



INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS SOCIAIS
E POLÍTICAS
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Ageing in Place: O Contributo das Respostas Sociais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário

Luana Patrícia Mendes dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gerontologia Social

Lisboa
2023

Ageing in Place: O Contributo das Respostas Sociais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário

Luana Patrícia Mendes dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gerontologia Social

Júri:

Presidente

- Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria de Campos Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Vogais

- Doutor António Manuel Godinho da Fonseca, Professor Associado da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Maria João Bernardo Bárrios, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora.

Lisboa
2023

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, a professora Maria João Bárrios, pelo apoio constante, pela dedicação, empatia e profissionalismo com que sempre me encheu os dias de tutoria e acompanhamento.

Aos meus avós Amélia e Manuel, que sempre foram pais, por me terem dado todas as bases da vida, por me incentivarem a ser melhor, a seguir os meus sonhos e a conquistar novos desafios para ser uma pessoa melhor. E principalmente pelo amor que nunca faltou neste processo.

Aos meus padrinhos pelo apoio que sempre me deram ao longo do meu percurso académico e pessoal.

Aos meus colegas de mestrado, mas principalmente às minhas companheiras de mestrado que se tornaram amigas, Mária e Inês, sem vocês teria sido uma jornada complexa. Obrigada pelo caminho que construímos juntas nestes dois anos desafiantes.

Aos meus amigos Bianca, Filipa, Lúcia, Inácio, Mariana, Pratas, Bruno, Iara e Gonçalo... Por nunca faltarem com a amizade como ela deve ser, com uma palavra amiga, o incentivo e a confiança que depositaram em mim para eu conseguir completar este sonho.

À instituição que me proporcionou a realização das entrevistas, mas sobretudo, aos idosos que aceitaram participar no meu estudo, pois sem eles nada disto teria sido possível.

A todos os mencionados e aqueles que direta e indiretamente fizeram parte deste caminho árduo mas recompensador, o meu sincero obrigado!

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AiP – *Ageing in Place*

AVD – *Atividades de Vida Diária*

ABVD – *Atividades Básicas da Vida Diária*

AIVD – *Atividades Instrumentais de Vida Diária*

CD – *Centro de Dia*

SAD – *Serviço de Apoio Domiciliário*

UE27 – *27 países da União Europeia desde 2020*

RESUMO

O envelhecimento da população é um marco significativo na sociedade contemporânea. No entanto, se por um lado decorre da melhoria das condições sociais e de saúde, por outro, imprime desafios para os Estados e comunidades. O aumento do número de pessoas com patologias, vulnerabilidade e dependência, bem como a heterogeneidade à medida que a idade avança, desafia as respostas sociais dirigidas às pessoas mais velhas. Acresce ainda o desejo das pessoas em envelhecer em casa e na comunidade, preservando os laços, memórias e vínculos, tal como preconiza o conceito de *ageing in place*. Neste enquadramento, sobressaem as respostas sociais de centro de dia e serviço de apoio domiciliário, passíveis de evitar a institucionalização não desejada.

Esta pesquisa teve como objetivo *analisar o contributo de respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia para a promoção do Ageing in Place, na perspetiva de utilizadores com 65 e mais anos*. Através de uma metodologia qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aplicadas a pessoas mais velhas que frequentam estes dois tipos de resposta numa instituição. Concluiu-se que os entrevistados consideram que ambas as respostas sociais permitem às pessoas mais velhas evitar a institucionalização, satisfazer as suas necessidades básicas e até de socialização e interação, possibilitando que as pessoas continuem a realizar as suas vidas sem ter que estarem integradas numa estrutura residencial com rotinas e imposições próprias das instituições. No entanto, reconhecem a necessidade de efetuarem adaptações nas habitações, a melhoria de serviços e dinamização de mais atividades.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; *ageing in place*; respostas sociais; centro de dia; serviço de apoio domiciliário.

ABSTRACT

Population ageing is a significant milestone in contemporary society. However, if on the one hand it is the result of improved social and health conditions, on the other it poses challenges for states and communities. The increase in the number of people with pathologies, vulnerability and dependency, as well as heterogeneity as age progresses, challenges social responses aimed at older people. In addition, people want to grow old at home and in the community, preserving ties, memories and bonds, as advocated by the concept of ageing in place. In this context, the social responses of day centres and home support services stand out, as they can prevent unwanted institutionalisation.

The aim of this research was to analyse the contribution of home care and day care services to promoting Ageing in Place, from the perspective of users aged 65 and over. Using a qualitative methodology, semi-structured interviews were carried out with older people who attend these two types of centre in an institution. It was concluded that the interviewees consider that both social responses allow older people to avoid institutionalisation, to satisfy their basic needs and even those of socialisation and interaction, enabling people to continue to lead their lives without having to be integrated into a residential structure with pro-active routines and impositions.

KEY-WORDS: ageing; ageing in place; social responses; day centre; home support service.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA.....	11
1.1. Envelhecimento Demográfico.....	12
1.2. Processo de Envelhecimento Individual.....	13
1.3. Desafios do Processo de Envelhecimento.....	15
1.4. Respostas às necessidades do processo de envelhecimento.....	18
1.5. <i>Ageing in Place (AiP)</i>	23
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	32
2.1. Objetivos.....	32
2.2. Modelo de Análise.....	32
2.3. Recolha de Dados.....	33
2.4. Análise de Dados.....	36
APÊNDICES.....	68
Apêndice I – Guião de Entrevista.....	68
Apêndice II – Consentimento Informado.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Características das "Comunidades Habitáveis"	29
Figura 1 - Modelo de Análise.....	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Índice de envelhecimento na União Europeia e Portugal, em % (2018-2022)	13
Tabela 2- Anos de vida saudável aos 65 anos, por sexo (2016-2020)	16
Tabela 3 - Capacidade das Respostas Sociais de CD no Distrito de Setúbal (2021)	34
Tabela 4 - Categoria e temas da análise de conteúdo (I).....	37
Tabela 5 - Categoria e temas da análise de conteúdo (II)	37
Tabela 6 - Categoria e temas da análise de conteúdo (III)	37
Tabela 7- Patologias dos entrevistados em CD	40
Tabela 8- Patologias dos entrevistados em SAD.....	45
Tabela 9- Tipos de serviço prestados aos entrevistados em CD	50
Tabela 10- Tipos de serviços prestados no SAD.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Sexo dos entrevistados no CD	38
Gráfico 2- Última profissão dos entrevistados no CD	39
Gráfico 3- Condição de saúde dos entrevistados no CD	40
Gráfico 4- Sexo dos entrevistados em SAD	43
Gráfico 5- Condição de saúde dos entrevistados em SAD.....	44
Gráfico 6- Tempo de Frequência no CD.....	49
Gráfico 7- Avaliação dos entrevistados sobre os serviços prestados no CD.....	51
Gráfico 8- Avaliação dos entrevistados sobre os serviços prestados no SAD	53

INTRODUÇÃO

A Europa foi vastamente confrontada no século XX com uma alteração das estruturas populacionais, no que concerne à contração da base e ao alargamento do topo da pirâmide etária, que se traduz no fenómeno do envelhecimento demográfico. Este duplo envelhecimento deveu-se, por um lado, à redução da natalidade e fecundidade, que proporcionou uma diminuição do número de crianças de jovens. Por outro lado, a melhoria das condições de vida e cuidados de saúde proporcionaram uma redução da mortalidade em todas as idades, com conseqüente crescimento da esperança de vida e longevidade, aumentando o número de pessoas mais velhas (Fernandes, 2016). O contexto nacional não foi exceção, considerando que a população portuguesa se tornou mais envelhecida do que no passado não muito distante (Rosa, 2012), alcançando em 2022 a segunda maior proporção de pessoas com 65 ou mais anos da UE27, segundo dados do Eurostat.

O processo de envelhecimento é marcado por largas transformações biopsicossociais no indivíduo, através de uma redução da funcionalidade. Envelhecer é uma condição universal, incontornável e irreversível, que susceptibiliza o indivíduo para a doença e possível desenvolvimento de incapacidade e dependência (Almeida, 2014). Estas considerações justificam que, com o avançar da idade, as pessoas mais velhas possam requerer um acompanhamento mais permanente, necessitando de cuidados sociais e de saúde. Neste contexto de necessidades, a família é o principal recurso nos cuidados aos idosos já que, no passado, a familiarização dos cuidados era preponderante nesta esfera da sociedade (Soeiro, 2022). Todavia, as alterações nas dinâmicas, estruturas e relações familiares podem comprometer esses moldes de prestação de cuidados (Gil, 2022). Neste enquadramento, torna-se necessário repensar a prestação de cuidados aos mais velhos além do seio familiar, no sentido das respostas sociais apoiarem a população (Soeiro, 2022).

Nas últimas décadas, conseqüente do crescimento da longevidade, temos assistimos a uma maior procura de respostas institucionais, dirigidas sobretudo a pessoas muito velhas (80+ e 90+) e com graves problemas de saúde (GEP, 2023). Contudo, a longevidade acarreta também uma maior heterogeneidade das pessoas que envelhecem, com experiências de envelhecimento diversas (Yang, Dolega & Darlington-Pollock, 2023). Na perspectiva de “modernização do envelhecimento”, os desafios do envelhecimento requerem novas orientações, devido à complexidade decorrente da evolução das sociedades, com mudanças sociais, económicas e

culturais (Phillipson, 2013). Neste enquadramento, a literatura evidencia a preferência das pessoas mais velhas em permanecerem nas suas casas. Para isso, é necessário que as respostas colmatam as reais necessidades dos indivíduos numa visão holística, de forma a evitar a institucionalização precoce ou não desejada (Pynoos et al., 2008). Considerando a baixa proporção de pessoas mais velhas a viver em instituições em Portugal (Azevedo, 2020), torna-se importante encontrar respostas inovadoras, que acompanhem de modo eficiente a evolução das necessidades de envelhecer em casa e na comunidade. A adequação destas respostas em muito beneficia do desenvolvimento de estudos sobre as configurações, necessidades e desafios do envelhecimento no domicílio, no âmbito da Gerontologia Social, enquanto campo de investigação que se dedica a compreender e analisar a forma como a sociedade tende a perceber, contribuir e relacionar as pessoas mais velhas (Putney et al., 2005; Vasunilashorn et al., 2012).

Considerando a evolução das características das pessoas mais velhas, com novas exigências e necessidades, reconhecemos a importância de perceber como estas respostas sociais podem ser repensadas, de forma a contribuir para que as pessoas possam envelhecer nas suas casas (Fonseca, 2020). No conjunto de respostas sociais dirigidas às pessoas mais velhas em Portugal, o serviço de apoio domiciliário (SAD) e o centro de dia (CD) apresentam as configurações que mais podem adiar a institucionalização. Contudo, há uma crescente necessidade de estas respostas serem mais capacitadas, no que concerne à prestação de serviços e recursos humanos (Fonseca, 2020). Assim, a pergunta de partida da pesquisa é: *de que forma as respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia podem ser promotoras do envelhecimento no domicílio?*”.

Entre as orientações mais positivas para responder aos desafios do envelhecimento, o conceito de *Ageing in Place (AiP)* conquista um interesse crescente na literatura da Gerontologia Social, ao suportar a possibilidade de as pessoas envelhecerem na sua casa e na sua comunidade (Fonseca, 2021; Pynoos et al., 2008). Neste sentido, realizámos uma pesquisa com o objetivo de *analisar o contributo de respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia para a promoção do Ageing in Place, na perspectiva de utilizadores com 65 e mais anos*. Para a realização da pesquisa seleccionámos um SAD e um CD num município português.

A presente dissertação encontra-se organizada sob a forma de quatro capítulos. Inicialmente apresenta-se a componente teórico-conceitual que inscreve o objeto na

Gerontologia, em termos de envelhecimento demográfico, envelhecimento individual, desafios dele decorrentes, respostas sociais e conceito de *AiP*. No capítulo 2 descreve-se a metodologia com um cariz explicativo relativamente às fases do trabalho para a efetivação da conceção prática e analítica da pesquisa. Posteriormente, descrevem-se detalhadamente os resultados no capítulo 3, que serão discutidos no capítulo 4. Por fim, encontram-se explanadas as principais considerações finais de toda a pesquisa, bem como o contributo para o campo científico da Gerontologia.

CAPÍTULO I – REVISÃO DE LITERATURA

A Gerontologia é a ciência que estuda o processo de envelhecimento dos indivíduos a nível biológico, psicológico e social, considerando também todos os fatores inerentes às pessoas mais velhas (Birren, 1996, as cited in Câmara, 2015). Segundo Fontoura et al. (2015), esta área de estudo abrange três grandes teorias: Teoria do Desengajamento, Teoria da Atividade e Teoria da Continuidade que, apesar de distintas, ao longo do tempo permanecem centrais no estudo do envelhecimento. Cientificamente, caracteriza-se pela sua abordagem multidisciplinar, envolvendo as ciências biológicas, psicológicas e sociais no estudo do processo de envelhecimento (Birren, 1996, as cited in Câmara, 2015). A nível biológico, está associada às modificações presentes no próprio organismo do indivíduo e às limitações da longevidade do mesmo e à biogerontologia. A vertente psicológica refere-se às funções mentais dos idosos, como a memória, a aprendizagem e a personalidade, ligada à psicogerontologia. O âmbito social é relativo às transformações nos papéis sociais dos idosos na sociedade onde estão inseridos, remontando-se à sociologia para a sua análise.

A Gerontologia Social, além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, dedicando-se igualmente às consequências sociais desse processo, assim como às ações sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento (Férrandez-Ballesteros, 2009). O estudo do envelhecimento pressupõe ainda uma relação da pessoa com o meio onde se encontra inserido, destacando-se três teorias: *ecological theory of aging*, *social-physical place over time* e teoria *insideness* (Nascimento, 2019).

O objeto da presente dissertação inscreve-se no âmbito da Gerontologia Social, implicando um quadro teórico em que assenta a pesquisa que aqui se apresenta. Depois da descrição da problemática que emerge do envelhecimento demográfico e consequente necessidade de cuidados, a pesquisa encontra suporte no conceito de *AiP*, como paradigma teórico capaz de orientar respostas que melhorem o processo de envelhecimento.

1.1. Envelhecimento Demográfico

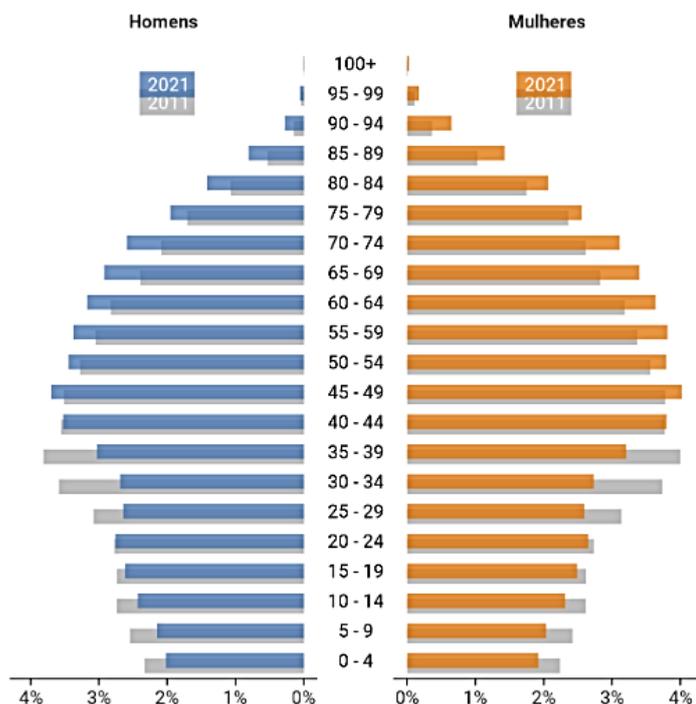
A população mundial tem vindo a sofrer modificações na sua estrutura, que incluem substancialmente o fenómeno do envelhecimento demográfico. Foi ainda no decorrer do século XX que a Europa assistiu a este fenómeno denominado de “duplo envelhecimento” (Rosa, 2012) onde se verificava o estreitamento da base das pirâmides etárias e o alargamento do topo (Fernandes, 2016). Este é um marco significativo nas sociedades contemporâneas, revelando grandes avanços na área médica, bem como nas condições sociais das pessoas, definindo-se como uma evolução significativa de importância estatística do grupo etário com idades mais avançadas e, antagonicamente, da redução dos mais jovens (Rosa, 2020).

O aumento do número de pessoas mais velhas é explicado por, ao longo do tempo, ter ocorrido um crescimento da longevidade e da esperança de vida nas pessoas, derivado sobretudo do desenvolvimento e aperfeiçoamento dos cuidados médicos e ainda da melhoria das condições sanitárias (Almeida, 2012). Já a redução do número de crianças e jovens, é explicado pela redução da natalidade e fecundidade, decorrente de evolução de dinâmicas sociais e económicas (Fernandes, 2016).

Portugal apresenta uma das populações mais envelhecidas da Europa. Segundo os dados do Eurostat, em 2022 a proporção de pessoas com 65 e mais anos era a segunda maior da UE27 (23,7%), sendo apenas superada pela Itália (23,8%). Já na base da pirâmide, a proporção de crianças e jovens (0-14 anos), no mesmo ano, era a segunda menor da UE27 (12,8%), também a seguir à Itália (12,7%). Este envelhecimento da estrutura etária em Portugal tem vindo a intensificar-se ao longo da última década (figura 1). Segundo os dados dos Censos de 2021, a população jovem (0-14 anos) reduziu 13,5% face a 2011. Por seu turno, em 2021 23,4% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos, tratando-se de um aumento de 20,6% face aos censos de 2011.

A relação entre a população idosa e a população jovem é evidenciada pelo índice de envelhecimento que, ainda de acordo com os dados do INE, tem crescido ao longo dos anos. Em Portugal, passámos de 128 idosos por cada 100 jovens em 2011 para 182 idosos por cada 100 jovens em 2021. Em 2021, Portugal mantinha um índice de envelhecimento superior à média da UE27, valor que já se mantinha elevado pelo menos desde 2018 (tabela 1).

