



## RELATÓRIO FINAL

# ESTRATÉGIA SOBRE ENVELHECIMENTO - VELHICE E POLÍTICAS SOCIAIS NO CONCELHO DE CASCAIS

**dinamia**  
**'cet** iscte

**cis** iscte

# equipa técnica

## **Autores:**

Gustavo Sugahara (Coord.)  
Marta Matos (Co-Coord.)  
Sara Canha  
Inês Santos  
Joana Pestana Lages  
Pedro Costa

## **Câmara Municipal De Cascais:**

Frederico Pinho de Almeida (Vereador)  
Frederico Costa  
Helena Bonzinho  
Isabel Gonçalves  
Joana Físico Pereira  
Luísa Cipriano  
Maria Madalena Amado  
Teresa Ramos

## **Design**

Bruno Vasconcelos e Gonçalo Marto

## **Revisão**

Mariana Leite Braga

**ISBN:** 978-989-584-103-5

**junho de 2023**

# A W O R L D 4 A L L A G E S



GLOBAL  
CAMPAIGN  
TO COMBAT  
AGEISM

# ÍNDICE

## sumário executivo i

<b>1. Introdução</b>	<b>2</b>
1.1. Uma estratégia em tempos de pandemia (e guerra)	3
1.2. Estrutura do documento e objetivos	6
<b>2. Metodologia</b>	<b>9</b>
2.1. Desenho da Pesquisa	9
2.2. Estratégia de Análise	14
<b>3. A demografia não é destino</b>	<b>16</b>
3.1. O Envelhecimento Ativo e as Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento (CCAE)	17
3.2. O combate ao idadismo no centro das políticas para o envelhecimento	25
3.3. Cuidar de quem cuida (ao longo de toda a vida)	30
3.4. Temas urgentes (e emergentes) nas políticas para o envelhecimento	46
3.5. Olhares sobre o envelhecimento em Portugal	50
<b>4. O envelhecimento para além do problema: principais desafios para pensar o envelhecer em Cascais</b>	<b>59</b>
4.1. Contexto Demográfico	60
4.2. Contexto Socioeconómico	63
4.3. Contexto das Respostas Sociais	70
4.4. A respostas privadas de cuidados em Cascais e o Turismo de Saúde	74
4.5. Principais marcos na construção das políticas sociais em Cascais	77
<b>5. Seminário inaugural</b>	<b>105</b>
<b>6. Workshops</b>	<b>109</b>
<b>7. Inquérito aos residentes</b>	<b>143</b>
<b>8. Estudo de caso através de narrativas visuais</b>	<b>167</b>
<b>9. Discussão de resultados: desafios e oportunidades</b>	<b>171</b>
<b>10. Referências bibliográficas</b>	<b>187</b>
<b>11. Agradecimentos</b>	<b>194</b>
<b>12. Anexos (online)</b>	<b>196</b>

## acrónimos

<b>AML</b>	Área Metropolitana de Lisboa
<b>APAV</b>	Associação de Apoio à Vítima
<b>CAPI</b>	Computer Assisted Personal Interviewing
<b>CASES</b>	Cooperativa António Sérgio para a Economia Social
<b>CCAE</b>	Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CLAS</b>	Conselho Local de Ação Social
<b>CMC</b>	Câmara Municipal de Cascais
<b>CRP</b>	Constituição da República Portuguesa
<b>DSC</b>	Diagnóstico Social de Cascais
<b>ENEAS</b>	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
<b>ERPI</b>	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
<b>FCG</b>	Fundação Calouste Gulbenkian
<b>GNR</b>	Guarda Nacional Republicana
<b>ILC-BR</b>	International Longevity Centre Brazil
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IRS</b>	Imposto sobre o Rendimento das pessoas Singulares
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PA</b>	Plano de Ação
<b>PEDS</b>	Plano Estratégico de Desenvolvimento Social
<b>PEMC</b>	Plataforma Envelhecer Melhor em Cascais
<b>PCCES</b>	Plataforma Centros de Convívio e Espaços Sénior
<b>PDM</b>	Plano Diretor Municipal
<b>PDS</b>	Plano de Desenvolvimento Social
<b>PIDS</b>	Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>PSP</b>	Polícia de Segurança Pública
<b>RePENSA</b>	Rede Portuguesa de Envelhecimento Saudável e Ativo
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>SAD</b>	Serviço de Apoio Domiciliário
<b>SL3S</b>	Rede de Serviços Locais de Saúde e Solidariedade Social
<b>UE</b>	União Europeia
<b>UF</b>	União de Freguesia
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

# Índice de figuras

<b>Figura 1</b>	Organização geral do estudo e da metodologia	<b>7</b>
<b>Figura 2</b>	Estratégia de análise	<b>14</b>
<b>Figura 3</b>	Determinantes do envelhecimento ativo	<b>18</b>
<b>Figura 4</b>	Envelhecimento saudável - Trajetória e otimização da capacidade funcional	<b>20</b>
<b>Figura 5</b>	Alguns exemplos de estratégias CCAE	<b>22</b>
<b>Figura 6</b>	É possível adaptar e preservar ao mesmo tempo	<b>24</b>
<b>Figura 7</b>	Modelo Aquisição, Internalização e Reforço (AIR) do Idadismo	<b>28</b>
<b>Figura 8</b>	Municípios portugueses com a maior população com 65 e mais anos (2001, 2011 e 2021)	<b>61</b>
<b>Figura 9</b>	Cascais: População residente por faixas etárias 2010-2020	<b>61</b>
<b>Figura 10</b>	Cascais: Percentagem da população total e com 65+ anos residente	<b>62</b>
<b>Figura 11</b>	Cascais: Taxas de crescimento anual da população total e da população com 65 (2010 e 2020)	<b>63</b>
<b>Figura 12</b>	Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional (média anual) com 55 ou mais anos (Cascais)	<b>64</b>
<b>Figura 13</b>	Diferença entre o salário mínimo nacional e a remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem, AML, 2019	<b>65</b>
<b>Figura 14</b>	Poder de compra per capita (AML) (2019)	<b>66</b>
<b>Figura 15</b>	Pensionistas residentes em Cascais (2020)	<b>67</b>
<b>Figura 16</b>	Valor médio anual das pensões da segurança social (2020, euros per capita)	<b>67</b>
<b>Figura 17</b>	Cartaz do seminário inaugural	<b>107</b>
<b>Figura 18</b>	1º Workshop sobre representações do envelhecimento e idadismo	<b>109</b>
<b>Figura 19</b>	Percentagem de homens e mulheres entre os participantes dos workshops	<b>110</b>
<b>Figura 20</b>	Escolaridade dos Participantes dos Workshops	<b>111</b>
<b>Figura 21</b>	Participante durante o 1º Workshop	<b>113</b>
<b>Figura 22</b>	Que prioridades para as políticas para o envelhecimento/velhice?	<b>118</b>
<b>Figura 23</b>	Restituição durante o 2º Workshop	<b>120</b>
<b>Figura 24</b>	Participantes durante o 3º Workshop	<b>12</b>
<b>Figura 25</b>	Onde em Cascais é possível (e não é possível) envelhecer bem?	<b>131</b>
<b>Figura 26</b>	Indique qual o domínio mais urgente em Cascais (resposta única por participante)	<b>133</b>
<b>Figura 27</b>	Ter mais dores e sofrimento faz parte do envelhecimento	<b>134</b>
<b>Figura 28</b>	A solidão é apenas algo que acontece quando as pessoas envelhecem	<b>134</b>
<b>Figura 29</b>	É impossível escapar à desaceleração mental que acontece com o envelhecimento.	<b>135</b>

<b>Figura 30</b>	Já alguma vez se sentiu discriminado(a) pela sua idade?	<b>138</b>
<b>Figura 31</b>	Já alguma vez viu alguém ser discriminado/a por ter mais idade?	<b>138</b>
<b>Figura 32</b>	Características da amostra: Freguesia, saúde e limitações físicas	<b>145</b>
<b>Figura 33</b>	Cascais é um município onde se pode envelhecer bem?	<b>146</b>
<b>Figura 34</b>	Percepção do idadismo	<b>149</b>
<b>Figura 35</b>	Em que medida considera grave, ou não, em Portugal, a discriminação contra as pessoas com base na idade, em relação às pessoas idosas?	<b>149</b>
<b>Figura 36</b>	Que característica associa ao envelhecimento?	<b>151</b>
<b>Figura 37</b>	Quais deveriam ser as prioridades de atuação política na área do envelhecimento?	<b>156</b>
<b>Figura 38</b>	Qual a prioridade dada pelo município?	<b>157</b>
<b>Figura 39</b>	Na sua opinião, qual a importância de desenvolver políticas para o envelhecimento e velhice em Cascais nas seguintes áreas? Freguesias	<b>159</b>
<b>Figura 40</b>	Na sua opinião, qual a prioridade que o município de Cascais dá ao desenvolvimento de políticas para o envelhecimento/velhice, nas seguintes áreas? Freguesias	<b>160</b>
<b>Figura 41</b>	Isolamento, Solidão e Relações Sociais	<b>162</b>
<b>Figura 42</b>	Nuvem de palavras resultante da análise das entrevistas exploratórias	<b>170</b>

## Índice de caixas

<b>Caixa 1</b>	Demasiado novo para “ser velho”	<b>26</b>
<b>Caixa 2</b>	Velhice não é doença	<b>27</b>
<b>Caixa 3</b>	Comunicação e Idadismo	<b>29</b>
<b>Caixa 4</b>	Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais	<b>36</b>
<b>Caixa 5</b>	Observatório “Ciudades que Cuidan”	<b>39</b>
<b>Caixa 6</b>	A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP)	<b>42</b>
<b>Caixa 7</b>	Os planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos	<b>43</b>
<b>Caixa 8</b>	Comunidades Compassivas / Death Café Amadora	<b>44</b>
<b>Caixa 9</b>	Programa Aconchego	<b>50</b>
<b>Caixa 10</b>	Projeto Cuidar Melhor	<b>90</b>
<b>Caixa 11</b>	Clínica Social Mente Sã - Jf São Domingos de Rana	<b>90</b>
<b>Caixa 12</b>	Projeto Sementes de Esperança	<b>93</b>
<b>Caixa 13</b>	MobiCascais	<b>96</b>
<b>Caixa 14</b>	Transporte de Utentes	<b>96</b>
<b>Caixa 15</b>	Projeto @prender.SAD	<b>98</b>
<b>Caixa 16</b>	Voluntariado Intergeracional	<b>99</b>

# Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b>	Desenho da pesquisa	<b>10</b>
<b>Tabela 2</b>	RePensa — Pilares de Ação	<b>52</b>
<b>Tabela 3</b>	ENEAS Objetivos Gerais e Específicos	<b>55</b>
<b>Tabela 4</b>	Universidades Seniores e Academias	<b>72</b>
<b>Tabela 5</b>	Principais marcos na orientação das políticas sociais em Cascais	<b>78</b>
<b>Tabela 6</b>	Quadro Síntese das percepções sobre envelhecimento e velhice	<b>114</b>
<b>Tabela 7</b>	O Idadismo “Velado”	<b>116</b>
<b>Tabela 8</b>	Com que frequência sentiu que existe discriminação pela idade nos seguintes contextos?	<b>136</b>
<b>Tabela 9</b>	Já alguma vez se sentiu discriminado/a pela sua idade? N (%)	<b>136</b>
<b>Tabela 10</b>	Já alguma vez se sentiu maltratado/a pela sua idade? N (%)	<b>136</b>
<b>Tabela 11</b>	Já alguma vez sentiu que lhe faltaram ao respeito apenas pela sua idade? N(%)	<b>137</b>
<b>Tabela 12</b>	Já alguma vez viu alguém ser discriminado/a por ter mais idade? N(%)	<b>137</b>
<b>Tabela 13</b>	Sobre a organização e oportunidades de participação	<b>142</b>
<b>Tabela 14</b>	Cascais é um município onde se pode envelhecer bem?	<b>147</b>
<b>Tabela 15</b>	Percepção do IDADISMO	<b>148</b>
<b>Tabela 16</b>	Em que medida considera grave, ou não, em Portugal, a discriminação contra as pessoas com base na idade, em relação às pessoas idosas?	<b>150</b>
<b>Tabela 17</b>	Como se sente em relação à sua idade?	<b>151</b>
<b>Tabela 18</b>	Com que regularidade usufrui ou utiliza...	<b>153</b>
<b>Tabela 19</b>	Isolamento, solidão, e relações sociais por freguesia	<b>164</b>

# sumário executivo

Este relatório final é uma síntese das atividades de diagnóstico realizadas no âmbito da elaboração da Estratégia e Plano Sobre Envelhecimento — Velhice e Políticas Sociais no Concelho de Cascais entre setembro de 2021 e fevereiro de 2023.

## **O diagnóstico é informado por:**

- Análise de relatórios, artigos científicos, informações e outros documentos que pudessem contribuir para o estudo, orientando a pesquisa a partir de 4 grandes eixos: (i) as políticas e iniciativas ligadas ao envelhecimento, velhice e políticas sociais em Cascais, (ii) o paradigma das CCAE, (iii) o combate ao idadismo e, por fim, (iv) iniciativas específicas relativas ao isolamento involuntário das pessoas mais velhas.
- Entrevistas com atores-chave na área das políticas para o envelhecimento em Cascais.
- Realização de três workshops entre fevereiro e junho de 2022 com 6 “grupos de referência”, definidos em conjunto com a CMC e compostos por: (1) Representantes de diferentes pelouros da CMC, (2) Cidadãos, (3) Respostas Sociais e Organizações, (4) Cuidadores formais e informais, (5) Pessoas mais velhas e (6) Organizações e Locais de Trabalho.
- Estudo de caso com base em entrevistas de rua e utilizando a referência do “sonho social”, com objetivo de criação de visões futuras, sob a perspetiva do envelhecimento e da velhice, por pessoas que vivem e/ou trabalham no concelho.
- Um inquérito com cerca de 600 residentes com 40 e mais anos de idade, estratificados por freguesia, género e escalões etários.

## **Do diagnóstico salientam-se como principais conclusões:**

- A perspetiva do envelhecimento marcada pela ambiguidade/ambivalência, destacando que o “problema de ser velho” está diretamente ligado ao binómio independência/dependência, donde se conclui que o significado de ser velho é o de ser doente e/ou dependente.
- Além de dependência e doença, a velhice é também associada a um binómio de utilidade/inutilidade, uma vez que uma pessoa “ativa” de 80 anos não é velha, e uma pessoa “inativa” de 80 anos é velha.
- Apesar de termos observado mudanças significativas no discurso sobre o envelhecimento, ainda impera uma perspetiva idadista que deve ser ativamente confrontada.
- Assim como se associa o envelhecimento e a velhice a doença e dependência, o mesmo acontece muitas vezes com a noção de cuidados.
- A transformação das cidades em lugares onde o direito ao cuidado se estabelece como um eixo central implica o reconhecimento de que cada pessoa é um ser interdependente,

vulnerável, e um agente ativo na produção e reprodução da vida quotidiana e da cidade.

- A população de Cascais tem vindo a crescer nas últimas décadas, sendo o crescimento observado na parcela com 65 e mais anos da população ainda menos acelerado do que o do total da população. Em 2021, estima-se que esta mesma população já corresponda a cerca de 48.471 pessoas, 23% do total de habitantes.
- Três dinâmicas merecem destaque: (i) a estagnação da população residente dos grupos mais jovens entre 0 e 29 anos; (ii) o forte declínio da população na faixa etária entre os 30-44; e (iii) o acentuado crescimento observado nos grupos 75 a 84 e com 85 e mais anos, com crescimento superior a 30% e 50% respetivamente.
- A notória assimetria entre a costa litoral e o interior mostrou-se relevante também para a forma como a população encara o envelhecimento e a velhice e percebe as prioridades em termos de políticas. A freguesia de São Domingos da Rana mostrou-se particularmente distinta na grande maioria dos momentos de investigação.
- A habitação é uma problemática transversal a todas as faixas etárias, e afeta não apenas as pessoas com menos recursos e rendimentos - não só existe a questão do acesso à habitação mas também a manutenção de rendimentos para continuar a residir em Cascais.
- A questão da mobilidade surge ligada à acessibilidade, aparecendo como tema prioritário ligado às condições das habitações e dos espaços públicos.
- Um dos desafios principais é a inclusão de diferentes tipos de perfis de pessoas idosas devido à tipificação das respostas sociais.
- Articular as diferentes áreas sociais com a área do ordenamento do território e política urbana tem sido uma dificuldade, não estando estabelecida de forma estruturada uma perspetiva de congregar e trazer para esta área temática todas as áreas da CMC para se poder operacionalizar uma cidade amiga do envelhecimento.
- As recomendações são claramente ambiciosas e têm como objetivo mudar radicalmente a relação dos municípios com o envelhecimento.

#### **A Estratégia e o Plano de Ação devem tomar particular atenção aos seguintes pontos:**

- É fundamental alçar o debate sobre o envelhecimento para além da saúde e do serviço social, reconhecendo e procurando pontos de convergência com as contradições que hão de sugerir ao longo deste processo.
- A transformação das cidades em lugares onde o direito ao cuidado se estabelece como um eixo central implica o reconhecimento de que cada pessoa é um ser interdependente, vulnerável, e um agente ativo na produção e reprodução da vida quotidiana e da cidade.
- A estratégia deve não apenas ter as infraestruturas de cuidado adequadas para que as pessoas possam envelhecer o melhor possível, mas também por cuidar de quem cuida, e por encarar estes objetivos para além de uma medida específica para um problema, como um processo ligado a outras áreas políticas, como o ambiente, a mobilidade, a educação, a cultura, as tecnologias.
- As condições habitacionais e os apoios para poder permanecer em casa, devem ser parte estruturante de uma estratégia que ambiciona respeito, inclusão, participação, mobilidade, e apoio comunitários ao longo de toda a vida.
- A comunicação e a educação anti-idadismo têm um papel central na persecução destes macro objetivos.

1 .

# INTRODUÇÃO

## 1. Introdução

Este relatório final é uma síntese das atividades de diagnóstico realizadas no âmbito da elaboração da Estratégia e Plano Sobre Envelhecimento – Velhice e Políticas Sociais no Concelho de Cascais entre setembro de 2021 e fevereiro de 2023. Este documento é ainda acompanhado de: (i) um relatório designado: “Documento de Caracterização das Pessoas Mais Velhas em Risco de Isolamento Involuntário no Concelho de Cascais”; (ii) um documento de trabalho para discussão alargada da Estratégia e (iii) um documento de trabalho para discussão alargada do Plano de Ação.

O documento reflete um período de intensa reflexão conjunta entre os membros da equipa de investigação, as equipas técnica e de acompanhamento da CMC, e os diversos participantes que contribuíram em reuniões de trabalho, no seminário inaugural, nos workshops, nas entrevistas e no trabalho de campo.

Mesmo num contexto particularmente adverso de pandemia, com fortes implicações, tanto do ponto de vista prático e logístico, mas também em termos de perspetivas e prioridades de políticas públicas, a forte adesão e interesse dos participantes e do executivo, não deixou dúvidas quanto à urgência e necessidade de ampliar o debate e promover uma inovação municipal que tenha a mudança demográfica como principal aliado.

O relatório apresenta informação atualizada, inédita, e com uma abordagem inovadora, referente às dinâmicas demográficas, ao uso e organização de diversos serviços relacionados com o envelhecimento da população, e também quanto à percepção da população e de diversos especialistas em relação às necessidades e valências do concelho sobre o mesmo tema.

Este relatório alicerçou-se nas perspetivas da investigação-ação e da construção como principais orientações metodológicas, e tem ainda como fundação, um referencial teórico, conceitos, e princípios, que rejeitam o paradigma do envelhecimento e da velhice como sendo apenas um mero acumular de problemas a serem suportados pela parcela “ativa” da sociedade. Pelo contrário, advoga-se a importância fundamental de reconhecer a sua pluralidade, e por políticas públicas indutoras de novos paradigmas, que integrem os desafios do desenvolvimento sustentável da economia local, e que sejam capazes de fomentar a inclusão e as relações de cuidado.

Este processo passa pelo reconhecimento da interdependência humana, da influência do contexto socioambiental na saúde e no bem-estar, e que o “conhecimento gerontológico” não é apenas uma ferramenta particularmente poderosa para disciplinar e controlar

as pessoas mais velhas, como também tem implicações diretas nos significados que esta mesma população atribui ao envelhecimento.

Encontramos no movimento “Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento” (CCAE), do inglês *Age-friendly cities and communities*, liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma referência particularmente importante neste desígnio. Esperamos que este relatório seja uma referência não apenas para Cascais nos próximos anos, mas também sirva de inspiração para outros municípios que queiram construir uma cidade para todas as idades.

### 1.1. Uma estratégia em tempos de pandemia (e guerra)

No momento em que concluímos parte significativa deste projeto (meados de novembro de 2022), restavam poucas das medidas mais restritivas que restringiram a vida quotidiana ao longo dos períodos mais críticos da pandemia por COVID-19 e que marcaram fortemente o arranque deste projeto (como o dever de permanecer no domicílio, obrigatoriedade de utilização de máscaras e demais medidas de etiqueta respiratória, a obrigatoriedade na apresentação de certificados, entre outros).

Até ao início da Pandemia, o sentimento dominante em relação às tendências demográficas era bastante consensual: o mundo está a envelhecer em centros urbanos. Recentemente, e pela primeira vez, passou-se a ter a maior parte da população global a viver em áreas urbanas, além de que a parcela mais velha da população tem superado, também pela primeira vez, a parcela de grupos mais jovens.

Apesar de ocorrer em diferentes ritmos, viver mais era uma conquista global. Equacionar uma catástrofe capaz de alterar estas tendências faria pouco sentido, visto que alteraria de tal forma a vida de todos, que seria praticamente impossível planejar qualquer coisa, inclusive o envelhecimento, com as mesmas ferramentas que utilizamos para compreender e intervir nas sociedades até então.

Em Portugal, no triénio de 2021, a esperança média de vida aos 65 anos foi estimada em 19,35 anos, o que corresponde a uma redução de 0,34 anos (4 meses) relativamente ao triénio anterior (19,69 anos em 2018-2020), em resultado do aumento do número de óbitos no contexto da pandemia COVID-19. Em consequência, pela primeira vez desde a implementação do chamado fator de sustentabilidade, a idade da reforma irá recuar já em 2023.

Mas o contexto da COVID-19 deixou ainda mais evidente a vulnerabilidade dos sistemas de cuidado um pouco por todo mundo, inclusive nos países mais ricos, que costumam ser a referência para o que devemos almejar coletivamente. No Canadá, relatos de um lar

que foi abandonado durante a pandemia deram conta de inúmeros casos em que a súbita falta de pessoal deixou pessoas sem higiene e alimentação por diversos dias. Na Suécia, a hiper precarização dos cuidadores formais, obrigados a fazer diversos turnos em instituições diferentes, foi apontado como um dos principais motivos para a rápida propagação do vírus, e das mortes, nos lares. Em Portugal, por alguns instantes, emergiu novamente à superfície a questão da predominância dos “lares irregulares”, sobre os quais já não se escrevem notícias.

O *2021 Long-term care report*, preparado conjuntamente pela Comissão Europeia e pelo Comité de Proteção Social, fornece um ponto da situação da prestação de cuidados de longa duração e dos principais desafios em toda a UE, oferecendo também uma primeira análise do impacto da pandemia da COVID-19. O relatório aponta para a existência de 6,4 milhões de trabalhadores no setor dos cuidados, 90% dos quais são mulheres, sendo um mão-de-obra que está a envelhecer.

Neste relatório conclui-se que o acesso aos cuidados é insuficiente - apenas 1 em cada 3 pessoas idosas com graves dificuldades nas atividades da vida quotidiana teve acesso a serviços de cuidados domiciliários em 2014 - e que existem problemas importantes de inacessibilidade económica, sendo os elevados custos dos cuidados a principal razão pela qual as pessoas idosas não têm acesso a cuidados profissionais, ou não tanto quanto precisariam. Neste aspeto, destaca-se que a proteção social é muitas vezes insuficiente para tornar os cuidados acessíveis.

Para além de insuficientes e inacessíveis, são destacados problemas na qualidade dos cuidados, existindo abordagens em sistemas de garantia de qualidade que nem sempre colocam o foco na experiência individual das pessoas que necessitam de cuidados, e faltando um entendimento europeu partilhado sobre o significado de cuidados de qualidade.

Por fim, destaca-se o excessivo (ab)uso dos prestadores informais e as suas difíceis condições de trabalho difíceis, estimando-se que o trabalho dos prestadores de cuidados informais tem um valor económico entre 2,4 e 2,7% do PIB da UE, valor mais elevado do que as despesas com cuidados profissionais em muitos países da UE.

***“If the pandemic taught us one thing, it is that time is precious. And caring for someone you love is the most precious time of all. We will come forward with a new European Care Strategy to support men and women in finding the best care and the best life balance for them.”***

(15 September, State of the Union speech, European Commission president, Ursula Von der Leyen)

As diversas medidas de controlo sanitário impostos pelo Governo no âmbito da COVID-19, em particular o isolamento e o teletrabalho, também possibilitaram um momento de reflexão único sobre a questão do ambiente e da tendência de aglomeração nos grandes centros urbanos.

Sem que o fim da pandemia fosse oficialmente declarado, o espaço noticioso deixou de ser preenchido pelas estatísticas de mortos, medidas de combate à pandemia e respetivo impacto na economia, para uma nova crise, o eclodir da guerra na Ucrânia.

Para além das imagens horríveis das mortes e da destruição resultantes da guerra, ficou evidente a vulnerabilidade das pessoas mais velhas e do impasse enfrentado por várias famílias que tiveram de lidar com o dilema de partir em busca de segurança ou ficar para apoiar as pessoas mais velhas que não teriam condições de enfrentar tal jornada.

Já no estado avançado do conflito, era visível o abandono de muitas pessoas idosas que, impossibilitadas de fugir para regiões mais seguras, continuavam a lutar pela sua sobrevivência, a enfrentar o desabastecimento de medicamentos e de bens e serviços de necessidades básicas<sup>1</sup>.

Em Portugal, a forte ligação pré-existente entre os dois países teve também um forte impacto na vinda de refugiados. Para além do choque inicial, e do receio do escalar da guerra, o aumento do custo de vida, e as grandes incertezas quanto ao futuro do contexto geopolítico, continuam a ser questões demasiado relevantes, e ainda incertas, para serem ignoradas.

Ambos os eventos, pandemia e guerra, são muito recentes e complexos, o que torna temerária qualquer avaliação do seu real impacto em relação ao consenso demográfico enunciado no primeiro parágrafo deste capítulo. Vale a pena lembrar que continuam a ter impacto decisivo na vida de todos os portugueses, e certamente terão dinâmicas específicas no contexto de Cascais, e neste sentido, são temas relevantes nos curto e médio prazos.

Como defenderemos ao longo deste documento, as estratégias para o envelhecimento e a velhice devem não apenas reconhecer os desafios macroestruturais, como também reconhecer os potenciais conflitos com outras políticas de cidades, e evidenciar o seu contributo para outros planos e estratégias eventualmente em curso.

---

<sup>1</sup> <https://www.helpage.org/newsroom/latest-news/100-days-on-millions-of-older-people-missing-out-in-the-response-to-the-worlds-oldest-humanitarian-crisis/>

## 1.2. Estrutura do documento e objetivos

O projeto está estruturado essencialmente em duas etapas: (1) diagnóstico, e (2) definição da estratégia e respetivo plano de ação (Figura 1). Tem ainda como ponto de partida algumas premissas fundamentais. Por um lado, as perspetivas da investigação-ação e da co construção como principais orientações metodológicas, e, por outro, um quadro teórico integrado que permita uma análise multidimensional, presente e prospectiva do envelhecimento no concelho de Cascais.

Cabe ainda destacar os seus objetivos gerais: (1) delinear uma investigação que permita um diagnóstico dos percursos de envelhecimento adotando uma abordagem multinível com recurso à auscultação da população e de vários atores chave no concelho; (2) contribuir para a elaboração de um plano municipal estratégico de políticas sociais para o envelhecimento que seja inovador e corresponda às necessidades e aspirações da população do concelho de Cascais; e finalmente (3) contribuir, para os objetivos 1 a 4 do Plano Estratégico de Desenvolvimento Social (PEDS) de Cascais 2020-2030 e 3,8, 10, e 11 do objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU.

Para além deste capítulo introdutório, o capítulo 2 apresenta uma síntese da abordagem metodológica. Nos capítulos 3 e 4, são apresentados os resultados de um extenso e aprofundado trabalho de revisão de secretaria e de entrevistas nomeadamente, o quadro teórico e conceptual mobilizados neste relatório, dados recentes relativos à população, e as principais orientações estratégicas que têm moldado o debate e as políticas relacionadas com o envelhecimento da população, com foco em Portugal e no concelho de Cascais.

Nos capítulos 5 a 8 apresentamos os resultados de cada um dos outros momentos de investigação (descritos no capítulo 1.2). De seguida, no capítulo 9, apresentamos uma discussão dos resultados, incorporando e confrontando os dados dos diversos momentos de investigação e identificando desafios e oportunidades.

## diagnóstico

Identificar desafios, tendências, ideias inovadoras, e necessidades específicas advindas do envelhecimento populacional em curso no concelho.

Identificar projetos e estudos sobre o envelhecimento urbano, com foco específico em Cascais e nos temas do idadismo e do isolamento involuntário. Sistematizar dados, iniciativas e programas já em curso bem como o historial das políticas para o envelhecimento no concelho.

Auscultar e envolver os agentes: Seminário inaugural; Workshops com 6 grupos de referências; Entrevistas com atores-chave na área das políticas sociais; Sondagem; Estudo de Caso.

**relatório intercalar**

## definição da estratégia

Definição de uma Visão

Identificação preliminar de Linhas Estratégicas

Discussão e afinamento das Linhas Estratégicas

Estruturação e aprofundamento dos eixos de intervenção

Definição e concretização de projetos e medidas

**relatório final**

**estratégia**

**plano**

**Figura 1** - Organização geral do estudo e da metodologia

# 2.

## MÉTODOS

## 2. Metodologia

### 2.1. Desenho da Pesquisa

A Tabela 1 sumariza o desenho da pesquisa dando destaque ao tipo de abordagem, os objetivos e métodos específicos, e as fontes. Tendo em vista a abordagem transdisciplinar pretendida, e as perspetivas da pesquisa-ação e da co construção da estratégia, optou-se por uma estratégia de investigação fortemente pautada pela auscultação da população (*bottom-up*).

É importante destacar que os diversos momentos de investigação buscaram, por um lado, reforçar as oportunidades de participação ao longo do diagnóstico e, por outro, questionar estereótipos e preconceitos em relação ao envelhecimento e à velhice (mais sobre este tema no capítulo 3). Esta última, resulta do reconhecimento de que estas percepções negativas são ainda dominantes na maior parte dos contextos sociais, e tendem a ser reproduzidas inclusive durante o processo de co construção.

Para reforçar as oportunidades de participação, buscamos criar as condições para que os participantes pudessem, coletivamente, refletir sobre o envelhecimento e a velhice (individual e coletiva), trocar experiências e opiniões e, caso julgassem pertinente, mudarem de ideias ao longo de todo o processo.

Uma das apostas principais neste sentido, foi a realização de mais de um encontro (no caso, três), e a elaboração de resumos das nossas observações (restituições). Estes documentos, feitos propositadamente para os participantes, foram partilhados antes dos novos *workshops*, foram objeto de discussão durante os novos *workshops*, e estavam abertos para comentários até o final desta fase de diagnóstico (mais detalhes no capítulo 6).

Por outro lado, e tendo como referência as diversas experiências de estratégias para o envelhecimento empreendidas um pouco por todo o mundo, apostou-se na mobilização do conhecimento dos decisores políticos e demais especialistas (*top-down*).

O estudo decorreu no concelho de Cascais, fundamentalmente no primeiro semestre de 2022 (sendo que algumas atividades tiveram início no semestre anterior), e contou com a participação de municípios de diferentes idades, e com diversas organizações empresariais e da rede social formal. No que diz respeito às organizações, procurou-se incluir estruturas dos 3 sectores de atividade e também do sector social. Para o recrutamento de participantes, individuais e coletivos, contou-se com o grande empenho da equipa técnica da CMC. Sempre que possível/adequado, procurámos compatibilizar o estudo com

outras fontes de dados, como, por exemplo, o *European Social Survey*, os Censos, e o *The Expectations Regarding Aging Survey* (ERA-38).

Segue-se uma breve descrição de cada uma das metodologias adotadas:

**Tabela 1** - Desenho da pesquisa

Abordagem	Objetivo Específico	Metodologia	Fontes
<b>Top-down</b>	Garantir informação completa e atualizada sobre o objeto da pesquisa e obter informações que eventualmente não apareçam nos relatórios.	Entrevistas	Pessoas-chave na área das políticas sociais
	Identificar projetos, tendências e estudos em Portugal e em Cascais, sobre o tema das cidades e comunidades amigas do envelhecimento no mundo, com particular foco nos temas do idadismo e do isolamento involuntário. Sistematizar dados, iniciativas e programas já em curso, bem como o historial das políticas para o envelhecimento no concelho.	Revisão de Secretaria	INE, Dados Abertos Cascais, GeoCascais, LxHabidata, Diagnóstico Social, etc.
	Dar conhecimento ao público em geral da realização do estudo, partilhar informação e conhecimento entre as equipas da CMC e do Iscte, e envolver outros atores na conceção do estudo e estratégia.	Seminário Inaugural	Equipes CMC e ISCTE-IUL / Especialistas nacionais e internacionais / inquérito aos participantes
	Identificar pontos positivos e negativos para a construção de políticas para o bem envelhecer no concelho, questionar estereótipos sobre o envelhecimento e a velhice.	Workshops com grupos de referência	Equipes CMC e ISCTE-IUL / Especialistas nacionais e internacionais / inquérito aos participantes Análise do conteúdo das discussões e dos inquéritos aplicados nos 3 workshops realizados para cada um dos 6 grupos de referência
<b>Bottom-up</b>	Entender percepções positivas/negativas sobre o envelhecimento e velhice em Cascais. Perceber se fatores socioeconómicos fazem variar estas percepções. Explorar o fenómeno do idadismo. Averiguar prioridades de atuação política na área do envelhecimento. Averiguar conhecimento/satisfação de medidas atuais.	Inquérito aos residentes	Amostra representativa por freguesia da população 40+
	Cocriação de respostas ao envelhecimento numa perspetiva concreta e prepositiva.	Estudo de caso ( <i>sonho social</i> )	Residentes em Cascais atores locais da Parede

## **Entrevistas**

As entrevistas com atores-chave na área das políticas para o envelhecimento em Cascais tiveram como objetivos garantir que a equipa possuía a informação completa e atualizada sobre o objeto da pesquisa, assim como a obtenção de informações que poderiam não aparecer nos relatórios (por terem sido adiadas ou canceladas, ou ainda em desenvolvimento, etc.).

Os entrevistados foram identificados pela nossa equipa, em conjunto com a equipa técnica da CMC, tendo como base a estrutura orgânica das diversas instituições com quem interagimos ao longo do processo.

Foi dada preferência à realização de entrevistas individuais, tendo ocorrido também algumas entrevistas com mais de um entrevistado, admitindo um máximo de três pessoas. A maior parte das entrevistas foi realizada via videochamada e teve como base guiões elaborados especificamente para este fim.

## **Revisão de literatura**

Realizou-se um levantamento e análise de relatórios, artigos científicos, informações e outros documentos que pudessem contribuir para o estudo, orientando a pesquisa a partir de 4 grandes eixos: (i) as políticas e iniciativas ligadas ao envelhecimento, velhice e políticas sociais em Cascais, (ii) o paradigma das CCAE, (iii) o combate ao idadismo, e por fim, (iv) iniciativas específicas relativas ao isolamento involuntário das pessoas mais velhas.

A leitura e análise deste material resultou em documentos internos da equipa que, por um lado, foram a base da preparação para as entrevistas exploratórias e, por outro, serviram como fonte para este relatório.

Neste processo também foram recolhidas informações atualizadas e pormenorizadas sobre o perfil sociodemográfico da população do concelho, com o maior grau de detalhe possível.

## **Seminário Inaugural**

Tendo como objetivos dar conhecimento ao público em geral da realização do estudo, a partilha de informação e conhecimento entre as equipas da CMC e do Iscte, e fomentar a participação de outros atores na construção do estudo e da estratégia, organizou-se um seminário inaugural em torno da pergunta: *“Como construir um município onde todos possam envelhecer bem?”*

O seminário contou com a participação do Presidente da Câmara, uma breve apresentação das equipas do Iscte e da CMC, e um programa focado nos temas que orientam a pesquisa-ação: (a) o envelhecimento ativo; (b) a gerontologia crítica; (c) o combate ao idadismo; e (d) o paradigma das CCAE.

Tivemos o privilégio de poder contar com as intervenções de José Carreira, da Stopidismo, de Sara Ramos, Professora no Iscte, e de Alexandre Kalache, presidente do *Centro Internacional de Longevidade Brasil*, e antigo diretor do Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS.

### **Workshops com grupos de referência**

No sentido de operacionalizar a abordagem de pesquisa-ação, realizaram-se workshops com grupos de referência. O objetivo principal passou por dar aos participantes a oportunidade e tempo para refletir sobre os temas propostos. Optou-se pela expressão em inglês “workshop” porque refletia o espírito deste momento de investigação que visava envolver os participantes na construção colaborativa do diagnóstico, do plano e estratégia.

Em conjunto com a equipa da CMC, definiram-se seis grupos, procurando, por um lado, ter as pessoas mais velhas como o foco central do debate e, por outro, garantir que o tema era abordado numa perspetiva ampla do envelhecimento e da velhice. Estes grupos foram compostos por: (1) Representantes de diferentes pelouros da CMC, (2) Cidadãos, (3) Respostas Sociais e Organizações, (4) Cuidadores formais e informais, (5) Pessoas mais velhas e (6) Organizações e Locais de Trabalho.

A identificação dos participantes e o contacto inicial foi feito pela equipa da CMC. Posteriormente foi da responsabilidade da equipa do Iscte a organização da estratégia para acompanhamento e recrutamento de outros participantes nos grupos.

Por sugestão e facilitação da CMC, o local escolhido para a realização dos workshops foi o auditório do DNA Cascais, que fornecia todas as condições sanitárias exigidas (COVID-19), privacidade e acessibilidade. Foi organizado ainda, em colaboração com a CMC, um plano de transportes para os participantes que assim o solicitaram.

Realizaram-se três workshops entre fevereiro e junho de 2022, cada um com uma duração máxima de 2 horas. O primeiro workshop focou a questão do idadismo, o segundo os domínios das CCAE, e o terceiro procurou apresentar uma síntese destes adotando uma abordagem territorial.

## **Inquérito aos residentes**

A aplicação do inquérito junto da população residente em Cascais com 40 e mais anos de idade, foi realizada por uma empresa especializada.

Partindo de uma amostra de cerca de 600 entrevistas, o inquérito pretendeu contribuir para os objetivos deste estudo visando: (a) compreender as percepções sobre o envelhecimento e a velhice; (b) explorar o fenómeno do idadismo nesta população específica; (c) averiguar prioridades de atuação política na área do envelhecimento; (d) averiguar conhecimento/satisfação de medidas atuais.

A amostra foi estratificada por freguesia (Alcabideche, Carcavelos e Parede, Cascais e Estoril e São Domingos de Rana), género (homem e mulher), idade (4 escalões etários) e a informação foi recolhida de forma presencial e direta, utilizando o *Computer Assisted Personal Interviewing* (CAPI). Em colaboração com as equipas da CMC elaborou-se um questionário estruturado, com cerca de 30 minutos.

## **Estudo de caso – sonho social**

A recolha de dados foi realizada nos dias 27 e 28 de julho, através de entrevistas exploratórias. As pessoas entrevistadas foram selecionadas aleatoriamente na rua. Para garantir a diversidade nas respostas e representatividade das várias zonas do concelho foram eleitas quatro áreas em cada uma das freguesias: o centro da Parede (Carcavelos e Parede), Abóbada e Tires (São Domingos de Rana), o Bairro da Cruz Vermelha (Alcabideche) e o Bairro do Rosário e zona envolvente (Cascais e Estoril).

Estas entrevistas exploratórias tiveram como objetivo a criação de visões futuras, sob a perspetiva do envelhecimento e da velhice, por pessoas que vivem e/ou trabalham no concelho. Deste modo, a mesma pergunta foi feita em diferentes modelos urbanos, do bairro consolidado da Parede ao Bairro municipal da Cruz Vermelha, abraçando visões distintas, mas complementares, sobre “como seria um município amigo do envelhecimento”. Foram ouvidas 32 pessoas no total, tendo sido recolhidos depoimentos gravados em áudio, anonimizados.

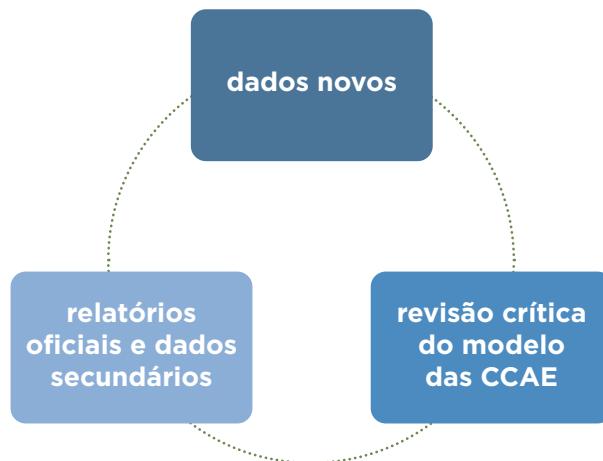
O anonimato trouxe às pessoas entrevistadas uma sensação de confiança quando o assunto era o seu próprio futuro, ao mesmo tempo que iguala parâmetros sociais como idade, raça, nível de educação formal, entre outros, tornando todas as contribuições válidas. Pretendeu-se igualmente um equilíbrio entre homens e mulheres, e uma variedade geracional, já que esta é uma questão que importa a todos.

## 2.2. Estratégia de Análise

Recordamos, mais uma vez, que entre os pré-requisitos estabelecidos pela CMC para a elaboração deste diagnóstico / estratégia estavam a cocriação numa perspetiva ampla do envelhecimento e da velhice, por sua vez, consubstanciado numa proposta de investigação-ação. Neste sentido, quatro momentos de investigação foram particularmente importantes na formulação deste diagnóstico / estratégia: (i) o seminário inaugural, (ii) os workshops, os (iii) estudos de caso e (iv) a sondagem.

De forma a atingir o objetivo geral do diagnóstico, a estratégia de análise traduziu-se na triangulação de dados qualitativos e quantitativos, adequados a diferentes níveis de análise (grupo-alvo), o que contribuiu para um conhecimento global e integrado do envelhecimento no concelho de Cascais.

A discussão no capítulo 9 e a visão / recomendações avançadas na estratégia estão estruturadas em torno da revisão crítica do percurso, métodos e dos próprios domínios preconizados pelo modelo das CCAE. Fazemos ainda a articulação desta revisão com a análise dos desafios macroestruturais e principais linhas estratégicas, desafios, e oportunidades identificados nos diversos “encontros” com a comunidade de Cascais (ver Figura 2).



**Figura 2** - Estratégia de análise

3.

IDADISMO

### 3. A demografia não é destino

A crescente proporção de pessoas idosas decorre em geral de um duplo movimento: por um lado, do privilégio de ser possível viver vidas mais longas, e por outro, da redução nas taxas de fecundidade. Não obstante com ritmos distintos, é um fenómeno observado por todo o globo.

A frase “demografia é destino”, recorrentemente atribuída ao filósofo Auguste Comte, indicava a crença na demografia como determinante para o futuro das nações. Nesta lógica, as dinâmicas demográficas, como o envelhecimento populacional, ou o chamado dividendo demográfico (onde a população adulta em idade laboral é particularmente grande), seriam as principais responsáveis pelo sucesso ou falha das nações, e não políticas específicas.

Embora o fator demográfico tenha de facto grande influência no contexto e até nas próprias políticas, a existência de uma ligação direta entre determinado estágio ou perfil demográfico e o desenvolvimento económico jamais foi corroborada por qualquer evidência empírica.

Mesmo assim, são ainda frequentes no nosso dia-a-dia os analistas que fazem recurso ao “determinismo demográfico”, particularmente nos contextos onde temos observado o aumento da parcela mais velha da população.

O argumento até parece ter lógica, com o aumento da proporção de pessoas mais velhas, acima de um muito específico corte etário, teremos inevitavelmente um aumento nos custos, principalmente com saúde e pensões, e uma redução na produtividade. A premissa fundamental aqui é simples: o envelhecimento da população é um problema, e as pessoas mais velhas são um peso para a sociedade.

Em contraponto a este tipo de abordagem, a corrente teórica da gerontologia crítica tem vindo a ganhar espaço na análise e formulação de políticas públicas. Por um lado, afirma que não há um único tipo de velhice, por outro, reconhece que o “conhecimento gerontológico” não é apenas uma ferramenta particularmente poderosa para disciplinar e controlar as pessoas mais velhas, como também tem implicações diretas nos significados que esta mesma população atribui ao envelhecimento<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Bernard and Scharf, *Critical Perspectives on Ageing Societies*; Biggs, Lowenstein, and Hendricks, *The Need for Theory*; Katz, *Disciplining Old Age*.

A abordagem de ciclo de vida é particularmente importante para a gerontologia crítica, não apenas porque reforça a noção de interdependência, mas também a ideia de que as pessoas crescem (envelhecem) de formas bastante distintas em função dos contextos em que estão inseridas<sup>3</sup>.

É exatamente no reconhecimento da influência do contexto socioambiental, na saúde e no bem-estar, em conjunto com a necessidade de avançar com uma agenda de discussão específica para as cidades, que encontramos a génesis do movimento “Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento” (CCAE)<sup>4</sup>, do inglês *Age-friendly cities and communities*, liderado pela OMS.

### 3.1. O Envelhecimento Ativo e as Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento (CCAE)

Desde o seu lançamento em 2007<sup>5</sup>, e apesar de uma intensa e crítica discussão<sup>6</sup> em torno das suas mais variadas aplicações, o enquadramento da OMS continua a ser a principal referência na construção de políticas urbanas para o envelhecimento.

No entanto, seria impossível avançar na discussão sobre as implicações da adoção do modelo das CCAE, sem antes analisarmos o seu principal alicerce – o conceito do Envelhecimento Ativo. Na sua origem, o modelo das CCAE da OMS não apenas rejeita modelos unidimensionais, rígidos, e “produtivistas” de velhice, como assumidamente parte do marco político do envelhecimento ativo, definido de forma sucinta como: “um processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, de forma a aumentar a qualidade de vida na medida em que as pessoas vão envelhecendo”<sup>7</sup>.

Aqui, o termo “ativo” está associado à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, indo muito para lá da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo<sup>8</sup>. Deste modo, o envelhecimento ativo, segundo a OMS, é definido para lá da promoção da saúde apenas, dizendo respeito a outros fatores como, por exemplo, ambientais e pessoais, incluindo determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente

3 Baars et al., *Aging, Globalization, and Inequality*.

4 Tradução dos autores, há diversas versões em português, exs.: Cidade Amiga do Idoso, Cidade Amiga da Velhice, Cidades Amigas das Pessoas idosas.

5 World Health Organization, *Global Age-Friendly Cities*.

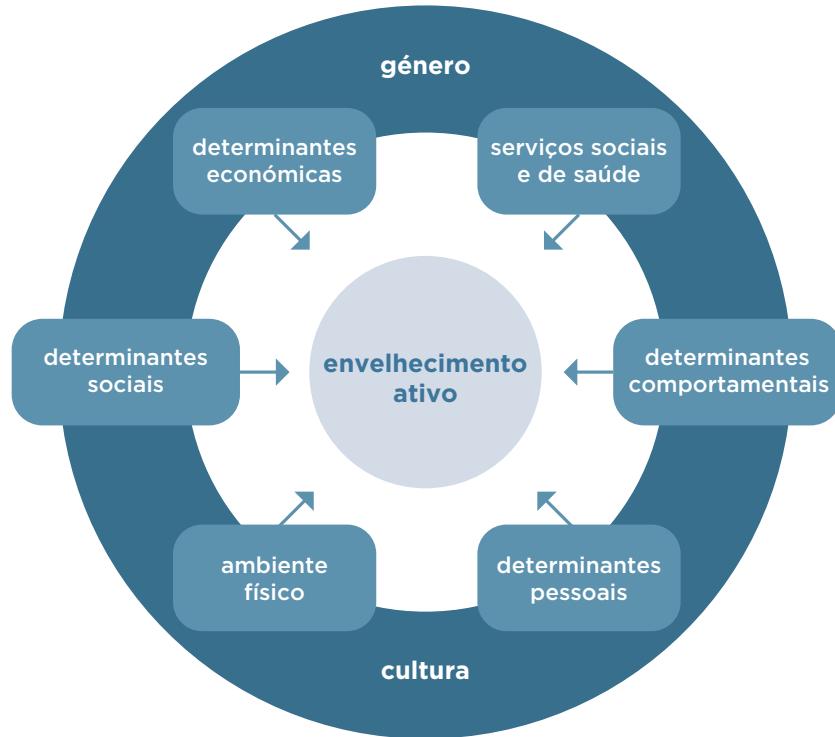
6 Boudin, *Active Ageing*; Timonen, *Beyond Successful and Active Ageing*; Walker, *A Strategy for Active Ageing*.

