

“Aging in Place” – Envelhecer em casa e na comunidade¹

Resumo

Apesar da vasta maioria dos portugueses envelhecer nas suas casas, as medidas de promoção de um envelhecimento em casa e na comunidade – aging in place – continuam a ter uma fraca visibilidade pública quando comparadas com a atenção que se atribui a soluções institucionais. Constituindo uma abordagem necessária para a promoção de um envelhecimento saudável, a valorização de respostas de aging in place significa responder às necessidades das pessoas mais velhas a partir dos contextos onde elas vivem. Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas à medida que envelhece. É precisamente verificar «como é que isso pode ser feito» que constitui o objetivo deste texto, primeiro através de uma discussão do conceito de “aging in place” e depois pela análise de dimensões concretas de operacionalização deste conceito, quer em Portugal quer em outros países.

Palavras-chave: envelhecimento; comunidade; Portugal.

António Manuel Godinho da Fonseca

Doutor em Ciências Biomédicas pela Universidade do Porto.
Professor da Universidade Católica Portuguesa – FEP-UCP.
Investigador no Centro de Investigação em Desenvolvimento Humano – CEDH/FEP-UCP.
Portugal
afonseca@ucp.pt
orcid.org/0000-0002-9087-1306

Para citar este artigo:

FONSECA, António Manuel Godinho da. “Aging in Place” – Envelhecer em casa e na comunidade. *PerCursos*, Florianópolis, v. 24, e0104, 2023.

<http://dx.doi.org/10.5965/19847246242023e0104>

¹ Este artigo é um resumo do do ebook “Ageing in Place – Envelhecimento em casa e na comunidade”, de autoria do autor do artigo. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/>

“Aging in Place” – Aging at home and in the community

Abstract

Despite most Portuguese people tend to get older in their homes, measures to promote aging in place continue to have poor public visibility when compared to the attention given to institutional solutions. As a necessary approach to promoting healthy aging, valuing aging in place strategies means responding to the needs of older people based on the contexts in which they live. In practice, this means not removing people from where they live to provide them with what they need but creating conditions there so that their needs are met as they age. It is precisely to verify «how this can be done» the main purpose of this paper, first through a discussion of the concept of “aging in place” and then by the analysis of concrete dimensions of operationalization of this concept, both in Portugal and in other countries.

Keywords: aging in place; community; Portugal.

1 O que significa *aging in place*?

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015a), *aging in place* significa apoiar as pessoas mais velhas a concretizarem o seu desejo de permanecerem na sua própria casa e no local onde ela se situa à medida que envelhecem, de acordo com a evolução das suas capacidades. Apesar de a solução «envelhecer em casa» ter sido desde sempre a solução mais comum para a generalidade da população idosa, a expressão *aging in place* só começou a ganhar relevância associada ao conceito de envelhecimento ativo e saudável, obtendo progressiva popularidade nos últimos vinte anos, em especial na Europa, nos EUA e na Oceânia (Austrália e Nova Zelândia) (HARREMAN et al., 2020). Por esta altura, a evolução demográfica dos países ocidentais já caminhava no sentido de um acentuado envelhecimento populacional e começavam a surgir as primeiras orientações políticas para responder às exigências de uma população cada vez mais envelhecida. Desde então, o conceito de *aging in place* tem servido de abrigo à adoção de políticas relativas à habitação, à prestação de cuidados domiciliários e à disseminação de serviços de natureza social dirigidos às pessoas idosas que envelhecem nos seus domicílios (FERNANDEZ-CARRO, 2013). O objetivo comum destas políticas é auxiliar as pessoas mais velhas a permanecer nas suas residências pelo maior tempo possível, enfatizando os benefícios desta solução para a sua qualidade de vida ao impedir a disrupção causada pela institucionalização, tanto na vida social como ao nível da identidade pessoal. Devido ao seu efeito positivo no bemestar numa fase avançada do ciclo de vida, o recurso ao conceito de *aging in place* como um instrumento político assume que este é o modo de vida mais desejável no decurso do envelhecimento. Mas não é apenas o mais desejável; é também o mais necessário, sendo visto como a medida a privilegiar.

Desde o início dos anos 2000 que a OCDE não tem cessado de encorajar medidas deveriam facilitar a permanência das pessoas nas suas casas, mesmo quando elas adquirem alguma incapacidade ou experimentem um declínio de funcionalidade (OECD, 2008). A Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pelas Nações Unidas em Madrid, em 2002 (coincidente com o lançamento do paradigma de Envelhecimento Ativo), assinalou a importância da promoção do *aging in place*, sublinhando um conjunto de preocupações relacionadas com este objetivo: criação de

comunidades onde as necessidades dos mais idosos sejam atendidas de modo particular, incentivo ao investimento em infraestruturas locais de natureza multigeracional, estabelecimento de parcerias entre diversos agentes comunitários, criação de serviços de apoio social para pessoas idosas, intervenção direta nas residências da população mais idosa, libertando-as de obstáculos à mobilidade (WHO, 2002). Neste sentido, foi apontado como objetivo prioritário a adoção de um modelo de *aging in place* que prestasse especial atenção às preferências individuais no respeitante às opções residenciais em idade avançada. As linhas de ação deste modelo deveriam incluir o desenho ou adaptação de habitações que tivessem em consideração as características culturais e as necessidades de cuidados da população mais idosa, o investimento em infraestruturas que garantissem o acesso a bens e serviços, e a construção ou adaptação de unidades residenciais capazes de acomodar as necessidades decorrentes da fase mais avançada da vida. Finalmente, em 2015, no relatório final do 2.º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (WHO, 2015a), são identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de *aging in place*: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados, políticas de apoio social (no original, the 5 P's – People, Place, Products, Person-Centered Services, Policy):

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

Para terem sucesso, estas diferentes áreas necessitam de estar sustentadas em políticas de envelhecimento coordenadas e com um horizonte de sustentabilidade, e alicerçadas em orçamentos alocados aos diversos atores sociopolíticos responsáveis pela

sua implementação. Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde, o *aging in place* sublinha a importância de intervenções ao nível micro e meso, por exemplo, apoiando o papel dos cuidadores informais, grupos de voluntariado e de autoajuda, Organizações Não Governamentais e da sociedade civil, cooperativas habitacionais, empresas de gerontecnologias, e instituições de âmbito comunitário prestadoras de serviços para pessoas idosas e respetivas famílias.

Apesar dos muitos benefícios subjacentes, o conceito de *aging in place* apresenta igualmente limitações (KLIMCZUK, 2017). Desde logo, a habitação poderá não estar adaptada às necessidades das pessoas mais velhas que lá vivem, ou porque é desconfortável ou porque está repleta de barreiras arquitetónicas que dificultam a mobilidade. Outra limitação prende-se com as diferenças sentidas entre ambiente urbano e rural, pois este último tende a ser caracterizado por um acesso limitado a serviços e infraestruturas, por exemplo, transportes e tecnologias. Finalmente, os serviços de apoio domiciliário (muitas vezes indispensáveis numa fase mais avançada da vida) são prestados frequentemente por profissionais pouco qualificados ou até indiferenciados, ao contrário do que sucede em unidades residenciais para idosos.