Figura 1- Estrutura etária da população portuguesa (2011-2021)



Fonte: INE (2022)

Tabela 1- Índice de envelhecimento na União Europeia e Portugal, em % (2018-2022)

Anos	Índice de envelhecimento	
	UE27	PT - Portugal
2018	⊥ 127,9	160,5
2019	⊥ Pro 130,0	166,3
2020	⊥ Pro 132,2	172,5
2021	⊥ Pro 134,7	178,4
2022	Pro 137,2	183,5

Fonte: PORDATA (2023)

1.2. Processo de Envelhecimento Individual

Na sua globalidade, o envelhecimento é um processo subjacente aos indivíduos, relacionado com as transformações físicas. O envelhecimento biológico perpetua uma vulnerabilidade no indivíduo em relação aos organismos internos e externos, já que o ser humano é composto por células, que envelhecem à medida que o tempo passa, perdendo a sua capacidade de regeneração (OMS, 2015). Assim, poderá ocorrer uma diminuição na funcionalidade das pessoas à medida que envelhecem, relativa não apenas às funções do corpo

e mobilidade física, mas também à participação e atividades de vida diária (AVD) (Fontes et al., 2010). Estas alterações, que se conceptualizam por senescência, não sendo esta uma doença, mas sim um processo contínuo e irreversível e um estado funcional, suscetibilizam o indivíduo para determinadas doenças. No entanto, os órgãos e sistemas fisiológicos de cada pessoa deterioram-se de formas e tempos diferentes, distinguindo-se a singularidade de cada um no processo de envelhecimento (Almeida, 2012; Nunes de Moraes et al., 2010).

Inevitavelmente, uma maior longevidade leva a um maior número de condições específicas ao envelhecimento, entre as quais doenças crônicas e comorbidades, que representam um grande desafio não apenas para os indivíduos e famílias, mas também ao nível económico e dos sistemas de saúde (Midão et al., 2021).

Na sequência da redução de funcionalidade, um indivíduo pode encontrar-se em situação de pré-fragilidade, quando está perante episódios relacionados com quedas, hospitalizações e baixa qualidade de vida (Midão et al., 2021). A fragilidade é caracterizada como uma redução nas reservas fisiológicas e evidenciada pela perda de resistência a determinadas variantes, resultante de um *déficit* relacionado com o próprio processo de envelhecimento (Midão et al., 2021). Na visão de Botelho e Branco (2022 p. 47), a fragilidade física é entendida como “(...) uma condição clínica de origem multidimensional em que há redução das reservas fisiológicas e dos mecanismos de compensação, e que confere vulnerabilidade”.

O envelhecimento biológico propicia a entrada da pessoa em situações de vulnerabilidade, quer em termos de condições de saúde quer no âmbito social. A vulnerabilidade é um conceito entendido como algo ou alguém que é suscetível de ser ofendido, atacado ou prejudicado, tendo a sua autodeterminação condicionada (Barchifontaine, 2006). Para Schröder-Butterfill e Marianti (2006), a vulnerabilidade é o resultado de interações complexas de riscos, essencialmente de se estar face a uma ameaça e não existir meios para lidar com a mesma.

1.3. Desafios do Processo de Envelhecimento

Problemas socioeconómicos

Segundo Santos (2008), o envelhecimento acarreta questões sociais significativas na vida dos indivíduos que se prendem, entre outras, pela passagem de uma vida ativa para um momento mais estagnado, com a entrada na reforma. Esta condição resulta numa perda de estatuto social que, posteriormente, se revela através da diminuição das relações e interações sociais que o indivíduo estabelece (Lopes, 2010). Na visão de Silva (2006), a reforma pode ainda estar associada a privação do seu reconhecimento social e profissional. Além disso, como refere Ribeirinho (2005), podem surgir problemas económicos, que progressivamente, podem levar ao isolamento e marginalização dos indivíduos face à sociedade, não tendo um carácter universal, dado que muitos idosos preservam a sua vida ativa após a reforma (Lopes, 2010).

O aumento da longevidade dos indivíduos permite que os mesmos obtenham regalias que no passado não eram atingíveis. A reforma é hoje vista como um direito e a que cada vez mais pessoas têm acesso. Não obstante, esta categorização é recusada por razões diversas, que estão associadas maioritariamente a um cariz económico, já que, existe uma grande quebra nos rendimentos dos reformados, existindo então idosos com baixos recursos económicos (Fonseca, 2016).

Esta fase da vida acarreta mudanças na vida dos indivíduos que os obriga a adaptar a sua situação, realçando que cada pessoa apresenta percursos distintos entre si, podendo gerar disparidades no acesso a algumas condições. Quer isto dizer que, perante a condição económica dos indivíduos, existem limitações subsequentes na forma como podem aceder a determinados serviços que necessitem, como é o caso das respostas sociais. Assim, os baixos recursos são uma condicionante que gera implicações no acesso a serviços de apoio (Fonseca, 2016).

Declínio do estado de saúde

A saúde é internacionalmente definida como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1978, p.1). Em contrapartida, a doença é vista como um acontecimento do foro orgânico e biológico, cuja sua materialização resulta em alterações anatómicas ou fisiológicas num indivíduo (Praça, 2012). Ambas as

condições não são estanques, mas sim sujeitas a alterações que requerem constantes avaliações (Lopes et al., 2012). No estudo de Barros et al. (2013), cerca de 46,8% das pessoas idosas participantes consideravam a sua saúde má ou muito má, em detrimento das 13,8% que consideravam o seu estado de saúde bom ou muito bom. Segundo os dados do Eurostat, em 2022, a proporção de portugueses com 65 e mais anos que avaliava a sua saúde como boa ou muito boa (16,5%) era a terceira mais baixa da UE27 (39,1%), apenas superior à Lituânia (11,5%) e Letónia (13,3%). Por sua vez, a proporção de portugueses com 65 e mais anos que avalia a sua saúde como má ou muito má (30%) era a quarta maior da UE27 (19%), superada pela Estónia (30,6%), Letónia e Eslováquia (33,4%) e Croácia (33,7%).

Cada vez mais, as pessoas com 65 e mais anos tendem a ser mais saudáveis ao nível europeu. No entanto, em Portugal, embora a esperança de vida aos 65 anos (EV65) seja superior à UE27, o número de anos de vida saudável aos 65 anos (AVS65) é menor, em ambos os sexos (tabela 2). O aumento da esperança de vida os 65 anos não contraria o facto de, em contexto nacional, existirem cerca de 110355 pessoas com dependência nas suas atividades diárias nos seus domicílios (Araújo et al., 2021).

Tabela 2- Anos de vida saudável aos 65 anos, por sexo (2016-2020)

Anos	Homens				Mulheres			
	UE27		Portugal		UE27		Portugal	
	AVS65	EV65	AVS65	EV65	AVS65	EV65	AVS 65	EV65
2016	9,7	18,1	7,7	18	10,0	21,7	6,4	21,8
2017	9,7	18,1	7,9	18,3	10,0	21,5	6,7	22,1
2018	9,8	18,1	7,8	18,2	10,0	21,6	6,9	22,0
2019	10,2	18,3	7,9	18,5	10,4	21,8	6,9	22,3
2020	9,5	17,4	8,4	17,8	10,1	21,0	7,1	21,6
2021	9,5	17,3	8,4	18,3	9,9	20,9	7,4	22,0

Fonte: Eurostat

Limitações associadas à redução da funcionalidade, estados de fragilidade e aumento da vulnerabilidade

A vulnerabilidade na pessoa idosa gera uma série de complicações próprias, que remetem para condicionantes na realização das atividades do dia-a-dia, aqui entendidas como AVD. Segundo a *American Geriatrics Society* (Sant' Helena et al., 2020), por atividades básicas da vida diária (ABVD) entende-se as tarefas gerais do quotidiano de um indivíduo como: alimentar-se, vestir-se, tomar banho, fazer transferências da cama para a cadeira e vice-versa e

ainda ter continência. Já as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) incluem atividades mais complexas, que implicam alguma independência à pessoa, nomeadamente, cozinhar, limpar a casa ou usar o telemóvel ou transportes públicos (Sant' Helena et al., 2020).

Para perpetuar as suas rotinas, é necessário que a pessoa mantenha a sua funcionalidade, que é descrita como “a capacidade de a pessoa realizar as atividades relacionadas com o seu autocuidado, as atividades necessárias à sua independência e as atividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva” (Sequeira, 2018, p. 49). Assim, esta é associada não só à subsistência do indivíduo, mas também ao fator relacional e de participação social (Ministério da Saúde, 2006). Também a perspetiva de Fillenbaum (1996) remonta à funcionalidade dos indivíduos como a sua autossuficiência no quotidiano. No entanto, esta apresenta uma tendência para o declínio, sendo focalizada na saúde como a capacidade que cada um tem para cuidar de si mesmo e tomar as suas próprias decisões, de forma a viver plenamente (Botelho, 2014).

Apesar da necessidade gradual dos indivíduos manterem a sua funcionalidade à medida que envelhecem, o aumento da longevidade proporciona uma tendência crescente de limitações, que padecem de investimento nas políticas de saúde, como forma de manutenção da capacidade funcional dos indivíduos mais velhos, para que possa ser possível uma maior prevenção e perceção das doenças crónicas (Veras, 2012).

Aumento da prevalência de doenças crónicas

O alongamento do tempo de vida conduz a um aumento de doenças crónicas, devido ao tempo suficiente para se desenvolverem e aos comportamentos de risco. Estas doenças são verdadeiras provocadoras de incapacidade e morte precoce estudos (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020). A literatura aponta sobretudo doenças cardiovasculares, neoplasias, pulmonares e metabólicas. No estudo de Barros et al. (2013) o recurso à utilização de serviços de saúde mostra um aumento na prevalência de doenças crónicas associado ao avançar da idade, como é o caso da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*.

As doenças crónicas têm uma evolução gradual e prolongada de sintomas, sendo tendencialmente incapacitantes, afetando as funções fisiológicas e psicológicas do indivíduo. Embora manifestem uma limitação clara face à vertente curativa, é possível controlar ou corrigir, de forma a diminuir os seus efeitos no quotidiano da pessoa afetada (Ministério da

Saúde, 2006). Além disso, são maioritariamente motivadas por um conjunto de fatores decorrentes dos comportamentos e estilos de vida adotados pelos próprios indivíduos (Coelho et al., 2019). Tais doenças limitam o quotidiano dos indivíduos e impactam negativamente na qualidade de vida, principalmente dos mais velhos. Segundo Alharbi et al. (2020), os homens apresentam uma maior prevalência de doenças cardiovasculares, enquanto as mulheres possuem mais doenças do foro ortopédico e respiratório.

Incapacidade e Dependência

A redução da funcionalidade e as limitações que dela decorrem poderão gerar incapacidade na pessoa idosa. Por sua vez, a progressão da incapacidade poderá culminar em situações de dependência. A dependência é descrita como:

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária” (Ministério da Saúde, 2006, p. 3857).

Segundo Sequeira (2018), a dependência é resultado do declínio funcional da pessoa, derivado sobretudo do surgimento de doenças, estando inteiramente associado a polimedicação, má alimentação ou até inadaptação do espaço. Para o autor, é possível medir o conceito através de uma avaliação incidente sobre as ABVD ou AIVD. Por sua vez, a independência é “a capacidade de realizar funções relacionadas à vida diária, ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade com pouca e/ou nenhuma ajuda de outras pessoas” (WHO, 2002, p.13).

1.4. Respostas às necessidades do processo de envelhecimento

Os problemas decorrentes do envelhecimento biológico exigem serviços a vários níveis, cada vez mais inovadores, para que respondam de forma adequada às necessidades das pessoas (Bárrios et al., 2020). É importante ressaltar o reconhecimento de todas as esferas que compõem a prestação de cuidados de apoio às pessoas mais velhas dependentes, distinguindo de imediato o âmbito informal (família) e institucional (respostas sociais) (Jacob, 2012).

Redes de Suporte Social Informal

As redes de suporte social podem ser entendidas como “(...) um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que os nós podem ser pessoas, grupos, empresas ou outras instituições” (Wellman, 1981, as cited in Guadalupe, 2016, p. 50). De acordo com Bronfenbrenner (1996) as cited in Guadalupe (2016,p. 53) “(...) cada indivíduo é influenciado de forma significativa pela interação com o número vasto de subsistemas sobrepostos”.

Na visão de Erickson (1975), as redes pessoais de um indivíduo abrangem dois grandes domínios: o de amizade, onde estão integrados os amigos, vizinhos e até colegas; e o de serviço, onde constam aqueles que perpetuam um apoio mais estrutural, como é o caso do assistente social, o médico ou o psicólogo (Guadalupe, 2016). Por fim, pode existir uma categorização relativamente ao tipo de rede de suporte, conforme o seu grau e tipo de relação existente, podendo ser as redes primárias e secundárias (Guadalupe, 2016).

Por rede de suporte informal entende-se os indivíduos que se encontram em mútua interação, alheios a um ambiente institucional (Lacroix, 1990, p.79, as cited in Guadalupe, 2016). Neste tipo de rede, a afetividade é um ponto fundamental, pois não existe uma imposição no interior da relação, sobrepondo-se o dinamismo (Guadalupe, 2016).

A família constitui-se como o elemento central, uma vez que detém de duas características fundamentais: estabilidade temporal e caráter de permanência (Guadalupe, 2016). Esta também é um ponto fundamental no envelhecimento do indivíduo, principalmente na sua composição e papéis desempenhados, pois existe uma valorização face aos sentimentos demonstrados pelos mais novos para com os mais velhos, que, perpetuam sentimentos de segurança e união no idoso, embora nem sempre seja possível prestar um apoio personalizado ao indivíduo, surgindo então as respostas sociais de apoio aos idosos (Guadalupe, 2016). É também de salientar que a proximidade pais idosos – filhos adultos é ampliada, dado que são desenvolvidos os papéis sociais no seio da família, com o surgimento do parentesco de avós e netos. A família alargada assume igualmente um lugar importante na vida das pessoas mais velhas, essencialmente os irmãos, que tendencialmente têm uma faixa etária próxima, promovendo assim momentos de convivência e reflexão (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, as cited in Lopes, 2010). Segundo Lerner, Easterbrooks e Mistry (2003), os amigos são uma fonte de companheirismo, que permitem ao idoso manter interações diárias, que são indispensáveis no seu bem-estar psicológico (Lopes, 2010).

Ainda que a família se constitua como o elemento central na prestação de apoio aos mais velhos (Guadalupe, 2016), ao longo do tempo, com as alterações nas estruturas e dinâmicas familiares, nem sempre é possível a continuidade dos cuidados no seio familiar. Em meados do século XX, a feminização do cuidado aos mais velhos foi-se descurando progressivamente com a entrada da mulher no mercado de trabalho, pois até então, esse dever estava fortemente associado ao feminino (Fernandes, 1997). A partir daqui, o processo irá desencadear uma necessidade de cuidados que muitas vezes é remetido para a família como prestadora desse apoio ao idoso (Gil, 2022). Com a diminuição da capacidade de prestação de cuidados por parte da família, em Portugal verifica-se um aumento da procura de serviços formais, crescendo o número de respostas sociais (Bárrios et al., 2020; Guadalupe, 2016).

Suporte Formal

A rede de suporte formal representa o grupo de indivíduos unidos por uma atribuição específica num círculo institucionalizado (Blanchet et al., 1981, as cited in Guadalupe, 2016). Desta forma, as relações estabelecidas no âmbito exterior e formal são puramente objetivas, destacando-se no âmbito da viabilização de recursos e serviços essenciais e adequados à pessoa (Guadalupe, 2016). Neste grupo estão enquadradas as respostas sociais para a população idosa, que veem a sua importância crescer pelo aumento da procura.

De forma a dar resposta às exigências da população mais velha com estas especificidades, foi necessária uma reorganização no sistema, que englobasse a vertente de saúde e de assistência social, com serviços diversificados e qualidade de cuidados. Estes são designados como cuidados de longa duração (Araújo et al., 2021). A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge em 2006, sendo um modelo organizacional ministrado pelo Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, com o intuito de prestar cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2023).

Além da rede, cresce a importância das respostas sociais dirigidas às pessoas mais velhas. As respostas sociais são “(...) o conjunto de atividades e/ou serviços desenvolvidos em equipamentos, ou a partir destes, vocacionadas para o apoio a pessoas e/ou famílias” (GEP [Gabinete de Estratégia e Planeamento], 2021, p. 18). No caso das pessoas idosas, falamos de

SAD, CD, Centro de Convívio, Centro de Noite, Acolhimento Familiar, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e Centros de Férias e Lazer.

Em contexto nacional, cerca de 4,2% das pessoas com 65 anos ou mais anos estão institucionalizadas em locais maioritariamente de apoio social (Azevedo, 2020). A melhoria das condições de vida e a evolução das características das pessoas mais velhas têm conduzido a um foco das respostas sociais de atuação no domicílio. Além do crescimento do número de ERPI e de unidades da RNCCI, também os SAD têm sido evoluído em número e valências (Bárrios et al., 2020). Estas respostas destinam-se a satisfazer as necessidades dos indivíduos, permitindo ainda promover a inclusão e participação social das mesmas no meio envolvente (GEP, 2023).

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia (CD)

O CD é descrito como “resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar” (Carta Social, 2006). Esta resposta social deve então assegurar as refeições, os cuidados de higiene e de roupa, prestar apoio psicossocial, bem como proporcionar aos indivíduos ocupação e convívio, estimulando assim as relações sociais destes (Bonfim & Saraiva, 1996). Estes surgem no final dos anos 60, como um intermédio entre o domicílio e o internamento e/ou institucionalização dos idosos, mas sobretudo com uma particularidade de prevenção (Jacob, 2012).