7 Edwards, *Active Ageing A Policy Framework*.

8 Costa, *Análise Comparativa Do Envelhecimento Ativo – Portugal e Europa*.

físico, o sistema de saúde, o sexo e o género e outros determinantes (ver Figura 3).

Mais do que a simples “ausência de doenças”, o fundamental na perspetiva do envelhecimento ativo defendido pela OMS é a qualidade de vida, consubstanciada na percepção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>9</sup>.



**Figura 3** - Determinantes do envelhecimento ativo

Para além da qualidade de vida, a interdependência e a solidariedade intergeracional são princípios importantes para o envelhecimento ativo. Assim, a família, a comunidade e a sociedade têm impacto e influência na forma como se envelhece<sup>10</sup>.

Em linhas gerais, a OMS tem sido consistente no entendimento do que são os princípios orientadores destas políticas, mas é importante notar que o conceito, mesmo dentro da própria organização, tem passado por algumas mudanças, desde já, a oscilação entre o uso dos conceitos de “envelhecimento ativo” e “envelhecimento saudável”.

<sup>9</sup> Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, “ENEAS - ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.”

<sup>10</sup> Cabral and Ferreira, *O Envelhecimento Activo Em Portugal: Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais*.

Esta alteração revela mais do que uma mera alteração na estratégia de comunicação, retrata no fundo grande parte do desafio, e dos dilemas que a concretização de políticas para o envelhecimento continuam a enfrentar, por exemplo, no contexto europeu, a Comissão Europeia define o envelhecimento ativo como uma estratégia para promover o envelhecimento ativo e saudável, que deveria assentar num conjunto de práticas que incluíssem a educação ao longo da vida, a formação contínua, o prolongamento da vida ativa, o adiamento na idade da reforma e, de forma progressiva, conseguir que a população idosa se tornasse ativa durante a reforma, através de atividades que reforçassem as suas capacidades e preservassem a sua saúde<sup>11</sup>.

Mais recentemente (2021), a Comissão Europeia lançou o livro verde sobre o envelhecimento, com o objetivo de promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações. Neste associa-se o envelhecimento ativo e saudável à promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida, abrangendo padrões de consumo e alimentação, bem como níveis de exercício físico e atividade social. Além disto, o envelhecimento ativo e saudável é visto como tendo um impacto positivo no mercado de trabalho, nas taxas de emprego e nos sistemas de proteção social, estando diretamente associado ainda ao crescimento e à produtividade da economia.

No campo internacional, tomando ainda a definição da OCDE, que Cabral e Ferreira<sup>12</sup> caracterizam como a mais ampla de todas, é traduzida a ideia de o envelhecimento ativo estar na capacidade de as pessoas, com o avançar da idade, levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Esta definição realçava a necessidade de manter as pessoas no ativo, numa ótica em que o exercício profissional fosse compatível com o processo de envelhecimento.

Em dezembro de 2020, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a década de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável. Um marco político muito significativo e de continuidade, baseado nas orientações da Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, no Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento da ONU, ratificado em Madrid<sup>13</sup>, e nas Metas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda da ONU para 2030.

O retorno ao “conceito antigo”, em detrimento do foco no “desgastado” envelhecimento ativo, merece nota, mas vale a pena destacar também que, na sua essência, funda-se nos mesmos princípios: reconhece os determinantes do envelhecimento ativo, e também a

---

11 Cabral, Ferreira, and Moreira, *O Envelhecimento Na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados*.

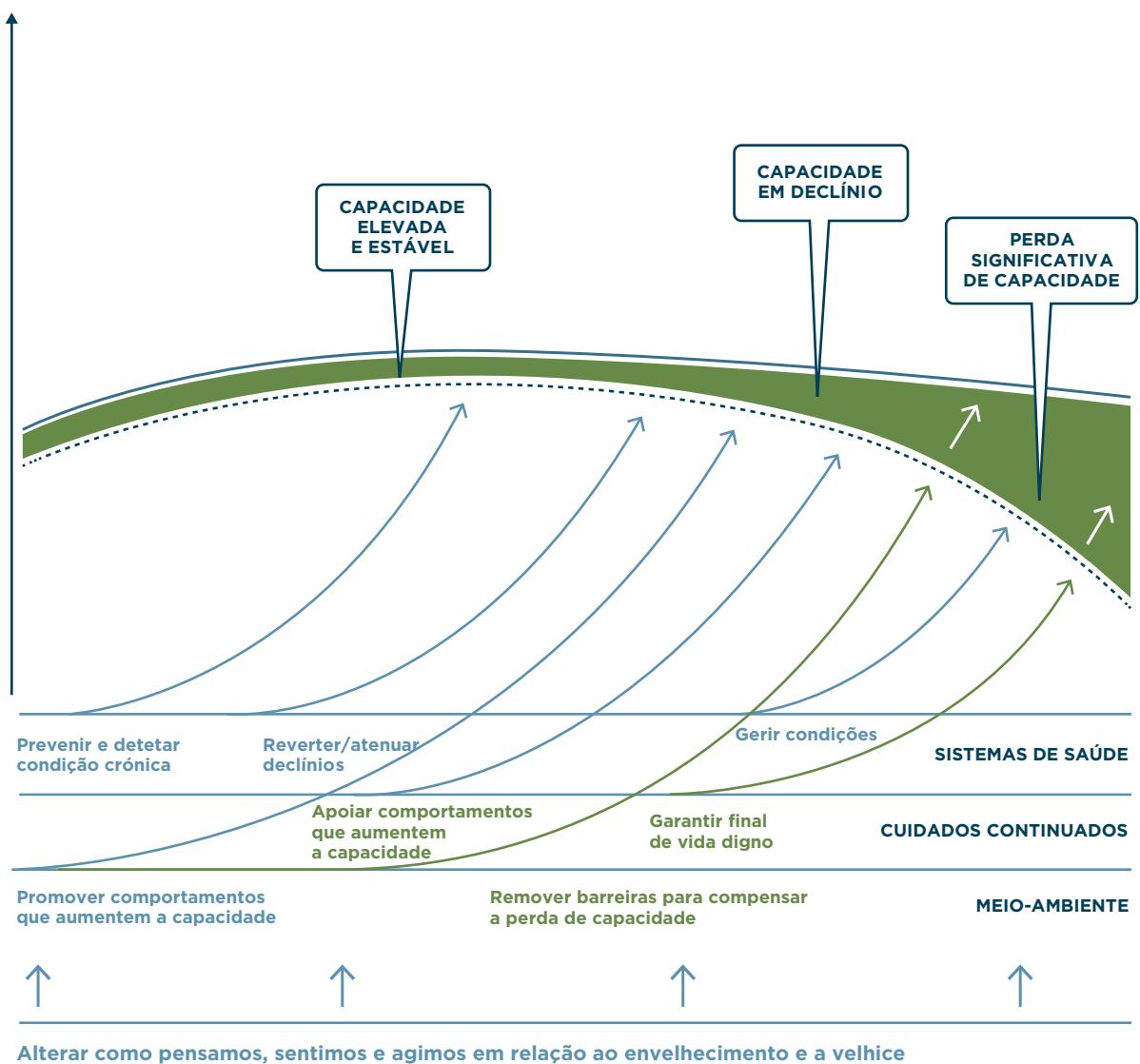
12 Cabral, Ferreira, and Moreira, *op cit.*

13 United Nations, *Report of the Second World Assembly on Ageing*.

necessidade de serem encarados na perspetiva do ciclo de vida, onde a capacidade funcional de cada um dependente do resultado da interação das suas capacidades intrínsecas (físicas e mentais) com o meio (ver Figura 4).

Em junho de 2005, na sessão inaugural do XVII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, é lançado o projeto “Cidades e Comunidades Amigas do Enve-

**Figura 4** - Envelhecimento saudável - Trajetória e otimização da capacidade funcional



**Fonte:** OMS (2021) Tradução dos autores

lhecimento”. Integrado nos objetivos das políticas para o envelhecimento ativo, o projeto pretendeu mobilizar as cidades para que se tornem mais amigas das pessoas idosas, potenciando o seu contributo e otimizando oportunidades para a saúde, participação e segurança, aumentando a qualidade de vida de todos ao longo do processo de envelhecimento<sup>14</sup>.

Seguindo a estrutura metodológica definida pelo Protocolo de Vancouver<sup>15</sup> foram investigadas 33 cidades<sup>16</sup>, um pouco por todo o mundo<sup>17</sup>. Estas cidades representavam uma abrangência de países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, refletindo uma multiplicidade de realidades urbanas e contemporâneas. Este projeto culminou na publicação, em 2007, do Guia Global das Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento, coordenado por Alexandre Kalache e Louise Plouffe. O guia pretende ser um instrumento de apoio às cidades, em articulação com a sua população mais velha, no processo de reflexão e identificação de políticas para tornar as cidades amigas de todas as idades<sup>18</sup>.

Tendo em conta a informação fornecida em estudos anteriores realizados junto de pessoas idosas, e com o desenvolvimento da investigação deste projeto, foi possível identificar um conjunto de características capazes de contribuir para este desígnio, sintetizados num conjunto de 8 domínios: (1) espaços exteriores e edifícios, (2) transportes, (3) habitação, (4) participação social, (5) respeito e inclusão social, (6) participação cívica e emprego, (7) comunicação e informação, e (8) apoio comunitário e serviços de saúde (OMS, 2009) (ver também o Anexo 1).

Estes 8 domínios devem interagir entre si e sobrepõem-se, formando uma teia de influências que favorecem a vida das pessoas mais velhas nas cidades – isto é, estas áreas são interdependentes e o seu funcionamento requer e determina o funcionamento de outras. Estas características permitem criar referências comuns de características que fazem uma cidade amiga do envelhecimento, permitindo que as entidades locais possam nortear as suas políticas e proporcionar aos seus habitantes mais velhos melhores condições de participação, segurança e saúde<sup>19</sup>.

Ou seja, as CCAE's são aquelas onde “as políticas, os serviços, os cenários e as estruturas

---

14 Junior, Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira.

15 Viana, Porto.

16 Aman, Jordânia; Cancún, México; Dundalk, Irlanda; Genebra, Suíça; Halifax, Canadá; Himeji, Japão; Islamabad, Paquistão; Istambul, Turquia; Kingston e Montego Bay, Jamaica; La Plata, Argentina; Londres, Inglaterra; Mayaguez, Porto Rico; Melbourne, Austrália; Melville, Austrália; Cidade do México, México; Moscovo, Federação Russa; Nairobi, Quênia; Nova Delhi, Índia; Ponce, Porto Rico; Portage La Prairie, Canadá; Portland, Oregon, Estados Unidos da América; Rio de Janeiro, Brasil; Região Metropolitana do Ruhr, Alemanha; Saanich, Canadá; San José, Costa Rica; Shanghai, China; Sherbrooke, Canadá; Tóquio, Japão; Trípoli, Líbano; Tuymazy, Federação Russa; Udaipur, Índia; e Udine, Itália.

17 Huber, WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities (GNAFCC).

18 Viana, *op cit.*

19 Viana, *op cit.*

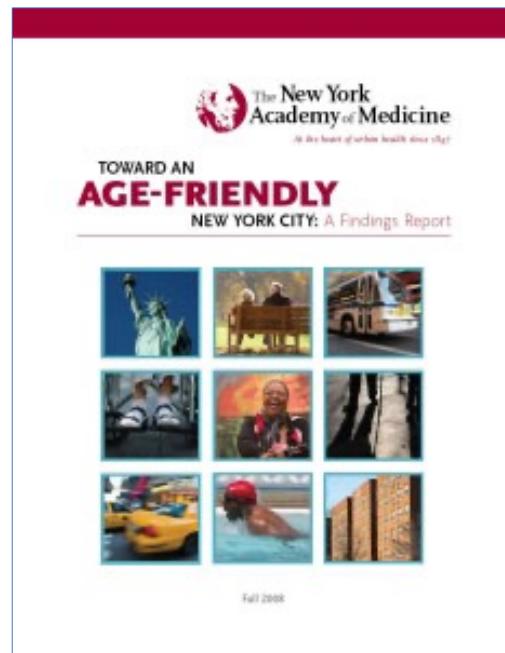
apoiam as pessoas e permitem-lhes envelhecer ativamente”, reconhecendo que as pessoas mais velhas detêm um leque de capacidades e recursos, fornecendo e antecipando respostas flexíveis às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento, sempre respeitando as decisões individuais de cada um e as suas escolhas de estilo de vida, procurando ainda proteger os mais vulneráveis, a sua inclusão e contribuindo em todos os aspetos da vida em comunidade<sup>20</sup>. Na prática, uma cidade amiga do envelhecimento deverá adaptar as suas estruturas e os seus serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de pessoas idosas com diferentes necessidades e graus de capacidade.

Já a decorrer a segunda década desde o lançamento pela OMS do enquadramento para a construção de CCAE (ver alguns exemplos na Figura X), é importante reconhecer o seu contributo para o debate e para a construção de políticas emancipadoras das pessoas mais velhas em particular: (i) no impacto que teve no urbanismo; (ii) no reconhecimento da importância das infraestruturas sociais; (iii) no envolvimento das pessoas mais velhas em todo o processo de investigação e definição de políticas; (iv) no questionamento dos estereótipos e preconceitos relativos ao envelhecimento; e (v) no desenvolvimento de novos modelos de apoio ao *age-in place*.

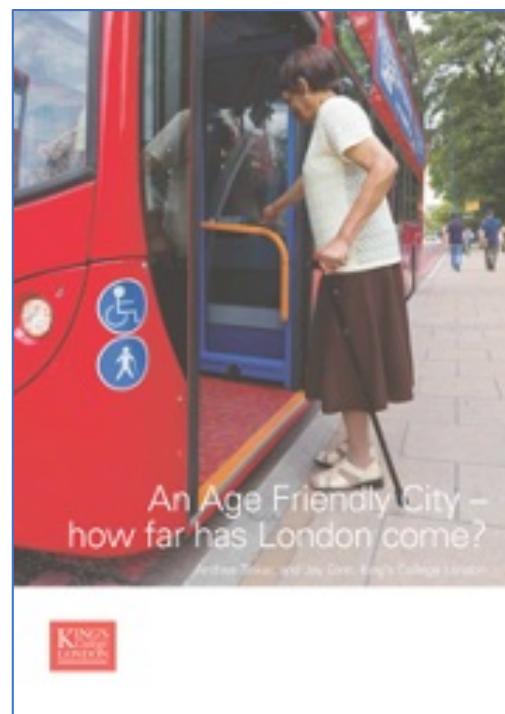
No entanto, também deve ser dado destaque a muitas perguntas que o modelo e a

20 Hijas-Gómez et al., *The WHO Active Ageing Pillars and Its Association with Survival*.

**Figura 5 -** Alguns exemplos de estratégias CCAE



NYC 2008



London 2015

rede ainda não são totalmente capazes de responder, desde já sobre a sua efetividade e sustentabilidade.

Os principais autores do guia original voltaram a refletir sobre a adequabilidade dos oito domínios num artigo publicado em 2016<sup>21</sup>. Reconhecem, por exemplo, que o protocolo original não possibilita uma cobertura de questões relacionadas com as redes sociais e de apoio, bem como a proteção contra violência e crime. Também segundo os autores, o domínio da participação social poderia ser adaptado para ter em conta contactos não-organizados como, por exemplo, com familiares, amigos e vizinhos. Mas em geral, argumentam que as diversas avaliações críticas têm vindo a confirmar a consistência dos 8 domínios originais, reforçando a necessidade de complementar os resultados dos inquéritos com os grupos, com a construção de um perfil específico de cada comunidade.

Em uma intervenção recentemente no âmbito do Simpósio Interações<sup>22</sup> (2023), o professor Christopher Phillipson fez um breve balanço sobre o movimento, e destacou como principais desafios: (i) o fortalecimento e efetiva participação das pessoas mais velhas na tomada de decisões; (ii) a afirmação dos grupos marginalizados de forma a permitir que reivindiquem e façam valer seus direitos; (iii) um melhor o reconhecimento da diversidade, tanto do ponto de vista sóciopolítico, como do ponto de vista do contexto cultural. Para Phillipson (2023), equidade, diversidade, e coprodução, devem ser os fatores fundamentais para o futuro do movimento das CCAE.

Nesta altura, parece-nos fundamental reconhecer também que as Estratégias e Planos Sobre Envelhecimento podem, eventualmente, entrar em conflito com outros anseios legítimos da população<sup>23</sup>, e o seu contributo ainda é incipiente em relação a outros paradigmas de cidades. Van Hoof e Marston<sup>24</sup> dão destaque aos desafios impostos ao movimento criado pela OMS face à tendência da digitalização e das “cidades inteligentes”, um debate particularmente importante numa perspetiva de sustentabilidade de qualquer estratégia para as cidades.

**NESTA ALTURA, PARECE-NOS FUNDAMENTAL RECONHECER TAMBÉM QUE AS ESTRATÉGIAS E PLANOS SOBRE ENVELHECIMENTO PODEM, EVENTUALMENTE, ENTRAR EM CONFLITO COM OUTROS ANSEIOS LEGÍTIMOS DA POPULAÇÃO**

21 Plouffe, Kalache, and Voelcker, *A Critical Review of the WHO Age-Friendly Cities Methodology and Its Implementation*, 21-24.

22 *IV Simpósio Interações\_Envelhecer Nas Grandes Cidades*.

23 Sugahara, Ditch the utilitarian view.

24 van Hoof and Marston, “Age-Friendly Cities and Communities.”

**Figura 6** - É possível adaptar e preservar ao mesmo tempo



Autor: Ricardo Ferreira

Neste sentido, e tendo como base a observação de diversas experiências do movimento CCAE, um pouco por todo o mundo, consideramos que uma estratégia e plano para o envelhecimento nos termos até aqui tratados deve ambicionar um debate amplo, isto é, que saia das trincheiras da saúde e do serviço social, reconhecendo e procurando pontos de convergência com as contradições que hão-de surgir ao longo deste processo.

No caso português, um exemplo muito concreto deste tipo de “dilema” pode ser observado na calçada portuguesa. Património cultural exportado para vários cantos do mundo, foi uma das principais tecnologias utilizadas na construção do espaço público urbano durante séculos. Apesar de possuir características ambientais e estéticas reconhecidas, é um piso notoriamente desadequado para um número cada vez maior de cidadãos. A Figura 6 mostra um exemplo concreto de intervenção capaz de compatibilizar o património, por um lado, e a melhoria na acessibilidade por outro.

### 3.2. O combate ao idadismo no centro das políticas para o envelhecimento

Se, por um lado, nas últimas décadas se observou uma clara mudança no discurso sobre o envelhecimento, por outro, é preciso reconhecer também que ainda impera uma perspetiva catastrofista e estereotipada, focada no “problema da velhice”, que se traduz na seguinte afirmação: toda a gente quer viver mais, ninguém quer ser velho<sup>25</sup>.

Mesmo antes da pandemia, vários indícios já indicavam que a conquista da longevidade em Portugal ainda não era motivo de celebração para muitas pessoas mais velhas. A Associação de Apoio à Vítima (APAV) registou, entre 2013 e 2018, um total de 6.878 processos de apoio a pessoas idosas, em que 5.482 foram vítimas de crime e de violência, tendo sido identificado um total de 12.815 factos criminosos. Destacavam ainda que em Portugal, a partir dos 76 anos, o risco de ser vítima de violência aumenta 10% por cada ano de idade<sup>26</sup>.

Outro indicador preocupante é a tendência da taxa de mortalidade por suicídio, que em Portugal aumenta com idade. Ser homem com mais de 45 anos é inclusive um fator de risco para o mesmo fenómeno, em conjunto com outras características que também são mais prevalentes nas camadas mais velhas da população, como, por exemplo, estar isolado ou não ter uma rede de suporte.

Como define a OMS, o idadismo refere-se à forma como pensamos (estereótipos), como nos sentimos (preconceitos), e agimos (discriminação) perante as pessoas com base na sua idade delas. É importante salientar que o idadismo afeta todas as idades de forma positiva e negativa, mas o foco nas consequências negativas direcionadas às pessoas mais velhas é fundamental<sup>27</sup>.

A OMS destaca ainda que o idadismo pode ocorrer ao nível das instituições (leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais), das relações entre as pessoas, e até mesmo ser auto infringido. A estes diferentes planos, é importante ainda ter em conta o cruzamento com outras características individuais e outras formas de preconceitos e discriminações, incluindo o capacitismo, o sexismo e o racismo.

Mais do que um mero “desconforto” gerado nas suas vítimas, o idadismo tem consequências bastante negativas e palpáveis tanto ao nível individual quanto coletivo. Ao nível da saúde, por exemplo, sabe-se que o idadismo está associado a uma pior saúde física e

---

25 Sugahara, *E se envelhecer não fosse um drama?*

26 APAV, *Relatório Portugal Mais Velho*; APAV, *Portugal Mais Velho - Por uma sociedade onde os direitos não têm idade*.

27 Organização Pan-Americana da Saúde, *Relatório Mundial Sobre o Idadismo*.

mental, a uma recuperação mais lenta de incapacidade e declínio cognitivo, e uma menor expectativa de vida.

O idadismo piora a qualidade de vida em geral, não apenas porque aumenta o isolamento social e a solidão (fatores associados a graves problemas de saúde), como restringe a possibilidade de muitas pessoas mais velhas continuarem a contribuir para a sociedade. Como destacamos na Caixa 1 num contexto onde se faz alarido sobre a pressão negativa que o envelhecimento populacional supostamente tem sobre a produtividade dos trabalhadores, é no mínimo contraditório verificarmos que determinadas faixas etárias continuam a enfrentar dificuldades para encontrar emprego.

### **Caixa 1 - Demasiado novo para “ser velho”**

Um dos discursos dominantes, quando se fala no processo de envelhecimento, continua a ser a associação do aumento da idade dos trabalhadores ao declínio da produtividade.

Apesar de os valores da taxa de desemprego, em Portugal, estarem em declínio, assumindo-se com os valores mais baixos em mais de uma década, para a faixa etária dos 55 aos 64 anos continua a ser uma preocupação latente a perda de emprego nesta fase da vida. Isto porque, entre aqueles que perdem o seu emprego depois dos 50 anos de idade, a grande maioria enfrenta dificuldades em voltar ao mercado de trabalho, e mesmo que consigam voltar a trabalhar, geralmente é com salários mais baixos do que anteriormente detinham.

Para dar voz a estas preocupações, no decorrer da crise pandémica, um grupo de investigadores do CIES-Iscte, do CES-UC, do IDEFF e do ICS-UL desenvolveu o projeto de investigação “EmployALL – A crise do emprego e o Estado Social em Portugal: deter a produção de vulnerabilidades sociais e de desigualdades”, que culminou na realização do webdocumentário “Demasiado novo para ser velho”. Realizado entre setembro de 2019 e março de 2020, este procura justamente retratar as vivências de 4 pessoas com mais de 55 anos – um grupo vulnerável que, em 2020, representava 25% dos inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Na agenda política, o desemprego jovem e a dificuldade de os jovens acederem ao mercado de trabalho tem sido um assunto mais comumente debatido, mas, no entanto, importa endereçar as mesmas questões à população ativa que ainda, apesar de mais velha, ainda não se encontra perto da idade da reforma e que desejam trabalhar.

O idadismo é ainda um conceito recente, pouco conhecido, e ainda bastante polémico. Na Caixa 2 destacamos a recente controvérsia em torno da Classificação Internacional de Doenças (CID) que esteve prestes a inserir a “velhice” na sua mais recente revisão<sup>28</sup>.

## Caixa 2 - Velhice não é doença

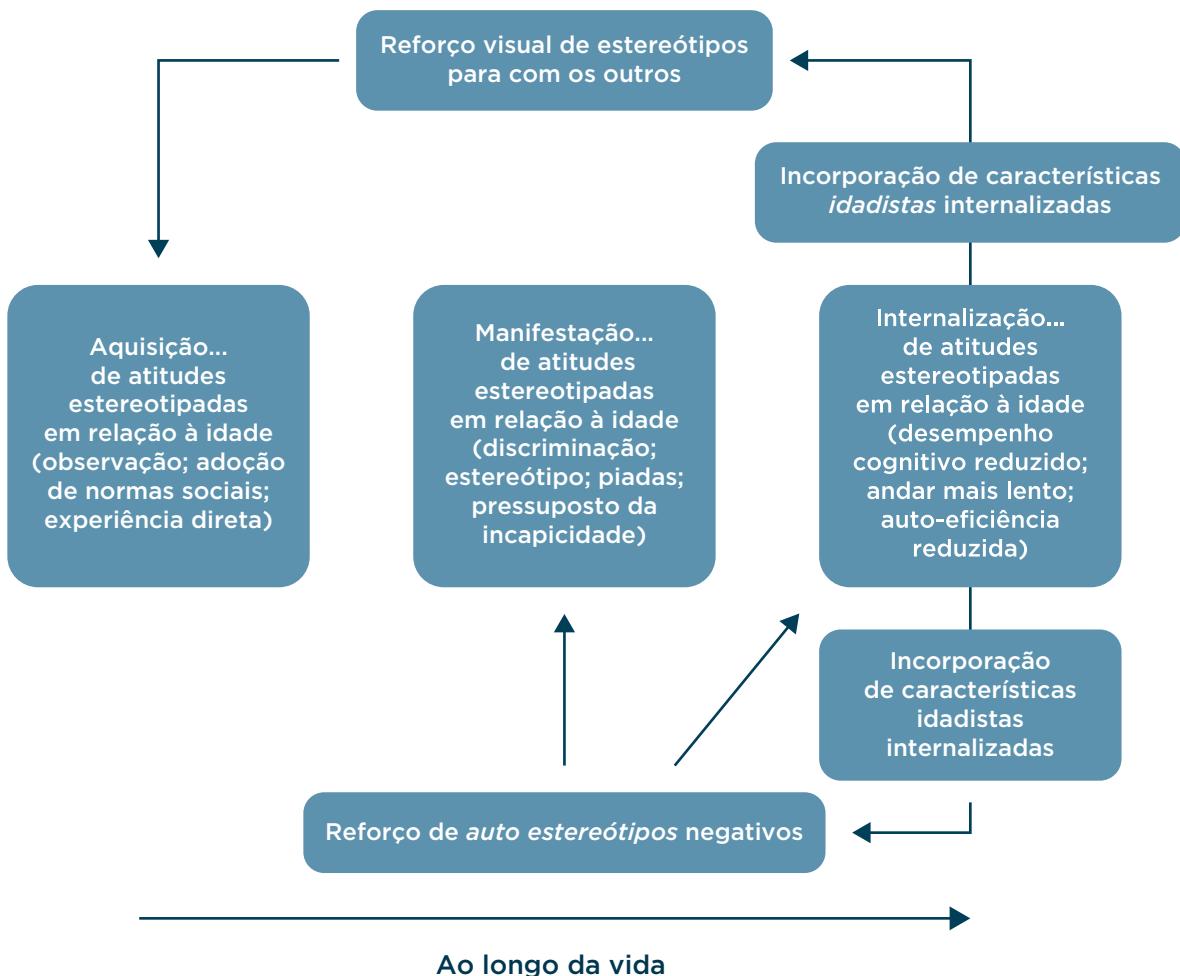
Em maio de 2019, a 72<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde aprovou a inserção da velhice na Classificação Internacional de Doenças (CID). A proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) substituía o termo “senilidade” (código R54), na CID-10, por “velhice sem menção de psicose, senescênciia sem menção de psicose; e debilidade senil” (código MG2A), na CID-11.

Em reação a esta nova definição, foi formado um movimento internacional pedindo que a OMS reconsiderasse esta proposta, que codificava o envelhecimento biológico como doença. A avaliação da comunidade internacional, de governos, sociedades médicas e entidades ligadas ao envelhecimento em diversos países era de que, ao classificar velhice como uma doença, a nova classificação poderia ser usada para negligenciar os diagnósticos de doenças nas pessoas mais velhas, impedir o registo correto das causas de morte e ainda aumentar a discriminação contra a população idosa. Poderia também permitir que se passasse a negar um seguro a uma pessoa idosa saudável que, devido à sua idade, já seria vista como “doente”; e planos de saúde poderiam criar regras mais limitadas para dificultar o acesso à assistência médica de pessoas idosas numa fase da vida em que há mais fragilidades.

Por fim, é fundamental destacar que uma das consequências mais nefastas do idadismo é a internalização destes preconceitos. Como vemos sugerido pelo modelo Aquisição, Internalização e Reforço (AIR) Figura 7, o idadismo é um processo que também é construído ao nível individual ao longo da vida, e que ganha força na iteração com outros preconceitos e estereótipos negativos. Ao sermos expostos a diferentes formas de idadismo institucional e interpessoal, muitos passamos a agir de acordo com o que julgamos ser o socialmente expectável (como, por exemplo, deixarmos de usar determinado tipo de roupa, de frequentar determinado tipo de lugares ou até de nos relacionar com pessoas de outras idades).

28 ENSP, *Proposta Contraditória Da OMS Não Inclui 'Velhice' Na Nova Classificação de Doenças; Digital, Old Age Can Be Classified as a Disease by WHO*.

**Figura 7** - Modelo Aquisição, Internalização e Reforço (AIR) do Idadismo



Fonte: Carney and Nash (2020)<sup>29</sup> Tradução dos Autores

O contexto da pandemia<sup>30</sup> deixou bem claras não apenas as debilidades que temos na proteção da vida das pessoas mais velhas, mas também a facilidade com que o discurso idadista ganhou protagonismo em vários momentos. Desde a defesa do “sacrifício das vidas de pessoas mais velhas” em favor de uma mais rápida retoma da economia, até sugestões de confinamento obrigatório apenas para determinados grupos etários, como forma de “os proteger”. Num artigo recém publicado, Graham Graham, (‘Remember This Picture When You Take More than You Need’) analisa em detalhe como o idadismo foi difundido através dos chamados “memes” durante a fase mais aguda da COVID.

29 Carney and Nash, *Critical Questions for Ageing Societies*.

30 Higgs and Gilleard, “Fourth Ageism.”

Na Caixa 3 da secção 6.5 reunimos uma lista de “ferramentas” para auxiliar os profissionais da comunicação ao lidar com os temas do envelhecimento e da velhice.

### **Caixa 3 - Comunicação e Idadismo**

A comunicação tem um papel fundamental na propagação e no combate ao idadismo e é portanto uma área em que ainda

Em Português, a Aptare, em parceria com a SBGG, publicou um guia para jornalistas na cobertura do envelhecimento: [https://issuu.com/dinamoeditora/docs/guia\\_para\\_jornalistas\\_na\\_cobertura\\_do\\_envelhecimento](https://issuu.com/dinamoeditora/docs/guia_para_jornalistas_na_cobertura_do_envelhecimento)

Na língua inglesa encontramos ainda:

Um Repositório de Imagens

<https://ageing-better.org.uk/news/age-positive-image-library-launched>

Dois manuais, um produzido pela Age-platform da União Europeia:

<https://www.age-platform.eu/publications/short-guide-avoid-stereotypical-communication-when-talking-about-ageing-and-older>

E outro pela OMS:

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ageing/quick-guide-to-avoid-ageism-in-communication---en.pdf?sfvrsn=a43edc4a\\_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ageing/quick-guide-to-avoid-ageism-in-communication---en.pdf?sfvrsn=a43edc4a_1&download=true)

Não poderíamos deixar de lado esta importante referência para a academia, ...

[https://www.geron.org/images/documents/Reframing\\_Aging\\_Journal\\_Manuscript\\_Guidelines.pdf](https://www.geron.org/images/documents/Reframing_Aging_Journal_Manuscript_Guidelines.pdf)

### 3.3. Cuidar de quem cuida (ao longo de toda a vida)

A predominância da “perspetiva catastrofista” em relação ao envelhecimento e a velhice, tem alimentado muitos debates relativos à sustentabilidade dos modelos de estado de bem-estar. Para além da referida dicotomia entre dependentes e ativos no mercado de trabalho, outro tema recorrentemente é o dos cuidados de saúde. Este debate, geralmente condicionado pela pressão nos sistemas de saúde, ou o número de vagas em lares, observou na última década algumas importantes mudanças com implicações bastante concretas no discurso e na ação política.

Nos últimos anos o tema dos cuidados ganhou uma atenção cada vez maior nas agendas de organizações internacionais e em muitas agendas políticas nacionais. É principalmente no contexto das transformações demográficas – maior longevidade, menor natalidade, maior envelhecimento populacional – que a necessidade de transformação na organização dos sistemas de cuidados se tem tornado um elemento central nas políticas públicas.

Dizendo respeito e afetando toda a sociedade, o trabalho de cuidar tem sido efetuado principalmente por mulheres, dominando uma divisão sexual do trabalho de cuidar, tanto no interior da família quanto nas estruturas formais de cuidados<sup>31</sup>. A mulher entrou em massa no mercado de trabalho, mas a divisão “mulher cuidadora/homem provedor” não se desfez. Este fator é particularmente relevante em Portugal, onde a entrada das mulheres no mercado de trabalho foi rápida e massiva<sup>32</sup>, mas não foi acompanhada de um desenvolvimento adequado dos serviços formais de cuidados, nem por uma passagem para uma justa redistribuição do trabalho doméstico e de cuidar<sup>33</sup> (Perista et al., 2016). Assim, as mulheres vêm persistentemente combinando emprego a tempo inteiro com o trabalho doméstico e de cuidar não pago, realizando em casa um “segundo turno” ou um “dia duplo”, que é esperado das mulheres com emprego<sup>34</sup>. Aliás, a impossibilidade de conciliação no passado e a responsabilização pelo trabalho de cuidados nos domicílios foi um fator que levou à existência de muitas mulheres idosas hoje a viver em situação de pobreza e com menos pensões de valores mais baixos. Não terão a disponibilidade para continuar a cuidar, de forma não reconhecida e não remunerada, do número cada vez maior de pessoas a necessitar de cuidados.

#### A IMPOSSIBILIDADE DE CONCILIAÇÃO NO PASSADO E A RESPONSABILIZAÇÃO PELO TRABALHO DE CUIDADOS NOS DOMICÍLIOS FOI UM FATOR QUE LEVOU À EXISTÊNCIA DE MUITAS MULHERES IDOSAS HOJE A VIVER EM SITUAÇÃO DE POBREZA E COM MENOS PENSÕES DE VALORES MAIS BAIXOS

31 Daly, *Families versus States and Markets*.

32 Silva, *O modelo de welfare da Europa do Sul*.

33 Perista, Perista, and Abrantes, *Os Usos Do Tempo de Homens e de Mulheres Em Portugal - Policy Brief*.

34 Hochschild and Machung, *The Second Shift*.

**80% DOS CUIDADOS DE  
LONGA DURAÇÃO NA EUROPA  
SÃO REALIZADOS POR  
PESSOAS QUE CUIDAM DE  
FORMA NÃO REMUNERADA,  
MAIORITARIAMENTE  
MULHERES.**

As atividades e o trabalho de cuidado foram historicamente invisibilizados e excluídos das políticas, e isto é visível quando se observa que, ainda hoje em dia, 80% dos cuidados de longa duração na Europa são realizados por pessoas que cuidam de forma não remunerada, maioritariamente mulheres. Mesmo com avanços em igualdade de género em diversos domínios da sociedade, a distribuição desigual das responsabilidades domésticas e de cuidado

entre homens e mulheres continua a ser uma das áreas mais problemáticas na União Europeia em termos de igualdade de género<sup>35</sup> (CE, 2016).

Assim, esta “crise de cuidados” que preocupa hoje muitos países, faz parte de uma crise mais geral que se relaciona com a forma como as sociedades invisibilizaram e desvalorizaram os cuidados e a dependência.

### **CUIDADOS FORMAIS - ESTADO**

O nosso país teve um conjuntura histórica particular, em que do século XIX até aos anos 1990, apesar de termos passado por diferentes regimes políticos, a família teve em Portugal um papel prioritário no domínio da assistência social<sup>36</sup>, e o Estado foi delegando o apoio às pessoas mais velhas e/ou em situação de dependência a instituições não governamentais sem fins lucrativos, em particular associações ligadas à igreja católica, o que marcou profundamente as políticas sociais até aos dias de hoje (Silva, 2002). Através da Constituição da República Portuguesa (1976), o Estado é incumbido da promoção e garantia do acesso a equipamentos sociais de apoio à família e a uma política da terceira idade, tendo Portugal desenvolvido um percurso no sistema de cuidados continuados em que a igreja e a solidariedade social tiveram um papel histórico central, revelado na predominância das instituições do setor social no apoio às pessoas mais velhas.

As políticas de cuidados têm-se desenvolvido através de dois eixos fundamentais – o desenvolvimento de transferências monetárias diretas do Estado para as famílias (como o subsídio por assistência à terceira pessoa e o complemento por dependência), que assumem o cuidado informal, e o desenvolvimento da provisão de cuidados formais através do SNS, particularmente no âmbito dos cuidados de saúde primários e das equipas de cuidados na comunidade, ou pelo setor social de cuidados, particularmente a rede de ser-

---

<sup>35</sup> European Commission. Directorate General for Justice and Consumers., *Compromisso estratégico para a igualdade de género 2016-2019*.

<sup>36</sup> Wall, *Apontamentos Sobre a Família Na Política Social Portuguesa*.

viços e equipamentos sociais, protagonizado pelas IPSS<sup>37</sup>. Os subsídios de apoio direto à família, que são medidas compensatórias para amparar custos adicionais são, no entanto, tão reduzidos que se tornam apenas medidas de apoio à pobreza e carência económica. Já nas IPSS, a família também aparece como cofinanciadora, através do pagamento de uma comparticipação<sup>38</sup>. Com isto, em 2016, 30,8% das famílias necessitadas de CLD (cuidados de longa duração) não estavam a utilizar serviços profissionais de cuidados domiciliários por razões financeiras<sup>39</sup>.

A evolução e desenvolvimento de várias respostas, públicas e privadas, para os consumidores mais velhos tem sido visível. Em junho de 2019, a grande maioria de serviços de cuidados era fornecida por entidades privadas sem fins lucrativos (75,3 %). Os restantes eram fornecidos por entidades privadas com fins lucrativos (22,4 %) e por unidades públicas (2,3 %)<sup>40</sup>.

Nos últimos anos a taxa de cobertura para cuidados de longa duração em Portugal tem-se aproximado da média da União Europeia, mas continua ainda assim a ser um dos países europeus com menor taxa de cuidados formais profissionais, principalmente devido à escassez de trabalhadores. Em 2019, apenas 1,8% das pessoas com 65 anos ou mais receberam cuidados formais de longa duração em Portugal - 1,2% recebeu cuidados numa instituição e 0,6 % recebeu cuidados no domicílio<sup>41</sup>. Nesse ano, a despesa pública em cuidados a longo prazo em Portugal era de 0,4 % do PIB, o que é significativamente abaixo da média da UE-27 (1,7 %)<sup>42</sup>. Em Portugal, apesar das respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados, de equipamentos sociais protocolados com a Segurança Social e da existência de serviços de apoio ao domicílio, continua a haver poucos cuidados formais para fazer face às necessidades existentes, o que se deve, em particular, à falta de trabalhadores.

Em Portugal, existiam em 2015 apenas 0,8 trabalhadores de cuidados de longa duração

## EM 2016, 30,8% DAS FAMÍLIAS NECESSITADAS DE CLD (CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO) NÃO ESTAVAM A UTILIZAR SERVIÇOS PROFISSIONAIS DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS POR RAZÕES FINANCEIRAS

37 Soeiro, Araújo, and Figueiredo, *Cuidar de Quem Cuida*.

38 Soeiro and Araújo, *Rompendo Uma Clandestinidade Legal: Génese e Evolução Do Movimento Dos Cuidadores e das Cuidadoras Informais em Portugal*.

39 European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., *Long-Term Care Report*.

40 Administração Central do Sistema de Saúde, *Relatório de Monitorização Da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1o Semestre, 2019*.

41 OECD, *Health at a Glance 2021*.

42 European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., *Social Protection Committee Annual Report 2022*.

por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos, comparado com a média de 3,8 em 25 Estados Membros (ERS, 2015). Em 2016, 95,8 % dos trabalhadores LTC formais em Portugal eram mulheres, em comparação com 90,8 % na UE-27 (SPC e DCL, 2021: 343).

Segundo dados da OCDE, quase dois em cada três (64%) trabalhadores de cuidados de longo prazo em Portugal têm baixos níveis de educação, o que se compara com uma média de 15% num conjunto de 20 países da OCDE<sup>43</sup>. Também estudos nacionais revelaram que os assistentes de saúde são geralmente mulheres com baixos níveis de escolaridade, de formação, e com baixas remunerações (E. G. Pires, 2015 em CE, 2021; Soeiro et al 2020). Os trabalhadores de cuidados pessoais têm salários mais baixos em comparação com os enfermeiros. Segundo um relatório recente da OCDE, o salário médio anual de um trabalhador de cuidados pessoais está próximo do salário mínimo (635 euros/mês, em 2020) enquanto uma enfermeira no início da sua carreira é paga 900 euros/mês.

A falta de funcionários, sobretudo no período noturno, a falta de investimento na qualificação dos profissionais, são aspetos que cumulativamente impedem a prestação de cuidados de qualidade<sup>44</sup>. Nas ERPI, a sobrecarga laboral, a falta de pessoal, os salários baixos, a falta de formação, a excessiva rotatividade, os turnos alternados ou a falta de supervisão técnica têm enormes impactos negativos na qualidade dos cuidados prestados, assim como na saúde física e mental dos trabalhadores dos cuidados de longa duração. Quase um terço destes trabalhadores inquiridos já pensou em abandonar a profissão, o que pode ser explicado por ser um trabalho extremamente desgastante física e psicologicamente, e muito subvalorizado (Gil, 2020, em Soeiro et al, 2020). Estas problemáticas são geradas também por um fraco sistema de monitorização das respostas, que consiste principalmente na observação, por parte do Estado, de rácios organizativos e de características das infraestruturas físicas.

## CUIDADOS FORMAIS - PRIVADO

Em Portugal, apesar do setor privado lucrativo estar em crescimento, não é predominante nesta área do envelhecimento. Dado o rápido envelhecimento da população, o mercado dos lares de idosos tornou-se apetecível a vários investidores internacionais. Ao contrário da generalidade dos países europeus, em Portugal, o Estado não financia diretamente os lares privados. A lei portuguesa, de 2012, manteve o financiamento estatal exclusivamente para o terceiro setor sem fins lucrativos.

---

43 OECD, *Health at a Glance 2021*.

44 Soeiro, Araújo, and Figueiredo, *Cuidar de Quem Cuida*.

Em 2021, Paulo Pena (Investigate Europe) contava a existência de 2.537 lares em Portugal, sendo 1.677 do setor social e solidário, a maioria gerida e detida pela Santa Casa da Misericórdia, com acordo de cooperação com o Estado (66%). Os restantes 733 são do setor privado (29%) e 133 são não lucrativos e sem acordos de cooperação (5%). Este enquadramento legal ajuda, em parte, a explicar o porquê da existência ainda reduzida da presença de grandes cadeias internacionais em Portugal.

As empresas internacionais começaram a dominar a gestão de lares de idosos, um pouco por toda a Europa. Numa sociedade cada vez mais envelhecida, os serviços de cuidados aos mais idosos tornaram-se num negócio de milhões de euros. Apesar do panorama vívido pela pandemia, o negócio internacional de lares de idosos está a crescer a bom ritmo, com a gestão de cadeias que dependem de uma difícil gestão financeira. Estas empresas de grande dimensão procuram comprar pequenos grupos nacionais, para concentrar a sua posição e impor uma forma de gestão que pode pôr em risco a qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

De entre estes grupos, destaca-se a Orpea, o maior operador da Europa com mais de 110.000 lugares, em mais de mil instalações, e a Domus Vi, importante operador do setor na Europa, com 355 residências e mais de 33 mil camas. Em Portugal gere três lares de idosos (Porto, Aveiro e Viana do Castelo), mas o nosso país está enquadrado numa cascata de empresas situadas, por exemplo, em França, Espanha, Irlanda, Holanda e América Latina, detidas por outras no Luxemburgo que, por sua vez, dependem de um fundo financeiro localizado na ilha de Jersey, no Canal da Mancha.

A prevalência destes grupos no mercado de assistência aos mais idosos tem sido motivada pelos números estrondosos da valorização do capital destas empresas. A título ilustrativo, um estudo feito pelo grupo britânico CHPI estimava que os lares privados obtêm lucros de mais de mil milhões de euros por ano, o que corresponde a cerca de 10% do volume de negócios.

Em Portugal, os 12 lares que a Orpea e a Domus Vi gerem destinam-se, sobretudo, a clientes de altos rendimentos e um reduzido estrato social, onde não existe qualquer participação pública no pagamento das mensalidades, estas que podem rondar de 1.500 a 4.000 euros, competindo com marcas portuguesas já instaladas, como o Montepio.

A conceção de cuidados por parte destes grupos privados internacionais é diferente, trazendo o negócio imobiliário para cima da mesa, onde existe, normalmente, uma empresa

**A CONCEÇÃO DE CUIDADOS POR PARTE DESTES GRUPOS PRIVADOS INTERNACIONAIS É DIFERENTE, TRAZENDO O NEGÓCIO IMOBILIÁRIO PARA CIMA DA MESA, ONDE EXISTE, NORMALMENTE, UMA EMPRESA QUE CONSTRÓI E QUE VENDE O IMOBILIÁRIO A UMA EMPRESA QUE GERE A OPERAÇÃO.**

que constrói e que vende o imobiliário a uma empresa que gere a operação. Isto faz com que, além do setor dos cuidados aos mais idosos, haja outro tipo de lucros possíveis na operação, potenciando uma sede de lucro que leva a estabelecer montantes para os serviços cobrados muito maiores do que os cuidados prestados.

De acordo com a OCDE, os membros da União Europeia, juntamente com o Reino Unido, a Noruega e a Suíça, contribuem com mais de 220 mil milhões de euros por ano para o setor dos cuidados a idosos. Os próprios utentes pagam mais de 60 mil milhões de euros dos seus próprios bolsos. E este valor tenderá a aumentar todos os anos.

De acordo com as estimativas da Comissão Europeia, o custo dos cuidados a longo prazo na Europa mais do que duplicará, tornando este setor de negócio completamente à prova de crise, e dando sinais de ser um negócio atrativo e sólido para os seus investidores.

## **CUIDADOS INFORMAIS**

Cerca de 80% dos cuidados prestados a pessoas dependentes (idosos, pessoas com deficiência, demências ou doenças crónicas) são assegurados no domicílio por prestadores de cuidados informais, pessoas sem formação específica e que não são remuneradas para cuidar: sobretudo mulheres, familiares da pessoa cuidada e com idade entre os 45 e os 75 anos<sup>45</sup>. Sendo de sublinhar uma ausência de dados concretos sobre a dimensão dos cuidados informais existem algumas estimativas.

Em Portugal, em 2014, existiam, aproximadamente, 1,1 milhões de pessoas com 15 anos ou mais a prestar cuidados informais/assistência a pessoas com problemas de saúde ou de velhice, mais de 85% das quais (948 mil) prestava esses cuidados sobretudo a familiares, e 470 mil dedicavam mais de dez horas por semana a esse cuidado<sup>46</sup>. Os números avançados por diferentes organizações variam, estimando-se que o número de pessoas que prestam cuidados informais se situam entre os 827 mil, entre os quais 207 mil a tempo inteiro<sup>47</sup> e os 1,5 milhões de pessoas<sup>48</sup>.

Em 2016, 12,3% da população portuguesa declarou prestar cuidados informais (9,6% dos homens e 14,6% das mulheres). Mais importante ainda, 30,6% dos prestadores de cuida-

---

45 Ana Ribas Teixeira, Bruno Alves, and Berta Augusto, *MEDIDAS DE INTERVENÇÃO JUNTO DOS CUIDADORES INFORMAIS - Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*.

46 Instituto Nacional de Estatística, *Inquérito Nacional de Saúde 2014*.

47 Eurocarers, *Factsheet - Number of Carers and Existing Support Measures across the EU*.

48 Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, *Estudo Sobre Percepção Dos Portugueses Sobre Cuidadores Informais*.

dos informais portugueses fizeram-no durante mais de 20 horas por semana (23,6% dos homens e 34,7% das mulheres)<sup>49</sup>. As projeções da Comissão Europeia estimam que constituam 13% da população total e 3,6% dos trabalhadores assalariados<sup>50</sup>. As estatísticas identificam Portugal como um dos Estados-Membros da UE-27 com as taxas mais elevadas de cuidados prestados por prestadores de cuidados informais. Um estudo da OCDE identifica Portugal como o país com o segundo maior desequilíbrio de género (depois da Grécia), uma vez que as mulheres constituem 70,1% dos prestadores de cuidados informais com mais de 50 anos, enquanto nos restantes Estados-Membros da UE-27 abrangidos pelo estudo a percentagem varia entre 52,9% e 64,3%<sup>51</sup>.