Nos últimos anos, o uso generalizado da expressão «aging in place» levou à sua rápida disseminação, apesar de não haver, à semelhança do que sucede com tantos outros conceitos, uma definição única que estabeleça as suas fronteiras ou um corpo teórico único que sistematize o seu uso (SCHOFIELD et al., 2004). Parte desta confusão concetual decorre da própria natureza do que significa «envelhecer em casa», juntando aqui dois elementos distintos e suscetíveis de diferentes interpretações; por um lado, a noção de «envelhecimento» – há diferenças entre um envelhecimento normal e um envelhecimento patológico, por exemplo (FONSECA et al., 2020) – e por outro lado a noção de «casa» – que poderá ir desde a residência pessoal ao local onde essa residência se insere. Diversas contribuições foram surgindo, com origem essencialmente na gerontologia, mas também na sociologia, na psicologia ou mesmo na geografia e no urbanismo, o que não facilita a existência de um quadro concetual capaz de unificar os contributos de cada uma destas áreas científicas (FERNANDEZ-CARRO, 2013). De qualquer modo, no seu conjunto, estas disciplinas reconhecem que o conceito de *aging in place*

terá de ser compreendido na intersecção de diferentes contributos, criando deste modo um campo interdisciplinar. Na sua definição mais básica, *aging in place* refere-se à permanência de uma pessoa mais velha na sua residência privada (e respetiva comunidade envolvente) durante a fase mais avançada da vida, em alternativa à institucionalização, assumindo a gestão do quotidiano com a autonomia possível (SIXSMITH, A.; SIXSMITH, J., 2008).

Olhemos, de forma mais concreta, para algumas características particulares que decorrem das diferentes definições de *aging in place*. A primeira característica que define o *aging in place* é que se trata de uma experiência referida ao domínio privado, como alternativa à institucionalização. A grande diferença entre viver em casa, num espaço privado, e viver numa instituição coletiva, é que no seu espaço privado a pessoa idosa possui mais opções de escolha acerca do modo como pretende administrar a sua vida, dispondo de autonomia para tomar decisões acerca da configuração do espaço físico, a organização das rotinas diárias ou a forma como interage com o que está à sua volta (RAPOPORT, 1995). Na sua própria casa não há regras externas que formatizem o curso do dia-a-dia; é a própria pessoa que estrutura as regras com base nos seus desejos, capacidades, recursos e experiências prévias. Isto não significa que a administração da atividade quotidiana no espaço privado esteja isenta de limitações, pois as condições de vida são permanentemente influenciadas por fatores externos que podem funcionar como fatores de constrangimento para a definição de possíveis opções de escolha. O que acontece é que, vivendo nas suas próprias casas, as pessoas podem ter em conta esses fatores e decidir por si mesmas a organização do seu quotidiano, preservando o controlo sobre as rotinas diárias e sobre as relações estabelecidas com aquilo que as rodeia. Na sua casa, cada pessoa tem a oportunidade de decidir que mudanças pretende fazer na organização do espaço ou que alterações pretende efetuar no horário previsto para as atividades diárias. Assim se preserva um sentido de privacidade e autodeterminação, poder de escolha e considerável grau de liberdade, o que não é possível de alcançar em contextos residenciais, onde se privilegiam a conformidade, a segurança e a previsibilidade (OSWALD; WAHL, 2005).

Dentro do objetivo mais largo do *aging in place* – proporcionar às pessoas idosas condições ambientais efetivas para que envelhecer em casa e na comunidade seja “a opção natural” – algumas prioridades podem ser enunciadas: (i) a nível residencial, promover um ambiente amigável, onde as atividades indispensáveis à vida diária possam ser realizadas eficazmente pelo próprio ou com alguma ajuda externa; a habitação deve ter em conta que as necessidades das pessoas transformam-se à medida que elas envelhecem e que, se não a queremos transformada numa prisão, os espaços exteriores são tão importantes como a habitação em si mesma; (ii) a nível comunitário, assegurar a existência de um ambiente seguro, onde as pessoas possam circular e frequentar atividades instrumentais ou lúdicas; também os serviços e recursos indispensáveis à vida quotidiana (saúde, transportes, compras, etc.) deverão permitir a satisfação das necessidades individuais e a concretização de oportunidades de cariz social e económico; (iii) a nível institucional, criar ou reforçar serviços de apoio e redes de suporte aos idosos que permanecem em casa (e às respetivas famílias, quando necessário), bem como programas que estimulem a participação na vida social e comunitária, combatendo o isolamento e prevenindo a exclusão social; para que envelhecer em casa não seja sinónimo de “ver o tempo a passar”, a inclusão social das pessoas mais velhas deve, tanto quanto possível, contemplar a participação em funções úteis e socialmente reconhecidas.

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

Os desafios do *aging in place* referem-se a necessidades relativamente comuns a todos os idosos, digase, e que devem ser atendidas através de um planeamento adequado de acordo com os requisitos de cada um e com as características do local onde vive, considerando aqui tanto a residência como o espaço envolvente em constante

mudança. Pensando em algumas das mudanças características do processo de envelhecimento – diminuição da capacidade visual e auditiva, menos resistência e força física, maior risco de acidentes devido à fragilidade óssea, menor equilíbrio ao caminhar, diminuição da agilidade e flexibilidade –, logo verificamos o impacto que elas poderão ter numa série de atividades comuns do quotidiano: sair e voltar para casa sem incidentes; conduzir com segurança e sem ansiedade; usar transportes públicos com facilidade e sem contratempos; participar em eventos sociais sem dificuldades; manter a casa limpa e arranjada; cuidar do jardim; ser capaz de levantar ou carregar coisas mais pesadas; tratar das finanças pessoais, pagar contas e assegurar o cumprimento de outras tarefas administrativas; cuidar de si próprio, o que inclui ser capaz de fazer tarefas como ir às compras ou assegurar uma alimentação saudável; e cuidar da saúde, o que inclui ir ao médico e tomar medicação corretamente, mas também fazer atividade física com regularidade.

Planear um *aging in place* que garanta uma qualidade de vida satisfatória exige planear com antecedência como irá ser o desenrolar do quotidiano à medida que o processo de envelhecimento for acontecendo, por forma a que as mudanças inerentes a esse processo não afetem significativamente a autonomia e preservem a funcionalidade indispensável à vida independente. A este respeito, é possível elencar um conjunto de domínios de operacionalização do conceito de *aging in place*, demonstrando a importância alargada que o *aging in place* tem adquirido como estratégia global de promoção de um envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2015b), um pouco por todo o mundo.

2 Domínios de operacionalização de *aging in place*

A partir da pesquisa realizada em Portugal (FONSECA, 2021), apresentamos de seguida os principais domínios de operacionalização do conceito de *aging in place* aplicados à realidade portuguesa.

2.1 Apoio aos cuidadores

Muito do sucesso de quaisquer medidas de *aging in place* dependerá do trabalho não remunerado de familiares e outros cuidadores informais que asseguram a permanência no domicílio daquelas pessoas idosas que, apresentando algum tipo de incapacidade – física ou mental –, verseiam forçadas de outro modo a recorrer a uma institucionalização permanente. Nos últimos anos, em Portugal, muita investigação tem sido conduzida para conhecer melhor quem são estes cuidadores informais e quais as dificuldades que necessitam de superar no dia a dia. Sabemos que são sobretudo mulheres, de meia idade e mais velhas, que cuidam habitualmente de um dos pais enquanto fazem malabarismos para conciliar as tarefas de prestação de cuidados com a vida profissional e familiar. Com o envelhecimento da população o número de cuidadores informais tenderá a subir, registando-se já na atualidade a emergência de políticas de natureza pública capazes de garantir que a função de cuidador informal ganhará a atenção e a visibilidade que a importância do trabalho que os cuidadores desenvolvem merece. Um sinal deste aumento de preocupação com o reconhecimento da função de cuidador e com as respetivas exigências é a criação recente do Estatuto do Cuidador Informal². Outros países têm desenvolvido políticas semelhantes, como é o caso do Canadá³, reconhecendo que o cuidado informal de pessoas idosas terá de constituir-se com um dos pilares de sustentabilidade de um envelhecimento em casa e na comunidade.

