entre envelhecimento “habitual” e “bem-sucedido”. (Lima, 2017)

Este envelhecimento bem-sucedido resulta de três comportamentos, interligados entre si, que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente: o baixo risco de doença e incapacidades relacionadas com a doença, referindo-se à presença ou não de doenças mas também à presença ou gravidade dos fatores de risco para as doenças; a elevada capacidade funcional cognitiva e física, que revelam as potencialidades físicas e cognitivas de uma pessoa mais velha para uma atividade; e o envolvimento ativo na vida, nomeadamente em duas áreas, a manutenção das relações interpessoais, que envolvem contactos e trocas de informações, assistência e apoio emocional com outras pessoas, e atividades produtivas ou significativas com valor social, quer sejam ou não remuneradas. (Lima, 2017; Oliveira, 2019; Rowe & Kahn, 1997)

Segundo Rowe & Kahn (1997; 2000) existem três importantes conclusões nos estudos analisados pelos autores sobre a redução dos fatores de risco de doenças e incapacidades. O primeiro refere-se ao facto dos fatores intrínsecos e extrínsecos desempenharem um importante papel na determinação do risco de doenças com o avançar da idade, particularmente os extrínsecos (ambientais, estilos de vida, genética, etc.). O segundo baseia-se na significativa contribuição dos fatores não-genéticos com o aumento da idade em comparação com a

diminuição da contribuição dos fatores genéticos. Por último, os fatores ambientais e comportamentais revelaram-se importantes na determinação do risco de doença na velhice, concluindo assim que as habituais características do envelhecimento são modificáveis.

Os mesmos autores (1997; 2000) identificaram diversos indicadores (fatores protetores) que maximizam as capacidades funcionais cognitivas e físicas de um indivíduo, particularmente a educação, a realização de atividades fatigantes em e fora de casa, os picos de fluxo pulmonar, a autoeficácia, a realização de atividades de lazer e atividade física moderadas e/ou fatigantes e o apoio emocional dos familiares e amigos. No que se refere ao envolvimento e participação ativa na vida, os autores referem diversos fatores protetores, tais como as relações sociais uma vez que promovem transações ao nível socioemocional e instrumental com os outros, e as atividades produtivas, promovidas pelas capacidades funcionais, pela educação e pela autoeficácia de cada pessoa, tendo também atenção a fatores como a resposta ao *stress*, a capacidade de resiliência e a sabedoria. (Montenegro, 2017; Oliveira, 2019)

Em 2015, os autores abordam a influência dos fatores sociais na capacidade de cada pessoa mais velha ter um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente as características pessoais (género, orientação sexual, situação socioeconómica, etc.), as características do ambiente interpessoal (estrutura familiar, amizades, etc.) e das características macrossociais (condições económicas, acesso a cuidados de saúde acessíveis e de qualidade, transportes públicos, etc.), definindo como fatores de sucesso, a nível social, a produtividade e o envolvimento no trabalho e no voluntariado, a coesão entre gerações e condições socioeconómicas, o equilíbrio entre lidar com os riscos e os benefícios das mudanças demográficas, a resiliência ou a capacidade de resposta ao *stress* e a sustentabilidade, promovendo assim a manutenção de uma elevada funcionalidade ao longo do tempo. (Rowe & Kahn, 2015) Deste modo, as sociedades mais envelhecidas devem intervir segundo uma reestruturação das instituições sociais, uma adoção por parte das pessoas mais velhas e da sociedade de perspetivas de curso de vida, e de utilização e desenvolvimento do capital humano. (Oliveira, 2019)

Contudo esta perspetiva pode ser considerada idealista baseando-se na ausência de doença e de incapacidade; e discriminadora uma vez que exclui situações de desigualdade social e de maior vulnerabilidade, risco e fragilidade social e económica, situações de trauma e exposição à violência, situações de incapacidade e doença crónica, não tendo em conta os contextos, fatores estruturais, históricos e culturais e as diferenças individuais, identificando as pessoas mais velhas que não se incluem nestes fatores de sucesso ao nível de saúde como um

“não sucesso”, deste modo, aplica-se a uma “elite” de pessoas mais velhas. (Almeida, 2007; Gonçalves, 2015; Katz & Calasanti, 2015; Rubinstein & Medeiros, 2015)

Segundo Baltes e Baltes (1990, citado em Lima, 2017), o envelhecimento bem-sucedido é definido como um processo de maximização de ganhos e minimização de perdas que ocorrem ao longo da vida da pessoa, pretendendo distinguir, segundo uma perspectiva psicológica, o envelhecimento normal, do patológico e do bem-sucedido. O envelhecimento normal refere-se a um envelhecimento sem patologias físicas e/ou psicológicas, já o envelhecimento patológico reporta-se a um envelhecimento acompanhado por doenças e incapacidades. O envelhecimento bem-sucedido/ótimo refere-se a um envelhecimento idealizado, alcançável através de ambientes favoráveis para a população mais velha. (Lima, 2017)

O envelhecimento bem-sucedido apresenta uma elevada variabilidade, sendo um processo individual e diferenciado a nível comportamental, social e psicológico devido à capacidade de resiliência, à plasticidade (mais reduzida mas ainda existente, podendo ser ativada através da aprendizagem e treino), à identidade da pessoa mais velha, às influências sociais e históricas presentes em cada indivíduo, entre outros aspetos. (Lima, 2017)

Deste modo, estes autores (Baltes e Baltes, 1990 citado em Lima, 2017) desenvolveram um modelo de equilíbrio entre ganhos e perdas denominado de Otimização Seletiva com Compensação (Selective Optimization with Compensation - SOC), que propõe estratégias de combate às alterações e mudanças que ocorrem com o aumento da idade segundo três fatores: seleção, otimização e compensação.

A seleção refere-se à restrição e priorização de resultados, domínios, tarefas e metas em resultado das perdas e da diminuição do potencial de adaptação com o aumento da idade, devendo ter em conta as expectativas pessoais, motivações e capacidades da pessoa mais velha. (Almeida, 2007; Montenegro, 2017) A otimização consiste na maximização do nível de funcionamento dos resultados, domínios, tarefas e metas selecionados através do aumento, desenvolvimento e manutenção dos recursos e meios. (Almeida, 2007; Lima, 2017) Por fim, a compensação refere-se à utilização de meios e recursos alternativos quando os meios, recursos e capacidades físicas e cognitivas deixam de ser suficientes para atingir os resultados pretendidos ou quando não se alcança os resultados esperados, envolvendo por exemplo a tecnologia. (Almeida, 2007; Gonçalves, 2015; Lima, 2017; Montenegro, 2017)

Segundo Lima (2017) para um envelhecimento bem-sucedido é necessário que a pessoa mais velha tenha um estilo de vida saudável, de forma a diminuir as condições patológicas; aumente a sua “reserva pessoal” através da educação, motivação, redes sociais, etc.; crie

ambientes e contextos de desenvolvimento e pró-ativos; e tenha em atenção a heterogeneidade, direção e diversidade de envelhecer no sentido de não selecionar soluções mais simples.

No entanto, este modelo é limitado pois apenas permite analisar o envelhecimento numa perspetiva psicológica, centrado nos processos (seleção, otimização e compensação) para alcançar o envelhecimento bem-sucedido, não aprofundando a interação entre a pessoa mais velha e o ambiente/meio, nem reconhecendo o “sucesso” do envelhecimento quando são atingidos objetivos individuais que podem não ser compatíveis com os “critérios” de envelhecimento bem-sucedido num determinado contexto social e temporal. (Almeida, 2007)

Por fim, a perspetiva de Kahana e Kahana (1996; 2003) que perceciona o envelhecimento bem-sucedido segundo o modelo de pró-atividade preventiva e corretiva, onde as pessoas mais velhas devem, através de recursos internos (resiliência, autoestima, satisfação com a vida, etc.) e externos (suporte social, recursos financeiros, acesso a cuidados de saúde, tecnologia, etc.), desenvolver comportamentos e estratégias preventivas para adiar ou diminuir os efeitos dos stressores e desafios do processo de envelhecimento e desenvolver ações corretivas quando estes já se encontrem presentes na vida do indivíduo.

Os comportamentos e estratégias preventivas são a promoção da saúde, diminuindo ou adiando o risco e a fragilidade (estilos de vida mais saudáveis); o planeamento do futuro, que promove aumentos nos recursos financeiros e sociais das pessoas mais velhas (estratégias de *coping*); a ajuda ao outro, potenciando a rede de suporte social para situações de perdas ou na doença; e a antecipação de mudanças ou movimentos para aproximar as pessoas mais velhas de potenciais recursos e apoios sociais. Por sua vez, as ações corretivas referem-se ao suporte social (formal e informal), que prestam apoio perante os stressores; à substituição de papéis, necessidade de assumir novos papéis quando ocorrem perdas sociais em determinados eventos ou mudanças sociais; às modificações de atividades e ambientes, que permitem às pessoas mais velhas manterem ou melhorarem a realização das suas atividades de vida diária; e à manutenção pró-ativa das doenças através de alterações corretivas após o diagnóstico de condições de saúde significativas. (Kahana & Kahana, 1996; Kahana, Kahana & Lee, 2014)

Para além destes comportamentos e ações, também são identificadas três adaptações emergentes de comportamentos pró-ativos provenientes das mudanças sociais ao longo do tempo, nomeadamente o uso da tecnologia, o uso dos serviços de saúde e o desenvolvimento pessoal. Deste modo, estas adaptações empoderam a população mais velha no sentido de defender os seus direitos ao nível da saúde, aquando da comunicação e prestação dos cuidados de saúde, e no desenvolvimento das capacidades e qualidades pessoais, através, por exemplo, da educação e dos cuidados estéticos. (Kahana & Kahana, 2003)

Este modelo reconhece que os fatores sociais e genéticos e o contexto social possuem um importante papel na criação de stressores, mas também na constituição dos recursos que as pessoas mais velhas utilizam para combater esses fatores stressores (doença, perdas, etc.). (Oliveira, 2019) Estes fatores stressores são desafios ao envelhecimento bem-sucedido, produzindo efeitos negativos na pessoa mais velha, caso não hajam adaptações pró-ativas e recursos externos, sendo que estas adaptações são comportamentais, cognitivas e da personalidade, onde as pessoas mais velhas são agentes ativos que desenvolvem comportamentos preventivos e corretivos de forma a maximizarem a sua qualidade de vida perante os fatores stressores. (Kahana, Kahana & Lee, 2014; Montenegro, 2017; Oliveira, 2019)

Segundo Kahana, Kahana & Lee (2014), esta reformulação do modelo considera que as ações pró-ativas preventivas que as pessoas mais velhas realizam representam estratégias comportamentais que esta população pode usar para enfrentar problemas, tais como as doenças crônicas, perdas sociais e inadequação entre a pessoa e o ambiente, reconhecendo a importância de analisar também os contextos temporais e espaciais da pessoa mais velha uma vez que influenciam, positivamente ou não, os fatores stressores e as estratégias comportamentais preventivas e corretivas.

Contudo, apesar de propor uma interação dinâmica entre os componentes do modelo e de ser reconhecido como multidimensional, este modelo apresenta também algumas limitações (e sugestões colocadas pelos autores para futuros estudos), no que diz respeito à falta de informação sobre as influências dos cônjuges, das dinâmicas familiares e das relações sociais na utilização das estratégias preventivas e corretivas em temas como a melhoria do bem-estar, da saúde, etc.; à necessidade de considerar as distinções entre pessoas mais velhas “jovens” (young old) e pessoas mais velhas “velhas” (oldest old) na interpretação do modelo; à multidimensionalidade do conceito de envelhecimento bem-sucedido; e à consideração de que o *stress* é parte integrante do processo de envelhecimento. (Kahana, Kahana & Lee, 2014)

Posto isto, estas três perspectivas consideradas representam uma visão positiva do processo de envelhecimento, onde as pessoas mais velhas desenvolvem estratégias de mudança no sentido de promover o seu envelhecimento, nomeadamente através de comportamentos pró-ativos tais como a resiliência, o envolvimento com a vida, a manutenção das relações interpessoais e das atividades produtivas, a promoção do desenvolvimento físico e cognitivo, e de adaptações preventivas e corretivas às situações e acontecimentos que poderão ocorrer na velhice. (Oliveira, 2019)

Capítulo 2. Metodologia

2.1. Investigação qualitativa com recurso ao método de estudo de caso

Segundo Fortin (1999), a investigação científica é um procedimento sistemático e rigoroso de aquisição de conhecimentos que respondem a questões de investigação através da verificação de dados ou hipóteses e/ou descrição, explicação e predição de factos, acontecimentos, problemas e fenómenos do mundo em que vivemos.

Na investigação científica, que se encontra estritamente ligada à teoria uma vez que a produz, desenvolve e verifica, existem três metodologias: a metodologia quantitativa, a metodologia qualitativa e a metodologia mista. Apesar da metodologia quantitativa e qualitativa imporem à investigação rigor e sistematização, propõem etapas e abordagens da realidade diferentes. (Fortin, 1999)

A metodologia quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados quantificáveis e observáveis, que contribuem para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, a produção de proposições generalizáveis e estatisticamente comprovadas dos resultados, e predição e controlo dos acontecimentos. Por sua vez, a metodologia qualitativa assenta num prisma interpretativo, de análise e compreensão dos acontecimentos, fenómenos e relações sociais, com peculiaridades locais e temporais, segundo a perspetiva dos sujeitos e do investigador. Estas perspetivas são baseadas nos significados sociais e subjetivos, experiências e práticas quotidianas provenientes dos sistemas de crenças, valores, comunicação e relação, que resultam da complexidade social e cultural existente na sociedade. (Flick, 2009; Fortin, 1999; Taquette & Baixinho, 2020)

A investigação em Ciências Sociais, no geral, possui uma longa tradição de utilização da metodologia qualitativa uma vez que tem uma forte componente socio-antropológica de recolha de informação e produção de conhecimento através da indução. Este conhecimento provém de um contacto e interação direta do investigador com os atores sociais no seu meio natural, tendo como objetivo conhecer, analisar, descrever e interpretar a realidade, o modo de vida, a trajetória, os comportamentos, a singularidade e as experiências sociais destes atores através dos significados atribuídos por estes aos fenómenos sociais, permitindo ao investigador descrever, interpretar e compreender a realidade e os fenómenos sociais. (Flick, 2009; Fortin, 1999; Silva, 2013)

Neste sentido, o investigador, aquando da recolha da informação ou dos dados, deve reconhecer *a priori* que estes fenómenos são complexos, multidimensionais, mutáveis,

subjetivos, imprevisíveis, singulares e circunscritos a um determinado contexto social e cultural dinâmico, assim como deve ter em atenção a diversidade e subjetividade das perspetivas e opiniões dos atores sociais, ser capaz de promover distanciamento entre a recolha de dados e as perspetivas do próprio investigador, articular entre a reflexão e a recolha dos dados e ser flexível e criativo metodologicamente (quer em termos da metodologia – qualitativo e/ou quantitativo, quer em termos dos métodos e instrumentos de recolha de dados). (Flick, 2009; Fortin, 1999; Martinelli, 2012; Silva, 2013)

Posto isto, utilizaremos a metodologia qualitativa uma vez que a escolha da metodologia mais adequada à investigação relaciona-se com a questão e os objetivos de investigação. Neste sentido, o objetivo deste projeto de investigação corresponde à análise de um projeto inovador, segundo a compreensão do envelhecimento em Portugal e a relação deste fenómeno com o *ageing in place*. Deste modo, pretendemos conhecer e analisar este projeto inovador, compreender como é que os/as residentes (as pessoas mais velhas) vivem e se relacionam e analisar os efeitos (pessoais e sociais) do projeto na vida e processo de envelhecimento dos/as residentes, segundo as opiniões/perspetivas dos mesmos.

Por fim, como analisaremos apenas um projeto inovador, o método mais adequado é o método de estudo de caso pois permite analisar e recolher informação, de forma aprofundada e detalhada, sobre um determinado indivíduo, grupo, organização ou problema, identificando-o como um fenómeno único e distinto. (Amado & Freire, 2017; Fortin 1999) A obtenção das informações provêm de um contacto estreito e prolongado do investigador com os atores sociais, permitindo reconhecer discursos e experiências, compreender comportamentos e atitudes dos atores sociais, caracterizar e contextualizar o fenómeno, identificar relações de causalidade, analisar contextos, construir e/ou verificar hipóteses, entre outros. (Amado & Freire, 2017; Fortin 1999) Neste sentido, este processo de recolha de informação parte de uma lógica dedutiva uma vez que os dados que queremos obter vão ao encontro dos conceitos e assuntos que o investigador pretende analisar, nomeadamente o processo de envelhecimento dos/as residentes neste projeto inovador. Não excluindo quaisquer dados que possam surgir indutivamente (dados emergentes).

2.2. Intervenientes/ população entrevistada

No projeto inovador analisado existe atualmente quinze utentes que residem nesta resposta, tendo este projeto capacidade para integrar mais residentes. Deste modo, foi estabelecido com a Diretora Técnica do projeto inovador a realização das entrevistas à totalidade da população residente após aceitação e consentimento de acesso e recolha de dados por parte da instituição e dos/as residentes.

No que se refere aos/às residentes deste projeto foram estabelecidos critérios de inclusão tais como a residência nas habitações do projeto, a maior permanência temporal do/a residente, a possível envolvência e participação na criação e construção deste projeto, a necessidade do/a residente ter capacidades cognitivas para participar na entrevista e responder às questões, a promoção da diversidade dos/as residentes (género, estado civil, habilitações literárias e situação de dependência) e a aceitação em participar na recolha dos dados/informações.

Durante os dois períodos em que estivemos presencialmente neste projeto inovador para a realização das entrevistas (dias 17, 18, 19 e 29 abril de 2024) não foi possível realizar a entrevista a uma residente uma vez que, inicialmente esteve hospitalizada e posteriormente, no segundo período de realização das entrevistas estar mais debilitada e sem capacidade cognitiva para participar e responder às questões. Posto isto, foram realizadas efetivamente catorze entrevistas aos/às residentes deste projeto.

Relativamente às características sociodemográficas dos/as participantes nas entrevistas², estes são predominantemente do género masculino (71,4%), com idades compreendidas entre os 81 e os 85 anos (50%), viúvos/as (42,9%), naturais do concelho deste projeto inovador (50%), com o 1º ciclo do ensino básico (71,4%), com dois filhos/as (35,7%) e que desempenharam profissões qualificadas na área da indústria, construção e artífices (57,2%).

Os/as catorze residentes têm no mínimo 51 anos e no máximo 89 anos de idade, tendo uma média de idades de 81 anos (desvio padrão: 10), sendo que 71,4% (n= 10) dos/as residentes têm mais de 81 anos de idade. Relativamente ao estado civil verifica-se que, para além dos 72,9% (n= 6) dos/as viúvos/as, a percentagem dos/as residentes casados/as e solteiros/as também é significativa (21,4%, n= 3). Observa-se ainda que 21,5% (n= 3) dos/as residentes não têm nem tiveram filhos/as.

No que se refere à naturalidade dos/as residentes verifica-se que existe 28,6% (n= 4) dos/as residentes que provêm de outros distritos de Portugal, nomeadamente de Bragança, Faro,

² Anexo 1

Porto e Portalegre, sendo que os utentes naturais de Faro e Portalegre já residiam há já vários anos no distrito deste projeto.