A prestação de cuidados informais tem custos elevados para quem os faz. Devido à permanência e duração do cuidado, os cuidadores sofrem um desgaste físico, emocional e psicológico considerável (isolamento, rutura de relações e da vida social, depressões, exaustão, stress,...), mas também padecem de impactos económicos relevantes (maior risco de pobreza, abandono do emprego, ...). Calcula-se que em Portugal o valor estimado anual dos serviços prestados pelos cuidadores informais ronde os 4 mil milhões de euros, um valor demasiado elevado por um trabalho pouco reconhecido e não remunerado.

#### Caixa 4 - Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais



O Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais criou, para 2021-2022, a 1ª edição da Rede de Autarquias que Cuidam dos Cuidadores Informais (RACCI).

A RACCI é uma iniciativa que se destina a distinguir e divulgar as melhores práticas levadas a cabo ou formalmente por municípios e freguesias nesta área, em Portugal, através da atribuição de selos de mérito.

Cascais foi reconhecida a nível nacional, com o projeto “Cascais Cuida – Programa para Cuidadores Informais”, para pertencer a esta rede de autarquias que adotam as melhores práticas e medidas de apoio em benefício dos cuidadores informais, sendo uma das 24 autarquias selecionadas pela rede.

49 European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., *Social Protection Committee Annual Report 2022*.

50 European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., 19–25.

51 OECD, *Who Cares?*

de um número cada vez maior de famílias que desempenham uma atividade profissional a cuidar, em simultâneo, dos seus familiares dependentes, conciliando a vida profissional e a vida familiar. Tendo em conta a sua dimensão e a função social que desempenham no bem-estar das pessoas mais velhas, cuidar de quem cuida informalmente torna-se cada vez mais uma prioridade. Apoiar os cuidadores é também apoiar as pessoas cuidadas, e tendo em conta o perfil de ambos, uma grande fatia desta população é envelhecida.

A 10 de janeiro de 2022 foi publicado o Decreto Regulamentar n.º 1/2022, que estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal (ECI) bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas, prevendo medidas no âmbito do descanso do cuidador informal, da formação e informação, do apoio psicossocial, acesso a grupos de autoajuda, apoio na reinserção socioprofissional e regresso ao mercado de trabalho - os municípios terão um papel central para a articulação entre as entidades responsáveis e para a garantia de respostas de proximidade e qualidade para estas pessoas. Divulgar e concretizar o ECI no nível do município passa por alguns elementos de organização que serão chave para uma boa implementação.

## REFUNDAR A NOÇÃO DO CUIDADO

O cuidado, a dependência, a vulnerabilidade, são aspetos universais e quotidianos da vida. Em diversos momentos da nossa vida e de formas diversas, todos cuidamos e todos precisamos de cuidados, variando as formas e a intensidade desse cuidado segundo diferentes características e diferentes fases da vida. Precisamos de cuidados quando nascemos e quando somos crianças, quando temos alguma doença temporária ou permanente, quando envelhecemos e nos tornamos mais dependentes, ou quando nascemos com ou adquirimos alguma doença crónica ou deficiência.

Somos mais vulneráveis em alguns momentos da vida, como na infância e na velhice, mas também somos vulneráveis durante a vida adulta, devido a diferentes características pessoais, a enfermidades e a fatores sociais. Mas não só nestas situações. O cuidar, concebido de forma mais ampla, pode implicar todas as atividades que contribuam para a manutenção, continuação e reparação do nosso ‘mundo’, de forma a viver nele o melhor possível<sup>52</sup>. Tanto coletiva

**EM DIVERSOS MOMENTOS DA NOSSA VIDA E DE FORMAS DIVERSAS, TODOS CUIDAMOS E TODOS PRECISAMOS DE CUIDADOS, VARIANDO AS FORMAS E A INTENSIDADE DESSE CUIDADO SEGUNDO DIFERENTES CARACTERÍSTICAS E DIFERENTES FASES DA VIDA.**

52 Fisher, Tronto, and Nelson, *Toward a Feminist Theory of Caring*.

quanto individualmente, não é possível suspender a dependência de cuidado.

A dependência e incapacidade são muito associadas, de forma discriminatória, às pessoas mais velhas. A dependência e a independência são observadas como um binómio que separa as pessoas em dois lados opostos, em que umas necessitam de cuidados e outras não, quando esta distinção é falaciosa. Assim como se associa o envelhecimento e a velhice a doença e dependência, o mesmo acontece muitas vezes com a noção de cuidados. No entanto, todos somos dependentes e precisamos de cuidados em diferentes momentos da vida, de formas e com intensidades diferentes. E todos caminhamos todos os dias para idades mais avançadas. Por isso, este é um problema de todos.

Cuidados e dependência são conceitos inseparáveis. Cuidamos e somos cuidados porque somos seres interdependentes e em diferentes momentos da nossa vida e com diferentes intensidades, todos precisamos de cuidados e cuidadores. Ao circunscrever a necessidade de cuidados a certos momentos do ciclo de vida - infância, velhice e doença - oculta-se o seu papel fundamental na sustentabilidade da vida e na reprodução social, reforçando-se o mito do sujeito independente, incorpóreo, que não adoece, não incapacita, não envelhece<sup>53</sup>.

### **ASSIM COMO SE ASSOCIA O ENVELHECIMENTO E A VELHICE A DOENÇA E DEPENDÊNCIA, O MESMO ACONTECE MUITAS VEZES COM A NOÇÃO DE CUIDADOS.**

Os cuidados foram historicamente invisibilizados por serem prestados principalmente no seio da família e pelas mulheres, dimensões que foram delegadas ao “privado”, ficando desta forma fora do âmbito das políticas públicas até muito recentemente, mas também porque existe uma discriminação de dependência e uma exclusão histórica de qualquer pessoa com qualquer tipo de deficiência da vida em sociedade. Os movimentos sociais das pessoas com deficiência têm-nos ajudado a compreender a deficiência como uma consequência do preconceito social e uma falha de resposta social aos requerimentos das capacidades e necessidades corporais variantes<sup>54</sup>; sobre movimento em Portugal, ver Fontes<sup>55</sup>.

Em resposta ao foco no indivíduo e aos ideais de independência das teorias da justiça encontradas na filosofia política e moral contemporânea ocidental, uma ética do cuidado<sup>56 57</sup> emerge como alternativa, enfatizando o caráter relacional da vida humana, as depen-

53 Kittay, Jennings, and Wasunna, *Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care\**, 445.

54 Oliver, *The Politics of Disablement*.

55 Fontes, *Pessoas Con Deficiência Em Portugal*.

56 Tronto, *Moral Boundaries*.

57 Gilligan, *In a Different Voice*.

dências humanas inevitáveis e interdependências muito ignoradas nas teorias com conceções limitadas dos seres humanos como agentes adultos morais e independentes que seguem a sua própria conceção do bem<sup>58</sup>.

Para bem cuidar de todas as pessoas, neste caso, as pessoas mais velhas, que se tornam cada vez mais, precisamos também de cuidar de quem cuida. Uma estratégia para o envelhecimento implica ter os serviços e infraestruturas de cuidado adequadas para que as pessoas possam envelhecer o melhor possível, e para isto é central cuidar de quem cuida. Nesta parte focamo-nos principalmente em quem cuida, de forma formal ou informal, de pessoas que necessitam de cuidados, parte importante das quais são pessoas idosas em situação de dependência.

#### Caixa 5 - Observatório “Ciudades que Cuidan”



Em Espanha foi criado em 2019 o Observatório “Ciudades que Cuidan”, culminando o trabalho realizado por este grupo na publicação do Libro Blanco de las ciudades que cuidan, em dezembro de 2021. Este consiste num conjunto de textos que reúne as reflexões de mais de 100 peritos em

22 especialidades para orientar as cidades para um novo paradigma em que o cuidado está no centro.

A pandemia da COVID-19 não só realçou a fragilidade do atual sistema de cuidados como também revelou a cada vez mais intensa epidemia de solidão involuntária, uma realidade que exige novas estratégias, embora ainda nem sequer tenhamos chegado a conhecer a sua verdadeira extensão. Assim, este livro propõe avançar para um novo modelo urbano que esteja preparado para 3 desafios principais:

- uma população em envelhecimento,
- a concentração da vida nas cidades
- e o aumento da solidão indesejada, especialmente entre os idosos

A lente de cuidados, para tratar o tema do envelhecimento, é usada crescentemente por diferentes organismos nacionais e internacionais. A crise de saúde, exacerbada pelo coro-

58 Kittay, Jennings, and Wasunna, “Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care\*,” 453.

navírus, não apenas iluminou os desafios das condições de trabalho dos cuidadores, formais e informais, mas trouxe a questão dos cuidados para o centro dos debates políticos, incluindo questões de género e equilíbrio entre trabalho e vida privada.

Neste âmbito, o programa de trabalho da Comissão Europeia para 2022 prevê uma comunicação sobre uma *European Care Strategy*, tendo como objetivos contribuir para a implementação do pilar europeu dos direitos sociais e para a subsequente adoção da Diretiva sobre o equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal, e vindo acompanhada pela revisão dos objetivos de Barcelona e uma proposta de recomendação do Conselho sobre cuidados de longa duração para o Q3 de 2022.

O relatório enquadra os cuidados de longo prazo como um “desafio”, ligado aos “impactos negativos do envelhecimento”, com a Comissão Europeia a concentrar o seu trabalho na atenuação das consequências sociais e económicas das alterações demográficas e do envelhecimento da população. Como a *Age Platform* afirma, ao enquadrar os cuidados como um problema, o relatório não explora mais em profundidade a necessidade de assegurar um envelhecimento saudável ao longo da vida dos indivíduos. Tal abordagem pode ajudar a prevenir necessidades de cuidados no futuro e melhorar o valor social dos cuidados e do apoio como elementos inerentes à vida das pessoas, desde a primeira infância até à idade mais avançada. Não realizaremos todo o potencial do envelhecimento saudável se limitarmos o seu alcance às pessoas mais velhas (*AgePlatform Europe, 15 September 2021*).

Assim, a *European Care Strategy* pode ser um ponto de viragem na forma como a UE fala de cuidados. Pode materializar uma mudança da visão dos cuidados como um problema para uma visão dos cuidados como uma solução que permite que pessoas de todas as idades participem, contribuam e permaneçam incluídas. As necessidades de cuidados são uma realidade humana e o problema não está relacionado com o envelhecimento ou a necessidade de cuidados, mas sim com a insuficiência das nossas políticas para as abordar de uma forma adequada.

## **CUIDADOS PALIATIVOS E EM FIM DE VIDA**

Por fim, é importante chamar a atenção para os cuidados paliativos e em final de vida. Reconhecendo que podem acontecer noutra fase da vida, é principalmente na velhice que a maior parte das pessoas enfrenta doenças que as colocam em situações de término de vida.

Os Cuidados Paliativos são um direito Humano reconhecido; contribuem para melhorar a qualidade de vida das pessoas (adultas/crianças) e suas famílias quando confrontados por uma doença avançada, progressiva e incurável que limita a sua esperança de vida. Como a

OMS afirma, os cuidados paliativos de qualidade devem ser holísticos, ativos, procurando melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias/cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

Ao falar de cuidados paliativos e em final de vida, é fundamental sublinhar os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, e o respeito pela sua autonomia, vontade, individualidade e dignidade. Estes direitos são assegurados em grande parte pela criação de um sistema de cuidados paliativos que garante o acesso, qualidade e dignidade nos cuidados.

Mas não só, é importante reconhecer a necessidade de maior literacia e informação e apoio não só para os próprios, para os cuidadores e para os familiares, mas também para a sociedade civil e a comunidade em geral, sobre o final de vida; sobre a morte; e sobre os cuidados paliativos. É fundamental considerar o fim da vida numa lógica de cuidados humanizados em contexto familiar e comunitário (por oposição aos contextos hospitalares), como algo alinhado com a perspetiva do *ageing in place*.

Como indagou Kalache na sua intervenção final (ver cap. 5): “Estamos preparados para desenvolver uma cultura não para curar, mas sim para cuidar? Estamos a desenvolver uma cultura do cuidado ou ainda nos encontramos obcecados pela cultura do curar?”

Os cuidados paliativos podem ser prestados em ambiente hospitalar, no domicílio e/ou em unidades de internamento específicas. A rede de cuidados, inserida no próprio sistema de saúde, deve conseguir fazer chegar os CP até onde sejam necessários, incluindo os domicílios, ERPI e hospitais. Havendo estudos que indicam que a maioria dos portugueses prefere morrer em casa, Neto<sup>59</sup> sublinha que se deve ter especial atenção para o facto de que estes inquéritos foram realizados maioritariamente a pessoas que não se encontram em situação de doença grave e avançada. O que acontece, como a autora e médica em cuidados paliativos explica, é que quando os doentes e famílias se veem confrontados com problemas complexos de dependência das pessoas doentes, com falta de apoios e/ou sobrecarga dos cuidadores, o domicílio já não aparece como primeira opção. Sendo necessário inverter os grandes números de mortes no hospital, o investimento deve ser no reforço dos cuidados em 3 lugares essenciais - nas comunidades, nos domicílios e nas ERPI.

Para assegurar o direito ao cuidado no fim de vida, em Portugal, em 2012, foi publicada a pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro), que consagrou o direito e regulou o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, definiu a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde (ver Caixa).

---

59 Neto, *Cuidados Paliativos*.

Em consequência da publicação da LBCP as Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) passaram a integrar a RNCP, designadas como Equipas Locais de Cuidados Paliativos, e ficaram enquadradas como equipas especializadas de cuidados paliativos, para resposta a situações paliativas complexas, segundo o seu nível de diferenciação. As unidades de internamento UCP não integradas em hospitais de agudos, contratualizadas com o sector privado ou social, foram também integradas na RNCP, mas com alguns procedimentos partilhados com a RNCCI, segundo regulamentação de acesso na Portaria 75/2017, de 22 de fevereiro.

Cascais abriu a 1<sup>a</sup> Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, em 2013, na Aldeia de Juso, sob a responsabilidade da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), acolhendo doentes em regime de internamento, para cuidados de curta ou média duração, que tenham um quadro clínico com elevado grau de dependência, como casos de pós-AVC, politraumatizados, doença de Parkinson, esclerose múltipla e outras patologias neurológicas degenerativas.

#### **Caixa 6 - A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP)**

A lei define como cuidados paliativos “os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”

Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva e devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos é uma rede funcional e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

São cuidados integrados, prestados por uma equipa interdisciplinar e baseiam-se em princípios éticos e de planeamento antecipado de cuidados. Envolvemativamente membros da família/cuidadores na prevenção de crises, capacitando-os e apoando-os no luto, de forma personalizada, para adultos e crianças, conforme a necessidade.

## Caixa 7 - Os planos estratégicos para o desenvolvimento dos cuidados paliativos

Em Portugal continental começaram a ser implementados Planos Estratégicos para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em 2017. Os PEDCP para os biénios de 2017-2018 e 2019-2020 permitiram a estruturação de uma RNCP funcional, com integração nos três níveis de cuidados do SNS (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados), baseada em equipas especializadas de cuidados paliativos, com funções de prestação direta de cuidados, mas também de assessoria.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos vem perspetivar para Portugal (continental) a integração dos princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos em todos os serviços clínicos do SNS, prestados por todas as suas equipas, promovendo e garantindo que estas adquiram as necessárias competências básicas para uma abordagem paliativa de excelência. Em Portugal, nos próximos 10 anos, o grande objetivo é conseguir um estado de integração avançada dos Cuidados Paliativos em todo o sistema de saúde, tal como descrita pela OMS.

Os Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), devem cumprir o desígnio de integrar os CP na estrutura e financiamento do sistema de saúde, constituindo propostas para reforço e expansão da abordagem paliativa, sendo fomentada a inclusão desta área do conhecimento nos currículos escolares e na formação dos novos profissionais de saúde, assim como na educação de cuidadores formais e informais e população em geral.

Da execução dos planos resultou já uma distribuição geográfica alargada no país (continente), mas ainda com abrangência populacional limitada. Prevendo-se que os CP são prestados por uma equipa interdisciplinar: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais/ religiosos e por todos os profissionais de saúde aliados, com formação e experiência adequadas, o PEDCP 2021-2022 sublinha que muitas das equipas existentes ainda têm dotações de recursos humanos abaixo dos mínimos necessários, bem como apresentam necessidades formativas por colmatar. Assim, entre as 10 linhas estratégicas gerais estabelece-se a formação e capacitação dos profissionais de saúde assim como a certificação e monitorização das equipas especializadas de CP.

Com o início da Pandemia COVID-19, em março de 2020, muitos dos recursos nacionais foram redirecionados, o mesmo tendo acontecido com os recursos humanos e até infraestruturas das equipas de CP. Assim, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuida-

dos Paliativos (PEDCP) 2021-2022 (ver caixa), marca uma viragem no sentido de recuperar todos os recursos para as funções originalmente previstas nas equipas de cuidados paliativos, permitindo-lhes ao mesmo tempo desempenhar o seu papel no apoio às vítimas da pandemia e suas famílias nos novos doentes crónicos entre os sobreviventes.

Destaca-se no PEDCP 2021-2022 um conjunto de estratégias de articulação e envolvimento com a sociedade civil, que envolvem medidas em que a autarquia pode assumir importantes responsabilidades. Destacamos neste domínio a organização das “Cidades Compassivas”, uma unidade de intervenção como “rede de entreajuda, voluntariado e educação e informação para o conceito de morrer e viver como eventos naturais da vida”. Neste âmbito, sublinha-se a recente criação das comunidades compassivas em Portugal (ver Caixa).

## **Caixa 8 - Comunidades Compassivas / Death Café Amadora**

### **COMUNIDADES COMPASSIVAS**

Uma comunidade compassiva reconhece que cuidar uns dos outros em momentos de crise e perda não é uma tarefa exclusivamente para serviços sociais e de saúde, mas é responsabilidade de todos.

As comunidades compassivas são comunidades que reconhecem que todos os ciclos naturais de doença e saúde, nascimento e morte, e amor e perda, ocorrem todos os dias dentro das órbitas de suas instituições e atividades regulares.

Em Portugal, este movimento teve início em 2019, pelo projeto “Borba Cidade Compassiva-Todos contigo”, e em 2020 pelos projetos “Porto Compassivo” e “Amadora Compassiva”. Estes últimos tiveram o apoio da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e da Fundação La Caixa, através do concurso “Portugal Compassivo - Laços Que Cuidam”.

Os encontros Death Café são uma iniciativa de partilha e reflexão em torno da temática da morte e dos cuidados paliativos. Este é um projeto inserido no projeto Amadora Cidade Compassiva, dinamizado pela Cooperativa LinQUE - com o apoio da Câmara Municipal da Amadora e uma rede alargada de parceiros - com o objetivo de desenvolver um programa de sensibilização social, informação e formação nas áreas do envelhecimento, da doença em fase avançada, do final de vida e do processo de morte, melhorar a literacia em saúde, promover o conhecimento e desconstruir mitos e envolver os cidadãos no apoio às pessoas doentes e às suas famílias na fase avançada da doença.

Uma vez que os PEDCP, preveem a inclusão da área do conhecimento dos CP nos currículos escolares e na formação dos novos profissionais de saúde, assim como na educação de cuidadores formais e informais e população em geral, sublinha-se assim a possibilidade da criação de iniciativas destes âmbitos no município de Cascais.

Ainda sobre os direitos das pessoas em fim de vida, chamamos a atenção para o progressivo reconhecimento e salvaguarda dos direitos individuais no domínio da autodeterminação: o consentimento informado, o direito de aceitação ou recusa de tratamento, a condenação da obstinação terapêutica e as Diretivas Antecipadas de Vontade. Uma diretiva antecipada de vontade (DAV), também conhecida por testamento vital, corresponde a um documento no qual é manifestada, antecipadamente, a vontade consciente, livre e esclarecida de um utente, sobre quais os cuidados de saúde que deseja receber ou não, por qualquer razão, caso não seja capaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

O surgimento recente da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), revela tempos de mudança, havendo um crescente reconhecimento de que a qualidade da morte é um direito humano do qual ninguém deve ser privado, e que a morte deve ser tão humana e boa como a própria vida.

Já em 2018, é publicada a Lei n.º 31/2018, que um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, definindo que **as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a receber informação detalhada sobre a natureza da sua doença, o prognóstico estimado, os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis, a participar ativamente no seu plano terapêutico**, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos nos termos previstos na presente lei, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde, e têm ainda direito a receber tratamento rigoroso dos seus sintomas, e nos casos em que seja evidente um estado confusional agudo ou a agudização de um estado prévio, à contenção química dos mesmos através do uso dos fármacos apropriados para o efeito, mediante prescrição médica. Um dos pontos da lei refere a contenção física com recurso a imobilização e restrição físicas, afirmando que esta reveste caráter excepcional, não prolongado, e depende de prescrição médica e de decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa doente.

### 3.4. Temas urgentes (e emergentes) nas políticas para o envelhecimento

Antes de avançarmos para a síntese do debate público e do percurso feito em Portugal nas políticas públicas para o envelhecimento e a velhice, é fundamental destacarmos alguns temas emergentes que têm sido objeto de discussão e já despontam como referências de boas práticas para a nova geração de políticas públicas, mais adequadas à complexidade inerente ao inédito contexto demográfico que vivemos.

#### **FEMINIZAÇÃO**

O género é um dos fatores mais determinantes na forma como envelhecemos<sup>60</sup>. Apesar da diferença entre a longevidade de homens e mulheres ter observado uma tendência de redução, ainda temos uma diferença significativa em favor das mulheres, principalmente nos escalões mais velhos da população. Em geral, as mulheres vivem mais do que os homens e são representam uma parcela cada vez maior da população quando observamos os extratos mais velhos.

A feminização do envelhecimento é bem evidente. Em 2011, as mulheres representavam 58% da população idosa. A análise por escalões etários dentro da população idosa, relativa ao ano 2021, evidencia que a feminização se acentua à medida que se considera idades mais avançadas: as mulheres representam um pouco mais de metade das pessoas com 65 a 74 anos mas representam já mais de dois terços da população com 85 e mais anos.

A análise das taxas de mortalidade padronizadas da população idosa ajuda a perceber, claramente, a feminização acentuada que se verifica neste escalão etário. Efetivamente, à exceção da doença de Alzheimer e dos tumores malignos dos ossos, pele e mama, em todas as restantes causas de morte a taxa de mortalidade é superior entre os homens.

A Organização Mundial de Saúde<sup>61</sup> menciona que em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm estatuto social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde. O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando ficam mais velhas. Algumas mulheres são forçadas a largar o trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família.

---

60 Jacob, *Sexualidade na idade maior*; Perista, Perista, and Abrantes, *Os Usos Do Tempo de Homens e de Mulheres Em Portugal - Policy Brief*. Presentemente, os debates em torno das questões de género também têm tido destaque ver Anexo X.

61 WHO, *Decade of Healthy Ageing - Baseline Report*.

Outras nunca têm acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral.

Por outro lado, homens jovens e adultos estão mais sujeitos a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio. Também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas e se expor desnecessariamente ao risco de lesões. Estudos já realizados revelam o maior isolamento dos homens na velhice, enquanto as mulheres, sobretudo após a aposentação, têm ampliado sua autonomia e espaços de participação.

Motta<sup>62</sup> e Negreiros<sup>63</sup> salientam ainda que a velhice afeta de modo diferencial homens e mulheres. Como sujeitos que viveram processos socializadores muito diversos na sua juventude e trajetória geral de vida, por mais que tenham, no processo de envelhecimento, experiências que sejam ou aparentem ser comuns à condição etária, a condição de género enseja experiências, papéis e representações distintas, o que pode influenciar, também de modo diferencial a percepção e vivência individual da velhice.

Envelhecer enquanto homem e mulher são processos diferentes de adaptação e desenvolvimento, pelo que o reconhecimento do modo como se vivem expectativas, identidades, relações, processos de transição e adaptação, estados de saúde e doença numa visão de género assume-se fundamental. Do mesmo modo que o é, assegurar a adoção de uma visão de ciclo de vida, comprometida com uma abordagem ao género performativo capaz de escrutinar com a devida profundidade os vários aspetos geradores de (des)igualdade entre os sexos ao longo da vida Alda Britto da Motta<sup>64</sup>.

Um exemplo ilustrativo deste tipo de desigualdade pode ser observado na análise do montante do complemento por dependência, que varia de acordo com o grau de dependência (1.º e 2.º). Certificado pelo Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI), corresponde a uma percentagem do valor da Pensão Social. O 1.º grau diz respeito a pessoas que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, necessitando de assistência de outrem. O 2.º grau diz respeito a pessoas que acumulem as situações de dependência do 1.º grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave. Segundo os dados mais recentes, as mulheres estão em maioria na maior parte dos complementos de dependência, sejam eles do regime geral ou do regime rural regulamentar e quer se trate do regime contributivo ou não contributivo da segurança social. A exceção é o complemento de dependência

---

62 Da Motta, *Envelhecimento e Sentimento Do Corpo*.

63 Negreiros, *Sexualidade e Gênero no Envelhecimento*.

64 Da Motta, *As Dimensões de Gênero e Classe Social na Análise do Envelhecimento*.

para a pensão de invalidez onde os homens estão, quase sempre, em maioria. Registe-se, ainda, que, na maior parte das situações, a taxa de feminização é superior quando o grau de dependência é mais elevado, isto é, de 2º grau.

É necessário ter em conta que os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, nomeadamente, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos.

### **INTERGERACIONALIDADE (E AVOSIDADE)**

O relatório mundial sobre o idadismo da OMS (2022) defende que uma das três estratégias de redução do idadismo deve assentar em intervenções de contacto intergeracional que visem fomentar a interação entre pessoas de diferentes gerações, uma vez que tal contacto pode reduzir o preconceito e os estereótipos, minorar as atitudes negativas em relação às pessoas mais velhas, e também as ansiedades dos jovens em interagir com as pessoas mais velhas com impactos inclusive sobre as preocupações com o próprio envelhecimento.

Falar em intergeracionalidade significa sempre falar em espaços de diálogo e de troca de experiências entre gerações que favoreçam o enriquecimento mútuo. Os benefícios de um bom contacto entre gerações incluem melhores atitudes para com os mais velhos, menos estereótipos e menos ansiedade em relação ao envelhecimento. Algumas investigações recentes mostram inclusive uma melhor satisfação profissional dos trabalhadores de cuidados, mas o principal benefício ainda por explorar funda-se na oportunidade proporcionada pela mudança demográfica: a construção de novas formas de organização e possibilidade de relacionamentos entre avós e netos.

Mais do que uma mudança na estrutura etária das populações (anteriormente descritas como pirâmides, com uma base larga de pessoas mais jovens e um pequeno grupo de pessoas mais velhas no topo), a longevidade em conjunto com a quebra na natalidade, resultaram numa situação inversa e sem precedentes; a maior parte das crianças tem agora a possibilidade de conviver com os quatro avós e menor “concorrência” de irmãos e primos.

Os benefícios (e os por vezes desafios) em termos de apoio mútuo, e a influência que as relações entre estes “três níveis imaginários” dentro da família (avós, filhos e netos), já fazem parte do quotidiano de muitas famílias, e são amplamente discutidos em estudos. No entanto, ainda são poucas as iniciativas que visam mobilizar esta oportunidade em termos de políticas públicas e até na iniciativa privada. O dia dos avós, por exemplo, foi instituído pela Igreja Católica apenas em 2021.

Em geral, as intervenções intergeracionais consistem na reunião de pessoas idosas e mais jovens para que todos trabalhem de maneira cooperativa em tarefas para promover a formação de laços e a compreensão entre as gerações. Mas é preciso ter atenção, uma vez que o contacto nas condições erradas pode resultar em atitudes mais negativas. Assim, é preciso pensar quais são os tipos e formas de estratégias que estabelecem as condições mais suscetíveis de conduzir a bons resultados. (Christian et al. 2014).

Christian et al. ( 2014) destacam que entre as diferentes formas de promover a interação e a troca de experiências entre diferentes grupos etários, o contacto direto, ou a interação presencial, pode ocorrer em vários contextos: no decurso da vida quotidiana, através de amizades, através de interações entre colegas de trabalho, através do contacto familiar, através do contacto em contextos de saúde e cuidados sociais.

As atividades de contacto intergeracional direto podem ser de diversos tipos e em diversos contextos. Podem incluir atividades em que pessoas idosas e jovens participam em atividades artísticas, de convívio, tratamento de hortas, atividades de visita dos jovens às instituições em que as pessoas idosas são utentes, sendo que os programas das escolas são dos formatos mais comuns. As amizades intergeracionais e o contacto entre avós e netos, embora não se constituam como intervenções propriamente ditas, também são formas de contato intergeracional direto que podem, possivelmente, reduzir o idadismo.

É importante salientar, que mais do que a organização de um conjunto de atividades realizadas por indivíduos de diferentes gerações, as atividades são apenas um instrumento, pois o que importa nestes programas é o desenvolvimento de relações mutuamente benéficas através de processos como a cooperação, interação e intercâmbio. Seguindo o trabalho de Sanchez, é importante abordar programas intergeracionais a partir de uma perspetiva relacional, observando que as relações que ocorrem nestas atividades são um fim em si mesmas. Para além dos produtos e resultados, o que as pessoas envolvidas em programas intergeracionais ganham é a experiência de estar com os outros, e de se sentirem ligadas aos outros (Sánchez et al., 2010).

Nas políticas públicas em Portugal, a importância do contacto intergeracional é crescentemente reconhecida, surgindo ligada às questões de envelhecimento. O ENEAS 2017-2025 inclui dentro de um dos seus objetivos a sensibilização para a importância da solidariedade entre gerações, colocando o reposicionamento da pessoa idosa no conjunto do sistema de relações intergeracionais como um “imperativo democrático e um desafio político que as sociedades envelhecidas enfrentam” (Cabral et al., 2013 em ENEAS, 2017).

### **Caixa 9 - Programa Aconchego**

No programa Aconchego, que começou em Portugal em 2004, as pessoas idosas fornecem moradia a estudantes universitários e, em troca, os estudantes ajudam a aliviar a solidão e o isolamento das pessoas idosas. Este programa combina pessoas idosas que vivem por conta própria com estudantes que têm necessidade de acomodação, prestando muita atenção às expectativas mútuas, aos interesses e ao histórico pessoal das partes. No início, a procura do programa veio principalmente por parte dos estudantes que precisavam de um local para morar, mas à medida em que as pessoas idosas se familiarizaram melhor com o programa e passaram a confiar mais nele, a procura pelas pessoas idosas aumentou. O programa teve início no Porto e foi replicado em Coimbra (Programa Lado a Lado).

### **3.5. Olhares sobre o envelhecimento em Portugal**

O alerta dos demógrafos para a mudança estrutural e sem precedentes da população que Portugal enfrenta já não é uma novidade. Estamos entre os países do mundo com a mais rápida transformação da sua estrutura demográfica, e já somos o país da Europa que mais depressa envelhece.

A reflexão e a produção de conhecimento em geral sobre o envelhecimento populacional em Portugal são vastas, antigas e diversas. O mesmo poderia ser dito do ponto de vista das iniciativas ligadas ao envelhecimento e à velhice, tanto do ponto de vista das políticas públicas, quanto dos agentes privados.

Tendo em vista o forte impacto que o debate nacional também tem na esfera local, dedicamos esta secção à análise das principais tendências e iniciativas que têm marcado a construção coletiva do envelhecimento e da velhice em Portugal.

Neste sentido, partimos de uma síntese dos principais marcos políticos que moldaram o envelhecer e a velhice nas últimas duas décadas, para depois avançar com uma análise das “traduções” do envelhecimento ativo e do paradigma das CCAE para o contexto português.

Não obstante, é importante salientar a influência de outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, dos estudos demográficos, cujos principais focos têm sido um dos motores deste processo, a questão da natalidade, e as dinâmicas regionais da população que

influenciam e são influenciadas pelo mercado de trabalho e a composição das famílias. A concentração da população em grandes centros urbanos, e a acentuada perda de habitantes das faixas etárias mais jovens no interior do país, têm sido outro foco importante de estudos e análise demográficos.

A questão das reformas e das pensões, em conjunto com outras questões específicas da área da saúde, também são certamente fundamentais na construção do envelhecimento e da velhice em Portugal. Não são o foco desta análise mas certamente permeiam o debate e o entendimento do que são os principais desafios e prioridades no país.

São muitos os centros de investigação, consultorias e relatórios que têm abordado o tema do envelhecimento em Portugal nas suas mais variadas facetas. Para além dos documentos e instituições referidas ao longo deste relatório, e especificamente nas referências bibliográficas, e sem a ambição de sermos exaustivos nesta lista, julgamos ser fundamental referir ainda a recém-criada Rede Portuguesa de Envelhecimento Saudável e Ativo (RePENSA) e a discussão sobre a justiça intergeracional liderada pela Fundação Calouste Gulbenkian.

Com atuação em 4 centros de referência (Porto4Ageing, Ageing@Coimbra, Lisbon-AHA, Algarve Active Ageing), a RePENSA surge no âmbito do European Innovation Partnership in Active and Healthy Ageing (EIP on AHA). Esta é uma iniciativa lançada pela Comissão Europeia para promover a inovação e a transformação digital no domínio do envelhecimento ativo e saudável, através da melhoria da saúde e qualidade de vida dos europeus, com enfoque para a população idosa. Para além disto, tem ainda como objetivos apoiar a sustentabilidade a longo prazo e a eficiência dos sistemas de saúde e assistência social e aumentar a competitividade da indústria da UE através de negócios e da expansão em novos mercados.

A RePENSA identificou no seu plano de ação para o envelhecimento ativo em Portugal, para a década 2020-2030, um número restrito de ações concretas, a iniciar brevemente, com indicadores mensuráveis, que se baseiam em 3 grandes pilares (ver Tabela 2).

O tema do envelhecimento da população também tem sido abordado do ponto de vista das relações intergeracionais. Em março de 2022, a FCG realizou uma conferência com o título “O estado do futuro: um compromisso entre gerações”<sup>65</sup>. O evento apresentou os principais resultados de projetos que têm sido desenvolvidos desde 2018 com o objetivo de trazer a Justiça Intergeracional para a discussão pública e para a agenda política. Os estudos analisaram as principais desigualdades entre gerações em diferentes áreas de política pública: habitação, contas públicas, mercado de trabalho e ambiente.

---

65 <https://gulbenkian.pt/agenda/o-estado-do-futuro-um-compromisso-entre-geracoes/>

**Tabela 2** - RePensa — Pilares de Ação

<b>PILAR 1</b> “Envelhecimento Saudável e Ativo”	Educação, Formação e Ações ao Longo da Vida;
	Adaptação do Mercado de Trabalho;
	Oportunidades e Desafios da Reforma;
<b>PILAR 2</b> “Satisfazer as Necessidades da População em Envelhecimento”	Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde e ao Apoio Social
	Repensar os Modelos de Prestação de Cuidados à População
	Integração de Cuidados de Longa Duração
	Gestão da Saúde das Pessoas com Doença Crónica e/ou Comorbilidades
<b>PILAR 3</b> “Observar, Conhecer, Monitorizar as Populações Idosas”	<p>Criação do Observatório Nacional do Envelhecimento, que irá determinar indicadores importantes nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção, Monitorização e Diagnóstico Precoce de Fragilidades na População Idosa;</li> <li>• Implementação de Políticas de Saúde e de Apoio Social Ajustadas;</li> <li>• Tomada de Decisão Relativamente às Necessidades Prioritárias da População Envelhecida em Função dos Territórios;</li> <li>• Criação de Repositório Nacional de Boas Práticas.</li> </ul>

### A “TRADUÇÃO” DO ENVELHECIMENTO ATIVO PARA O PORTUGUÊS

De um modo geral, pode dizer-se que Portugal tem como principais linhas de orientação política para o envelhecimento e a velhice, os valores e objetivos estratégicos da OMS e da União Europeia. Como bem notam Costa et al. (2021)<sup>66</sup>, mesmo anterior aos marcos políticos subscritos por estas instituições, a própria Constituição da República Portuguesa (CRP) já reconhecia o direito à dignidade do ser humano, e no que se refere especificamente à pessoa idosa, o artigo 72.º da CRP, sob a epígrafe “terceira idade”, determina que as “pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade (ENEAS, 2017; Costa et al., 2021).

66 Costa, *Análise Comparativa Do Envelhecimento Ativo — Portugal e Europa*.

Portugal não apenas é um dos signatários da Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o envelhecimento em 2002, como também está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável, e os demais desdobramentos mais recentes desta iniciativa.

No âmbito da União Europeia, o país segue iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011), ou o mais recente Livro Verde sobre Envelhecimento. Ao longo das últimas décadas, os diferentes governos têm lançado programas e planos específicos para lidar com os desafios impostos pelo envelhecimento da população, em particular os desafios sociais.

Destes destaca-se o Programa Rede Social, criado em 1997, no contexto da discussão alargada sobre políticas sociais, e da tentativa de transição de um paradigma de natureza mais assistencialista para outro que apontava para a clara necessidade de políticas sociais ativas, que visassem a promoção de processos efetivos de inclusão social<sup>67</sup>. O programa também tinha como objetivo incentivar os organismos do setor público (serviços descentralizados e autarquias locais), instituições solidárias e outras entidades que trabalham na área da ação social, a conjugarem os seus esforços para prevenir, atenuar ou erradicar situações de pobreza e exclusão, promovendo o desenvolvimento social local através do trabalho em parceria.

Com abrangência em todo o território português, a gestão, dinamização, acompanhamento e avaliação do Programa é da competência do Instituto da Segurança Social, ao nível nacional, e, ao nível local, das Comissões Sociais de Freguesia e/ou Inter-Freguesia e dos Conselhos Locais de Ação Social, que constituem plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social, ao nível da freguesia e do concelho.

Em complemento ao Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, o governo lançou, ainda em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, tendo a população residente com 65 e mais anos como população-alvo, e a operacionalização do plano relegada aos “serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde”. Importante notar que a promoção do envelhecimento ativo figura como uma das três principais estratégias de intervenção e, neste caso, definida como a “informação e formação” das pessoas idosas em tópicos claramente relacionados com a atividade física e estilos de vida.

A grande promessa em termos de políticas nacionais para o envelhecimento surge em 2016 com o Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro, que estabeleceu e propôs a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS). Alinhada com a Estratégia

---

67 Amor, *Programa Rede Social*.

gia Global e o Plano de Ação sobre o Envelhecimento e Saúde, adotado pela Assembleia Mundial de Saúde, a ENEAS é fruto de um grupo de trabalho estabelecido em parceria interministerial e intersectorial. Conta com referências importantes como os programas de prevenção da doença, de promoção da saúde e do Plano Nacional de Saúde (PNS), e com a colaboração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Instituto de Segurança Social, I.P., Direção-Geral da Segurança Social, I.P., Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES), Direção-Geral das Autarquias Locais, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional de Freguesias<sup>68</sup>.

A ENEAS reconhece que, apesar da promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal registar várias iniciativas, “há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade”. O documento estabelece objetivos gerais e específicos summarizados na Tabela 3.

No entanto, apesar de ter sido elaborada e sido sujeita a consulta pública em 2017, a ENEAS, por não ter qualquer caráter vinculativo, não foi implementada a nível nacional.

A revisão dos principais marcos políticos não estaria completa sem uma menção à Estratégia Portugal 2030. De entre os oito eixos, cada um com os seus objetivos estratégicos, encontra-se o Pilar 3 para a sustentabilidade demográfica. Visando travar o envelhecimento populacional e assegurar a sustentabilidade demográfica, o Pilar 3 procura assegurar a provisão de bens e serviços adequados à população envelhecida, tendo como referência 5 eixos de intervenção: (1) promoção da natalidade e melhoria das condições para o exercício da parentalidade; (2) facilitar a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar; (3) promover a empregabilidade e a qualidade do emprego, em particular dos jovens, criando condições para o aumento da natalidade; (4) promover uma gestão ativa dos fluxos migratórios e promover a integração de imigrantes, de modo a contribuir para a sustentabilidade demográfica e territorial; e, por fim, (5) a promoção do envelhecimento ativo, aqui entendido através de intervenções centradas na facilitação e incentivo do prolongamento das trajetórias profissionais a partir dos 55 anos.

O documento destaca que, em Portugal, a natureza do modelo social está ancorada na cooperação entre o Estado e o setor social e solidário e da economia social. Deste modo, considera-se fundamental o trabalho em estreita parceria com o setor social e solidário, para priorizar novas respostas inovadoras para a promoção dos objetivos do envelhecimento ativo, numa ótica de contributo transversal com as diversas áreas governativas.

---

68 Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, *ENEAS - ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL*.

**Tabela 3 - ENEAS Objetivos Gerais e Específicos**

Objetivos Gerais	Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas;
	Promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável;
	Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas.
Objetivos Específicos	Promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade;
	Incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas;
	Promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde;
	Incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas;
	Apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas;
	Promover iniciativas e práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa;
	Fomentar investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável;

É importante destacar aqui que, ao contrário da generalidade dos países europeus, em Portugal, o Estado não financia diretamente lares privados. A lei portuguesa de 2012 prevê o financiamento e apoio estatal exclusivamente para o terceiro setor sem fins lucrativos, sendo que, em 2021, o jornalista Paulo Pena apontava a existência de 2.537 lares em Portugal, sendo 1.677 do setor social e solidário, a maioria gerida e detida pela Santa Casa da Misericórdia, com acordo de cooperação com o Estado (66%). Os restantes 733 são do setor privado (29%) e 133 são não lucrativos e não têm acordos de cooperação (5%).

Portugal esteve sujeito a uma conjuntura histórica particular, em que do século XIX até aos anos 1990, apesar de termos passado por diferentes regimes políticos, a família teve em Portugal um papel prioritário no domínio da assistência social<sup>69</sup>, e o Estado foi delegando o apoio às pessoas mais velhas e/ou em situação de dependência a instituições não governamentais sem fins lucrativos, em particular associações ligadas à Igreja Católica, o que marcou profundamente as políticas sociais até aos dias de hoje. Através da Constituição da República Portuguesa (1976), o Estado é incumbido da promoção e garantia do acesso a equipamentos sociais de apoio à família e a uma política da terceira idade, tendo Portugal desenvolvido um percurso, por exemplo, no sistema de cuidados continuados em que a Igreja e a solidariedade social tiveram um papel histórico central, revelado na predominância das instituições do setor social no apoio às pessoas mais velhas.

Voltando às considerações do ENEAS, e apesar do documento considerar que já há muito o país atingiu o referencial definido pelas “Metas de Barcelona”, é reforçada também a necessidade institucional de continuar a preconizar uma resposta efetiva, e o setor social como importante ator para a coesão social nacional e regional, pois possibilita a disponibilidade de serviços de apoio e de respostas sociais diferenciadas aos cidadãos.

Neste domínio, a Estratégia Portugal 2030 define como principais objetivos: aumentar e reforçar a capacidade de resposta do setor social e solidário da economia social e, simultaneamente, melhorar a qualidade destas respostas com propostas inovadoras para as necessidades futuras dos seus beneficiários.

Esta breve revisão do que tem sido a construção das políticas públicas para o envelhecimento e a velhice em Portugal deixam claro, por um lado, a forte influência dos paradigmas da OMS e da União Europeia e, por outro, a persistência na adoção de uma perspetiva parcelar do envelhecimento ativo, particularmente focado na promoção de uma velhice sem limitações físicas ou dependência, e na participação (voluntária) como sinónimo de trabalho remunerado.

Alguns autores afirmam ainda que os princípios para o envelhecimento ativo têm sido

---

69 Wall, *Apontamentos Sobre a Família na Política Social Portuguesa*.

utilizados de forma pragmática e, por vezes, com forte caráter ideológico, para assim justificar certo tipo de reformas ou políticas, como o adiamento da idade da reforma ditado pelo princípio da sustentabilidade financeira da segurança social, obrigando em última análise ao prolongamento das carreiras contributivas<sup>70</sup>.

Tendo em vista a importância do paradigma das CCAE para esta estratégia, encerramos esta seção com algumas notas sobre a sua implementação em Portugal.

Na sequência do apelo feito pela OMS, a Fundação Calouste Gulbenkian publicou em 2009 a edição portuguesa do Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Em parceria com a Direção Geral da Saúde, também cofinanciou o projeto de investigação CIDADES<sup>71</sup>. Executado pela Associação VIDA, o projeto tinha como principal objetivo divulgar o guia pelos municípios portugueses e fazer um levantamento com base na *check-list* elaborada pela OMS (ao qual aderiram 177 dos 308 concelhos portugueses).

Apesar do relativo destaque dado pela comunicação social, e de vários compromissos assumidos pelos municípios aderentes, o movimento segue sem conseguir a adesão de alguns dos principais municípios portugueses, incluindo Cascais e Lisboa.

Até à presente data os municípios que se encontram afiliados à Rede Global das Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento são: Arouca, Matosinhos, Santa Maria da Feira, Setúbal, Porto, Castro Marim, Oliveira de Azeméis, Gondomar, Maia, Ponte de Sor, Torres Vedras, Vila Nova de Foz Coa, Odivelas e Alfândega da Fé<sup>72</sup> (ver Anexo 2).

Na maior parte dos casos, os programas que reivindicam o ideal da OMS para as CCAE têm revelado pouca capacidade para ir além da questão da acessibilidade e de políticas específicas na área dos cuidados de saúde. Entre os afiliados, não encontramos nenhuma informação atualizada sobre o estado da elaboração ou implementação destas estratégias.

---

70 Cabral, Ferreira, and Moreira, *O Envelhecimento Na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados*.

71 <https://gulbenkian.pt/project/cidades-3/>

72 [https://extranet.who.int/agefriendlyworld/search-network/?\\_sft\\_countries=portugal](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/search-network/?_sft_countries=portugal)

# 4.

## DESAFIOS

## 4. O Envelhecimento para além do problema: Principais Desafios para Pensar o Envelhecer em Cascais

**“Cascais, o melhor lugar para viver um dia, uma semana, ou uma vida inteira”**

da Visão Estratégica para o município

Em linha com os princípios avançados no capítulo 2, o primeiro passo na elaboração desta estratégia implica a identificação dos desafios macroestruturais existentes no concelho, bem como as principais linhas orientadoras dos programas, planos e estratégias para a economia, para a política social, e para o ordenamento do território já em curso.

Para além do Plano Estratégico de Desenvolvimento Social (PEDS), principal referência na área das políticas sociais, e do Plano Diretor Municipal (PDM)<sup>73</sup>, principal referência e instrumento regulador no ordenamento do território, o município conta com uma rica e diversa contribuição de planos, estudos e estratégias setoriais. Neste capítulo damos destaque para algumas características sociodemográficas e para a estrutura das respostas sociais no concelho.

Com aproximadamente 97 km<sup>2</sup>, Cascais era, em 2021, um dos três concelhos mais ricos do país - a par de Lisboa e Oeiras. O território é particularmente marcado por uma grande assimetria entre a costa litoral e o interior, e pela influência mútua que exerce em relação à capital do país (Lisboa) e aos municípios vizinhos (Oeiras e Sintra).

É importante notar que, dentre as quatro prioridades do Executivo para o período 2022-2026, mereceu destaque um eixo específico para o combate ao “inverno demográfico”, com “políticas de promoção à natalidade e uma política abrangente de apoio às famílias”. Os outros três eixos destacam a necessidade de aprofundar o Estado Social Local, as alterações climáticas, e a recuperação da economia pós-COVID<sup>74</sup>.

73 <https://www.cascais.pt/pdm-compilacao-dos-elementos-constituintes-em-vigor>

74 [https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/proposta\\_1104-2021\\_pacote\\_fiscal\\_municipal\\_para\\_2022.pdf](https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/proposta_1104-2021_pacote_fiscal_municipal_para_2022.pdf)

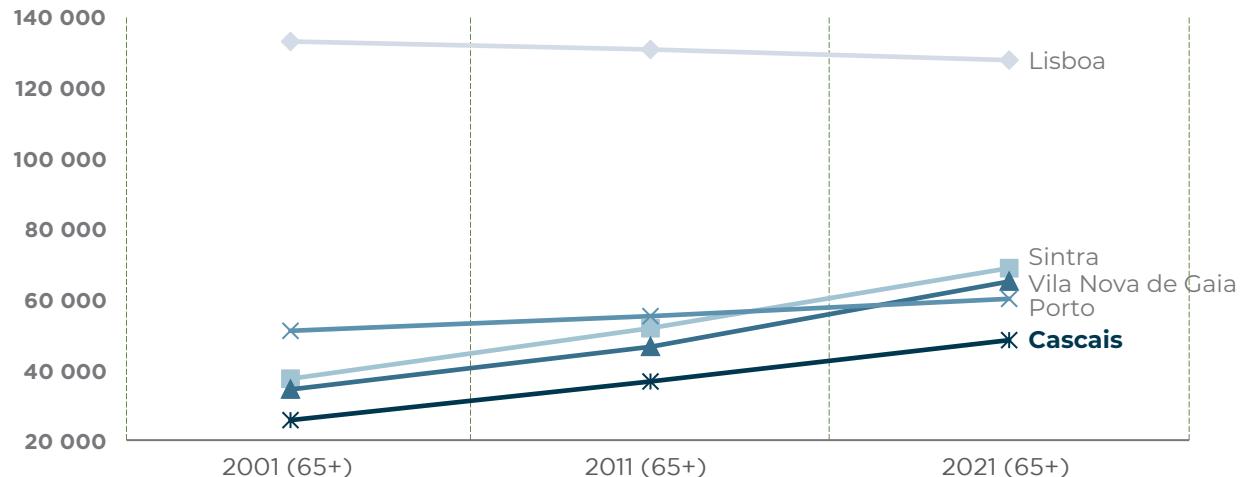
## 4.1. Contexto Demográfico

As estimativas indicam que Cascais deve manter a 5<sup>a</sup> posição no *ranking* dos municípios portugueses com maior população residente. Em 2022 o concelho já conta com mais de 214 mil habitantes.