2.2 Combate ao isolamento social

Milhares de pessoas idosas vivem sozinhas em Portugal. A experiência de se viver só numa idade mais avançada, apesar de comum, não deixa por isso de ser ameaçadora para o bem-estar individual e para a saúde psicológica, sobretudo quando acompanhada de isolamento social. Quando aqui falamos em «viver só» ou em «solidão» podemos estar a referir-nos à ausência de contacto ou à sensação de não-pertença a uma determinada comunidade que uma pessoa possa experimentar, tendo ou não pessoas à sua volta. Diferente é a situação de isolamento social, que se define como a ausência efetiva de

² <https://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal#>

³ <https://www.alberta.ca/seniorsresources.aspx>

contactos com as pessoas que formam parte do quotidiano de cada indivíduo (numa base familiar, de vizinhança ou mais alargada).

Numa publicação recente, o National Institute of Aging⁴ identificou os seguintes riscos como os de maior relevância associados ao isolamento social dos mais velhos:

- complicações ao nível da saúde física: de acordo com HoltLunstad e colaboradores (2015), a solidão pode ser tão mortal como o tabaco ou a obesidade, e a pressão arterial e os níveis de stresse mostram-se particularmente elevados em pessoas que vivam isoladas, sobretudo pessoas idosas;

- complicações ao nível da saúde mental, particularmente depressão (COURTIN; KNAPP, 2017; ERZEN; ÇIKRIKCI, 2018);

- adoção de estilos de vida não saudáveis: o isolamento leva frequentemente os idosos a comportamentos de risco como fumar, beber em excesso ou negligenciar a prática de atividade física;

- aumento do risco de declínio cognitivo, demência e outras patologias (LIVINGSTON, 2020): de acordo com um estudo realizado no Rush Institute for Healthy Aging⁵, verificouse que o risco de aparecimento de doença de Alzheimer quase duplicava em adultos que viviam isolados, o que poderia devese ao facto de pessoas idosas terem menor estimulação e/ou ao facto de os sintomas de declínio cognitivo serem visíveis mais tardiamente, dada a ausência de contactos sociais;

- maior incidência de maus tratos: pessoas idosas que vivem isoladas, dada a sua “invisibilidade social”, estão mais suscetíveis a serem alvo de negligência, abuso e violência física e psicológica, conforme foi recentemente reconhecido no relatório Portugal Mais Velho⁶, uma iniciativa conjunta da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e da Fundação Calouste Gulbenkian;

⁴ National Institute on Aging. (2019, April 23). Social isolation, loneliness in older people pose health risks. Disponível em <https://www.nia.nih.gov/news/socialisolationlonelinessolderpeopleposehealthrisks>

⁵ Rush Memory and Aging Project. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3439198/>

⁶ <https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>

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

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

2.3 Gerontecnologias

O advento das «gerontecnologias», isto é, tecnologias desenhadas especificamente para responder às necessidades dos mais velhos, está hoje inevitavelmente ligado ao sucesso de qualquer política ou programa de *aging in place*. Isto mesmo é destacado por organizações tão representativas e tão diversas como o World Economic Forum⁷ ou a American Association of Retired Persons⁸.

Num estudo em que se pretendia sistematizar o contributo da gerontecnologia para o *aging in place*, ou seja, tecnologia desenhada para garantir uma vida autónoma e independente de pessoas idosas vivendo nas suas próprias casas, Queirós e colaboradores (2017) analisaram o impacto da tecnologia em diversas áreas: atividade física, nutrição e controlo de peso, educação para a saúde, solidão e isolamento social, situações de emergência. De uma forma geral, o estudo concluiu que a utilização de dispositivos tão diversos como comunicações móveis, videoconferências, social media, jogos, realidade virtual e aplicações de diferentes tipos (computerbased apps, webbased apps e smartphone apps), revelase útil para que as pessoas possam continuar a viver com

7

<https://www.weforum.org/whitepapers/technologicalinnovationsforhealthandwealthforanagingglobalpopulation>

⁸ <https://www.aarp.org/conceptnavigation/>

segurança nas suas residências. De igual modo, contribui para a melhoria da qualidade de vida através da mudança de comportamentos para outros mais favoráveis, por exemplo, no que diz respeito a práticas alimentares, adoção de estilos de vida mais saudáveis ou interação com outros.

Na Europa, o AAL – Active and Assisted Living⁹ constitui um programa de referência nesta matéria, comprometido com os princípios de um envelhecimento em casa e na comunidade: “Promover o aparecimento de produtos, serviços e sistemas inovadores baseados em TIC para envelhecer bem em casa, na comunidade e no trabalho.” Este programa, implantado até à data em 17 países europeus e que desde 2008 financiou já para cima de 200 projetos (cuja descrição pode ser encontrada em <http://www.aaleurope.eu/projectsmain/>), tem assumido claramente a liderança no que respeita à inovação de produtos e serviços de base tecnológica destinados à promoção da qualidade de vida da população mais velha.

2.4 Apoio domiciliário

Cada vez mais pessoas idosas dependem de algum tipo de apoio domiciliário para continuarem a residir nas suas casas. Na linha do que é recomendado pela plataforma *Aging in Place*¹⁰, faz sentido realçar alguns aspetos a ter em conta na prestação de cuidados domiciliários a pessoas mais velhas, sobretudo atendendo ao facto desta prestação ser de natureza cada vez mais complexa: (i) o cuidado prestado deve ser centrado nas características e necessidades da pessoa que é cuidada e não nos interesses e motivações do cuidador; (ii) assegurar sempre a dignidade da pessoa que é cuidada; (iii) fazer um permanente esforço para compreender as pessoas, sobretudo as que apresentam um grau mais elevado de incapacidade; (iv) ser confidente é importante, mas a privacidade é a chave da confiança; (v) explorar formas alternativas de comunicação; (vi) ter sempre presente que as pessoas idosas também desejam usufruir de uma boa qualidade de vida, e que solidão pode comprometer essa mesma qualidade de vida.

Em Portugal, a prestação de serviços de apoio domiciliário a pessoas idosas é muito diversificada. As equipas são habitualmente constituídas por profissionais na área

⁹ <http://www.aaleurope.eu/>

¹⁰ <https://aginginplace.org/homecarefortheelderlyintheirownhomesimportantthingstoremember/>

da geriatria que asseguram a prestação de cuidados individualizados no domicílio, promovendo o conforto, a saúde e a preservação do contacto social dos idosos acompanhados. De entre os serviços prestados, os mais comuns são os seguintes: alimentação, cuidados de higiene e conforto pessoal, lavandaria, higiene domiciliária (necessária ao serviço prestado), teleassistência, controlo e acompanhamento na toma de medicação, convívio social, ajudas técnicas e outros serviços (animação, lazer, aquisição de bens e de géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocações a entidades da comunidade).

2.5 Centros de dia e de convívio

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

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

emocional. No Reino Unido, a Age UK¹¹ tem desenvolvido um importante trabalho de divulgação do trabalho realizado em múltiplos day care service, reconhecendo o seu impacto tanto junto dos seus utilizadores como nas comunidades onde estão inseridos, nomeadamente, auxiliando as famílias na tarefa de cuidar dos seus familiares mais velhos. Já Zarit e colaboradores (1998), num estudo realizado nos Estados Unidos da América, tinham verificado que os cuidadores beneficiavam significativamente quando os familiares idosos de quem cuidavam frequentavam um centro de dia ou de convívio pelo menos dois dias por semana ao longo de três meses, tendo Maffioletti e colaboradores (2019) recolhido evidência significativa deste efeito benéfico numa série alargada de estudos.