Em relação às habilitações escolares observa-se que 21,4% dos/as residentes concluíram o 2º ciclo do ensino básico, sendo esta percentagem composta por duas mulheres e um homem.

Por fim, e segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2011), é possível verificar que 57,2% (n= 8) dos/as residentes são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, sendo que destes 57,2%, 42,9% (n= 6) são trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares, nomeadamente soldadores e serralheiros. Para além destes, as profissões dos/as demais residentes são referentes a cargos de direção e gestão de empresas (n=1); de técnicos de nível intermédio na área das ciências e engenharia (n= 1); de pessoal administrativo (n=2) quer em profissões de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados (n= 1), quer no apoio direto a clientes (n= 1); de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (n= 2), quer vendedores (n=1), quer trabalhadores dos cuidados pessoais e similares (n= 1); e no que se refere ao grupo dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, também existem trabalhadores qualificados da construção e similares (n= 1), e trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares (n=1).

2.3. Considerações éticas

Este projeto de investigação foi sujeito à aprovação da Comissão de Ética do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (aprovação N.º 6/2024 no dia 11 de março de 2024), decisão sustentada igualmente pela aprovação do projeto pelo Gabinete de Proteção de Dados (aprovação Nº 03/2024/RGPD no dia 18 de janeiro de 2024).

As considerações éticas a ter durante a realização deste projeto de investigação têm que ver com a valorização e aplicabilidade dos princípios éticos e deontológicos do papel do investigador, assim como promover e proteger os direitos dos seres humanos e a sua liberdade. (Fortin, 1999) Estas considerações iniciam-se na solicitação por parte do investigador de autorização da Direção da Instituição para aceder ao projeto inovador e para realizar as entrevistas aos/às residentes, assim como no consentimento destes residentes em participar no meu projeto de investigação e aceitação da recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas.

Neste sentido, antes de iniciar as entrevistas, o investigador deve transmitir verbalmente, em linguagem clara, simplificada, objetiva e acessível à pessoa mais velha informações sobre o projeto, os objetivos da investigação, o método de recolha de dados e a finalidade do projeto de investigação, entregando também alguns documentos essenciais, nomeadamente a informação ao/à participante³ e o consentimento informado⁴. (Moreira, Miguel & Frade, 2022) Através destes documentos, a pessoa mais velha terá informações para decidir participar, de forma livre e voluntária neste projeto de investigação, possibilitando a existência de um período de análise e tomada de decisão; questionar o investigador e ver as suas questões respondidas; poder, em qualquer período do projeto de investigação, recusar ou abandonar o projeto, sem qualquer penalização; e solicitar a remoção dos dados pessoais recolhidos, sem que exista qualquer consequência para a pessoa mais velha. Também será informada de que estes dados terão exclusiva finalidade académica e apenas serão divulgados no meio académico e científico, assim como serão eliminados após término do período referido, de um a dois anos a partir do momento de aceitação da participação no projeto.

O processo de recolha de dados através da realização das entrevistas será promotor dos direitos humanos uma vez que as entrevistas serão realizadas num local calmo, privado, conhecido da pessoa mais velha e favorável à não interrupção, e num ambiente favorável à criação de uma relação de confiança e cordialidade entre investigador e pessoa mais velha. (Lewgoy & Silveira, 2007) Neste processo serão obtidos dados pessoais que, durante a análise e tratamento dos dados passarão por um procedimento de transformação onde não serão utilizados nomes nem qualquer informação que permita a identificação do/a participante, por forma a promover o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e proteção desses dados pessoais, salvaguardando o direito à individualidade, intimidade, dignidade, liberdade e autodeterminação. (Fortin, 1999; Moreira, Miguel & Frade, 2022)

2.4. Procedimentos de recolha de dados

De modo a estabelecer contacto inicial e aprovação por parte da instituição do projeto inovador foi efetuado contacto via correio eletrónico em julho de 2023. Após esta aceitação por parte da instituição e da Diretora Técnica do projeto, estabelecida como elemento de ligação em dezembro de 2023, a nível informal e posteriormente em janeiro de 2024, a nível formal,

³ Anexo 2

⁴ Anexo 3

foram estabelecidas datas para a realização das entrevistas, nomeadamente nos dias 17, 18, 19 e 29 de abril de 2024.

A escolha desta técnica de recolha de dados provém do facto das entrevistas constituírem um meio de diálogo entre os intervenientes (o investigador e os atores sociais), onde é estabelecido um contacto direto e próximo que visa conhecer e compreender um fenómeno ou realidade específico. Este contacto é potenciado pela capacidade do investigador de estabelecer um ambiente favorável à comunicação e uma relação significativa e cordial com o interlocutor. (Amaro, 2015) As entrevistas têm como objetivo recolher dados e informações relativas às questões de investigação, captar e analisar a linguagem verbal e não-verbal, bem como aceder às perceções, perspetivas, interpretações ou experiências dos atores sociais sobre um acontecimento ou situação. (Fortin, 1999; Quivy & Campenhoudt, 1998)

As entrevistas variam em função do grau de liberdade dada ao entrevistado e o grau de profundidade da investigação, existindo entrevistas estruturadas, não estruturadas e as semiestruturadas. (Fortin, 1999)

A entrevista semiestruturada ou semidirigida é a mais utilizada na investigação social, sendo também aquela que iremos realizar, pois permite que o entrevistado tenha maior liberdade e capacidade para se expressar e opinar de forma aprofundada, potenciando assim a autenticidade do seu discurso e um processo de pensamento e discurso livre, segundo as categorias mentais, quadros de referência e linguagem do próprio entrevistado. Esta liberdade também é promovida pela flexibilidade e relativa abertura das perguntas existentes no guião de entrevista⁵, constituído por um conjunto de questões abertas e de resposta livre, sendo que o investigador deve orientar o discurso do entrevistado para que este não se afaste dos objetivos da investigação. (Fortin, 1999; Quivy & Campenhoudt, 1998)

O guião de entrevistas é precedido por um questionário de avaliação sociodemográfica que possui questões fechadas, nomeadamente género, data de nascimento, estado civil, naturalidade, habilitações escolares, se tem ou teve filhos/as e que profissão ou profissões desempenhou ao longo da vida que mais o/a impactaram ou que desempenhou por mais tempo. Estas questões têm como objetivo identificar as características sociodemográficas dos participantes nas entrevistas, no sentido de estabelecer qual/quais o/s grupo/s de pessoas mais velhas que residem atualmente neste projeto. Contudo, as perguntas de resposta aberta serão as mais predominantes, onde questionaremos os/as residentes sobre o seu conhecimento e opiniões sobre os efeitos deste projeto em si mesmos e no processo de envelhecimento.

⁵ Anexo 4

O guião das entrevistas aos/às residentes é constituído por quatro pontos de destaque.

O primeiro ponto refere-se aos **apontamentos biográficos do período que antecedeu a entrada neste projeto inovador**, onde o/a entrevistado/a é orientado/a a responder a questões relacionadas com a realização e participação em atividades produtivas/ de ocupação e lazer, voluntariado, associativismos, entre outras atividades significativas e com valor social; a manutenção de estilos de vida saudável através de hábitos e consumos saudáveis, prática de atividade física moderada e alimentação saudável; a existência e descrição de uma visão/idealização do processo de velhice ou período de reforma e a mudança ou não dessa visão, ou seja, o estabelecimento e a prática de um plano para o futuro; e a identificação por parte dos/as residentes das relações sociais que mantinha/m antes de integrar o projeto através da descrição da sua vida diária, referindo onde e com quem vivia e convivia.

O segundo ponto de destaque tem que ver com o **projeto inovador**, nomeadamente através de questões orientadas para o modo como o/a residente ficou a conhecer o projeto; a participação ou não no processo de criação e definição deste projeto; a participação na construção da resposta e o que fez; a descrição do processo de integração, identificando os pertences que trouxe, quem o/a acompanhou e de onde é que veio; a descrição da resposta (constituição e disposição dos cómodos), a existência de espaços partilhados e identificação da opinião do/a residente quanto à partilha da habitação (se gosta ou não); e à identificação dos serviços da instituição que possa beneficiar ou já beneficia.

As questões relacionadas com a participação no processo de criação, definição e construção deste projeto têm como objetivo verificar a existência de características referentes ao *ageing in place*, ao *cohousing* e à resposta social habitação colaborativa e comunitária (a participação ativa dos residentes no planeamento da comunidade, a existência de espaços comuns e outros espaços particulares e benefício de serviços de apoio partilhados e subsidiários, etc.).

Posteriormente, no terceiro ponto aborda-se o **envelhecimento neste projeto inovador** com questões orientadas para o modo de envelhecer, referindo o que mais gosta e o que menos gosta neste projeto; a descrição do dia-a-dia e a participação em atividades ou rotinas; identificação das pessoas com as quais se relaciona e como é que mantém esse relacionamento; a descrição da comunidade e local onde o projeto se insere; e a manutenção do acesso a cuidados de saúde (internos e/ou externos). Este grupo de questões tem como objetivo perceber o envolvimento e participação ativa dos/as residentes (atividades/rotinas da comunidade, atividades de lazer e tarefas da casa, etc.), o acesso a cuidados de saúde, a manutenção das

relações interpessoais (familiares, amigos, demais residentes, etc.), a existência ou não de limites nos transportes/mobilidade e o acesso a serviços e recursos da comunidade.

Por fim, no quarto ponto questionamos os/as residentes sobre os **efeitos de envelhecer neste projeto**, nomeadamente a consideração de que esta resposta traz saúde e de que forma isso acontece no sentido de perceber se existe melhoria do bem-estar, qualidade de vida e saúde física e psicológica do/a residente; o reconhecimento ou não de que a tecnologia e produtos de apoio, nomeadamente camas articuladas, cadeiras de rodas e cadeiras de rodas elétricas, etc. melhore o dia-a-dia do/a residente, identificando como é que melhora; a capacidade de lidar com o *stress* e a identificação do modo como os/as residentes lidam com os problemas (do dia-a-dia, de saúde, familiares, etc.), segundo os modelos de pró-atividade preventiva e corretiva e/ou otimização seletiva com compensação; o reconhecimento da forma de lidar/reagir com esses problemas e a necessidade ou não de pedir ajuda às pessoas, quer sejam familiares, amigos, pessoas próximas, quer sejam funcionárias deste projeto; o combate ao isolamento social através da análise à melhoria das capacidades sociais e convivência dos/as residentes; o reconhecimento da utilidade social do/a próprio/a residente e a capacidade de identificar o que faz ou gostaria de fazer para se sentir mais útil; e a opinião do/a residente relativamente à existência de mais projetos inovadores como o investigado.

Segundo Fortin (1999), o investigador deve ter em atenção o contexto da entrevista visto poder influenciar as respostas do entrevistado. Neste sentido, o investigador deve realizar as entrevistas em local calmo, com privacidade e num ambiente favorável à criação de uma relação de confiança e cordialidade entre investigador e entrevistado e onde não sejam interrompidos. As entrevistas terão a duração aproximada de duas horas, sendo utilizado um telemóvel (pessoal da investigadora) para a gravação de áudio da entrevista, que permitirá recolher da melhor forma a informação transmitida. (Lewgoy & Silveira, 2007)

De um modo geral, as entrevistas foram realizadas num pequeno espaço onde os/as residentes costumam se juntar e/ou realizar atividades, sendo uma delas realizada na habitação do residente devido à recusa em se deslocar a esse espaço. Este espaço possibilitou a existência desse local calmo, privado e favorável à criação da relação de confiança, contudo, por vezes ocorreram interrupções, nomeadamente do barulho das crianças da instituição quando estavam no parque, das conversas estabelecidas entre os intervenientes (residentes e investigadora) e outros/as residentes, funcionárias e diretora técnica, e das pessoas que entravam no espaço para ir buscar ou deixar pertences, comida, etc.

2.5. Procedimentos de análise de dados

Como referido anteriormente, de forma a promover o anonimato, confidencialidade e proteção dos dados pessoais, não serão utilizados nomes nem qualquer informação que permita a identificação do/a participante durante o processo de tratamento e análise dos dados, assim como na redação e apresentação da dissertação. Deste modo, as entrevistas e os dados pessoais de caracterização sociodemográfica dos/as residentes serão recolhidos e tratados através da atribuição de códigos⁶. Por exemplo a identificação do/a entrevistado/a será através de uma letra do alfabeto e, relativamente aos dados, tais como o género, o grupo etário, o estado civil, naturalidade, as habilitações escolares, número de filhos e a/s profissão/ões mais impactantes ou que desempenhou por mais tempo serão também agrupados e codificados utilizando uma numeração árabe.

Como a investigação é qualitativa e a recolha de dados proveio das entrevistas, é através da análise de conteúdo que irei extrair sentido à informação e/ou dados adquiridos e necessários para dar resposta aos objetivos da minha investigação, principalmente compreender como é residir neste projeto inovador e conhecer quais os efeitos dessa experiência nos/as residentes. Deste modo, o procedimento de análise dos dados prossegue, segundo Creswell (2007), com a organização e preparação dos dados para análise através da transcrição das entrevistas e organização dos dados em diferentes tipos, dependendo das fontes de informações.

Após a transcrição e organização das entrevistas procede-se à leitura integral dos dados de forma a obter um sentido geral e global das informações e à descrição, classificação e interpretação dos dados, com o objetivo de codificar ou categorizar os dados em domínios, categorias e subcategorias. O processo de codificação permite criar uma interpretação dessas categorias e dados, de acordo com a visão e os pontos orientadores das entrevistas presentes no guião das entrevistas. (Creswell, 2007) Por fim, a interpretação das várias categorias e subcategorias que dão sentido e significado aos dados adquiridos pode ser representada e visualizada através de textos, gráficos, tabelas, etc. (Creswell, 2013; Creswell & Creswell, 2018)

Para o processo de codificação, Creswell (2012) orienta o investigador a escolher uma entrevista considerada a mais interessante ou a que melhor responde às perguntas e aos principais pontos teóricos do guião das entrevistas, numa lógica de trabalho dedutiva. A partir da codificação e das categorias que surgirem desta entrevista “base” são adicionadas outras categorias encontradas nas codificações das demais entrevistas, quer estejam associadas aos

⁶ Anexo 5

pontos teóricos que sejam emergentes. Estas categorias ou subcategorias emergentes complementam o projeto de investigação, acrescentando outras subcategorias não previstas aos pontos teóricos de partida. (Creswell & Creswell, 2018)

Capítulo 3. Resultados

A escolha da entrevista base do residente C foi efetuada devido aos seguintes fatores: a maior permanência temporal no projeto inovador (o utente é um dos mais antigos a residir nas habitações), a envolvimento e participação na criação e construção do projeto (foi voluntário na construção das habitações), a manutenção de uma participação ativa nas assembleias realizadas pela instituição, e por ser a entrevista que permitiu à investigadora obter respostas aos principais pontos teóricos do guião das entrevistas.

A partir das categorias e subcategorias extraídas desta entrevista, foram sendo adicionadas novas categorias e subcategorias emergentes das restantes entrevistas. Posto isto, os resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas aos catorze residentes deste projeto inovador foram são os seguintes:

Domínios	Categorias	Subcategorias	Frequência
Anterior à integração no projeto	Atividades produtivas e/ou significativas	Atividades de ocupação e lazer	14
		Voluntariado	5
	Perspetiva para a reforma/velhice	Manter o tempo ocupado com atividades	7
		Desejo de permanecer em casa	4
		Sem plano para a velhice/reforma	6
O Projeto Inovador	Criação	Participação na conceção	1
		Não participação na conceção	13
	Caracterização	O que mais gosta	13
		O que menos gosta	11
	Processo de integração do/a residente	Em processo de adaptação	4
		Integração complexa	14
		Integração bem-sucedida	10
Descrição da comunidade/localidade		11	
Processo de envelhecimento dos/as residentes	Serviços prestados		14
	Atividades de lazer e ocupação	Atividades e tarefas com a habitação	6
		Atividades para a instituição e família	5
		Atividades desportivas	13
		Atividades espirituais	2
		Atividades de estimulação sensorial e cognitiva	11

	Atividades sociais e culturais	12
	Atividades lúdico-recreativas	11
Utilidade social	Sentir-se útil	9
	Não se sentir útil	5
Acesso a cuidados de saúde	Cuidados de saúde	14
	Prática de exercício físico	6
	Cuidados com a alimentação	7
Relações interpessoais	Relações com rede de suporte informal e formal	14
	Relações de intimidade	4
Tecnologia	Tecnologia da informação	14
	Tecnologia automóvel	7
	Tecnologia de apoio	4
Resolução de problemas	Utilizam recursos internos/pessoais	7
	Ignoram o problema	7

Tabela 1: Tabela dos domínios, categorias e subcategorias dos resultados

Fonte: Própria

A análise de conteúdo permitiu identificar três grandes domínios de informação: o domínio anterior à integração do/a residente no projeto inovador, abordando as categorias das atividades produtivas e/ou significativas e da perspectiva do/a residente sobre o seu período da reforma e da velhice; o domínio do projeto inovador, onde são identificadas as categorias que se referem à criação do projeto, à caracterização deste, ao processo de integração dos/as residentes e à descrição sucinta da comunidade e/ou localidade onde o projeto está inserido; e o domínio do processo de envelhecimento dos/as residentes, onde se inserem as categorias dos serviços prestados pela instituição aos/às residentes, as atividades de lazer e ocupação realizadas por estes, a utilidade social, o acesso aos cuidados de saúde, as relações interpessoais, a tecnologia e as estratégias de resolução de problemas.

Posto isto, cada domínio, categoria e subcategoria será explicado de forma pormenorizada, utilizando alguns excertos das entrevistas importantes para reforçar as ideias transmitidas pelos/as residentes.

3.1. Domínio anterior à integração do/a residente no projeto inovador

Este primeiro domínio foi estabelecido no sentido de conhecer um pouco da vida dos/as residentes antes da sua integração neste projeto inovador, fazendo também correspondência a algumas das perguntas estabelecidas no primeiro ponto do guião das entrevistas.

A categoria da realização e participação em **atividades produtivas e/ou significativas** de ocupação e lazer, voluntariado, associativismos, entre outras atividades com valor social, quer remuneradas ou não, permite identificar a existência de fatores protetores do processo de envelhecimento, assim como perceber o grau de integração e envolvimento dos/as residentes na sociedade e a existência de mudanças após a integração destes no projeto.

De acordo com a informação contida na tabela 1, todos/as os/as residentes identificaram diversas **atividades de ocupação e lazer** que praticaram durante a sua vida adulta e no período que antecedeu a sua entrada neste projeto, nomeadamente a continuação da sua atividade profissional, quer com remuneração quer não remuneradas (biscates, utilização da sua habilidade para uso próprio e da família, etc.), a realização de atividades desportivas como caminhadas, a participação em associativismos e clubes (desportivos, teatro, bandas, rancho folclórico, etc.), a realização de viagens/ excursões pelo país, as idas ao café para convívios e jogos (cartas, sueca, bilhar, etc.), a realização de atividades agrícolas e de criação de animais, e o cuidado de pessoas (pessoas mais velhas, filhos, netos, etc.).