O SAD é uma resposta que presta cuidados no domicílio a pessoas que não conseguem satisfazer as suas necessidades básicas ou realizar as suas AVD (Carta Social, 2006). De acordo com a Portaria 38/2013 de 30 de janeiro (2013), o SAD é a resposta social que se caracteriza pela prestação dos cuidados a indivíduos que permanecem no seu domicílio e que poderão ter alguma dependência física ou mental que não permita a sua satisfação das necessidades básicas ou a efetivação das suas AIVD (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2013). Comumente, o SAD apresenta os seguintes serviços: viabilizar a alimentação e apoio nas refeições; assegurar os cuidados de higiene pessoal; efetuar a higiene habitacional e tratamento de roupa; propiciar atividades de socialização e animação; desenvolver sistemas de teleassistência. Contudo, perante a evolução dos vários serviços, existem ainda outras formas de apoio aos indivíduos: ações de consciencialização para os familiares/cuidadores face aos

indivíduos apoiados; apoio psicológico e social; gerar atividades ocupacionais; facultar meios de transporte; realizar reparações de pequena dimensão em prol da necessidade das pessoas (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2013).

Segundo o GEP (2023), embora o SAD já se incluísse no grupo das respostas que apresentavam maior oferta, teve ainda um aumento substancial de cerca de 171% entre 2000 e 2021. Apesar disto, quando comparado com anos anteriores, a taxa de utilização tem sido decrescente, sendo passível de ser explicado devido à pandemia COVID-19 (GEP, 2023). As pessoas a frequentar SAD e CD eram maioritariamente provenientes da freguesia ou concelho em questão. O seu funcionamento mostrou-se variável pois, enquanto que mais de metade dos SAD funcionavam todos os dias da semana, os CD apenas estão operacionais aos dias úteis (GEP, 2023)

O perfil dos utilizadores de respostas sociais mantém-se igual no que diz respeito à faixa etária, verificando-se uma predominância de indivíduos com mais de 75 anos. Contudo, em análise pormenorizada, é perceptível que em SAD e CD, os utentes têm idades entre os 75 e 84 anos, contrapondo com os utentes de ERPI que se localizam essencialmente entre os 85 e 89 anos, que poderá refletir numa institucionalização mais tardia e consequentemente uma valorização das respostas intermédias (GEP, 2023).

As necessidades totais de apoio destes utentes apresentam-se em grande maioria no contexto de ERPI, onde a incapacidade é fortemente vincada. Já no SAD e CD apesar de haver recurso a este apoio nas ABVD e AIVD, a atividade com maior relevância é a higiene pessoal, propriamente a ajuda no banho, que caracterizou 51% dos utentes em SAD e 46% em CD (GEP, 2023). Mais de metade dos indivíduos que beneficiavam de SAD possuem problemas relacionados com o movimento, condicionando o seu quotidiano (GEP, 2023).

Os serviços prestados em SAD são cada vez mais inovadores, incidindo não só nos cuidados gerais aos utentes, mas também focando no bem-estar psicossocial de cada indivíduo. Assim, apesar do apoio na alimentação (100%) e higiene pessoal (70%) ser o mais prestado, existiu necessidade de incluir serviços de animação (50%), acompanhamentos em assuntos pessoais e legais (20%), assim como teleassistência (5%) ou até mesmo pequenos arranjos e/ou reparações (10%) (GEP, 2023).

Apesar da enorme necessidade de integração de indivíduos mais velhos em estruturas residenciais, motivado por questões sociais, este é também um momento impactante na vida e

quotidiano da pessoa, uma vez que constitui uma quebra com a comunidade (Fonseca, 2021a). A resistência na institucionalização pode ser motivada pela percepção das próprias pessoas face às alterações de papéis sociais que desempenham, levando a crer numa crença baseada em falta de autonomia e liberdade sobre si mesmo (Carvalho & Dias, 2016). Surge, assim, uma crescente necessidade de serviços que perpetuem os cuidados no domicílio (Fonseca, 2021a).

1.5. *Ageing in Place (AiP)*

Phillipson (2013) apresenta-nos o conceito de modernização do envelhecimento para explicar a complexidade do processo de envelhecimento derivada da evolução das sociedades em termos económicos e sociais. Estas mudanças refletem-se no perfil de pessoas mais velhas, cuja heterogeneidade aumenta à medida que envelhecem, nas condições de vida, percepções e expectativas. Quer isto dizer que as respostas dirigidas ao envelhecimento precisam de acompanhar esta diversidade de necessidades/ preferências decorrentes das transformações sociais (Phillipson, 2013). Longe de ser um grupo homogéneo, as experiências de envelhecimento são diversas, imprimindo nas políticas a importância de capturar essa heterogeneidade, quer para satisfazer as necessidades variáveis quer para potenciar as oportunidades (Yang, Dolega & Darlington-Pollock, 2023).

Tornam-se importantes as medidas enquadradas em conceitos mais positivos de encarar o envelhecimento, como o “envelhecimento bem-sucedido”¹, o “envelhecimento saudável”² e o “envelhecimento ativo”³. Nunes (2017, p. 135) refere que este processo deve “ser entendido como uma oportunidade para as pessoas viverem de forma saudável e autónoma o maior período possível até ao fim da sua vida”. Para o mesmo autor, tal “implica uma responsabilização da própria pessoa e da sociedade em promover as ações necessárias para integrar uma perspetiva de mudança nos comportamentos e na capacidade de resposta do Governo ajustada ao ambiente e às necessidades” (Nunes, 2017, p. 135). O envelhecimento determina mudanças políticas e sociais na sociedade contemporânea, incidindo sobretudo na

¹ Enquanto o envelhecimento normal se refere a alterações relacionadas com a idade não patológicas, o “envelhecimento bem-sucedido” refere-se a pouca ou quase nenhuma perda de funcionalidade em comparação com a outras pessoas da sua faixa etária (Baysal et al., 2020).

² Apresentado pela OMS, foi adotado pelas Nações Unidas que promove 2020-2030 como a década do envelhecimento saudável. Encara a saúde no processo de envelhecimento como a capacidade funcional, composta pelos domínios: cognitivo, locomotor, vitalidade, sensorial e psicológico) e pelo ambiente físico e social (Martin et al., 2012; European Commission, 2022).

³ “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (WHO, 2002, p. 12).

reorganização dos sistemas que compõem a prestação de cuidados aos mais velhos. Assim, é importante que a responsabilidade do Estado e da sociedade civil detenham equilíbrio na área da saúde e social, para que o envelhecimento na comunidade seja partilhado pela esfera formal e informal (Van Dijk, 2015).

Além das preocupações com a saúde, o desafio de um envelhecimento com bem-estar implica a manutenção da autonomia, que está relacionada com a capacidade assimilada que um indivíduo detém para gerir a sua vida e tomar as suas decisões plenamente, tendo em conta as suas preferências e modo de vida (Sequeira, 2018). Para Welford et al. (2010), são implicados quatro grandes eixos na autonomia de uma pessoa: estar livre da influência de outros; estar desprovido de condicionantes externas que impeçam escolhas relevantes; estar isento de incompreensão; ser capaz de agir de acordo com algo definido por si. Contudo, para os autores, em contextos de instituições de saúde e sociais, isto pode ficar mais limitado face às rotinas e normas estabelecidas.

A maioria das pessoas deseja envelhecer na própria casa e comunidade, num ambiente familiar, e acredita que a casa onde se encontra é onde viverá (Iecovich, 2014); Zimmerman, Sloane & Eckert, 2001). O desejo de envelhecer no local é muitas vezes motivado por um sentimento de apego e familiaridade que as pessoas têm pelas suas casas e comunidades (Golant, 2020; Greer et al., 2023; Wiles et al., 2011). Esta preferência por envelhecer no próprio domicílio à medida que envelhecem, onde estão situados todos os vínculos e memórias do indivíduo, também predomina na realidade em Portugal, como mostram os estudos de Bárrios et al., (2020), Moreira (2020) e Pinheira et al. (2020). A relevância deste desejo é evidente se verificarmos que em Portugal, apenas cerca de 4.2% das pessoas idosas vive em instituições de apoio social (Azevedo, 2020).

Vantagens do envelhecimento em casa e na comunidade

Apesar da necessidade de institucionalização de indivíduos mais velhos, motivada por questões sociais, é também um momento impactante na vida e quotidiano da pessoa, uma vez que constitui uma quebra com a comunidade (Fonseca, 2021). A resistência na institucionalização pode ser motivada pela perceção das próprias pessoas face às alterações de papéis sociais que desempenham, admitindo uma crença baseada em falta de autonomia e liberdade sobre si mesmo (Carvalho & Dias, 2016). Na generalidade, os ambientes institucionais

para pessoas idosas são pouco acolhedores (Stones & Gullifer, 2016), em parte devido ao pouco tempo que a maioria dos residentes passou morando neles (Lovatt, 2018).

De acordo com MetLife (2013), a integração das pessoas mais velhas em ERPI reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de sofrimento para o próprio e família. Fonseca (2020) esclarece que a institucionalização das pessoas mais velhas potencia a perda de autonomia, pela rutura com o quadro de vida e comunidade anterior. As pessoas idosas institucionalizadas podem vivenciar diminuição da independência, redução de relações sociais, perda de coisas com significado especial, diferenças na rotina e estilos de vida, depressão, solidão, stress emocional, dificuldades de adaptação, distúrbios funcionais e redução do bem-estar (Iecovich, 2014); Baysal, Aktas & Bakan, 2020). Isto acontece, também, porque as instituições exigem pouco dos mais velhos, entendendo a incapacidade como inerente ao processo de envelhecimento (Tomasini & Alves, 2007).

Por sua vez, a manutenção das pessoas mais velhas na sua casa e comunidade estimula a manutenção de uma vida mais autónoma e saudável (Tomasini & Alves, 2007) O facto dos indivíduos mais velhos permanecerem nas suas habitações contribui de forma significativa para a manutenção de experiências positivas e conseqüentemente para a sua qualidade de vida e participação na sociedade (Fonseca, 2021). O envelhecimento no domicílio apresenta vantagens face ao próprio indivíduo, pois o mesmo detém as escolhas face ao seu ambiente, permitindo que seja um local seguro para si e sem que a sua identidade seja usurpada (Rose, 2013). Segundo Baysal et al. (2020), o aumento do tempo de convivência no mesmo ambiente, bem como pela satisfação com o local onde se vive, influencia positivamente o processo de envelhecimento bem-sucedido.

Acresce que ao longo do tempo, o envelhecimento no domicílio apresenta-se menos dispendioso quando comparado com a institucionalização (MetLife, 2013). O facto de um indivíduo envelhecer na sua comunidade e casa permite otimizar os próprios indivíduos, mas também as suas famílias, a comunidade e ainda o poder local e o próprio sistema (MetLife, 2013).

Conceito de *AiP*

No sentido contrário à institucionalização, o *AiP* surgiu nos anos 80 do século XX a partir do forte desígnio das pessoas mais velhas em permanecer no seu domicílio e na comunidade. Trata-se de um conceito inovador nas suas dimensões social e política (Fonseca, 2021), que exprime o desejo das pessoas viverem nas suas próprias casas e comunidade, com segurança e independência, à medida que envelhecem, o maior tempo possível (Fonseca, 2021; Pani-Harreman et al., 2021). Pynoos et al. (2008) foca-se no indivíduo e na comunidade, contrariando as respostas tradicionais, valorizando a articulação entre respostas e serviços locais, regionais e nacionais, isto é, criar as condições essenciais às necessidades das pessoas no próprio local (Fonseca, 2021).

Para Iecovich (2014), o *AiP* apresenta dimensões específicas que permitem ao indivíduo permanecer no seu domicílio: dimensão física, que remete para a localização e estrutura habitacional; dimensão social, que está inteiramente ligada à rede de suporte do indivíduo; dimensão emocional e psicológica, onde está estabelecida a relação sentimental com o lugar; dimensão cultural, que se refere às crenças e valores do indivíduo.

O lugar apresenta dimensões inerentes à decisão do indivíduo em permanecer na sua habitação. Por um lado, existe a conceção física que a casa ou o bairro representam para a pessoa, a dimensão social, que está inteiramente relacionada com as ligações existentes aos indivíduos, o aspeto emocional, com o sentimento de pertença e por fim, o peso cultural, referente às crenças, ideologias e valores do idoso (Iecovich, 2014).

Constricções do *AiP*

Nem sempre é viável a permanência das pessoas mais velhas em casa devido a problemas de saúde, constituindo-se um desafio para os próprios e famílias (Fonseca, 2021). Existem dificuldades que propiciam a ida para instituições, nomeadamente ao nível habitacional e social (Pynoos et al., 2008)

Na abordagem de *AiP*, a caracterização do ambiente onde as pessoas envelhecem é fundamental, já que nem sempre apresenta as melhores condições face ao estado atual da pessoa (Fundação Calouste Gulbenkian [FCG], 2009; Pynoos et al., 2008). O contexto ambiental em que a pessoa vive pode condicionar o processo de envelhecimento, pela articulação com os

serviços da comunidade, as redes de vizinhança, o acesso a recursos sociais e de saúde (Moreira, 2020). É importante analisar a adaptação do ambiente envolvente às mudanças que ocorrem à medida que se envelhece (Martin et al., 2012), melhorando os contextos em termos individuais e territoriais (Moreira, 2020).

A habitação, mais que uma estrutura física, representa uma identidade, pois acarreta os laços familiares, de amizade e vizinhança que são construídos pelas pessoas ao longo da sua vida, bem como se detém um conhecimento geográfico que permite uma maior adaptação ao meio (Pynoos et al., 2008). Para o autor, as habitações não foram desenvolvidas para pessoas que apresentam algum tipo de dependência ou necessidade mais específica, sendo fundamental uma reformulação de forma a promover a adaptabilidade e acessibilidade das habitações para a prestação de apoio a idosos no domicílio (Pynoos et al., 2008). Assim, para que seja rentável envelhecer na sua própria habitação, é necessário que a mesma seja adaptada às reais necessidades das pessoas (Fonseca, 2021). A estrutura habitacional é um fator fundamental na análise do envelhecimento no domicílio, pois é necessário que a casa esteja conforme as necessidades da pessoa, pois é fundamental que detenha superfícies planas e com dimensões adequadas que permitam a plena mobilidade, inclusive em casos que utilizem auxiliares de marcha, bem como adaptabilidade nas várias dimensões (FCG, 2009).

Num outro nível de possíveis restrições do *AiP* surge a necessidade de serviços comunitários e sociais, por exercerem influência sobre a independência e a qualidade de vida (FCG, 2009). Estes recursos poderão emergir de estruturas já existentes, permitindo o exercício dos papéis das pessoas nas suas comunidades (Greenfield, 2012).

Por si só, a comunidade deve estar preparada para a população em geral. No entanto, derivado da quebra de funcionalidade que pode advir do processo de envelhecimento, as pessoas, com uma maior suscetibilidade a doenças crónicas incapacitantes, há uma necessidade crescente de cuidados sociais e de saúde (Gomes & Mata, 2017). É fundamental que o próprio indivíduo possua determinados fatores que lhe concedam estabilidade, como é o caso de condição económica favorável e boa saúde, sendo o envelhecimento saudável considerado até um requisito para o *AiP* (Woo et al., 2023). Porém, para que envelhecer em casa seja satisfatório, na comunidade deverá existir uma vasta gama de recursos de prestação de cuidados de qualidade, que perpetuem a independência da pessoa no seu dia-a-dia (Rose, 2013). As redes formais e informais de prestação de cuidados a pessoas idosas são fundamentais para o *AiP* (Greer et al., 2023) No que respeita aos serviços informais, os cuidados aos mais velhos

complexificam-se e intensificam-se ao longo do tempo, provocando um desgaste físico, económico e social para as famílias (Pimentel & Silva, 2017). A sobrecarga familiar e as alterações na estrutura e dinâmicas familiares, que dificultam a prestação de cuidados pela família, tornam as respostas sociais um recurso mais procurado, requerendo que se repensem novas formas de apoio e assistência às pessoas na sua casa e comunidade (Gomes & Mata, 2017).

Não menos importante é o fator da participação social das pessoas, que deve realçar nas mesmas a inclusão social e a manutenção da sua identidade pessoal (Fonseca, 2021). A comunidade deve ainda ter de forma acessível os recursos e serviços necessários para a concretização do quotidiano da pessoa (MetLife, 2013). Para Vasunilashorn et al., (2012) é fulcral que existam serviços, cuidados e adaptações que promovam a permanência das pessoas mais velhas no seu meio natural de vida. Aliado às barreiras familiares, sociais, económicas e estruturais, a escassez de serviços comunitários que deem suporte aos mais velhos reflete uma redução substancial da qualidade de vida dos meus, que rapidamente se canaliza numa institucionalização não desejada da pessoa (Sixsmith & Sixsmith, 2008). Trata-se da acessibilidade aos serviços e recursos que se identifiquem como fundamentais ao quotidiano, fomentando a vida social, económica e cívica das pessoas mais velhas.

Num estudo efetuado por Leroy et al. (2010), salienta-se a possível negatividade associada ao *AiP*, já que nem sempre envelhecer em casa dá garantias de maior qualidade de vida. Pelo contrário, os autores dão ênfase à quebra dos papéis, relações e estilos de vida decorrentes das alterações a que o próprio indivíduo está sujeito, quer sejam ao nível físico ou num âmbito psicológico, favorecendo a integração num ambiente mais controlado e institucional.