Em Portugal, várias entidades reconhecem a importância de modernização destes equipamentos, retirando-lhes a representação de meras “antecâmaras de lares de idosos” e conferindo-lhes um importante papel no âmbito de uma estratégia de envelhecimento na comunidade. É o caso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, através do Projeto InterAge, que tem como objetivo requalificar até 2026 um total de 21 centros de dia da Misericórdia de Lisboa (que correspondem a cerca de 1/3 deste tipo de resposta existentes na cidade), transformando-os em espaços intergeracionais e abertos à comunidade através de um trabalho em rede com as entidades locais, numa lógica de cogovernança flexível e ajustada a cada território e às características e necessidades dos destinatários e respetivas famílias. Vale a pena também – até pela sua escassez – chamar a atenção para a importância que assumem os centros de dia especializados dirigidos a pessoas com demência, tanto pelo benefício específico para as próprias pessoas com demência como no alívio da sobrecarga familiar, como são os casos da Casa do Alecrim, da Associação Alzheimer Portugal, em Cascais, e do Centro de Dia para Doentes de Alzheimer e Outras Demências, da Santa Casa da Misericórdia do Porto, no Porto.

2.6 Participação social

Desde sempre que a participação social dos cidadãos mais velhos mereceu uma atenção especial, tanto por investigadores como por responsáveis pelo desenho de

¹¹ <https://www.ageuk.org.uk/>

políticas de envelhecimento ativo. A primeira razão prende-se com o aumento da longevidade e conseqüente necessidade de manter as pessoas mais velhas não apenas “ocupadas”, mas participantes ativos nas suas comunidades. Em segundo lugar, estão amplamente documentados os benefícios para a saúde e para o bemestar dos idosos que resultam do seu envolvimento em atividades sociais e de voluntariado, por exemplo. Uma terceira razão refere-se às vantagens dessa mesma participação para as comunidades.

É grande a variedade de atividades de participação social que pessoas mais velhas podem realizar ou nas quais podem envolver-se, mesmo quando apresentam incapacidade; por exemplo, é cada vez maior importância que é atribuída ao conceito de «saúde social» na demência (DE VUGT; DRÖES; 2017; GONÇALVES-PEREIRA; MARQUES; BALSINHA, 2021). Sendo

verdade que a prevalência de algumas condições neurológicas ou psiquiátricas (como a demência ou a depressão) é apreciável na idade avançada, e que perturbações neurocognitivas ligeiras são envolvidas risco de evolução para demência, dados epidemiológicos disponíveis em Portugal evidenciam, porém, que a maioria das pessoas com 65 anos ou mais não apresenta estas condições de saúde e estão perfeitamente capazes de interagir e de participar na vida social (GONÇALVES-PEREIRA et al., 2019; RUANO et al., 2019), assim lhes seja dada essa oportunidade.

2.7 Aprendizagem ao longo da vida

Em 2013, o Conselho Económico e Social português elaborou um documento onde analisava as implicações do envelhecimento da população portuguesa e elencava um conjunto de recomendações para ultrapassar os problemas daí decorrentes e aproveitar o que de vantajoso poderia ser retirado dessa realidade demográfica. Aí se recomendava, especificamente, a generalização de ofertas de educação “para populações tendencialmente idosas e cuja frequência é essencial a uma aprendizagem vitalícia como alavanca a um estilo de vida ativo e mentalmente saudável», bem como a «dinamização de condições que promovam a partilha de conhecimentos, competências e experiências dos mais idosos junto dos mais jovens” (CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL, 2013, p. 2224). Passada uma década, existe hoje em Portugal uma grande variedade de programas

educacionais “para populações tendencialmente idosas”, organizados tanto por instituições educativas formais (universidades e politécnicos) como informais (universidades/academias seniores), bem como por Instituições Particulares de Solidariedade Social, fundações, autarquias e outras entidades, com funcionamento regular ou pontual.

Podemos olhar para esses programas tão diferentes entre si segundo vários critérios (FONSECA, 2021). Um primeiro critério é em função da sua temática, diferenciando os programas voltados sobretudo para a aquisição de conhecimentos (línguas, informática, literatura, etc.) dos programas centrados no desenvolvimento de competências e capacidades pessoais (sejam elas físicas, emocionais, relacionadas com a saúde ou com aspetos específicos, por exemplo, competências de cuidado de outros ou de si mesmo). Um segundo critério é em função dos objetivos do programa, podendo aqui diferenciarse dois tipos de objetivos: programas dirigidos à compensação de perdas (já ocorridas ou previsíveis) visando a aquisição, pelo participante, de conhecimentos e instrumentos que lhe permitam retomar ou manter a máxima funcionalidade possível; e programas dirigidos à otimização do respetivo desenvolvimento visando potencializar dimensões de natureza social, emocional, relacional ou espiritual, com implicação direta e positiva no bemestar da pessoa. Um terceiro critério prende-se com um aspeto particularmente crítico no desenho e implementação de programas educacionais para pessoas mais velhas e idosas: a integração de participantes de idade mais avançada em programas conjuntos com gerações mais novas versus a segregação de participantes de idade mais avançada em programas autónomos, funcionando em espaços também eles autónomos e identificados por designações em que a diferenciação etária do programa está presente (por exemplo, universidade da terceira idade ou academia sénior).

2.8 Habitação e espaços físicos

Se na base do *aging in place* encontramos a vontade das pessoas em envelhecerem nas suas casas de forma independente pelo maior tempo possível, então, necessariamente, tudo o que tem a ver com a habitação e o espaço envolvente está diretamente implicado na promoção de um envelhecimento em casa e na comunidade. Entre as condições necessárias para que o *aging in place* possa ser possível incluem-se o

acesso a uma variedade de serviços (incluindo alguns que possam ser domiciliados quando tal se revelar útil), redes sociais fortes, orçamento adequado (serviços domiciliários podem estar disponíveis, mas por vezes a custo elevado), e condições de habitação adequadas. Desde logo, em termos estruturais: as casas precisam de estar livres de barreiras para oferecer um ambiente seguro e acessível, e a segurança no acesso à própria casa é outra questão importante. Um dos motivos frequentemente referidos para a admissão num contexto institucional de acolhimento é a constatação de que o lugar onde se vive representa um risco para a pessoa idosa. As necessidades podem mudar rapidamente, por exemplo, no caso de uma queda que resulte em perda de mobilidade (as quedas são uma das principais causas de necessidades de cuidados e hospitalização), tornando impossível para o idoso continuar a viver na sua casa atual, ou regressar a ela depois de uma estadia no hospital. Por tudo isto, a residência desempenha um papel crucial na manutenção da qualidade de vida das pessoas mais velhas e é um elemento-chave do *aging in place*. Muitas das condições crónicas de saúde vividas pelos idosos têm uma relação causal ou são ampliadas por condições particulares das casas onde residem. À medida que envelhecemos, muitas das casas onde vivemos tornam-se inadequadas, não correspondendo a circunstâncias particulares impostas pela perda de capacidades (necessidade de uso de um andarilho ou de uma cadeira de rodas, por exemplo).

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

não se vejam impedidas de envelhecer nas suas casas por dificuldade de acesso a serviços de apoio domiciliário.