“(…) fui tomar conta de velhinhos sete anos mais, depois de já estar reformada e depois vim, depois trabalhava, tinha a minha casa, trabalhava no quintal e tinha umas galinhitas e uns coelhos e depois vim para aqui.” (Entrevista A)

“E andei no rancho (…) Ah, toquei numa banda de música.” (Entrevista K)

“Particpei. Fiz uma peça de teatro em (…) nas horas vagas, montamos lá um estaminé e fizemos uma peça de teatro: “Cama, mesa e roupa lavada.” (Entrevista E)

“Atividades a gente, às vezes a jogar às cartas, jogar à sueca, irmos com os outros. (...) Jogámos andebol, jogámos aquele desporto todo, não é.” (Entrevista C)

“ (...) E tinha lá uma empresa com um cunhado meu de construção civil, a fabricar casas, comprávamos terrenos, fabricávamos a casa e púnhamos à venda. (...) Andei ali uns 3, 4 anos com o cunhado. Depois chegámos à altura que eu vim para aqui e deixei de trabalhar oficialmente (...)” (Entrevista G)

Contudo, apenas cinco dos/as residentes responderam à questão sobre a prática de **voluntariado**, nomeadamente na realização de atividades desportivas, festivas como a participação no Carnaval, culturais como o teatro e atividades voltadas para a Igreja (catequista e peditórios para a igreja). Apesar deste número reduzido, durante as entrevistas foi possível perceber que algumas das atividades de ocupação e lazer referidas anteriormente também podem ser consideradas práticas de voluntariado uma vez que foram realizadas através deste tipo de trabalho.

“Voluntariado, fui voluntário na bola. Esta peça de teatro que fizemos fui voluntário. Fui um dos organizadores, também fui voluntário. E assim sucessivamente.” (Entrevista E)

“E depois, tanto insistiram comigo também, que foi quase por arrasto, acabaram por meter na Fabriqueira. Chama-se Fabriqueira, a organização que cuida da igreja, que paga ao padre, que faz os peditórios à população.” (Entrevista O)

Importa também referir que o residente C, da entrevista base, foi durante vários anos voluntário nesta instituição onde o projeto inovador está inserido, realizando tarefas segundo a sua profissão de serralheiro e soldador, de modo a ajudar a construir a instituição e as habitações deste projeto.

“Fiz sim, fui voluntário aqui. Nós tínhamos aqui um time de voluntários, isto nos anos de 2001, 2000 por aí em cima. Nós tínhamos aqui um tipo de voluntários tudo profissionais. Tudo pessoas qualificados, pessoas... eu estive a fazer, a construir aqui, a fazer mesas de inox, estive aqui a montar camas, estive aqui a fazer soldaduras, etc.,

etc. E depois havia outros que também trabalhavam na parte de que eram carpinteiros, outros eram jardineiros.” (Entrevista C)

Outra das questões importantes para a investidora foi a pergunta sobre a existência de uma **perspetiva para o período da velhice/reforma** uma vez que permite perceber quais os comportamentos e estratégias preventivos e protetores do processo de envelhecimento dos/as residentes, nomeadamente através do planeamento para o futuro nos mais diversos aspetos, como por exemplo a nível financeiro ou ocupacional. Mas também possibilita a identificação das mudanças nessa perspetiva e o motivo pelo qual ocorreram.

Neste sentido, é possível observar-se três subcategorias de resposta a esta questão, particularmente o desejo de manter o tempo ocupado com atividades, o desejo de permanecer em casa e a inexistência de um plano para a velhice e/ou reforma.

O **desejo de manter o tempo ocupado com atividades** revela a vontade destes/as residentes estabelecer contactos com as redes de suporte informal (familiares, amigos, entre outros) e permanecer envolvidos/as e integrados/as na sociedade, potenciando assim o sentimento de utilidade. As respostas dos/as residentes são orientadas para a procura em manter o tempo ocupado e ter vontade de aprender, de chegar à reforma com estabilidade e recursos financeiros, de aproveitar a reforma através de viagens como por exemplo de autocaravana, de manter a sua saúde e de continuar a realizar alguma atividade de ocupação e lazer que lhe fosse prazerosa, quer remunerada ou não.

“ (...) foi nessa altura, quer dizer, tinha, deixei de ter a atividade que tinha e tinha a necessidade de, além de tudo mais, de aprender e de ter o tempo ocupado. E foi isso que me fez ir para a Universidade Sénior.” (Entrevista O)

“Eu tive sempre a ideia, porque eu estive a ideia de chegar, por exemplo, com saúde, sempre com saúde. É a coisa que eu mais desejo na vida é saúde, porque quem tem saúde é rico. Quem tem saúde é muito rico.” (Entrevista C)

“Vou preparar aqui o ambiente, compro uma caravana, uma autocaravana, vou esgalhar por esse mundo fora (...)” (Entrevista E)

“Pronto, a vida ... eu também compreendo que a vida é uma passagem. (...) Eu conheço a Espanha, conheço a França, conheço o Algarve todo, o Portugal todo, e conheço o Canadá (...)” (Entrevista B)

A subcategoria do **desejo de permanecer em casa** (*ageing in place*) refere-se à vontade dos/as residentes continuar a residir na sua casa durante o período de reforma e/ou velhice, de forma a preservar a qualidade de vida, independência, autonomia, estilos de vida e rotinas, bens pessoais e pertences, relações sociais, identidade e o bem-estar da pessoa mais velha, bem como permanecer num ambiente que lhe é familiar.

Algumas das respostas a esta subcategoria encontram-se interligadas ao desejo de manter uma ocupação uma vez que essas pessoas mais velhas pretendem também permanecer ativas e integradas socialmente.

“ (...) depois de estar reformada, arranjei a minha casa à maneira de estar já pintadinha, pus azulejos por fora, arranjei tudo para não vir para lado nenhum, pensei que ia ficar na minha casa pra sempre.” (Entrevista A)

“ (...) Imaginava que ia continuar a viver na sua casa, mas ia continuar a ter alguma atividade ou tentar (...)” (Entrevista D)

“A minha reforma, eu como viúvo, tive sete anos, vivia em minha casa, cozinhava, lavava, lavava a roupa, passava a ferro, limpava a casa, tinha a casa sempre limpinha, era o que eu queria, até poder, deu-me isso, pronto (...)” (Entrevista K)

Já a subcategoria da **inexistência de um plano para o período da velhice e/ou reforma** demonstra uma falha de preparação da pessoa para o seu período de reforma e/ou velhice bem como para o processo de envelhecimento, mas também revela uma possível incapacidade da pessoa mais velha em adquirir e/ou maximizar comportamentos e estratégias de prevenção e compensação dos fatores internos e externos que influenciam esse envelhecimento nos mais diversos níveis, tais como as relações sociais, as ocupações, as finanças, a saúde, entre outros.

“Não, nunca imaginei. (...) Nunca imaginei que chegasse até a idade que tenho. (...) Sim, um lar, eu nunca imaginei isso.” (Entrevista B)

“Não. Não faz ideia. (...) Não fazia.” (Entrevista G)

“Ai, eu nunca pensei até nisso. (...) Não. (...) Não, não. Pois vá, isso. Ainda falta muito tempo, não é?” (Entrevista G)

Por fim, através dos discursos dos/as residentes é possível observar a ocorrência de mudanças no planejamento para o período da velhice e/ou reforma das pessoas mais velhas, assim como identificar o motivo pelo qual ocorreram. Estes acontecimentos vêm relevar também as capacidades e competências que as pessoas mais velhas possuem (recursos internos e externos) para fazer face às mudanças e problemas que sucedem durante o processo de envelhecimento.

Estas mudanças devem-se nomeadamente a problemas de saúde quer do/a próprio/a residente quer do/a seu/sua cônjuge, ao divórcio e a acontecimentos traumáticos como um assalto.

“Vou preparar aqui o ambiente, compro uma caravana, uma autocaravana, vou esgalhar por esse mundo fora. Um AVC à minha esposa. Pronto, acabou logo o turismo.” (Entrevista E)

“E foi aí que eu vim para cá, por causa do divórcio, foi assim, pra não me chatear, porque eu sou uma pessoa muito pacífica.” (Entrevista C)

“Mas um dia, (...) fui à rua e levava um fio grosso ao pescoço, com uma libra e roubaram-mo. Dois ciganos lá apareceram, roubaram-me e eu fiquei com um pé debaixo da roda do carro deles e depois a minha filha começou a dizer: “ó mãe, tu sozinha não ficas”. (...) a minha filha arranhou isto aqui e vim pra aqui.” (Entrevista A)

3.2. Domínio do projeto inovador

O segundo domínio, para além de ir ao encontro das questões estabelecidas no segundo e terceiro pontos do guião das entrevistas, tem como objetivo refletir sobre o processo de criação do projeto inovador, segundo a perspetiva do modelo de *cohousing*, particularmente sobre a sua finalidade, os níveis de participação dos/as residentes na sua conceção e a estruturação e composição das casas/habitações.

Do mesmo modo, pretendemos traçar a caracterização deste projeto inovador conforme a perspetiva dos/as residentes, dando especial enfoque ao processo de integração e adaptação destes utentes e à descrição sucinta da comunidade e/ou localidade onde este projeto se insere, no sentido de perceber os diversos fatores e recursos que influenciam o sucesso da integração e o processo de envelhecimento destes residentes.

A categoria da **criação e/ou origem deste projeto inovador** visa analisar o processo de construção das habitações, bem como a existência de participação e envolvimento dos/as residentes nesse processo. Deste modo, esta categoria é dividida em duas subcategorias: a participação na conceção do projeto e a não participação nessa conceção.

Neste sentido, é possível verificar que apenas um dos atuais residentes **participou e esteve envolvido na criação do projeto**. O residente C da entrevista base refere que em 2003 um casal de pessoas mais velhas pediu permissão à instituição para ocupar um pequeno espaço num dos seus terrenos, sendo lá colocada uma habitação pré-fabricada. Como as pessoas mais velhas ainda eram independentes, precisavam apenas de alguma retaguarda por parte da instituição. Quando este casal faleceu, a habitação foi herdada pela instituição, sendo mais tarde habitada por outras pessoas mais velhas sem retaguarda familiar e social, em situação de solidão e isolamento social e/ou que necessitasse de alguma apoio da instituição, e que ficavam a saber da disponibilidade da habitação numa lógica de passa a palavra entre as pessoas da localidade. Ao longo dos anos a própria instituição foi também aumentando o número de habitações, sendo neste momento que o residente esteve envolvido, particularmente na construção das habitações.

“Aquela a primeira casa que está ali, foram uns senhores velhotes que pediram (...) para pôr ali aquela casa autónoma que está ali. Uma casa que está ali em primeiro, já lá vão uns anos, já lá em 2003, já lá vão muitos, muitos anos. E então, eles pediram (...) para pôr ali aquela casa. E aquela casa veio em cima de um camião, já veio montada. Veio aí um camião, entrou na casa e colocou-a ali. E então, os velhotes vieram pra ali. O que

é que acontece? Os velhotes eram autónomos ainda naquela altura (...) só houve a autorização (...) para pôr ali aquela casa (...). E então, a casa veio pra ali com tudo. Aquela casa estava composta com tudo, tinha fogão de cozinhar ali, tinha as mesinhas, tinha a mesa pra comer (...) tinha a máquina de lavar roupa. Estava uma casa completa com tudo e os velhotes morreram e a casa ficou aí. Agora, a casa ficou aí. E então, o que é que acontece? Houve aí uma pessoa, alguém que descobriu que estava aí uma casa vazia. E então, a senhora veio pra ali. Talvez uma senhora que estivesse talvez viúva, ou qualquer coisa, que pediu pra vir para ali. E depois meteram mais outra. E depois veio mais outra, não é? (...)”(Entrevista C)

Os/as restantes residentes **não participaram na conceção** deste projeto, contudo nas entrevistas a nove residentes foi possível compreender que este projeto tem futuro, ou seja, atualmente existem planos para a sua ampliação uma vez que estes residentes têm conhecimento de que a instituição comprou um terreno próximo e vizinho ao local onde as habitações se encontram e de terem visto elementos da direção da instituição e da Câmara a visitarem e analisarem o terreno.

“É o caso que nós estamos a planear fazer mais casas aqui porque acho que aquela parte ali, compraram ali aquela parte ali, compraram para fazer mais, para estender mais (...)”
(Entrevista C)

“A gente certeza não tem, sei que vi andar aí os senhores da Câmara e com os diretores daqui, a observar (...)” (Entrevista O)

“Agora acho que vão fazer obras pra ser maior porque é pequenino e tem lugar lá em cima e tem as casinhas, são só estas. (...) não sei como é que eles vão fazer, acho que é daquele lado, ali fora, porque eles têm este terreno, é tudo deles lá, de lá baixo, ao fundo. Têm muito espaço pra fazerem aí casas (...)” (Entrevista B)

“(...) Aquele pinhal ali em baixo, já o compraram que é para fazer casas iguais a estas. Por exemplo, para construir casas iguais a estas.” (Entrevista N)

Relativamente à categoria da **caracterização do projeto inovador** verificamos que os/as residentes referiram aspetos do projeto que mais gostavam e que menos gostavam, nomeadamente em termos da composição e organização das habitações e espaços comuns, das relações sociais que estabelecem, das atividades que realizam e das capacidades e/ou limitações que possuem.

Deste modo, os/as residentes referiram que o que **mais gostavam** neste projeto eram as boas condições e acomodações das próprias habitações; a sua localização uma vez que estão situadas junto a um pequeno parque da instituição, rodeadas de espaços verdes, amplos e sossegados; as boas relações e convivências que alguns residentes têm com os demais residentes e companheiros de habitação; a manutenção da liberdade e independência dos/as residentes para a realização das suas rotinas diárias; as boas relações e serviços prestados pelas funcionárias e equipa técnica do projeto inovador; e a promoção da convivência e realização de atividades intergeracionais, com as crianças que frequentam a instituição.

“Cozinha e tem um quarto, uma casa de banho. É simples, não precisa de mais também. É o mais simples possível, mas é suficiente para nós.” (Entrevista G)

“(...) a pessoa com quem eu fiquei, que agora está lá em cima, eu fazia assim e ela fazia igual felizmente, (...) eu prefiro assim ou prefiro assada, a senhora gosta, quero assim e ela lá concordava ou não concordava, mas geralmente concordava. E fazia o que eu fazia, ela nisso era boa (...)” (Entrevista F)

“(...) e gostei de estar aqui porque eu tinha uma certa liberdade, tinha o meu carro, tinha a chave do portão, eu podia entrar há hora que eu quisesse (...)” (Entrevista B)

“Aqui gosto do pessoal que cá está. São muito meus amigos, senhoras, por exemplo, muito amigas minhas.” (Entrevista N)

“Mas eu já vou com os miúdos. Uma ou duas vezes, ainda esta semana tivemos aqui a plantar flores com os meninos. Vou com os miúdos, brinco com eles.” (Entrevista A)

Em termos da composição das habitações, os/as residentes referiram a existência de três estruturas e disposições habitacionais distintas. Neste sentido, existem duas habitações que são diferentes das demais, nomeadamente a primeira habitação, referida também pelo residente C, que é composta por dois quartos, tendo cada quarto a sua casa de banho privada, e por uma cozinha e espaço de refeições partilhados; e a segunda habitação, que é de dimensões mais pequenas, sendo constituída por uma cozinha e espaço de refeições, um quarto e uma casa de banho. Esta última habitação por ser destas dimensões apenas é habitada por um dos residentes.

“São divisões separadas. Cada quarto tem a sua casa de banho separada. (...) é uma sala de entrada que aquilo serve de cozinha e de sala de entrada para os dois quartos (...)” (Entrevista F)

“A minha casa tem, sim, tem um quarto e tem uma cozinha. E casa de banho.” (Entrevista N)

As restantes habitações são estruturadas da mesma forma, sendo constituídas por dois espaços habitacionais iguais, simétricos em espelho, compostos por uma cozinha e espaço de refeições, um quarto e uma casa de banho. Estes três espaços são partilhados entre um ou dois residentes do espaço habitacional uma vez que atualmente alguns residentes estavam a residir sozinhos nos seus espaços habitacionais.

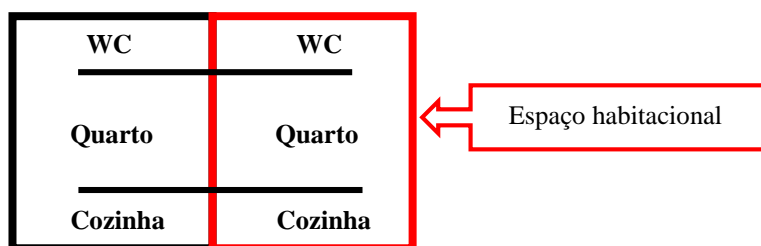


Figura 1: Estrutura de algumas habitações do projeto

Fonte: Própria

“Tem uma boa cozinha. Uma cozinha, um bom quarto e casa de banho. (...) A cozinha, quarto de dormir e casa de banho. É só as três peças que tem.” (Entrevista E)

“A casa toda, ela tem a cama dela e eu tenho a minha. Eu cozinho, ela come daqui. E temos a casa de banho e a varanda. É a nossa. Mas é jeitozinha. É, é.” (Entrevista A)

“Aqui é tudo igual. As outras, não sei, não entrei ainda em nenhuma das outras, mas é a mesma coisa. Cozinha e tem um quarto, uma casa de banho. É simples, não precisa de mais também. É o mais simples possível, mas é suficiente para nós.” (Entrevista G)

Contudo, os/as residentes identificaram que o que **menos gostavam** neste projeto era o facto de terem de partilhar o espaço habitacional com outra pessoa mais velha devido à ocorrência de discussões e desentendimentos entre companheiros/as de habitação; de já não existir um envolvimento e convivência por parte dos/as residentes na participação das atividades e rotinas; de integrarem e permanecerem nas habitações pessoas com quadros demenciais em avançado estado e a necessitarem de mais cuidados por parte da instituição devido à maior dependência; de alguns residentes se sentirem abandonados e esquecidos pela instituição, nomeadamente durante os fins-de-semana; e da alimentação uma vez que mencionavam cozinhar quando não gostassem da comida ou quando lhes apetecia outras variedades de refeições.