Sem ainda termos os dados definitivos do Censo<sup>75</sup>, são utilizadas as estimativas mais recentes, compiladas no portal da Pordata (2022) e do INE (2021), bem como dados do Diagnóstico Social de Cascais (2018)<sup>76</sup> e de outros dados divulgados em documentos oficiais.

A população de Cascais tem vindo a crescer nas últimas décadas, sendo o crescimento observado na parcela com 65 e mais anos da população ainda menos acelerado do que o do total da população. Em 2021, estima-se que esta mesma população já corresponda a cerca de 48.471 pessoas, 23% do total de habitantes, um crescimento significativo em relação aos 18% avançados pelo Diagnóstico Social, em 2011. Este contingente também confere a Cascais a 5<sup>a</sup> posição para esta faixa etária encontrando-se atrás de Lisboa (127.795), Sintra (68.905), Vila Nova de Gaia (65.018) e Porto (60.220) (ver Figura 8).

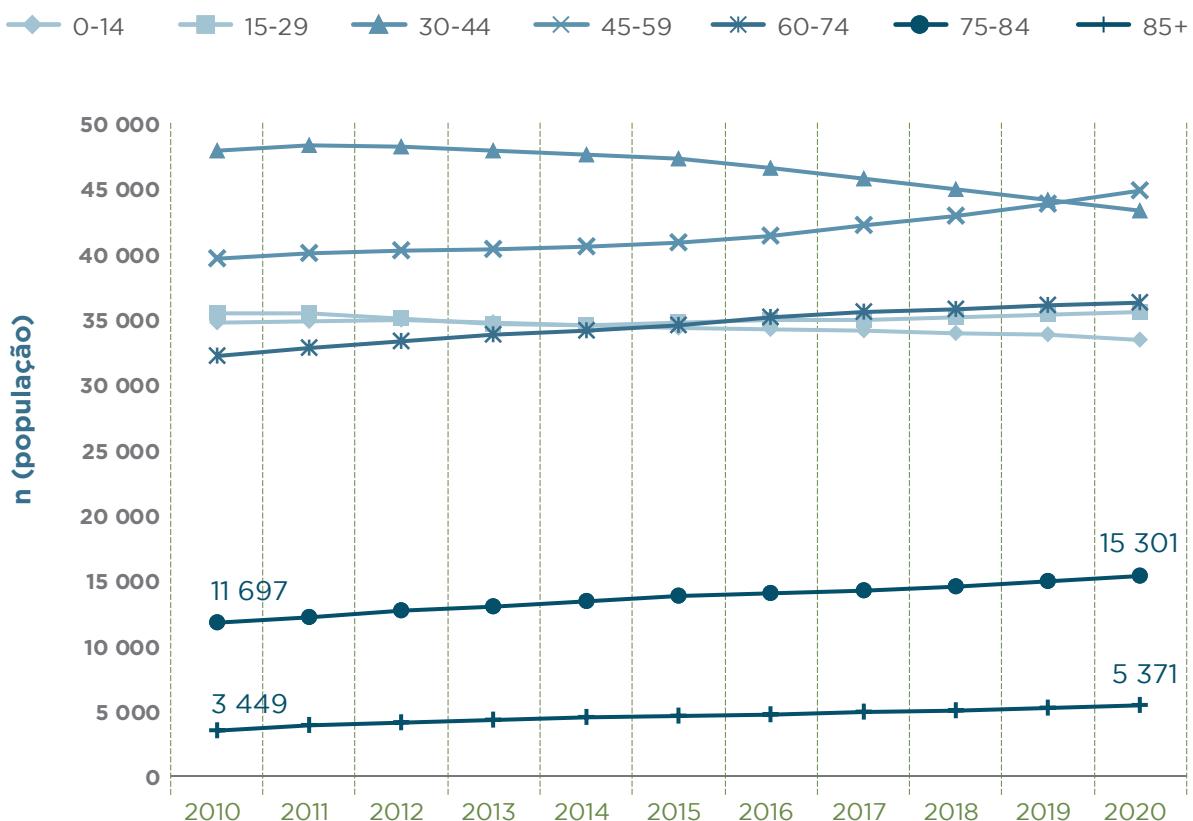
**Figura 8** - Municípios portugueses com a maior população com 65 e mais anos (2001, 2011 e 2021)



75 São apresentados alguns dados meramente ilustrativos dos resultados provisórios do Censos 2021, passível de alteração.

76 Câmara Municipal de Cascais, *Diagnóstico Social de Cascais*.

**Figura 9** - Cascais: População residente por faixas etárias 2010-2020

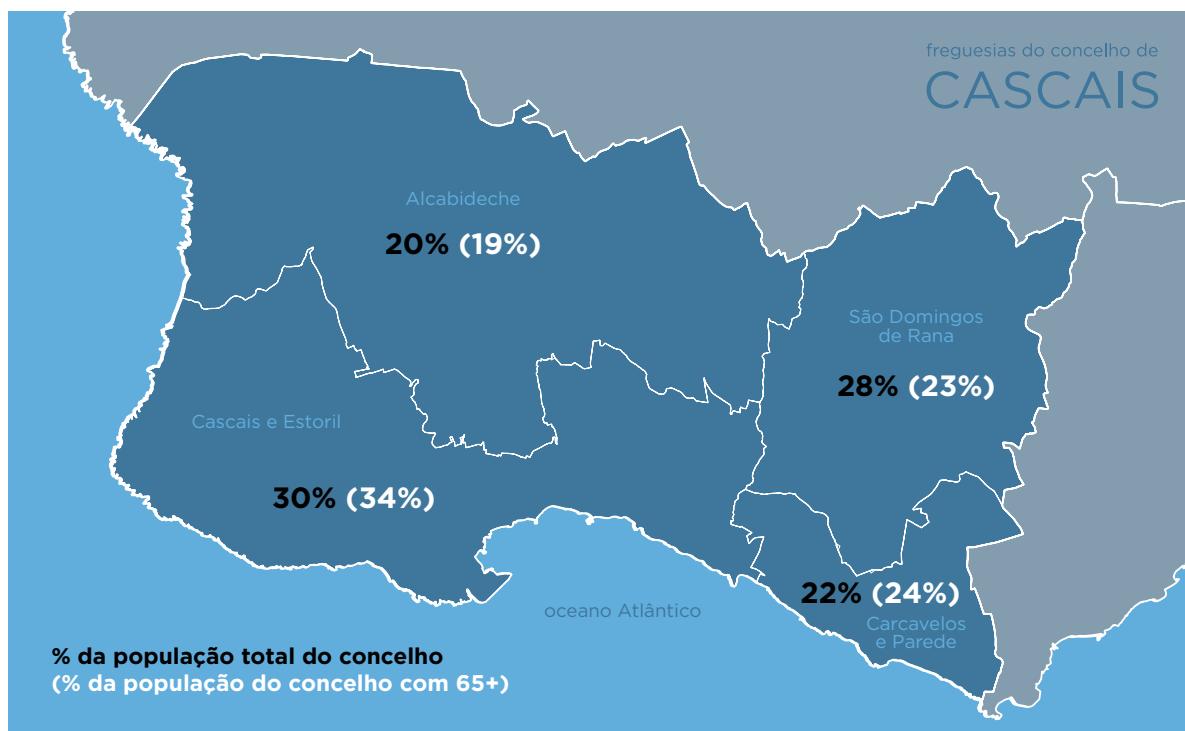


A Figura 9 apresenta outra nuance importante a ter em conta nesta análise: a dinâmica populacional do concelho ocorrida em diferentes faixas etárias. Três dinâmicas merecem destaque: (i) a estagnação da população residente dos grupos mais jovens entre 0 e 29 anos; (ii) o forte declínio da população na faixa etária entre os 30-44; e (iii) o acentuado crescimento observado nos grupos 75 a 84 e com 85 e mais anos, com crescimento superior a 30% e 50% respetivamente.

É importante notar que há uma grande variação ao nível das freguesias que, apesar de terem mantido um certo equilíbrio na sua distribuição, possuem perfis demográficos bastante diferentes.

Na Figura 10 (próxima página) podemos observar que a referida assimetria entre a faixa costeira litoral e o interior do concelho também é marcada por assimetrias do ponto de vista demográfico onde as pessoas mais velhas são sobre representadas no total da população da primeira, e o inverso é observado na segunda. As freguesias de Cascais e Estoril, e São Domingos da Rana, são bons exemplos disto. Com quase 30% da população total, Cascais e Estoril contribui com 34% do total das pessoas com 65 e mais anos; já São Domingos da Rana, contribui com uma parcela menor de pessoas mais velhas do que representa no total da população, 23% e 28% respetivamente.

**Figura 10** - Cascais: Percentagem da população total e com 65+ anos residente



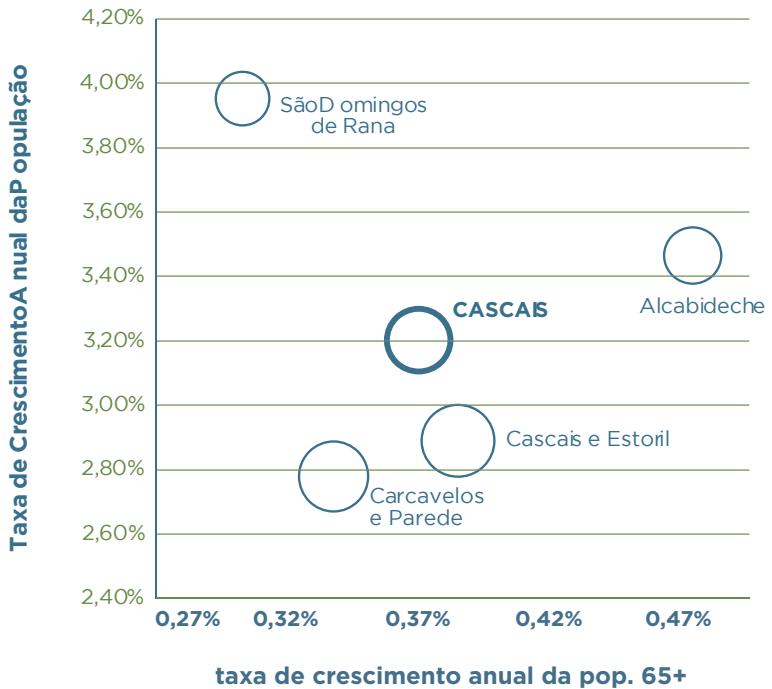
Fonte: Adaptado do Instituto Nacional de Estatística (INE).

As diferenças intra-concelhias ficam ainda mais evidentes se olharmos para as taxas de crescimento entre 2010 e 2020 da população total e da população com 65 e mais anos. A Figura 11 (próxima página) apresenta esta informação para o concelho, e para cada uma das freguesias. Destaca-se o facto de São Domingos da Rana ter vindo a apresentar uma taxa de crescimento populacional anual superior ao observado para o município como um todo. Por outro lado, quando observada a dinâmica de crescimento da população com 65 e mais anos, a situação inverte-se.

Alcabideche, freguesia com a menor contribuição de residentes com 65 e mais para a população cascalense, registou no período a maior taxa de crescimento anual neste mesmo grupo etário.

Apesar de sair do âmbito deste relatório analisar detalhadamente as causas e consequências das dinâmicas populacionais anteriormente descritas, importa ressaltar que estas decorrem da capacidade de atrair ou fixar determinado perfil da população. Freguesias com elevadas taxas de crescimento da população mais velha podem resultar por um lado, da simples permanência da população que já lá residia, ou também, da capacidade de atração de pessoas em determinadas faixas etárias. Lembrando ainda que ambos os movimentos influenciam e são influenciados pelas políticas públicas.

**Figura 11** - Cascais: Taxas de crescimento anual da população total e da população com 65 (2010 e 2020)



Fonte: Cálculo dos autores com base em informação adaptada do Instituto Nacional de Estatística (INE)

## 4.2. Contexto Socioeconómico

Como vimos no capítulo 2, o envelhecimento e a velhice são fortemente influenciados pelo percurso de vida de cada pessoa. Apesar de Portugal ainda ter uma série de serviços e ofertas públicas que, em princípio, deveriam garantir a possibilidade de todos desenvolverem o seu potencial, independentemente das condições sociais em que nasceram e, dos eventuais choques que todos enfrentamos ao longo da vida. Devemos reconhecer que o rendimento disponível individual continua a ser um determinante fundamental no processo de envelhecimento e na velhice.

Nesta secção destacamos indicadores sobre emprego, salários e os rendimentos médios auferidos pela população mais velha em Cascais. Sendo a passagem para a reforma uma das principais referências e marcos contemporâneos da passagem para a velhice, olhamos também para o número de pensionistas e o valor das pensões que auferem.

Em Portugal, para o ano 2021, a percentagem de homens desempregados entre os 55 e os 64 anos era superior à das mulheres da mesma idade desempregadas (5,9% e 4,5%,

respetivamente), segundo o INE (2022). Para Cascais, os dados mais recentes são apresentados pelo INE (2015) e referem-se à população desempregada segundo os Censos, sendo o ano mais recente de 2011. Segundo estes dados, Cascais em 2011 tinha 1447 pessoas com 45 anos ou mais desempregadas, representando aproximadamente 11,7% do total de desempregados para aquele mesmo ano.

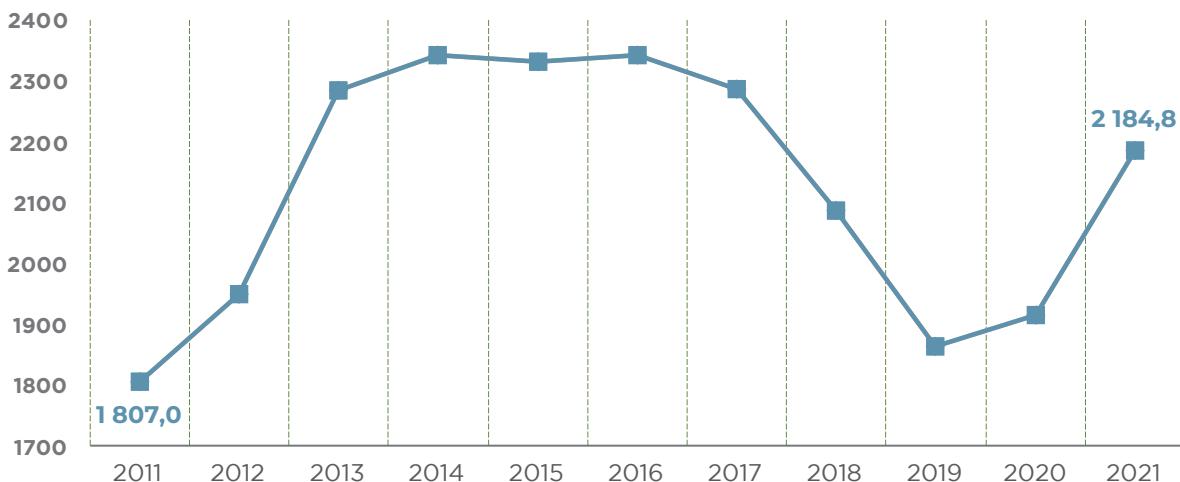
No conjunto de Municípios que integram a AML, segundo dados dos Censos (em 2011), Cascais apresentava-se como o 3.º Município com maior número de desempregados na faixa etária 45-54 anos, com 2.689 pessoas desempregadas. Com valores superiores só mesmo os Municípios de Sintra (5.464 desempregados) e de Lisboa (6.333 desempregados).

A mesma tendência apresentava-se, em 2011, para a faixa etária dos 55 aos 64 anos, com 1.832 desempregados nesta faixa etária. Antes de Cascais, só o Município de Sintra (com 2.954 desempregados entre os 55 e os 64 anos) e Lisboa (com 3.990 desempregados).

Já em 2021, segundo dados do INE, Cascais apresentava o 3.º maior número de desempregados inscritos (com uma média anual de 2.184,8 desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional), antecedido de Sintra (3.392,3) e Lisboa (5.049,9).

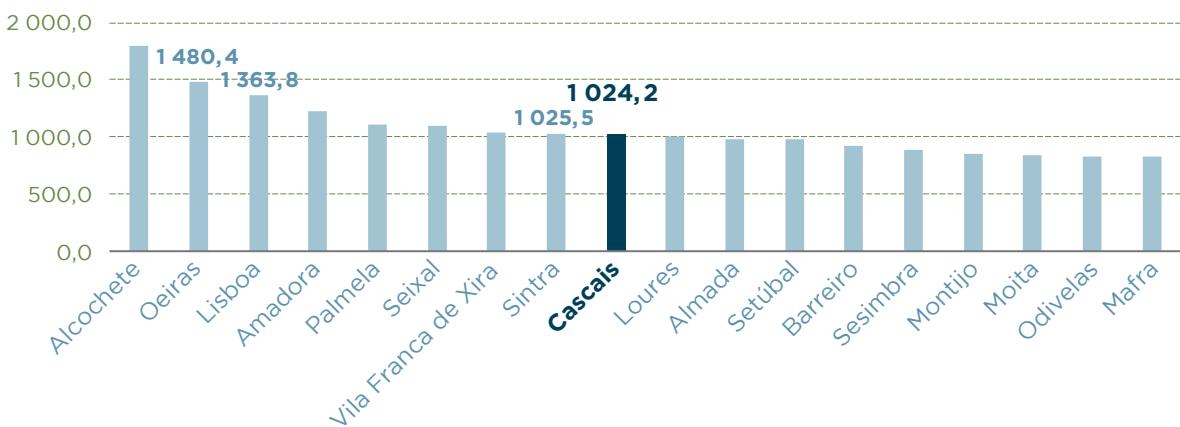
Apesar da tendência de decréscimo do número de desempregados com 55 anos ou mais inscritos nos centros de emprego e formação profissional entre 2016 e 2019, este número, para o caso específico de Cascais, tem aumentado nos últimos dois anos (2020 e 2021) (ver Figura 12, fonte Pordata, 2022)

**Figura 12** - Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional (média anual) com 55 ou mais anos (Cascais)



Quanto aos rendimentos salariais, nomeadamente, no que se refere à diferença entre o salário mínimo nacional e a remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem, Cascais posiciona-se no 7.º lugar, no conjunto da AML, para o ano de 2019, com uma diferença de -424€, segundo dados da Pordata (2021), encontrando-se Alcochete em 1.º lugar (-1.194€), Oeiras em 2.º (-880€) e Lisboa em 3.º (-764€). Por outro lado, quanto à remuneração base mensal dos trabalhadores por conta de outrem, no conjunto dos Municípios da Área Metropolitana de Lisboa, para o ano 2019, os trabalhadores por conta de outrem do Município de Cascais auferiam o 9.º maior ganho médio mensal por comparação com os restantes Municípios da Área Metropolitana de Lisboa. Com uma remuneração-base média mensal de 1.024,2€, valor substancialmente superior ao registado em 2018 (998,8€), Cascais encontrava-se atrás ao rendimento médio mensal de Oeiras (1.480,4€), Lisboa (1.363,8€) e Sintra (1.024,5€) (como indica a Figura 13).

**Figura 13** - Diferença entre o salário mínimo nacional e a remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem, AML, 2019

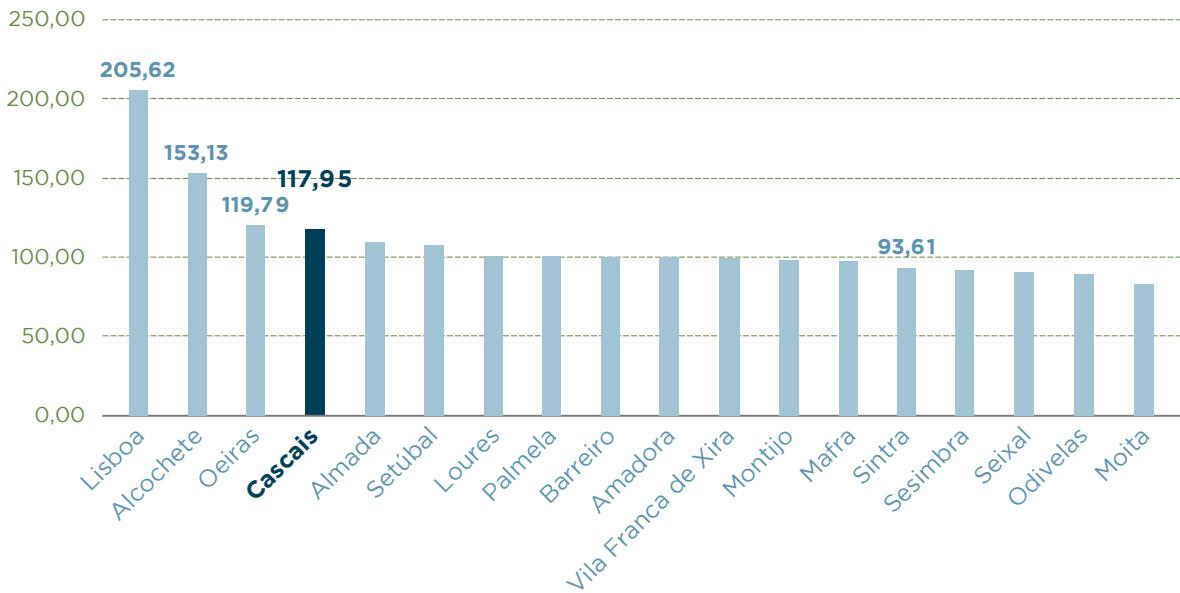


Fonte: INE, 2020

Por fim, quanto ao poder de compra per capita, do conjunto da Área Metropolitana de Lisboa, Cascais tinha o 4.º maior poder de compra per capita, superado apenas por Alcochete, Oeiras e Lisboa, em 3.º, 2.º e 1.º lugar respetivamente (Figura 14).

Quanto aos rendimentos da população idosa, segundo dados do Diagnóstico Social de Cascais, a maioria das pessoas com mais de 65 anos conseguia fazer face às suas despesas mensais, apesar de 14% deste grupo etário não ter condições para o fazer. Situações de instabilidade financeira nos agregados familiares, o peso desta população servir como importante fonte de apoio financeiro e económico para as gerações mais novas (filhos e netos) acarreta um importante desafio à gestão das economias das pessoas mais velhas.

**Figura 14** - Poder de compra per capita (AML) (2019)

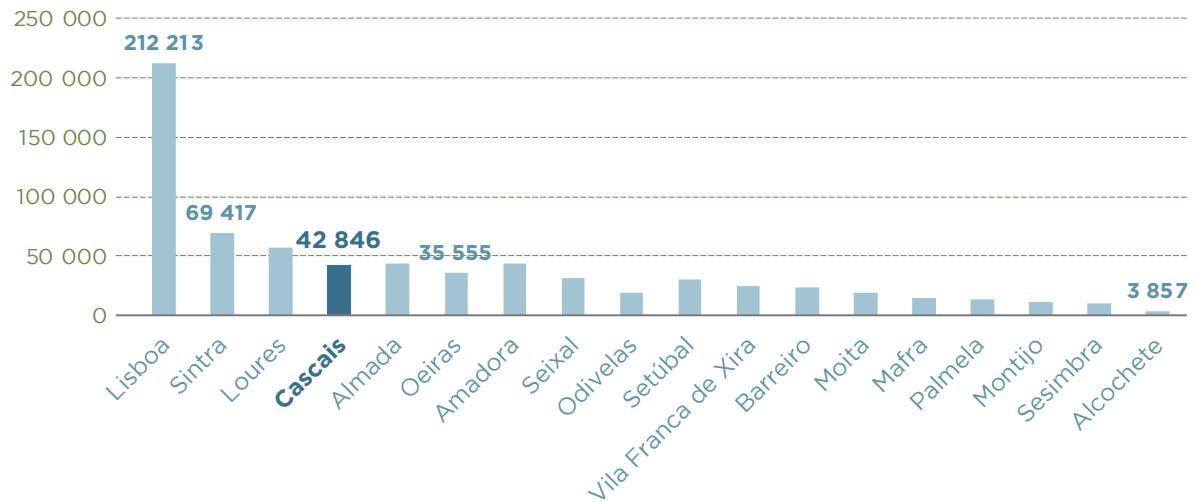


Fonte: INE, 2020

Associado a estas questões importa também ter em atenção o risco de pobreza da população mais velha, nomeadamente, com 65 ou mais anos. Estes dados encontram-se disponíveis para Portugal (INE, 2022). Em 2020, a população do sexo masculino em risco de pobreza ou exclusão social era de 19,4% e do sexo feminino era de 20,2%. Do total da população residente do sexo masculino em risco de pobreza, em 2020, 17,3% tinham 65 anos ou mais e do total da população do sexo feminino 22,2% encontravam-se na mesma situação. Após transferências sociais, este valor diminui um pouco para os homens com 65 ou mais anos (16,8%), mas aumenta ligeiramente para as mulheres nesta faixa etária (22,5%). Estes são indivíduos em risco de pobreza e/ou em situação de privação material severa e/ou a viver em agregados com intensidade laboral per capita muito reduzida.

Por outro lado, o número de pensionistas e o valor das suas pensões é também importante para pensar políticas de envelhecimento. Em 2020, Cascais tinha um total de 42.846 pensionistas, o 4.º valor mais elevado da Área Metropolitana de Lisboa (Figura 15).

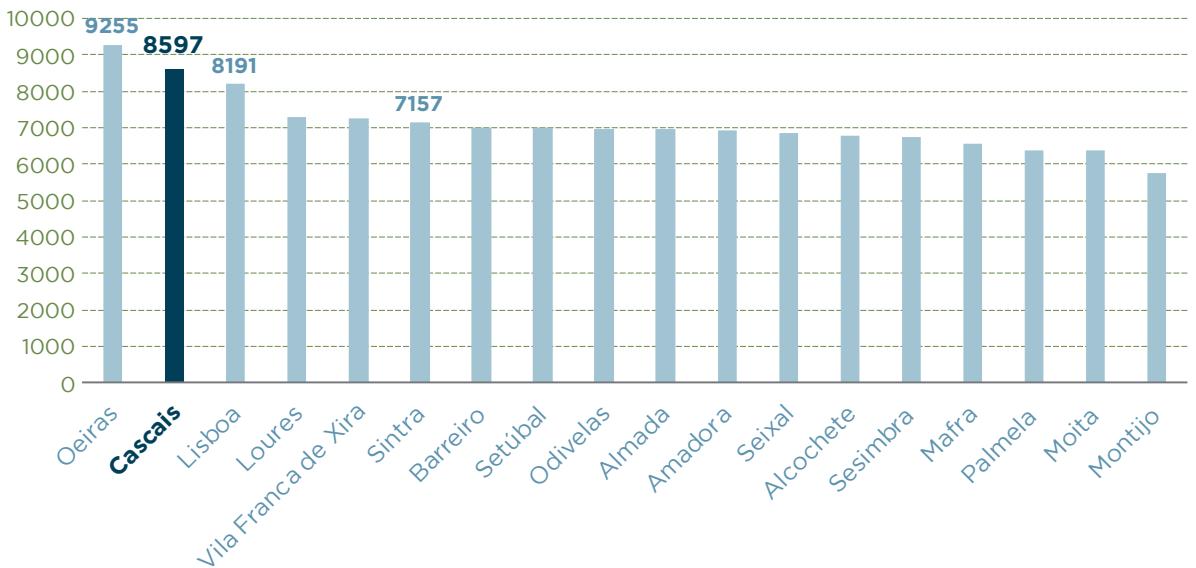
**Figura 15** - Pensionistas residentes em Cascais (2020)



Fonte: INE, 2021

Por outro lado, como destaca a Figura 16 (próxima página), o valor médio das pensões da Segurança Social era o 2.º mais elevado da Área Metropolitana de Lisboa (8.597€), apenas superado pelo valor médio de Oeiras (9.255€).

**Figura 16** - Valor médio anual das pensões da segurança social (2020, euros per capita<sup>º</sup>)



Fonte: INE, 2021

Direta ou indiretamente, fatores económicos afetam também outras questões com importância no processo de envelhecimento e velhice, nomeadamente, o risco de isolamento e solidão.

Neste sentido, o peso dos laços familiares importa em questões associadas ao isolamento, como apontava o Diagnóstico Social. “O número de pessoas idosas a residir sozinhos ter vindo a aumentar, já que a proporção de famílias unipessoais de pessoas com idade igual ou superior 65 anos passou de 7,7% em 2001, para 9,8% em 2011. Em Cascais residiam sozinhos mais de 8.021 pessoas idosas, sendo na freguesia sede de concelho que se concentrava o maior número de pessoas idosas nesta situação (1.704)”. (in. Diagnóstico Social, 2018). Segundo este mesmo Diagnóstico, do total de pessoas com mais de 65 anos, a maioria vivia em casal (58,8%), 21,8% viviam sozinhos e apenas 4% das pessoas idosas residentes viviam em instituições.

De acordo com dados recentes do Eurostat (2021)<sup>3</sup>, Portugal é dos 27 Estados-Membros da União Europeia com menor proporção de pessoas com 65 ou mais anos a viverem sozinhas (eram cerca de 21,2%, que se traduz em 488 mil pessoas idosas a viver sós). Quanto às famílias dos seniores, viver sem partilhar casa e a existência de uma rotina sem ninguém é a realidade de quase um terço das pessoas idosas europeus. A realidade é ligeiramente diferente, em 2020, em que cerca de 30,4% das pessoas idosas viviam noutro tipo de agregados familiares e cerca de 48,4% viviam com o seu companheiro/a.

Dados dos Censos de 2011 mostravam o aumento do peso das famílias unipessoais com mais de 65 anos, em todo o território. Em 2011, 9,8% das famílias do Concelho eram compostas por apenas uma pessoa com mais de 65 anos, valor ligeiramente mais baixo do que a Grande Lisboa e do que Portugal. As antigas freguesias de Parede e Estoril evidenciavam os valores mais elevados e superiores à média nacional e metropolitana.

Analizando apenas as famílias unipessoais, verificava-se que, em Cascais, do total de pessoas que residem sozinhas (20.210), 40% (8.021) tinham mais de 65 anos. Esta percentagem varia em função das freguesias de residência, com Cascais, Estoril e Parede a revelarem um peso mais elevado de pessoas idosas a viver sozinhas. Em termos absolutos, somando os quantitativos das atuais uniões de freguesia, verifica-se que Cascais Estoril (3.149) e Carcavelos Parede (2.094) reúnem um maior número de pessoas idosas a residir sozinhas, face a Alcabideche (1.249) e São Domingos de Rana (1.529).

Analizando apenas as pessoas idosas que residiam sozinhas e desagregando por faixas etárias, verificava-se que, em Cascais, a maioria destas pessoas tinha mais de 75 anos (4.449; 55%). Esta era uma realidade comum a todas as freguesias. Apenas na Freguesia de Cascais-Estoril, em 2011, residiam sozinhas 1.179 pessoas com 75 ou mais anos.

Por fim, quanto à habitação das pessoas mais velhas, dados do Eurostat (2021) apontavam que em Portugal só 3,1% das pessoas idosas viviam em casas sobrelotadas (face a 7% dos casos na EU). Sobre as condições habitacionais, manter uma casa quente nos dias e meses mais frios apresenta-se como um desafio para a população em geral, e para as pessoas idosas em específico. O Eurostat apontava que, em 2019, 9,9% das pessoas idosas não tinham capacidade financeira para manter a sua casa adequadamente aquecida (isto nos agregados familiares compostos por um adulto com 65 anos ou mais). Portugal é o terceiro da lista (precedido pela Bulgária e Lituânia) com 28,9% das pessoas idosas a não ter capacidade financeira para garantir uma temperatura adequada nas suas casas. A possibilidade de manter uma casa aquecida dependerá de vários fatores como o estado de conservação do edificado, a temperatura externa e o custo da energia. Também um estudo da Fundação Francisco Manuel dos Santos revelava o mesmo – os níveis de pobreza energética eram uma das fragilidades nas condições habitacionais dos portugueses (sendo que a situação se agrava nos agregados com rendimentos 60% abaixo da mediana (37%) e entre a população com mais de 65 anos (32,1%), segundo dados do Eurostat para 2018).

O mesmo estudo apontava já que, em 2018, existiam famílias em situação de privação habitacional, por diversas razões, nomeadamente pelo desajustamento entre a distribuição territorial da população e do parque habitacional, pela elevada proporção de residências secundárias e de alojamentos familiares vagos e pela relação entre os preços da habitação e o rendimento familiar.

Relativamente às condições de acessibilidade na habitação, que também afeta as mais pessoas idosas, em Cascais, o Diagnóstico Social dava conta que existiam 4.467 pessoas idosas com pelo menos uma dificuldade/incapacidade a residir em alojamentos não acessíveis à circulação com cadeira de rodas e 4.753 em edifícios sem elevador. Entre aqueles que relatavam muita dificuldade ou incapacidade em andar ou subir degraus, 2.832 residiam em alojamentos cuja entrada não era acessível à circulação em cadeira de rodas e 3.003 em edifícios sem elevador. Era na Freguesia Cascais-Estoril (a mais envelhecida) que residiam o maior número de pessoas idosas com muita dificuldade ou que não conseguiam andar ou subir degraus a residir em prédios pouco acessíveis.

### 4.3. Contexto das Respostas Sociais

Em Cascais, os equipamentos sociais e de saúde privados sem fins lucrativos estão disseminados por todo o território, destacando-se as respostas de IPSS, associações sem fins lucrativos e os equipamentos e respostas da Santa Casa da Misericórdia de Cascais. Do ponto de vista organizacional, as respostas sociais enquadram-se nas seguintes tipologias: centro de convívio/espaços seniores, centro de dia, estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI), e academias e universidades sénior.

Segundo os resultados da Programação da Rede de Equipamentos e Respostas Sociais no Concelho de Cascais (CEDRU, 2019) e do Diagnóstico Social de Cascais (2018), existiam, em 2016, 29 Centros de Convívio/Espaços Sénior ou respostas similares, estando 16 sob gestão de entidades privadas sem fins lucrativos (correspondendo a 21 respostas) e 3 entidades públicas (8 respostas), não se assinalando a intervenção de entidades com fins lucrativos.

Relativamente à taxa de cobertura desta resposta social, isto é, a relação entre o número total de vagas existentes em relação à população de referência, em 2016, era de 4,19% (inferior relativamente a 2005 – 5,28%). Esta tendência verificava-se em todas as Freguesias. Importa destacar que a análise da taxa de cobertura não informa sobre a qualidade ou características específicas dos equipamentos ou serviços prestados.

Segundo a CEDRU (2019), esta quebra poderia estar relacionada com o aumento da população idosa residente no Concelho e o aumento da procura de respostas sociais para esta população, de tal modo que a procura superava substancialmente a oferta de lugares nesta resposta social (1.920 utentes face a 1.540 lugares, respetivamente).

Os resultados apresentados em 2019 revelavam que 73% da oferta assinalavam a disponibilidade de vagas não preenchidas, podendo o número de vagas por preencher estar relacionado com o facto do número de acordos de cooperação com o ISS ser bastante reduzido face à capacidade instalada (20% de lugares comparticipados), podendo gerar dificuldades/incapacidade das pessoas idosas com menores rendimentos assegurarem os montantes solicitados pelas entidades (peste embora exista uma comparticipação por parte do Município e de algumas Juntas de Freguesia, que fazem um investimento importante para apoiar o funcionamento desta resposta).

Territorialmente, esta resposta apresenta um padrão difuso pelo território concelhio – isto é, existia uma distribuição geográfica desta resposta bastante satisfatória e equilibrada. Apesar disto, a UF Cascais-Estoril destacava-se pela concentração do maior número de respostas (ver Anexo 3).

Quanto aos Centros de Dia, em 2016, existiam 18 centro de dia em Cascais, geridos por 12 entidades, maioritariamente sem fins lucrativos privadas (11), sendo apenas uma com fins lucrativos, resultados que indicavam à CEDRU (2019) a fraca incidência das entidades lucrativas nesta resposta social, bem como a total ausência de entidades gestoras com natureza pública. Quanto à oferta, esta diminuiu entre 2005 e 2016, fruto da redução ligeira das respostas existentes (de 21 para 18). Era apontada ainda uma reconfiguração da oferta, pela supressão das entidades sem fins lucrativos pública, a contração lucrativa (de 7 para 1 resposta) e a intensificação das respostas asseguradas pelas entidades sem fins lucrativos privadas (aumento de 5).

Relativamente à taxa de cobertura, no período em análise (2005-2016), esta diminuiu ligeiramente (de 2,99% para 2,01%), tendência observada em todas as Freguesias e associada ao acelerado processo de envelhecimento demográfico. Dados apontavam que, em 2014, em Portugal Continental, a taxa de cobertura desta resposta social era bastante superior ao resultado registado em Cascais (6,3%).

Por fim, apresentava-se a ausência de qualquer situação de sobrelotação, registando na sua maioria disponibilidade de vagas. Mais uma vez, o número de vagas por preencher poderá estar associado ao número de acordos de cooperação com o ISS ser bastante reduzido face à capacidade instalada (7% de lugares comparticipados), gerando dificuldades/ incapacidade nas pessoas idosas com menores rendimentos assegurarem os montantes requeridos por estas entidades.

Mais uma vez, a localização dos centros de dia apresentava um padrão difuso pelo território concelhio, embora haja uma ligeira concentração ao longo do principal eixo urbano concelhio, junto ao litoral. Segundo o Diagnóstico Social de Cascais (2018), era na UF de Cascais e Estoril que se concentrava a maior oferta (7 respostas) e na UF de Carcavelos e Parede, a menor (2). Segundo a CEDRU (2019), apenas na freguesia de São Domingos de Rana se identificava uma localização da oferta desta resposta social circunscrita ao aglomerado sede de freguesia.

Relativamente às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), em 2016, existiam 50 ERPI. A gestão desta resposta era assegurada maioritariamente por entidades com fins lucrativos (cerca de 40) e por 10 entidades sem fins lucrativos. Para este número, importa considerar que na listagem do Centro Distrital da Segurança Social se encontravam (no momento de elaboração do Diagnóstico Social de Cascais) apenas indicados 17 equipamentos como licenciados. Dos 50 equipamentos recenseados, 18 indicaram não terem ainda a posse da licença de financiamento. Continua a não ser claro o número exato de lares que não estão regularizados – desafio semelhante à restante realidade nacional.

À semelhança de outros equipamentos destinados a esta população, a taxa de cobertura era bastante baixa (4,3%), associado, mais uma vez, ao processo acelerado de envelhecimento. Esta era uma tendência transversal à generalidade das freguesias, constituindo a única exceção a U.F. Carcavelos e Parede (onde se registou o maior aumento da oferta de ERPI, no período em análise). Segundo o Diagnóstico Social, na última década, foi registada uma diminuição, ainda que ligeira, desta taxa, dando assim conta da dificuldade das instituições em acompanhar o aumento do número de pessoas idosas que se tem vindo a registar. Comparativamente ao território nacional, em Portugal Continental a taxa de cobertura desta resposta social apresentava um valor bastante superior (9%).

A realidade percebida pela CEDRU (2019) apontava a significativa oferta disponível, com 63% das ERPI a disporem de lugares não preenchidos, ao que acresce a ausência de situações de sobrelocação, fator que poderá decorrer diretamente dos elevados custos associados a esta resposta social.

De acordo com a CEDRU (2019), o número de vagas por preencher deve ser explicado, maioritariamente, pelo facto de o número de acordos de cooperação com o ISS ser bastante reduzido face à capacidade instalada (18% de lugares comparticipados), gerando dificuldades/incapacidade nas pessoas idosas e/ou respetivas famílias, com menores rendimentos, assegurarem os montantes praticados/solicitados pelas entidades.

A localização das ERPI apresenta um padrão difuso pelo território concelhio, embora, mais uma vez, com forte concentração ao longo do principal eixo urbano concelhio, junto ao litoral, com a UF de Carcavelos e Parede e a UF de Cascais e Estoril a deterem 72% da oferta (38% e 34%, respetivamente). Apenas na freguesia de São Domingos Rana se identifica uma localização da oferta desta resposta social circunscrita ao território da sede de freguesia.

**Tabela 4** - Universidades Seniores e Academias

<b>Freguesia</b>	<b>Tipo / nome</b>	<b>Localização</b>
<b>Alcabideche</b>	Universidade Séniors de Manique	Associação Nossa Senhora das Neves de Manique de Baixo
<b>Carcavelos-Parede</b>	Universidade Séniors de Sassoeiros	Clube de Futebol de Sassoeiros
	Academia Séniors da Parede	Cruz Vermelha Portuguesa
<b>Cascais-Estoril</b>	Academia Séniors - Centro Engenheiro Álvaro de Sousa	Santa Casa da Misericórdia de Cascais
	Academia Séniors Cascais	Cruz Vermelha Portuguesa

Por último, quanto às Academias e Universidades Sénior, tem-se vindo a verificar um aumento desta resposta ao longo da última década (tendo passado de 1 resposta, em 2005, para 5 respostas, em 2016 (ver Tabela 4), sendo que destas quatro eram fixas e uma era móvel – todas elas privadas e sem fins lucrativos: Cruz Vermelha Portuguesa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – SCML e Associação de Apoio Social Nossa Senhora das Neves de Manique de Baixo), acompanhando a mudança de perfil da população idosa, cada vez mais qualificada, autónoma e ativa (CEDRU, 2019).

Este crescimento foi acompanhado de uma dispersão da oferta pelo território concelhio, existindo na altura uma oferta mais densificada na faixa litoral, correspondente ao território da U.F. Cascais e Estoril e à U.F. Carcavelos e Parede (as unidades territoriais com maior concentração de população idosa e com maiores níveis de acessibilidade). Existia ainda uma resposta situada no setor norte do Concelho, na freguesia de Alcabideche, conducente a uma aproximação da oferta a segmentos da procura residentes neste território concelhio.

Em 2016, apesar da fraca taxa de cobertura (1,94%), estas respostas apresentavam uma elevada procura (1.429 utentes no ano letivo 2015/2016, ultrapassando as 1220 vagas disponíveis). Previa-se que esta procura aumentasse e acelerasse no decurso da próxima década, dado o incremento do número de pessoas idosas com níveis de instrução mais elevados (face ao que tradicionalmente era observado), mais ativos, disponíveis e motivados para ingressarem em processos de aprendizagem ao longo da vida.

Em suma, retiram-se as seguintes conclusões: embora havendo uma cobertura relativamente alargada de respostas pelo município, destaca-se a falta de cobertura da oferta de Academias Sénior, nomeadamente em São Domingos de Rana no eixo Tires/Abóboda e no eixo central da freguesia de Alcabideche; e a necessidade de melhoria da cobertura dos Centros de Convívio e dos Centros de Dia (criando novas respostas nos espaços intersticiais a descoberto) e de ERPI, designadamente fora do principal sistema urbano localizado entre Cascais-Estoril e Carcavelos-Parede (com relevância acrescida para o setor norte de São Domingos de Rana). Estes objetivos de melhoria estão destacados no PEDS 2020-2030, embora não sejam alocados recursos para estas medidas no âmbito do plano quadrienal de desenvolvimento social, o PIDS 2020-2023, como veremos mais à frente.

#### 4.4. As respostas privadas de cuidados em Cascais e o Turismo de Saúde

Os serviços de cuidados e saúde também têm merecido particular atenção do setor privado que já têm uma forte presença no concelho via Rede Social. Entre as entidades privadas que fazem parte da rede social e/ou que colaboram com os projetos da mesma, destacamos as empresas e associações sem fins lucrativos nas áreas dos cuidados domiciliários; das estruturas residenciais para pessoas idosas, e empresas de consultoria e formação na área da gerontologia e dos cuidados.

Em Cascais, as Uniões de Freguesia de Cascais-Estoril e Carcavelos-Parede são as que têm mais estruturas residenciais para pessoas idosas privadas com fins lucrativos, enquanto este tipo de resposta privada é muito pequeno nas duas freguesias, de Alcabideche e S. Domingos de Rana. Estas respostas são uma opção para quem tem as condições socioeconómicas para tal, não substituindo a necessidade de respostas públicas de qualidade, e que vão além de equipamentos e serviços sociais e de saúde.

As tendências europeias apontam o crescimento de outro nicho de negócio diferenciado, desta vez, direcionado para as pessoas mais velhas, no âmbito das residências privadas para pessoas idosas e dos cuidados de saúde e sociais a esta população.

Os projetos desenvolvidos em Cascais são diversas vezes realizados através de protocolos com serviços e empresas privadas, destacando-se, por exemplo, em particular no âmbito da realização de formações (como foi o caso, por exemplo das Formações Métis, um conjunto de 3 Ações de Capacitação em Comunicação para Cuidadores Formais dos equipamentos sociais diversos – públicos e privados, com e sem fins lucrativos – sendo a Métis uma empresa que realiza consultoria e capacitação ajustadas às necessidades das instituições que cuidam de pessoas maiores).

Outra área em crescimento está relacionada com o turismo sénior. Cascais ocupa presentemente a 4<sup>ª</sup> posição no *ranking* de riqueza concelhia e em número de empresas. No conjunto de municípios que compõe a AML, Cascais destaca-se pelo forte peso do sector terciário na economia. Segundo as últimas estimativas, mais de 80% das empresas sedeadas no concelho<sup>77</sup>, e quase metade da população trabalha no setor terciário<sup>78</sup>. O contexto de forte predominância do comércio e dos serviços no tecido económico, a sua particular e privilegiada localização geográfica, e a proximidade com a capital e principal porta de entrada de turistas no país, fazem com que os setores ligados ao turismo, ao lazer, e à hospitalidade tenham particular relevância nos desígnios do concelho. As apostas nas

---

77 INE - Base de Belém (Empresas sedeadas no concelho de Cascais), 2007 in CMC, 2015

78 <https://ambiente.cascais.pt/sites/default/files/anexos/planopaisagemcascais.pdf>

características naturais do concelho potenciam uma estratégia para o turismo (setor com contributo mais relevante para a região de Lisboa, desde 2009) diferenciada, potenciando o desenvolvimento de novos produtos, como o segmento de *Turismo de Saúde*. Lançar Cascais como destino de saúde estaria associado à oferta de serviços de especialidades médicas desenvolvidas na centralidade (p.e. ortopedia) e na sua adequação ao período de recuperação - alavancando a proximidade a Lisboa. Ao analisar o Plano Estratégico para o Turismo da Região de Lisboa, para o período 2015-2019, ao nível da oferta turística, Cascais e Estoril detém uma marca internacional forte, que beneficia da proximidade a Lisboa, não dependendo dela.

Em Cascais, o programa *Turismo de Saúde* centrava-se no desenvolvimento de novos produtos com maior impacto na região, tendo por base dois modelos complementares:

- Desenvolvimento de uma oferta de Turismo de Saúde com base na oferta de especialidades médicas em que a centralidade se diferencia.
- Detalhe de uma oferta complementar ao Turismo de Saúde, focada na fase de recuperação do visitante e nos acompanhantes, com base nos fatores diferenciadores da região (sol, mar, natureza, cultura) e na proximidade de Lisboa.

Diversas iniciativas procuram posicionar Cascais como uma marca internacional, enquanto resort, com uma oferta diversa e um posicionamento forte no segmento *premium*. Este segmento de “*premium resort*” define-se como um destino para turistas com maior poder de compra, assentes no setor hoteleiro e no turismo residencial de nível superior. Efetivamente, a oferta hoteleira de elevada qualidade demonstra-se como fator de competitividade internacional, onde a oferta forte ao nível do turismo residencial, e uma diversidade de oferta que permite o seu posicionamento como *resort*, possibilitam o desenvolvimento de novos produtos, como os segmentos do “turismo sénior” e “turismo de saúde”.

Em 2014, a Câmara Municipal de Cascais juntava mais de 20 entidades da área da saúde, bem-estar e hotelaria, com o objetivo de construir em Cascais uma oferta competitiva de Turismo de Saúde e Bem-Estar capaz de captar parte dos €28 mil milhões de euros de receita que o setor gerava em todo o mundo. Entre os presentes encontravam-se representadas as seguintes entidades: Câmara Municipal de Cascais, Ministério da Saúde, Health Cluster Portugal, Bial, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Diaverum, Cruz Vermelha Portuguesa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Cascais, Grupo Pestana, Marina de Cascais, Grupo José de Mello Saúde, Laboratório Germano de Sousa, Hospital Sant’Ana, Hotel Miragem, entre outros.

O principal objetivo era atrair para o Concelho aqueles que viajam pelo mundo, motivados principalmente por tratamentos médicos, mas cuja recuperação pode acontecer num ho-

tel, ou numa residência de luxo, podendo procurar ainda sessões em centros de bem-estar ou termas - em suma, conseguir liderar o consórcio que associa prestadores de cuidados de saúde, hoteleiros e agências de viagem, criando uma simbiose entre cuidados médicos e o conforto e qualidade presentes numa viagem de lazer. Esta aposta centrava-se essencialmente no mercado de turismo sénior e médico da Alemanha, Espanha, Angola, Reino Unido, Moçambique ou Luxemburgo.