Resulta daqui a importância de incluir, em qualquer programa de promoção global da qualidade de vida de idosos residentes nas suas casas, a vertente habitacional, conforme sucede com o programa Casa Aberta da Câmara Municipal de Lisboa, hoje delegado nas juntas de freguesia do município. Este programa teve a sua origem já em 1991 e pretende melhorar a segurança e acessibilidade na habitação de pessoas com mais de 65 anos ou com grau de incapacidade igual ou superior a 60%. No âmbito deste programa são realizadas pequenas reparações que pretendem reduzir o risco de quedas e aumentar a autonomia nas atividades de vida diária. À semelhança de Lisboa, outros municípios portugueses têm programas semelhantes. Trata-se de um tipo de programas cuja pertinência é amplamente justificada. As casas comuns estão cheias de riscos de lesões para pessoas mais velhas, exercendo um forte impacto nas possibilidades de um envelhecimento em casa. Entre as maiores ameaças contam-se as quedas, como já foi referido, constituindo a sua prevenção um fator de sucesso para o *aging in place*. Falta de apoios no chuveiro ou banheira, escadas muito inclinadas, tapetes soltos, excesso de móveis e corredores obstruídos, tudo isto são elementos de risco para uma pessoa idosa. Contudo, modificações simples e de baixo custo podem diminuir muito o risco de queda: aumento da iluminação, interruptores acessíveis em ambas as extremidades de escadas e corredores, corrimãos adicionais, barras de apoio, piso antiderrapante, remoção de tapetes, eliminação de móveis desnecessários. Outras modificações podem ser mais dispendiosas, mas melhoram significativamente a segurança da habitação: colocação de rampas, troca da banheira por uma base de duche, prateleiras deslizantes, escadas elevatórias ou até mesmo elevadores residenciais, são alguns exemplos. O ideal, no fundo, será que tudo em casa seja acessível a todas as pessoas, independentemente da sua condição funcional.

Os idosos representam hoje uma gama muito diversificada de indivíduos, com diferentes níveis de necessidades. Cada vez mais as sociedades reconhecem a necessidade de promover contextos sustentáveis para suportar uma população envelhecida, o que vai obrigar a cruzar disciplinas distintas na procura de respostas

articuladas, por exemplo, entre o urbanismo e os serviços sociais e de saúde. Enquanto alguns optarão por continuar a residir nas suas casas, recebendo, eventualmente, algum suporte externo de âmbito social e de saúde para o poderem fazer de forma independente, outros vão preferir recorrer a soluções habitacionais inovadoras.

É o caso do cohousing. A origem do cohousing remonta à década de 1970 em alguns países do norte da Europa, nomeadamente Holanda e Dinamarca, e pode ser descrito como uma forma de “residência colaborativa” destinada a promover o contacto social entre os residentes, ao mesmo tempo que respeita sua privacidade¹². As residências, privadas, são construídas no contexto de uma urbanização (também pode funcionar sob a forma de apartamentos num mesmo edifício), com acesso a facilidades partilhadas e comuns. Apesar de ser bastante flexível, esta é a organização mais comum de um cohousing: casas ou apartamentos independentes (equipados com todos os serviços essenciais de uma habitação – quartos, casa de banho, cozinha/kitchenette, zona de estar) e espaços comuns partilhados, que habitualmente incluem uma cozinha e sala de refeições, lavandaria, sala de convívio, espaços recreativos e de lazer, e, por vezes, quartos para convidados. O cohousing não é uma «república», não é um condomínio fechado, não é uma cooperativa de habitação nem é coliving (em nenhum destes modelos está implícita a participação indispensável dos residentes no respetivo funcionamento). O cohousing é intencionalmente pensado com um sentido comunitário, de modo a que os residentes sejam participantes ativos no contexto onde vivem e responsáveis pelo funcionamento da comunidade. Nos USA, em 2016, existiam 172 comunidades estabelecidas e 127 comunidades a formarem-se. O número de residentes em cada comunidade andava, em média, pelas 2535 pessoas, sendo predominantes em zonas urbanas (83% contra apenas 17% em meio rural). Os moradores habitualmente são donos das residências onde vivem, mas também há casos em que organizações maiores são proprietárias das residências e arrendamnas a preços acessíveis.

O cohousing é, provavelmente, o modelo de habitação de tipo comunitário mais aperfeiçoado que existe, tanto ao nível da arquitetura física como ao nível da relação entre as pessoas, e entre as pessoas e o ambiente. Contudo, tendo a sua origem no norte

¹² The Cohousing Association of the United States (www.cohousing.org/directory).

da Europa, assenta num modelo de sociedade muito diferente do português, baseado em noções como a importância do coletivo em detrimento do individual, onde a partilha do espaço comum é valorizada desde a infância e onde é dada mais importância a esse mesmo espaço comum do que à propriedade individual. Investigações têm demonstrado (Tummers, 2015) que, ao invés de ser um modelo utópico, o cohousing pode ajudar a resolver problemas práticos associados ao envelhecimento e constituir uma solução de urbanismo sustentável, nomeadamente, facilitando as relações sociais e diminuindo dessa forma o risco de isolamento social, reconhecidamente um dos principais problemas do envelhecimento atual. Poderá, também, funcionar como um estímulo para a autonomia individual, fazendo prolongar a competência e a autonomia e potencializando as capacidades de realização num contexto seguro. Finalmente, as necessidades de cuidados de saúde podem ser mais bem atendidas num contexto desta natureza, providenciando cuidados diferenciados à medida que as pessoas envelhecem. Localizado em Estocolmo (Suécia), o Kollektivhuset Färdknäppen (<http://fardknappen.se/inenglish/>) apresenta-se como um projeto de cohousing, uma experiência de habitação “colaborativa” para a “segunda metade da vida”. Inclui 43 apartamentos de um a três quartos (cada um tem o seu espaço pessoal, privado), uma pequena cozinha e uma zona comum com 350 metros quadrados onde os residentes se encontram. No Färdknäppen há turnos para preparar refeições, há turnos para fazer limpezas e há turnos para toda uma série de outras tarefas. Nesta comunidade com 56 pessoas entre os 53 e os 93 anos, cerca de dois terços são mulheres. Esta forma de «habitação colaborativa», com serviços de apoio partilhados, assume-se como uma alternativa tanto à “fatalidade” de viver os últimos anos de vida numa instituição residencial para idosos, como à “fatalidade” de se ficar a viver sozinho sem qualquer retaguarda de suporte, afetivo ou instrumental. Muito mais do que uma moda, o cohousing recebe cada vez maior atenção enquanto modelo de habitação sustentável para cidadãos mais velhos numa verdadeira perspectiva de *aging in place*, alargando-se a cada vez mais geografias.

Falando de envelhecimento em casa e na comunidade, vamos agora referir-nos à importância crucial do fator “localização” da moradia. Estar perto de serviços essenciais, lojas e transportes públicos é fundamental para aqueles idosos que não sabem ou que já

não podem conduzir. Da mesma forma, viver num local que suscite medo (de fazer uma caminhada ou simplesmente de andar a pé na rua, por exemplo) reduz consideravelmente as oportunidades de envolvimento social e sabemos bem como o isolamento social e a solidão persistentes, especialmente na velhice, têm um enorme impacto na saúde e no bemestar das pessoas. No Reino Unido, segundo a Age UK, mais de um milhão de pessoas com 65 e mais anos relatam que se sentem sozinhas com frequência, e um número semelhante de pessoas diziam sentir-se presas em casa (antes da pandemia devida ao COVID-19). Além disso, a prestação de cuidados sociais e de saúde a pessoas mais velhas torna-se mais problemática quando as moradias ou prédios são de difícil acesso. O acesso fácil a transportes públicos, a serviços diversos (desde restaurantes a igrejas) e a pontos de venda variados, encorajam as pessoas a gostarem do local onde vivem e a envolver-se na sua manutenção, sendo hoje igualmente uma característica importante para os idosos que vivem em ambientes urbanos a existência de espaços verdes.