“ (...) gostava de estar aqui só na minha casinha, que ninguém me incomodasse, mas eu estou com outra pessoa. (...) São coisas diferentes, feitiços diferentes, tudo.” (Entrevista D)

“Não, fiquei a morar com esse senhor, depois ele morreu. Depois tiraram-me de lá pra ir pro pé dele, que foi a minha desgraça (...)” (Entrevista L)

“Gostava que viessem conviver mais com a gente. É só o pessoal daqui, a gente parece que está assim um bocadinho esquecido. Gostava que convivessem mais, que viessem aqui muita vez, que nos dessem trabalhos. (...)” (Entrevista A)

“ (...) mas como eu sou autónomo, porque nós aqui somos ... temos que ser autónomos, são casas autónomas, mas já não são casas autónomas, isto vem agora pra aqui pessoas

que já têm... têm que ter cuidados, vêm pra aqui pessoas paraplégicas, andam em cadeira de rodas, pessoas que já estão com a consciência... já não tem consciência, a consciência já não coisa... já estão muito, muito frágeis e essas pessoas têm que ser ... já não deviam vir pra cá, já têm outro sítio pra ir.” (Entrevista C)

“O que menos gosto aqui é os fins-de-semana. (...) Porque a gente estamos um bocado isolados.” (Entrevista E)

“ (...) porque é que não há aqui com quem falar às vezes, fogem todos.” (Entrevista K)

“Elas dão-me o comer. Só quando, enfim, que eu sou um bocadinho, não sou esquisito, pronto gosto de variar um bocadinho e gosto muito, por exemplo, de comidas alentejanas e isso. E comecei a fazer (...)” (Entrevista O)

No que se refere à categoria do **processo de integração** do/a residente neste projeto inovador são diversas as questões do guião de entrevistas que permitem responder a este tema, nomeadamente como ficou a conhecer este projeto, quem o/a veio acompanhar, o que trouxe e como ocorreu ou está a ocorrer o seu processo de integração e adaptação. As informações obtidas permitem perceber quais os fatores e recursos que as pessoas mais velhas possuem aquando o seu processo de integração e adaptação ao projeto, assim como ao local e/ou comunidade e às novas relações interpessoais. Estes fatores influenciam o sucesso da integração e do processo de envelhecimento dos/as residentes.

O processo de integração destes residentes no projeto inovador inicia-se na entrada dos/as mesmos/as nas habitações. Deste modo, os/as atuais residentes ficaram a conhecer o projeto e as habitações através dos seus familiares, amigos e pessoas conhecidas ou conterrâneas que, de algum modo já tinham estabelecido contacto com a instituição, como por exemplo através da resposta social da creche e através das assistentes sociais da própria instituição. Outros residentes já tinham conhecimento da existência deste projeto por serem da localidade ou de regiões vizinhas e pelo facto de três destes residentes terem integrado inicialmente a resposta social do Centro de Dia.

“Eu já conhecia isto. (...) Sabia que elas estavam cá. Não sabia por dentro, mas sabia que elas estavam cá.” (Entrevista K)

“Foi, foi aqui as assistentes sociais. Eu já tinha vindo aqui, várias vezes, está a perceber? Falar até sobre ela (...)” (Entrevista H)

“ (...) eu vim pro centro de dia. (...) (Entrevista F)

Este conhecimento e contacto com a instituição facilitou a entrada dos/as residentes no projeto, assim como o facto de que a maioria destes foi acompanhado/a pela família, familiares, companheira e pelos/as cônjuges com os quais habitam atualmente no projeto. Para além disso, os/as residentes referiram que trouxeram para as habitações diversos grupos de pertences: vestuário e roupa de cama, utensílios de cozinha, eletrodomésticos, mobília e alguns objetivos pessoais de valor sentimental, tendo também sido referido que, ao longo do tempo os/as residentes têm comprado, com o apoio da instituição e/ou dos familiares, utensílios e eletrodomésticos para a habitação, quer por necessidade quer por avaria ou fim de vida do pertence.

Durante as entrevistas foi possível observar que quatro dos/as residentes deste projeto inovador ainda se encontram **em processo de adaptação** ao projeto e às habitações uma vez que estes integraram recentemente, num espaço de um ano, este projeto, possibilitando assim a compreensão da investigadora sobre o que motivou a sua integração, bem como a perceção de como é que está a ocorrer e como se sentem.

“São coisas diferentes, feitiços diferentes, tudo. E eu estou muito contrariada com isso porque quando vim para aqui... que eu nem conhecia isto, nem de longe... Pra ir só pra uma casinha, não havia naquela altura ... eu estou contrariada. (...) Estou desde outubro, desde que vendi a casa.” (Entrevista D)

“ (...) Para as casinhas estou aqui há pouco tempo. Pouco tempo, um mês. Não contava vir parar aqui, mas... tinha uma casa na Maia e o meu filho era assim, uma casa com três pisos, uma moradia e o filho “Ó pai, esta casa, a mãe vai fazer limpeza aí, nos três pisos. Vai fazer limpeza para dois gatos-pingados” e disse “ Vocês, têm aquelas

casinhas, aquilo é jeitoso, estão lá tão bem. Vendem a casa, metem o dinheiro no banco, aplicam em qualquer coisa, os juros vão rendendo e tal, e não tem mais problemas, foi o que fizemos.” (Entrevista G)

“ (...) Estava na Maia, tinha lá uma casa muito grande, três pisos e tudo. Mas aquilo tornou-se muito grande porque eu tinha de limpar aquilo tudo e foi quando eu decidi depois vir pra aqui. Olha, e fiz uma decisão muito boa. Estou muito feliz por ter feito essa decisão porque aqui estamos juntos, vamos fazer aqueles passeios e tudo.” (Entrevista J)

“Em agosto do ano passado. (...) Porque elas estavam, a cama estava lá em casa da companheira porque eu tinha estado doente há relativamente pouco tempo, tinha sido operado e foi nessa altura que me soou o sininho a dizer que era melhor eu tratar (...) Eu tratar de, pronto, da minha vida. E foi porque eu tive que estar, pronto, estava já dependente dela e ela também não podia muito porque também era relativamente doente, era e ainda é.” (Entrevista O)

O processo de integração dos/as residentes no projeto inovador é resultado de várias situações isoladas mas principalmente de **situações complexas** e compostas pelo agravamento do estado de saúde do/a residente ou do/a cônjuge, pelo estado de maior dependência e menor capacidade para realizar as AVD's e AIVD's, pela incapacidade de continuar a prestar o apoio necessário ao/à cônjuge ou da companheira para com o residente, pela situação de sem-abrigo, pela venda da sua habitação, pelos divórcios e por situações de solidão.

No que se refere às situações de solidão, estes residentes encontravam-se nesta situação devido à inexistência de familiares vivos, ao falecimento do/as cônjuges e à inexistência de retaguarda familiar (saída da habitação por parte dos filhos ou o facto de estes residirem no estrangeiro).

“Quando deu o AVC à minha esposa, enquanto eu ... fui andando (...) aguentei durante dois anos.” (Entrevista E)

“Eu depois, ao fim de uns anos largos, depois das minhas filhas estarem criadas e casadas, eu estava sozinho (...). E eu acabei por juntar-me, ou fazer uma, arranjar uma companheira para viver e vivi com ela até vir para aqui. Tivemos 18 anos ligados, não nos zangámos, mas eu entendi que era melhor, era melhor assim, que era melhor vir para, se houvesse vaga, se eu vir para a instituição do que estar com ela porque ela também já tem uma certa idade (...).” (Entrevista O)

“Oh, passei muito. Olhe passei fome, passei frio. (...) Dormia na rua, dormia nas casas velhas. (...) foram-me buscar, a um lado trouxeram-me para aqui.” (Entrevista N)

“Na minha casa, conforme eu a tinha, que a vendi agora, pra vir para aqui, com muita pena minha, já estou arrependida.” (Entrevista D)

“Mandeï pintar a casa toda, fartei-me de gastar dinheiro na casa. E depois no fim, digo assim. “Pra que é que eu quero isso?”” (Entrevista F)

“À noite ia lá uma miúda dormir comigo (...).” (Entrevista A)

Esta integração mantém-se complexa para três residentes, sendo que dois residentes já estão a residir nas habitação há mais de um ano e a outra residente ainda está em processo de adaptação. Estes residentes atualmente não gostam de estar na habitação ou estão tristes e desanimados, referindo que os motivos para este estado de espírito têm que ver com o seu estado de saúde que o obriga a fazer diálise; o sentimento de prisão que sente pois não tem um meio de deslocação que, segundo o residente, possibilite a sua mobilidade sem quedas; e a tristeza de ter vendido a sua casa e ter de partilhar o espaço habitacional com outra pessoa que tem diferentes rotinas diárias e feitios, sendo que durante toda a sua vida adulta viveu sozinha.

“Tenho de me sentir bem ou mal, tenho de estar aqui ...até à morte. A menos que haja qualquer rumo. (...) Opa, quando a pessoa anda... livremente e com saúde é, quando tem problemas aparece tudo e mais alguma coisa.” (Entrevista L)

“(…) eu disse ao meu filho “Passo lá dias, parece que estou numa prisão.” Vou comprar uma cadeirita para ir dar uma [volta] também até ao café ou até onde calhar.” (Entrevista K)

“(…) sinto-me triste (…) Se estivesse numa casa sozinha, fizesse as coisas à minha maneira, pode ser que eu mudasse mas eu estou ali... não posso fazer barulho, à noite quero estar mais um bocado, já não estou por causa dela, não é? Quero vir à casa de banho, se ela lá está já não estou à vontade. É completamente diferente, não me sinto feliz. Pronto, sinto-me muito infeliz aqui.” (Entrevista D)

Esta complexidade também tem que ver com o facto de que os/as residentes antes de integrar esta resposta encontravam-se a residir na sua habitação ou na habitação dos filhos, com exceção do residente N (situação de sem-abrigo), sendo que alguns residentes referiram ter vendido as suas casas ou que estas estão à venda. Durante as entrevistas mostravam-se emocionados, outros arrependidos, contudo alguns encontravam-se aliviados, numa perspetiva mais realista da sua atual situação.

Associado a este sentimento de alívio, a maioria dos/as residentes, quer os/as mais novos quer os/as mais antigos, revelam um sentimento de gosto e satisfação em relação a este projeto, experienciando bem-estar ao residir nestas habitações. Neste sentido, podemos afirmar que estes residentes manifestam um **processo de integração bem-sucedido**.

“Ficámos sim, ficamos sozinhos. Mas depois olha, vendemos, também aquilo era muita grande, pra que é que eu queria aquilo. Olha, ainda bem que vim pra aqui. Isto foi a nossa salvação. Acho que foi a nossa salvação.” (Entrevista J)

“(…) as pessoas podem levar os familiares, ou os familiares podem ir visitar, entrar na instituição, e não haver problemas e as pessoas aqui também, não são obrigadas a estar aqui, à hora da refeição, e sair ou entrar às horas que forem. A pessoa é livre daqui, de sair ou entrar à hora que quer.” (Entrevista G)

“ (...) procuro dentro do possível colaborar, pelo menos aqui com a instituição. Foi muito bem recebido, estou muito satisfeito e é isso.” (Entrevista O)

“Gosto, dou-me bem aqui. Não tenho nada que dizer, de ninguém delas. Não tenho nadinha que dizer. (...)” (Entrevista F)

Por fim, no que se refere à categoria da **descrição da comunidade e/ou localidade** onde o projeto inovador está inserido, os/as residentes transmitiram que esta comunidade encontra-se situada num pequeno parque da instituição, rodeada de espaços verdes e ao ar livre, sendo considerados aprazíveis, arejados e sossegados. Esta instituição encontra-se localizada numa aldeia rural, voltada para a agricultura, indústria e religião. Estas observações à localidade são também confirmadas pela investigadora durante o período em que esteve a realizar as entrevistas.

“ (...) é boa gente. (...) É, é calminho.” (Entrevista G)

“Não isto aqui é quase tudo industrial, aqui é quase tudo, trabalha tudo na indústria. Lá um ao outro tem uma terrazita, faz nas horas vagas, mais nada, como eu tinha, antigamente, agora não.” (Entrevista K)

“Dizia que isto que é, para mim tem todas as condições e eu digo no livro, que tem todas as condições para ter aqui idosos. E era isto, era... aquilo que eu tenho, era aquilo que todo idoso devia ter. Portanto, com isso digo tudo, isto tem tudo, aquilo que nós necessitamos, pelo menos para mim. (...) mas entendo que aqui que tenho as condições necessárias para ter uma velhice de acordo com os meus desejos. (...) tem tudo para mim tem aquilo que é necessário para eu viver o resto da minha vida.” (Entrevista O)

3.3. Domínio do processo de envelhecimento dos/as residentes

O terceiro domínio tem como objetivo perceber o **processo de envelhecimento dos/as residentes** deste projeto inovador, segundo a sua própria perspectiva. Deste modo, foram estabelecidas sete categorias importantes para uma melhor compreensão desse processo: os serviços prestados, as atividades de lazer e ocupação, a utilidade social, o acesso a cuidados de saúde, as relações interpessoais, a tecnologia e a resolução de problemas. Este domínio e categorias foram estabelecidas conforme as respostas às perguntas presentes no terceiro e quarto pontos do guião das entrevistas, particularmente nas questões sobre os serviços de que beneficia por parte da instituição, as rotinas diárias, as atividades de lazer e ocupação, o sentimento de utilidade, as pessoas com as quais mantém relações, o modo como mantém essas relações, o acesso e os cuidados de saúde que beneficia, o acesso e utilização das tecnologias e a reação e forma de lidar com problemas (do dia-a-dia, de saúde, familiares, etc.).

Neste sentido, o processo de envelhecimento dos/as residentes nestas habitações do projeto inovador encontra-se centrado na possibilidade e capacidade dos/as residentes se manterem independentes e participativos nas suas rotinas diárias e nas atividades de ocupação e lazer desenvolvidas pela instituição e outras externas que o/a residente participa de forma voluntária. Contudo, neste processo também estão presentes temas como as quedas; as perdas que ao longo do tempo os/as residentes vão experienciando e que os/as faz pensar no futuro, sendo que três residentes referiram expressamente não querer integrar uma ERPI; e a não consideração da sua idade e identidade como “velha”.

“ (...) venho pra aqui até ser autónomo, quando não for... quando deixar de ser autónomo, quando já não puder, e já estiver, já estar à beira da Torre do Tombo, vou pro lar. Tenho que ir pro lar. Tenho que ir pro lar mas, eu não quero ir pra lá. (...) Queria muito morrer na minha casa.” (Entrevista C)

“A gente agora levanta-se quando quer, não é? Levanta-se, toma o pequeno-almoço, depois (...) E depois, pronto olha, passa-se o dia lindamente. Depois já é meio-dia, vem lá o comerzinho. Se não tem saída ficamos lá, se temos saída já sabemos a hora que temos de ir e lá vamos. Não, aqui estamos mesmo bem.” (Entrevista J)

“Já caí no chão uma quantidade de vezes, já fui parar ao hospital com a cabeça rachada.”

(Entrevista F)

“ (...) eu nunca me considerei, se me perguntarem, considere-se velha? Eu não me considero velha (...)” (Entrevista F)

Quanto aos **serviços disponibilizados** aos/às residentes pela instituição, esta presta serviços de alimentação, cuidados de higiene pessoal, higienização da habitação e tratamento de roupa, fornecendo também ocasionalmente e sempre que necessário meios de deslocação para que os/as residentes possam por exemplo ir às compras, deslocar-se ao hospital ou centro de saúde, etc. Neste sentido, e como este projeto encontra-se voltado para pessoas mais velhas independentes ou com um grau de dependência leve a moderada, são apenas quatro residentes que necessitam de apoio para a sua higiene pessoal, conforto e imagem, sendo que os restantes residentes beneficiam dos restantes serviços.

De um modo geral, os/as residentes participam em diversas **atividades de ocupação e lazer**, particularmente nas **atividades e tarefas com o cuidado da habitação**. Apesar da prestação de serviços aos/às residentes, no que se refere à alimentação, higienização da habitação e tratamento de roupa, por vezes os/as residentes preferem ser eles/as a realizar algumas destas tarefas, nomeadamente fazer a cama, cozinhar, lavar a louça, limpar a casa, etc.

“Cozinhar na minha casa, ali na minha casinha. Cozinho, lavo a minha roupinha, só aquela que pode ir pra máquina vai, umas camisolas ou assim lavo à mão (...)”

(Entrevista A)

Para além destas atividades, são também realizadas **atividades de lazer e ocupação realizadas para a instituição e para familiares** onde os/as residentes utilizam as suas habilidades profissionais ou outras, por exemplo, a costura, o concerto de carrinhos de distribuição, o corte de relva, cuidar de animais de estimação, podar árvores, etc.

“ (...) tenho um trabalho para fazer pra minha filha que ela pediu-me para fazer um estendal para roupa que ela não tem nada, ela mudou de casa e falta lá um estendal para roupa.” (Entrevista C)

As demais atividades de lazer e ocupação realizadas pelos/as residentes e referidas nas entrevistas podem ser agrupadas da seguinte forma: atividades desportivas, atividades espirituais, atividades de estimulação sensorial e cognitiva, atividades sociais e culturais, e atividades lúdico-recreativas.

As **atividades desportivas** são constituídas pelas caminhadas, jogos de futebol, ginástica, boccia, piscina, jardinagem e pela realização de forma autónoma de exercício físico nos equipamentos distribuídos pelo parque existente junto às habitações e pela construção de pesos pelo próprio residente, de forma a continuar o seu plano de fisioterapia.

“Tem muito desporto dentro das casinhas... da própria instituição. Têm... Pronto e tem o pavilhão lá, uma coisa grande. Já lá fomos jogar boccia.” (Entrevista E)

“(...) E durante olhe, eu ando, ando de bicicleta. (...)” (Entrevista G)

“A fisioterapia também faço em casa. Eu fiz ali pesos, com um barão, agarrei um par de calças (...)” (Entrevista H)

As **atividades espirituais** referem-se à celebração da missa e oração do terço, sendo que estas atividades são realizadas noutra resposta da instituição, tendo os/as residentes de se deslocar ao CD ou ERPI. Também em ocasiões como a Páscoa e o Natal são realizadas cerimónias religiosas para comemoração destas datas festivas, juntamente com as outras respostas.

“Dantes rezava-se o terço todos os dias. (...) mas temos aqui missa muita vez. Nós temos aqui agora na Páscoa, tivemos ... a gente canta, faz no coro e é assim. De vez em quando vem aqui, temos um padre que vem aqui sempre.” (Entrevista A)

As **atividades de estimulação sensorial e cognitiva** dizem respeito à leitura; ao ouvir música; ao desenho e pintura; à escrita à mão e/ou em computador; à escrita de livros, quadras e poesias; à realização de rendas; à participação em clubes, grupos musicais e de teatro; integração na Universidade Sénior e às conversas com os/as demais residentes ou outras pessoas.

“ (...) normalmente depois vou para o computador um bocadinho, faço uns filmes, pronto, fiz agora até um das termas, já o fiz, sobre as termas do que lá se passou, imagens de lá, das termas e do hotel, pronto, da convivência que houve com os amigos e aproveito a fazer isso.” (Entrevista O)

“Eu gosto de participar, eu venho sempre, sempre aqui fiz sopa de letras, (...) Sopa de letras e outras coisas, e desenhos e coisas, tenho feito aqui muita coisa.” (Entrevista B)

As **atividades sociais e culturais** referidas pelos/as residentes são a preparação de festas, a realização de convívios e festas com as várias respostas da instituição bem como com outras instituições da região, a participação em viagens e/ou passeios aos mais diversos locais, a realização de piqueniques, a idas à discoteca, a idas ao café e a saídas para assistir à revista.

“E de vez em quando saem para outros lados, vamos para a discoteca que há para aí também (...)” (Entrevista G)

“E a dar assim uns passeios por aqui, eles costumam dar uns passeios, vamos até Lisboa, até ao Porto, ver às vezes teatro, revistas, e é assim.” (Entrevista B)

As **atividades lúdicas e recreativas** são as seguintes: assistir a filmes, séries e reportagens; a reciclagem; jogos (jogos de cartas, palavras cruzadas, sopa de letras, jogos digitais, bowling, meco e bilhar); confeção de bolos; atividades geracionais com as crianças da instituição; idas às termas; e cuidar de animais de estimação.