Por fim, outra resposta privada a destacar, aliás, a mais predominante em todo o país, são os cuidados informais prestados pela família, no espaço doméstico, em particular pelas mulheres. A família realiza um papel fundamental de prestação de apoio a estas pessoas. As mudanças socioculturais dos padrões familiares que conduzem a uma retração das formas de famílias providência, juntamente com uma diminuição demográfica da população jovem em relação à população envelhecida, colocam em causa o papel histórico da família e em particular das mulheres em assegurar a maior parte destes cuidados. Juntamente com a falta de cobertura das respostas e equipamentos sociais e de saúde, em particular direcionadas para pessoas idosas e pessoas em situação de dependência, torna-se cada vez mais difícil assegurar que as pessoas tenham acesso a cuidados sociais e de saúde em face de crescentes necessidades. Os cuidados informais têm sido alvo de visibilidade e atenção política nos últimos anos, sendo de destacar a criação do Estatuto do Cuidador Informal em Portugal, e a criação de medidas locais em diversos municípios, sendo Cascais um deles. Neste concelho, o mais recente Projeto Cascais Cuida, é um dos exemplos de projetos que devem ser alvo de mais investimento a nível local.

#### 4.5. Principais marcos na construção das políticas sociais em Cascais

Sendo um dos focos desta estratégia as políticas sociais no concelho, parece-nos lógico apresentar uma leitura mais pormenorizada deste setor. Partindo da análise das respostas sociais, recuperamos os principais marcos na orientação das políticas sociais em cascais, para melhor compreender como foi construída a atual “tradução” do envelhecimento ativo para as políticas em vigor no município.

Cascais tem tido uma política social local muito ativa caracterizada pelo desenvolvimento de experiências de governança com liderança municipal, com uma atuação concertada entre organizações públicas e privadas. Nos últimos 20 anos, os princípios de política social têm sido principalmente desenvolvidos a partir da Rede Social Cascais, uma estrutura de governação local que visa a articulação e congregação de esforços entre os agentes sociais ativos ao nível do concelho e das freguesias, incidindo na planificação estratégica territorializada da intervenção social local. A rede tem como principais objetivos o combate à pobreza e à exclusão social, e a promoção do desenvolvimento social integrado e da inclusão e da coesão social,

Sendo a Rede Social estabelecida em Portugal em 1997 (enquadrada pela Resolução do Conselho de Ministros de 18 de novembro de 1997, regulamentada pelo Dec-Lei 115/2006 de 14 de junho), é lançada em Cascais em 2001, com a constituição do Conselho Local de Ação Social (CLAS), um órgão deliberativo, que funciona em plenário, composto atualmente pelas 116 organizações que a integram.

A Rede é desenvolvida através de parcerias entre entidades públicas e privadas que articulam a intervenção social dos diferentes agentes locais, sendo promovido um planeamento integrado e sistemático, com o objetivo de garantir uma maior eficácia do conjunto de respostas sociais no concelho e nas freguesias.

Entre as suas principais competências, destaca-se a promoção de iniciativas que visem uma melhor consciência dos problemas sociais; a promoção da realização participada do Diagnóstico Social Concelhio, do Plano de Desenvolvimento Social e dos Planos de Ação anuais; e a fomentação da articulação entre os organismos públicos e entidades privadas, visando uma atuação concertada na prevenção e resolução dos problemas sociais. A Rede Social foi o processo impulsionador de governança local e colaborativa, oferecendo a possibilidade de criar conhecimento através de diagnósticos, planeamento em conjunto, e operacionalização colaborativa.

Antes de avançarmos, é importante ressaltar que o atual contexto das políticas sociais também é fruto de outras iniciativas. De facto, os temas do envelhecimento e da velhice têm sido parte fundamental de diversos momentos importantes na construção das po-

líticas sociais em Cascais. Destacamos alguns pontos fundamentais deste percurso nos próximos parágrafos, e apresentamos os principais marcos estratégicos numa perspetiva cronológica, na Tabela 5.

**Tabela 5** - Principais marcos na orientação das políticas sociais em Cascais

<b>Momentos importantes no Desenvolvimento Social de Cascais</b>	<b>Ano(s)</b>
Criação da Rede Social Cascais	2001
I Plano de Desenvolvimento Social	2004-2007
Elaboração da Carta Social de Cascais	2005-2006 (Metas até 2016)
II Plano de Desenvolvimento Social	2008-2011
1º Plano de Ação da Rede Social de Cascais	2008
III Plano de Desenvolvimento Social	2012-2015
Lançamento do Diagnóstico Social de Cascais (com nova Carta Social de CASCAIS)	2018
Criação da Plataforma Envelhecer Melhor em Cascais	2018
Criação da Plataforma de Qualificação dos Centros de Convívio, Espaços-Academias-Universidades Seniores	2019
Plano Estratégico de Desenvolvimento Social (PEDS)	2020-2030
Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social (PIDS)	2020-2023

Fonte: Elaboração própria

O 1º Plano de Desenvolvimento Social (PDS) do concelho de Cascais foi lançado em 2004, e desde então têm sido realizados planos quadriennais. A partir da realização de um diagnóstico social, o PDS 2004-2007 aponta já como problemáticas na área do envelhecimento, a falta de diversificação nas respostas para a população idosa e falta de equipamentos (lares, centros de convívio) e de apoio familiar e social para a população idosa. Também as questões de Isolamento social/Solidão/ Dependência das pessoas idosas surgem nos problemas apontados. Assim, um dos objetivos deste Plano pretendeu “Aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas em situação de dependência e diminuir o isolamento até 2007”, nomeadamente através da adequação e qualificação das respostas dos Centros de Dia e Centros de Convívio e da realização de sessões de informação e de sensibilização junto dos médicos de família sobre os recursos para as pessoas idosas (PDS 2004: 86).

Tendo sido também apontadas as dificuldades crescentes na conciliação da vida familiar/vida profissional, outro dos objetivos prendeu-se com a promoção da criação, adequação ou reformulação de estruturas de acolhimento para pessoas sem autonomia (infância, pessoas idosas, pessoas com deficiência) até 2007.

Além destas respostas, diretamente relacionadas com apoios sociais e de saúde, é importante mencionar que este plano continha outros aspetos importantes numa cidade amiga do envelhecimento, nomeadamente no que se refere às áreas temáticas da Saúde e do Urbanismo, Mobilidade e Segurança, prevendo a melhoria na prevenção, tratamentos e serviços de cuidados, e a qualificação e remoção de barreiras no espaço público e melhoria dos transportes públicos, respetivamente. A partir deste plano, todos os planos seguintes elaboraram sobre estas temáticas, incluindo-se cada vez mais aspetos.

Entre 2005 e 2008 foi elaborada a 1ª Carta Social de Cascais, que apontava metas até 2016 (atualmente encontra-se em elaboração uma nova Carta Social no âmbito do Diagnóstico Social). Tratando a população com 65 ou mais anos de idade como um público-alvo quantitativamente relevante e tendo em conta, de acordo com as projeções demográficas, o seu contínuo crescimento a curto e médio prazo, a Carta sublinha a oferta limitada de Respostas Sociais no Domínio para Idosos e a necessidade de melhorar a territorialidade da rede de equipamentos e serviços sociais, nomeadamente o das respostas de apoio aos pessoas idosas. A dependência e isolamento das pessoas idosas, os problemas de acessibilidade, relacionados com os transportes públicos e as barreiras arquitetónicas nos espaços e edifícios públicos, são também problemas prioritários apontados na Carta.

O PDS 2008-2011 incorpora já as recomendações oriundas da Carta Social do concelho de Cascais, estando os objetivos em consonância com o novo quadro legislativo da Rede Social, estabelecido pelo Dec. Lei nº.115/06 de 14 de junho. Com 4 eixos: (1) Qualificação das organizações; (2) Equipamentos sociais; (3) Promoção da inclusão; e (4) Prevenção. As problemáticas do envelhecimento inserem-se em diferentes medidas em todos.

Alargar a rede de equipamentos sociais e reabilitar/requalificar as condições de operacionalidade dos mesmos, qualificar a vida das pessoas idosas e pessoas em situação de dependência são algumas das medidas que se voltam a identificar como prioritárias, destacando-se como novidades neste plano os objetivos em torno da violência doméstica contra pessoas idosas e a qualificação das condições habitacionais com vista a prolongar a autonomia das pessoas idosas

Em 2008 é aprovado pelo CLAS o 1º Plano de Ação da Rede Social de Cascais, sendo, desde então, elaborado um novo PA todos os anos. O Plano de Ação (PA) é um plano anual que operacionaliza o Plano de Desenvolvimento Social (PDS). Nele são definidas as ações e projetos que se desenvolvem para concretizar os objetivos e estratégias delineados no PDS.

No PDS 2012-2015, o envelhecimento e a velhice passam a ser estabelecidos, de forma independente, como uma das principais áreas sociais sobre as quais enfrentar problemas e estabelecer medidas

Os “Principais Problemas” identificados nesta área social foram: (i) o aumento da percentagem de população idosa com necessidades diferenciadas, sem a respetiva adequação dos serviços disponíveis; (ii) o isolamento e inatividade física/cognitiva e social de população idosa; (iii) a população idosa em situação de dependência, sem apoio; (iv) a Negligência e/ou maus-tratos familiares à população idosa; (v) a rede de transportes públicos insuficiente e dispendiosa face às necessidades e rendimento de muita população idosa; e por fim (vi) o número de lares privados sem cooperação com a rede social e sem licenciamento.

Entre as prioridades de intervenção sublinha-se a criação de lares para pessoas idosas, o alargamento da rede de apoio domiciliário para pessoas em situação de dependência e a implementação de programas de promoção de um envelhecimento ativo. Estabelece-se assim uma lógica de políticas para um envelhecimento com dependência, associado à necessidade de equipamentos sociais, e um envelhecimento sem dependência, ou de prevenção, associado às medidas de promoção de envelhecimento ativo.

Inspirada numa metodologia para a coesão social do Conselho da Europa, a organização dos objetivos do PDS 2012-2015 baseou-se no pressuposto que o bem-estar dos cidadãos está dependente da situação das pessoas no que se refere a 4 dimensões: A - Igualdade de direitos e não discriminação; B - Dignidade e reconhecimento; C - Autonomia e desenvolvimento pessoal; D - Participação e envolvimento da sociedade civil. Estabelecendo-se como grupo-alvo as pessoas idosas, em cada uma das dimensões encontramos medidas direcionadas para este grupo, destacando o acesso a respostas sociais e cuidados de saúde, o acesso às TIC e ao conhecimento, o reconhecimento do papel das pessoas idosas, a possibilidade de viver com independência, a ausência de isolamento e a participação na vida da comunidade e em atividades sociais.

Entre 2016 e 2018, a Rede Social de Cascais desenvolveu um complexo processo de diagnóstico social, constituído por 4 estudos, que envolveram a participação alargada de organizações e municípios, pelo que os planos de ação respetivos a este período contêm ações relacionadas com este processo, bem como objetivos e ações focadas no funcionamento da Rede (governança, planeamento, qualificação, etc.) em detrimento de ações de intervenção social propriamente dita. Em 2018 é lançado assim o Diagnóstico Social de Cascais. Este constituiu-se num relatório exaustivo realizado em Cascais com a participação de cerca de 1700 municípios e 200 organizações, e foi coproduzido por um grupo de 25 profissionais da Rede Social e autarquia, validado por um comité de decisores políticos. Este inquérito vai guiar todas as intervenções sociais até hoje, sendo a partir

desta que se estabelecerá o Plano Estratégico de Desenvolvimento Social 2020-2030 (doravante PEDS).

A Carta Social de 2005, com objetivos até 2016, foi atualizada dentro da realização do Diagnóstico Social de Cascais, que conteve uma nova Carta Social como um dos estudos, assim como a projeção/programação dos equipamentos para 2020-2030 (Programação da Rede de Equipamentos Coletivos, Serviços e Respostas Sociais no Concelho de Cascais, 2019).

Para além dos Planos de Ação do CLAS (anuais), existem também planos que orientam a ação das Comissões Sociais de Freguesia e das outras estruturas de parceria que compõem a Rede Social de Cascais. Estes Planos são elaborados e aprovados pelos membros de cada rede, em função de diagnósticos temáticos e territoriais. Entre as estruturas/plataformas que compõem a Rede Social destacamos a Plataforma Envelhecer Melhor em Cascais e a Plataforma de Qualificação dos Centros de Convívio e Espaços Sénior. Dentro destas plataformas são realizados ocasionalmente plenários para discussão dos projetos e em particular dos planos de ação anuais. Nestes plenários apresentam-se e discutem-se diferentes iniciativas e apresenta-se o resultado e avaliações das mesmas. Este constitui um elemento importante para o acompanhamento do estado das iniciativas e partilha de ideias, problemas e resultados.

Em 2018 é criada a “Plataforma Envelhecer Melhor em Cascais”. Esta surge para responder à necessidade de uma ação concertada e estratégica das respostas sociais na área do envelhecimento, mais concretamente, a velhice com dependência, abrangendo as respostas de equipamentos sociais de Centros de Dia, SAD e as ERPI do concelho de Cascais, aglomerando estas respostas numa só Plataforma, tendo o objetivo de melhorar a capacidade colaborativa, comprometimento e adequação destas parcerias em torno de objetivos comuns, e que satisfaçam as necessidades emergentes.

A Plataforma de Qualificação dos Centros de Convívio, Espaços-Academias-Universidades Seniores, criada em 2015, e formalizada com acordo e termo de adesão (por parte de várias organizações), atua no âmbito da velhice saudável - *ageing well* - e da velhice sem dependência. Em abril de 2019 a Plataforma lança o Plano de Ação 2019-2020. Embora com quatro eixos estratégicos definidos, a parceria decidiu investir em 2019-2020 apenas em dois: o Envelhecimento Saudável e Participação, procurando estimular as capacidades físicas, mentais e sociais das pessoas idosas e a Intergeracionalidade, procurando promover o desenvolvimento de programas/projetos intergeracionais e projetos de fortalecimento das relações familiares. No primeiro destes dois eixos, apesar do título abrangente, os resultados esperados focam-se principalmente na área da atividade física.

A Rede Social e os Planos de Desenvolvimento Social são constituídos por sub-redes que se relacionam em diferentes projetos. Nos últimos anos, os projetos, planos, medidas que

envolvem as problemáticas do envelhecimento e da velhice têm-se multiplicado, quer ao nível concelhio, quer ao nível das freguesias e local.

Cada freguesia tem um conjunto de serviços e atividades que proporcionam aos municípios. Estas têm um papel fundamental como atores locais no atendimento e serviço a toda a comunidade e que atuam como interlocutores imediatos com outras entidades sociais locais, parceiros e com a CMC.

***“Aqui na freguesia somos a ponte entre as pessoas e, portanto, chegam-nos de todos os lados: da área da saúde, através dos vizinhos, de alguns familiares distantes, centros de saúde, instituições que já prestam outro tipo de apoios”***

(entrevista, trabalhador em junta de freguesia)

Destacamos um aspeto importante na intervenção social em Cascais – a sua multidimensionalidade; há um entendimento de que a intervenção social está intrinsecamente ligada a outras dimensões da governação, como o ordenamento do território e urbanismo, a economia e o mercado de trabalho, o ambiente e a saúde, a educação e a formação ao longo da vida, a cultura e o lazer, a mobilidade e os transportes. Assim, estabelece-se uma visão integrada do desenvolvimento local, que envolve a concertação entre todas as partes interessadas e a articulação dos diversos instrumentos de planeamento local, elementos imprescindíveis para uma boa governação.

Sendo importante notar a quantidade de iniciativas em diferentes áreas que fazem frente às questões do envelhecimento de forma multidimensional, surge a dificuldade de uma visão integrada dos objetivos neste âmbito. A divisão que se deu na criação das plataformas, surgiu a partir das necessidades identificadas, que foi primeiramente o envelhecimento com dependência. Este era o desafio mais premente nas décadas anteriores, sendo que o envelhecimento saudável e ativo vem surgir posteriormente.

As várias plataformas integradas da rede, organizadas por temáticas, com organizações e profissionais da área, procuram responder a desafios conjuntos e partilhar dificuldades e boas práticas, criando planos de ação que vão responder ao Plano de Desenvolvimento Social. Estas sub-redes temáticas organizam-se em função de objetivos comuns e desenham o seu plano de ação, adaptando-se continuadamente para responder aos objetivos dos PDS aprovados em CLAS. As Plataformas e sub-redes diversas que integram a Rede,

tendo surgido a diferentes ritmos e tempos, à medida das necessidades identificadas pelo concelho, atualmente estão em processo de consolidação. Havia uma preocupação que se divide em duas partes: por um lado, perspetiva-se uma intervenção para pessoas com maior dependência (no envelhecimento com dependência), e outra que não será tão direcionada para as pessoas com dependência e que começa muito mais cedo e está relacionada com o envelhecimento ativo.

Existe uma tendência para a unificação, aglomerando todas as respostas na área do envelhecimento e velhice apenas numa Plataforma, para ter uma visão global do envelhecimento. Um exemplo desta dinâmica é a proposta de integração da Comissão da Pessoa com Deficiência na PEMC. O envelhecimento das pessoas com deficiência é uma face do envelhecimento e da longevidade que tem surgido como uma preocupação recente nas agendas de políticas públicas. Sendo o envelhecimento das pessoas com deficiência frequentemente um processo mais precoce, é preciso incluir estas preocupações nas políticas relacionadas com o envelhecimento. As respostas para as pessoas mais velhas não têm tido esta área em conta, sendo que esta vontade revela um avanço importante no alcance de uma abordagem de ciclo de vida e uma visão integrada do envelhecimento

## **PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL 2020-2030 (PEDS)**

Em 2020 é lançado pela Rede Social o Plano Estratégico de Desenvolvimento Social 2020-2030 (PEDS). Este é o instrumento central que guia as políticas sociais locais neste período. Surge em resposta à necessidade de uma maior coordenação entre as 25 sub-redes que integram a plataforma, aparecendo como um chapéu que guia a ação concertada destas.

Alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a sua elaboração sustentou-se no Diagnóstico Social de Cascais (2018). Com 2 Eixos (Eixo I - Desenvolvimento Social; Eixo II - Desenvolvimento da Rede Social) e 7 objetivos, e 101 medidas, o envelhecimento/velhice e as políticas sociais ocupam um lugar de destaque.

Com este plano no horizonte de uma década, em 2021 são criados 2 Planos quadriennais para a implementação de cada um dos 2 eixos: em junho de 2021 é lançado o Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social 2020-2023, e em setembro do mesmo ano é lançado o Plano de Iniciativas de Desenvolvimento da Rede 2020-2023.

O PEDS estabelece um marco estratégico na orientação das políticas sociais do concelho, tendo existido PDS anteriores, é com este plano que se alinham todas as plataformas temáticas para que construam os seus planos de ação de forma orientada para o PEDS (entrevista). Estabelecem-se os seguintes objetivos estratégicos:

**Objetivo 1** - Enfrentar os Desafios Demográficos da Natalidade, do Envelhecimento e da Longevidade;

**Objetivo 2** - Promover a Inclusão e Proteção Social dos Grupos mais vulneráveis;

**Objetivo 3** - Garantir os Direitos e Promover a Igualdade de Oportunidades dos Diferentes Grupos Populacionais;

**Objetivo 4** - Reforçar a Coesão Socio-Territorial.

Tendo o 1º objetivo um enfoque especializado nas questões do envelhecimento e velhice, importa denotar que dentro dos restantes objetivos a população mais velha também é alvo e beneficiária de várias medidas, uma vez que estas se constituem como um grupo populacional, são uma população mais vulnerável à pobreza, e a questão da coesão socio-territorial se aplica de forma aguda no que toca à distribuição territorial das respostas para esta população.

O PEDS surge também alinhado com os conceitos, princípios e objetivos com a ENEAS 2017-2025, observando-se de forma aprofundada as questões do envelhecimento ativo e uma perspetiva de ciclo de vida. Havendo um reconhecimento da existência de uma intervenção muito centrada na velhice, muito centrada na dependência, em que a componente do envelhecimento ativo era por projetos muito concretos, pretende-se atualmente a criação duma visão mais estratégica e de longo prazo da conciliação, que concilie uma dimensão de ciclo de vida com um processo planeado de criação de iniciativas de curto-médio prazo, apoiando as organizações da Rede nesta transição.

## **PRINCIPAIS PROGRAMAS, PROJETOS E INICIATIVAS PROMOVIDOS PELO CONCELHO**

Com diversos projetos, iniciativas e medidas ao nível da Câmara Municipal de Cascais e/ou ao nível mais local das juntas de freguesia e das entidades sociais no terreno, a maior parte destas está alinhada com o PEDS 2020-2030. Grande parte das medidas analisadas adiante pertencem aos objetivos e iniciativas do Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social para 2022, que surge a partir do Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social do quadriénio 2020-2023 (PID). Este, sobre o qual nos debruçamos de forma mais atenta, foi produzido pelas 25 sub-redes que integram a Rede Social, e irá ser implementado durante os quatro anos por estas estruturas de parceria, orientado pelos 4 objetivos estabelecidos no PEDS.

Estes planos incluem um sistema de planeamento e avaliação, na plataforma, com metas e indicadores, de forma a avaliar a perspetiva da concretização das iniciativas. Um aspeto a ter em conta antes de iniciar esta descrição é que a realização do planeamento do PIDS 2020-2023 se deu exatamente antes de surgir a pandemia da Covid-19, o que veio colocar importantes entraves à concretização de diversas medidas, o que trouxe o atraso ou até o cancelamento de algumas das medidas que foram propostas em 2020. Falaremos adiante sobre esta questão. Não tendo sido realizadas algumas das medidas previstas, houve uma forte mobilização para o desenvolvimento de respostas de emergência e de curto prazo, particularmente na mobilização ao nível local e comunitário.

A análise das medidas e iniciativas é central para percebermos o estado da arte das políticas sociais na área do envelhecimento e velhice uma vez que abrangem o “núcleo duro” destas iniciativas. No entanto, sendo uma das visões fundamentais deste projeto uma abordagem integrada e multidisciplinar da temática do envelhecimento e da velhice, neste capítulo observamos de que forma estão distribuídas as principais medidas e iniciativas no concelho tendo como abordagem de análise o enquadramento das cidades e comunidades amigas do envelhecimento. Este permite-nos ir para além da observação do envelhecimento como elementos das políticas sociais e resumido às questões sociais e de saúde, observando-o como uma problemática que atravessa todos os domínios das políticas públicas, dos transportes à habitação, da comunicação ao emprego e participação cívica.

Esta opção é-nos útil pois permite integrar a perspetiva global do envelhecimento que o concelho tem vindo a priorizar e permite dar conta das áreas em que o concelho tem dado maior ou menor resposta, apresentando no final deste capítulo os principais desafios e caminhos possíveis de futuro, registados a partir da análise realizada neste capítulo assim como a partir das entrevistas que foram realizadas a diferentes atores representantes da área do envelhecimento junto da CMC, das diferentes juntas e de algumas IPSS presentes no concelho e com uma atuação fundamental nesta área.

Na Câmara Municipal de Cascais, as políticas direcionadas para o envelhecimento são da responsabilidade da Divisão de Promoção da Infância e do Envelhecimento Ativo, dentro do Departamento de Coesão e Desenvolvimento Social.

O 1º objetivo do PEDS debruça-se sobre os desafios demográficos do envelhecimento, da natalidade e da longevidade. Associados ao envelhecimento, apontam-se os riscos de dependência e de isolamento, exigindo “uma capacidade de aumentar e flexibilizar as abordagens e os cuidados sociais e de saúde, que respeitem a autonomia potencial das pessoas e preservem a sua dignidade e singularidade” (2019: 6). Neste objetivo inclui-se também a necessidade de implementação de medidas para a prevenção e qualidade de vida, e de implementar medidas de apoio aos cuidadores e cuidadoras informais, prevenindo-se a implementação do descanso do/a cuidador/a informal.

Em relação aos equipamentos sociais, prevê uma série de medidas para a reconfiguração/flexibilização de respostas sociais dirigidas a pessoas em situação de dependência no domicílio e respostas institucionais de dia, a criação de EADs (Saúde Mental) e reforço das respostas de SAD, o alargamento e reforço dos cuidados continuados integrados e o alargamento e qualificação das respostas residenciais para pessoas idosas (ERPI).

## **ENVELHECIMENTO ATIVO**

Uma das medidas a destacar no PIDS é a “Promoção de respostas flexíveis para o envelhecimento ativo e saudável acautelando a diversidade de perfis”, com 11 projetos para o concelho de Cascais em diversas áreas: desconstrução de ideias sobre velhice, espaços sénior, atividades físicas (caminhadas), culturais e artísticas, teatro, criação de produtos para venda (*Merchandising Social*), laboratório de competências transversais e ações de sensibilização de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Algumas são intergeracionais, outras específicas para população mais 50. Tendo havido várias propostas no PIDS 2020-2023, apenas algumas se realizaram, enquanto outras foram adiadas ou mesmo canceladas e substituídas por outras.

Com várias temáticas, a maioria dos projetos destinou-se ou destina-se, os que estão a decorrer (ou previstos para este ano) a pessoas mais velhas utilizadoras de respostas sociais, como o projeto Nós e os Outros, o projeto Ir, Ver, Olhar e Descobrir, sendo dinamizadas pela PCCES.

Fora do PDS, o projeto Pedalar Sem Idade consiste num passeio gratuito de Trishaw com a Pedalar Sem Idade Cascais no Município, que se destina à população 65+ e/ou com mobilidade reduzida da comunidade e/ou institucionalizadas em IPSS do concelho. O Pedalar Sem Idade é um movimento internacional sem fins lucrativos, constituído por voluntários (Pilotos) que se dedicam a apoiar as pessoas idosas das suas comunidades, realizando passeios gratuitos de 30 a 60 minutos em bicicletas preparadas para o efeito.

Também o projeto Seniores em Movimento organizado pela CMC se dirigiu a munícipes com idade igual ou superior a 65 anos integrados em Centro de Convívio, Centro de Dia, Espaço Senior ou Universidade Sénior da Rede Solidária. Este é um programa de continuidade renovado anualmente, com aulas de hidroginástica, 2 vezes por semana, com um valor de 25 euros para a inscrição/seguro, e um valor de mensalidade de acordo com escalão de rendimento per capita, sendo a mensalidade máxima de 25 euros.

Existem projetos planeados que pretendem integrar o cruzamento entre gerações, como o “Cozinhas com Afetos”, cruzando alunos da escola de hotelaria e turismo com pessoas mais velhas numa perspetiva da valorização dos saberes destas pessoas; ou o projeto “Cartas com História”, em que se trocam cartas entre estudantes do 3º ciclo e pessoas mais velhas de 4 entidades (Associação Social dos Idosos da Amoreira; Associação Social Nossa Senhora das Neves e duas de Carcavelos-Parede; Associação de Reformados e Idosos do Murtal e é uma instituição; Clube Desportivo de Sassoeiros que é uma Universidade Sénior de Sassoeiros), ou ainda o “Plantar Relações”, em que jovens e pessoas idosas plantam árvores na Serra de Sintra, em articulação com a Cascais Ambiente e onde se retiram as espécies invasoras.

Tendo em conta a característica de que grande parte das iniciativas se destina a utilizadores de respostas sociais como os centros de dia e os centros de convívio, existem alguns projetos que começam a esbater estas limitações, como foi o caso do projeto “Laboratórios OHficina”.

Também o programa municipal dos Vales Desportivos se destinou a todos os municípios seniores a partir dos 65 anos, consistindo na oferta de atividades físicas dinamizadas por organizações desportivas do concelho (clubes aderentes), proporcionando mensalidades no valor máximo de 25€, que variam consoante o escalão de rendimento IRS do município.

O Fórum Concelhio para a Promoção da Saúde coordena também duas iniciativas no domínio do envelhecimento ativo, que visam promover a transição para uma reforma ativa, assim como um envelhecimento saudável, que se destinam à comunidade em geral.

Ao nível das juntas de freguesias, apontando como grande limitação esta ausência de medidas e iniciativas para toda a comunidade, apenas a União de Freguesias Cascais-Estoril concebeu algumas medidas, como a Caminhada com Afetos ou a Oficina de Teatro (Cascais-Estoril). Esta é também a única das 4 juntas que tem os seus próprios Espaços Senior, que alocam uma grande parte dos seus recursos financeiros.

Diversas IPSS contêm as duas populações (sénior e a área da infância), o que tem possibilitado a intergeracionalidade de uma forma muito constante, como é o caso do projeto “dos 0 aos 100” do Centro Paroquial do Estoril.

Sendo um dos eixos estratégicos da PCCES a intergeracionalidade, é um objetivo que se integra em grande parte destas medidas integradas no PIDS que são da responsabilidade desta Plataforma.

## **ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

Na área da saúde têm sido desenvolvidos importantes projetos no município, tendo-se dado um passo marcante no apoio e cuidados aos cidadãos com o lançamento em 2021 de uma rede de Serviços Locais de Saúde e Solidariedade Social (SL3S), acompanhada pelo lançamento de um novo site – VidaCascais.pt. A Rede SL3S resulta de uma parceria da autarquia com diversas entidades como as 4 Juntas de Freguesia do concelho, a Santa Casa da Misericórdia de Cascais, a Delegação da Costa do Estoril da Cruz Vermelha Portuguesa e das Fundações D. Luís I e Cascais.

Para além de medidas já existentes como o apoio alimentar, escolar, o transporte adaptado, os rastreios e os testes serológicos, foram criados novos apoios importantes: (a) as teleconsultas de Medicina Geral e Familiar e de Pediatria, com a possibilidade de entrega de medicamentos ao domicílio (desenvolvidas em parceria com o Serviço Médico Permanente); (b) as consultas em Cabine de Saúde (em parceria com a Médis e a Fundação Cascais), em que os residentes de Cascais podem usufruir de forma gratuita de consultas de medicina geral e familiar asseguradas por um médico, com possibilidade de realização de exames de diagnóstico e check-up. Trata-se de um seguro de saúde Médis em que o tomador é a Câmara Municipal de Cascais, ao qual o munícipe poderá aderir.

Para aceder a estes serviços é necessário ser residente em cascais e ser portador do Cartão Viver Cascais (O Cartão físico tem um custo de 7 euros e o cartão digital não tem custos associados). Para além destes apoios existem também os serviços de médico ao domicílio e de enfermeiro, no entanto, estes têm custos (45 euros e enfermeiro desde 30 euros).

Existem vários apoios direcionados para munícipes em situação de dependência e com fracos recursos económicos, nomeadamente as ajudas técnicas (cadeira de rodas, andarilhos, bengalas, entre outras) e o protocolo “Melhor saúde – fraldas para adultos”. O protocolo farmácias, parceria entre a Câmara Municipal de Cascais e 30 farmácias do Concelho de Cascais e 26 organizações concelhias com intervenção, visa garantir uma maior acessibilidade ao medicamento por parte de munícipes com menores recursos sociais e económicos, em contexto de doença crónica, súbita, endémica e relacionada com o processo de envelhecimento por associação ao aumento crescente da esperança média de vida. No apoio à obtenção de medicamentos, com comparticipações de 50 ou 100%, apenas podem beneficiar os munícipes sinalizados que auferiram um rendimento individual igual ou inferior a um valor pré-definido.

Central no desenvolvimento das políticas de saúde no concelho é o Fórum Concelhio para a Promoção da Saúde, estrutura de parceria local formalmente constituída a 21 de outubro de 2015 que integra 56 entidades membros do setor público local e organizações com

e sem fins lucrativos, e que tem entre os seus objetivos a promoção de um espaço de encontro, diálogo e concertação estratégica em torno da promoção da saúde; a definição e implementação de uma Estratégia Local de Promoção da Saúde; a promoção da capacitação das pessoas como agentes da sua própria saúde; monitorizar indicadores e divulgar recursos concelhios em torno da saúde e influenciar a agenda política local, produzindo recomendações, propostas e medidas de política. Em 2021 foi lançada a Estratégia Local de Promoção de Saúde 2022-2025.

Neste âmbito, destacamos a Academia da Saúde, espaço físico destinado a informar o público em geral sobre recursos concelhios em saúde, através atendimento e encaminhamento, divulgando iniciativas, eventos em saúde, acolher ideias e propostas de promoção em saúde realizar, bem como um espaço online que dá a conhecer equipamentos, parcerias e recursos em saúde do concelho e de como esta se promove

Associada à Academia da Saúde está a linha Senior Cascais, Serviço de atendimento telefónico através do qual se podem obter informações sobre as mais variadas temáticas relacionadas com a faixa etária sénior: abandono, solidão, violência doméstica, ação social, serviços, projetos e equipamentos existentes, habitação, isolamento, lazer, legislação, obrigações familiares, respostas sociais, entre outras.

Para além das iniciativas e serviços no nível municipal, os parceiros locais e as juntas de freguesia também complementam os apoios na saúde com serviços variados e diferenciados, deixando abaixo dois exemplos, um da Alzheimer Portugal, outro da Junta de Freguesia de São Domingos de Rana.

Por fim, outro marco importante foi a criação do Provedor do Idoso, aprovado por unanimidade na 36<sup>a</sup> reunião ordinária do Executivo Municipal da CMC, em dezembro de 2021<sup>79</sup>.

---

79 <https://www.cascais.pt/noticia/camara-reforca-apoios-e-cria-provedor-da-crianca-e-do-idoso>

## Caixa 10 - Projeto Cuidar Melhor

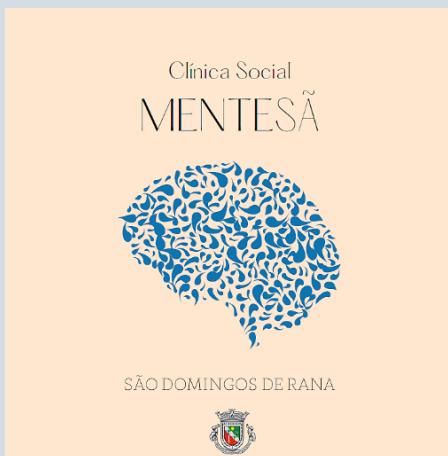


Projeto direcionado para a demência que contem vários parceiros - Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação Montepio, Associação Alzheimer Portugal e Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - aos quais se associaram a empresa Sonae Sierra e os Municípios de Almada, Cascais, Oeiras, Peniche e Sintra.

Os Gabinetes Cuidar Melhor realizam atendimentos presenciais e prestam um leque alargado de serviços às pessoas com Demência e a todos aqueles que direta ou indiretamente convivem com elas, familiares, amigos e profissionais que lhes prestam cuidados.

Sendo os serviços de informação e encaminhamento gratuitos, os serviços de apoio psicológico, avaliação neuropsicológica, estimulação cognitiva e formação são pagos (tabela de preços sociais).

## Caixa 11 - Clínica Social Mente Sã - JF de São Domingos de Rana



Projeto que pretende dar resposta às necessidades sentidas na área da Saúde Mental pelos cidadãos residentes na freguesia que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Inclui: Psicologia Clínica, Psicoterapia, Aconselhamento Parental, Terapia de Casal, Pediopsiquiatria, Psiquiatria e Terapia da Fala.

Preços: Entre os 18 e os 35 euros.

Consultórios: Abóboda, Tires e Trajouce

## CUIDADOS INFORMAIS E FAMILIARES

Para além dos esforços de investimento em mais respostas de ERPI, SAD e centro de dia, os cuidados prestados no domicílio constituem ainda a maior fatia de cuidados prestados às pessoas idosas em situação de dependência.

Assim, é importante olhar para as medidas que podem afetar a prestação de cuidados a estas pessoas no domicílio.

No âmbito da conciliação entre o trabalho e a vida familiar e pessoal apontada como um elemento importante, previu-se um estudo de levantamento das práticas de conciliação da vida familiar, pessoal e profissional dos trabalhadores das organizações da Rede Social, através de um inquérito, divulgado em março de 2021.

Nos resultados do inquérito é visível uma falta de respostas na área do envelhecimento. De 59 organizações inquiridas, uma entidade dispõe de uma ERPI e duas organizações dispõem de centros de dia e convívio, e duas de SAD. Três organizações referiram ter acordos com centros de dia, nos quais os familiares dos/as trabalhadores/as têm acesso facilitado (entendendo-se por acesso facilitado fatores como prioridade de inscrição, custos mais baixos ou a redução de deslocações por as respostas ou serviços se encontrarem localizadas perto do local onde os/as trabalhadores/as exercem as suas funções).

Para além disto, cinco organizações referiram ter estes acessos relativos a ERPI e a Centros de Convívio, e onze organizações revelaram ter pelo menos um protocolo ou acordo com serviços externos de apoio para familiares de trabalhadores/as com condições de acesso facilitado ou preços reduzidos, na maioria dos casos relacionados com crianças e jovens.

Quanto à possibilidade de as organizações darem apoio financeiro aos seus trabalhadores e trabalhadoras para pagamento de serviços de apoio aos seus familiares, apenas existem no âmbito dos serviços dirigidos a filhos dos trabalhadores/as – para jardins-de-infância e creches.

Apontando os resultados do inquérito para uma ausência de possibilidades quanto aos cuidados de pessoas mais velhas, seria uma área sobre a qual atuar, criando protocolos para a conciliação em diferentes entidades, como os que existem para os cuidados infantis.

As pessoas que cuidam informalmente, como principais provedores de cuidados a pessoas em situação de dependência, em particular das pessoas mais velhas, têm sido cada vez mais alvo de atenção pública e política ao nível local também. Tendo o Estatuto do Cuidador Informal sido primeiramente aplicado por projetos piloto em 30 municípios nos quais não tinha sido incluído Cascais, o município criou o seu próprio programa, deno-

minado Cascais Cuida. No entanto, a medida ficou aquém das expectativas, com uma baixíssima adesão ao programa. Havendo muitas variáveis possíveis (para a não adesão), a pandemia veio tornar mais complexa a análise. Tendo o Estatuto do Cuidador Informal sido generalizado ao território nacional no início de 2022, será necessário garantir também que os municípios têm acesso a informação sobre o Estatuto. Neste aspeto, é importante que os técnicos das entidades locais estejam informados sobre os apoios existentes, para promover o uso destes.

Prevendo-se um voucher de horas que permite o descanso do cuidador através de um conjunto de pessoas com formação e competências adequadas para a prestação de cuidados no domicílio da pessoa cuidada; Formação e informação à medida no domicílio; Acompanhamento psicológico e Grupo de apoio psicológico on-line, o projeto teve como objetivos capacitar o cuidador na prestação de cuidados; reduzir a sobrecarga do cuidador na tarefa de cuidador na tarefa de cuidar; e integrar o cuidador numa rede de apoio.

As razões para a baixa adesão em qualquer um dos apoios (exceto o apoio online) não estão analisadas. No entanto, está em marcha o processo de renovação deste projeto com o objetivo de fazer face a estes resultados e alcançar um maior número de pessoas. Com exceção do acompanhamento psicológico online, os restantes apoios são comparticipados pela pessoa em função dos seus rendimentos.

Existem outras medidas que deveriam ser incluídas no âmbito do apoio aos cuidadores informais. A existência de gabinetes de informação e apoio (como o Gabinete Cuidar Melhor da Alzheimer Portugal), o acesso a apoios sociais e a apoio psicológico; a criação de grupos de apoio; a continuação de procura de respostas não só no âmbito do descanso do cuidador, mas na melhoria das condições de conciliação, através de respostas como as que foram averiguadas no questionário sobre conciliação realizado em 2019, são medidas tão importantes como o descanso do cuidador informal. O acesso do cuidador a medidas que facilitem o acompanhamento da pessoa cuidada, como o acesso gratuito ao estacionamento, são medidas a considerar, uma vez que apoiar os cuidadores é também apoiar as pessoas cuidadas, e tendo em conta o perfil de ambos, uma grande fatia desta população é envelhecida.

## **ISOLAMENTO**

O *isolamento e solidão das pessoas mais velhas* é uma das áreas em que se tem verificado uma crescente preocupação política e social ao nível do concelho de Cascais. Sendo uma problemática a ser enfrentada já nos últimos Planos de Desenvolvimento Social no Concelho, no PIDS 2020-2023, é uma das áreas com mais medidas previstas, estabelecendo-se como desafio principal identificar pessoas e implementar medidas.

A iniciativa do Combate ao isolamento e solidão das pessoas idosas integrada em resposta social, coordenada pela PEMC, constituiu-se pelo levantamento e diagnóstico de clientes integrados em resposta social (Centro de Dia, SAD e ERPI) que estivessem em situação de “isolamento e solidão” e no levantamento e sistematização de projetos realizados nas instituições em que o foco da intervenção concorra para o combate ao isolamento e solidão das pessoas idosas, tendo como objetivo a implementação de novas medidas e/ou reajustamento das existentes adequadas às necessidades identificadas no diagnóstico. Este estudo/levantamento foi realizado em parceria com a ESSA e o ISCTE. No plenário da PEMC de 30 de novembro de 2021 foram apresentados os resultados preliminares deste projeto.

Do universo das 21 Instituições da PEMC participaram apenas 13 Instituições, correspondendo a 7 Centros de Dia, 4 ERPIS e 8 Serviços de Apoio Domiciliário, o que perfaz um total de 19 Respostas Sociais; a amostra recolhida caracteriza-se por um total de 322 pessoas idosas, sendo 68,8% mulheres e 31% homens. 45% estão inseridos na Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário, 28% em Centro de Dia e 27% em ERPI; desta amostra apenas 13 pessoas idosas (o que corresponde a apenas 4%) auto percecionaram sofrer de solidão.

A adesão das instituições foi baixa no preenchimento do inquérito, e os resultados existentes não parecem indicar que existe um problema de isolamento e solidão nos utilizadores destas respostas. Este estudo, sobre o qual não foram divulgados ainda os aspetos metodológicos e os resultados finais, foi realizado em contexto de pandemia, o que criou uma dificuldade acrescida e fatores de alteração de contexto que poderão ter influenciado a execução e resultados do estudo.

## **Caixa 12 - Projeto Sementes de Esperança**

Desenvolvido no Centro Comunitário – Paróquia da Parede, o projeto “Sementes de Esperança” tem como principal objetivo – o acompanhamento de pessoas idosas ou dependentes, em situação de isolamento e / ou dependência, residentes na freguesia da Parede, ou a título de exceção, residentes em áreas geográficas limítrofes. Este acompanhamento é realizado por voluntários (sempre que possível, em equipas de dois elementos), com uma periodicidade semanal, através da realização de visitas domiciliárias. A sinalização das situações pode ser realizada através de qualquer entidade ou cidadão que tenha conhecimento da situação em causa, diretamente para o CCPP.

Para além deste estudo levado a cabo ao nível do município, destacamos que o PIDS 2020-2023 previa um conjunto generoso de medidas, em todas as freguesias, que continham objetivos variados desde o levantamento de dados e um diagnóstico de necessidades das pessoas idosas em situações de solidão e isolamento e encaminhamento de situações para respostas adequadas face às necessidades, até projetos de acompanhamento ao domicílio de pessoas idosas em situação de isolamento e/ou solidão. Alguns destes projetos previam uma articulação com outras entidades, como os serviços de saúde e forças de segurança pública. Um aspeto destes projetos é que eram maioritariamente baseados em voluntariado. Com um planeamento ambicioso, a maior parte destes projetos não se realizou, o que se deveu, em particular, à situação pandémica.

Existe um aspeto interessante a destacar neste âmbito. Se por um lado, várias destas medidas não se realizaram, e o risco de solidão e isolamento aumentou durante o período pandémico, especialmente durante o primeiro ano, por outro, houve uma forte mobilização das entidades locais para o apoio à população mais vulnerável, que, em alguns casos, permitiu um contacto mais próximo do que até àquele momento. Se, por um lado, as instituições vieram suspensas algumas respostas, nomeadamente centros de dia e de convívio, por outro foram mobilizados recursos para apoio no domicílio. As pessoas idosas foram visitadas pelos técnicos das instituições, havendo uma aproximação de um período particular. Também no caso dos apoios que foram criados para a realização de compras de supermercado e/ou de farmácia com entrega ao domicílio das pessoas mais velhas (UF Cascais Estoril e UF Carcavelos Parede), estas visitas frequentes acabaram por assegurar um tipo de apoio que contribui diretamente para a diminuição do isolamento destas pessoas.

As forças de segurança também têm tido um papel fundamental no combate ao isolamento das pessoas idosas. Em Cascais, a PSP atua em todo o território, exceto na freguesia de Alcabideche, em que atua a GNR.

Neste âmbito, a PSP e a GNR têm o projeto “Apoio 65 – Idosos em segurança”, uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa apoiar as camadas da população mais desfavorecidas/vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas, principalmente os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais mais ativos.

A PSP tem ainda o projeto “A Solidariedade não tem idade – A PSP Com os Idosos”, uma iniciativa que visa garantir as condições de segurança e tranquilidade das pessoas idosas e deste modo prevenir e evitar situações de risco. No cumprimento destas missões e na sinalização das pessoas idosas, entre os principais fatores de risco estão a insuficiência económico-financeira, a falta de autonomia (deficiências físicas e/ou mentais), ter um quadro clínico grave (falta de acompanhamento médico e familiar), a exclusão social completa (enclausura no domicílio) e a ausência de rede de contatos (ninguém a quem recorrer em caso de necessidade/urgência como familiares ou vizinhos).

Estas duas forças de segurança, além do policiamento em lugares públicos e sinalização de possíveis casos de risco, realizam também ações de sensibilização junto de diferentes entidades locais. A GNR tem também o Censos Sénior, o que ajuda a mapear situações de isolamento e/ou solidão no território.

## **TRANSPORTES**

A existência de transportes económica e fisicamente acessíveis à população, com horários diversos e frequentes e com uma dispersão equilibrada por todo o território é um facilitador essencial para a participação social, combatendo também de forma indireta o isolamento. Neste sentido, o Programa MobiCascais foi um avanço central para as políticas de mobilidade no território cascalense.

Para além deste programa geral para o município, é importante ter em conta as diferentes capacidades funcionais dos residentes e dos utilizadores de serviços e respostas sociais no concelho. Neste sentido, sublinhamos a existência do apoio “transporte adaptado”, para cidadãos com mobilidade condicionada, residentes no concelho de Cascais ou fora, desde que beneficiem da resposta social com regularidade no concelho e desde que o transporte se inicie dentro do concelho de Cascais. Este apoio é sujeito a uma avaliação da condição de recursos do agregado familiar.

É importante destacar também a existência de iniciativas como a Associação de Apoio Social dos Amigos da Paz, que permite que os utentes do seu centro de convívio possam, através do apoio de voluntários, que realizam o transporte, deslocar-se do centro para a sua residência e vice-versa (caixa 15).

Para a inclusão e participação social de todos os cidadãos, incluindo a população com diferentes conhecimentos e capacidades no nível da comunicação, é necessário pensar no eixo da informação e da comunicação.

### Caixa 13 - MobiCascais



Iniciado em Janeiro de 2020 o MobiCascais introduziu o transporte rodoviário municipal gratuito (carreiras que circulam exclusivamente dentro do concelho) para todos os residentes, trabalhadores e estudantes no concelho.

Através da aquisição do Cartão Viver Cascais\*, válido em todas as linhas de autocarros municipais, ou seja, todas as linhas que circulam apenas dentro do concelho de Cascais.

### Caixa 14 - Transporte de Utentes

Projeto com início em 1 de março de 2021 pela Associação de Apoio Social dos Amigos da Paz - Bicesse e Realizado por voluntários.

Realiza o transporte dos utentes do Centro do Convívio das suas residências para a instituição e vice-versa, de 2.ª a 6.ªfeira, no período das 13h30 às 14h30 e das 17h às 18h00.

Em novembro de 2021, o ISCTE premiou o “Programa Vida Cascais”<sup>80</sup>, no âmbito da 3.ª edição do seu Prémio de Políticas Públicas, ao reconhecer que esta foi a medida que mais se destacou ao nível da administração local no último ano em Portugal, em especial no quadro da pandemia Covid-19, contribuindo para a recuperação na área da saúde. Através do “Programa Vida Cascais”, o município criou um Sistema Local de Saúde e Solidariedade Social (SL3S) que oferece 45 soluções de Saúde, Apoio social, Bem-estar e Envelhecimento Ativo. Esta plataforma, que faz uso das tecnologias digitais, é gratuita e universal para todos os residentes do concelho. De entre as soluções mais populares destacam-se as teleconsultas de Medicina Geral e Familiar, a Cabine de Saúde e o médico ou enfermeiro ao domicílio.

80 <https://vida.cascais.pt/>

Ainda neste âmbito, mas na área desportiva, cultural e associativa, Cascais tem a Aplicação 360<sup>81</sup>, que oferece toda a informação de eventos (desportivos, culturais, infantis, de associativismo, ou outros) e espaços a visitar (museus, parques e jardins, bibliotecas, etc.) Esta permite facilmente encontrar informação útil sobre workshops, formações, exposições, espetáculos e eventos desportivos planeados, assim como saber tudo sobre os espaços onde decorrem, desde a sua localização à sua descrição. O Cascais 360 disponibiliza, ainda, um conjunto de rotas que permite ao utilizador conhecer o concelho através de diferentes percursos.