A importância de todas estas questões foi considerada prioritária pelas Nações Unidas em 2002, tendo surgido um pouco mais tarde, através da Organização Mundial de Saúde, o projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas. De acordo com o Global AgeFriendly Cities: A Guide¹³, a paisagem, os edifícios e o sistema de transporte das cidades contribuem para a mobilidade, a adoção de comportamentos saudáveis, a participação social e a autodeterminação dos cidadãos mais velhos, ou, inversamente, para o seu isolamento e para a sua inatividade e exclusão social. Acessibilidade física, proximidade, segurança e inclusão são características importantes no desenho das cidades. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços, de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades.

Uma cidade amiga das pessoas idosas não se traduz apenas em benefício para os idosos, mas sim para todas as faixas etárias. A palavrachave no que diz respeito aos espaços urbanos (físicos e sociais) que se assumem como “amigos das pessoas idosas” é capacitação, sempre com o objetivo de promover ao máximo a autonomia e prevenir as

¹³ https://www.who.int/aging/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

incapacidades e a dependência. A partir dos pressupostos anteriores, a Organização Mundial de Saúde identificou as principais características de uma cidade amiga das pessoas idosas e elaborou uma lista de verificação para que cada cidade se autoavalie e possa delinear estratégias no sentido de implementar as mudanças necessárias para melhorar as condições que oferece à sua população mais envelhecida: (i) prédios e espaços abertos; (ii) transportes; (iii) habitação; (iv) participação social; (v) respeito e inclusão social; (vi) participação cívica e emprego; (vii) comunicação e informação; (viii) apoio comunitário e serviços de saúde. Estas características são destacadas no pressuposto de que o ambiente físico, as infraestruturas públicas e as condições habitacionais podem influenciar fortemente a mobilidade individual, a segurança, a proteção e a prevenção de acidentes domésticos e na via pública, constituindo atitudes promotoras de saúde e de participação social. Por outro lado, o ambiente social, os apoios comunitários e os serviços de saúde disponíveis, podem, igualmente, influenciar o bemestar psicológico, a participação social e o nível de saúde da população. Na continuidade deste trabalho, foi criada a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (https://www.who.int/aging/projects/age_friendly_cities_network/en/).

Envelhecer em casa e na comunidade quando esta se situa em meio rural comporta outros desafios. As povoações situadas em meio rural oferecem, em regra, menos serviços do que os ambientes urbanos, fazendo da gestão do quotidiano um desafio particularmente complexo quando incapacidades de várias ordens se tornam mais evidentes (WEAVER; BOLKAN, 2019). Várias organizações, em diferentes geografias¹⁴, têm estado desde há muito atentas a esta realidade, produzindo investigação e fazendo recomendações para a ação política onde se defende, basicamente, a implementação de medidas que respondam às principais necessidades das pessoas que decidem envelhecer nas suas casas em meio rural: transporte e mobilidade, risco de isolamento social,

¹⁴ Estados Unidos: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/aging/1/ruralissues>;

Inglaterra:

https://www.ageuk.org.uk/globalassets/ageuk/documents/policypositions/housingandhomes/ppp_rural_aging_uk.pdf;

Austrália:

https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/aging/submissions/national_rural_health_alliance_inc./sub012.pdf

dificuldades de acesso a serviços essenciais no domínio da saúde, escassez ou ausência de serviços de proximidade (bancos, estações de correios, supermercados, farmácias).

2.9 Saúde, nutrição e atividade física

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

Não obstante as diferenças que se verificam entre as pessoas quanto ao modo de experimentar o envelhecimento, a saúde continua a ser uma área fulcral da qualidade de vida, particularmente para os idosos. A introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde, de resto, promoveu uma nova abordagem às questões da saúde, tendo passado de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, biopsicossocial, onde variáveis como a nutrição ou a atividade física passaram a ganhar relevo. As intervenções médicas deixaram de ser avaliadas exclusivamente do ponto de vista dos resultados quanto à mortalidade e à morbidade, passando a integrar a melhoria do bem-estar geral, particularmente no que diz respeito às doenças crónicas, bastante presentes no decurso do envelhecimento. Desde a década de 1990 que, sob a égide da Organização Mundial de Saúde, existe uma preocupação com o estudo da Qualidade de Vida¹⁵, tomando-a como algo central para a compreensão de uma saúde holística, não reduzida à simples ausência de doenças. Trata-se de uma abordagem particularmente pertinente em face do envelhecimento demográfico da população e da evidência de que as pessoas vivem mais tempo e que esse ganho de longevidade tem de ser acompanhado por um ganho em

¹⁵ https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

saúde (física e mental), fazendo do cruzamento entre saúde e qualidade de vida uma questão central para as próximas décadas, em particular no que diz respeito aos idosos que vivem nas suas residências.

2.10 Segurança

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

2.11 Mobilidade

A mobilidade, isto é, a capacidade para nos deslocarmos num espaço físico comum e dessa forma termos acesso a bens, atividades, serviços e relações sociais imprescindíveis para a vida quotidiana, é uma variável determinante para a qualidade de vida à medida que se envelhece. Assegurar a mobilidade no curso do envelhecimento é essencial em qualquer política e programa de *aging in place*, nomeadamente, quando pensamos na importância dos fatores ambientais implicados na deslocação das pessoas mais velhas pelos diferentes espaços das suas vidas, seja a pé, a conduzir a sua própria viatura ou utilizando um transporte público. Em Portugal, o estudo MOBIAGE¹⁶, financiado pelo programa MIT Portugal e Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), juntando investigadores da Universidade de Coimbra e da Universidade do Porto, e que

¹⁶ <https://mobiage.dec.uc.pt/ptpt/>

conta ainda com o apoio de investigadores do MIT Agelab (Boston, EUA), tem como objetivo identificar e classificar as barreiras que atualmente limitam a mobilidade dos idosos no espaço urbano, sobretudo no que respeita aos percursos, acessos pedonais e transportes públicos, para projetar a mobilidade ativa e sustentável da população idosa nas cidades do futuro.

2.12 Bem-estar e qualidade de vida

As implicações diretas que o processo de envelhecimento poderá causar ao nível do bemestar e da qualidade de vida podem ser constatadas tendo em consideração o modo como a pessoa idosa que vive na sua própria casa, lida com as exigências inerentes às atividades de vida diária (cuidados consigo mesma, relativamente à alimentação ou à higiene), às atividades instrumentais da vida diária (ir às compras, ao médico), e às atividades por ela valorizadas e que possam ficar comprometidas pelo surgimento de incapacidades (como passear ou socializar). Uma das grandes maisvalias do *aging in place* é seguramente a possibilidade de a pessoa idosa continuar a ter uma vida “normal” e, desse modo, poder continuar a realizar livremente atividades por ela valorizadas. Daqui resulta que as pessoas avaliarão os constrangimentos ao *aging in place* em termos das limitações que o processo de envelhecimento poderá comportar ao nível das atividades que valorizam; por exemplo, quem valoriza sair de casa e passear, vai sentir-se mais penalizado com uma eventual redução de mobilidade motora.