“Gosto muito de ler e depois ver televisão. Gosto muito de filmes, séries. (...) Gosto de séries (...)” (Entrevista D)

“E pronto, lá tenho as ferramentas, entretenho-me, faço alguns biscates, estou ali a fazer um centro de mesa também, com tubos deste tipo de papel higiénico colados, tenho um garrafão no meio redondo, aquilo leva tudo colado, depois tudo pintadinho, leva uma placa em baixo e em cima, depois em cima corto aquilo conforme estão os tubos. E pronto, já tenho assim, a fazer e a dar.” (Entrevista H)

“Acho, vou ao pé das crianças, chamam-me para ir brincar com eles, apanhar peixe (...)”(Entrevista B)

Também existem residentes que referiram gostar de permanecer em casa ou de se sentar na varanda a descansar e a acompanhar os acontecimentos ou atividades que ocorressem no exterior das habitações ou no parque.

“(...) só estou lá assentado cá fora na (...) na varanda. (...) Quando está um tempo bom, a gente anda cá fora. E agora, assento-me lá na cadeira e a ver os meninos aqui todos.”
(Entrevista M)

Associada à participação nas atividades de ocupação e lazer, o **sentimento de utilidade social** experienciado pelos/as residentes também é um importante determinante do processo de envelhecimento das pessoas mais velhas residentes neste projeto. Deste modo, durante as entrevistas verificamos que alguns destes residentes **se sentem úteis**, associando este sentimento com as atividades produtivas e ocupacionais e/ou de lazer que realizam, tais como a reciclagem e a jardinagem, e as atividades e/ou tarefas que efetuam na instituição relacionadas com as suas habilidades e conhecimentos profissionais ou não.

“Quer-se dizer, dentro dos possíveis daquilo que eu faço, sinto-me útil.” (Entrevista E)

“Útil porque, além de fazer o que eu faço, toda a gente gaba ali aquilo, toda a gente... Então, já sinto-me útil, tenho aquilo cheio de flores, está a perceber?” (Entrevista H)

No entanto, também existem outros/as residentes que **não se sentem úteis** devido ao aumento da dependência e incapacidades que reconhecem que possuem, aos problemas de saúde que têm e à inutilização do seu ofício e habilidades (profissionais e de conhecimentos adquiridos durante a sua vida).

“Não tenho utilizado o meu serviço, nunca ninguém perguntou, já me ofereci se fosse preciso de alguma coisa (...) mas se fosse preciso, está claro que eu..., não estou a fazer nada, não é por minha opção, não tenho o que fazer (...) ” (Entrevista G)

“Sentia. Agora estou-me a sentir triste. (...) Ah, pois. Pois, é tudo da saúde.” (Entrevista L)

Ao nível do **acesso a cuidados de saúde**, todos/as os/as residentes deste projeto inovador têm acesso semanal (à terça-feira) direto ao médico da instituição, bem como acesso diário à equipa de enfermagem também da instituição, tendo assim um acompanhamento clínico disponível e acessível, caso necessite e tenha ou não algum problema de saúde. Estes **cuidados de saúde** também têm influência no processo de envelhecimento do/a residente.

“Temos aqui um médico, temos aqui um bom médico, temos aqui duas enfermeiras muito boas, boas enfermeiras.” (Entrevista C)

Para além desta equipa clínica, a instituição também dispõe de uma nutricionista que elabora as ementas para todas as respostas da instituição, incluindo este projeto. Contudo, apenas os utentes que beneficiam da alimentação podem usufruir destas ementas equilibradas e ajustadas às necessidades das pessoas.

“(...) mas elas cozinham bem. (...) Elas têm aqui uma (...) tem aqui uma nutricionista, (...) O que é que elas fazem, aquilo é feito à maneira delas.” (Entrevista C)

Ao nível do acesso a cuidados de saúde no exterior, apenas oito residentes referiram nas entrevistas terem apoio do seu médico de família e/ou de outras especialidades médicas, bem como de fisioterapia. No que se refere à sua deslocação a estes cuidados de saúde, observamos que existem residentes que vão sozinhos/as às consultas, deslocando-se no seu próprio carro ou de táxi, mas também alguns/mas residentes são acompanhados/as pelos familiares. Para além disso, certas deslocações dos/as residentes para a fisioterapia, para a diálise, para estes locais no exterior ou até para as urgências são efetuadas de ambulância, sendo que em algumas ocasiões podem beneficiar do apoio da carrinha da instituição, nomeadamente para a deslocação de um residente em cadeira de rodas.

“Vou sozinho às consultas, levo o meu carro, vou a Coimbra, por ali a fora, então eu vou ao Porto, vou a Lisboa.” (Entrevista B)

“É o mais perto. (...) Vou na ambulância.” [Quando questionado sobre como se desloca para a hemodiálise] (Entrevista L)

“Se há uma consulta marcada, se for aqui (...) levam-me no transporte da (...) instituição. (...) Se for por exemplo (...) a Coimbra é a ambulância.” (Entrevista E)

Por fim, alguns/mas residentes também referiram que mantinham um estilo de vida saudável, nomeadamente através de hábitos e costumes saudáveis, da **prática de exercício físico**, da manutenção de um acompanhamento médico regular, como referido anteriormente, mas também com a existência de **cuidados com a alimentação**. Neste sentido, alguns dos residentes referiram que consumiam alimentos mais naturais e biológicos produzidos pelos próprios, definiam um espaçamento na ingestão dos alimentos menos saudáveis, e reduziam ou terminavam com o consumo de bebidas alcoólicas ou de açúcares. Estes cuidados com a alimentação também eram potenciados pela prática de desporto e exercício físico, principalmente da ginástica, fisioterapia, boccia, piscina, etc., mas também do futebol, referido por alguns residentes, durante a sua adolescência e/ou vida adulta, tendo mantido desta forma algum controlo e rigidez com a sua alimentação.

“ (...) Eu fui uma pessoa que cumpria sempre, só que eu tive um profissionalismo no futebol (...) nós tínhamos uma disciplina no futebol, exigido pela direção. A gente não podia beber vinho, não se podia fumar, não podia fazer nada, só tínhamos a comida. (...) Não havia cigarro, não havia vinho, nada, porque nós tínhamos uma refeição... e as refeições que nós comíamos lá no hotel, onde nós estávamos... eram refeições rigorosas, não podíamos comer carne, era só peixe e pouquinho. E o copo era só um copo de vinho, a cada jogador... Não havia mais, não havia excesso de comida, não havia excesso de bebida.” (Entrevista C)

“Os meus pais tinham vacas turinas. A gente tinha, matava uns porcos, naquele tempo grandes, e a gente, pronto, matava os animais que tinha em casa. (...) tinha coelhos, tinha galinhas e fazia hortinha pra eu comer (...)” (Entrevista A)

“Assim que me reformei, comecei, vim agora da piscina, mas todos os dias de manhã dou o meu passeio. Pronto, não corro, mas faço caminhadas. (...) Faço a minha caminhadazinha (...)” (Entrevista O)

Outro ponto importante para o processo de envelhecimento dos/as residentes deste projeto inovador diz respeito às **relações interpessoais** que os/as residentes estabelecem com as pessoas à sua volta, principalmente com a sua **rede de suporte** informal e formal, tais como os demais residentes, as funcionárias da instituição, as suas famílias e familiares, os amigos e outras pessoas conhecidas. Estas relações, como referido anteriormente por vezes são afetadas por desentendimentos que possam ocorrer. Contudo, através das entrevistas é possível identificar que, de um modo geral, os/as residentes mantiveram as relações sociais e familiares após a sua integração no projeto inovador, beneficiando de assistência e apoio emocional e psicológico por parte destas pessoas.

“O lugar é bom, ainda tenho aqui família, até vou a pé. Uma moro aqui perto, perto é cinco minutitos a pé, mas é bom porque obriga-nos a ir lá também. E de vez em quando vou lá (...) E tenho mais família, encontro de vez em quando.” (Entrevista G)

“Eu às vezes quero telefonar para minha filha... telefona-se, ou... ela pra mim. Ela está aqui perto, e às vezes, olha que já não tenho isto, aquilo, pronto ela vai, compra-me e traz-me. (...)” (Entrevista J)

“Sim, eu vou lá fora, vou dar a volta lá (...) Então tenho de ir lá ao salão, também, está a perceber? Tenho saudades, pá, de ir lá, embora veja por videoconferência, é uma coisa mas estar junto com os irmãos é diferente. É que vem e fazem um convívio (...)” (Entrevista H)

Para além destas relações interpessoais sociais e familiares, foram também referidas as **relações de intimidade** atuais e passadas, nomeadamente entre casal de residentes, mas também nos residentes que referiram ter uma companheira com os quais mantinham relação antes de integrarem as habitações e no residente B.

“Não, nesse aspeto as relações estamos bem. Embora a idade não permita algumas coisas que nós fazíamos muito antigamente, mas damos bem (...)”(Entrevista G)

“Bom, vou dizer falando como homem, tinha uma namorada, que era mais nova que eu, 30 anos, eu dava-me muito bem com a falecida mãe, e assim, ela era divorciada, começamos no paleio e tal, ainda andei com ela 16 anos, aquase.” (Entrevista K)

“Estive, olhe, esta que não me ligou, dormi com ela no sábado pra domingo, veja lá (...) Porque eu ando com ela já há um tempo a dançar, vamos pra discoteca (...)”(Entrevista B)

Os/as residentes revelaram que mantém estas relações interpessoais através de um contacto direto no seu dia-a-dia, nomeadamente com os/as demais residentes e as funcionárias da instituição, mas também com familiares pois trabalham ou frequentam respostas sociais desta instituição e os/as residentes têm independência para se deslocarem ou os visitarem visto que as habitações encontram-se nas proximidades destas respostas sociais.

“A minha filha está aqui a trabalhar. É a diretora (...) que é a tal que é assistente social.” (Entrevista B)

“ (...) Quando dá na bolha ligo, às vezes ligo a todos... Aí duas vezes por semana ligo para a minha neta “Então como é que vai a pequenita (...)?” (...) E eu, ainda há dias fui lá à creche vê-la.” (Entrevista K)

Para além deste contacto, os/as residentes mantêm as relações sociais e familiares através de visitas, saídas, contactos telefónicos e por videoconferências, particularmente com a família, familiares, amigos e pessoas conhecidas. Estes contactos promovem a manutenção destas relações mesmo com familiares residentes no estrangeiro, podendo ser esporádicos mas também regulares ou até diários, segundo informações recolhidas nas entrevistas.

“Mas ia todos os fins-de-semana passar com eles, assim como vou também, ou à sexta-feira ou ao sábado e venho só o domingo à noite” (Entrevista A)

“Sim, eu vou lá fora, vou dar a volta lá por (...) Então tenho de ir lá ao salão, também, está a perceber? Tenho saudades, pá, de ir lá, embora veja por videoconferência, é uma coisa mas estar junto com os irmãos é diferente. (...)”(Entrevista H)

“Mas ainda hoje... estive na Nova Zelândia em 78, (...) ainda lá tenho amigos daquele tempo, que de vez em quando, eu agora não, já não escrevo, agora com o tablet, mensagens, e eles respondem. (...) mas ainda continuo em contato com eles, eu gosto de manter, manter estas relações (...).” (Entrevista G)

Estes contactos com familiares, amigos e pessoas conhecidas estão atualmente mais rápidos e facilitados devido à tecnologia, como referido pelo residente H, que atualmente necessita de assistir à videoconferência do salão das Testemunhas de Jeová para continuar a praticar a sua religião. As **tecnologias** vieram possibilitar estes contactos e facilitar a comunicação entre as pessoas mais velhas e as pessoas à sua volta, mas também melhorar o seu dia-a-dia, nas suas atividades diárias, nas atividades de ocupação e lazer, nas deslocações e mobilidade e no apoio às necessidades físicas, tais como os produtos de apoio. Neste sentido, os/as residentes foram referindo os diferentes instrumentos tecnológicos que utilizam no seu dia-a-dia, nomeadamente os eletrodomésticos necessários para as rotinas e vivências diárias. Mas também as **tecnologias da informação**, tais como a televisão (para assistir a filmes, desporto, notícias, séries, reportagens, canais – *History Channel*, *Odisseia*, *National Geographic* – e canais de entretenimento), o rádio, o telemóvel, o telefone, o *tablet*, o computador, a máquina fotográfica e a impressora, também importantes nas rotinas, no entretenimento e no envolvimento com a sociedade e relações interpessoais dos/as residentes.

“ (...) trouxe uma secretária para poder andar a escrever, trouxe o computador, a máquina, a impressora, trouxe essas coisas para poder ter a minha atividade tal e qual como se estivesse lá na minha casa.” (Entrevista O)

“E eu vou e também gosto, não percebo muito de computador, mas sei ligar e desligar e procurar as coisas que me interessam (...) E vou procurar como é que se vive na Nova Zelândia, como é que se vive na Austrália, quais são as raças que vivem aqui ou aqui,

procuro não é, gosto de saber essas coisinhas que a maior parte do pessoal não passa cartão nisso.” (Entrevista G)

A **tecnologia automível**, como por exemplo, o carro e a moto possibilita a manutenção da liberdade, autonomia e independência do/a residente, para além dos benefícios referidos anteriormente nas demais tecnologias.

“E maneiras que entretenho-me assim, vou daqui, agarro o carro, eu tenho o coiso do portão, venho aqui só dormir. E ajudo aqui nalguma coisa que, às vezes, que eles me peçam, ajudo.” (Entrevista B)

E por fim, as **tecnologias de apoio**, como as cadeiras de rodas (“normal” e elétrica), camas articuladas, cadeira de banho, andarilho, almofadas para a cadeira de rodas, óculos e botões de pânico. Este tipo de tecnologia permite ao/à residente manter e/ou receber o apoio necessário na realização das AVD’s e AIVD’s, assim como prevenir e apoiar em situações de emergência.

“Sim era natural que me ajudasse (...) eu quando pedi ajuda e falei nisso, dos botõezinhos e tal, fui eu que falei. Era daqueles que se usam ao peito e que se carrega e que se ouve. Esses sim (...)” (Entrevista F)

O importante ponto da **resolução de problemas** tem influência no processo de envelhecimento dos/as residentes uma vez que revela os recursos internos e externos da pessoa mais velha. Os discursos destes durante as entrevistas permitiram identificar e compreender quais os comportamentos e estratégias preventivas para adiar ou diminuir os efeitos dos fatores stressores e as ações comportamentais preventivas e corretivas que adotam, reconhecendo também a existência de fatores protetores e o apoio na resolução dos problemas (família, amigos, pessoas próximas e funcionárias do projeto). Deste modo, é possível verificar que são os próprios/as residentes que resolvem os seus problemas, sendo que alguns referiram a ajuda das funcionárias da instituição e dos seus familiares nessa resolução dos problemas, quer seja em último recurso quer para determinados problemas como os de saúde.

“Se for uma coisa que não puder pôr aí, tenho que pedir ajuda, não é. Há coisas que se passam aqui que às vezes também ajudo ou até ligo “Como é, faço assim ou faço

assado.” Há coisas que acontecem e sou eu a alertar porque eles não têm olhos para tudo. (...)” (Entrevista H)

“Tem que se participar a elas o que aconteceu aqui, elas têm que resolver o problema, às vezes resolve e pronto, mas às vezes elas não resolvem.” (Entrevista C)

Nos discursos das entrevistas identificamos duas formas de resolução dos diversos problemas que os/as residentes experienciam, especialmente através da utilização de **recursos internos e/ou pessoais**, tais como a comunicação e o diálogo entre as partes.

“A gente resolve tudo ao bem, a gente tem que resolver tudo ao bem, a gente nunca deve, ao mal nunca se resolve nada. Tem que se falar. (...) Tem que se dialogar, tem que se falar, tem que haver compreensão pras pessoas levarem as coisas como deve ser, ao bom porto, como é dito. (...)” (Entrevista C)

Para além desta forma, outros/as residentes **ignoram os problemas**, usando estratégias como a desvalorização do problema, a não resolução dos problemas (acumulação, choro e ficar calado/a), a exaltação e a agressão/quase agressão. Estas formas de evitamento e exaltação provocam nos/as residentes sentimentos de exclusão, de mal-estar e *stress*, gerando desentendimentos na sua vida diária e influenciando o seu processo de envelhecimento.

“Se é problemas de saúde tento resolvê-los logo de princípio. (...) Se são problemas que não são de saúde, não são necessários, passa-me ao lado, não ligo.” (Entrevista E)

“Choro e não digo. (...) Não, eu guardo mais pra mim.” (Entrevista D)

“Não costumo reagir. (...) Calado. É a única maneira.” (Entrevista L)

“Há vezes reajo mal, quer dizer, não trato ninguém mal, mas reajo mal. Mas passado cinco minutos, isso já não é nada. Eu tenho um bem comigo, é que enervo-me e tal, passado um bocadinho, não é nada. Chego a pedir desculpa a todos.” (Entrevista K)

“Começou-me a provocar, pá. Tratou-me mal, disse-me... por exemplo, disse-me uma palavra que eu não gostei, pá. (...) Pronto, eu botei-lhe a mão à camisa, rasguei-lhe uma camisa toda porque ele... pá, porque estava-me a chatear. Eu visei para ir embora, ele não quis ir, estava-me a chatear. Depois puxaram-me para trás, se não eu dava. Eu dava-lhe. Ah, pois é. Ah, pois. Ele abusa também.” (Entrevista N)

Por fim, e segundo as informações recolhidas, é possível perceber que o processo de envelhecimento dos/as residentes deste projeto inovador encontra-se influenciado pelos diversos fatores referidos anteriormente, levando a que cada residente experiencie o seu envelhecimento de forma diferente, conforme as implicações positivas e/ou negativas que determinado fator tem sobre a vida do/a residente.

Capítulo 4. Discussão

A análise das informações obtidas nas entrevistas aos/às residentes deste projeto inovador permite identificar que, atualmente e no que se refere às características sociodemográficas, estas pessoas mais velhas são predominantemente do género masculino, com uma média de 81 anos de idade (idades compreendidas entre os 51 anos e os 89 anos), viúvos, naturais do concelho, com o 1º ciclo do ensino básico, com dois filhos/as e que desempenharam profissões qualificadas na área da indústria, construção e artífices.