Havendo esta grande aposta no digital, é necessário continuar a garantir o acesso à informação através de meios presenciais e materiais físicos, como será falado pelos participantes dos workshops. A OMS recomenda a inclusão no acesso a informação para a garantia dos direitos das pessoas idosas. Para além da disponibilização de informação noutras formatos, o apoio para a democratização do acesso à tecnologia através de formações é muito importante, e várias entidades em Cascais têm elaborado projetos neste sentido, como apresentamos agora.

## TECNOLOGIAS

A área da tecnologia, importante na vida quotidiana de cada vez mais pessoas e cada vez mais disseminada, é uma área na qual vários autores destacam (van Hoof & Marston, 2021) que é fundamental incidir e sobre a qual elaborar medidas *age-friendly*. No PIDS, sublinha-se a medida “/ntrodução de soluções tecnológicas com grupos específicos da população, nomeadamente pessoas idosas, pessoas com incapacidade e/ou dependência”. No nível concelhio existem dois grandes programas com atuação neste âmbito: Academia Móvel e Fórum Digital, e no nível das freguesias, previa-se a realização da iniciativa Rede + Próxima, coordenada pela Comissão Social de Freguesia de Alcabideche (não aconteceu).

A Academia Digital da Delegação da Costa do Estoril da Cruz Vermelha Portuguesa é um projeto de empreendedorismo social, em parceria com a Câmara Municipal de Cascais, que pretende levar a aprendizagem e a troca de conhecimentos à casa de todos os séniores do concelho de Cascais. Constitui-se como uma Plataforma de Aprendizagem Informal para munícipes a partir dos 50 anos, que permite o acesso gratuito a informação e conhecimento através de aulas on-line, lecionadas por professores voluntários, nas mais variadas temáticas, entre as quais o Projeto Academia Móvel, já finalizado, que teve por objetivo proporcionar aos munícipes séniores, utentes das instituições da rede solidária a aquisição de conhecimentos no âmbito das tecnologias de comunicação e informação,

---

81 <https://360.cascais.pt/>

enquanto estratégia de inclusão, participação social e combate ao isolamento.

Os principais benefícios são a estimulação da motivação para as novas tecnologias, o desenvolvimento de competências de utilização e navegação na internet e a promoção do convívio intergeracional. Ao nível local, existem instituições com projetos próprios, como é o caso do projeto @aprender.SAD (caixa). Destacamos ainda o projeto “Voluntariado Intergeracional”, premiado pela Confederação Portuguesa de Voluntariado (caixa).

Vale a pena sublinhar a grande utilização de voluntariado neste âmbito. Sendo uma mais-valia para o concelho e uma forma de participação social muito importante, é fundamental garantir que certos serviços e apoios não dependam apenas deste tipo de mobilização da comunidade e que sejam garantidos como direitos de todos os cidadãos.

### **Caixa 15 - Projeto @aprender.SAD**

Projeto do centro comunitário Paróquia da Parede tem como propósito ir ao encontro da inclusão digital do utente sénior afeto à resposta social do Serviço de Apoio Domiciliário. Pretende-se através deste projeto ensinar aos utentes de SAD como usar um tablet, de forma a melhorar a sua qualidade e satisfação de vida, através de novas aprendizagens, estimulação cognitiva e ensinando ferramentas de comunicação online.

“@aprender.SAD” pretende igualmente formar as AAD e voluntários com conteúdos formativos para que os tablets sirvam com uma ferramenta de trabalho, estimulação e interação com os utentes de SAD.

## **INCLUSÃO SOCIAL DE PESSOAS MAIS VULNERÁVEIS**

O 2º objetivo do PEDS centra-se na inclusão e proteção social dos grupos mais vulneráveis. Destaca-se neste âmbito a medida do PIDS 2020-2023 de monitorização da evolução qualitativa e quantitativa das pessoas em situação de pobreza e exclusão social. Tendo em conta o risco de pobreza e exclusão social das pessoas mais velhas, em particular das mulheres e outras minorias sociais, esta monitorização é importante também neste aspeto. Neste sentido, prevê-se a criação de um Observatório da Coesão Social que sirva de suporte à produção de Diagnóstico(s) Social(s) nas várias áreas de atuação da Rede Social de Cascais. Terá também como objetivos alocar recursos internos para investigação; estabelecer parcerias com a academia e escolas profissionais (nacionais e internacionais) e identificar temas na área do desenvolvimento social para desafiar instituições

académicas para os virem estudar. Este Observatório poderá contribuir de forma profícua para o avanço do conhecimento nas problemáticas mais urgentes do concelho e fornecer ferramentas para uma formulação e avaliação de políticas públicas mais adequadas à realidade heterogénea do concelho.

Na área da privação, o Programa Cascais + Solidário no âmbito dos apoios (alimentar, pecuniário, em produtos de higiene pessoal e habitacional e/ou acompanhamento psicossocial) na Privação, a JF de São Domingos de Rana também inclui o projeto Conserto Solidário, dedicado à realização de pequenas intervenções em casas de pessoas idosas que possam responder às necessidades sentidas no momento (ainda por iniciar). Esta iniciativa vem assim complementar ao nível local um tipo de apoio semelhante que existe ao nível do concelho, chamado Oficina Social que prevê a realização de pequenas reparações/adaptações em habitações privadas de munícipes com 65 ou mais anos e/ou em situação de dependência temporária ou permanente, para os quais a execução destas pequenas obras seja determinante para o seu bem-estar e processo de reabilitação (caixa).

## **PARTICIPAÇÃO CÍVICA**

O 3º objetivo do PEDS pretende “Garantir os direitos e promover a igualdade de oportunidades de diferentes grupos populacionais” reforçando as qualificações (pessoais, sociais,

### **Caixa 16 - Voluntariado Intergeracional**

A Confederação Portuguesa do Voluntariado premiou Cascais na categoria de Revelação, pelo projeto “Voluntariado Intergeracional”, promovido pelo Centro Local de Voluntariado de Cascais em parceria com a NOVA School of Business and Economics, ESSA - Escola Superior de Saúde de Alcoitão e a ESHTÉ - Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril, contando ainda com a participação das instituições da Rede Solidária concelhia com resposta de Centro de Convívio. A primeira fase de implementação beneficiou 49 utentes da Associação Social dos Idosos da Amoreira (ASIA), Associação de Reformados e Idosos do Murtal (ARIA) e Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos, ensinando-os a usar Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC), nomeadamente o Zoom, Teams e Whatsapp para ficarem mais “ligados”.

profissionais, etc.) em grupos específicos como fator de mobilidade social; valorizando a diversidade cultural como um ativo social e comunitário; aumentando a participação cívica e política dos cidadãos no concelho de Cascais, e combatendo diversas formas de discriminação, incluindo a discriminação em função da idade. Este objetivo inclui várias medidas dispersas por diversos grupos sociais. Tendo em conta os dados sobre a participação social, cívica e política das pessoas mais velhas indicados no DSC, esta grande fatia da população não é alvo de esparsas medidas. Existe uma medida que prevê a criação de oportunidades de participação das pessoas com mais de 65 anos na comunidade, através da dinamização de fóruns de discussão sobre as políticas locais; da promoção da sua participação nas organizações; da promoção do voluntariado sénior; “assegurando que os mecanismos já existentes de participação cívica e política integrem este grupo etário, garantindo assim a representação da diversidade populacional”.

Neste sentido, prevê-se a identificação e integração de projetos com boas práticas (55+) e a criação de um concurso municipal, intergeracional que incentive participação saúde e voluntariado intergeracional (M9A2 da Estratégia Municipal de Saúde 21/25) (Medida 1.18). Vale a pena salientar que tendo em conta os objetivos mencionados para esta medida, estas iniciativas ficam aquém do que é proposto.

Existindo uma dimensão focada na promoção de medidas que assegurem os direitos das pessoas idosas e/ou com dependência, a única iniciativa prevista é da Comissão Social de Freguesia Cascais Estoril. O Observatório do Idoso, destina-se a promover e divulgar os direitos das pessoas idosas. Tendo o objetivo de ser um espaço de articulação, informação e sensibilização sobre a promoção dos direitos das pessoas idosas, garantindo o seu bem-estar, a sua dignidade, a sua qualidade de vida e uma participação ativa na vida da comunidade, é um projeto que está em análise para se decidir sobre a sua criação. Prevê-se que apenas 3 deste tipo de iniciativas sejam objeto de avaliação pelos utentes relativamente à garantia dos seus direitos.

Tendo sido previsto no PIDS 2020-2023 uma iniciativa de sensibilização e formação de profissionais sobre violência doméstica, coordenada pelo Fórum Municipal Contra a Violência Doméstica, não temos informação que este se tenha realizado, sublinhando a necessidade de abordar esta problemática, a que a APAV tem dado crescente atenção.

O município aposta fortemente na participação cívica e social dos seus cidadãos, sendo exemplo desta prática os projetos do Orçamento Participativo Municipal e as aplicações móveis FixCascais e CityPoints. Sendo o OP uma oportunidade importante de participação de toda a comunidade, as aplicações móveis têm a particularidade de não serem inclusivas para toda a população. Sendo que essas aplicações têm o objetivo de promover a participação dos munícipes, existe ainda assim uma fatia da população, nomeadamente

as pessoas mais velhas, que podem não utilizar a internet no telemóvel, estar também a contribuir para essa exclusão.

Ainda no âmbito da participação cívica, o voluntariado também é uma grande aposta do concelho de Cascais. A Câmara de Cascais tem uma página oficial dedicada ao voluntariado, chamada Cascais Participa, o que mostra a importância que é dada a esta área pelo município. Existindo diversos programas de voluntariado, o Programa voluntariado Sénior destina-se a munícipes reformados residentes no município, com idade igual ou superior a 65 anos e com perfil adequado para o desempenho de atividades no universo municipal de apoio a iniciativas e serviços na área cultural, ambiental, entre outras. A atividade voluntária desenvolve-se em organizações municipais (serviços e empresas), as entidades enquadradoras, maioritariamente nas áreas ambientais e culturais.

## **COESÃO SOCOTERRITORIAL**

Uma vez que o bem-estar no envelhecimento e velhice está relacionado com diversas áreas, nomeadamente com o planeamento e ordenamento do território, é necessário ter em conta também que o principal documento que orienta o planeamento estratégico do concelho é o Plano Diretor Municipal (PDM), instrumento regulador do planeamento e ordenamento do território. O PDM define o quadro estratégico de desenvolvimento territorial do município, sendo o instrumento de referência para a elaboração dos demais planos municipais. O PDM-Cascais estabelece as orientações e as políticas de ordenamento e de urbanismo para o desenvolvimento sustentável do concelho, numa ótica de coesão territorial.

A acompanhar o PDM, o PIDS inclui um objetivo de reforço da coesão socio-territorial, particularmente importante para uma implementação que tenha em conta a diversidade territorial de Cascais e que entende que o bem-estar vai para além de políticas sociais, incluindo as dimensões de edificado, do urbanismo, da habitação, para além da cobertura das respostas sociais.

Procurando-se reduzir assimetrias territoriais ao nível da distribuição das respostas, serviços e equipamentos sociais nas quatro freguesias do concelho, sendo uma das medidas estratégicas o “Combate à assimetria de respostas sociais para pessoas idosas entre o Norte e Sul da A5”, não existe orçamento mobilizado para esta medida. Podendo diferentes medidas que não estão neste objetivo concorrer para a melhoria desta problemática, como a criação de ERPI e outras respostas sociais, é importante que exista este foco de atenção, bastante referido nos Workshops realizados.

Havendo assim várias medidas previstas, existe uma medida do PEDS 2020-2023 que está ativa até hoje, que é a de melhoria das condições de mobilidade e acessibilidade no espaço público e sua manutenção, “incluindo eliminação de barreiras arquitetónicas; mobiliário urbano adaptado e acessível; gestão do trânsito e centralidade do peão; sinalética acessível, etc.” (PIDS, março 2021). A iniciativa prevista é desenvolvida pela Comissão Social de Freguesia de Carcavelos Parede e chama-se “Acessibilidade para Todos”. Esta consiste em: Levantamento das barreiras arquitetónicas da União das Freguesias Carcavelos e Parede com a participação das Instituições e envolvendo também os seus utentes; sensibilização da população para eliminação das barreiras arquitetónicas nos espaços exteriores às suas habitações com a participação dos tutores de bairro; e definição das prioridades de intervenção e os organismos intervenientes responsáveis pela eliminação das barreiras arquitetónicas identificadas.

Para a medida de alargamento da proteção de pessoas idosas pelas forças de segurança (PSP, GNR e Polícia Municipal) e proteção civil, fortalecendo a sua articulação com os serviços sociais, de forma sistemática e em todo o território concelhio, para além das medidas assinaladas na sinalização e apoio a situações de isolamento, não existem iniciativas específicas nem orçamento do PIDS para este objetivo.

Sendo outra medida do PIDS a criação de soluções habitacionais alternativas para pessoas idosas, o que pretende criar respostas residenciais inovadoras, alternativas aos lares, dirigidas a pessoas idosas, assentes em práticas inclusivas e não estigmatizantes (ex. coabitacão, intergeracionalidade, etc.), acontece o mesmo, não existindo qualquer iniciativa prevista no plano. Relativamente às soluções habitacionais alternativas, este foi também um tópico de relevo nos Workshops e nas entrevistas, sendo de sublinhar a expectativa existente em relação à requalificação do Bairro Marechal Carmona. Com uma população muito envelhecida, a questão do envelhecimento e da habitação foi tratada neste projeto, que se prevê que integre uma visão de intergeracionalidade.

Por fim, destacamos um relato que narra a importância das dinâmicas organizacionais e a atuação concertada. A capacidade de articulação e o bom diálogo a nível central (CMC) mas também com as outras instituições., foi um aspeto destacado de forma generalizada nas entrevistas realizadas.

“Uma das coisas aqui no concelho que é fator motivador tem a ver com o espírito de cooperação – as organizações e a autarquia acabam por conseguir estar muito em sinergia nestas questões, o que é muito motivador. O grande fator motivador é ver os nossos utentes bem, todos os dias nos reinventarmos para criar respostas adequadas às necessidades que vão surgindo. Aqui em Cascais é particularmente desafiante e recompensador – sinto que se tiver um problema e recorrer aos parceiros e à autarquia, até podem não conseguir resolver o problema, mas sinto uma mão estendida para partilhar ideias e procurar soluções e é muito gratificante sentir essa porta aberta”

5.

SEMINÁRIO

## 5. Seminário Inaugural

Tendo como objetivos (a) dar conhecimento ao público em geral da realização do estudo, (b) partilhar informação e conhecimento entre as equipas da CMC e do Iscte, e (c) envolver outros atores na conceção do estudo e estratégia, o seminário foi realizado em torno da pergunta: Como construir um município onde todos possam envelhecer bem?

O elevado número de inscritos no contexto de grande incerteza gerado pela pandemia, mais de 140, foi um sinal positivo da adesão dos municíipes. No sentido de recolher a avaliação por parte dos participantes, foi enviado um inquérito online, que contou com 58 respostas.

Trinta e oito participantes deixaram comentários, na sua grande maioria de apoio e apreciação. Também nesta caixa de comentários e nos workshops, apareceu recorrentemente a ideia de que os temas discutidos no seminário “puseram as pessoas a pensar”. Muitos/as nunca tinham ouvido falar de idadismo, outros/as declararam nunca ter pensado na velhice. Do ponto de vista da pesquisa-ação, identificamos esta tomada de consciência como um importante resultado do seminário inaugural.

Neste mesmo seminário existiu um painel local com a participação de Sandra Afonso do Centro Comunitário de Tires e de Ana Paula Reis que apresentarem dois projetos de intervenção social (@linha.COMigo e Palco da Vida) considerados como boas práticas de intervenção na área do envelhecimento.

O programa, focado nos temas que orientam a pesquisa-ação: (a) o envelhecimento ativo; (b) a gerontologia crítica; (c) o combate ao idadismo; e o (d) paradigma das cidades e comunidades amigas do envelhecimento, contou como com as intervenções de José Carreira, da Stopidadismo<sup>82</sup>, de Sara Ramos<sup>83</sup>, Professora do Iscte, e de Alexandre Kalache, presidente do International Longevity Centre Brazil<sup>84</sup> (ILC-br) e antigo diretor do Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS.

Destacamos algumas ideias avançadas pelos oradores. Para Kalache, os desafios decorrentes do envelhecimento da população, sem precedentes, e em todo o mundo, são realçados por outros fatores (que podem ser chamados de “Quatro Capitais”) que acentuam este fenómeno: (1) saúde; (2) conhecimentos (aprendizagem em todas as etapas da vida);

---

<sup>84</sup> Ver mais em <https://stopidadismo.pt>

<sup>85</sup> Ver CV em <https://ciencia.iscte-iul.pt/authors/sara-cristina-moura-da-silva-ramos/cv>

<sup>86</sup> Ver mais em <https://ilcbrazil.org.br/sobre-o-ilc/>

(3), social (com enfoque para os cuidados e o cuidar); e (4), o fator financeiro. Ressalvamos que estes quatro fatores não dependem apenas do esforço individual de cada um, mas em grande medida são condicionados pelas políticas públicas, pelos direitos estipulados, pela realidade social em que nascemos, bem como pela profissão que temos e pelos apoios a que nos socorremos.

Em relação a Portugal, Kalache fez questão de destacar a problemática da desigualdade que, segundo ele, pode emergir de diferentes formas e determinar o modo como envelhecemos e como enfrentamos esta etapa da vida. Afirmou ainda que, para além dos desafios de uma sociedade cada vez mais envelhecida, as sociedades contemporâneas enfrentam hoje um conjunto de dilemas, nomeadamente, a epidemia da solidão, que se junta a “outra grande peste”, a da exclusão social. Neste contexto, Kalache apresentou como a pandemia teve um efeito não só na exclusão social, mas também na intensificação do idadismo (foco da apresentação de José Carreira, e já bastante destacada no capítulo 2).

Kalache concluiu a sua intervenção com três questionamentos: 1. Estamos preparados para desenvolver uma cultura não para curar, mas sim para cuidar? 2. Estamos a desenvolver uma cultura do cuidado ou ainda nos encontramos obcecados pela cultura do curar? 3. Estamos preparados para respeitar a diversidade inerente ao envelhecimento?

Sara Ramos destacou a importância do percurso de vida e da necessidade de reconhecer limitações (e maximizar a participação de cada percurso individual). Salientou ainda que o tipo de empregos e trabalhos nos quais as pessoas passam a maior parte da sua vida tem impacto no processo de envelhecimento, e devem ser tidos em conta os impactos que têm na saúde e na possibilidade de “envelhecer bem”.

O seminário permitiu ainda outro importante momento de pesquisa, através da aplicação de um inquérito nos formatos digital e papel. Todos os participantes receberam uma cópia no momento do registo e também tiveram a oportunidade de preencher a versão digital com o telemóvel, fazendo uso de um código QR projetado na sala e impresso nos inquéritos

Foram obtidas 58 respostas, 89% dos participantes sendo mulheres. 76% do total de participantes afirmou concordar em parte ou totalmente com a afirmação de que Cascais é um município onde todos podem envelhecer bem, uma parcela semelhante, 73% (ver tabelas resumo no Anexo 4), também afirmaram nunca se terem sentido discriminados/as pela idade que têm, resultado semelhante ao obtido no 2º workshop.

Também é importante destacar o trabalho feito do ponto de vista da identidade visual do evento. Tendo como base as orientações da organização AgeUK e da Age-Platform no combate aos estereótipos sobre o envelhecimento na comunicação, e em colaboração com a equipa da CMC, produzimos o *banner* do evento em diversos formatos, uma página web dedicada, uma newsletter, e outros produtos de comunicação (ver Figura 17).

**Figura 17** - Cartaz do seminário inaugural



6.

## WORKSHOPS

## 6. Workshops

Foram realizados 3 workshops com 6 grupos de referência (para detalhes sobre composição e temas, ver capítulo 1.2), que decorreram entre 1 e 3 de fevereiro, 19 e 21 de abril, e 28 a 30 de junho, o que resultou num total de 18 sessões (3 com cada grupo de referência). O primeiro workshop teve como principal tema de discussão o idadismo e as diferentes perspetivas sobre envelhecimento e velhice. No segundo, discutimos a estratégia para o envelhecimento, velhice, e políticas sociais, com base nos 8 eixos do paradigma das CCAE e, por fim, no terceiro e último workshop, procurámos identificar locais específicos em Cascais onde os participantes consideravam que se pode ou não se pode envelhecer bem.

Promovendo uma participação refletida, crítica e sistemática, procurámos, também, ao longo dos workshops, promover uma mudança na percepção dos próprios participantes sobre o envelhecimento e a velhice, individual (pessoal) e coletiva. Mais do que antecipar eventuais necessidades e desafios inerentes ao envelhecimento para a população de Cascais, propusemos temas que fossem indutores de outras possibilidades de velhices, no sentido do envelhecimento ativo originalmente defendido pela OMS. Para além da análise das discussões, criámos um inquérito específico para cada workshop, sendo que parte das questões se repetiu no primeiro e último, numa perspetiva longitudinal. Neste relatório apresentamos os dados dos inquéritos realizados no 1º e no 2º Workshop. Os resultados do inquérito do 3º Workshop, que incluem a análise longitudinal, são apresentados no relatório final.

**Figura 18** - 1º Workshop sobre representações do envelhecimento e idadismo.

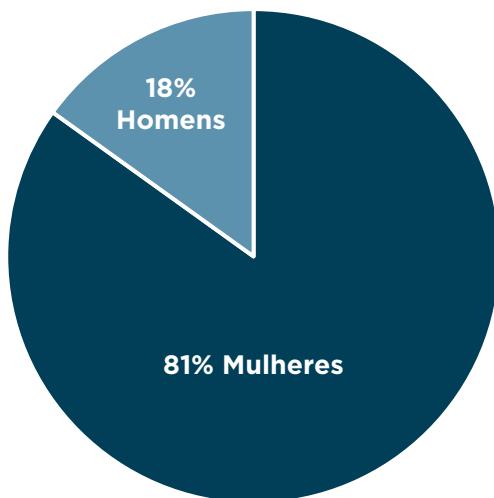


## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

No total das 18 sessões, contámos com a participação de 63 pessoas. Havendo um objetivo de que houvesse uma maioria de participantes a ir a todas as 3 sessões, obteve-se um total de 28 participantes que o fizeram. Tendo em conta a dificuldade em conseguir que todas as pessoas tivessem disponibilidade horária nas 3 sessões, acabou por haver quem só estivesse presente numa das 3 sessões (23 pessoas), e outras pessoas que conseguiram comparecer em 2 das 3 sessões (12 pessoas).

No 1º Workshop houve um total de 53 participantes (contando com todos os grupos de referência), no 2º contámos com 40 e no 3º com 37.

**Figura 19** - Percentagem de homens e mulheres entre os participantes dos workshops



Sobre as características dos participantes, é importante destacar que, embora a idade não tenha sido um critério para a participação em nenhum dos grupos, com exceção do grupo de pessoas mais velhas, a média de idade foi de 55 anos, sendo que a pessoa mais nova tinha 19 anos e a mais velha 97.

Dos 63 participantes, 51 eram mulheres (81%) e 11 eram homens (17,5%) (sendo que 1 pessoa não respondeu). Na generalidade dos grupos de referência, existiam mais mulheres do que homens, sendo que nos grupos das Cuidadoras e das Respostas Sociais e Organizações 100% dos participantes eram mulheres. O único grupo em que a distribuição de homens e mulheres foi mais equilibrada foi no workshop das Organizações e Locais de Trabalho, com 4 homens e 5 mulheres.

Relativamente ao nível de escolaridade dos participantes, quatro tinham o ensino básico completo (um participante com o 2.º ciclo completo e três com o 3.º ciclo) e seis com o ensino secundário. A maior parte dos participantes completou cursos de ensino superior – 38 participantes têm licenciatura completa, o que corresponde à maioria (60,3%), 12 concluíram mestrado (19%) e 1 tinha completado o doutoramento. Existia um participante sem nenhum nível de escolaridade completo, apesar de estar no processo de escolarização para terminar o 1.º ciclo.

Apesar da maioria dos participantes ser de nacionalidade portuguesa (88,9%), no entanto, participaram uma pessoa angolana, uma brasileira e outra luso-brasileira.

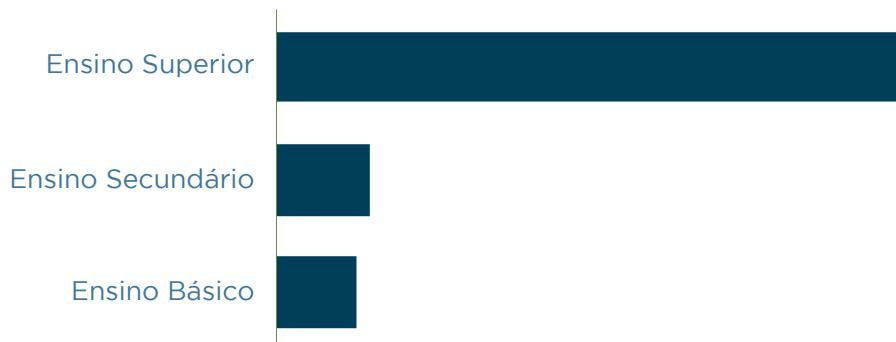
Quanto ao estado civil, a maioria dos/as participantes era casado/a ou em união de facto (61,9%). Nove participantes estavam divorciados/as ou separados/as (14,3%), oito solteiros/as (12,7%) e cinco viúvos/as (7,9%).

A maioria vivia em habitação própria (81%). Oito participantes viviam em casas arrendadas (12,7%), e apenas dois participantes em outro tipo de residência (3,2%). 10 participantes indicaram viver sozinhos e uma residia em instituição. 23 indicaram viver com os seus filhos, 1 com os seus pais e 15 com outros familiares. Um participante residia com pessoas não familiares e nenhum participante indicou viver com os seus avós ou netos.

Quanto à sua situação atual, 29 participantes trabalhavam por conta de outrem, 3 por conta própria, 8 pessoas estavam reformadas, 5 eram estudantes e 4 pessoas refiram realizar trabalho doméstico não remunerado. Nove pessoas referiram fazer voluntariado.

A maioria dos participantes dos Workshops habitava no concelho de Cascais (n=49), sendo que 18 habitavam na UF Cascais-Estoril (29%), 12 na UF Carcavelos-Parede (19%), 11 em Alcabideche (17%) e 8 em São Domingos de Rana (13%). No total, 17 pessoas sempre viveram no concelho, 15 viviam há mais de 10 anos, 1 pessoa entre 6 e 10 anos e 2 participantes entre 1 e 5 anos.

**Figura 20** - Escolaridade dos Participantes dos Workshops



Dos 63 participantes, 13 não habitavam no concelho de Cascais, residindo nos seguintes concelhos: Lisboa (2 participantes), Mafra (1 participante), Oeiras (6 participantes) e Sintra (4 participantes).

A maioria trabalhava no concelho (42), sendo que 27 trabalhavam na UF Cascais-Estoril, 7 em Alcabideche, 6 na UF Carcavelos-Parede, 1 em São Domingos de Rana. Uma pessoa referiu trabalhar em todas as freguesias. Das 3 pessoas que referiram estudar em Cascais, uma estuda em Alcabideche, outra em Carcavelos-Parede e outra em Cascais-Estoril.

Os participantes que eram utentes de centro de dia/ocupacional/outro tipo de serviço (11) tinham a seguinte dispersão territorial: 1 em Alcabideche, 4 na UF Carcavelos-Parede, 4 na UF Cascais-Estoril e 2 São Domingos de Rana.

## **RESULTADOS DO 1º WORKSHOP**

Os principais objetivos do 1º Workshop consistiam em conhecer as representações sobre o envelhecimento e idadismo. Foram realizados 6 workshops entre os dias 1 e 3 de fevereiro.

### **Perspetivas sobre envelhecimento e a velhice**

Inicialmente a discussão sobre as representações partilhadas sobre o envelhecimento e velhice foi catalisada por objetos que cada um/a dos/as participantes trouxe. Os objetos permitiram aceder a significados e representações que foram mediadas pelas estórias trazidas e relacionadas com os objetos trazidos.

A diversidade de objetos remete para alguns temas principais:

- i) Passagem do tempo (relógio, ampulheta, pássaro, chapéu de sol);
- ii) Memória, família e relações (câmara fotográfica, moldura, álbum de família, aliança);
- iii) Atividades realizadas (chaves de carro, tesoura de poda, bastão de caminhadas, bastão de pilates, livro, palavras cruzadas, cartão de visita de empresa, guião de grupo de teatro);
- iv) Apoios/Ajudas técnicas que a pessoa vem a necessitar em resultado da alteração do corpo e da capacidade sensorial e/ou motora (aparelho auditivo, caixa de comprimidos, post-its, leque, bengala, fralda de incontinência, balança);
- v) Sabedoria e acumulação de conhecimento e experiências (matrioska, cubo mágico, ramos de árvore, estátua africana de homem a pensar);
- vi) Comunicação (telemóvel) e acessibilidade (pedras da calçada).

**Figura 21** - Participante durante o 1º Workshop



Houve uma grande diversidade de objetos, sendo os mais trazidos o livro, e depois a bengala, o que é representativo das ambivalências sobre o que significa envelhecer – entre a sabedoria e as dificuldades físicas.

A reflexão e partilha sobre a representação do que é envelhecer organizou-se espontaneamente em dois grandes níveis: sobre o processo individual de envelhecimento do próprio e uma visão mais societal onde se partilharam percepções mais generalizadas sobre o que é envelhecer.

A perspetiva do envelhecimento ficou muito marcada pela ambiguidade/ambivalência.

**Tabela 6** - Quadro Síntese das percepções sobre envelhecimento e velhice

Negativo	Positivo
Dependência	Independência
Doença	Saúde
Inativo	Ativo
Perda de capacidades / Incapacidade	Sabedoria, Conhecimento
Solidão	Mais tempo livre
Receio/medo	Acumular de experiências

De facto, na análise dos inquéritos a grande maioria dos participantes associa o envelhecimento/velhice a sabedoria (76%) e a respeito (59%). Perto de metade associa o envelhecimento/velhice a solidão (49%). Características como a afetuosidade (48%) e doença (46%) foram também bastante associadas ao processo de envelhecimento/velhice. Já as características menos associadas ao envelhecimento/velhice foram a felicidade (16%) e a tristeza (19%).

A perspetiva dos participantes também destacou que, enquanto se mantiverem ativos, independentes, autónomos, e com todas as suas capacidades intrínsecas intactas, não se consideram ‘velhos’.

O problema de se ser velho mostra-se diretamente ligado ao binómio independência/dependência, donde se conclui que o significado de ser velho é o de ser doente e/ou dependente. Mas a dependência e a vulnerabilidade, como é mencionado por alguns participantes, são aspetos que podem acontecer ou atravessar qualquer fase da vida, e não apenas na fase mais avançada da vida.

Além de dependência e doença, a velhice é também associada a um binómio de utilidade/inutilidade, uma vez que uma pessoa “ativa” de 80 anos não é velha, e uma pessoa “inativa” de 80 anos é velha.

Quando questionados sobre como se sentem em relação à sua idade, a maioria dos participantes (35) afirma sentir-se mais nova ou bastante mais nova (65%). 33% (17) afirmaram sentir-se exatamente com a idade que têm. Apenas 1 participante indicou sentir-se mais velho em relação à sua idade.

Quando questionados sobre como se sentem em relação à sua idade, 40 participantes,

a maioria, afirmaram sentir-se mais novos (49,2%) ou bastante mais novos (14,3%). 32% (20) participantes afirmaram sentir-se exatamente com a idade que têm. Apenas 2 participantes indicaram sentir-se mais velho em relação à sua idade.

### **Relações sociais e idadismo**

Ao Inquirirmos os participantes em relação aos contactos com pessoas com mais de 70 anos, verificamos que metade dos participantes (51,6%) referiu que convivem com muita frequência, pouco mais de um terço com frequência (35,9%) e apenas um em cada dez com pouca frequência (10,9%).

Estes contatos ocorrem fundamentalmente entre a família (68,8%), na vida social (35,9%), e no emprego (31,3%), sendo uma parcela menor destes contatos no contexto de trabalho voluntário (17,2%) ou prestação de cuidados (10,9%)

A grande maioria dos participantes respondeu que tem entre 3 a 6 amigos com mais de 70 anos na sua vida, e que se sente confortável em conversar sobre assuntos pessoais (sentimentos, crenças ou experiências) com elas, 74,6% e 90,6%, respetivamente.

A maior parte dos participantes revelou já ter observado situações de idadismo em alguns contextos, mas a identificação sobre situações em que foram eles próprios idadistas revelou-se menos frequente.

Os participantes mencionaram a percepção de diferentes formas de idadismo, em que uma das mais frequentes estava relacionada com o contexto do trabalho. A maioria dos inquiridos nunca sentiu ou sentiu com pouca frequência discriminação na família (81%), nas relações sociais (72%), nos serviços sociais e de saúde (67%), em atividades sociais e culturais (68%), atividades desportivas (60%) e em atividades educativas (73%). Já no contexto do trabalho/emprego, verificamos o oposto - 58% das pessoas afirmaram ter sentido discriminação pela idade com frequência ou muita frequência. De facto, o mercado de trabalho é percecionado como um campo onde o idadismo é mais comum, sendo transversal a várias idades.

Quanto às percepções sobre discriminação, mau-trato ou falta de respeito devido à idade, apenas 1 e 7 pessoas (de 63 inquiridas), respetivamente, se sentiram maltratadas ou desrespeitadas. Enquanto apenas 22% dos inquiridos (13) se sentiram discriminados em função da idade, 64% (36) afirmaram já ter visto alguém ser discriminado por ter mais idade.

Mas é importante destacar que entre as pessoas que afirmaram não se ter sentido discri-

minadas pela sua idade (n=41), 59% responderam já ter visto alguém ter sido discriminado por ter mais idade, ou seja, não sentem que foram alvo de idadismo, mas já viram em relação a outros (Tabela 6).

Enquanto apenas 40% (n=4) dos 10 homens inquiridos afirmaram ter visto alguém ser discriminado pela idade, 69% (n=31) de 45 mulheres que responderam a esta pergunta indicaram ter presenciado esta situação.

Dos 30 participantes que convivem com muita frequência com pessoas com mais de 70 anos, 77% (23) afirmaram que já viram alguém ser discriminado por ter mais idade. Dos 20 participantes que convivem com frequência com pessoas com mais de 70, 50% (10) indicaram que já viram alguém ser discriminado por ter mais idade. Assim, quem aparenta estar mais alerta para o idadismo são as pessoas que convivem com pessoas mais velhas.

**Tabela 7** - O Idadismo “Velado”

		Já alguma vez viu alguém ser discriminado/a por ter mais idade?			
		Não	Sim	Não sei	Total
Já alguma vez se sentiu discriminado/a pela sua idade?	Não	14	20	2	36
	Sim	3	9	1	13
	Não sei	0	2	1	3
	Total	17	31	4	

Destacamos abaixo algumas das manifestações de idadismo identificadas pelos/as participantes:

- Velho para mudar de área ou para começar um emprego novo.
- Pessoas mais velhas empregadas são entraves, a ocupar lugares de mais novos
- Limite de idade nas ofertas de emprego
- Velho para aprender (e.g. novas tecnologias, instrumentos eletrónicos, adquirir um grau académico).
- Velho para fazer determinadas coisas
- Pessoas mais velhas acarretam custos, não vale a pena “investir” nelas
- Ser tratado como criança, infantilização
- Representações negativas das pessoas mais velhas nos media e publicidade
- Visões negativas sobre o aspeto físico na velhice: rugas, cabelos brancos, mudanças corporais

Em suma, existe uma segregação do que é adequado e relacionado a cada idade, havendo, de forma geral, uma divisão entre ciclos de vida, em que qualquer pessoa sente pressão se não segue padrões pré-definidos.

A pressão social do *envelhecimento ativo* e da perspetiva do que é *envelhecer bem* ou até do *combate ao envelhecimento* contribui para a reprodução de estereótipos generalizados e estigmatizantes sobre a velhice.

## **RESULTADOS DO 2º WORKSHOP**

Entre 19 e 21 de abril realizou-se o 2º Workshop do Projeto “Envelhecer em Cascais”, com os mesmos 6 grupos de referência. O principal objetivo deste 2.º Workshop foi refletir sobre a criação de uma estratégia local para o envelhecimento e políticas sociais.

A discussão realizou-se com base nos 8 eixos do paradigma das Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento (CCAE), da Organização Mundial da Saúde (OMS), (1) Transporte e Mobilidade; (2) Emprego e Participação Cívica; (3) Espaços ao Ar Livre e Edifícios; (4) Habitação; (5) Serviços de Saúde e Apoios Comunitários; (6) Comunicação, Informação e Tecnologias; (7) Participação Social; (8) Emprego e Participação Social.

Nesta análise são apresentados: 1) os resultados do inquérito aplicado aos/as participantes, no qual procuramos identificar pontos positivos e negativos, ideias inovadoras, e prioridades para as políticas de envelhecimento no concelho. 2) os principais elementos obtidos da discussão dos 6 grupos sobre os 8 domínios das Cidades e Comunidades Amigas do Envelhecimento (CCAE).

Das pessoas que responderam à afirmação “Cascais é um município onde se pode envelhecer bem”, a grande maioria (80,9%) afirmou concordar totalmente, ou parcialmente com esta afirmação.

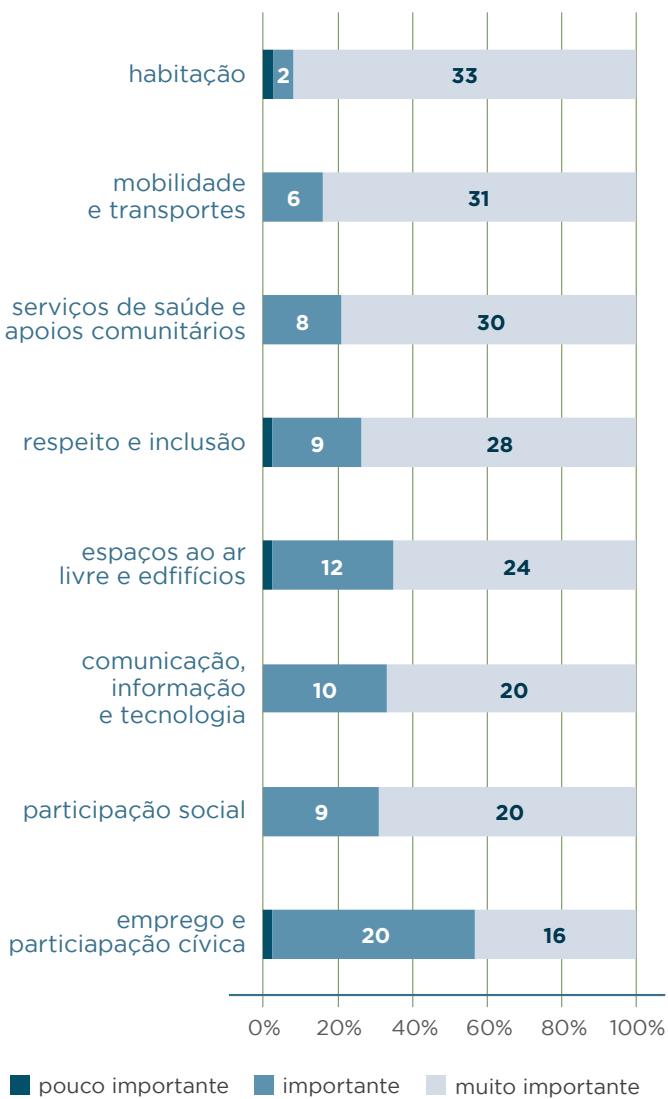
Durante o 2º workshop procurámos identificar, entre os 8 domínios do paradigma das CCAE, quais deveriam ser as prioridades em Cascais.

O inquérito aplicado à população procurou identificar quais os 8 domínios, quais deveriam ser as prioridades em Cascais. De acordo com as respostas ao instrumento aplicado, o domínio da habitação foi apontado como o domínio mais importante no desenvolvimento de políticas para o envelhecimento e velhice, com 98% das respostas a indicar este domínio como importante (5%) e muito importante (93%). Deste modo, quando questionados sobre a prioridade que o município dá ao desenvolvimento de políticas para o envelhecimento/velhice, o domínio da habitação foi apontado pelos participantes como aquele

a que o município dá nenhuma ou pouca prioridade (29% e 69% respectivamente). Assim, sendo o domínio da habitação apontado como o domínio mais prioritário é, ao mesmo tempo, aquele a que a Câmara Municipal de Cascais dá menos prioridade, segundo os participantes (ver anexo 5). Os domínios da Mobilidade e Transportes e dos Serviços de Saúde aparecem também entre os mais importantes na opinião dos/das participantes do 2º Workshop.

Tendo o inquérito do 2º Workshop permitido identificar, como prioridades de atuação das políticas públicas no município de Cascais, os domínios da 1) Habitação, 2) Mobilidade e Transportes e dos 3) Serviços de saúde e apoios comunitários, foram devolvidos

**Figura 22** - Que prioridades para as políticas para o envelhecimento/velhice?



estes resultados aos participantes no 3º workshop. Perante estes, os participantes concordaram que estas são as áreas de políticas públicas prioritárias, entre os 8 domínios do paradigma das CCAE. No entanto, quando refletindo as prioridades relacionadas com o envelhecimento, consideram ser os serviços de saúde e apoios comunitários a prioridade fundamental.

Seguimos com a análise qualitativa proveniente do 2º Workshop, no qual os participantes, pensando no território e na vida em Cascais, indicaram aspetos positivos e negativos relativos a cada um dos 8 domínios das CCAE.

### **Habitação e as suas múltiplas facetas: só ter casa não chega**

A habitação é uma problemática transversal a todas as faixas etárias, ao país e afeta não apenas as pessoas com menos recursos e rendimentos – não só existe a questão do acesso à habitação, mas também a manutenção de rendimentos para continuar a residir em Cascais. O envelhecimento, o risco de desemprego numa idade mais avançada, a entrada na reforma e a perda de rendimentos associada a esta etapa da vida foram apontados como fatores que levantam preocupações. É do entendimento dos participantes que o custo da habitação (seja para comprar ou arrendar, ou para entrar numa residência assistida) em Cascais é elevado e que isto, associado à perda de rendimentos e ao processo de envelhecimento, torna difícil permanecer no Município.

Assim, os participantes identificaram como problemas e desafios dominantes a necessidade de mais respostas de habitação para pessoas mais velhas e residências adaptadas (como ofertas em rés-do-chão ou casas térreas) e as grandes listas de espera para habitação social, assim como a necessidade de um planeamento urbanístico mais diversificado, apostando em novas experiências e modelos de habitação coletiva (p.e. residências).

**“Se porventura tiver de depender da reforma para sobreviver, dificilmente terei condições de continuar a pagar renda em Cascais, terei de me mudar”**

(participante, grupo 1)

A pressão imobiliária, também transversal a todo o país, coloca a população mais velha em risco de ficar sem casa, por não ter recursos financeiros para permanecer nas suas habitações.

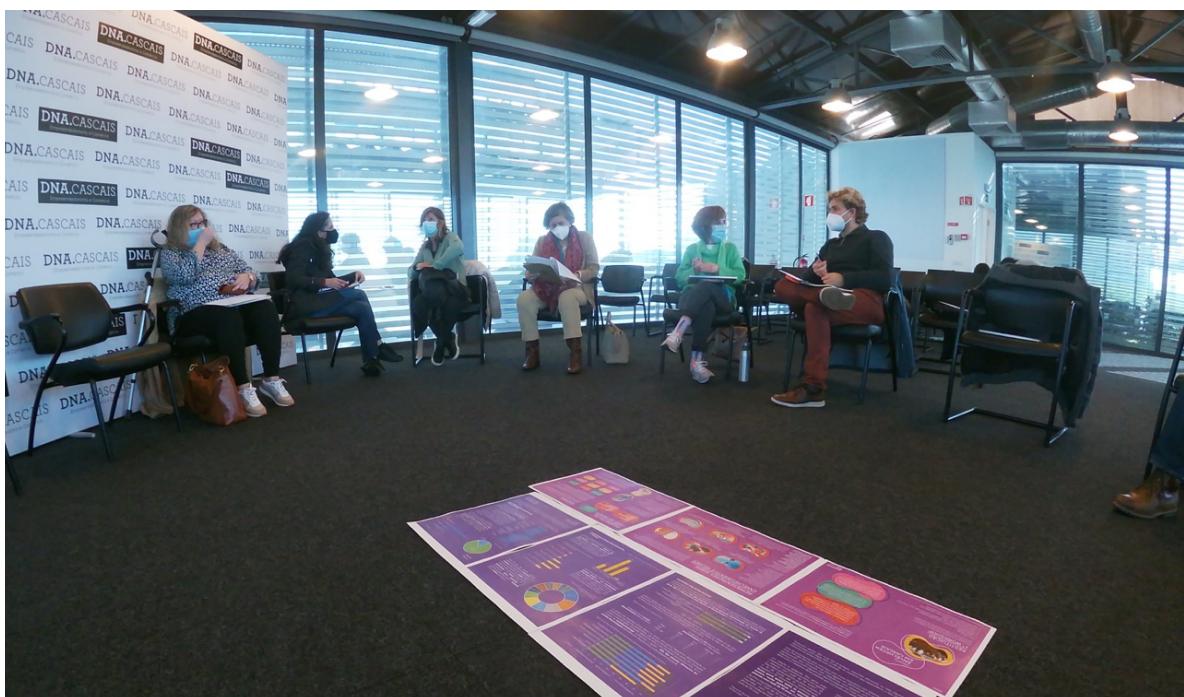
**Para ilustrar a dimensão destas preocupações, observa-se que, no inquérito aplicado aos participantes dos workshops, estes identificaram que a Câmara Municipal de Cascais deverá ter uma melhor intervenção na componente da habitação.**

Como pontos positivos neste domínio, os participantes sublinharam projetos como a “Oficina Social”, que realiza pequenas reparações/adaptações em habitações de pessoas com 65 ou mais anos e/ou em situação de dependência, sendo a execução destas pequenas obras determinante para o seu bem-estar e para o seu processo de reabilitação. Sublinharam também a expectativa com a perspetiva de novas experiências do ponto de vista habitacional (tipo *co-housing*) e também como o Bairro Marechal Carmona.

Menciona-se ainda que a questão da habitação não tem só a ver com ter um sítio para morar. Está também relacionada com ter condições onde moramos e o apoio para permanecer em casa. Só ter casa não chega. As preocupações com uma habitação digna fazem pensar sobre as condições do espaço onde habitamos, seja pelo conforto térmico, pela adaptação do espaço interior e pela possibilidade de aceder a apoios/cuidados domiciliários, fatores que podem também permitir pensar em envelhecer em casa (*ageing in place*).

As condições da habitação influenciam, também, a mobilidade. As condições físicas e materiais dentro de casa, mas também as acessibilidades no espaço exterior determinam a capacidade de poder sair e entrar em casa.

**Figura 23** - Restituição durante o 2º Workshop



## **Mobilidade e transportes: a garantia da acessibilidade como fio condutor.**

A mobilidade aparece nos discursos como diferenciada da problemática dos transportes. Esta surge ligada à acessibilidade, aparecendo como tema prioritário ligado às condições das habitações e dos espaços públicos. Sublinha-se a necessidade de adaptações físicas e ambientais para a deslocação dentro e fora de casa, e que é preciso pensar a mobilidade ligada a questões de saúde e envelhecimento.

Assim, quando se fala em mobilidade, também é observada como uma questão transversal, associada à necessidade de adaptar os espaços não só para a qualidade de vida no processo de envelhecimento, mas para todos os tipos de mobilidade e não apenas na velhice.

**Os transportes surgem, deste modo, como uma área separada das restantes questões. Apesar da necessidade de contínuas melhorias ao nível dos horários e da frequência dos transportes e sua dispersão por todo o território (trajetos realizados), é uma área em que se reconhece o investimento do concelho.**

Neste domínio, o programa MobiCascais sobressaiu de forma preponderante, nos resultados tanto qualitativos como quantitativos, como uma política muito positiva. Na discussão do Workshop, os participantes sublinham a gratuitidade para residentes, estudantes e trabalhadores as melhorias realizadas nas paragens e circuitos (abrigos; veículos com rampas, com acessos a pessoas com mobilidade reduzida, WiFi) e a utilização acessível com cartão físico ou via App Móvel

Apesar disto, os participantes sublinham que as alterações nas carreiras e horários podem não chegar a todas as pessoas, ainda mais pelo facto de nem todas as paragens disporem de letreiros acessíveis com informação sobre, por exemplo, o horário das carreiras. Apontam a persistência de problemas relacionados com a frequência, horários dos autocarros, e informação acessível em todas as paragens sobre as carreiras. A localização das paragens é também uma preocupação dos participantes, sublinhando-se a necessidade de ter em mente os diferentes tipos de percursos e necessidades (nomeadamente de pessoas mais velhas e com diferentes condições de mobilidade), criando-se paragens mais próximas entre si e em zonas menos íngremes.