É por isso que políticas, programas, serviços e soluções que promovam o *aging in place* devem ter uma visão integrada que responda às necessidades das pessoas à medida que envelhecem, valorizando uma visão holística e não tanto clínica. Isto é, as pessoas mais velhas não deverão ser encaradas como tendo problemas a que os serviços sociais e de saúde respondem, mas sim necessidades a que esses mesmos serviços deverão responder de forma diferenciada, por exemplo, em termos da sua condição de saúde ou do ambiente (rural ou urbano) em que vivem. Olhando para além das necessidades imediatas, de natureza básica ou instrumental, qualquer modelo que vise a promoção do bemestar e da qualidade de vida das pessoas idosas através do *aging in place* tem de focar a sua atenção numa perspetiva comunitária, desde logo para contrariar um dos riscos frequentemente associados ao *aging in place*, o isolamento social. Qualquer esforço para

auxiliar as pessoas a envelhecer em casa e na comunidade terá de passar, assim, pela sua capacitação para o estabelecimento de relações sociais significativas, na linha do que defende Lilburn (2016): os idosos correm menos riscos de experimentar isolamento social quando se sentem «incluídos» nas suas comunidades, onde possam concretizar um determinado «estilo de vida» de acordo com as suas preferências (de novo, de acordo com aquilo que valorizam).

A nível europeu, a European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging (EIP on AHA)¹⁷ – Parceria Europeia para o Envelhecimento Ativo e Saudável – assume-se atualmente como a principal referência no campo das iniciativas destinadas a promover a inovação no domínio do envelhecimento ativo e saudável e, por essa via, promover o bemestar e a qualidade de vida de todos os cidadãos mais velhos da Europa.

3 Conclusão

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

A possibilidade de envelhecer em casa e na comunidade com segurança, independência e conforto – *aging in place* – é hoje um princípio central do paradigma de envelhecimento ativo e saudável preconizado pela Organização Mundial de Saúde. A generalidade dos organismos internacionais tem reforçado a necessidade de

¹⁷ https://ec.europa.eu/eip/aging/home_en

desenvolvimento de infraestruturas que apoiem a permanência dos idosos nas suas casas e comunidades pelo maior tempo possível. O *aging in place* representa igualmente uma estratégia política de resposta à necessidade de prestação de cuidados às pessoas mais velhas, mantendo-as nas suas casas e reduzindo assim o custo dessa prestação, tendencialmente mais económico do que o verificado em instituições de acolhimento. Programas de assistência de carácter nacional, regional e local, têm surgido nos últimos anos com o propósito de complementar os cuidados domiciliários tradicionais (alimentação, higiene pessoal e limpeza doméstica), procurando atender às necessidades de saúde, sociais e psicológicas de um número crescente de idosos vulneráveis e em situação de isolamento social. Porém, embora o *aging in place* esteja atualmente presente no discurso de investigadores, prestadores de serviços e formuladores de políticas, tratase de um conceito de tal modo abrangente que a sua utilização pode tornar-se ambígua, sendo necessário explorar adequadamente possibilidades teóricas e aplicadas que sustentem modos inclusivos e justos de permanência das pessoas mais velhas nas suas residências.

Num artigo recente, Finlay e colaboradores (2021) defendem a necessidade de se efetuar uma abordagem crítica ao conceito, salientando as principais dimensões em que ele se poderá desdobrar enquanto áreas privilegiadas de aplicação. São elas: (i) existência de condições adequadas de habitação, extensivas aos espaços em redor da mesma; (ii) garantia de transportes e mobilidade, quer para a satisfação das necessidades do dia-a-dia, quer para a promoção da socialização; (iii) disponibilidade de serviços (de natureza comercial, cultural, recreativa, etc.) e acesso a facilidades indispensáveis para compensar a progressiva diminuição de capacidades; (iv) recursos de saúde e de prestação de cuidados diferenciados, consoante as necessidades apresentadas em cada fase do processo de envelhecimento. Apesar de se tratar de uma reflexão tendo por base narrativas de idosos norteamericanos, as conclusões não seriam muito diferentes se a fizéssemos a partir do que desejam os cidadãos portugueses ou brasileiros que encaram o envelhecimento nos seus locais habituais de residência como a escolha natural e privilegiada para a vivência do período final das suas vidas. No entanto, há aqui elementos novos a que vale a pena atender.

Embora a concetualização habitual descreva *aging in place* em termos de segurança, independência e conforto, quando escutamos as pessoas acerca do que elas valorizam no local onde vivem e onde pretendem envelhecer, é consensual a referência à importância da mobilidade, do acesso a bens e serviços, da proximidade com família e amigos. Num segundo plano, a importância da interação social, o sentido de pertença, a participação na vida comunitária e a percepção de respeito pelos demais, significando com isto que «envelhecer na comunidade» não significa nenhum favor que a comunidade lhes faz, antes é um direito que lhes assiste em igualdade de circunstâncias com os restantes cidadãos, independentemente da idade. Precisamos de medidas que favoreçam um *aging in place* para todos, mas precisamos também de escutar as pessoas acerca das suas expectativas e preferências, incluindo aquelas que vivem em condições mais desfavorecidas ou que sofrem de incapacidades de várias ordens. Para estas, mais do que a dicotomia envelhecer em casa versus envelhecer numa instituição, interessa sobretudo poderem envelhecer bem e de forma digna, obtendo provavelmente num contexto institucional uma resposta mais adequada às suas múltiplas necessidades.

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

O desenho e a implementação de ambientes (domésticos e comunitários) ideais para que o *aging in place* aconteça requer uma abordagem interdisciplinar, colaborativa e

comprometida entre investigação e políticas. As potencialidades de transformação do que habitualmente consideramos como sendo “o melhor” para as pessoas idosas são enormes à luz do conceito de *aging in place*. Infelizmente, na maioria dos estudos e dos artigos de opinião sobre envelhecimento, o que as pessoas mais velhas pensam sobre si mesmas e sobre o que desejam para as suas vidas não é minimamente considerado, acabando por ser vítimas de decisões tomadas por outros. Contudo, a larga maioria das pessoas idosas apresentam capacidade para pensar e decidir por si mesmas o que mais lhes convém, moldando os ambientes – físicos e sociais – e tornandoos tão adequados quanto possível às suas necessidades. Como vimos, as relações que as pessoas estabelecem com os ambientes que as rodeiam são complexas e nem sempre esses ambientes são usados exclusivamente para o fim com que foram inicialmente pensados. Por exemplo, para uma pessoa idosa, uma viagem de autocarro pode ser muito mais do que simplesmente a deslocação de A para B, pode ser o motivo para sair de casa e ver o que se passa lá fora, ou a viagem proporcionar a oportunidade para encontrar e conversar com outras pessoas, quebrando a solidão do espaço doméstico. De igual modo, uma ida ao café ou à mercearia pode representar muito mais do que a simples satisfação de uma necessidade; cafés, mercearias e outras lojas podem ter uma função vital para a inclusão dos cidadãos mais velhos na vida social e ser reconhecido como um cliente regular pode funcionar como um barómetro para o lojista avaliar a respetiva condição funcional, identificando o aparecimento de sinais de doença (demência, por exemplo) mais facilmente do que um familiar distante.