Noutra perspetiva, Horner e Duncan (2008) destacam duas grandes complicações inerentes ao *AiP*. Se, por um lado, o próprio idoso se pode autopercecionar como um “fardo” perante os outros, levando a sentimentos de culpa, por outro lado, os cuidadores abdicam do seu papel enquanto seres ativos na sociedade para se assumirem como cuidadores, experienciando sintomatologia relacionada com problemas do foro mental e exaustivos, que podem levar ao comprometimento destes cuidados. Sixsmith e Sixsmith (2008) destacam os sentimentos de isolamento e solidão que podem advir da pessoa idosa se manter em casa. A morte do cônjuge, irmãos e o facto de não terem nenhum animal de estimação que lhes faça companhia, torna o ambiente habitacional pesado. Por outro lado, a integração em ERPI

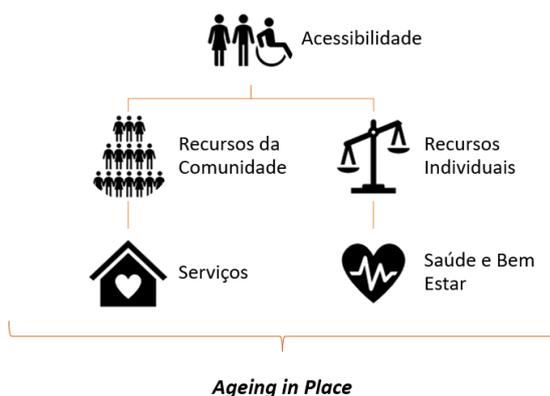
pressupõe uma adaptação à mesma, à equipa prestadora de cuidados, mas também aos seus pares (Sixsmith & Sixsmith, 2008)⁴.

Ainda que seja preferência das pessoas envelhecer em casa e que esta seja a forma mais potenciadora de bem-estar, nem sempre isso é possível, contrariando-se a génese do conceito de *AiP* (Sixsmith & Sixsmith, 2008). Ainda que as necessidades básicas das pessoas estejam asseguradas com recurso às respostas sociais, devem ser implementadas medidas inovadoras, de encontro às expectativas, desejos e bem estar físico, psicológico e social das pessoas mais velhas, numa sociedade onde a velhice é cada vez mais exigente (Sixsmith & Sixsmith, 2008).

Respostas de aplicação do *AiP*

A análise das dificuldades ao *AiP* remetem para a existência de preditores do envelhecimento no domicílio e na comunidade: grau de conforto/ satisfação com as características da habitação; acessibilidade aos locais e serviços dentro da comunidade; controlo das decisões sobre a habitação; (in)adaptação da habitação; rede de vizinhos (Perez et al., 2001). Tal como se representa na figura 1, existem características que a comunidade desenvolve para que as pessoas mais velhas consigam permanecer nestas.

Figura 1 - Características das "Comunidades Habitáveis"



Fonte: MetLife (2013)

⁴ Todavia, os autores ressaltam que, quando a adaptação à ERPI não acontece, pode levar a uma inadaptação social que gera sentimentos negativos, impactos psicológicos e diminuição do bem-estar geral do indivíduo (Sixsmith & Sixsmith, 2008).

Para Pynoos et al. (2008), a concretização do *AiP* baseia-se em políticas sustentadas sob a forma de programas que são apoiados social e financeiramente de modo a firmar a permanência destas pessoas em casa e na comunidade. Em Portugal, a aplicação do *AiP* é focada em dez grandes domínios: apoio aos cuidadores; combate ao isolamento; gerotecnologias; apoio domiciliário; centros de dia e de convívio; participação social; aprendizagem ao longo da vida; habitação e espaços físicos; saúde, nutrição e atividade física; segurança; mobilidade; bem-estar e qualidade de vida (Fonseca, 2021). Na perspetiva de (Fonseca, 2021, p. 9) as políticas de *AiP* traduzem-se:

(...) num processo de adaptação ambiental com implicações a nível social, psicológico e ambiental. Trata-se de um conceito absolutamente contemporâneo, motivado pela responsabilidade social em proteger os idosos, principalmente os mais vulneráveis, e reflete uma mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio aos idosos ao considerar prioritária a vontade da pessoa idosa em permanecer no seu ambiente familiar e comunitário o maior tempo possível e de modo independente, com saúde e beneficiando de apoio social.

Pynoos et al. (2008) alertam que as respostas vão além de uma mera transcrição, fundamentando com as práticas do *AiP*, nomeadamente nas transformações que o envelhecimento traz e a capacidade da sociedade em responder à opção das pessoas em ficar na sua casa e comunidade. É necessário conceber políticas mais específicas que visem a requalificação e/ou ajustamento destas habitações para que se concretize o ideal do *AiP* (Pynoos et al., 2008). O recurso à tecnologia no favorecimento do envelhecimento no domicílio é uma revolução atual que concede aos mais velhos um benefício face a tempos de outrora. Com o uso de dispositivos de comunicação, botões de emergência, sensores, sistemas de segurança e teleassistência, o apoio é alargado aos cuidados formais e informais e permite ainda aos idosos uma maior proximidade com as demais gerações, colaborando para as relações intergeracionais (Sixsmith & Sixsmith, 2008). Também Neal e Kenneth DeLaTorre (2016) ressaltam a importância de potenciadores de uma vida independente nos mais velhos, essencialmente através de colocação de barras de apoio, superfícies antiderrapantes, desobstrução nas entradas dos espaços, maior iluminação, eliminação de objetos que intensifiquem quedas. Uma questão importante é ainda as ferramentas que as pessoas utilizam para realizar as suas AVD, mesmo quando existem limitações e condicionantes decorrentes da idade mais avançada. Existe uma maior relação entre o isolamento social e problemas de mobilidade em ambientes com maiores barreiras físicas e arquitetónicas ao condicionarem a interação da pessoa mais velha com o meio em que está inserida (WHO, 2002).

Na criação de condições para que as pessoas possam permanecer nas suas casas à medida que envelhecem, mesmo com declínio físico ou cognitivo, a ativação de serviços integrados no domicílio, como o SAD, torna-se fundamental (OECD, 2002; Bárrios et al., 2020), apelam para a necessidade de se explorarem as características dos serviços de prestação de cuidados, considerando que, embora as habitacionais e de habitabilidade estejam no centro da decisão de permanecer em casa, as pessoas revelaram preocupações em torno da prestação de cuidados sociais e de saúde. A ativação de serviços integrados no domicílio assume, assim, um papel fulcral no exercício do *AiP*.

No estudo da (FCG, 2009), as pessoas mais velhas que beneficiam de serviços ao domicílio manifestam que estes não detêm de valências ao nível do bem-estar psicológico e de fisioterapia. Esclarecem que não integram nas respostas assistenciais uma equipa multidisciplinar que perpetue um acompanhamento mais personalizado à pessoa, da mesma maneira que há alusão aos custos elevados destes serviços. É ainda relatado que uma equipa que acompanhasse o estado de saúde das pessoas em casa seria benéfico para a sua monitorização, precavendo eventuais internamentos hospitalares e aumentos de graus de dependência (FCG, 2009). Em conformidade, no âmbito da prestação de cuidados sociais e de saúde às pessoas mais velhas na comunidade, Pynoos et al. (2008) referem que é importante que os profissionais que acompanham as pessoas as auxiliem, sensibilizem e consciencializem acerca de boas práticas e estilos de vida para um envelhecimento no domicílio mais seguro.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

A pesquisa enquadra-se numa abordagem qualitativa, enfatizando a palavra, em detrimento de medições numéricas. Este tipo de análise engloba a técnica de entrevista para a recolha de dados. Este visa perceber uma realidade social específica, com recurso a perguntas abertas e verbais, em detrimento de medições numéricas (Bryman, 2012).

Pelo grande foco nas questões de saúde que esta pesquisa tem, a investigação qualitativa permite que o investigador adquira uma visão do momento em que decorre a situação, captando as expressões, emoções e entoações do entrevistado. É possível ainda focar as dinâmicas dos fenómenos e dos processos de saúde e doença, de forma a obter as reais perceções do sujeito no contexto em que se encontra (Dias & Gama, 2019).

2.1. Objetivos

A pesquisa realizada teve como objetivo geral de *analisar o contributo de respostas sociais de serviço de apoio domiciliário e centro de dia para a promoção do ageing in place, na perspetiva de utilizadores com 65 e mais anos.*

Para responder a este objetivo, definimos os seguintes objetivos específicos:

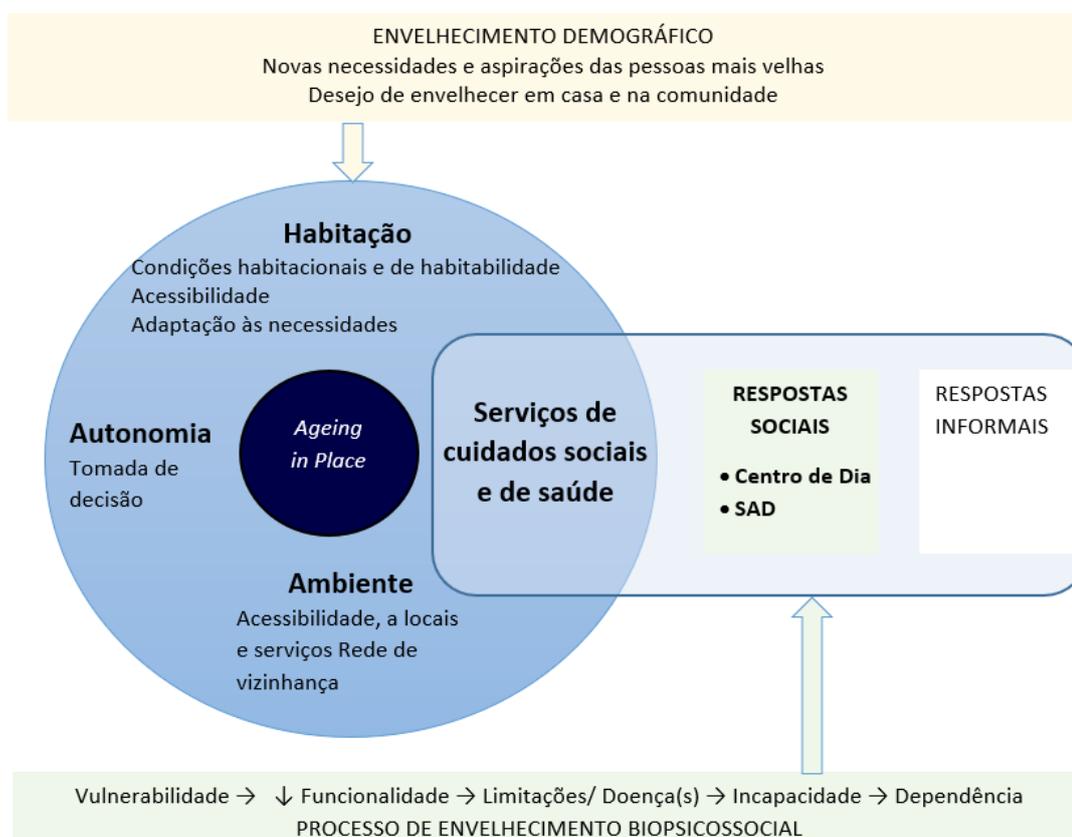
- *Caracterizar um grupo de pessoas mais velhas utilizadores de um Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia em Portugal, do ponto de vista sociodemográfico e da necessidade de cuidados de saúde e sociais;*
- *Identificar as preferências dessas pessoas mais velhas em relação ao lugar onde querem envelhecer e quais os fatores necessários que mencionam para a sua permanência no domicílio;*
- *Identificar os serviços que essas pessoas mais velhas utilizam, analisando a avaliação que fazem sobre o contributo desses serviços da sua manutenção no domicílio.*

2.2. Modelo de Análise

O modelo de análise (figura 3) retrata de forma sistematizada a interligação e operacionalização do conceito de AiP, central no desenvolvimento da pesquisa, como

paradigma orientador de respostas a desafios decorrentes do envelhecimento demográfico. Destacando a estrutura coerente com o enquadramento teórico já apresentado, encontramos as quatro dimensões necessárias à concretização do envelhecimento em casa e na comunidade. Entre essas dimensões, o objeto de estudo centra-se nos serviços integrados, aqui selecionados SAD e CD, permitindo analisar as perceções de utilizadores, considerando os desafios impressos pelo processo de envelhecimento individual.

Figura 2 - Modelo de Análise



Fonte: Elaboração própria

2.3. Recolha de Dados

Contexto da recolha de dados

Para a realização do estudo seleccionámos um SAD e um CD de uma instituição no distrito de Setúbal, no município da Moita. A seleção da instituição prendeu-se no critério de

conveniência, em termos de disponibilidade de colaboração e facilidade de acesso às instalações/ utilizadores por parte da investigadora. Além disso, tivemos em consideração as características demográficas do município da Moita. Segundo os dados dos Censos de 2021, regista um aumento significativo face ao último recenseamento geral da população em 2011, contado com 66.255 habitantes em 2021. Os dados do INE mostram ainda que o crescimento populacional é acompanhado de um agravamento do envelhecimento demográfico, sendo notável um aumento do número de pessoas com 65 e mais anos de 16,6% em 2011 para 22% em 2021.

A capacidade de respostas sociais manteve-se estável no concelho da Moita entre 2020 e 2021, não sofrendo qualquer alteração no número total de vagas de SAD e CD (tabela 3). Apesar disto, ao nível distrital verificou-se uma oscilação na sua capacidade, nomeadamente, uma redução de 100 vagas em CD e de 74 vagas em SAD (GEP, 2023).

Tabela 3 - Capacidade das Respostas Sociais de CD no Distrito de Setúbal (2021)

Concelho	CD	SAD
Alcácer do Sal	285	240
Alcochete	55	50
Almada	836	1 001
Barreiro	224	445
Grândola	414	220
Moita	240	363
Montijo	283	385
Palmela	295	378
Santiago do Cacém	615	528
Seixal	915	709
Sesimbra	250	220
Setúbal	459	519
Sines	60	83
TOTAL	4 931	5 141

Fonte: GEP (2023)

No que concerne à localização da instituição, acrescem ainda características da população residente, que se poderão ter em consideração na análise dos resultados. As freguesias desta região remontam a sua história ao século XX, com o surgimento de famílias predominantemente algarvias, alentejanas e transmontanas, com o objetivo de encontrar melhores condições de vida, através da oferta de trabalho na indústria da região, como a Comboios de Portugal, Companhia União Fabril, Siderurgia, Indústria Naval e Corticeira.

Inquérito por entrevista semiestruturada

Os dados foram reunidos a partir da realização de um inquérito a pessoas mais velhas utilizadoras de SAD ou CD da instituição selecionada no município acima identificado, mediante a realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas são o método onde prevalece a comunicação e interação humana, permitindo um contacto direto entre investigador e entrevistado (Quivy & Campenhoudt, 1998). Em particular, a entrevista semiestruturada não se restringe a perguntas rígidas e pré-definidas, pois permite ao entrevistado uma grande abertura no discurso, apesar de manter a lógica do tema e o guião estruturado (Bryman, 2012). Considerou-se, assim, a técnica capaz de fazer cumprir o objetivo da pesquisa.

Para a realização destas entrevistas foi elaborado um guião de entrevista (apêndice I), construído de forma a corresponder aos objetivos específicos da pesquisa. Este instrumento percorre quer as áreas dos serviços SAD e CD, quer as dimensões do AiP.

A fim de materializar esta amostragem, foram selecionadas pessoas mediante os seguintes critérios:

- Número equilibrado entre entrevistados do sexo masculino e feminino;
- Indivíduos com 65 ou mais anos;
- Nacionalidade portuguesa;
- Indivíduos que frequentem uma das duas respostas sociais (SAD ou CD);
- Indivíduos sem comprometimento intelectual, capaz de comprometer a realização da entrevista. Este critério foi aplicado pela Diretora Técnica do SAD/CD.

A ocupação do CD era de 13 indivíduos, mas apenas 6 que cumpriam os critérios de inclusão para o estudo, tendo sido entrevistados. Esta seleção de pessoas foi efetuada segundo a orientação da diretora técnica do CD, após uma análise aos processos individuais dos utentes. Apesar do critério que engloba a incompatibilidade de comprometimento intelectual com a realização das entrevistas, um dos entrevistados apresenta diagnóstico de demência. É de ressaltar que a doença se encontra em estadio inicial, controlada por medicação e que após avaliação da direção técnica, a utente encontrava-se capaz de responder às questões sem enviesamentos.

Já no SAD, do total de 11 indivíduos, apenas 7 cumpriam os critérios de inclusão, tendo sido possível entrevistar 4. Relativamente aos restantes 3 indivíduos, não foi possível entrevistar devido à incompatibilidade de agenda.

Questões éticas

Uma investigação pressupõe princípios éticos necessários para a plena concretização do trabalho científico, dado que o investigador se apresenta como um contribuidor para a comunidade científica na sua generalidade (Duque & Calheiros, 2017). As entrevistas foram realizadas garantindo os princípios éticos de uma pesquisa desta natureza, por envolver pessoas e dados pessoais. Os dados reunidos foram usados exclusivamente para o efeito desta pesquisa. O projeto que deu origem a esta dissertação teve a aprovação e colaboração da instituição, esclarecendo-se que se salvaguardou a privacidade e anonimato de todos os intervenientes, quer dos entrevistados quer a instituição. Foi aplicado um consentimento informado livre e esclarecido (apêndice II) solicitando ainda a gravação da entrevista. Os participantes foram informados do objetivo do estudo e sabiam que poderiam desistir a qualquer momento.

A realização da técnica de entrevista cumpriu ainda critérios rigorosos, com o investigador a manter o afastamento/envolvimento necessário para a pesquisa, enfatizando a realidade observada, de forma a preservar a integridade do estudo, evitando assim possíveis manipulações (Duque & Calheiros, 2017).

2.4. Análise de Dados

Numa primeira fase procedemos à transcrição de cada entrevista. Em relação à caracterização dos entrevistados, a informação foi sistematizada com recurso ao Excel, permitindo proceder a uma análise descritiva. Posteriormente, procedemos a uma análise de conteúdo, cuja é uma técnica que favorece a “classificação de material, reduzindo-o a uma dimensão mais manejável e interpretável, e a sua realização de inferências válidas a partir desses elementos” (Weber, 1990, as cited in Lima, 2014, p. 7). Esta análise foi pautada por categorias definidas a partir dos objetivos da pesquisa, dimensões e indicadores do paradigma *AiP*. A cada categoria correspondem temas, que constituem unidades de registo, que agregam os dados mais relevantes das entrevistas.