As diferenças entre o litoral e o interior do Município são também assinaladas, mencionando-se a menor oferta nas zonas interiores, com os autocarros a passarem só nas zonas principais, e diferença entre qualidade das paragens (p.e. abrigos e assentos). Ainda neste tópico, a condução agressiva e dificuldades de comunicação por parte dos motoristas dos autocarros dificultam que estes autocarros se tornem “amigos” das pessoas idosas.

No âmbito da discussão de outras formas de transporte, os participantes sublinharam a falta de oferta de estacionamento (gratuito) em espaços centrais e essenciais, queixaram-se dos obstáculos relacionados com novos tipos de transportes, como as trotinetes, que se apresentam como uma ameaça à circulação em segurança.

Na discussão surgiram ainda algumas sugestões apresentadas pelos participantes, como a implementação de pequenos autocarros para circulação dentro dos bairros ou Freguesias e a introdução de placas eletrónicas com o tempo de espera dos autocarros.

### **Serviços de saúde e apoio comunitários**

Na área dos serviços sociais e de saúde, os programas da Academia de Saúde, a Cabine de saúde, o serviço de teleconsultas e até a existência de consultas para animais de companhia, estiveram entre os pontos positivos identificados pelos participantes.

Já o tema dos serviços sociais foi aquele em que surgiram preocupações. Existiu a percepção de falta de oferta de respostas sociais para pessoas mais velhas, bem como inexistência de respostas a preços acessíveis à maioria da população e a falta de serviços e estruturas para quem não está associado a nenhuma resposta social foram aspetos mencionados.

Sublinhou-se que a tipificação das respostas sociais exclui pessoas com outras necessidades de apoio e que o pressuposto do suporte familiar para cuidar exclui aqueles que não dispõem desta retaguarda. Um dos aspetos importantes mencionado para quem usufrui de respostas sociais foi a necessidade de mais transportes de apoio – nos centros de dia e até para deslocações a consultas, e que o transporte de apoio existente está dependente de um conjunto de critérios que podem potencialmente excluir.

**“Existe oferta, mas muito direcionada para pessoas já ligadas a instituições”**

(participante, grupo 3)

Sublinha-se que esta ausência pode também contribuir para o isolamento de muitas pessoas idosas. No caso do serviço de apoio domiciliário mencionou-se a necessidade de mais oferta, com equipas multidisciplinares, mais recursos, e um acesso mais abrangente para permitir envelhecer em casa. Salientando-se a centralidade do cuidado e deste tipo de serviços, os participantes sublinham a necessidade de valorização e formação de quem cuida (formal e informalmente).

Tendo estes aspectos relacionados com o apoio social em conta, as principais propostas que surgiram da discussão foram a criação de mais oferta de transportes para deslocação a consultas por parte da Câmara Municipal de Cascais, assim como a possibilidade de se pensar um novo tipo de respostas intermédias entre o centro de dia e o lar (por exemplo, a criação de um centro de cuidados intermédios, para responder a pessoas com patologias e com já algum nível de incapacidade, mas que não se encontram ainda necessitadas de respostas ao nível de lares).

### **Respeito e inclusão social**

A existência de vários projetos no âmbito da intergeracionalidade foi um ponto positivo mencionado neste Workshop. Estas atividades e dinâmicas são variadas (Plantar relações, Cartas com história, Cozinhar com Afetos, Professor por um dia) e envolvem, na maioria dos casos, a comunidade escolar do Concelho e as algumas respostas sociais, como os centros de convívio. O trabalho voluntário é apontado também como uma mais-valia em diversos projetos para auxiliar tanto pessoas idosas como pessoas com diferentes tipos de mobilidade.

No entanto, sublinha-se que as atividades intergeracionais acontecem muito no âmbito de respostas institucionais, excluindo aqueles que não estão ligados a qualquer resposta social, assim como a dominância ainda de iniciativas tipificadas para “seniores”, que não são abertas às várias faixas etárias.

Quanto às atividades e serviços existentes, propõe-se que estas sejam menos pontuais e que sejam criados espaços que permitam um convívio intergeracional mais quotidiano. A criação de espaços de formação e educação intergeracionais, sem distinção por idade, nem para “seniores” (como é a universidade, a academia, as atividades desportivas), construindo um espaço que cruze vários interesses, com várias atividades, onde qualquer um pode participar, a criação de atividades que na sua conceção tenham o contributo de divisões e departamentos diferentes e que possam abranger pessoas com capacidades e idades distintas, são propostas feitas pelos participantes.

Outro ponto sublinhado é que, apesar de existirem momentos de auscultação da população, estes são pontuais e nem sempre representativos, propondo-se que seja realizada uma maior auscultação das pessoas idosas no processo de criação de medidas, e que esta auscultação e participação seja mais contínua. Por fim, sobressai a necessidade de repensar o problema do idadismo nas próprias instituições, por forma a não reproduzirem idadismo e servirem como um exemplo de boas práticas. Propõe-se ainda que se possa intervir mais e alertar para o idadismo desde cedo, junto da comunidade escolar.

## **Edifícios e espaços ao ar livre**

Relativamente a este domínio, os participantes salientaram que houve uma evolução positiva ao longo dos anos por todo o Município, existindo mais parques, mais zonas verdes, mais rampas, e tendo sido criados mais espaços para as pessoas caminharem (como o Paredão pela Marginal, que tem sido alvo de renovações). No entanto, estes afirmam que existem ainda diversos espaços públicos que são adequados ou não estão adaptados às pessoas mais velhas e a diferentes necessidades de mobilidade, sendo dado como exemplo dominante os parques, com poucos bancos, sombras e casa de banho públicas acessíveis. O facto de ainda haver vários lugares com calçada portuguesa, a existência de passeios obstruídos com carros e trotinetes mal-estacionados, com raízes salientes das árvores, foram apontados como impedimentos à mobilidade. Também as barreiras arquitetónicas na acessibilidade ao espaço público, como rampas, elevadores, elevações, que são também um problema nas próprias habitações, são aspectos mencionados que impedem a mobilidade, a acessibilidade e, por conseguinte, uma maior participação social das pessoas mais velhas.

Tendo estes aspectos em conta, surgem na discussão entre os participantes diferentes propostas, como a criação de vias acessíveis de circulação nos passeios com calçada portuguesa, a criação de zonas sem carros, para maior movimento pedonal, e sublinha-se a necessidade de maior fiscalização para o cumprimento das normas sobre acessibilidade em novos edifícios, estacionamento nos passeios, das trotinetes.

## **Comunicação, informação e tecnologias**

Neste tópico, que foi alvo de menor discussão, sublinhou-se que existe hoje muita informação disponível, com uma forte aposta no digital e na divulgação online, na criação de linhas de apoio, bem como com a existência de lojas de apoio. Existe também uma aposta na criação de uma publicidade mais inclusiva, representando de forma positiva as pessoas mais velhas, não potenciando estereótipos.

No entanto, existe uma preocupação com uma digitalização excessiva da comunicação institucional que eliminou outros formatos de divulgação, excluindo parte da população (nomeadamente, as pessoas mais velhas), sendo que, por outro lado, a automatização de diversos serviços excluiu muitas pessoas mais velhas.

Referiram-se também os problemas de acessibilidade nas linhas de apoio, com a automatização das chamadas. Apesar de existir muita informação, esta pode tornar-se difusa, existindo desconhecimento de medidas ou baixa adesão em alguns casos. Os participan-

tes propõem, assim, melhorar a divulgação de atividades, informações relevantes, etc. por outros meios (p.e., através de um veículo móvel pelo Município ou um departamento junto das USF ou até nas farmácias).

“Para muitos, a ideia do número do telefone único para contactar a CMC foi excelente, mas, para o meu pai, a triagem eletrónica foi um desastre, tão confusa que se viu obrigado a desistir da chamada.”

(participante, Grupo 4)

## **Participação social**

Cascais é um Município que apresenta muita oferta de atividades culturais, desportivas, recreativas para a promoção de um envelhecimento saudável e ativo, algo que é notoriamente reconhecido pelos participantes. A Câmara Municipal de Cascais é vista como um importante parceiro na dinamização de atividades junto dos parceiros sociais.

Tendo esta percepção em conta, os participantes apontaram alguns desafios e propostas para a melhoria da participação social das pessoas mais velhas. Sublinhou-se também neste domínio a pontualidade e pouca frequência de alguns projetos e atividades, sendo salientada a necessidade de maior continuidade. Discutiu-se que os horários das atividades deveriam ser pensados para todas as pessoas mais velhas com diferentes rotinas e necessidades (nomeadamente, para aquelas pessoas que não se encontram enquadradas em nenhuma resposta social e/ou que ainda trabalham).

O facto de alguns destes projetos e atividades dependerem de trabalho voluntário, fazem com que se dependa deste tipo de trabalho não remunerado, sendo que este tipo de serviços e atividades poderão constituir uma oportunidade de criação de emprego. Como outros domínios com iniciativas e serviços para pessoas mais velhas, voltou-se a sublinhar a existência de uma menor oferta de atividades e oportunidades - de participação social, cultural, educativa, desportiva - para pessoas mais velhas que não estão ligadas a respostas sociais.

Também a falta de transportes para deslocações aos locais de atividades e para deslocações mais quotidianas constitui um entrave à participação das pessoas mais velhas, obrigando a que a perda da mobilidade impossibilite a participação nas atividades das

associações e centros, perdendo a sua rede social e potenciando risco de isolamento. Assim, almeja-se a criação de medidas em que sejam incluídas pessoas com diversas capacidades, e que vão de encontro às vontades das próprias pessoas. Perante uma crítica de pouco retorno e avaliação (crítica) das atividades, iniciativas e resultados, sugere-se também a implementação de processos colaborativos de conceção das iniciativas.

### **Emprego e participação cívica**

Neste domínio, foram apresentados alguns desafios transversais à estrutura do mercado de trabalho, em Portugal, nomeadamente: a idade é fator de exclusão desde cedo (quer no mercado de trabalho, quer no voluntariado) e a pouca oferta de formação para atualizar competências ao longo da vida. A falta de apoio no processo de transição da vida ativa para a reforma foi também considerada um desafio.

Neste sentido, surgem propostas como a criação e ampliação de formação continuada que inclua as pessoas mais velhas empregadas e a criação de um mecanismo específico para apoio aos que desejam prolongar a sua participação no mercado de trabalho formal ou trabalho voluntário, assim como o estudo de respostas como a Prescrição Social, que existe no Reino Unido. Neste âmbito, é destacado o importante papel da CMC na promoção de boas práticas no ambiente de trabalho, como a flexibilização dos horários, adaptação das funções e garantia de acesso a formação ao longo da vida. A existência de formações para pessoas mais velhas nas organizações/empresas/instituições em Cascais, de ações de sensibilização de trabalhadores e empregadores – são medidas que Sibila Marques sublinha no seu livro (2011).

## RESULTADOS DO 3º WORKSHOP

O 3º Workshop teve como principal objetivo obter as percepções dos participantes sobre os locais em que pensam/sentem/imaginam que se pode envelhecer bem ou não (ver o resumo detalhado de cada ponto no anexo 6), seguindo-se uma discussão sobre as razões para essas escolhas.

Já o inquérito aplicado antes do 3º workshop teve três grandes temas. O primeiro tema abordado foi uma revisão das prioridades atribuídas no workshop anterior. Desta vez, oferecendo aos participantes a possibilidade de opinar sobre o resultado obtido da conjugação das respostas de todos os grupos.

Em segundo lugar, retomou-se a questão das percepções sobre envelhecimento e velhice. Para tal, indagamos sobre o nível de concordância ou não com alguns estereótipos comuns, como a questão da memória e da inevitabilidade dos problemas associados à saúde na velhice. Aproveitámos também para repetir uma série de questões feitas no 1º workshop, na expectativa de registar alguma mudança nas percepções. Por fim, fizemos questões fechadas e abertas sobre a participação e o funcionamento dos workshops.

**Figura 24** - Participantes durante o 3º Workshop



## Onde é possível envelhecer bem em Cascais?

Quando questionadas sobre um lugar onde pensam que se pode envelhecer bem, o primeiro ponto que foi salientado foi a relação com os rendimentos e recursos económicos. O risco de pobreza e de falta de rendimentos das pessoas mais velhas é uma preocupação central dos participantes. Tendo em conta que as reformas e aposentações tendem a ser inferiores ao rendimento auferido por via do trabalho, e que os custos derivados de questões de saúde associadas ao envelhecimento tendem a aumentar, tornando-se despesas fixas, esta é uma preocupação que sobressai ao longo dos workshops.

***“pensar de forma geográfica é diferente segundo a experiência, depende de se a pessoa está isolada, se a pessoa tem rendimentos. De forma geral, o concelho é bonito, mas para uma pessoa com 200€, sem rede de suporte, vai ter dificuldade em todo o lado”***

Assim, nas respostas dadas observa-se uma variação entre quem escolhe um lugar tendo em conta a sua situação financeira e suas condicionantes, e outras pessoas que pensaram no lugar ideal independentemente disto.

Pensar num lugar onde gostassem de envelhecer revelou-se uma tarefa mais difícil do que pensar num lugar onde não se gostasse de envelhecer. Já as respostas quanto à escolha de um lugar onde não se pode envelhecer bem foram mais homogéneas, estando, na grande maioria, relacionadas com a ordenação do espaço. A generalidade dos participantes apontou estas zonas por serem zonas dispersas, desordenadas, com insuficientes acessos, que se traduzem nas seguintes dificuldades: dificuldade de aceder a serviços e equipamentos (e a inexistência dos mesmos), a transportes públicos e ao espaço urbano (para além de não existir cobertura de transportes, a generalidade destes locais tem maus acessos e as ruas são pouco acessíveis – sem passeios ou espaço para as pessoas se deslocarem).

O facto de serem zonas mais isoladas, desorganizadas (sem centro, sem organização do traçado urbano), com relevo acidentado, fronteiriças, longe do mar e com menor investimento levaram a generalidade dos participantes a indicar que estas não seriam boas zonas para envelhecer.

A inexistência de redes de vizinhança e a perda de autonomia e independência também foram fatores importantes ao pensar num sítio onde não se pode envelhecer bem.

Já relativamente a um lugar bom para envelhecer, as razões que sobressaem são mais variadas e onde está mais patente a subjetividade de cada participante. Assim, foram apontadas as seguintes razões:

- A existência de serviços na zona de residência que estejam a uma distância acessível. As razões que mobilizaram a maioria dos participantes na sua escolha foi a existência de serviços próximos desse lugar. Os serviços mais apontados foram os serviços de saúde, as farmácias, os supermercados e comércio no geral e serviços de transportes (comboio e/ou autocarro) adequados. A existência de locais que possibilitam o convívio, como parques, jardins e cafés também foi mencionada.

**“Gostaria de envelhecer na minha casa com um apoio assistido.”**

**“Gostava de envelhecer em casa e ter alguém que me ajudasse a envelhecer.”**

**“Para se envelhecer bem em Cascais as pessoas deviam conseguir ficar na sua habitação com serviços... era criar oportunidades para as pessoas envelhecerem em casa com redes de serviços.”**

**“[Onde gostaria de envelhecer?] Perto do mar, mas se não for possível que me deixem ficar em casa, tenho toda a minha autonomia aqui no Penedo, perto do Murtal, da Parede.”**

- Envelhecer em casa e/ou na zona de residência (ou mesmo de nascimento) foi uma vontade que se revelou importante para vários participantes, e que ultrapassava as questões de conforto material e de condições de acessibilidade e mobilidade.

Neste ponto, a necessidade do desenvolvimento de, por um lado, uma rede de serviços e

de apoio domiciliário e, por outro lado, a criação de vias, edifícios e domicílios com condições adequadas para diferentes tipos de mobilidade, são aspetos que as pessoas defendem que são necessários para permitir o desejo de envelhecer em casa. Para além disto, é prioritária a existência de uma habitação com as condições para um envelhecimento com bem-estar.

**“Não me vejo a envelhecer longe de tudo e de todos.”**

**“Gostaria de envelhecer num local onde houvesse uma rede de vizinhança que me apoiasse.”**

**“Porque eu gostava de envelhecer perto da minha família e não aqui.”**

**“Deve haver uma resposta mais direta de articulação do que a família andar de resposta em resposta – do centro de convívio, centro de dia, para o lar – e pessoas mudam entre lugares, e perdem identidade, é difícil fazer amizades, e ainda mais no envelhecimento.”**

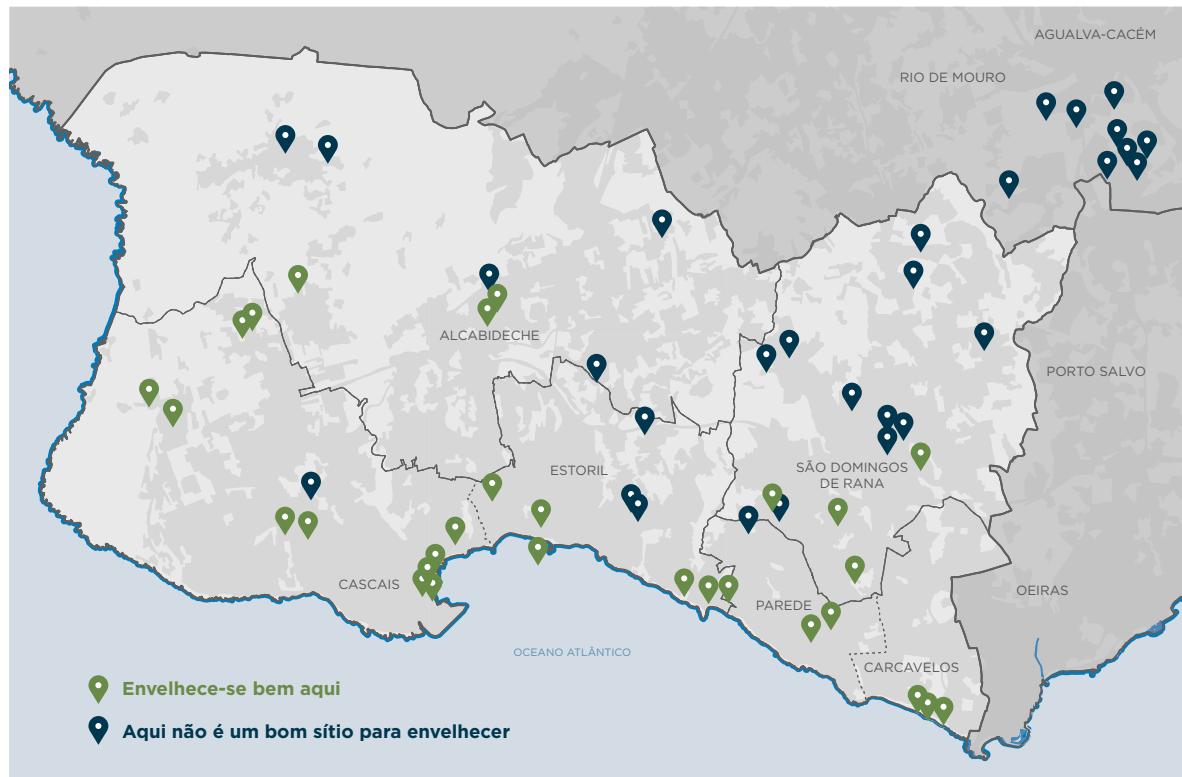
- Haver uma rede de suporte/vizinhança, associada à ideia anterior de envelhecer na zona de residência e junto de familiares/amigos, também foi apontado por alguns participantes como um aspeto que se sobreporia aos outros. A perda de proximidade e desta rede de amizades/família associada a uma possível mudança de residência também é um fator que tem influência no bem-estar, sendo apontado como a razão para as escolhas feitas por várias pessoas.

Outro tema de grande destaque durante os workshops foi o “binómio” entre Cascais: sul vs. norte da A5 (ver Figura 25)

**“Cascais é o espelho do país, envelhece-se melhor no litoral do que no interior”.**

A maioria dos participantes identificou a autoestrada A5 como a linha que separa o território onde se pode envelhecer/viver bem e onde não se pode envelhecer bem. Zonas onde há melhores acessos e proximidade de serviços e onde não há. Enquanto o litoral é apontado como um lugar onde existem maiores condições para envelhecer com qualidade de vida, à medida que nos dirigimos para o interior do concelho torna-se mais difícil de aceder às condições necessárias para essa qualidade de vida.

**Figura 25** - Onde em Cascais é possível (e não é possível) envelhecer bem?



Ao nível global, afirmou-se que abaixo da A5 envelhece-se bem (afirmando-se ser uma zona rica, zona nobre, residencial, e até o “cartão de visita de Cascais”) e que acima da A5 envelhece-se mal (sendo uma zona mais pobre e industrial e de empresas).

**“Eu apontava para a autoestrada e dizia que dali para cima é um problema. É a barreira onde existe um envelhecimento com qualidade de vida e onde não há qualidade de vida, onde se investe em melhorar a qualidade de vida e onde não se investe.”**

**“Pior zona penso em tudo o que é para cima da autoestrada, a construção urbanística foi completamente desregulada, não existe preocupação com os acessos e os serviços. Tudo o que é habitação, proteção civil, apoios comunitários está tudo para baixo da linha e para cima conta-se pelas mãos as instituições e as respostas sociais que existem.”**

**“Acho que Cascais é muito bom a vender-se, a felicidade, as praias, tudo muito bonito, etc., e se calhar Talaíde, Cabra Figa, Trajouce, Abóboda, precisava de ser vendido também como Cascais é investido.”**

**“A nível global, 97 mil metros quadrados, eu punha 2 post-its gigantes de cores diferentes, abaixo da linha da autoestrada envelhece-se bem, acima da linha da autoestrada envelhece-se mal, porque aqui envelhece-se bem, zona rica, zona nobre onde reis vinham; acima zona industrial, fábricas, empresas, e aqui toda a parte bonita [zona litoral], o cartão de visita de Cascais.”**

**“Sempre tive essa questão de dois Cascais.”**

### **Revisitando as prioridades**

**As respostas obtidas no inquérito foram em larga medida reafirmadas durante as discussões em grupo. No entanto, ficou patente uma distinção feita por muitos participantes entre o que consideraram como prioridades entre os 8 domínios do paradigma das CCAE, e o envelhecimento “em específico”.**

No desenho do 3º inquérito, optámos primeiro por estimular respostas que indicassem uma prioridade clara entre os domínios. Em caixa alta e negrito, pedimos que os participantes indicassem um único domínio que fosse o mais urgente. A questão da saúde e dos apoios teve destaque (ver figura 33), voltando a reafirmar-se nas discussões.

Ainda no inquérito, foram de seguida questionados sobre a concordância com as prioridades estabelecidas pelo inquérito do 2º workshop, em ordem de prioridades: Habitação; Mobilidade e Transportes; Serviços de Saúde e Apoios Comunitários, e Respeito e Inclusão Social. 56% dos participantes dos 3º workshop concordaram, 31% discordaram, e 13% afirmaram não saber.

**Figura 26** - Indique qual o domínio mais urgente em Cascais (resposta única por participante).

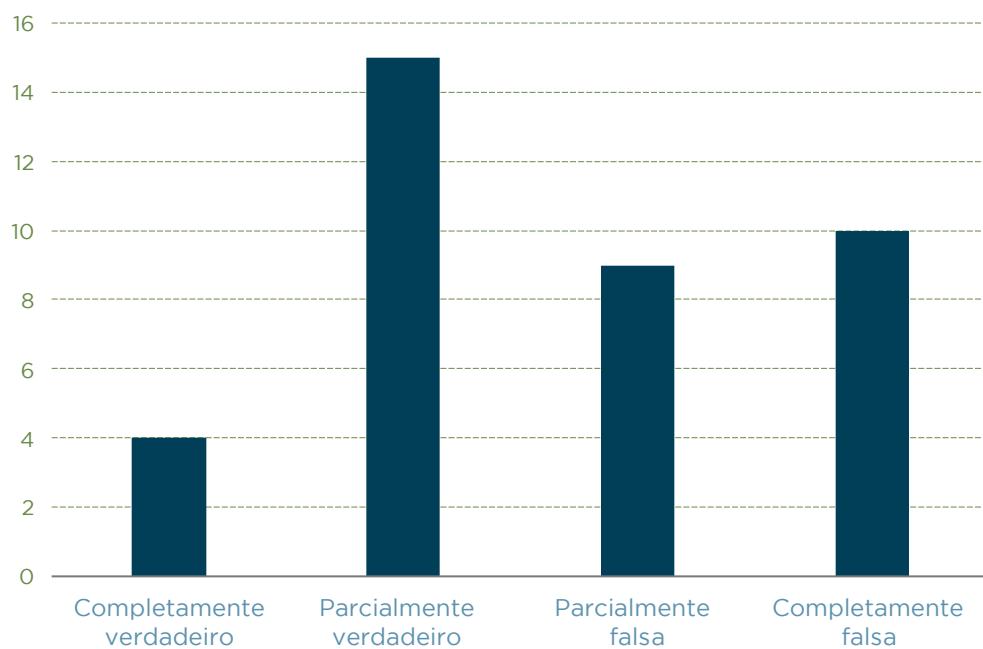


### A percepção dos participantes

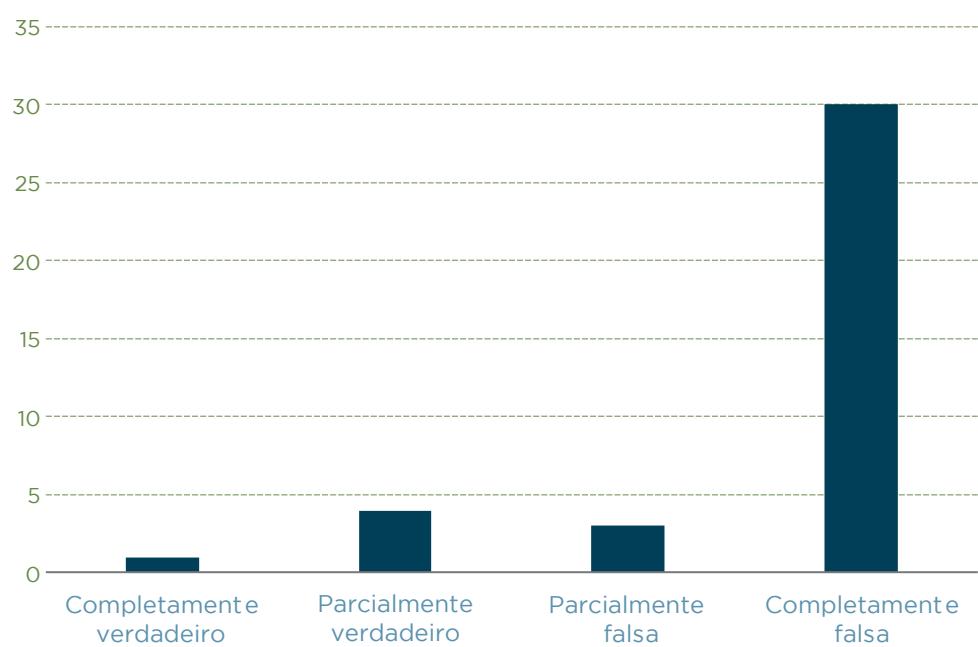
A distribuição das respostas relativas às afirmações ligadas ao declínio da capacidade física e da saúde como sendo parte inalienável da velhice tiveram respostas bastante dispersas sem tendências claramente definidas, como no caso da figura 26 (ver também anexo 11).

As respostas relativas às relações sociais mostraram um grande desacordo com a perspectiva dominante do envelhecimento solitário e distante da família. Quando inquiridos sobre a expectativa de passaram menos tempo com família e amigos, a grande maioria discordou deste cenário (ver anexo). Sobre a questão específicas da solidão, a ampla maioria afirmou como sendo completamente falsa a afirmação de que ela apenas ocorre na velhice (figura 28).

**Figura 27** - Ter mais dores e sofrimento faz parte do envelhecimento

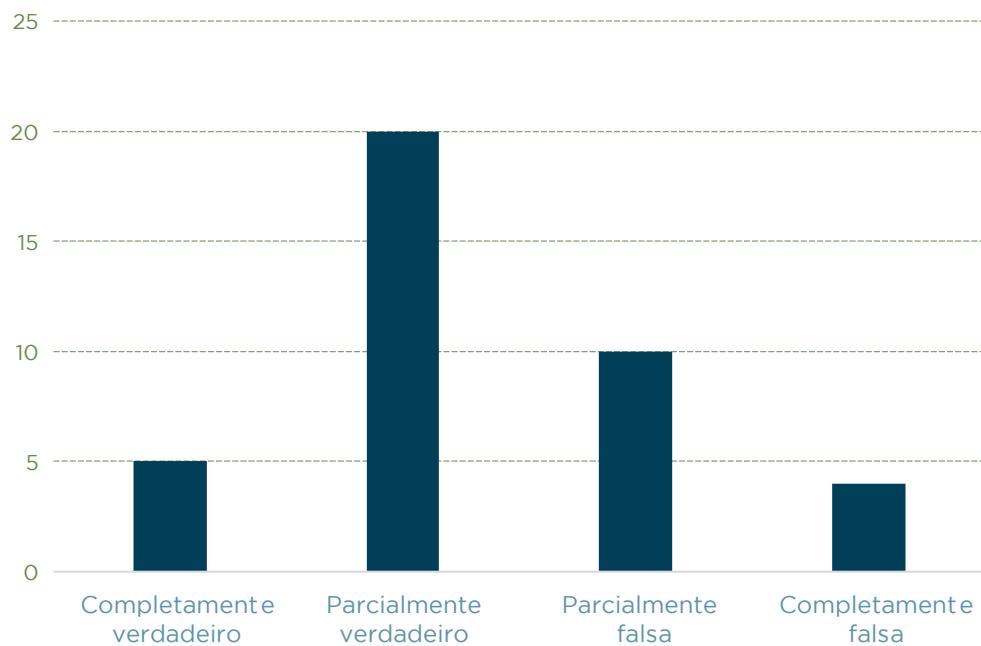


**Figura 28** - A solidão é apenas algo que acontece quando as pessoas envelhecem



O último grupo de perguntas focava questões ligadas à demência e à memória. Aqui, parte significativa das respostas apontou para a uma perspetiva que corrobora a imagem de que o esquecimento e a “desaceleração mental” são características inevitáveis à medida que envelhecemos (ver anexo e figura 29)

**Figura 29** - É impossível escapar à desaceleração mental que acontece com o envelhecimento.



Através do teste não-paramétrico Wilcoxon para amostras emparelhadas, procurou-se diferenças significativas entre as respostas dadas no workshop 1 e as dadas no workshop 3 quanto à percepção de idadismo sobre si em várias circunstâncias. Seria de esperar que, por haver uma maior consciência e clareza sobre o conceito de idadismo, a frequência de percepção de idadismo aumentasse com o tempo. **No entanto, na maioria das dimensões não se registou diferenças entre os dois momentos. Contudo, na família registou-se uma redução da percepção de idadismo do workshop 1( $M=1,7$ ,  $DP=0,81$ ) para o workshop 3 ( $M=1,3$ ,  $DP=0,5$ ); e nas atividades desportivas (de  $M=2,19$ ,  $DP=1$  para  $M=1,6$ ,  $DP=0,70$ ).**

**Tabela 8** - Com que frequência sentiu que existe discriminação pela idade nos seguintes contextos?

Contextos	Workshop 1		Workshop 3	
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)
<b>Trabalho/Emprego</b>	1-4	2,6 (1,1)	1-4	2,1 (1,0)
<b>Família</b>	1-4	1,7 (0,81)	1-4	1,3 (0,50)
<b>Relações Sociais</b>	1-4	2,0 (0,89)	1-4	1,7 (0,80)
<b>Serviços Sociais e de Saúde</b>	1-4	2,1 (1,0)	1-4	1,7 (0,90)
<b>Atividades Sociais e Culturais</b>	1-4	2,0 (0,90)	1-4	1,5 (0,73)
<b>Atividades Desportivas</b>	1-4	2,19 (1,0)	1-4	1,6 (0,70)
<b>Atividades Educativas</b>	1-4	2,0 (0,91)	1-4	1,6 (0,82)

Através de testes não-paramétricos de McNemar para avaliar se existia mudança nas percepções de ser alvo de idadismo, concluiu-se que as diferenças encontradas entre as respostas no workshop 1 e o workshop 3 não são estatisticamente significativas (ver Tabelas 7-10 e Anexo 11).

**Tabela 9** - Já alguma vez se sentiu discriminado/a pela sua idade? N (%)

Ws1 - fevereiro 2022		Ws3 - junho 2022	
Não	Sim	Não	Sim
45 (70,3)	13 (20,3)	21 (60)	14 (40)

**Tabela 10** - Já alguma vez se sentiu maltratado/a pela sua idade? N (%)

Ws1 - fevereiro 2022		Ws3 - junho 2022	
Não	Sim	Não	Sim
61 (95,3)	1 (1,6)	36 (94,7)	2 (5,3)

**Tabela 11** - Já alguma vez sentiu que lhe faltaram ao respeito apenas pela sua idade? N(%)

Ws1 - fevereiro 2022		Ws3 - junho 2022	
Não	Sim	Não	Sim
52 (81,3)	7 (10,9)	31 (81,6)	7 (18,4)

**Tabela 12** - Já alguma vez viu alguém ser discriminado/a por ter mais idade? N(%)

Ws1 - fevereiro 2022		Ws3 - junho 2022	
Não	Sim	Não	Sim
20 (31,3)	36 (56,3)	6 (16,2)	31 (83,8)

**No entanto, as análises das trajetórias individuais (Figuras 29 - 30), reportadas apenas para aqueles que responderam o questionário no início e no final, e dos conteúdos das discussões sobre o tema durante o workshop, apontam uma dinâmica relevante e bastante promissora.**

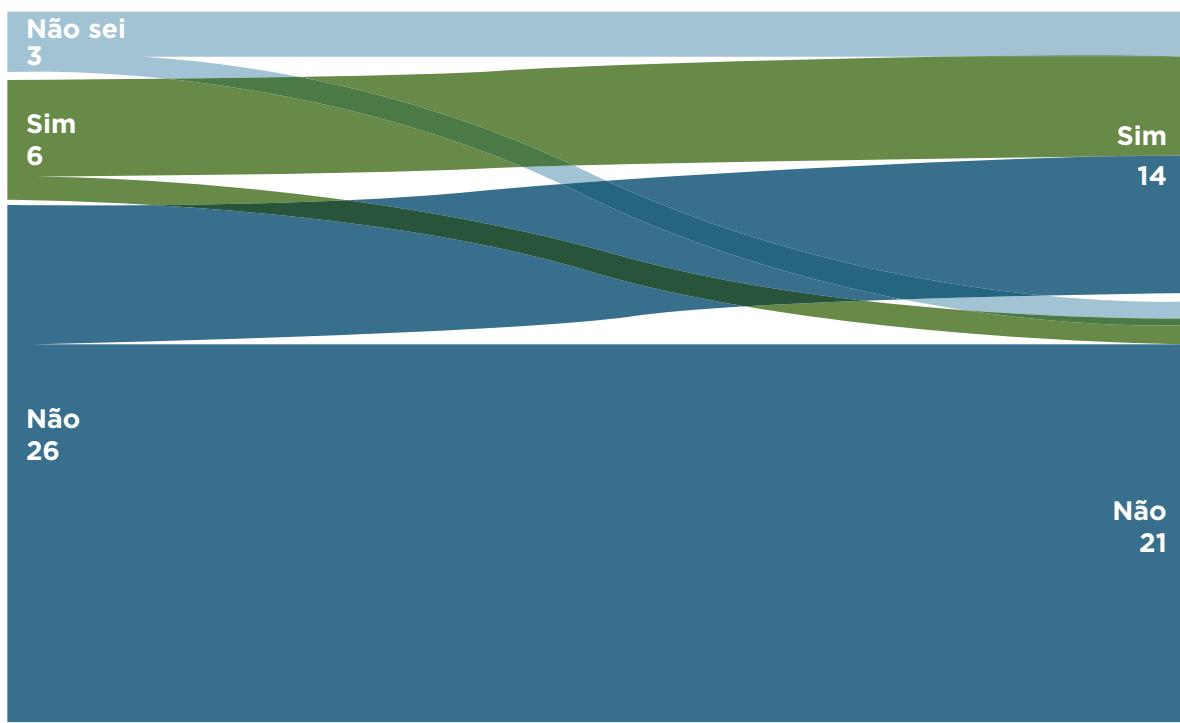
Na Figura 29, observamos que, entre o primeiro e o último workshop, um número significativamente maior de pessoas mudou a sua percepção em relação a ter alguma vez ter sentido discriminação pela idade. É importante deixar claro que não é possível estabelecer uma ligação direta entre a participação nos workshops e esta “tomada de consciência”, mas o movimento observado vai claramente na direção almejada pelo projeto. A representação aluvial permitiu ainda observar que uma pessoa mudou de opinião no sentido oposto, e três definiram a sua posição, duas passaram a responder sim e uma não.

Um movimento semelhante ocorreu na comparação das respostas sobre terem visto discriminação (Figura 30). Desta vez, três participantes mudaram de opinião em relação ao primeiro workshop e negaram já alguma vez terem visto alguém ser discriminado/a por ter mais idade. A grande maioria, no entanto, manteve a sua resposta, e nove mudaram a sua resposta para sim.

É importante notar ainda que outros cinco participantes definiram a sua posição afirmando terem visto alguma vez alguém ser discriminado por ter mais idade.

Os resultados obtidos com a repetição das perguntas no workshop final não mudaram o sentido da análise inicial feita na tabela 9. O idadismo ainda é velado, sendo muito mais facilmente observado “nos outros” do que em si mesmo.

**Figura 30** - Já alguma vez se sentiu descriminado(a) pela sua idade?



**Figura 31** - Já alguma vez viu alguém ser discriminado/a por ter mais idade?



Os relatos também corroboram a tendência observada na análise descritiva dos inquéritos. Se por um lado, na globalidade, os participantes não indicaram ter passado por profundas alterações sobre a forma como veem o processo de envelhecimento e a velhice, na consequência da sua participação nos workshops; por outro, muitos refletem sobre a utilidade de terem tido um espaço de reflexão que lhes permitiu ter contacto com a noção de idadismo e do processo de envelhecer como algo contínuo ao longo da vida:

**“sim e não – sim porque eu sempre pensei no envelhecer, porque é uma coisa que me assusta, o envelhecer é ficar dependente, mas gostei das ideias das outras pessoas que foram diversas, mas que complementaram a minha.”**

Participante WS 3 Grupo 3

**“Na minha maneira de ser, estar não (mudou a percepção) – mas na perspetiva futura, de saber o que pode ser – foi bom.”**

Participante WS 3 Grupo 1

**“O conceito não conhecia, não da forma como foi exposto e da forma como dissecámos o conceito.”**

Participante WS 3 Grupo 5

**“Nós vivemos na nossa esfera e o resto é paisagem. vivemos na nossa esfera, somos os melhores do mundo e o resto é paisagem, eu nunca tinha ouvido falar de idadismo. Isto chamou-me à atenção para o idadismo e não sabia que também eu já tinha sido vítima de idadismo. fui dos primeiros a sair da fábrica porque havia a caça aos cinquentões, e fui voluntário a sair. Passei a estar mais informado, e em termos de voluntariado, e combate permanente aos profissionais de Iamúria.”**

Participante WS 3 Grupo 4

Relataram também que, ao longo dos workshops experienciaram novas noções sobre o envelhecimento, que lhes permitiu adquirir novas perspetivas sobre si e sobre os outros:

**“Não mudou a minha visão do meu envelhecimento e da minha velhice. Mas ouvi determinadas opiniões de pessoas na esfera social diferente da minha, e eu vejo-me a caminhar nessa esfera, e é uma realidade que pode vir a ser a minha. Todo o mundo pensa que não há crise nenhuma, mas ela está se instalado.”**

Participante WS 3 Grupo 1

**“As perguntas que fazem no questionário fizeram-me confrontar com algumas questões que não penso tão regularmente, o que me fez pensar mais no envelhecimento. Também estou muito numa fase da vida em que estou a pensar mais no que vai ser o meu envelhecimento.”**

Participante WS 3 Grupo 3

**“Pela primeira vez, pensei em mim e me fez refletir o que é que eu quero para o meu futuro. Começamos a perder os pais dos nossos amigos. Embora eu more no Estoril, e adoro morar, vou a pé para a praia, o único supermercado que eu tenho é o tradicional que não é para a bolsa de uma assistente social. Gosto da zona onde moro, mas realmente é importante fazer uma reflexão para pensar o que queremos para o nosso futuro.”**

Participante WS 3 Grupo 2

**“Quando participei no 1.º workshop tive uma sensação de tristeza, nunca me tinha apercebido que estou a envelhecer, nunca meti na ordem do dia o envelhecimento. Fui ler um livro sobre o envelhecer em Portugal e fiquei abismado. Outra coisa que eu nunca tinha olhado com atenção foi a palavra idadismo e encontrei questões muito engraçadas, levou-me a pensar e fez-me olhar ao meu redor.”**

Participante WS 3 Evento Online

**“(...) de uma forma ligeira fez-me pensar e refletir, ouvir vivências diferentes, passar pelas paragens de autocarros e lembrar-me que não está abrigada, houve aqui um trigger, existe um balanço positivo mais por estar mais atenta.”**

Participante WS 3 Grupo 5

**“Normalmente só se fala de envelhecimento ativo, não se fala de apoios, arquitetura, da casa, recebi agora um Manual de como fazer a casa segura e isso também é importante tanto para o cuidador informal como formal para facilitar o serviço. As pessoas acham que não estamos a envelhecer.”**

Participante WS 3 Grupo 6

O conceito de discriminação gerou alguma discussão, sendo apontado que a discriminação com base da idade pode também ser positiva. Neste sentido, também ser discriminado é diferente de sentir-se discriminado, uma vez que a pessoa pode ser discriminada por razões variadas, inclusive uma relação de atenção/respeito, enquanto o sentimento de discriminação já é associado a algo negativo:

**“Odeio a palavra idadismo. Questão cultural, económica, financeira e política. Acho que não tem a ver com a idade, tem a ver com políticas socioeconómicas, culturais, de emprego, baixos salários, não tem a ver com a idade por si só.”**

Participante WS 3 Grupo 1

Para além da restituição das principais conclusões obtidas pela nossa equipa em relação ao 2º workshop, aproveitamos para fazer uma breve avaliação de todo o processo dos workshops, via inquérito e também em grupo.

No quadro abaixo reunimos ainda os contributos dos praticantes em relação à organização dos workshops e às oportunidades que lhes foram dadas de efetivamente participar:

**Tabela 13** - Sobre a organização e oportunidades de participação

Pontos positivos	Pontos a melhorar
Boa comunicação (envio dos convites, lembretes, retribuições)	Deveria ter sido disponibilizado o projeto todo antes do 1.º Workshop, para participar de forma mais informada
Boa organização	Perguntas nos questionários muito gerais e difíceis de responder. A sugestão seria: perguntas mais objetivas e práticas, com mais opções de resposta.
Momento importante para partilhar as necessidades vividas no Concelho	Duração curta dos Workshops (sensação de que ficava sempre algo por dizer)
Ligeiro, mas bem feito	Fraca mobilização de homens
Geralmente só se fala do envelhecimento ativo e não da arquitetura, da habitação, da calçada que são aspetos importantes	Fraca mobilização de jovens
“Foi importante estar num grupo com pessoas de outras áreas, porque me fez pensar no assunto de outra forma”	Falta de grupos mais diversos socioeconomicamente
Oportunidade de ouvir pessoas de diferentes áreas e diferentes experiências	A questão da tecnologia não foi valorizada aqui. Se pensarmos no futuro, temos de pensar nestas questões tecnológicas, questão para os novos velhos, daqui a 30 ou 20 anos.
Elogio e expectativa pela Câmara Municipal de Cascais estar a investir neste projeto	

7.

INQUÉRITO

## 7. Inquérito aos Residentes

O inquérito foi elaborado em estreita colaboração entre as equipas do ISCTE e da CMC, tendo como foco as percepções do envelhecimento e da velhice, as prioridades percebidas, o conhecimento sobre as medidas vigentes, e o nível de isolamento e solidão auto percecionado pela população.

A recolha da informação decorreu entre 9 de setembro e 2 de outubro de 2022 e foi efectuada por uma empresa especializada e contratada para o efeito, através do método da entrevista pessoal assistida por computador (CAPI). Foi utilizado um questionário estruturado contendo perguntas fechadas e abertas. Estiveram envolvidos diretamente na recolha da informação 16 entrevistadores com formação e treino específicos para a realização deste estudo. Este estudo foi realizado em rigoroso respeito pelas normas de conduta do Código da ICC/Esomar e pela Lei de Proteção de Dados nº 67/98, de 26 de Outubro.

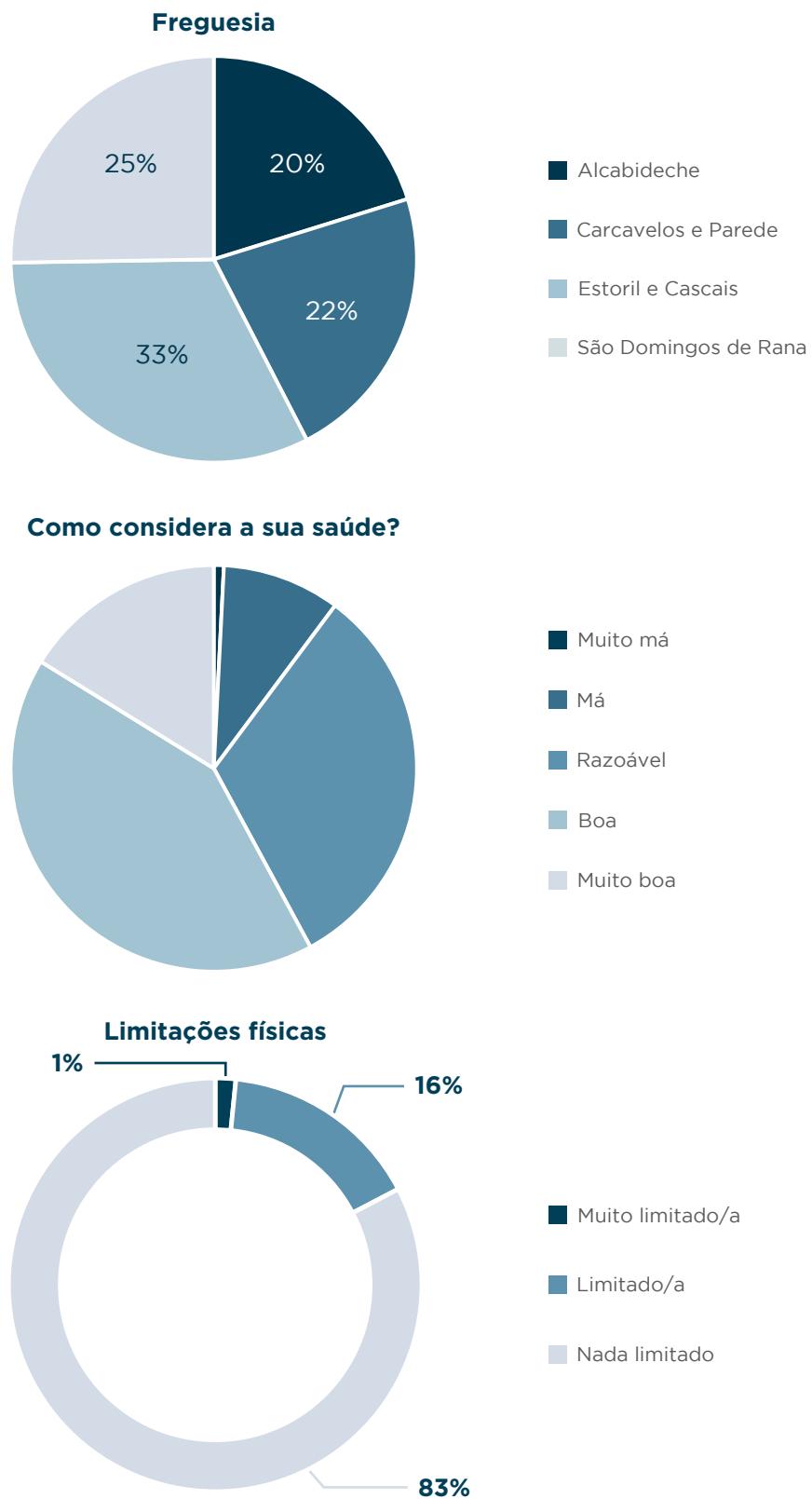
Apenas foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 40 anos. A amostra foi ainda estratificada por freguesia (Alcabideche, Carcavelos e Parede, Cascais e Estoril e São Domingos de Rana), género, idade (4 escalões etários). Em cada freguesia foram aleatoriamente gerados um número significativo de pontos de amostragem onde foram realizadas as entrevistas. A seleção dos pontos de amostragem fez-se a partir do *Google Maps*. Uma vez definido o ponto de amostragem, também designado, ponto de partida (em regra nome de rua e nº de polícia de identificação de prédio ou habitação) foi aplicado o método de *random route*. No lar o respondente foi selecionado com base nas quotas estabelecidas (género e idade).