As características dos/as residentes deste projeto, de um modo geral, vão ao encontro da caracterização da atual população mais velha em Portugal, nomeadamente a viuvez, as maiores qualificações das mulheres, a solidão e isolamento social (viviam sós ou com outras pessoas mais velhas), a proveniência de meios rurais ou semiurbanos, a reduzida ou inexistente rede de suporte informal e a função/tarefa de cuidador/a (cônjuges, netos/as, etc.). (Moreira 2020; Rodrigues, 2018)

Estas características revelam que existe uma predominância do género masculino a residir nas habitações. O facto de existirem mais homens do que mulheres neste projeto (a totalidade da população residente das habitações é de dez homens e cinco mulheres) não necessariamente implica uma contradição ao fenómeno da feminização do envelhecimento, referido anteriormente no capítulo do enquadramento teórico, uma vez que um dos motivos para este número significativo de homens tem que ver com o seu estado civil pois a maioria dos residentes é viúvo. (Rodrigues, 2018) Após o falecimento da cônjuge, estas pessoas mais velhas do género masculino podem revelar uma incapacidade em assegurar as AVD's e AIVD's, não se sentindo capazes de permanecer sozinhos na sua habitação nem pretendendo integrar uma ERPI. Neste sentido, a caracterização da população residente neste projeto revela-se contrária à população residente em ERPI's, que é sobretudo composta por pessoas mais velhas do género feminino. (Portela, 2022)

Para além deste estado civil, o divórcio mas também o estado de maior dependência física e/ou psíquica e menor capacidade para realizar as AVD's e AIVD's por parte dos/as residentes e/ou dos/as seus cônjuges ou companheiras para com os/as residentes, o agravamento do estado de saúde, a solidão, a situação de sem-abrigo, a venda da habitação do/a residente e a inexistência e/ou escassez de retaguarda familiar (a saída dos filhos da habitação ou a sua emigração ou a ausência e/ou incapacidade destes continuarem a prestar apoio e cuidados à pessoa mais velha) foram os diversos motivos que levaram a pessoa mais velha a procurar outra residência ou outro tipo de rede de suporte, nomeadamente a nível formal, através das respostas

sociais tais como o CD, a ERPI ou este projeto inovador. (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; Quaresma & Ribeirinho, 2016; Rodrigues, 2018)

Estas motivações possibilitam a identificação dos diferentes perfis de envelhecimento e de necessidades individuais que originaram a entrada destes residentes no projeto inovador, nomeadamente pessoas mais velhas que desejavam permanecer na sua casa e que não enfrentavam problemas imediatos de saúde ou mobilidade, mas que se encontravam com outros problemas, tais como a solidão e isolamento social; pessoas que apresentam condições de saúde progressivamente incapacitantes e que começaram a necessitar de apoios suplementares, já não conseguindo manter-se na sua casa; e pessoas que experienciaram mudanças abruptas nas suas vidas, como a ocorrência de acontecimentos traumáticos (assalto), e para quem envelhecer em casa passou a constituir um desafio acrescido. (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; Fonseca, 2021)

No que se refere à idade, estes residentes têm na sua maioria uma idade superior a 80 anos, o que vem confirmar, primeiramente o aumento da esperança média de vida da população portuguesa, mas também comprovar o envelhecimento do envelhecimento, ou seja, um processo de envelhecimento mais acentuado no grupo etário das pessoas com mais de 80 anos, sendo que estes apresentam maiores necessidades de cuidados de saúde e a nível social do que as pessoas mais velhas “mais novas” (65-79 anos). (Rodrigues, 2018)

Em termos de habilitações escolares verificamos que uma pequena minoria dos/as residentes concluiu o 2º ciclo do ensino básico, composta por duas mulheres e um homem, evidenciando assim as mudanças sociais e societárias portuguesas, no que se refere à cada vez maior instrução e escolaridade da população mais velha, mais particularmente da população feminina. (Rodrigues, 2018) O fenómeno do aumento da escolarização revela-se um fator determinante e protetor do processo de envelhecimento, na medida em que promove o acesso à informação, à estimulação cognitiva, à manutenção das relações sociais e ao envolvimento na sociedade. (Rowe & Kahn, 1997; Rowe & Kahn, 2000)

Todavia a maioria dos residentes possui o 1º ciclo do ensino básico, sendo que após completarem a escolaridade obrigatória integravam o mercado de trabalho (alguns destes já trabalhavam na agricultura, a nível ocupacional, ou exerciam trabalhos enquanto estudantes) para ajudarem os pais e irmãos nas economias da casa e/ou para se sustentarem e à sua família. (Rodrigues, 2018)

As profissões mais significativas ou que os/as residentes desempenharam por mais tempo remetem-se predominantemente para profissões da indústria, construção e artífices, mas também para cargos de direção e gestão de empresas; técnicos de nível intermédio na área das

ciências e engenharia; pessoal administrativo; pessoal de apoio direto a clientes; e trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. Estas profissões foram desempenhadas em Portugal mas também no estrangeiro uma vez que dez dos/as residentes estiveram emigrados nos seguintes países: África do Sul, Angola, Moçambique e na Nova Zelândia, no sentido de procurarem melhores condições de vida e rendimentos, visível também nas deslocações territoriais (dentro do país) de alguns dos/as residentes das áreas do interior e sul do país, como Bragança, Faro e Portalegre, para o litoral e áreas metropolitanas. (Rodrigues, 2018) Exemplos disso são as entrevistas à utente F que era natural de Faro, tendo emigrado para Angola com os pais e constituído família lá, regressando anos mais tarde para o Porto e depois vindo para o concelho onde o projeto se localiza; e ao utente O, natural de Portalegre, tendo ido para Angola fazer a tropa, após concluir foi para Lisboa e depois para o concelho deste projeto inovador. Ambos residentes desejaram permanecer e envelhecer naquele local e comunidade, apesar de não serem naturais de lá uma vez que este foi o local onde se estabeleceram e construíram a sua vida e pelo facto de a sua família residir nas proximidades do projeto inovador ou por já não ter parentes vivos e não possuir qualquer ligação ao local de onde é natural.

Este desejo de permanecer no local e/ou comunidade onde nasceu, cresceu e/ou construiu a sua vida, referido no conceito de *ageing in place*, também é observado nos/as outros/as residentes pois mais de metade permaneceu no concelho e distrito de onde é natural, influenciado pela vontade do/a residente manter as suas relações interpessoais (familiares e sociais), a sua independência e autonomia, e impedir ou minimizar as mudanças nos estilos de vida e rotinas diárias e a perda de identidade, no sentido de preservar a sua qualidade de vida e o bem-estar, bem como a permanência num ambiente que lhe é familiar. (Fonseca, 2020; Iecovich, 2014; Quaresma & Ribeirinho, 2016)

Este conceito de *ageing in place* compreende quatro dimensões analisadas por Iecovich (2014), nomeadamente a dimensão física (da habitação e/ou da comunidade), associada ao desejo do/a residente permanecer no local e/ou comunidade onde nasceu, cresceu e/ou construiu a sua vida, ao sentimento de tristeza e arrependimento pela venda da sua casa ou pelo facto de esta estar à venda após a integração no projeto inovador, às distintas opiniões sobre a estruturação e composição das habitações do projeto, e às características da comunidade e meio envolvente.

A dimensão emocional e psicológica e dimensão cultural dos/as residentes experienciadas no processo de integração e adaptação ao projeto, através de sentimentos de pertença, familiaridade e ligação ao lugar e/ou comunidade, mas também aos valores, crenças,

princípios e significados que os/as residentes atribuem ao local e à sua rede de suporte. (Iecovich, 2014)

E a dimensão social das relações interpessoais e redes de suporte que se encontra relacionada ao desejo de manter os relacionamentos e contactos com as suas redes de suporte informal (filhos/as, familiares, amigos, pessoas conhecidas e os/as demais residentes), presentes nesse local ou nas proximidades do projeto inovador, beneficiando assim de assistência e apoio emocional e psicológico por parte destas pessoas. Estas relações mantêm-se através do contacto direto, visitas, saídas e pela tecnologia (videoconferências, telefonemas, etc.). (Iecovich, 2014)

Ao nível da dimensão social, a maioria dos/as residentes possui uma rede de suporte social e familiar. Esta última é de reduzidas dimensões uma vez que os agregados familiares dos/as residentes são constituídos, na sua generalidade, por um ou dois filhos/as. (Rodrigues, 2018) Esta diminuição do número de pessoas que compõem os agregados familiares, experienciada ao longo dos anos e que se manterá no futuro, associada à inexistência ou falecimento dos/as filhos/as, leva a que uma pequena parte destes residentes possua uma rede de suporte ausente. Este fator potencia um envelhecimento solitário uma vez que aumenta o sentimento de solidão e isolamento da pessoa mais velha ou do casal de pessoas mais velhas, mas também a necessidade destes e/ou das suas famílias procurarem respostas sociais a nível residencial. (Rodrigues, 2018)

Neste sentido, este projeto inovador foi criado e estabelecido pela instituição, após a necessidade de apoio (indireto) de um casal de pessoas mais velhas, sem retaguarda familiar e social e em situação de solidão e isolamento social, tendo sido colocada junto à instituição (num dos seus terrenos) uma habitação pré-fabricada para o casal residir. Após a morte deste casal e a herança da habitação, a instituição foi aumentando a quantidade de habitações à medida que os pedidos de ajuda por parte de pessoas mais velhas com estes problemas sociais aumentavam, estando atualmente com planos para a ampliação (mais habitações).

Este projeto baseia-se num modelo de habitação comunitária e colaborativa, o *cohousing* (sénior), constituída por pessoas mais velhas que residem em habitações independentes, com espaços essenciais (quartos, cozinha, casas de banho, etc.) e espaços comuns partilhados entre residentes, tendo como objetivos promover serviços de apoio partilhados, desenvolver as relações sociais e combater a solidão e o isolamento social das pessoas mais velhas. (Fonseca, 2021; Giorgi, 2020, citado em Rodrigues, 2022; Tummers, 2016)

Após a deslocação da investigadora ao projeto inovador para a realização das entrevistas (durante quatro dias) e pelos testemunhos dos/as residentes foi possível verificar que este

projeto teve o seu início na decisão de apoio da instituição à população mais velha para fazer face aos problemas sociais identificados anteriormente.

Segundo a informação obtida pelo residente C (entrevista base), apenas este esteve envolvido na construção das habitações, sendo que de um modo geral, os/as residentes não participaram ou foram ouvidos aquando a escolha das habitações e nos processos de decisão, nomeadamente ao nível da estruturação e composição das habitações, sendo possível perceber a existência de três tipos de habitações. (Scotthanson & Scotthanson, 2005; Tummers, 2016) A primeira e a segunda habitação são as que mais agradam aos/às residentes devido ao facto de que, na primeira habitação, o quarto e casa de banho são privados e individuais, e na segunda, como é de dimensões mais pequenas apenas é habitada por um dos residentes, logo é individual. Já as restantes habitações são as mais criticadas e as que causam mais conflitos entre os/as residentes uma vez que todos os espaços habitacionais são partilhados (a cozinha, o espaço de refeições, o quarto e a casa de banho) com outros/as residentes (ambos do mesmo género), causando discussões e desentendimentos entre companheiros/as de habitação devido às diferentes rotinas diárias, feitos e dependências do/a outro/a companheiro/a.

Apesar da mudança para este projeto inovador ser um processo complexo e individual de cada residente, o processo de integração foi, na sua generalidade, bem-sucedido uma vez que os/as residentes revelaram satisfação e bem-estar ao residir nestas habitações. Este sucesso é influenciado também pela manutenção das relações sociais e familiares (com familiares, amigos, funcionárias e equipa técnica), pelas condições da habitação e dos espaços exteriores (boas condições e acomodações das habitações e a localização do projeto num pequeno parque da instituição, rodeadas de espaços verdes e ao ar livre), pela participação em atividades de ocupação e lazer aprazíveis e segundo os interesses dos/as próprios/as residentes, pelos recursos e serviços indispensáveis ao quotidiano da pessoa mais velha e pela manutenção da liberdade, independência e participação dos/as residentes nas suas rotinas diárias, que permitem facilitar este processo de mudança na medida em que a pessoa mais velha se sinta o mais ambientada e familiarizada possível e estabeleça da melhor forma um sentimento de inclusão e pertença ao lugar. (Almeida, 2022; Fonseca, 2020; Iecovich, 2014)

No entanto, evidenciamos também que a complexidade deste processo pode levar à incapacidade e/ou morosidade da integração uma vez que o estado de espírito, as limitações ou problemas de saúde, a venda da sua casa e o facto de partilhar o espaço habitacional com outra pessoa revelam-se fatores que atualmente são obstáculos a uma integração bem-sucedida.

Uma integração bem-sucedida é um dos fatores do processo de envelhecimentos dos/as residentes neste projeto. Neste sentido, o seu processo de envelhecimento é influenciado por

fatores e determinantes internos e externos, tais como a capacidade de fazer um planeamento para o futuro, em especial do período da reforma e/ou reforma; o estado de saúde e o acesso aos cuidados de saúde; a participação em atividades significativas com valor social, no voluntariado e na continuação do trabalho a nível formal e/ou informal; o sentimento de utilidade social; as relações interpessoais; os comportamentos e estratégias de resolução de problemas; e a tecnologia.

O desejo de envelhecer no local ou comunidade e a manutenção de uma ocupação através de atividades e tarefas são elementos base do planeamento dos/as residentes para o seu período da reforma e/ou da velhice visto que foram referidos planos para a participação em atividades de ocupação e lazer que fossem prazerosas (remuneradas ou não), para o gozo dos recursos financeiros angariados, para a realização de viagens e para a manutenção da saúde, com o objetivo de preservar a qualidade de vida, independência, autonomia, estilos de vida e rotinas, identidade e o bem-estar da pessoa mais velha. (Fonseca, 2020; Iecovich, 2014)

O planeamento do futuro (reforma e/ou velhice) revela a vontade e a capacidade dos/as residentes desenvolver comportamentos e estratégias preventivas de antecipação das mudanças, nomeadamente ao nível dos recursos financeiros, familiares e sociais de antecipação e preparação para possíveis mudanças ou alterações, assim como de prevenção de doenças e promoção da saúde, da participação e envolvimento das pessoas mais velhas na sociedade e em atividades, e da promoção e manutenção das relações interpessoais (redes de suporte social - informal e formal). (Kahana & Kahana, 1996; Kahana, Kahana & Lee, 2014)

Contudo, seis residentes referiram não ter efetuado um plano para o futuro, revelando assim, por um lado, uma impreparação para o período da reforma e/ou velhice e para uma possível mudança no processo de envelhecimento, mas também por outro lado, uma possível incapacidade da pessoa mais velha em adquirir e/ou maximizar comportamentos e estratégias de *coping* de prevenção e compensação dos fatores internos e externos que influenciam o envelhecimento. (Kahana & Kahana, 1996; Kahana, Kahana & Lee, 2014)

Neste sentido, através dos testemunhos dos/as residentes, percebemos que estes planos foram afetados por mudanças ao nível dos problemas de saúde quer do/a próprio/a residente quer do seu cônjuge, do divórcio e de acontecimentos traumáticos que levaram a que os/as próprios/as residentes, familiares e amigos procurassem por respostas sociais de carácter permanente.

A saúde e o acesso aos cuidados de saúde pelos/as residentes são também um importante fator do processo de envelhecimento uma vez que permite prevenir e controlar doenças, adiar ou diminuir o risco e a fragilidade, efetuar alterações corretivas após um diagnóstico de saúde

significativo, melhorar a prestação de cuidados de saúde e manter uma vigilância da saúde dos/as residentes. (Fonseca, 2021; Kahana & Kahana, 1996; Kahana & Kahana, 2003; Kahana, Kahana & Lee, 2014)

Apesar dos/as residentes apresentarem alguns problemas de saúde e de possuírem um grau de dependência leve a moderado, o acesso aos cuidados de saúde (internos) é assegurado a todos/as os/as residentes deste projeto inovador, pela instituição através do médico (apoio semanal, às terças-feiras) e da equipa de enfermagem (apoio diário), sendo que o acompanhamento nutricional por parte da nutricionista da instituição apenas é disponibilizado aos/às residentes que beneficiam do serviço de alimentação. Também ao nível dos cuidados de saúde externos, os/as residentes mantêm um acompanhamento clínico (médico de família e/ou de outras especialidades médicas), acessível através da deslocação do/a residente à unidade de saúde, em veículo próprio ou com o apoio da família, mas também através dos meios da instituição, tais como a requisição de ambulância e a deslocação ao local da consulta/exame na carrinha da instituição.

Para além destes cuidados, a presença ou manutenção de fatores protetores da doença, associada a determinantes comportamentais, tais como a manutenção de um estilo de vida saudável através de hábitos e costumes saudáveis, da prática de exercício físico regular/moderada e de desporto, cuidados com a alimentação, mas também da manutenção de um acompanhamento médico regular e das mudanças aquando diagnósticos de condições de saúde são fatores reveladores do nível preventivo dos/as residentes quanto ao seu processo de envelhecimento. (Carvalho, 2013; Kahana, Kahana & Lee, 2014; Rowe & Kahn, 2000)

Ao nível da dimensão económica e produtiva do processo de envelhecimento, a permanência das pessoas mais velhas na sociedade através da participação em atividades significativas com valor social, do voluntariado e da continuação do trabalho a nível formal e/ou informal no período da reforma e/ou velhice (realização de atividades e tarefas para outras pessoas - familiares, amigos, instituição, etc.) possibilitam um processo de envelhecimento ativo e produtivo dos/as residentes, no sentido de potenciar a qualidade de vida, a maximização das capacidades e potencialidades físicas e cognitivas das pessoas mais velhas para a realização de uma atividade e a manutenção das relações interpessoais, sendo também fatores protetores e de sucesso do processo de envelhecimento. (Gonçalves, 2015; Lima, 2017; Ribeiro & Paúl, 2018; Rowe & Kahn, 1997; Rowe & Kahn, 2000)

As atividades significativas e com valor social, desenvolvidas pela instituição ou por iniciativa dos/as próprios/as residentes (realizadas antes da integração e no projeto inovador) são sobretudo ao nível das tarefas com o cuidado da sua habitação, da continuação da sua

atividade profissional quer remunerada ou não (biscates, utilização da sua habilidade para uso próprio, da família e para a instituição, etc.), da realização de atividades para a instituição e familiares, de atividades desportivas, de atividades espirituais, de atividades de estimulação sensorial e cognitiva, de atividades sociais e culturais, e de atividades lúdico-recreativas.

Para além destas atividades e do voluntariado, que foi experienciado por poucos/as residentes (desempenhando trabalho voluntário nas áreas desportivas, festivas, culturais, religiosas e para a própria instituição e projeto inovador), a continuação do trabalho a nível formal e/ou informal no período da reforma e/ou velhice demonstra a necessidade das pessoas mais velhas aumentarem os rendimentos auferidos devido aos baixos vencimentos e reformas, mas também do desejo de manter as capacidades e competências ao longo da vida, e da necessidade de permanecerem ocupados, ativos e úteis. (Gonçalves, 2015; Ribeiro & Paúl, 2018; Rodrigues, 2018)

Este sentimento de utilidade social experienciado por alguns residentes é um fator protetor e determinante do processo de envelhecimento das pessoas mais velhas uma vez que estes se sentem úteis pois realizam atividades produtivas e ocupacionais e/ou de lazer, tais como a reciclagem e a jardinagem, e atividades e/ou tarefas que efetuam para a instituição e à família relacionadas com as suas habilidades e conhecimentos profissionais ou não. Esta utilidade promove o envolvimento e participação ativa destes residentes na sociedade e comunidade. (Rowe & Kahn, 1997; Rowe & Kahn, 2000)

No entanto, este sentimento de utilidade e envolvimento na sociedade e comunidade não se encontravam presentes em todos/as os/as residentes uma vez que alguns/mas, durante a sua vida e no período de velhice, não desempenharam continuamente um trabalho profissional ou atividades de ocupação devido a problemas de saúde e/ou ao aumento do nível de dependência e incapacidade que culminaram em baixas prolongadas ou reformas por invalidez e na inutilização do seu ofício e habilidades (quer profissionais, quer de conhecimentos/habilidades adquiridos/as durante a sua vida), provocando assim um sentimento de inutilidade sentido e verbalizado.