Tabela 4 - Categoria e temas da análise de conteúdo (I)

	Categorias	Temas	Tratamento de dados	
objetivo específico i)	Caracterização Sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Naturalidade • Residência • Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> • Nr filhos/ relação com os filhos • Agregado familiar • Escolaridade • Última profissão • Situação perante o emprego 	Transcrição
	Caracterização das condições de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação subjetiva da saúde • AVD 	<ul style="list-style-type: none"> • Patologias • Limitações 	Sistematização
	Caracterização das necessidades de cuidados sociais e de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de cuidados • Ajuda com tarefas domésticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de suporte de cuidados 	Análise de conteúdo
	Caracterização da habitação e necessidades habitacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Habitação • Ocupação na habitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades na habitação 	Excel

Tabela 5 - Categoria e temas da análise de conteúdo (II)

	Categoria	Temas	Tratamento de dados
objetivo específico ii)	Lugar onde querem envelhecer	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar onde desejariam envelhecer • Projeção a 5 anos • Permanência na habitação • Dificuldades para a permanência na habitação 	Transcrição Análise de Conteúdo Excel

Tabela 6 - Categoria e temas da análise de conteúdo (III)

	Categoria	Temas	Tratamento de dados
objetivo específico iii)	Serviços utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de frequência/ utilização do serviço • Motivo para utilizar o serviço • Ocupação no CD • Valências ativadas • Pontos positivos do serviço • Pontos negativos do serviço • Entendimento do serviço 	Transcrição Análise de Conteúdo Excel

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise às entrevistas de: i) seis pessoas no CD, correspondendo ao total de indivíduos que cumpria os critérios de inclusão, dos 13 no total; ii) quatro pessoas no SAD, num total de 7 que cumpriam os critérios de inclusão, de 11 pessoas que usufruíam do serviço.

3.1. Caracterização dos entrevistados

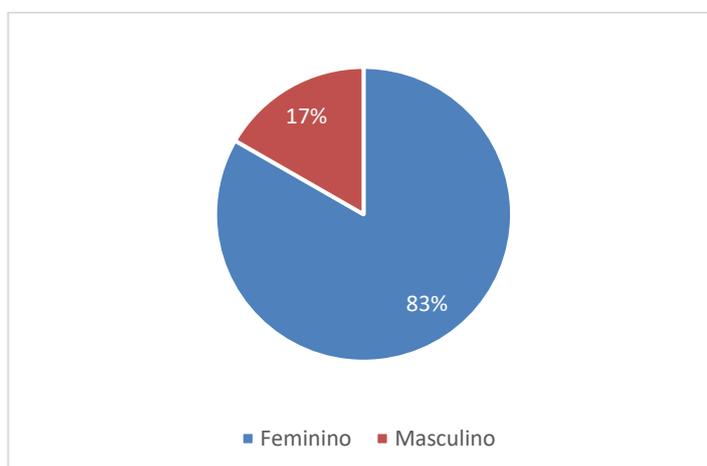
Neste primeiro ponto focar-nos-emos nas primeiras categorias de análise: caracterização sociodemográfica, condições de saúde, necessidades de cuidados sociais/saúde e caracterização da habitação/necessidades habitacionais; que permitem responder ao objetivo i) *Caracterizar um grupo de pessoas mais velhas utilizadores de um Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia em Portugal, do ponto de vista sociodemográfico e da necessidade de cuidados de saúde e sociais;*

3.1.1. Entrevistados no CD

Caracterização sociodemográfica

Os entrevistados do CD eram, predominantemente do sexo feminino (5 mulheres e 1 homem). Quanto à idade, os entrevistados dividem-se em quatro classes, 1 com 70-74 anos, 2 com 75-79 anos, 1 com 80-84 anos e 2 com 85-89 anos (gráfico 1).

Gráfico 1- Sexo dos entrevistados no CD



Todos os entrevistados do CD eram de nacionalidade portuguesa, de diferentes municípios: Lisboa, Grândola, Alhos Vedros, Estremoz e Mértola. Como era expectável, residem no município, 2 em Alhos Vedros e 4 na Baixa da Banheira.

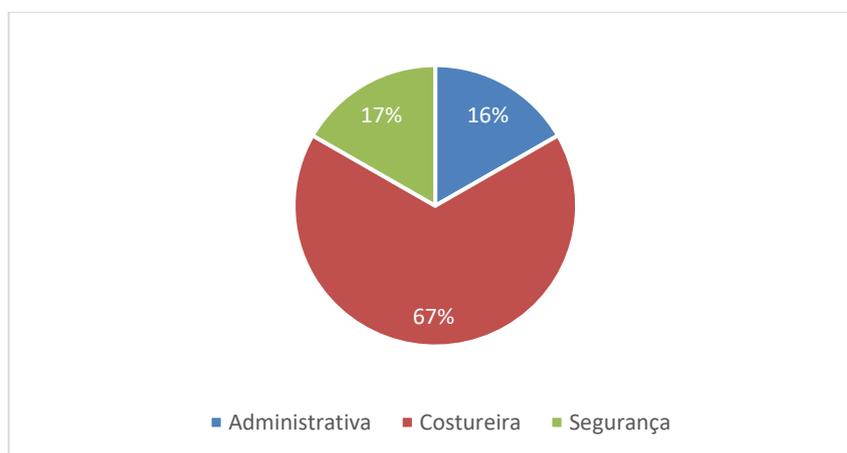
No CD todos os entrevistados eram viúvos, sendo um forte representativo das características sociais das pessoas mais velhas, sobretudo das mulheres. Todos têm filhos (2 têm 1 filho e 4 têm 2 filhos) e afirmam ter boa relação com os mesmos. A par disso, 2 dos entrevistados residem com um/a filho/a, sendo que 4 vivem sozinhos. No entanto, 4 referem que estes não conseguem apoiá-los de forma permanente:

“(…) têm os meus netos e então não me conseguem apoiar.” (E.C.D.4)

“Só aos fins de semana é que estou com os meus netos.” (E.C.D.5)

Todos se caracterizam por terem apenas concluído o ensino básico, sendo que 1 dos entrevistados tem o 5º ano, tendo os restantes o 4º ano, identificando-se três ramos profissionais: serviços administrativos (1), costureira (4) e segurança (1), estando todos reformados (gráfico 2). Com exceção de 1 entrevistado, que se reformou por invalidez, os restantes encontram-se reformados por velhice.

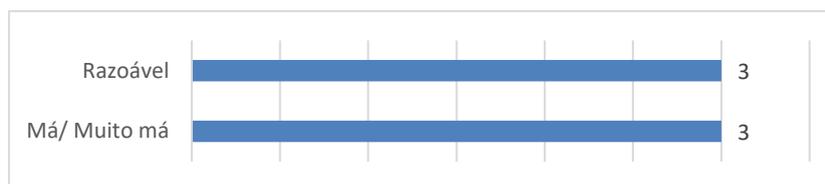
Gráfico 2- Última profissão dos entrevistados no CD



Caracterização das condições de saúde

Os entrevistados em CD classificam negativamente a sua saúde, tendo 3 dos entrevistados pontuado como “razoável”, 2 deles como “má” e 1 dos entrevistados considera o seu estado “muito mau” (gráfico 3).

Gráfico 3- Condição de saúde dos entrevistados no CD



Quando questionados se conseguem realizar sozinhos as ABVD, 5 dos entrevistados referem condicionantes do foro físico/motor:

“Não tenho equilíbrio, portanto não posso fazer a comida sozinha.” (E.C.D.2)

“Preciso de ajuda nisso tudo porque os problemas de coluna afetam a mobilidade.” (E.C.D.3)

“(…) Eu tenho medo de cair, já me desequilibro um bocadinho.” (E.C.D.6)

Relativamente às AIVD, todos os entrevistados mencionam que não conseguem realizar essas tarefas, remetendo-as para os filhos.

“A minha filha não me deixa ir sozinha às compras nem vir para aqui.” (E.C.D.1)

“Já não consigo. O meu filho não quer que eu ande muito.” (E.C.D.2)

“É a minha filha que assume essas atividades.” (E.C.D.6)

Tabela 7- Patologias dos entrevistados em CD

Frequência	Doença
2	Artrose
1	Doença de Alzheimer em estadio inicial
1	Perturbação de Ansiedade
1	Escoliose
1	Tuberculose
1	Asma
1	Diabetes Mellitus
1	Insuficiência Cardíaca
1	Perturbação Depressiva Major
1	Sequela no membro superior decorrente de Acidentes Vasculares Cerebrais anteriores;
1	Hérnia Discal
1	Meningite

Todos os entrevistados consideram que as suas patologias interferem no quotidiano (tabela 7). Dois dos entrevistados realçam as quedas como o maior problema (E.C.D.2 e o E.C.D.6), sendo que perante a situação do E.C.D.1 está particularmente em foco as doenças mentais, como as demências, não tendo, no entanto, qualquer comprometimento para o estudo.. Para o E.C.D.1, a doença de Alzheimer, constitui um grande obstáculo, caracterizado pelo

esquecimento, inclusive adianta que *“Umaz vezes lembro-me, outras vezes não”*. O E.C.D.2 e o E.C.D.6 realçam que as quedas são o maior problema.

Há uma concordância dos entrevistados em CD acerca da existência de limitações diárias, com exceção do E.C.D.1 que não tem qualquer condicionamento físico. Contudo, a família deste também se encontra receosa face à sua condição neurológica.

Caracterização das necessidades de cuidados sociais e de saúde

Todos os entrevistados referem que precisam de apoio em determinadas ocasiões. A gestão da medicação é uma das principais tarefas que necessitam do apoio, sendo referida por 5 dos entrevistados.

“Aqui [no CD] eles dão-me a medicação (...). Ao fim de semana é a minha filha que trata disso tudo”. (E.C.D.1)

“Entrego a medicação cá [no CD] e depois as meninas é que me dão. No fim de semana, levo as caixinhas daqui”. (E.C.D.2)

Todos os entrevistados salientam que recorrem aos filhos em caso de necessidade de falar com alguém. Relativamente à necessidade de ajuda com as tarefas domésticas, 2 referem que ainda conseguem realizar as tarefas, 3 mencionam que têm o apoio de uma pessoa que cuida das suas habitações e 1 menciona que é a filha quem assume esse papel.

Caracterização da habitação e necessidades habitacionais

Do total dos entrevistados em CD, 4 ainda residem na sua própria habitação, sendo que 2 destes consideraram a habitação como tendo “boas condições” e os outros 2 entrevistados categorizaram a habitação como “razoável”. O 2 que residem na habitação dos filhos, classificam a casa com adequadas condições.

Face à regularidade com que se mantêm fora da habitação, 2 entrevistados são ativos na sua participação social, apresentando uma rede de suporte informal sem ser a família, mantendo alguma atividade com amigos:

“Costumo sair de casa ao sábado com um grupinho daqui do centro. A minha filha arranjou-me um cãozinho para me fazer companhia. Assim sou obrigada a ir à rua. E ele vai todo satisfeito” (E.C.D.1)

“Às vezes a minha amiga sai comigo porque tem carro” (E.C.D.4)

Já os 4 restantes entrevistados estão mais condicionados à presença familiar, principalmente dos filhos:

“Só são quando vou com os meus filhos. Ultimamente até fui aos anos do meu bisneto” (E.C.D.2)

“Vou ao restaurante com a minha filha. Antes eu ia passear com eles para todo o lado, até de férias para o Algarve” (E.C.D.3)

“No fim de semana fui ao parque com a minha filha” (E.C.D.6)

Importa ainda referir que os entrevistados gostam de manter mais convívio com amigos, mas existem impedimentos, como o referido pela E.C.D.6, que considera que “estão longe”.

Quando questionados acerca da ocupação que têm na sua habitação, os entrevistados mencionam dois grandes eixos: realização de tarefas doméstica (3) e ver televisão (3). É salientado ainda a importância do animal doméstico:

“Cozinho e estou com o cão” (E.C.D.1)

Já quando não estão na habitação, enquanto que 2 dos entrevistados reforçam a relação com os filhos, afirmando que:

“Não costumo sair sem ser com os meus filhos” (E.C.D.3)

“Um almoço com os meus filhos, quando eles me vêm buscar” (E.C.D.2)

Os restantes 3 confirmam que não costumam sair de casa, com exceção de 1 entrevistado que mantém atividade fora de casa:

“Faço o passeio do cão e vou ao café” (E.C.D.1)

Abordando o tema da realização de atividades para a manutenção da sua independência, todos os entrevistados afirmam que seria benéfico, no entanto, apenas 1 efetiva um tipo de ocupação.

“Fiquei com o cão para não estar isolada e assim vou à rua e converso um bocadinho” (E.C.D.1)

É uniforme que para todos os entrevistados as escadas representam o maior obstáculo nas habitações para as pessoas mais velhas. Apesar disso, 2 destas pessoas relatam não sentir para já esse problema, ao contrário dos restantes 4 entrevistados. Contudo, o facto de a habitação ter uma banheira para a realização da higiene pessoal também foi uma observação de 1 destes indivíduos.

“Uma das casas tem escadas, então meteram um divã para eu ficar a dormir cá em baixo” (E.C.D.4)

“Na escada do prédio já caí, parti as duas pernas” (E.C.D.3)

Já quando tratado acerca de possíveis alterações na habitação para facilitar o quotidiano, 2 dos entrevistados não identificam qualquer necessidade de adequação face ao seu estado atual, sendo que 2 dos entrevistados salientam a necessidade de mudança de banheira para poliban, com vista à redução de eventuais quedas:

“Eu e a minha filha lá nos adaptámos e tenho um banco em casa com uma alavanca para meter na banheira, mas a minha filha tem de estar sempre lá a ver e a ajudar-me” (E.C.D.6)

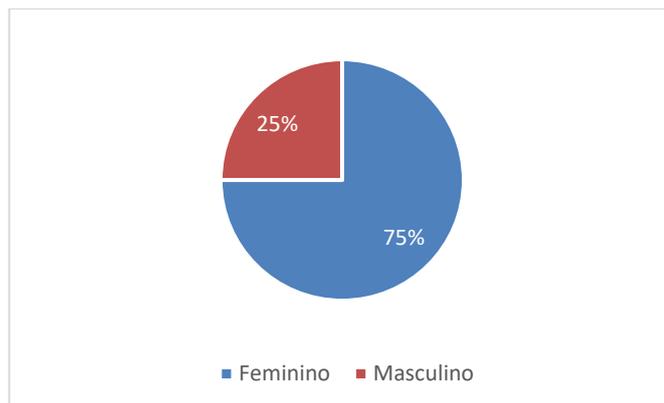
Também a questão de habitações ou quartos no piso térreo foram mencionadas por todos como boas alternativas pelos outros 2 entrevistados.

3.1.2. Entrevistados no SAD

Caracterização sociodemográfica

Os entrevistados do SAD mantinham o padrão do CD, sendo maioritariamente indivíduos do sexo feminino (3 mulheres e 1 homem) (gráfico 4). A idade destes variava entre 3 com 70-74 anos e 1 com 80-84.

Gráfico 4- Sexo dos entrevistados em SAD



Os entrevistados do SAD são oriundos de diferente municípios: Moita, Oeiras, Mértola e Moimenta da Beira. Todos residem no município, mais precisamente na Baixa da Banheira.

O estado civil dos entrevistados em SAD são variados, tendo 2 casados, 1 viúvo e 1 solteiro. Os agregados dos entrevistados são distribuídos por 2 residirem sozinhos, 1 reside com

a esposa e 1 reside com a esposa e a neta. Em relação aos seus descendentes, 1 dos entrevistados não tem filhos e 3 dos entrevistados têm dois filhos, no entanto, 2 destes indicam que não existe uma grande relação de proximidade:

“(...) eles estão longe” (E.S.A.D.1)
“(...) eles não ligam ao velho” (E.S.A.D.2)

Todos se caracterizam por terem concluído somente o ensino básico, tendo 3 dos entrevistados frequentado o 4º ano e 1 o 7º ano. Assim, as suas profissões foram: empregada de limpeza (1), operador de máquinas industriais (1), cozinheira (1) e doméstica (1), estando já todos reformados por velhice.

Caracterização das condições de saúde

Os entrevistados do SAD categorizam a sua saúde de forma distinta, tendo 2 caracterizado como “razoável”, 1 como “muito boa” e 1 como “má” (gráfico 5).

Gráfico 5- Condição de saúde dos entrevistados em SAD



Acerca da capacidade de realizar autonomamente as ABVD, todos referem que ainda conseguem, no entanto, com apoio:

“Levanto-me da cama, a custo e faço a minha higiene” (E.S.A.D.1)
“Sim, só preciso de apoio no comer, porque lavar, eu lavo-me” (E.S.A.D.2)
“Sim, mas com ajuda” (E.S.A.D.4)

Já as AIVD, 3 dos entrevistados conseguem executar estas atividades, sendo que 1 já não apresenta essa capacidade:

“Estou lúdica e mexo no telemóvel, mas preciso de ajuda para as tarefas” (E.S.A.D.1)
“Vou à rua comprar umas coisinhas ainda” (E.S.A.D.2)

Tabela 8- Patologias dos entrevistados em SAD

Frequência	Doença
2	Tendinite
2	Cataratas
1	Hipertensão arterial
1	Diabetes Mellitus
1	Perturbação Depressiva Major
1	Artrose
1	Hérnia discal
1	Asma
1	Tumor no rim

Perante as suas patologias (tabela 8), 2 entrevistados consideram que estas não influenciam a sua vida, no entanto, os outros 2 relevam as doenças como uma condicionante, referindo que:

“Tenho muitas dores e tomo muita medicação” (E.S.A.D.1)

“[Influencia] muito, porque eu sou muito de cismas. Quando me isolo, sinto-me mal e nem quero sair de casa” (E.S.A.D.2)

Caracterização das necessidades de cuidados sociais e de saúde

As limitações evidenciadas por 3 entrevistados são de carácter físico, com exceção de 1 entrevistado que não identifica condicionantes.