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

Referências

BOWLING, A.; GABRIEL, Z.; DYKES, J.; DOWDING, L.; EVANS, O.; FLEISSIG, A.; BANISTER, D.; SUTTON, S. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **International Journal of Aging and Human Development**, [s.l.], v. 56, n. 4, p. 269-306, jun 2003. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BULSARA, C.; ETHELTON-BEER, C.; SAUNDERS, R. Models for community based day care for older people: a narrative review. **Cogent Social Sciences**, [s.l.], v. 2, n. 1, e1267301, Dec. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/23311886.2016.1267301>. Acesso em: 08 jul. 2021.

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL. **Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população**. Lisboa: Conselho Económico e Social, 2013.

COURTIN, E.; KNAPP, M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. **Health Social Care Community**, [s.l.], v. 25, p. 799-812, 2019.

DE VUGT, M.; DROES, R.-M. Social health in dementia: towards a positive dementia discourse. **Aging Mental Health**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 13, 2017.

ERZEN, E.; ÇIKRIKCI, O. The effect of loneliness on depression: a metaanalysis. **International Journal of Social Psychiatry**, [s.l.], v. 64, p. 427-435, 2018.

FERNÁNDEZ-CARRO, C. **Aging in place in Europe: a multidimensional approach to independent living in later life**. Barcelona: Department of Geography: Autonomous University of Barcelona, 2013.

FINLAY, M.; MCCARRON, H.; STATZ, T.; ZMORA, R. A critical approach to aging in place: a case study comparison of personal and professional perspectives from the Minneapolis metropolitan area. **Journal of Aging & Social Policy**, [s.l.], v. 33, p. 222-246, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1704133>. Acesso em: 10 set. 2021

FONSECA, A. M. (coord.). **Envelhecimento, saúde e doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos**. Lisboa: Coisas de Ler, 2014.

FONSECA, A. M. Educação e aprendizagem no decurso do envelhecimento. In: PINTO, Joana C.; PINTO, Helena R. (coord.). **Envelhecimento: dimensões e contextos**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2021. p. 273-285.

FONSECA, A.M. (coord.) **Envelhecimento em casa e na comunidade**. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2021. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/>. Acesso em: 08 jul. 2022.

FONSECA, A.M.; BLOM, C.; MORAIS, M.; MEDEIROS, S. A experiência de bemestar no envelhecimento patológico e no envelhecimento bem-sucedido. In: SILVA, Anne H. B. (org.). **Conexões entre saúde e psicologia**: estudos teórico-práticos. Teresina: Acadêmica Editorial, 2020. p. 197-210.

GONÇALVES-PEREIRA, M.; MARQUES, M.J.; BALSINHA, C. A demência e as pessoas: importância do conceito ‘saúde social’ e dos cuidados de saúde primários. **Acta Médica Portuguesa**, [Lisboa], v. 34, n. 2, p. 169-170, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.15508>. Acesso em: 10 nov. 2022.

GONÇALVES-PEREIRA, M.; PRINA, A. M.; CARDOSO, A.; ALVES DA SILVA, J.; PRINCE, M.; XAVIER, M. The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: a 10/66 Dementia Research Group study. **Journal of Affective Disorders**, [s.l.], v. 246, p. 674–668, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.067>. Acesso em: 11 jul. 2022.

HARREMAN, K.; BOURS, G.; ZANDER, I.; KEMPEN, G.; VAN DUREN, J. Definitions, key themes and aspects of ‘aging in place’: a scoping review. **Aging & Society**, [s.l.], v. 41, n. 9, p. 2026-2059, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>. Acesso em: 25 jul. 2022.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T.; BAKER, M.; HARRIS, T.; STEPHENSON, D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. **Perspectives on Psychological Science**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 227-237, Mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>. Acesso em: 25 jul. 2021.

KLIMCZUK, A. **Economic foundations for creative ageing policy**. New York: Palgrave Macmillan, 2017. v. 2.

LILBURN, L. Aging in place and social isolation in rural dwelling older adults. **Master of Science in Health Psychology**. Manawatu (New Zealand): Massey University, 2016.

LIVINGSTON G., et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **Lancet**, [London], v. 396, n. 10248, p. 413-446, 2020.

MAFFIOLETTI, V.; BAPTISTA, M.; SANTOS, R.; RODRIGUES, V.; DOURADO, M. Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia: a systematic review. **Dementia & Neuropsychologica**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 268-283, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198057642018dn13030003>. Acesso em: 20 nov.2022.

OECD. The future of the family to 2030. **A scoping report**. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (International Futures Programme), 2008.

OSWALD, F.; WAHL, H. Dimensions of the meaning of home. In: ROWLES, G.; CHAUDHURY, H. (eds.). **Home and identity in later life: international perspectives**. New York: Springer, 2005. p. 21-45.

ORELLANA, K.; MANTHORPE, J.; TINKER, A. Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. **Aging and Society**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 73-104, Jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000843>. Acesso em: 09 maio 2022.

QUEIRÓS, A.; SANTOS, M.; ROCHA, N.; CERQUEIRA, M. **Technologies for aging in place to support community dwelling older adults**. 12th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI), Jun. 2017.

RAPOPORT, A. A critical concept of home. In: BENJAMIN, D. Stea; SAILE, D. (eds.). **The home: words, Interpretations, meanings, and environments** sp. Brookfield, VT: Avebury, 1995. p. 25-52.

RUANO, I.; ARAÚJO, N.; BRANCO, M.; BARRETO, R.; MOREIRA, S.; PAIS, R.; BARROS, H. Prevalence and causes of cognitive impairment and dementia in a population based cohort from Northern Portugal. **American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 49-56, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1533317518813550>. Acesso em: 08 jun. 2022.

SCHOFIELD, V.; DAVEY, J.; KEELING, S.; PARSONS, M. Ageing in place. In: BOSTON, J.; DAVEY, J. (eds.). **Implications of population ageing: challenges and opportunities**. Wellington: Institute of Policy Studies, Victoria University of Wellington, 2004. p. 275-306.

SIXSMITH, A.; SIXSMITH, J. Ageing in place in the United Kingdom. **Ageing International**, [s.l.], v. 32, p.219-235, 2008.

TUMMERS, L. The reemergence of selfmanaged cohousing in Europe: a critical review of cohousing research. **Urban Studies Journal**, [s.l.], 2015 Disponível, em: <https://doi.org/10.1177/0042098015586696>. Acesso em: 23 ago.2020.

VAN HOOFF, J., KORT, H., RUTTEN, P., DUIJNSTEE, M. Aging in Place with the use of ambientintelligence technology: Perspectives of older users. **International Journal of Medical Informatics**, [s.l.], v. 53, n. 10, p. 2023- 2040, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.02.010>. Acesso em: 4 jun. 2022.

WEAVER, R., BOLKAN, C. Planning for aging in place in rural areas: perceptions and needsof older adults. **Innovation in Aging**, [s.l.], v.3, p. s525, Nov. 2019. Supplement 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.945>. Acesso em: 11 set. 2022.

WHO – World Health Organization. **Active aging: a policy framework**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO – World Health Organization - WHO Global Forum on Innovation for Aging Populations, October 2015, Kobe (Japan). Geneva: World Health Organization Centre for Health Development, 2015a.

WHO – World Health Organization - **World report on aging and health**. Geneva: World Health Organization, 2015b. -

ZARIT, S.; STEPHENS, M.; TOWNSEND, A.; GREENE, R. Stress reduction for family caregivers:effects of adult day care use. **Journals of Gerontology**, [s.l.], v. 53, n. 5, S267-277, 1998.

Recebido em: 22/06/2022

Aprovado em: 02/02/2023

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Centro de Ciências Humanas e da Educação - FAED

PerCursos

Volume 24 - Ano 2023

revistapercursos.faed@udesc.br