Outro fator protetor e de sucesso do processo de envelhecimento refere-se às relações interpessoais uma vez que o *ageing in place* das pessoas mais velha é influenciado também pelo desejo destas permanecerem próximas às suas redes de suporte social (quer informais quer formais), essenciais para manter os seus relacionamentos e contactos quando necessitam de apoio emocional e psicológico perante situações de *stress*, de trocas de informações, de apoio e assistência instrumental nas mais diversas situações (como por exemplo, ir às compras,

resolução de problemas, deslocações a lugares, desabafos, etc.). (Iecovich, 2014; Montenegro, 2017; Oliveira, 2019; Rowe & Kahn, 1997; Rowe & Kahn, 2000)

De um modo geral, verificamos que os/as residentes mantiveram as relações interpessoais (informais) após a sua integração no projeto inovador, nomeadamente através de contactos diretos pois os/as residentes são independentes para se deslocar ou visitar estas pessoas, mas também através de visitas, saídas, contactos telefónicos e por videoconferências. Estes contactos, até mesmo com familiares residentes no estrangeiro, possibilitaram a permanência dos laços relacionais.

Também é possível verificar que os/as residentes foram estabelecendo, ao longo do tempo, boas relações interpessoais com as funcionárias e equipa técnica do projeto inovador (rede de suporte formal), principalmente as pessoas mais velhas que possuem uma reduzida ou inexistente rede de apoio informal, sendo que são essencialmente estas pessoas que prestam esse apoio emocional e instrumental.

Para além destas relações interpessoais, um ponto emergente deste trabalho teve que ver com as relações de intimidade que os/as residentes mantinham, quer atuais quer passadas, nomeadamente entre casal de residentes, residentes que mantinham uma relação antes de integrarem as habitações e no residente que mantém uma relação com uma pessoa do exterior da resposta.

Estas relações de intimidade, necessárias durante a vida da pessoa, são baseadas na partilha (díade) do que é mais íntimo e pessoal de uma pessoa com outra, com base na confiança, no bem-estar e prazer, independente da existência ou não de uma relação sexual, sendo exprimida de forma diferente por cada pessoa (umas mais desinibidas que outras). Na velhice, as pessoas mais velhas experienciam perdas de algumas figuras íntimas (cônjuges/companheiros/as, amigos, colegas de trabalho, etc.) e perdas ou substituições dos seus papéis, sendo que após estas perdas, as relações de intimidade são predominantemente mantidas com familiares e filhos, amigos ou até mesmo com as funcionárias do projeto inovador. (Sousa, 2013)

Deste modo, as alterações ocorridas no processo de envelhecimento e a vivência nas habitações do projeto inovador levam a que as pessoas mais velhas necessitem de estabelecer comportamentos e estratégias de resolução de problemas (do dia-a-dia, de saúde, familiares, etc.), muito associados aos recursos e determinantes pessoais de cada residente, nomeadamente à capacidade de lidar com *stress*, à autoeficácia, à resiliência, à sabedoria, à autoestima, à satisfação com a vida, etc. Estas estratégias têm como objetivo adiar ou diminuir os efeitos dos fatores stressores, mas também visam desenvolver ações preventivas e corretivas para esses

problemas. (Kahana & Kahana, 1996; Kahana & Kahana, 2003; Oliveira, 2019; Rowe & Kahn, 1997; Rowe & Kahn, 2000) Neste sentido, é possível verificar que são os/as próprios/as residentes que resolvem os seus problemas, usando principalmente estratégias centradas nos seus recursos pessoais e emoções, de carácter paliativo e de regulação da sua resposta emocional, tais como a comunicação e o diálogo, a desvalorização e a não resolução do problema, a exaltação e até a agressão entre as partes envolvidas, comparativamente às estratégias de *coping* centradas no problema, mais de carácter instrumental, que têm como objetivo eliminar, reduzir ou lidar com o problema através de alterações de comportamentos e de estilos de vida. (Afonso, 2012)

Quando os/as residentes necessitam de apoio na resolução dos problemas ou para determinados problemas, como os de saúde, estes afirmam pedir ajuda à família, amigos, pessoas próximas e até às funcionárias do projeto, ou seja, o apoio das suas redes de suporte informal e formal.

Para além deste apoio, os/as residentes também usam como estratégias as modificações ambientais e das atividades, as modificações corretivas de diagnósticos de saúde e a utilização da tecnologia. Neste sentido, estas estratégias permitem às pessoas mais velhas manter ou melhorar as suas atividades de vida diária/rotinas diárias, a manutenção das relações informais e formais e das ligações que possuem entre si (família, amigos, pessoas próximas e funcionárias do projeto), entre outros. (Kahana & Kahana, 1996; Kahana & Kahana, 2003; Kahana, Kahana & Lee, 2014)

A tecnologia, para além de facilitar os contactos e a comunicação entre as pessoas mais velhas e as pessoas à sua volta, também foi usada como meio e recurso alternativo externo de suporte ao/à residente no sentido de melhorar o seu dia-a-dia, as suas atividades diárias, as atividades de ocupação e lazer, as deslocações e mobilidade e o apoio às necessidades físicas e psicológicas através dos eletrodomésticos, das tecnologias da informação, da tecnologia automóvel e das tecnologias de apoio (tais como produtos de apoio e outras gerotecnologias). (Fonseca, 2021; Kahana & Kahana, 1996; Kahana & Kahana, 2003; Montenegro, 2017)

Todos estes fatores e determinantes internos e externos descritos são recursos que potenciam o sucesso do processo de envelhecimento da pessoa mais velha. Contudo, verificamos que estes modelos analisados questionam o sucesso do envelhecimento nas pessoas mais velhas com incapacidades e/ou doenças crónicas e que não participaram ou já não conseguem participar no sistema produtivo, sendo que alguns/mas residentes deste projeto inovador, apesar das suas limitações e incapacidades atuais e/ou passadas, foram capazes de ajustar comportamentos e alterar planos para o período da reforma, bem como potenciar o

sentimento de utilidade, nomeadamente através da realização de atividades e ocupações aprazíveis (como por exemplo a reciclagem) e a sua saúde mental (como por exemplo no modo de lidar com a perda de um membro do corpo ou acidente que causou paraplegia).

Estes modelos também se revelam discriminadores, na medida em que excluem situações de desigualdade social, vulnerabilidade, risco e fragilidade social e económica, e situações de trauma e exposição à violência uma vez que dois dos residentes, antes de integrarem estas habitações, encontravam-se nestas situações de fragilidade. (Gonçalves, 2015; Rubinstein & Medeiros, 2015) Um destes residentes encontrava-se em situação de sem-abrigo, sem qualquer retaguarda ou rede de suporte informal, sendo que foi a instituição que apoiou e acompanhou o residente, tendo sido estabelecido um acordo entre as partes, onde o utente reside numa habitação do projeto inovador, realizando algumas tarefas (não remuneradas) para a instituição, tais como cortar a relva, lavar carrinhas, varrer folhas, etc. O outro residente encontrava-se numa situação de vulnerabilidade e violência resultado do processo de divórcio, onde era apoiado e acompanhado pelas assistentes sociais da instituição, que aconselharam e acordaram com o residente a sua integração numa habitação do projeto inovador. Este residente possui uma reduzida rede de suporte informal.

Neste sentido, o processo de envelhecimento destes residentes é influenciado pelos mesmos fatores e determinantes referidos anteriormente, contudo em termos de fatores protetores e preventivos ou comportamentos e estratégias de *coping*, estes dois residentes revelam significativas falhas, particularmente ao nível das redes de suporte informal (inexistente ou reduzida), ao acesso à educação (um dos residentes apenas sabe ler e escrever), à falta ou graves alterações no planeamento do seu futuro, ao baixo ou inexistente período de trabalho (biscates/pequenos trabalhos e acidente que impossibilitou a continuação no ativo) logo baixos rendimentos, e nas desajustadas estratégias de *coping* que ambos utilizam (uso da agressão ou insultos como resolução de problemas). (Kahana & Kahana, 1996; Kahana, Kahana & Lee, 2014; Rodrigues, 2018; Rowe & Kahn, 1997; Rowe & Kahn, 2000)

Por fim, este projeto inovador não se enquadra na totalidade no modelo de habitação *cohousing*, mas sim do *coliving*, uma vez que vários/as residentes habitam no seu espaço habitacional com outras pessoas mais velhas, sendo que são poucos os/as residentes que residem sozinhos ou com os seus cônjuges. (Almeida, 2022) Deste modo, consideramos que este projeto é uma adaptação e combinação desses conceitos às necessidades da população mais velha portuguesa, nomeadamente à daquele local/comunidade, no sentido de preservar os laços sociais e afetivos das pessoas mais velhas, manter essas pessoas autónomas e independentes, possuindo um suporte e/ou assistência profissional. (Almeida, 2022)

Capítulo 5. Conclusão

O envelhecimento da sociedade portuguesa é um fenómeno e uma realidade do presente, de tal forma que a pertinência deste tema tem sido objetivo de vários trabalhos e estudos científicos uma vez que este fenómeno provoca alterações sociais e societais, causando implicações nos sistemas de saúde, proteção social e económico, assim como sobre os equipamentos sociais.

Segundo Rodrigues (2018), num futuro não muito distante, a população portuguesa será caracterizada por um aumento da esperança média de vida, um envelhecimento mais acentuado nas pessoas mais velhas a partir dos 80 anos, mais territorializado, informado (maiores escolarizações) e predominantemente feminino, sendo que será mais diversa em termos étnicos, culturais e religiosos. Neste sentido, deverão ser promovidas alterações e ajustes às políticas públicas e sociais para fazer face a este fenómeno e às suas implicações, como por exemplo a proteção dos trabalhadores mais velhos, a formação ao longo da vida, o incentivo à promoção da saúde, a manutenção de um envolvimento ativo na sociedade, entre outros. Assim como no desenvolvimento de estratégias holísticas, diversificadas e consistentes de forma a adaptar as respostas e equipamentos sociais ao perfil dos seus utentes, respondendo às diversidades da população, das comunidades e dos indivíduos. (Rodrigues, 2018)

Estas soluções e mudanças beneficiarão com o envolvimento do Serviço Social uma vez que este, para além de compreender as problemáticas sociais e intervir nas mais diversas áreas, desempenha um importante papel profissional ao nível da mudança e bem-estar social, particularmente na sua intervenção com a população mais velha. (Ribeirinho, 2013) Os/as assistentes sociais têm a responsabilidade de promover e facilitar o processo de envelhecimento da população portuguesa, dando especial atenção ao desejo da pessoa mais velha de envelhecer na sua habitação e/ou comunidade (*ageing in place*). (Fonseca, 2021) Deste modo, estes profissionais são promotores da participação e audição da população mais velha aquando da criação e desenvolvimento de projetos inovadores voltados para o *ageing in place*, do empoderamento da população mais velha no acesso a direitos e melhores respostas e equipamentos sociais e são ainda responsáveis por dar voz às necessidades e dificuldades desta população perante entidades políticas e sociais.

O presente trabalho permitiu conhecer o projeto inovador, compreender como é que os/as residentes, as pessoas mais velhas, vivem e se relacionam, mas também analisar os efeitos (pessoais e sociais) deste projeto no processo de envelhecimento dos/as residentes, segundo as opiniões/perspetivas dos mesmos. Neste sentido, percebemos através dos/as residentes como é

que este projeto foi construído, quais são as suas características e como é descrita a comunidade e/ou localidade onde este se insere. Assim como analisamos o processo de envelhecimento dos/as residentes, nomeadamente a influência da perspetiva do/a residente sobre o seu período da reforma e da velhice, do processo de integração dos/as residentes nas habitações do projeto, da participação em atividades produtivas e/ou significativas de ocupação e lazer, do sentimento de utilidade social, do acesso aos cuidados de saúde, das relações interpessoais, da tecnologia e dos comportamentos e estratégias de resolução de problemas.

De um modo geral, os/as utentes que residem sozinhos/as e/ou com os seus cônjuges nas habitações deste projeto inovador revelam um envelhecimento bem-sucedido, na medida em que manifestam um processo de integração bem-sucedido, possuem uma participação relativamente assídua em atividades de ocupação e lazer aprazíveis e do seu interesse, mantêm as suas relações interpessoais e de intimidade, assim como preservam a sua liberdade, independência e participação nas rotinas diárias, demonstram um sentimento de satisfação, bem-estar, familiarização, inclusão, pertença e de utilidade para com este projeto inovador.

Este estudo torna-se pertinente para a investigação científica uma vez que identifica uma participação, ainda que reduzida, de um dos residentes na construção das habitações para este projeto, reconhecendo a importância desta participação no desenvolvimento de projetos inovadores que potenciam o *ageing in place* visto que os projetos inovadores dirigidos à população mais velha (quer de *cohousing* quer de *coliving*) beneficiarão muito mais com a participação e audição das pessoas mais velhas aquando dos processos de decisão para a criação e desenvolvimento deste tipo de projetos. Deste modo, visto que existem planos por parte da instituição de ampliar as habitações deste projeto inovador, consideramos importante que as pessoas mais velhas, quer residentes quer futuras residentes, possam ser ouvidas, nomeadamente ao nível do que menos gostam no projeto, como a partilha dos espaços habitacionais, visto ser um ponto menos apreciado relativamente às atuais habitações.

Em termos de limitações, este estudo seria potenciado pela complementaridade da observação e/ou observação participante, devido ao facto de procurar compreender de que forma estes fatores influenciam o dia-a-dia dos/as residentes, bem como perceber dinâmicas e importantes assuntos que possam ter sido esquecidos e/ou ignorados pelos/as residentes, visto que este estudo foi limitado às opiniões dos/as residentes, podendo ser uma mais-valia (futura) a participação das funcionárias e/ou equipa técnica do projeto. Possivelmente também, a realização de um estudo longitudinal com o objetivo de acompanhar o processo de envelhecimento destes residentes e analisar, comparando resultados, se estes fatores que

influenciam determinado/a residente se mantêm no tempo e se se mantêm o sucesso do processo de envelhecimento dos/as residentes.

Posto isto, o processo de envelhecimento dos/as residentes de projetos inovadores beneficiaria de uma maior análise e estudo pela comunidade científica pelo facto de ser uma realidade recente, por ser uma resposta inovadora e por necessitarmos de compreender a sua efetiva vantagem em promover o *ageing in place*, visto que, para desfrutarmos de um envelhecimento de sucesso, temos de atualmente desenvolver comportamentos e estratégias preventivas e corretivas nesse sentido.

Bibliografia

Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Cord.), *Manual de Gerontologia* (p. 163 – 176). Lidel.

Almeida, M. F. (2007). Envelhecimento: activo? bem sucedido? saudável? possíveis coordenadas de análise.... *Fórum Sociológico*, 17, 17 - 24. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1599>

Almeida, A. C. G. N. (2022). *Coliving: uma alternativa de residência para a população idosa*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa Braga]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/39893/1/203156021.pdf>

Amado, J., & Freire, I. (2017). Estudo de caso na investigação em educação. In João Amado (Ed.), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. (p. 123-145). Imprensa da Universidade de Coimbra. file:///C:/Users/Admin/Downloads/71-Book%20Manuscript-287-1-10-20200630.pdf

Amaro, S. (2015). *Visita domiciliária: Teoria e prática*. Porto Editora.

António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. I. Carvalho (Cord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 81-103). Pactor.

Atalaia, M. L. (2020). Lar aldeia, um projeto comunitário de envelhecimento ativo e saudável. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 25 (3), 285-294. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.118143>

Azevedo, M. S. A. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: Uma revisão integrativa* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10776>

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, 1 – 11. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bdnM8RKwk4xw8Vgvykd6Kjg/?format=pdf&lang=pt>

Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: Novos desafios aos sistemas de protecção: Protecção contra o "risco de velhice": Que risco?. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 15, 337-348. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/5307/1/Capucha%20Lu%20ads%20282005%29%20Sociologia%20Revista%20do%20Departamento%20de%20Sociologia%20da%20FLUP%20Vol.%20XV%20pp.%20337-348.pdf>

Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74, 113-131. <https://journals.openedition.org/spp/1479>

Carvalho, M. I. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In M. I. Carvalho (Cord.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 1-15). Pactor.

Carvalho, M. I. (2018). Serviço social e intervenção com idosos: Desafios atuais. In M. I. Carvalho, & C. Pinto (Cord.), *Serviço social: Teorias e práticas* (pp. 421-436). Pactor.

Chappell, N. L., Dlott, B. H., Hollander, M. J., Miller, J. A., & McWilliam, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist*, 44 (3), 389 – 400. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.389>

Coelho, M. (2019). *Segurança social- Passado, presente e futuro*. Vida Económica.

Correia, A., Pereira, E., & Costa, D. (2022). Uma década de políticas sociais de velhice em Portugal: Trajetórias e opções de 2006 a 2015. *Sociologia Online*, 29, 11-37, <https://doi.org/10.30553/sociologiaonline.2022.29.1>

Creswell, J. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (2ª ed.). Artmed. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod_resource/content/1/Creswell.pdf

Creswell, J. (2012). *Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. (4ª ed.). Pearson Education. <https://repository.unmas.ac.id/medias/journal/EBK-00121.pdf>

Creswell, J. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five approaches*. (3ª ed.). Sage Publications. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/CRESWELLQualitative-Inquiry-and-Research-Design-Creswell.pdf>

Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. (5ª ed.). SAGE Publications. https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf

Despacho do Conselho de Ministros nº 14/2024. (2024). Diário da República: série I, nº 9. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>

Direção-Geral da Segurança Social. (2022). Nomenclaturas - respostas sociais. https://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/DGSS_Nomenclaturas_2022.pdf/6c5552a8-0c10-4271-8092-dd0b60fe1e71

EAPN - Rede Europeia anti-probreza. (2020). *Boletim #5 Envelhecimento e Políticas Sociais: Que respostas e que futuro?*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-5-ENVELHECIMENTO-E-POL%C3%8DTICAS-SOCIAIS-EM-PORTUGAL.pdf>

Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*, 3ªed. Porto Alegre: Artmed/Bookman. https://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/necio_turra/PPGG%20-%20PESQUISA%20QUALI%20PARA%20GEOGRAFIA/flick%20-%20introducao%20a%20pesq%20quali.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://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/91/95>

Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place - envelhecimento em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian e Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa. <https://gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/>

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização* (5a ed.). Loures: Lusociência. https://www.academia.edu/42384751/O_processo_de_investigacao_C3%A7%C3%A3o_FORTIN

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024). *Carta social - rede de serviços e equipamentos - relatório 2022*. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2022.pdf/8f13f416-2d78-4ece-aff5-81ee62296043>

Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: Reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20 (2), 645 - 657. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>

Guedes, J. (2014). Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença - novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 183 - 219). Editora Coisas de Ler.

Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20 (1), 21 – 32. http://www.drustvo-antropologov.si/AN/PDF/2014_1/Anthropological_Notebooks_XX_1_Iecovich.pdf

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos – Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2023a). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-512-2541>

Instituto Nacional de Estatística. (2023b). *Estatísticas Demográficas – 2022*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=637357865&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2023c). *Taxa bruta de natalidade*. <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+bruta+de+natalidade-527>

Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18 – 40). Springer. https://www.researchgate.net/publication/232522002_Conceptual_and_empirical_advances_in_understanding_aging_well_through_proactive_adaptation

Kahana, E., & Kahana, B. (2003). Contextualizing successful aging: New directions in age-old search. In R. A. Settersten. (Ed.), *Invitation to the life course: A new look to the old age* (pp. 225 - 255). Baywood Publishing Company. https://www.researchgate.net/publication/284482244_Contextualizing_successful_aging_New_directions_in_an_age-old_search

Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60 (5), 466 – 474. <https://doi.org/10.1159/000360222>

Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it “Appeal More Than It Illuminates”? *The Gerontologist*, 55 (1), 26 – 33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>

Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto da Assembleia da República. (2005). Diário da República: Série I-A, n.º 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>

Lei n.º 83-A/2013, de 30 de dezembro da Assembleia da República. (2013). Diário da República: Série I, n.º 252/2013, 3º Suplemento. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/83-a-2013-423663>

Lewgoy, A. M. B., & Silveira, E. M. C. (2007). A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 6 (2), 233 – 251. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/2315/3245>

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento (s): Estado da arte*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0355-1>

Lima, P. A. T. (2017). *Envelhecimento bem-sucedido, competência na vida diária e recursos ecológicos: Um estudo em território mediantemente urbano do município de Viana do Castelo*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1939/1/Paula_Lima.pdf

Machado, P. (2007). Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento activo, pensando no envelhecimento em meio urbano. *Fórum Sociológico*, 17, 53 - 63. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1646>

Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Martinelli, M. L. (2012). O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In M. L. Martinelli (Org.), *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio* (p. 21-42). São Paulo: Veras.

Matias, P. (2017). “Ageing in place”: Reflexões sobre o conceito e desafios para Portugal. *“Espaços Construídos, Espaços Vividos,”* 1 (3), 77 – 85. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5315898/mod_resource/content/1/Ageing_in_place_Reflexoes_sobre_o_conce.pdf

Montenegro, A. C. (2017). *Envelhecimento bem-sucedido e participação social: Um estudo exploratório sobre iniciativas de base comunitária* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2016>

Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeísmo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadeismo-pdf.pdf

Moreira, J., Miguel, S., & Frade, A. (2022). Consentimento informado em pesquisa científica: o que devemos saber?. *Cadernos De Saúde*, 14 (2), 55-59. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11469>

Oliveira, J. I. S. (2019). *Envelhecimento bem-sucedido e envolvimento social: Um estudo em universidades sénior*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2425/1/Joana_Oliveira.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde*.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

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 (9), 2026 – 2059. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>

Pereira, C. (30 de maio de 2022). Dados do INE confirmam descida da idade da reforma no próximo ano. (Jornal de negócios online) <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/seguranca-social/detalhe/dados-do-ine-confirmam-descida-da-idade-da-reforma-no-proximo-ano>

Portaria nº 269/2023 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023). Diário da República: série I, nº 166. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/08/16600/0002500034.pdf>

Portela, T. M. P. (2022). *Perceções sobre a institucionalização em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. RepositoriUM. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/79583/1/Tatiana%20Melissa%20Pereira%20Portela.pdf>

Quaresma, M. L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – desafios do séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (3), 29 - 49. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30900/21382>

Quivy R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. (Coleção Trajetos). Lisboa: Gradiva.

Ribeirinho, C. (2013). Serviço social gerontológico: contextos e práticas profissionais. In M. I. Carvalho (Cord.), *Serviço social no envelhecimento* (p. 177-200). Lisboa: Factor.

Ribeirinho, C., Ferreira, F., & Carvalho, M. I. (2023). Políticas de cuidados para pessoas idosas em Portugal. In S.M.Teixeira, A. O. Alcântara, S. F. Silva & N. Soares (Org.), *Políticas sociais de cuidados de pessoas idosas em contextos nacional e internacional* (pp. 121-149).

Editora CRV. <https://www.editoracriv.com.br/produtos/detalhes/37926-politicas-sociais-de-cidadados-de-pessoas-idosas-em-contextos-nacional-e-internacional>

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2018). Envelhecimento ativo. In O. Ribeiro, & C. Paúl (Cord.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp. 2 - 13). Lidel.

Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rodrigues, L. D. S. (2022). *Modelos de cohousing como ferramenta para a construção de habitação sustentável*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Arquitetura da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/145142>

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433 - 440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9279031/>

Rowe, J., & Kahn, R. (2000). Successful aging and disease prevention. *Advances in Renal Replacement Therapy*, 7 (1), 70 - 77. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1073444900700082>

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology*, 70 (4), 593 - 596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>

Rubinstein, R. L., & Medeiros, K. (2015). "Successful Aging," gerontological theory and neoliberalism: A qualitative critique. *The Gerontologist*, 55 (1), 34 - 42. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu080>

ScottHanson, C., & ScottHanson, K. (2005). *The cohousing handbook revised edition: Building a place for community*. New Society Publishers. https://library.uniteddiversity.coop/Ecovillages_and_Low_Impact_Development/Cohousing/The_Cohousing_Handbook-Building_a_Place_for_Community.pdf

Silva, E. A. (2013). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, 12, p. 1-23. <https://journals.openedition.org/ras/740>

Silva, P. A. (2002). O modelo de welfare da europa do sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, problemas e práticas*, 38, 25-59. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/382/1/38.03.pdf>

Site do Centro Social Paroquial de São Jorge de Arroios. *República sénior*. <https://csp-arroios.pt/valencias/republica-senior/>

Site de Kollektivhuset Färdknäppen. *Färdknäppen is a house for people who have reached "the second part of life"*. <https://fardknappen.se/in-english-2/>

Sousa, A. (2013). *Intimidade e Sexualidade: Um estudo qualitativo com mulheres idosas*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1793/1/Ana_Sousa.pdf

Taquette, S., & Baixinho, C. L. (2020). A Investigação Qualitativa: Integração nos diversos campos do conhecimento e nos cuidados de saúde. *Millenium*, 2 (ed), 23-24. https://www.academia.edu/76456551/A_investiga%C3%A7%C3%A3o_qualitativa

Tavares, R. (2023, junho 6). *Recomenda ao Governo que atualize e aprove, com urgência, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. [Projeto de Resolução n.º 767/XV/1.ª]. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c32595338795954466b4e6a526d4f533077596a55774c5451344e575174595446684e6931684d7a466b597a51334e7a59344d4463755a47396a65413d3d&fich=2a1d64f9-0b50-485d-a1a6-a31dc4776807.docx&Inline=true>

Tummers, L. (2016). The re-emergence of self-managed co-housing in Europe: A critical review of co-housing research. *Urban Studies*, 53 (10), 2023 – 2040. DOI: 10.1177/0042098015586696

Valduga, T. (2022). As políticas de proteção social à pessoa idosa e a orientação para o serviço social em Portugal. *Revista Aprender – Revista da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre*, 43, 37-49. <https://doi.org/10.58041/aprender.152>

Veloso, E. (2008, junho 25-28). *A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002* [Apresentação de artigo]. VI Congresso Português de Sociologia “Mundos Sociais: Saberes e Práticas”, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. <https://associacaoportuguesasociologia.pt/vicongresso/pdfs/412.pdf>

World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

World Health Organization. (2017). *10 Priorities towards a decade of healthy ageing*. <https://www.silvereco.org/en/wp-content/uploads/2018/07/WHO-ALC-10-priorities.pdf>

Anexos

Anexo 1. Características sociodemográficas dos/as participantes nas entrevistas

Grupo etário	50 a 55 anos	7,1%
	56 a 60 anos	
	61 a 65 anos	
	66 a 70 anos	7,1%
	71 a 75 anos	
	76 a 80 anos	7,1%
	81 a 85 anos	50%
	86 a 90 anos	21,4%
	Total (%)	100%
Estado civil	Solteiro/as	21,4%
	Casado/as	21,4%
	Divorciado/as	14,3%
	Separados/as	
	Viúvo/as	42,9%
	Total (%)	100%
Naturalidade	Do concelho do projeto	50%
	Do distrito do projeto	21,4%
	Outras naturalidades	28,6%
	Total (%)	100%
Habilitações escolares	Não sabe ler, nem escrever	
	Sabe ler e escrever	7,2%
	Ensino básico 1º ciclo	71,4%
	Ensino básico 2º ciclo	21,4%
	Ensino básico 3º ciclo	
	Total (%)	100%
Número de filhos/as	Não tem filhos/as	21,5%
	1 Filho/a	14,4%
	2 Filhos/as	35,7%
	3 Filhos/as	7,1%
	4 Filhos/as	7,1%
	5 Filhos/as	7,1%
	Já teve filhos/as	7,1%
	Total (%)	100%

Profissões desempenhadas (CPP, 2011)	Grande Grupo 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	
	Subgrupo 1.1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, diretores e gestores de empresas	7,1%
	Total (%)	7,1%
	Grande Grupo 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio	
	Subgrupo 3.1 – Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio	7,1%
	Total (%)	7,1%
	Grande Grupo 4 – Pessoal administrativo	
	Subgrupo 4.1 – Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados	7,15%
	Subgrupo 4.2 – Pessoal de apoio direto a clientes	7,15%
	Total (%)	14,3%
	Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	
	Subgrupo 5.2 – Vendedores	7,15%
	Subgrupo 5.3 – Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares	7,15%
	Total (%)	14,3%
	Grande Grupo 7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	
	Subgrupo 7.1 – Trabalhadores qualificados da construção e similares, exceto electricista	42,9%
	Subgrupo 7.2 – Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares	7,15%
	Subgrupo 7.3 – Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares	7,15%
	Total (%)	57,2%
	Total (%)	100%

Anexo 2. Informação ao/à participante

Informação ao/à Participante

Projeto de investigação: “Viver num projeto de *cohousing*: Impacto nas experiências de envelhecimento bem-sucedido”

Pessoa Responsável pelo projeto: Flávia Vanessa Carvalho Martins

Orientadora do projeto: Prof.^a Doutora Joana Guedes

Contacto da pessoa responsável pelo projeto: 220124007@issp.pt ou 919825419

Este documento informa o/a participante sobre o estudo para o qual é convidado a participar, sendo livre para participar e/ou poder recusar ou abandonar em qualquer altura este estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os seus dados recolhidos, sem qualquer tipo de consequências ou prejuízo na assistência que me é prestada.

Projeto:

O projeto de investigação surge no âmbito do Mestrado em Serviço Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, sob orientação da Prof.^a Doutora Joana Guedes.

Este projeto tem como objetivos saber como é viver num projeto inovador e quais são os efeitos/consequências dessa experiência no seu envelhecimento, segundo a opinião e a perspetiva dos/as residentes.

Método:

Neste sentido, será convidado/a a participar numa entrevista, com duração aproximada de duas horas, sendo utilizado um telemóvel para gravação de áudio, que permitirá recolher da melhor forma a informação transmitida.

Privacidade, confidencialidade e proteção dos dados pessoais:

Estes dados recolhidos e a gravação áudio da entrevista são anónimos (não serão utilizados nomes nem qualquer informação que permita a identificação do/a participante) e têm exclusiva finalidade académica para a conclusão da dissertação de mestrado. Os dados pessoais serão divulgados no meio académico e científico.

Anexo 3. Consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Projeto de investigação: “Viver num projeto de *cohousing*: Impacto nas experiências de envelhecimento bem-sucedido”

Investigador/a Responsável: _____

(nome completo), declaro que expliquei ao/à participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, o projeto de investigação referido, incluindo os benefícios previstos, possíveis riscos/incómodos, custos ou compensações em resultado da participação neste projeto. Declaro ainda que foi entregue ao/à participante/representante legal, documento escrito com Informação ao Participante sobre este projeto e cópia do consentimento informado assinado.

_____ Data: ____/____/____

(assinatura do/a investigador/a)

Participante/Representante Legal:

Participante: _____(nome completo) (ou)

Representante Legal: _____(nome completo)

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que:

- Compreendi a explicação que me foi fornecida pelo/a investigador/a que assina este documento, sobre este estudo, nomeadamente os objetivos, método, benefícios previstos, possíveis riscos/incómodos, custos ou compensações em resultado da minha participação.
- Recebi o documento escrito com a Informação ao/à Participante relativo ao estudo.
- Tive oportunidade de solicitar todas as informações de que necessitei, tendo obtido resposta satisfatória.
- Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, poder recusar ou abandonar este estudo, bem como pedir a imediata eliminação de todos os meus dados recolhidos, sem qualquer tipo de consequências ou prejuízo na assistência que me é prestada.
- Declaro não estar a participar em nenhum outro projeto de investigação neste momento.

Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento

_____ Data: ____/____/____

(assinatura do participante/representante legal)

Anexo 4. Guião de entrevista semiestruturada

Código de identificação: _____ (letras alfabéticas)

Caracterização sociodemográfica:	
Género: _____	Data de nascimento: ____ / ____ / _____
Naturalidade: _____	
Habilitações escolares: _____	
Estado civil: _____	
Tem/ filhos? _____	teve
Qual foi a (s) profissão/ões mais impactante (s) ou a (s) desempenhou por mais tempo?	

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Apontamentos biográficos do período que antecedeu a entrada neste projeto inovador:

1. Durante a sua vida desempenhou atividades produtivas/ de ocupação e lazer? (associativismo, etc.) Fez voluntariado?
2. Manteve um estilo de vida saudável? (hábitos e consumos, saúde, exercício físico, capacidade de lidar com o stress, etc.)
3. Quando era mais novo/a imaginava como seria a sua velhice/reforma? Se sim, descreva-a?
4. Essa perspetiva/visão mudou? De que forma?
5. Como era a sua vida antes de integrar este projeto inovador? (o que fazia no seu dia-a-dia, onde morava, etc.)
6. Quem faz/fez parte do seu agregado familiar? Com quem vivia?
7. No seu dia-a-dia, com quem convivia? (familiares, amigos, vizinhos, etc.) Onde?

Projeto inovador:

8. Como ficou a conhecer este projeto inovador? (quando e por quem)
9. Participou no processo de criação e construção deste projeto? Se sim, de que forma? (fizeram-lhe perguntas sobre como queria que este projeto fosse e o que tivesse – dimensão/tamanho, equipamentos, acessibilidades, local, etc.)

10. Como foi a sua integração? (o que trouxe/pertences - mobiliário, etc.; quem o acompanhou – familiares, amigos, etc.; de onde veio – casa própria, casa dos filhos, etc.)
11. Existem áreas comuns que partilha com os outros residentes? Gosta que estes espaços sejam partilhados?
12. Beneficia de serviços da instituição (alimentação, higiene pessoal, etc.)? Quais?

Envelhecer neste projeto inovador:

13. Como é envelhecer nesta resposta? O que mais gosta? E o que menos gosta? (comparando com aquilo que imaginava)
14. Descreva o seu dia-a-dia? (atividades de lazer, tarefas da casa, exercício físico, etc.)
15. Participa em atividades/rotinas na comunidade? Se sim, descreva-as? (usa transportes públicos, igreja, concertos, teatro, festas, etc.; regularidade de participação)
16. Descreva a sua comunidade/freguesia? (local rural/urbano, transportes, acesso a serviços, etc.)
17. Como se sente nesta comunidade/ freguesia? Gosta de estar aqui?
18. Com quem se relaciona/convive? (familiares, amigos, residentes, vizinhos, etc.) Como mantém esse relacionamento? (visitas, telefonemas, saídas, etc.)
19. Mantém acesso a cuidados de saúde? Se sim, quais?

Efeitos:

20. Considera que esta resposta lhe traz saúde? De que forma? (física, mental/psicológica, bem-estar, etc.)
21. Considera que a tecnologia ajuda/melhora o seu dia-a-dia? Como? (telemóvel/tablet/camas articuladas/tecnologia médica/cadeiras elétricas/etc.)
22. Como reagiu/reage quando identifica um problema ou dificuldades (problemas do dia-a-dia, saúde, familiar, etc.)?
23. Como tenta resolvê-lo/lidar com ele? (seleção-otimização-compensação e/ou proatividade preventiva e corretiva)
24. As pessoas e as coisas mais importantes para si ajudam-no/ a a resolver/lidar com os problemas? De que forma?
25. Viver neste projeto ajuda-o/a a resolver/lidar com os problemas? De que forma?

26. Considera que viver neste projeto inovador tem ajudado nas suas capacidades sociais (acha que interage com mais pessoas aqui)
27. Acha que convive com mais pessoas estando a morar neste projeto?
28. Sente-se útil nesta comunidade/ freguesia? O que faz ou gostaria de fazer para se sentir útil? (autonomia/ dependência, participar em atividades, ir à missa à igreja da freguesia, cuidar do quintal, etc.)
29. Gostava que existissem mais respostas como este projeto?

Anexo 5. Codificação das entrevistas e dos dados pessoais de caracterização sociodemográfica dos/as residentes

Características sociodemográficas	Codificação
Género	1. Feminino
	2. Masculino
Grupo etário	1. 50 a 55 anos
	2. 56 a 60 anos
	3. 61 a 65 anos
	4. 66 a 70 anos
	5. 71 a 75 anos
	6. 76 a 80 anos
	7. 81 a 85 anos
	8. 86 a 90 anos
Naturalidade	1. Do concelho do projeto
	2. Do distrito do projeto
	3. Outras naturalidades
Habilitações escolares	1. Não sabe ler, nem escrever
	2. Sabe ler e escrever
	3. Ensino básico 1º ciclo
	4. Ensino básico 2º ciclo
	5. Ensino básico 3º ciclo
Estado civil	1. Solteiro/as
	2. Casado/as
	3. Divorciado/as
	4. Separados/as
	5. Viúvo/as
Número de filhos/as	1. Não tem filhos/as
	2. 1 Filho/a
	3. 2 Filhos/as
	4. 3 Filhos/as
	5. 4 Filhos/as
	6. 5 Filhos/as

7. Já teve filhos/as

Características sociodemográficas	Codificação
	Grande Grupo 1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos CPP 1
	Subgrupo 1.1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes superiores da Administração Pública, de organizações especializadas, diretores e gestores de empresas CPP 1, subgrupo 1.1
	Grande Grupo 3 – Técnicos e profissões de nível intermédio CPP 3
	Subgrupo 3.1 – Técnicos e profissões das ciências e engenharia, de nível intermédio CPP 3, subgrupo 3.1
	Grande Grupo 4 – Pessoal administrativo CPP 4
Profissões desempenhadas (CPP, 2011)	Subgrupo 4.1 – Empregados de escritório, secretários em geral e operadores de processamento de dados CPP 4, subgrupo 4.1
	Subgrupo 4.2 – Pessoal de apoio direto a clientes CPP 4, subgrupo 4.2
	Grande Grupo 5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores CPP 5
	Subgrupo 5.2 – Vendedores CPP 5, subgrupo 5.2
	Subgrupo 5.3 – Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares CPP 5, subgrupo 5.3
	Grande Grupo 7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices CPP 7

Subgrupo 7.1 – Trabalhadores qualificados da construção e similares, exceto eletricitista	CPP 7, subgrupo 7.1
Subgrupo 7.2 – Trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares	CPP 7, subgrupo 7.2
Subgrupo 7.3 – Trabalhadores qualificados da impressão, do fabrico de instrumentos de precisão, joalheiros, artesãos e similares	CPP 7, subgrupo 7.3