“Não consigo subir escadotes, tirar cortinados, desarredar móveis. Antes fazia tudo, agora pronto, tudo o que implique esforços, tenho tonturas e vejo mal” (E.S.A.D.1)

“Não tenho limitações” (E.S.A.D.2)

“Andar grandes distâncias já não consigo, canso-me muito” (E.S.A.D.3)

“Não posso tomar banho sozinha” (E.S.A.D.4)

Todos os entrevistados têm a quem recorrer em caso de necessidade, sendo que 1 tem o apoio do marido, 1 da neta, 1 dos filhos e 1 da amiga. Nas tarefas de casa, todos recorrem à sua rede de apoio, mas também ao SAD:

“Ao meu marido. Devagar vamos fazendo. Somos reformados e temos muito tempo” (E.S.A.D.1)

“As senhoras do apoio domiciliário quando cá estão” (E.S.A.D.4)

Caracterização da habitação e necessidades habitacionais

Todos os entrevistados em SAD residem em habitação própria, sendo que 2 classificam como tendo “boas condições”, 1 como tendo “más condições” e 1 como “razoáveis”.

Face à regularidade de saídas, todos os entrevistados saem diariamente:

“Saio de manhã um bocadinho para que não fique tão mal das pernas. Assim que estou cansada, venho-me embora. Vou ao café, converso com as amigas. Ainda vou podendo ir às compras com ajuda do meu marido” (E.S.A.D.1)

“Geralmente saio todos os dias entre as oito e as dez horas da manhã. Vou fazer umas comprinhas e vou ao café” (E.S.A.D.2)

Nas suas casas, todos os entrevistados referem que ocupam o seu dia a ver televisão, todavia, existem também outras atividades:

“Estou no facebook, leio um bocadinho, vejo o canal da culinária e gosto de ver notícias. Estou velha mas quero estar atualizada” (E.S.A.D.1)

“Vejo televisão, gosto muito do canal das notícias, limpo o pó, faço o totoloto e falo com a minha esposa” (E.S.A.D.2)

Os 4 entrevistados consideram que é importante realizar alguma atividade para manter a sua independência, contudo, apenas 1 o concretiza:

“Sim, mas a Câmara também não faz grande coisa para os idosos” (E.S.A.D.1)

“Sim, eu costumo fazer caminhadas e sinto que me ajuda a não ficar paralisado das pernas” (E.S.A.D.2)

Dentro das suas casas, 3 dos entrevistados não identificam obstáculos, sendo que 1 reforça a questão de possuir banheira e que dificulta. Nesta sequência, 1 entrevistado não mudaria nada na habitação, mas para os restantes 3, colocando em hipótese o futuro, evidenciam o seguinte:

“Punha um poliban porque a banheira já custa a entrar. Também deitava fora a tralha que tenho em casa” (E.S.A.D.2)

“Mudaria a banheira” (E.S.A.D.3)

3.2. O lugar onde desejam envelhecer

Neste ponto serão apresentados os resultados da categoria: lugar onde desejam envelhecer, que permite responder ao objetivo ii) *Identificar as preferências dessas pessoas*

mais velhas em relação ao lugar onde querem envelhecer e quais os fatores necessários que mencionam para a sua permanência no domicílio.

3.2.1. Entrevistados no CD

Perspetivando um futuro relativamente próximo (5 anos), os entrevistados quando questionados acerca do lugar onde querem continuar a envelhecer, é unanime que todos gostariam de estar nas suas casas e com mais saúde do que a que efetivamente apresentam. Todavia, quando confrontados com a sua realidade, 3 referem que poderão já ter falecido face à avaliação que fazem da sua própria saúde. Inclusive, é de referir que todos os entrevistados supõem que a sua condição estará pior em relação ao momento atual. Os outros 3 entrevistados consideram que estarão na mesma circunstância que a atual ou até inseridos em ERPI.

“Vou continuar aqui [no centro de dia]” (E.C.D.1)

“Acho que vou estar aqui [no centro de dia], se ainda não tiver morrido” (E.C.D.3)

As mais valias encontradas pelos 4 entrevistados para permanecerem nas suas casas foram bastante dispares, pois 1 refere que é o animal que ajuda bastante a manter-se ativo, 1 adianta a adaptação da habitação, 1 realça o carácter vinculativo que tem sobre a habitação, 1 reforça que quer manter a sua autonomia. Os restantes 2 entrevistados, apenas destacam o facto de gostarem de estar em casa, não conseguindo nomear benefícios.

“[O] animal é o que ajuda” E.C.D.1

“A adaptação da casa da minha filha, porque eles tinham o escritório e quando o meu marido faleceu, adaptaram um quarto para mim (...) para eu conseguir lá estar” (E.C.D.5)

“O conforto que ela me dá, não só por estar bem estruturada, mas também pelas memórias que guardo com a minha falecida esposa” (E.C.D.4)

Contrariamente, as dificuldades identificadas por 4 dos entrevistados para que se mantenham na habitação prende-se essencialmente com questões estruturais, nomeadamente barreiras arquitetónicas, como escadas (2) e banheira (1). Apenas 1 destaca questões ligadas ao isolamento social decorrente da localização da habitação, evidenciando as relações de vizinhança como um ponto a favor, não estando, no entanto presentemente nessa habitação, assumindo esse problema e 1 não tem qualquer opinião sobre o assunto.

“Para já consigo com alguma ajuda, mas o meu prédio tem escadas e isso dificulta-me” (E.C.D.6)

“O facto da minha filha viver numa moradia é mais isolado, mas a casa é boa. A minha casa, era num prédio, tinha os vizinhos que sempre ia falando e se precisasse de alguma coisa, chamava-os”
(E.C.D.5)

3.2.2. Entrevistados no SAD

Questionando acerca do futuro (5 anos), 3 dos entrevistados mencionam que gostariam e perspetivam em permanecer nas suas casas, com exceção do outro entrevistado que gostaria de estar numa ERPI alegando que perspetiva uma pior saúde e ao menos teria quem cuidasse de si.

“Eu acho que vou realmente estar na minha casa, tenho de ser otimista” (E.S.A.D.1)

“Gostava de estar na minha casa, que é onde eu passei os melhores anos da minha vida” (E.S.A.D.2)

Perante os pontos positivos que favorecem a permanência em casa, 3 mencionam aspetos relacionados com o conforto e segurança que a casa lhes transmite e 1 refere o apoio que o SAD dá.

“O conforto da casa. Os hábitos que tenho aqui há cinquenta anos. Esta casa é onde tenho as minhas memórias, quer sejam as melhores e até as piores” (E.S.A.D.1)

“Estou à minha vontade, tenho aqui as minhas memórias e os vizinhos são bons, ajudam muito. E sobretudo tenho a companhia da minha mulher” (E.S.A.D.2)

“O apoio ao domicílio é que me ajuda” (E.S.A.D.4)

Relativamente aos aspetos negativos, 1 dos entrevistados não identifica qualquer problema, 1 afirma que apenas poderia identificar caso o seu estado de saúde piorasse e os outros 2 apresentam barreiras arquitetónicas (escadas e dimensões).

“No caso de ter qualquer situação mais grave em que eu precisasse de uma cadeira de rodas, nesta casa não cabe. E o prédio também não ajuda porque tem escadas” (E.S.A.D.1)

“As escadas do prédio” (E.S.A.D.2)

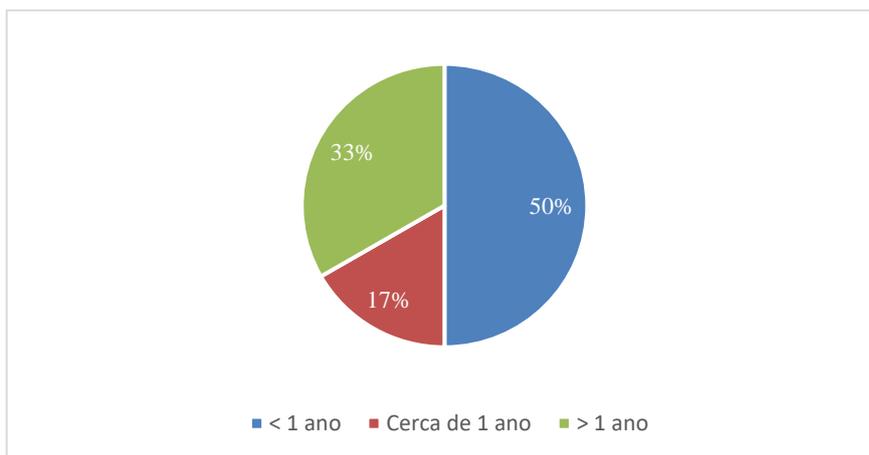
3.3. Serviços utilizados

Neste ponto serão apresentados os resultados da categoria lugar onde desejam envelhecer, que permitem responder ao objetivo iii) *Identificar os serviços que essas pessoas mais velhas*

utilizam, analisando a avaliação que fazem sobre o contributo desses serviços da sua manutenção no domicílio.

3.3.1. Entrevistados no CD

Gráfico 6- Tempo de Frequência no CD



A fim de perceber o tempo em que se encontravam inseridos no CD, destaca-se que 3 dos entrevistados frequentam há menos de um ano, 1 deles há cerca de um ano e 2 destes há mais de um ano (gráfico 6).

A razão para os entrevistados frequentarem o centro de dia é comum a todos, traduzindo-se claramente na incapacidade familiar de dar resposta às pessoas mais velhas, principalmente durante o horário laboral. No período noturno, as famílias já detêm mais capacidade de corresponder às necessidades destas pessoas, pois estas conjuntamente não dispõem de grandes graus de incapacidade ou dependência. Nenhum dos utentes entrevistados fez a sua própria inscrição, contudo, conseguem entender a razão pela qual os seus filhos os inseriram no centro de dia.

“A minha filha não tem disponibilidade. Nunca estive de acordo em vir para aqui [centro de dia], mas também não dava para ficar sozinha” (E.C.D.1)

“Os meus filhos não conseguiam estar a tomar conta de mim durante o dia” (E.C.D.2)

“Os meus filhos estarem a trabalhar e eu tive de vir para aqui [centro de dia], senão tinha que lá ficar sozinha” (E.C.D.3)

“Não podia ficar sozinho em casa” (E.C.D.4)

“Vim para não estar sozinha em casa. A minha filha vai trabalhar de manhã e vem à tarde. Dizer que gostava muito de vir, é mentira, mas estou acompanhada e a minha filha está descansada” (E.C.D.5)

“Já não tinha força para fazer as coisas em casa e estava triste. A minha filha achou que era melhor eu estar aqui [centro de dia]. Ao início estranhei, mas agora adoro estar aqui” (E.C.D.6)

Respondendo à questão de como ocupam o seu dia na instituição, 4 entrevistados referem as atividades lúdicas e de caráter sociocultural (pintura e artesanato) e ginástica promovidos pela instituição, com vista ao seu bem-estar biopsicossocial. Os outros 2 afirmam que preferem ver televisão e conviver com os demais.

“Pintamos e desenhamos. De resto, vemos televisão e temos fisioterapia. Há ginástica mas eu não vou” (E.C.D.2)

“Atualmente, já tenho mais lidação com os outros e também já comecei a fazer algumas pinturas para estar mais entretido” (E.C.D.4)

“Faço renda, quadros, panos e tricô. Também vamos à ginástica durante a semana e pintura” (E.C.D.5)

“Pinto uns desenhos, mas gostava de fazer alguns trabalhos manuais, que não consigo por causa da visão. Faço ginástica, cantamos e gosto imenso das atividades de época, como as pinturas. Também vamos ao teatro. No outro dia, fomos ver uma peça de teatro, mas foi complicado porque não estava a conseguir subir para a carrinha” (E.C.D.6)

Relativamente ao tipo de serviço prestado, todos elencam a alimentação, sendo também a medicação, a higiene pessoal e até o transporte os serviços mencionados pelos entrevistados (tabela 9).

Tabela 9- Tipos de serviço prestados aos entrevistados em CD

Frequência	Serviço
6	Alimentação
4	Higiene Pessoal
3	Medicação
2	Transporte

Na sua generalidade, 4 entrevistados consideram confecção da alimentação como o pior, salvo 2 entrevistados que dão nota positiva à alimentação. As condições da estrutura foram também algo mencionado por 2 entrevistados como ponto positivo, no entanto, 1 destaca como negativo, bem como os recursos humanos foram também elogiados por 1 entrevistado. Por fim, as atividades foram mencionados como uma mais-valia por 2 entrevistados (gráfico 7).

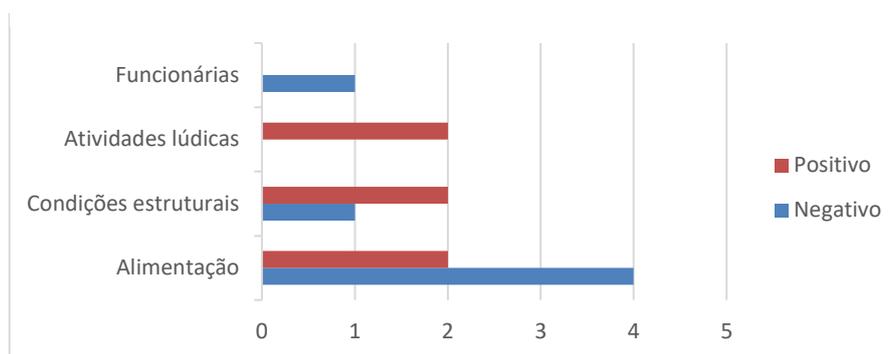
“A comida é boa” (E.C.D.4 e E.C.D.5)

“A alimentação é fraca” (E.C.D.2)

“O espaço tem boas condições” (E.C.D.5)

“O melhor são as funcionárias e as instalações” (E.C.D.6)

Gráfico 7- Avaliação dos entrevistados sobre os serviços prestados no CD



Quando solicitada a sua opinião nos aspetos que a instituição poderia melhorar, 4 dos entrevistados mencionam desde logo a falta de diversidade de atividades lúdicas e socioculturais, essencialmente ao nível de atividades exteriores, que poderá ser uma necessidade destas pessoas, tendo em conta que não saem de casa com regularidade para realizar passeios, atividade física ou outro tipo de ocupação ao ar livre.

“(...) Ter um grupo de teatro para as pessoas se divertirem, deviam ter mais atividades, ir ao jardim e tudo. Mais atividades fora aqui do centro. Também atividades com desenhos, pinturas, coisas assim mais plásticas” (E.C.D.3)

“Fazer mais ginástica e ir passear, principalmente para a zona do rio” (E.C.D.4)

É também referido por 1 dos entrevistados que a confeção da alimentação poderia ser alvo de uma passível avaliação, mas também 1 menciona a falta de pessoas para conviver durante o tempo em que estão no centro de dia, pois também alerta para a existência de pessoas que não se encontram conscientes e orientadas em todas as vertentes, que sejam capazes de manter um diálogo com quem está com as suas plenas capacidades.

Para os entrevistados, o centro de dia é um local onde conseguem passar o dia a conviver com outras pessoas, bem como conseguem colmatar as suas necessidades básicas. Contudo, se este não existisse, 4 dos entrevistados asseguram de forma subtil que estariam num lar, 1 em casa da filha com o seu apoio pois refere não ter possibilidades económicas e 1 em casa da filha mas com uma pessoa a título particular.

“Acho que estava mal, se me desse para comer, comia. Senão, estava o dia inteiro sem comer” (E.C.D.1)

“Estar em casa com ajudas a título particular é que não podia” (E.C.D.2)

“Se não houvesse o centro [de dia], haveria de estar na minha casa ou na da minha filha, mas mais sozinha. A minha filha não me quis pôr num lar porque o centro de dia existe” (E.C.D.5)

3.3.2. Entrevistados no SAD

Os motivos para recorrer ao serviço de apoio domiciliário são a necessidade de ajuda nas suas atividades diárias (3 entrevistados), no entanto, 1 dos entrevistados afirma que foi para ter atividades de animação (tabela 10).

“Já não estou capaz de fazer o comer. O meu marido também não sabe cozinhar” (E.S.A.D.1)

“Porque não sei fazer comer e derivado ao estado da minha mulher” (E.S.A.D.2)

“Para ter atividades de animação” (E.S.A.D.3)

“Precisava de ajuda no banho” (E.S.A.D.4)

Tabela 10- Tipos de serviços prestados no SAD

Frequência	Serviço
2	Alimentação
2	Higiene habitacional
1	Atividades de animação
1	Higiene Pessoal

Dentro dos serviços indicados pelos entrevistados em SAD, estes identificam a alimentação como o pior (1), a efetivação da higiene habitacional (1), não tendo os outros 2 entrevistados destacado algo negativo.

“O comer deixa muito a desejar. Devia ter mais variedade e mais bem confeccionado” (E.S.A.D.1)

“Não há nada mau” (E.S.A.D.2)

“O pior é a higiene da casa. Fazem tudo muito rápido e fica mal feito” (E.S.A.D.4)

Contrapondo com o acima referido, os entrevistados mencionam como sendo o melhor a alimentação (1), as funcionárias (1), a higiene pessoal (1) e as atividades de animação (1) (gráfico 8).

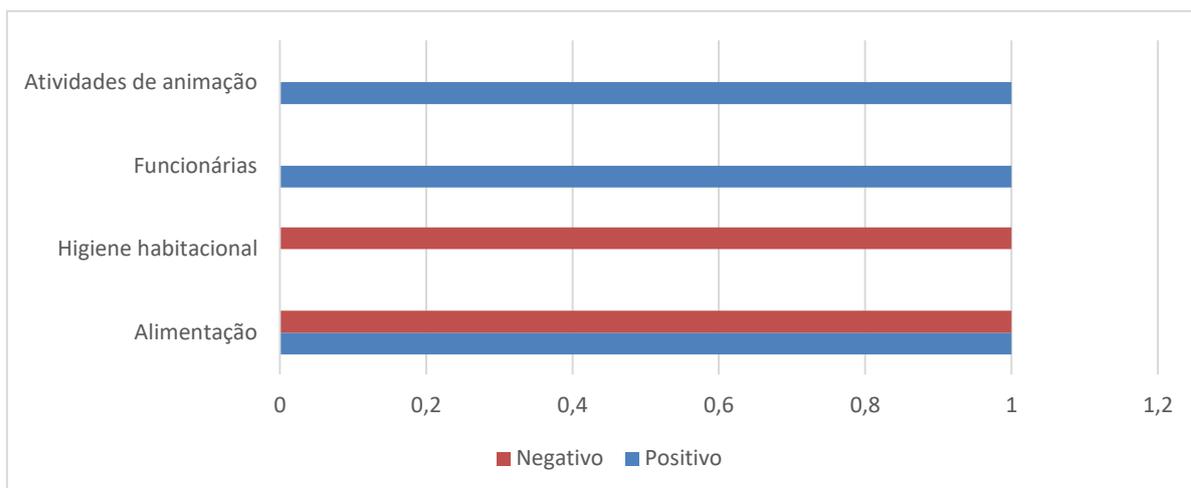
“As meninas são simpáticas, conversam comigo e assim o tempo passa melhor” (E.S.A.D.1)

“O comer é muito bom, eu gosto de comer” (E.S.A.D.2)

“Gosto de fazer as atividades com o animador” (E.S.A.D.3)

“O melhor é o banho, conseguem levantar-me como eu gosto e sem pressas” (E.S.A.D.4)

Gráfico 8- Avaliação dos entrevistados sobre os serviços prestados no SAD



Quando questionados acerca daquilo que poderiam melhorar, 1 reforça a questão da confecção da alimentação e a possibilidade de haver ginástica integrada nos serviços, 2 realçam que os serviços poderiam ter mais durabilidade e frequência e 1 refere não existir aspetos a aperfeiçoar.

“O comer devia ser mais variado e apurado. Podia ter alguém que viesse cá fazer ginástica”

(E.S.A.D.1)

“Nada, está tudo muito bom” (E.S.A.D.2)

“Mais tempo” (E.S.A.D.3)

“O horário podia melhorar, pois estão cá pouco tempo” (E.S.A.D.4)

Relativamente à alternativa que este viabilizam perante uma possível inexistência dos serviços, 2 mencionam a integração em ERPI, 1 indica a contratualização com um estabelecimento de restauração, apesar da dificuldade económica e 1 afirma que teria de recorrer à sua rede de suporte informal.

“Só o lar, mas se puder evitar, evito. A nossa casa é sempre o nosso ninho. Ninguém gosta de sair”

(E.S.A.D.1)

“Mandava vir de um restaurante. Mas assim com a instituição, fica mais barato” (E.S.A.D.2)

“Teria de ir para um lar” (E.S.A.D.3)

“Teria de pedir ajuda à filha da minha amiga” (E.S.A.D.4)

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

A informação reunida permite-nos analisar elementos inerentes às respostas sociais SAD e CD quanto a alguns indicadores que influenciam o *AiP* no presente e futuro próximo dos entrevistados.

Na resposta ao objetivo i) *Caracterizar um grupo de pessoas mais velhas utilizadores de um Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia em Portugal, do ponto de vista sociodemográfico e da necessidade de cuidados de saúde e sociais*, verificamos que grande parte dos utentes que utilizam estas respostas sociais são do sexo feminino. Esta é uma realidade explicada pela maior longevidade e esperança de vida nas mulheres em relação aos homens, mas também pela maior necessidade de cuidados que estas apresentam, decorrente do menor número de anos saudáveis. Lembremos que no ano de 2021 os AVS65 para as mulheres era de cerca de 7.4, diferindo da realidade masculina que tinha 8.4 AVS65 (Eurostat, 2023).

Grande parte dos entrevistados já apresentavam um declínio no que diz respeito à sua funcionalidade física que, tal como Fontes et al. (2010) afirma, nem sempre está associada a doença, mas sim ao próprio funcionamento biológico. Esta redução da capacidade funcional influenciava significativamente as AVD dos entrevistados, desencadeando condicionantes afetas ao quotidiano das pessoas (Almeida, 2012), padronizando assim a quebra na funcionalidade destes indivíduos (Botelho, 2014). As pobres condições de saúde e a menor funcionalidade poderão, assim, refletir-se numa maior necessidade de cuidados e de ajuda nas AVD.

Sobre as condições de saúde, vimos ainda que os entrevistados efetuam uma autoavaliação negativa da sua saúde, corroborando os dados do Eurostat, com cerca de 30% dos portugueses com 65 e mais anos a avaliar a sua saúde como má ou muito má, e apenas 16,5% a considerá-la boa ou muito boa.

De acordo com o GEP (2023), as respostas sociais de CD e SAD têm normalmente utilizadores entre os 75 e os 84 anos. Na presente pesquisa, ainda que quase se tenha mantido este padrão, os utilizadores do SAD são mais novos.

Os entrevistados caracterizam-se por baixa escolaridade e conseqüente profissão menos qualificada. Apesar da heterogeneidade a que se assiste na contemporaneidade em relação às pessoas mais velhas, esta franja populacional vai de encontro ao pouco desenvolvimento que

existia em Portugal no século XX no que diz respeito à educação, materializando-se posteriormente em possíveis situações de carência económica na velhice, que comprometem o acesso aos cuidados necessários (Dias & Rodrigues, 2012).

Segundo Ribeirinho (2005), os problemas económicos podem levar aos indivíduos mais velhos a se autoisolar e condicionarem a sua vida ativa. Porém, os entrevistados das duas valências não apresentaram a condição económica como ponto central na sua interação com o meio. Por oposição, consideram até que a resposta de CD conduzia a uma maior valorização da comunicação e relacionamento com os demais. Quer isto dizer que, neste caso, os rendimentos não eram impeditivos da sua frequência nestas respostas sociais, uma vez que, sendo esse o caso, não conseguiriam suportar a mensalidade das mesmas (Fonseca, 2016).

Tal como afirma Barros et al. (2013), as doenças crónicas são mais prevalentes com o aumento da idade. Os entrevistados referiram patologias diagnosticadas, mas principalmente associadas à mobilidade. Além de já limitarem o seu quotidiano, futuramente, com o seu agravamento, poderão impactar determinadamente na sua institucionalização (Ministério da Saúde, 2006).

Reforçando a ideia de Guadalupe (2016), a família apresenta-se como o ponto central na vida destas pessoas mais velhas. Apesar de não conseguirem assegurar os cuidados necessários aos seus pais idosos, devido às suas dinâmicas e compromissos sociais e profissionais, identificamos que filhos adultos ajustaram as suas vidas de forma a dar uma resposta institucional ao pai/mãe, garantindo-lhe assim a satisfação das suas necessidades. Também os amigos ocupam um papel fundamental nesta fase da vida, nomeadamente no CD, onde existe uma maior interação. Foi possível constatar que a amizade é um fator bastante positivo nesta fase avançada da vida, como forma de as pessoas se manterem ativas e integradas na sociedade, assim como para a manutenção do seu bem-estar psicológico (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, as cited in Lopes, 2010).

No que concerne ao objetivo ii) *Identificar as preferências dessas pessoas mais velhas em relação ao lugar onde querem envelhecer e quais os fatores necessários que mencionam para a sua permanência no domicílio*, a preferência das pessoas mais velhas é manter-se em casa, uma vez que é onde se preservam todas as suas bases, memórias e redes de suporte. Indo ao encontro da literatura, os entrevistados revelaram que o seu desejo é continuar a viver nas suas casas, inclusive quando já apresentam algumas limitações do foro motor (Iecovich, 2014).

Apesar do desejo de permanecer em casa à medida que envelhece, os indivíduos têm consciência das principais barreiras. Apontam sobretudo restrições relativas às habitações, quer em termos de condições habitacionais quer de habitabilidade, que dificultam a sua locomoção e, conseqüentemente, a sua permanência no domicílio sem que haja adaptações ou modificações. Esta preocupação com a habitação vai ao encontro de outros estudos (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; FCG, 2009). É igualmente notável que os entrevistados e/ou famílias concretizaram de forma efetiva algumas soluções para os problemas condicionantes desta continuidade em casa, de forma a evitar a institucionalização indesejada da pessoa mais velha (FCG, 2009).

A institucionalização é o último recurso que as pessoas mais velhas procuram, dado que é associado à sua morte social, perda de identidade e imposição de rotinas, que geram sentimentos de solidão que impactam negativamente (Carvalho & Dias, 2016). A integração em ERPI é igualmente gerida de forma complexa entre as famílias, dado que implica um custo acrescido perante as baixas pensões (Fonseca, 2016). As pessoas entrevistadas não destacam a negatividade da institucionalização, inclusive uma reforça a sua vontade em ser inserida numa. Todavia, nenhum dos restantes entrevistados apresenta uma opinião estruturada e fixa acerca das ERPI, apesar de a abordarem, como também abordam a morte.

Já em relação ao objetivo iii) *Identificar os serviços que essas pessoas mais velhas utilizam, analisando a avaliação que fazem sobre o contributo desses serviços da sua manutenção no domicílio*, verificámos que a alimentação é o serviço mais requisitado. No entanto, e em conformidade com o GEP (2023) é também o serviço que os utentes das duas respostas, na sua generalidade, identificam como sendo mais fraco.

Além da alimentação, os serviços de higiene são os que possuem mais indivíduos beneficiários (GEP, 2023), traduzindo-se também na realidade da nossa amostra. No CD ,a higiene pessoal era um serviço bastante requisitado, enquanto que no SAD a higiene habitacional apresentou um lugar de destaque.

A falta de atividades lúdicas e de animação consiste na maior queixa apresentada pelos utentes de CD entrevistados. Também os utentes do SAD apontam a falta de atividades como um ponto a melhorar na resposta. Todavia, este tipo de serviços que não se enquadram nas necessidades básicas dos indivíduos têm vindo a crescer (GEP, 2023).

Reconhecendo os desafios de permanecer no domicílio, os entrevistados apontam fatores negativos correspondentes aos identificados por Leroy et al. (2010). Contudo, na perspectiva dos entrevistados, os entres poderão ser ultrapassados, acreditando que o usufruto do SAD ou CD evitará a institucionalização. Em termos práticos, destacam as adaptações realizadas nas habitações para eliminação das barreiras arquitetônicas, identificadas como uma das principais constrições ao *AiP* (FCG, 2009). Para os utilizadores das respostas que foram entrevistados, a habitação não se encontrava adequada aos seus estados de alguma dependência. Não obstante, os mesmos revelaram que conseguiram ultrapassar alguns obstáculos deste teor, nomeadamente com mudanças de piso e adaptações no WC.

O acesso a respostas sociais nem sempre é facilitado devido à própria forma como a comunidade se encontra estruturada (Gomes & Mata, 2017). No entanto, esta pesquisa permitiu perceber que os entrevistados não tiveram grandes dificuldades no acesso ao CD ou SAD. Mas vejamos de que forma vivenciam as dimensões para a concretização do *AiP* identificadas por Iecovich (2014): i) física (localização e estrutura da habitação: os entrevistados revelaram uma boa vinculação ao espaço que os rodeia, assim como uma adequação da estrutura habitacional; ii) social (redes de suporte): as famílias dos entrevistados, apesar de não conseguirem assumir os cuidados, incentivaram/contratualizaram o recurso às respostas sociais de SAD e CD para satisfazerem as necessidades das pessoas mais velhas; iii) emocional e psicológica (valor sentimental): os entrevistados demonstraram bastante apego emocional à estrutura que é a habitação devido a vínculos afetivos, sensações e memórias; iv) cultural, não se apuraram referências.

Na generalidade, os entrevistados manifestam o seu agrado face às respostas sociais de SAD e CD, realçando inclusivamente a sua importância nas suas vidas, entendendo que a alternativa seria a institucionalização, face às suas condições de saúde e sociais.

CONCLUSÕES

Globalmente, consideramos que o principal objetivo da pesquisa foi alcançado, já que foi possível identificar o papel que as duas respostas sociais têm no quotidiano dos entrevistados, bem como a percepção sobre o contributo destes serviços para a preservação da velhice no seu meio natural de vida.

O envelhecimento da população portuguesa motiva a mudança nas políticas sociais do envelhecimento, essencialmente pela sociedade não se encontrar adaptada e preparada para a exigência dos atuais idosos. Para isso, é necessário que as políticas públicas invistam em medidas capazes de responder não só às necessidades mais básicas das pessoas, mas sobretudo que culmine uma visão holística no apoio aos mais velhos, preferências e expectativas.

A atual conjuntura demográfica e social remete para uma enorme vinculação da sociedade face ao envelhecimento. Apesar disso, não é estanque que o envelhecimento se perpetue apenas associado a estruturas retrógradas e com a única finalidade de satisfazer as mais básicas necessidades de qualquer indivíduo. Falamos das configurações institucionais criadas há décadas, para responder a antigos perfis de pessoas mais velhas, mais homogêneas.

Importam agora as preferências e a diversidade das pessoas mais velhas, suscitando o interesse de se inovarem as respostas que existem na comunidade. Além de responderem a uma maior diversidade de perfis de pessoas idosas e de necessidades multidimensionais, é importante que contribuam para o desejo das pessoas de permanecerem nas suas casas e comunidades, onde estão estabelecidos todos os seus laços afetivos e sociais. Esta é uma conclusão verificada nesta pesquisa. À exceção de um utente do SAD, que manifesta a sua vontade de integração em ERPI, todos os entrevistados partilham um desejo de continuar nas suas habitações o máximo de tempo possível. As duas respostas sociais analisadas contribuem para o cumprimento deste desejo, sobretudo os SAD, com os utentes a realçar aspetos mais emocionais e vinculativos à sua habitação, que não são tão evidenciados nos entrevistados do CD.

Na perspetiva dos entrevistados, as respostas CD e SAD em muito contribuem para evitar a institucionalização, através dos serviços prestados, salientando positivamente as condições dos espaços e funcionários. Contudo, destacamos diferenças entre as duas respostas sociais que importa destacar. I) Os utentes do SAD recorrem a este serviço sobretudo por necessidade de algum apoio nas AVD, enquanto os entrevistados no CD destacam a incapacidade da família

no apoio e supervisão das tarefas durante o dia. II) A alimentação é o serviço mais prestado em ambas as respostas sociais, sendo que no CD é prestado também de forma acentuada o apoio na medicação e no SAD a higiene habitacional.

À semelhança, também em termos de caracterização se concluem algumas diferenças entre os utentes do SAD e do CD, com possíveis implicações na permanência das pessoas mais velhas em casa. I) Apesar dos utentes do CD efetuarem uma avaliação mais positiva da sua saúde, nenhum realiza AIVD, tendo maior compromisso da autonomia, em comparação com os entrevistados do SAD. II) As pessoas integradas em CD, apesar de saírem de casa para a sua rotina na instituição, também experienciam momentos de lazer com amigos ou família. Por sua vez, as pessoas idosas que beneficiam de SAD não têm uma participação social tão ativa, embora se desloquem rotineiramente para realização de compras.

Todas as pessoas entrevistados apresentam uma clara noção das possíveis barreiras à permanência nas suas habitações e comunidades. Reconhecem fragilidades na resposta a necessidades, em particular o desenvolvimento de atividades quer em casa quer no CD. Sublinham a necessidade de alterações nas habitações, melhoria dos serviços de alimentação e desenvolvimento de mais atividades quer no domicílio quer no CD.

Em Portugal, na dualidade entre o desejo das pessoas se manterem em casa e o constante receio da institucionalização, é fundamental que se criem estratégias inovadoras que perpetuem o bem-estar e qualidade de vida nesta fase. Neste sentido, é importante realçar a potencialidade que o conceito de *AiP*, enquanto contemporâneo e empreendedor, poderá ter na orientação de novas respostas sociais e de saúde dirigidas às pessoas mais velhas.

No seguimento do trabalho desenvolvido nesta dissertação, seria interessante alargá-lo a mais respostas sociais, em outros contextos territoriais e com outras configurações de instituições.

Entre as limitações desta pesquisa, consideramos o número reduzido de entrevistados, dificultando resultados ilustrativos de diferentes realidades. Contudo, os critérios de inclusão limitam o número de entrevistados e o baixo número de instituições no mesmo território também contribuíram para que esta limitação não fosse ultrapassada. É de salientar ainda que o receio dos entrevistados ao longo das entrevistas foi também uma condicionante, apesar de ter sido explicado todo o processo e garantido o anonimato. O perfil inicial para concretização das entrevistas foi também limitado, uma vez que existem mais mulheres a frequentar estas

respostas sociais, não se conseguindo manter um número equilibrado de entrevistados por sexo, mantendo então uma tendência significativa para o sexo feminino no CD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alharbi, B., Masud, N., Alajlan, F., Alkhanein, N., Alzahrani, F., Almajed, Z., Alessa, R. M., & Al-Farhan, A. (2020). Association of elderly age and chronic illnesses: Role of gender as a risk factor. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(3), 1684. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1060_19
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 21–40). Lidel.
- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In A. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, saúde e doença*. Coisas de Ler.
- Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C., Brito, A., & Campos, M. J. (2021). *O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia*. <https://doi.org/https://doi.org/10.48684/3r90-q678>
- Azevedo, A. (2020). *Como vivem os portugueses: população e famílias, alojamentos e habitação*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/10400.11/7409>
- Barchifontaine, C. (2006). *Vulnerabilidade e Dignidade Humana*. 30(3), 434–440. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/698/637>
- Bárrios, M. J., Marques, R., & Fernandes, A. A. (2020). Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 54, 129. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>
- Barros, C., Gomes, A., & Pinto, E. (2013). Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: o que mudou em 7 anos? *Arquivos de Medicina*, 27(6), 242–247. <http://hdl.handle.net/10400.14/14208>
- Bonfim, C., & Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia - Condições de localização, instalação e funcionamento*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc
- Botelho, A., & Branco, J. (2022). Declínio funcional e fragilidade. In H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Eds.), *Desafios do envelhecimento para a saúde, a economia e a sociedade* (1st ed., pp. 41–52). Príncipia.
- Botelho, M. (2014). Envelhecimento e funcionalidade. In A. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, saúde e doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (1º, pp. 31–62). Coisas de Ler.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (A. Bryman, Ed.; 4ª). Oxford University Press. [http://www.uop.edu.pk/ocontents/Lecture%2009%20Reading%20material%20Book%20on%20Social%20Research%20Methods%20\(1\).pdf](http://www.uop.edu.pk/ocontents/Lecture%2009%20Reading%20material%20Book%20on%20Social%20Research%20Methods%20(1).pdf)
- Câmara, S. (2015). *Atitudes de futuros profissionais de saúde e serviço social face ao trabalho com a população idosa. Escala de Kogan e relações intergeracionais*. Universidade da Coruña.

- Carta Social. (2006, January 19). *Nomenclaturas e conceitos*.
<https://www.cartasocial.pt/nomenclaturas-e-conceitos>
- Carvalho, M., & Dias, M. (2016). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, 40, 161–184.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8226>
- Coelho, A., Catalão, P., & Nunes, N. (2019). Doenças não transmissíveis em Portugal: Desafios e oportunidades. *Anais Do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 17–21.
<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.317>
- Dias, I., & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179–202). Lidel.
- Duque, E., & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *EDAPECI*, 17(2), 103–108. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.29276/redapeci.2017.17.26780.103-118>
- Eurostat. (2023). *Eurostat*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>
- FCG. (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf;sequence=3
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Celta Editora.
<https://www.researchgate.net/publication/294584077>
- Férrandez-Ballesteros, R. (2009). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Férrandez-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31–54). Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A. (2016). Há vida além da reforma? In A. Fernandes, P. Albuquerque, & A. Fonseca (Eds.), *A (Re)forma das Reformas - Uma análise sociológica, económica e psicológica da reforma e do sistema de pensões* (pp. 87–147). Almedina.
- Fonseca, A. (2020). Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal. *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>
- Fonseca, A. (2021). *Boas práticas de ageing in place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas* (A. Fonseca, Ed.; 1ª). Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa. <https://gulbenkian.pt/publications/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>
- Fontes, A., Fernandes, A., & Botelho, M. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171–178.
- Fontoura, D. dos S., Doll, J., & Oliveira, S. N. de. (2015). O Desafio de Aposentar-se no Mundo Contemporâneo. *Educação & Realidade*, 40(1), 53–79. <https://doi.org/10.1590/2175-623645774>

- GEP. (2021). *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2019*.
<https://www.google.pt/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwiAjqWBm9f8AhUAAAAAHQAAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Fwww.cartasocial.pt%2Fdocuments%2F10182%2F13834%2Fcsocial2019.pdf%2F6bb19f6c-dd1b-40a3-8a13-d03b8852018e&psig=AOvVaw1T4eoqkmfBMDQQ21zJdITL&ust=1674340599682472>
- GEP. (2023). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2021*. www.cartasocial.pt;
- Gil, A. (2022). Os cuidados (in)formais numa sociedade envelhecida. In H. Canhão, A. Gil, P. Barros, & J. Branco (Eds.), *Desafios do envelhecimento para a saúde, a economia e a sociedade* (1st ed., pp. 127–144). Princípia.
- Golant, S. (2020). The distance to death perceptions of older adults explain why they age in place: A theoretical examination. *J Aging Stud*, 54.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100863>
- Gomes, M., & Mata, A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia para cuidadores de idosos*. Psicossoma.
- Greenfield, E. (2012). Using ecological frameworks to advance a field of research, practice, and policy on aging-in-place initiatives. *Gerontologist*, 52(1), 1–12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/gnr108>
- Greer, V., Canham, S. L., Hong, A., Caylor, N., & Van Natter, J. (2023). Shifting perspectives: Outlooks on ageing in place in the COVID-19 era. *Ageing and Society*.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X23000211>
- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede - serviço social, sistémica e redes de suporte social* (S. Guadalupe, Ed.; 2ª). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0866-2>
- Hasret Yalcinoz Baysal, H.Y., Aktas, B., Bakan, A. B. (2020). An investigation of the relationship between ageing in place and successful ageing in elderly individuals. *Psychogeriatrics*, 20(4): 473-479. doi: 10.1111/psyg.12534
- Horner, B., & Duncan, B. (2008). The benefit and burden of “ageing in place” in an aged care community. *Australian Health Review*, 356–365.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1071/ah080356>
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, XX(1), 21–32.
https://www.google.pt/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwi4g7i2m9f8AhUAAAAAHQAAAAAQAg&url=http%3A%2F%2Fwww.drustvo-antropologov.si%2FAN%2FPDF%2F2014_1%2FAnthropological_Notebooks_XX_1_1ecovich.pdf&psig=AOvVaw0kOYuiJvN6c5Fo4k8dPXbt&ust=1674340696385648
- INE. (2022). *Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População : VI Recenseamento Geral da Habitação. Resultados definitivos*. Instituto Nacional de Estatística.

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=585793364&att_display=n&att_download=y

- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (1st ed., pp. 127–146). PsicoSoma.
<https://www.google.pt/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwilh-7Pm9f8AhUAAAAHQAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Fbibliotecadigital.ipb.pt%2Fbitstream%2F10198%2F8887%2F5%2FTeoria%2520e%2520Pratica%2520da%2520Gerontologia.pdf&psig=AOvVaw0BnL2riqsqYg4PEfyVVcno&ust=1674340760774553>
- Leroy, L., Treanor, K., & Art, E. (2010). Foundation work in long-term care. *Revista Health Affairs*, 29(1), 207–211.
- Lima, J. Á. de. (2014). Por uma Análise de Conteúdo Mais Fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 7–29. https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_1
- Lopes, M. (2010). *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade da Beira Interior]. <http://hdl.handle.net/10400.6/2500>
- Lopes, M., Ribeiro, A., Santo, I., Ferreira, F., & Frederico, L. (2012). Serviço social e qualidade em contexto hospitalar. In M. Carvalho (Ed.), *Serviço Social na Saúde* (1ª, pp. 25–54). Pactor.
- Lovatt, M. (2018). Becoming at home in residential care for older people: a material culture perspective. *Sociology of Health and Illness*, 40(2), 366–378. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12568>
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia*, 177–203.
<https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10586.pdf>
- MetLife. (2013). *Livable Community Indicators for Sustainable Aging in Place*. www.MatureMarketInstitute.com.
- Midão, L., Brochado, P., Almada, M., Duarte, M., Paúl, C., & Costa, E. (2021). Frailty Status and Polypharmacy Predict All-Cause Mortality in Community Dwelling Older Adults in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3580.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073580>
- Ministério da Saúde. (2006). *Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho* (pp. 3856–3865).
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013). *Portaria 38/2013 de 30 de janeiro* (pp. 605–608).
- Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os portugueses - envelhecimento, saúde e idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Nascimento, M. (2019). *Do velho para o novo: percepções de idosos sobre o processo de studentification, as mudanças sócio-físicas do bairro e o aging in place*. Universidade de São Paulo.
- Neal, M., & Kenneth DeLaTorre, A. (2016). *The Case for Age-Friendly Communities The Case for Age-Friendly Communities Citation Details Citation Details*.
https://pdxscholar.library.pdx.edu/aging_pub/20
- Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 133–154.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p133-154/22425>
- Nunes de Moraes, E., Lanna de Moraes, F., & de Paula Pessoa Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. In *Rev Med Minas Gerais* (Vol. 20, Issue 1).
http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf
- OECD. (2002). *Ageing, housing and urban development*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264176102-en>
- OMS. (1978). *Declaração de Alma-Ata*.
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.
- Pani-Harreman, K., Bours, G., Zander, I., Kempen, G., & Van Duren, J. (2021). Definitions, key themes and aspects of “ageing in place”: a scoping review. *Ageing & Society*, 41(9), 2026–2059.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>
- Perez, F., Mayoralas, F., Rivera, F., & Abuin, J. (2001). Ageing in place: predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54, 173–208.
<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1010852607362>
- Pinheira, V., Moreira, M., Rodrigues, A., Batista, D., Alves, J., Patrício, R., & Pissarra, P. (2020). “Quero Viver na Minha Casa” Um Desafio para as Comunidades do Interior no Contexto do Ageing in Place. *Egitania Ciencia*, 27, 43–52. <https://doi.org/DOI:10.1017/SO144686X14000138X>
- PORDATA. (2023). *PORDATA*. <https://www.pordata.pt/>
- Praça, M. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. <http://hdl.handle.net/10198/10249>
- Putney, N., Alley, D., & Bengtson, V. (2005). Social Gerontology as Public Sociology in Action. *The American Sociologist*, 36(3/4), 88–104. <https://www.jstor.org/stable/27700435>
- Pynoos, J., Nishita, C., Cicero, C., & Caraviello, R. (2008). Aging in place, housing and the law. *The Elder Law Journal*, 16(1). <http://publish.illinois.edu/elderlawjournal/files/2015/02/Pynoos.pdf>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª). Grávida.
<https://www.google.pt/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAQQw7AJahcKEwiA3sfGpvD8AhUAAAAAHQAAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Ftecnologiamedia>

interacao.files.wordpress.com%2F2018%2F09%2Fquivy-manual-investigacao-novo.pdf&psig=AOvVaw0VgrdAx4fvfPE2vHAoV3Jy&ust=1675202250089913

- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. (2020). *Um tempo sem idades: ensaio sobre o envelhecimento da população* (1st ed.). Tinta da China.
- Rose, R. A. (2013). *Ageing in Place: The Experiences of Older Adults Accessing Health Services in the Wakatipu* [Master of Arts in Psychology, Massey University].
<https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/4756>
- Sant' Helena, D. P., Silva, P. C. da, & Gonçalves, A. K. (2020). Capacidade funcional e atividades de vida diária no envelhecimento. In *Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos - Volume 1* (pp. 204–218). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200901493>
- Schröder-Butterfill, E., & Marianti, R. (2006). A framework for understanding old-age vulnerabilities. In *Ageing and Society* (Vol. 26, Issue 1, pp. 9–35). <https://doi.org/10.1017/S0144686X05004423>
- Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2º). Lidel.
- Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2008). Ageing in place in the United Kingdom. *Ageing International*, 32(3), 219–235. <https://doi.org/10.1007/s12126-008-9019-y>
- Soeiro, J. (2022). O regime de cuidados em Portugal: desigualdades e desafios democráticos. In C. Renato, I. Tavares, & A. Cândido (Eds.), *Que futuro para a igualdade? Pensar a sociedade e o pós-pandemia* (pp. 81–113). Observatório das Desigualdades, CIES-ISCTE.
<http://hdl.handle.net/10071/24697>
- Stones, D., & Gullifer, J. (2016). “At home it’s just so much easier to be yourself”: Older adults’ perceptions of ageing in place. *Ageing and Society*, 36(3), 449–481.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X14001214>
- Tomasini, S., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 4(1).
<https://doi.org/https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.119>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). *Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. www.seg-social.pt,
- Van Dijk, H. (2015). *Neighbourhood for ageing in place*.
https://www.google.pt/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAIQw7AJahcKEwjg-PLPwpj_AhUAAAAAHQAAAAAQAg&url=https%3A%2F%2Frepub.eur.nl%2Fpub%2F78306%2FHaanna_van_Dijk_WEB.pdf&psig=AOvVaw1HxSz8n1IDGqc8RK4qkwr1&ust=1685380730873795

- Vasunilashorn, S., Steinman, B., Liebig, P., & Pynoos, J. (2012). Aging in pace: evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*, 2012, 1–6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2012/120952>
- Veras, R. (2012). Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), 1834–1840. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n10/03.pdf>
- Welford, C., Murphy, K., Wallace, M., & Casey, D. (2010). A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9–10), 1226–1235. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x>
- WHO. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. <http://www.who.int/hpr/>
- Wiles, J., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. (2011). The meaning of “aging in place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- Woo, J., Ko, R., Yu, R., Chan, S., Lo, R., & Mo, K. H. (2023). Healthy Ageing Should Be a Key Component of Ageing in Place: Case Study from Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph20105779>

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Entrevista

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA (OBJETIVO I)

1. **Sexo:** Feminino Masculino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Naturalidade:** _____

4. **Onde reside (zona)?** _____

5. **Serviço ativado:** SAD Centro de Dia

6. **Estado Civil:**

Solteiro/a Casado/a Divorciado/a Viúvo/a Outro _____

7. **Tem filhos?**

Sim Não

Se sim, quantos?

Se sim, tem proximidade com os filhos? Conversa com eles com que frequência?

8. **Com quem vive?** _____

9. **Habilitações Literárias?**

Sem escolaridade (não sabe ler nem escrever)

Sem escolaridade (sabe ler e escrever – pelo menos o seu nome)

Ensino Básico (1º ciclo – 1º, 2º, 3º e 4º ano)

Ensino Básico (2º ciclo – 5º e 6º ano)

Ensino Básico (3º ciclo – 7º, 8º e 9º ano)

Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)

Ensino Superior – Licenciatura

Ensino Superior – Mestrado

Ensino Superior – Doutoramento

10. **Última Profissão:** _____

11. **Situação Profissional Atual:**

Empregado Desempregado Reformado Outra: _____

12. Se está reformado, que tipo de pensão aufer?

Pensão invalidez Pensão social invalidez Pensão velhice Pensão social velhice

Outra _____

13. Motivo pelo qual se reformou?

14. Para além da pensão, recebe mais alguma prestação?

15. A casa onde reside é

Própria arrendada de familiares outra: _____

16. Como avalia as condições habitacionais da casa onde reside?

Muito más <input type="checkbox"/>	Más <input type="checkbox"/>	Razoáveis <input type="checkbox"/>	Boas <input type="checkbox"/>	Muito boas <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	--

**PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE
(OBJETIVO I)**

17. Como avalia a sua saúde?

Muito má <input type="checkbox"/>	Má <input type="checkbox"/>	Razoável <input type="checkbox"/>	Boa <input type="checkbox"/>	Muito boa <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

18. Tem algum problema de saúde/ doença diagnosticado pelo medico? Sim Não

Se sim, qual/ quais?

19. Consegue realizar sozinho as principais atividades no seu dia-a-dia, ou seja, levantar-se da cama, ir à casa de banho, tomar banho, vestir-se, fazer as suas refeições e andar pela sua casa?

20. Consegue fazer sozinho a gestão do seu dia-a-dia, ou seja, ir às compras, utilizar transportes, limpar a casa, cozinhar, gerir o seu dinheiro e usar o telefone ou outro aparelho tecnológico?

21. Considera que as doenças/ problemas de saúde que tem influenciam o seu dia-a-dia?
De que forma?
22. Que limitações tem no seu dia a dia? (atividades que não consegue realizar)
23. Precisa de cuidados prestados por outras pessoas? Quais? (medicação, alimentação, higiene pessoal, higiene da casa, deslocações...)

PARTE III – CARACTERIZAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS SOCIAIS

24. Quando precisa falar com alguém tem a quem recorrer?
25. Quando precisa de ajuda com tarefas domésticas tem a quem recorrer?
26. Quando precisa de ajuda com cuidados pessoais tem a quem recorrer?
27. Com que regularidade costuma sair de casa?
28. De que forma ocupa o seu tempo dentro de casa?
29. De que forma ocupa o seu tempo fora de casa?
30. Considera que fazer alguma atividade fora de casa o ajuda a se manter mais independente?
31. Dentro de casa, existe algum obstáculo ou barreira que o impeça de realizar a sua vida normal?
32. Mudaria alguma coisa na sua habitação? para facilitar o seu dia a dia?

PARTE IV –LUGAR ONDE AS PESSOAS QUEREM ENVELHECER (OBJETIVO II)

33. Daqui a 5 anos onde gostava de estar?
34. Daqui a 5 anos onde acha que vais estar?
35. Como acha que vai estar a sua saúde daqui a 5 anos?
36. Considera que irá ter alguma limitação / mais limitações no desempenho das suas atividades do dia-a-dia?

PARTE V – FATORES PARA A SUA PERMANÊNCIA NA HABITAÇÃO (OBJETIVO II)

- 37. O que considera que pode favorecer a sua permanência em casa?
- 38. O que considera que pode dificultar a sua permanência em casa?

PARTE VI – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (OBJETIVO III)

- 39. Qual o motivo para recorrer ao SAD?
- 40. Em relação às pessoas que vêm a sua casa prestar o apoio, que tipo(s) de serviço(s) realizam?
- 41. Dentro do(s) serviço(s) que me indicou, o que considera melhor e pior? Porquê?
- 42. Na sua opinião, o que poderia melhorar e como?
- 43. Se não tivesse o SAD, qual seria a alternativa? Como avalia essa possibilidade?

PARTE VII – CENTRO DE DIA (OBJETIVO III)

- 44. Porque frequenta o Centro de Dia?
- 45. Como ocupa o seu dia no Centro de Dia?
- 46. Quando vai para o Centro de Dia, que tipo de serviço(s) lhe prestam?
- 47. Dentro do(s) serviço(s) que me indicou, o que considera melhor e pior? Porquê?
- 48. Na sua opinião, o que poderia melhorar e como?
- 49. Caso não frequentasse o centro de dia, onde acha que estaria? Como acha que seria estar nessa situação?

Apêndice II – Consentimento Informado

Tomei conhecimento que este estudo pretende analisar os processos relacionados com o contributo que as respostas sociais de Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário poderão ter na promoção do envelhecimento no domicílio.

O estudo está a ser desenvolvido por Luana Patrícia Mendes dos Santos, aluna de Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP-ULisboa), orientado pela Professora Doutora Maria João Bárrios.

Fui informado/a que a entrevista será gravada para posterior transcrição, foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a participação no estudo de investigação, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome: _____

Entidade: _____

Data: _____

(Assinatura)