No total participaram 630 pessoas, 273 (43,3%) homens e 357 (56,7%) mulheres. Com idades compreendidas entre os 40 e 101 anos de idade ( $M=59,62$ ;  $DP=12,963$ ).

### SAÚDE E RELAÇÕES SOCIAIS

A grande maioria dos/as inquiridos/as considera a sua saúde de razoável (31,9%), a boa (41,7%) e muito boa (16,2%). Cerca de 10% referiram ter uma saúde má (9,4%) a muito má (0,8%). De uma forma geral, mas também em todas as freguesias mais de 80% referiram não ter qualquer tipo de limitação física. Cerca de 2% em Carcavelos e Parede, e 3% Alcabideche referiu ter uma grande limitação, os restantes referiram sentir-se limitados de alguma forma (ver anexo).

**Figura 32** - Características da amostra: Freguesia, saúde e limitações físicas



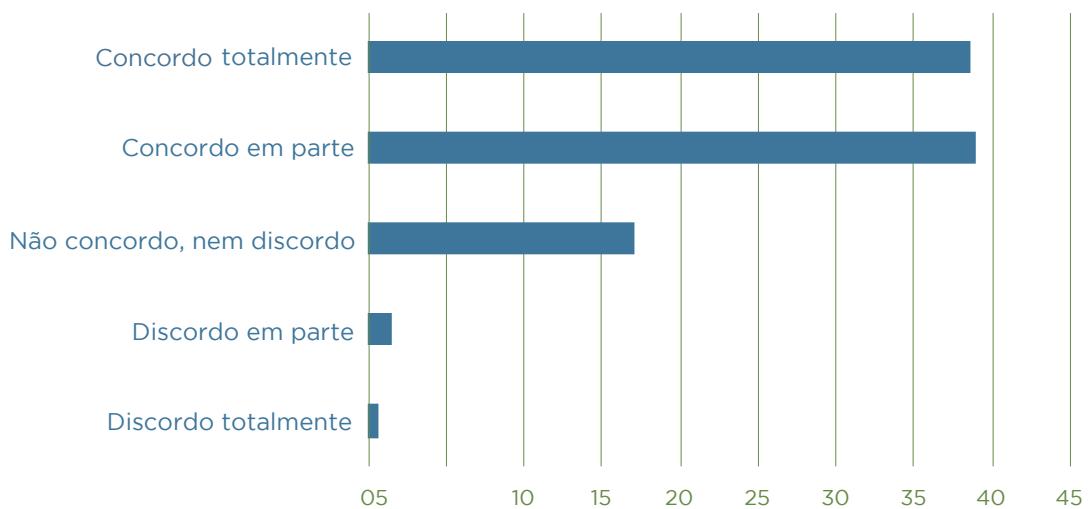
Quanto a relações intergeracionais, metade dos inquiridos refere ter nenhum e 1 membro da família com mais de 70 anos (52,8%), 42,7% referiu ter 2 a 5 e 3% 6 a 9. A mesma proporção é encontrada quando questionados sobre amigos com mais de 70 anos de idade em que 20,6% referem ter nenhum amigo com mais de 70 anos, 23% referem ter um amigo com mais de 70 e 39,7% referem ter 2 a 5, 6% refere ter 6 a 9 amigos e 3.8% referem ter 10 ou mais amigos com 70 anos de idade. Quando questionado se com estas pessoas de família ou amigos com mais de 70 anos de idade se poderia conversar sobre assuntos pessoais, 65.4% referiram que pode contar com estes membros da família com mais de 70 anos e 59.8% referiram poder contar com os amigos com mais de 70 (ver anexo).

### **CASCAIS É UM MUNICÍPIO EM QUE SE PODE ENVELHECER BEM?**

Em Carcavelos/Parede a amostra demonstra uma menor concordância com a afirmação quando comparada com as outras freguesias. Entre as restantes freguesias não existem diferenças significativas ( $F(3, 607)=10,21, p=,000$ ).

Relativamente à comparação dos escalões etários face a esta afirmação, os resultados não são estatisticamente significativos ( $F(3, 607)=1,993, p=,114$ ).

**Figura 33** - Cascais é um município onde se pode envelhecer bem?



**Tabela 14** - Cascais é um município onde se pode envelhecer bem?

Concordância	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
<b>Discordo totalmente</b>	4 (0,6)	1 (0,8)	2 (1,4)	0 (0)	1 (0,7)
<b>Discordo em parte</b>	10 (1,6)	1 (0,8)	4 (2,9)	4 (2,0)	1 (0,7)
<b>Não concordo, nem discordo</b>	108 (17,1)	14 (11,0)	39 (27,9)	27 (13,6)	28 (19,2)
<b>Concordo em parte</b>	246 (39)	58 (45,7)	63 (45,0)	70 (35,4)	55 (37,7)
<b>Concordo totalmente</b>	243 (38,6)	53 (41,7)	32 (22,9)	97 (49,0)	61 (41,8)

#### Cascais é um município onde se pode envelhecer bem?<sup>85</sup>

	M	DP
<b>Alcabideche</b>	4,27	,75
<b>Carcavelos/Parede</b>	3,85	,86
<b>Cascais/Estoril</b>	4,31	,78
<b>São Domingos de Rana</b>	4,19	,82

#### DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA COM A IDADE – IDADISMO

De forma global, mais de 83% dos participantes referem nunca ter sentido que alguém lhe faltou ao respeito ou tratou mal devido à sua idade. Quando à discriminação com base na idade 88% referem nunca a ter sentido e os restantes referem ter sentido discriminação com pouca frequência (9,5%) ou com frequência (3,5%). Não existem diferenças expressivas entre as freguesias nestas questões.

87 Valores mais elevados indicam maior concordância com a afirmação de que em Cascais se pode envelhecer bem.

**Tabela 15 -** Perceção do IDADISMO

**Com que frequência sentiu que alguém lhe faltou ao respeito devido à sua idade, por exemplo, ignorando-o(a) ou tratando-o(a) com superioridade?**

	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca	525 (83,3)	103 (79,8)	120 (85,1)	173 (85,2)	129 (82,2)
Com pouca frequência	82 (13)	17 (13,2)	17 (12,1)	25 (12,3)	23 (14,6)
Com frequência	22 (3,5)	9 (7,0)	4 (2,8)	5 (2,5)	4 (2,5)
Com muita frequência	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

**Com que frequência alguém o/a tratou mal devido à sua idade, por exemplo, insultando-o(a), maltratando-o(a) ou recusando atendê-lo(a) ou prestar-lhe um serviço?**

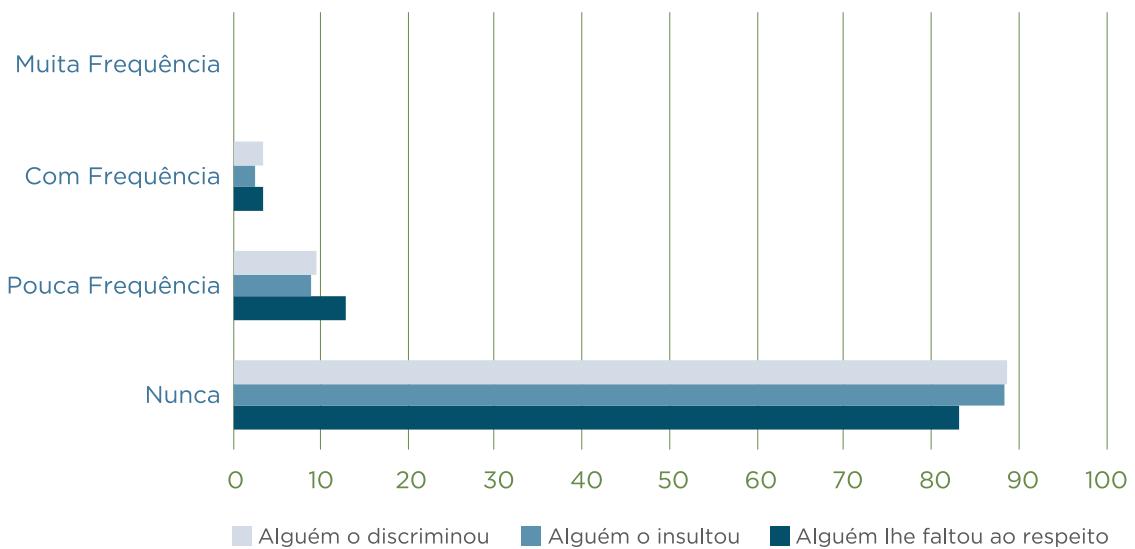
	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca	557 (88,4)	113 (87,6)	125 (88,7)	180 (88,7)	139 (88,5)
Com pouca frequência	57 (9)	10 (7,8)	13 (9,2)	19 (9,4)	15 (9,6)
Com frequência	15 (2,4)	6 (4,7)	2 (1,4)	4 (2,0)	3 (1,9)
Com muita frequência	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

**Com que frequência sentiu que alguém o/a discriminou com base na sua idade?**

	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca	547 (88,8)	109 (84,5)	122 (86,5)	179 (88,2)	137 (87,3)
Com pouca frequência	60 (9,5)	11 (8,5)	13 (9,2)	20 (9,9)	16 (10,2)
Com frequência	22 (3,5)	9 (7,0)	5 (3,5)	4 (2,0)	4 (2,5)
Com muita frequência	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

No que diz respeito à experiência de idadismo em diferentes contextos, como emprego, família, relações sociais, serviços sociais e de saúde, atividades sociais e culturais, atividades

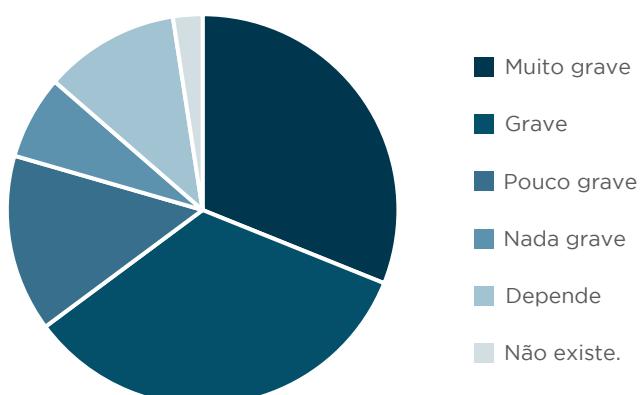
**Figura 34** - Percepção do idadismo



desportivas, atividades educativas e comunicação social, a percepção de idadismo encontra-se em valores muito diminutos como pode ser observado no quadro síntese (anexo).

Os inquiridos foram ainda confrontados com a seguinte situação: uma pessoa qualificada com 70 anos é escolhida para ocupar um cargo de chefia. E posteriormente questionados quanto é que consideravam que a maioria dos portugueses consideraria esta uma situação aceitável, numa escala de 1 (totalmente inaceitável) a 10 (totalmente aceitável), a mé-

**Figura 35** - Em que medida considera grave, ou não, em Portugal, a discriminação contra as pessoas com base na idade, em relação às pessoas idosas?



dia das respostas situou-se no 6. Ainda quando questionados acerca de quanto negativos se sentem em relação a pessoas com mais de 70 anos, numa escala de 1 (extremamente negativo) a 10 (extremamente positivo), a média das respostas situa-se no 8.

Os presentes dados parecem indicar por um lado uma percepção baixa de situações de idadismo e também um nível baixo de idadismo na população inquirida. No mesmo sentido, mais de 60% dos inquiridos considera grave ou muito grave a discriminação das pessoas idosas. Quanto a esta questão, encontram-se diferentes avaliações sobre a gravidade da discriminação face à idade. **A proporção de pessoas que considera a discriminação com base na idade grande ou muito grave é maior nas freguesias de Alcabideche e São Domingos de Rana quando comparado com Carcavelos e Parede e Cascais e Estoril.**

**Tabela 16** - Em que medida considera grave, ou não, em Portugal, a discriminação contra as pessoas com base na idade, em relação às pessoas idosas?

	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
<b>Muito grave</b>	193 (30,6)	45 (34,9)	33 (23,4)	39 (19,2)	76 (48,4)
<b>Grave</b>	209 (33,2)	75 (58,1)	36 (25,5)	53 (26,1)	45 (28,7)
<b>Pouco grave</b>	91 (14,4)	5 (3,9)	31 (22,0)	37 (18,2)	18 (11,5)
<b>Nada grave</b>	43 (6,8)	1 (0,8)	3 (2,1)	32 (15,8)	7 (4,5)
<b>Depende</b>	69 (11)	1 (0,8)	33 (23,4)	31 (15,3)	4 (2,5)
<b>Em Portugal não existe discriminação com base na idade</b>	15 (2,4)	1 (0,8)	2 (1,4)	7 (3,4)	5 (3,2)

## CRENÇAS E EXPECTATIVAS FACE AO ENVELHECIMENTO

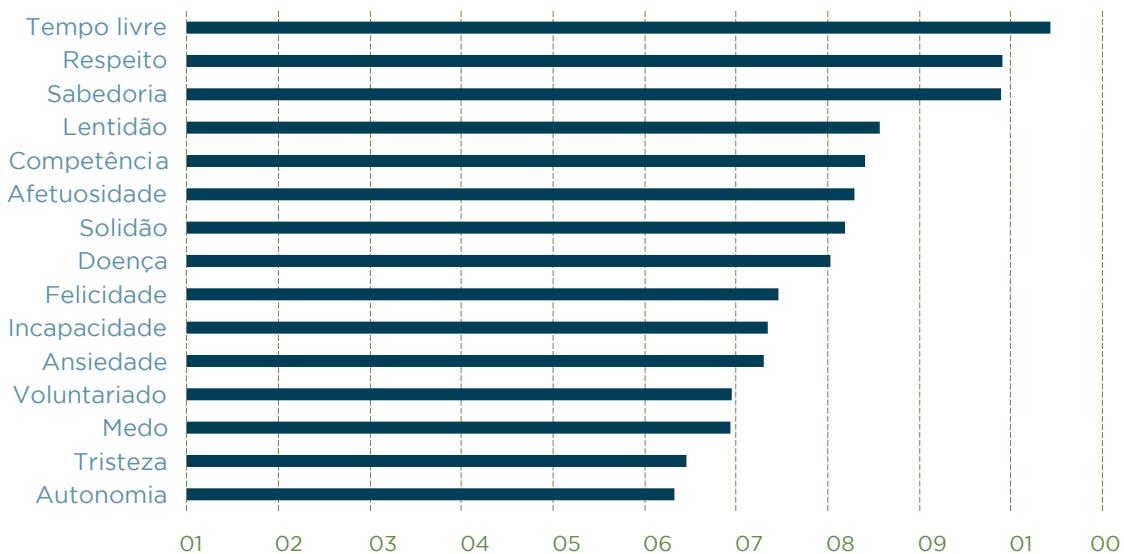
Quanto às crenças e expectativas face ao seu processo de envelhecimento, a vasta maioria dos/as inquiridos/as (60,8%) sente-se da idade que tem, cerca de 25% sente-se mais novo/muito mais novo, cerca de 13% sente-se mais velho/muito mais velho.

**Tabela 17** - Como se sente em relação à sua idade?

	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
<b>Muito mais novo/a</b>	10 (1,6)	3 (2,3)	0 (0)	6 (3,0)	1 (0,6)
<b>Mais novo/a</b>	151 (24)	32 (24,8)	23 (16,3)	49 (24,1)	47 (29,9)
<b>Exatamente a idade que tenho</b>	383 (60,8)	84 (65,1)	93 (66,0)	130 (64,0)	76 (48,4)
<b>Mais velho/a</b>	81 (12,9)	9 (7,0)	25 (17,7)	16 (7,9)	31 (19,7)
<b>Muito mais velho/a</b>	5 (0,8)	1 (0,8)	0 (0)	2 (1,0)	2 (1,3)

**A maioria dos/as inquiridos/as (65%) considera que as pessoas deixam de ser novas entre os 30 e os 61/70 anos. Porquanto, a maioria dos respondentes (54,6%) considera que as pessoas começam a ser consideradas velhas a partir dos 71 anos** (ver anexo). A amostra perceciona de forma igualmente elevada características positivas e negativas do envelhecimento.

**Figura 36** - Que característica associa ao envelhecimento?



## POLÍTICAS PÚBLICAS E RESPOSTAS LOCAIS

Os inquiridos também tiveram a oportunidade de avaliar o uso de alguns espaços e atividades específicas, e eventualmente as razões para não o fazerem (ver resumo das respostas na Tabela 16 e anexo). De uma forma global, os/as inquiridos referem utilizar as **atividades culturais do município**; não obstante 23,5% referirem que nunca utilizam e 25,7% referirem que utilizam com baixa frequência. Os/as inquiridos/as de São Domingos de Rana são maioritários a referir que nunca utilizam ou que utilizam com pouca frequência estas atividades. Os inquiridos de S. Domingos de Rana usufruem menos de atividades culturais ( $M=1,96$ ) do que os inquiridos de Alcabideche ( $M=2,53$ ), Carcavelos/Parede (2,33) e Cascais/Estoril ( $M=2.51$ ). Como pode ser observado no anexo, as principais razões para não frequentar estas atividades prendem-se com falta de interesse, falta de tempo, dificuldades financeiras e de saúde/físicas.

A maioria dos/as inquiridos referem frequentar as **atividades físicas** e desportivas disponibilizadas pelo município (57%), sendo uma tendência pelas 4 freguesias. Dos 42,5% que referem não utilizar ou utilizar frequentemente as principais apontadas são: falta de interesse e de tempo e problemas de saúde/físicos. Quando comparados, os inquiridos de São Domingos de Rana ( $M=2,17$ ) usufruem de menos atividades desportivas do que os inquiridos de Alcabideche ( $M=2,66$ ) e de Cascais/Estoril ( $M=2,52$ ).

Na globalidade, os/as inquiridos frequentam as **atividades de lazer** oferecidas pelo município (80,3%). No entanto, a população de São Domingos de Rana apresenta uma maior proporção de frequência destas atividades, quando comparado com as restantes subpopulações. Os inquiridos de São Domingos de Rana usufruem de menos atividades de lazer ( $M=2,76$ ) do que os inquiridos de Alcabideche ( $M=3,07$ ) e de Cascais/Estoril ( $M=2,98$ ). As principais razões para não frequentar estas atividades, na amostra global, são: falta de interesse, tempo, problemas associados à saúde/dificuldades físicas e falta de companhia.

Apenas os inquiridos de Carcavelos/Parede ( $M=2,43$ ) e os de Cascais/Estoril ( $M=2,78$ ) se distinguem significativamente no usufruto de **parques e jardins**, sendo que os de Cascais/Estoril são o que mais frequentam parques e jardins; os de São Domingos de Rana são os que apresentam maior proporção na opção nunca ou raramente.

Os/inquiridos demonstram frequentar os **centros comerciais** sobretudo ao fim de semana e durante a semana. Os inquiridos de São Domingos de Rana frequentam menos centros comerciais ( $M=1,99$ ) do que os inquiridos de Alcabideche ( $M=2,34$ ) e de Carcavelos ( $M=2,27$ ).

Apenas uma minoria (4,8%) não utiliza o **comércio tradicional** (sobretudo por não ter interesse) e a grande maioria utiliza estes espaços durante a semana (45,5%) e um quarto utiliza praticamente todos os dias (24,6%). Os inquiridos de São Domingos de Rana utili-

zam significativamente mais as zonas de comércio tradicional ( $M=3,13$ ) do que os inquiridos de Alcabideche ( $M=2,78$ ), Carcavelos/Parede ( $M=2,86$ ) e de Cascais/Estoril ( $M=2,88$ ).

Os inquiridos das diferentes freguesias não se distinguem estatisticamente na utilização de **praias e paredão**. Contudo é de notar que quase 20% da amostra global refere utilizar nunca ou raramente as praias e paredão, sendo que os/as inquiridos/as de São Domingos de Rana são os que apresentam uma maior proporção de não utilização, mas também de utilização diária. Encontramos em São Domingos de Rana, quanto à utilização das praias e paredão, a utilização mais diversificada destes espaços.

A maioria da população inquirida faz uma utilização frequente de **praças e pracetas**. Os inquiridos de Alcabideche são os que utilizam mais largos e pracetas ( $M=3,18$ ) quando comparados com os inquiridos de Carcavelos/Parede ( $M=2,45$ ) e os de Cascais/Estoril ( $M=2,83$ ). Os inquiridos de Carcavelos/Parede ( $M=2,45$ ) são os que menos utilizam largos e pracetas, comparando com os inquiridos de Cascais/Estoril ( $M=2,83$ ) e de São Domingos de Rana ( $M=2,88$ ).

**Tabela 18** - Com que regularidade usufrui ou utiliza...

<b>Atividades culturais</b>					
<b>Frequência</b>	<b>Global n(%)</b>	<b>Alcabideche n(%)</b>	<b>Carcavelos e Parede n(%)</b>	<b>Estoril e Cascais n(%)</b>	<b>São Domingos de Rana n(%)</b>
Nunca	148 (23,5)	23 (17,8)	31 (22,0)	32 (15,8)	62 (39,7)
Pouca frequência	162 (25,7)	27 (20,9)	39 (27,7)	48 (23,8)	48 (30,8)
Com frequência	275 (43,7)	67 (51,9)	64 (45,4)	108 (53,2)	36 (23,1)
Com muita frequência	43 (6,8)	12 (9,3)	7 (5,0)	14 (6,9)	10 (6,4)
<b>Atividades físicas desportivas</b>					
<b>Frequência</b>	<b>Global n(%)</b>	<b>Alcabideche n(%)</b>	<b>Carcavelos e Parede n(%)</b>	<b>Estoril e Cascais n(%)</b>	<b>São Domingos de Rana n(%)</b>
Nunca	166 (26,3)	26 (20,3)	33 (23,4)	51 (25,2)	56 (35,9)
Pouca frequência	102 (16,2)	11 (8,6)	32 (22,7)	25 (12,4)	34 (21,8)
Com frequência	281 (44,6)	71 (55,5)	66 (46,8)	95 (47,0)	49 (31,4)
Com muita frequência	78 (12,4)	20 (15,6)	10 (7,1)	31 (15,3)	17 (10,9)

### Atividades de lazer

Frequência	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca	29 (4,6)	2 (1,6)	6 (4,3)	10 (4,9)	11 (7,0)
Pouca frequência	95 (15,1)	14 (10,9)	20 (14,2)	20 (9,9)	41 (26,1)
Com frequência	392 (62,2)	86 (66,7)	90 (63,8)	137 (67,5)	79 (50,3)
Com muita frequência	114 (18,1)	27 (20,9)	25 (17,7)	36 (17,7)	26 (16,6)

### Parques e jardins

Frequência	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca ou raramente	75 (11,9)	16 (12,4)	14 (9,9)	21 (10,3)	24 (15,3)
Ao fim de semana	245 (38,9)	48 (37,2)	69 (48,9)	64 (31,5)	64 (40,8)
Durante a semana	185 (29,4)	44 (34,1)	41 (29,1)	62 (30,5)	38 (24,2)
Praticamente todos os dias	109 (17,3)	17 (13,2)	17 (12,1)	50 (24,6)	25 (15,9)

### Centros Comerciais

Frequência	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca ou raramente	129 (20,5)	14 (10,9)	23 (16,3)	40 (19,7)	52 (33,1)
Ao fim de semana	314 (49,8)	71 (55,0)	59 (41,8)	120 (59,1)	64 (40,8)
Durante a semana	154 (24,4)	35 (27,1)	57 (40,4)	30 (14,8)	32 (20,4)
Praticamente todos os dias	24 (3,8)	6 (4,7)	2 (1,4)	8 (3,9)	8 (5,1)

### Zonas de comércio tradicional

Frequência	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca ou raramente	30 (4,8)	8 (6,2)	4 (2,8)	11 (5,4)	7 (4,5)
Ao fim de semana	156 (24,8)	32 (24,8)	34 (24,1)	55 (27,1)	35 (22,3)
Durante a semana	286 (45,4)	72 (55,8)	81 (57,4)	85 (41,9)	48 (30,6)
Praticamente todos os dias	155 (24,6)	16 (12,4)	22 (15,6)	52 (25,6)	65 (41,4)

### Praias e paredão

Frequência	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca ou raramente	123 (19,5)	25 (19,4)	15 (10,6)	37 (18,2)	46 (29,3)
Ao fim de semana	307 (48,7)	56 (43,4)	87 (61,7)	117 (57,6)	47 (29,9)
Durante a semana	134 (21,3)	39 (30,2)	31 (22,0)	28 (13,8)	36 (22,9)
Praticamente todos os dias	62 (9,8)	9 (7,0)	8 (5,7)	19 (9,4)	26 (16,6)

### Largos e pracetas

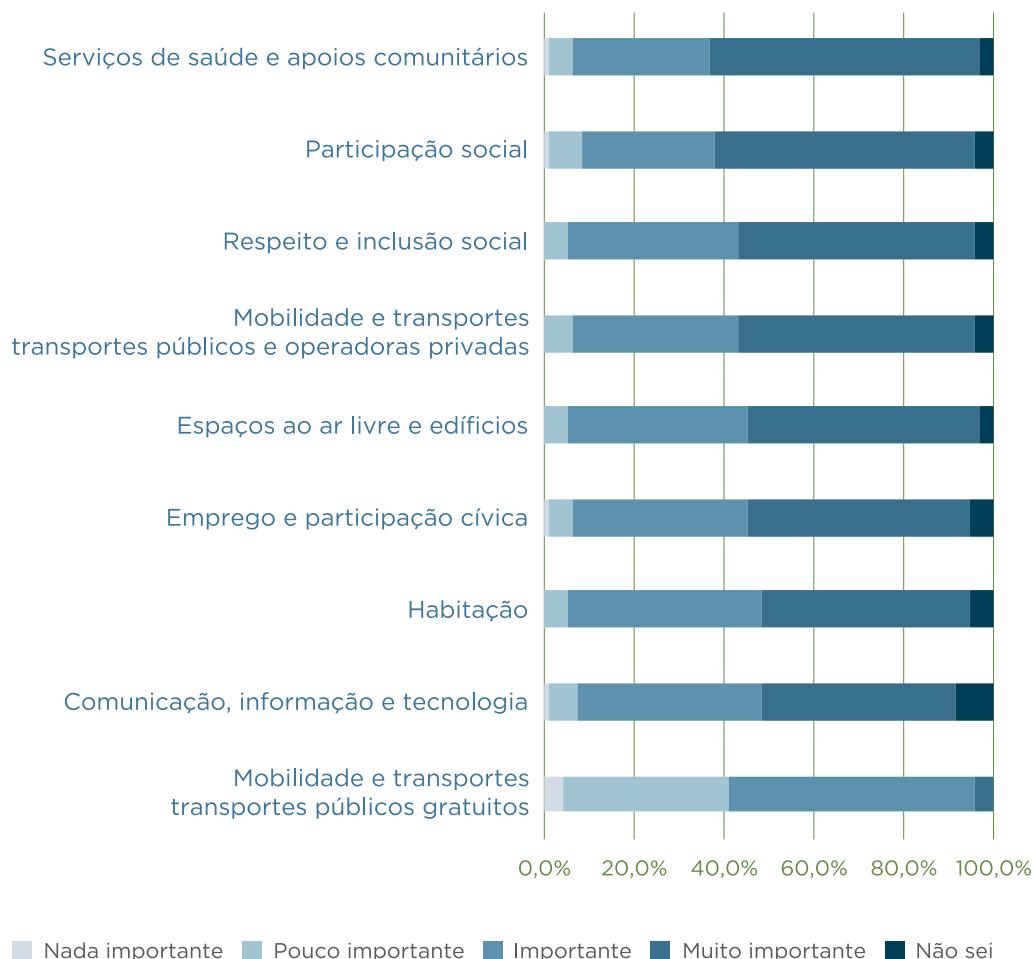
Frequência	Global n(%)	Alcabideche n(%)	Carcavelos e Parede n(%)	Estoril e Cascais n(%)	São Domingos de Rana n(%)
Nunca ou raramente	75 (11,9)	9 (7,0)	22 (15,6)	18 (8,9)	26 (16,6)
Ao fim de semana	208 (33)	36 (27,9)	54 (38,3)	76 (37,4)	42 (26,8)
Durante a semana	154 (24,4)	25 (19,4)	44 (31,2)	42 (20,7)	43 (27,4)
Praticamente todos os dias	155 (24,6)	48 (37,2)	21 (14,9)	59 (29,1)	27 (17,2)

## PRIORIDADES ATRIBUÍDAS VS. PERCEBIDAS

Um dos principais objetivos do inquérito foi averiguar prioridades de atuação política na área do envelhecimento. Neste sentido, os inquiridos avaliaram em quatro graus de importância domínios muitos semelhantes aos do CCAE.

**O domínio dos serviços de saúde e apoios comunitários foi identificado como muito prioritário por mais de 60% dos participantes, seguidos dos domínios participação social, e respeito e inclusão, com 58% e 53% respetivamente (ver Figura 32).**

**Figura 37** - Quais deveriam ser as prioridades de atuação política na área do envelhecimento?

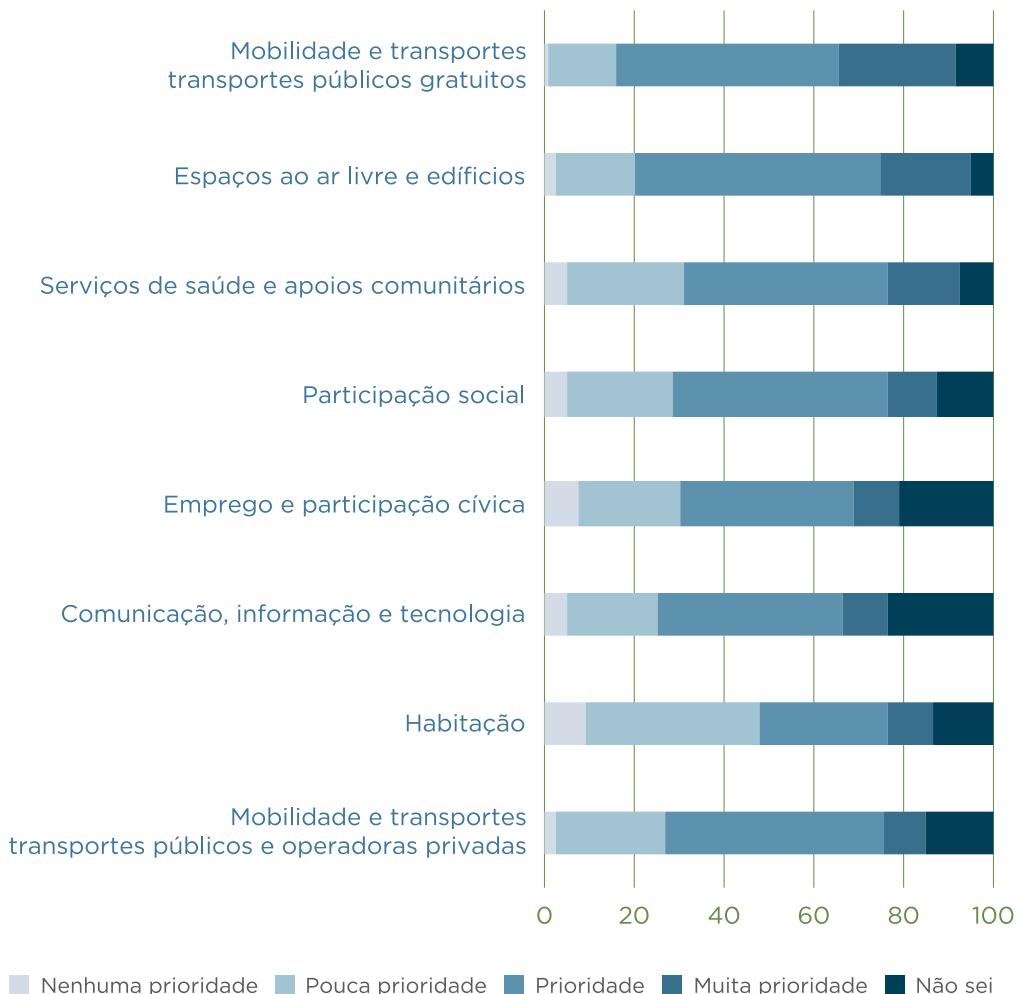


É importante notar que o domínio mobilidade / transporte foi desmembrado em dois, sendo o domínio dos “transportes públicos operadoras privadas” o quarto com maior prioridade e o domínio dos “transportes públicos gratuitos” identificado como importante para mais da metade dos participantes (55%).

Esta importância relativa da questão da mobilidade foi também identificada pelos participantes quando inquiridos sobre a prioridade que o município dá ao desenvolvimento de políticas para o envelhecimento/velhice nos mesmos domínios.

A grande maioria dos inquiridos (75%) avaliou que o município dá prioridade ou muita prioridade ao tema dos transportes públicos gratuitos e ao domicílio dos espaços ao ar livre e edifícios. É importante notar que o “muita prioridade” foi atribuído por uma parcela bem menor dos inquiridos.

**Figura 38** - Qual a prioridade dada pelo município?



No extremo oposto das prioridades percebidas encontram-se os domínios da habitação e dos “transportes públicos operadoras privadas”. É importante ressaltar que esta análise teria um foco diferente se a figura 33 tivesse sido construída com o foco na “menor prioridade”. Neste caso, habitação e serviços de saúde apareceriam no “topo”, com 9% e 8% respetivamente de “nenhuma prioridade” atribuídos.

**De facto, habitação, serviços de saúde e apoios comunitários, emprego e participação Cívica, e participação Social, foram avaliados por mais de 30% dos inquiridos como sendo de pouca ou nenhuma prioridade. No caso da habitação, quase metade dos inquiridos teve esta opinião.**

Uma diferença notável entre as respostas obtidas nas prioridades percebidas, diz respeito à “seletividade” nas respostas. Enquanto as prioridades atribuídas tiveram sempre forte incidência de respostas consideradas importantes e muito importantes, nas prioridades percebidas houve maior graduação nas respostas.

A análise das respostas para as mesmas perguntas por freguesia também oferece alguns indícios importantes de como são percebidas as assimetrias internas no território de Cascais.

Os residentes de Cascais e Estoril, por exemplo, identificaram prioridades bastante diferentes do global da população. Entre os domínios mais prioritários indicaram os dois domínios da mobilidade e o domínio da habitação, sendo a questão da participação social considerada a segunda menos importante.

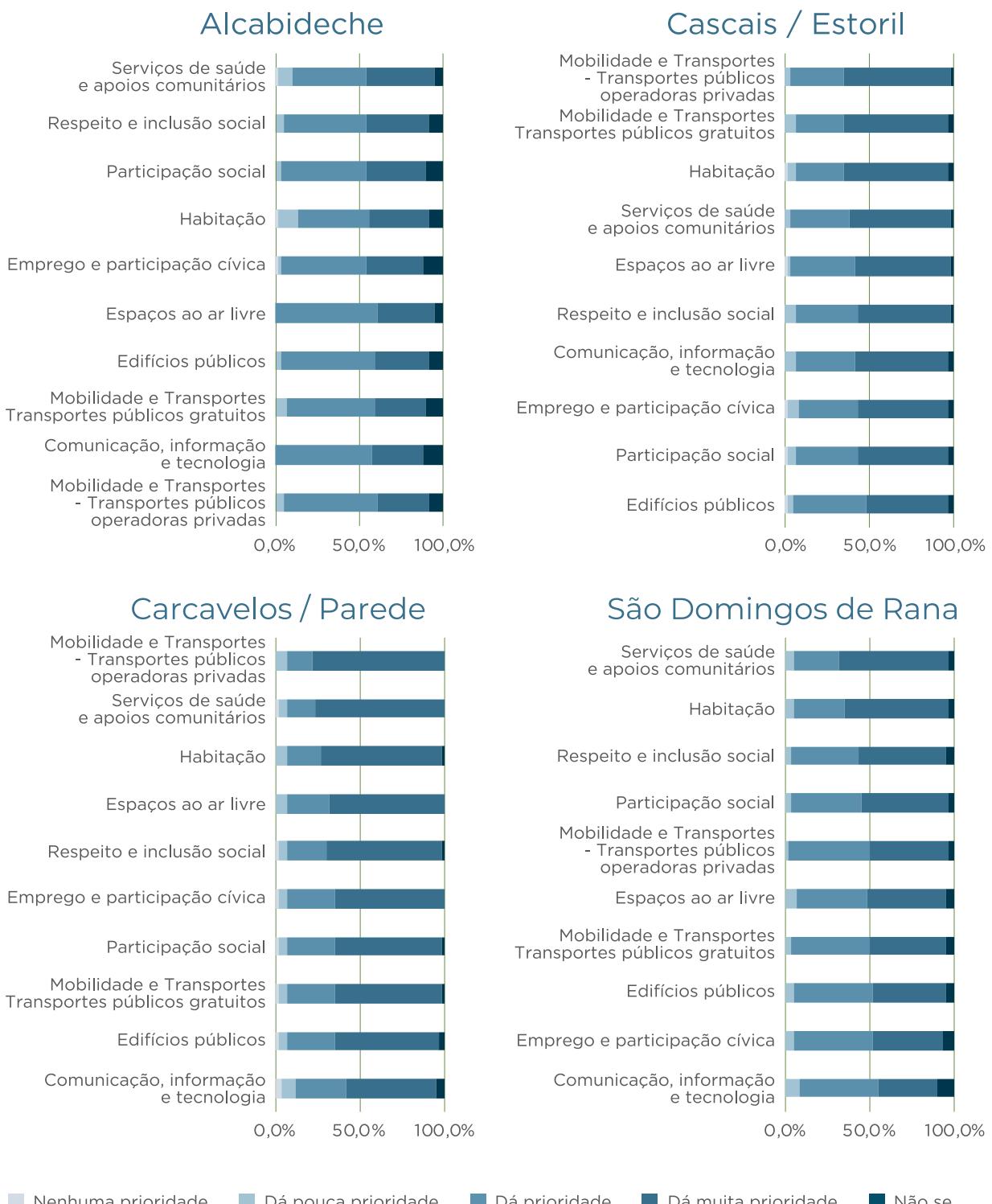
Alcabideche espelhou, em algum medida, as prioridades globais do concelho, sendo os três domínios mais importantes e os dois menos importantes coincidentes (não exatamente na mesma ordem).

A análise das respostas de São Domingos da Rana também teve alguma correspondência com as prioridades globais identificadas, mas trouxe a “substituição” do segundo domínio mais importante, participação social, pelo domínio habitação.

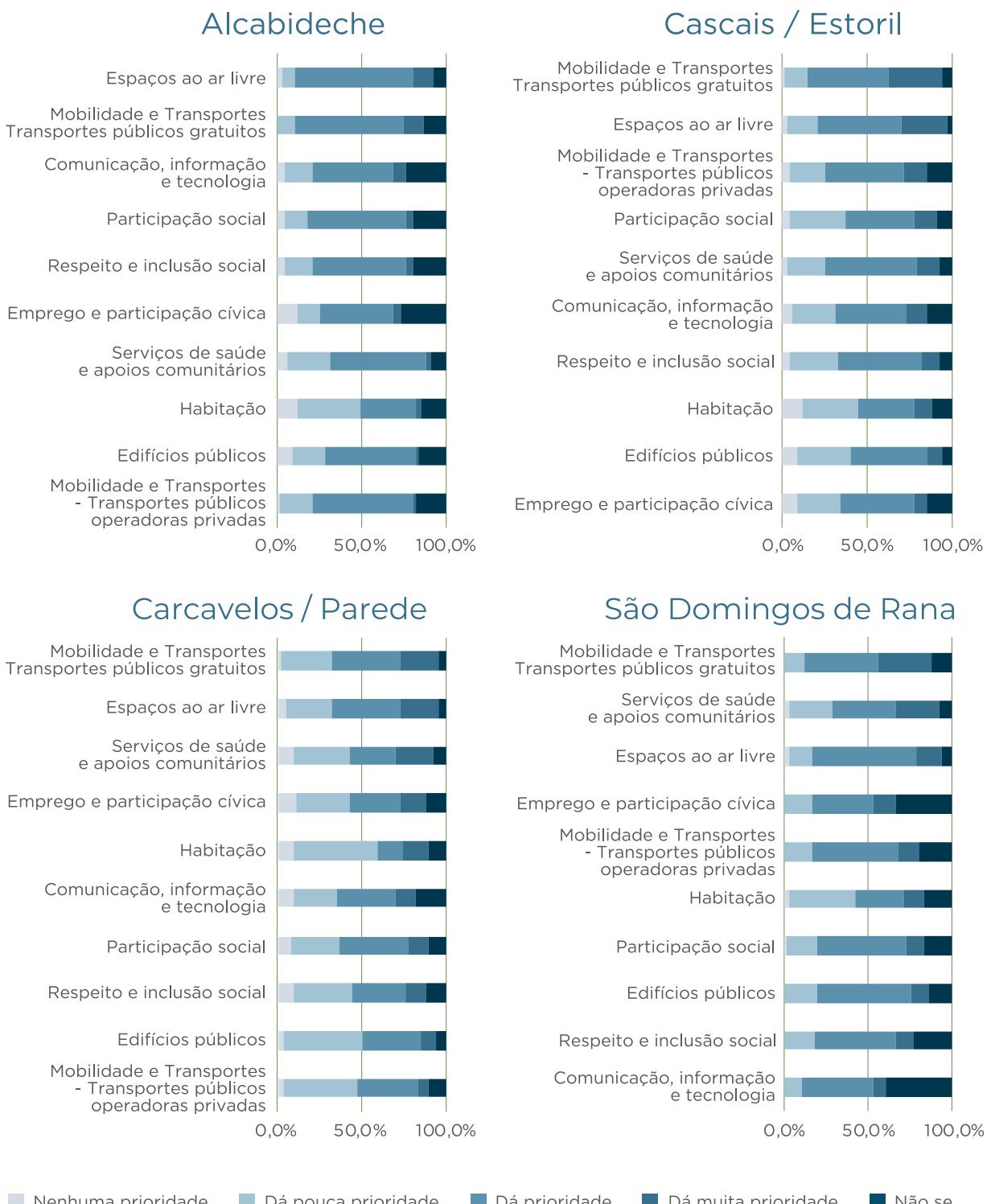
Na freguesia de Carcavelos e Parede, a questão da mobilidade e dos transportes públicos das operadoras privadas foi identificada como o domínio mais importante, seguido dos serviços de saúde e habitação.

Uma observação importante, e que resulta fundamentalmente da estratégia de análise, é o destaque do tema da habitação que, ao ser analisado no contexto das respostas por freguesia, ganha bastante destaque e prioridade relativa.

**Figura 39** - Na sua opinião, qual a importância de desenvolver políticas para o envelhecimento e velhice em Cascais nas seguintes áreas? Freguesias



**Figura 40** - Na sua opinião, qual a prioridade que o município de Cascais dá ao desenvolvimento de políticas para o envelhecimento/velhice, nas seguintes áreas? Freguesias



A análise ao nível das freguesias para a prioridade percebida dada pelo município no desenvolvimento de políticas para o envelhecimento/velhice, nas mesmas áreas, também revelou algumas diferenças bastante relevantes.

Mobilidade e Espaços ao ar livre e edifícios, mostram-se consistentes como prioridades percebidas em todas as freguesias, com exceção de São Domingos da Rana, onde o domínio dos serviços de saúde foi percebido como mais prioritário do que os espaços ao ar livre e edifícios.

Entre os domínios avaliados como menos priorizados pelo município, a única constante foi a presença do domínio edifícios públicos como segundo menos priorizado em três das quatro freguesias, sendo que em São Domingos da Rana este domínio surge como o terceiro menos priorizado.

Novamente, se a estratégia da análise tivesse priorizado os domínios com nenhuma ou pouca prioridade, as figuras teriam uma ordenação bastante diferentes com a questão da habitação a ter grande destaque. Em Carcavelos Parede, por exemplo, quase 60% dos inquiridos indicaram que o domínio tem pouca ou nenhuma prioridade.

Emprego e participação foram avaliados como o domínio com menor prioridade em Alcabideche e Carcavelos e Parede, sendo ainda o terceiro domínio considerado menos priorizado em Cascais e Estoril.

## **ISOLAMENTO E SOLIDÃO**

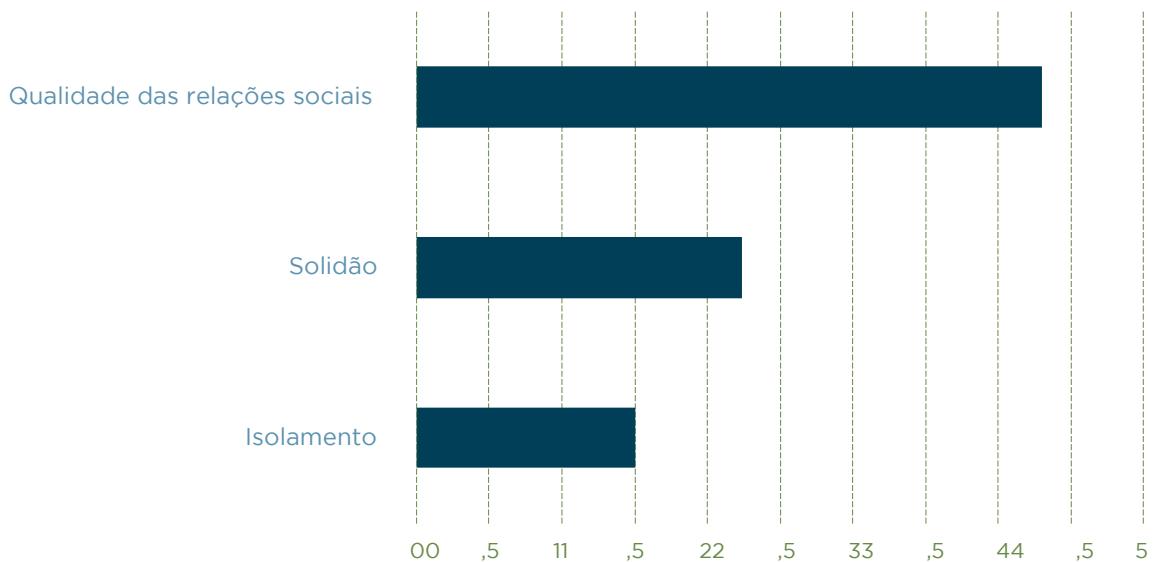
Como indicado na introdução, este tema mereceu uma análise mais aprofundada e que gerou um relatório específico. Reproduzimos aqui apenas a análise dos dados do inquérito.

### **Descrição dos indicadores**

O nível de isolamento, que varia de 1 a 5, apresenta uma média de 1,5 com baixa variabilidade ( $DP=0,885$ ) pelo que se pode concluir que na presente amostra o nível de isolamento social é baixo. No que diz respeito à solidão, variando de 1 a 5, apresenta uma média de 2,23 e alguma variabilidade ( $DP=1,38$ ) levando à constatação que o nível de solidão na amostra é moderado. Quanto à qualidade das relações sociais, com variação de 1,67 a 5, apresentou um valor médio elevado com uma média de 4,3 de baixa variabilidade ( $DP=0,64$ ). Sendo que esta amostra visa uma representação estatística da população residente em Cascais com idades iguais ou superiores a 40 anos, resultam daqui resultados

positivos principalmente pautados pelo baixo nível de isolamento involuntário percebido e pela elevada qualidade percebida sobre as relações sociais. Pela análise de correlações bivariadas de Pearson encontramos uma correlação moderada entre a solidão e o isolamento ( $r=,283$ ,  $p=0,000$ ) e uma correlação negativa entre a qualidade das relações sociais e o isolamento e a solidão ( $r=-,482$  e  $r=-,346$ ,  $p=0,000$ , respetivamente).

**Figura 41** - Isolamento, Solidão e Relações Sociais



#### Relação entre os indicadores de isolamento, solidão e qualidade das relações sociais e as variáveis sociodemográficas

De início damos destaque a duas variáveis que não indicaram diferenças significativas no isolamento/solidão e qualidade das relações sociais: (i) “tempo a viver no concelho” (no caso deste estudo, agrupado em 5 grupos que variavam de “1 ano” a “sempre vivi no concelho”, (ii) e, também, na variável “tipo de residência”, isto é “própria” ou “arrendada”.

#### Análise de correlações com a idade, dimensão do agregado e estado de saúde

O isolamento encontra-se positivamente associado à idade ( $r=,309$ ), significando que as pessoas mais velhas reportaram um maior nível de isolamento. Ainda, o isolamento estava negativamente associado à dimensão do agregado ( $r=-,268$ ) e ao estado de saúde ( $r=-,349$ ), significando que as pessoas com maior nível de isolamento percebido são aquelas com um menor agregado familiar e com pior estado de saúde percebido. O mesmo pa-

drão de resultados pode ser identificado em relação à solidão, que está positivamente associada à idade ( $r=,178$ ) e negativamente associada à dimensão do agregado ( $r=-,184$ ) e ao estado de saúde ( $r=-,217$ ) - no entanto a intensidade destas correlações é menor do que com o isolamento. Quanto à qualidade das relações sociais, esta é tanto maior quanto menor a idade ( $r=-,205$ ), maior o agregado ( $r=,208$ ) e melhor o estado de saúde ( $r=,277$ ).

## Diferenças entre géneros

Não houve diferenças significativas entre os géneros, no nível de isolamento, solidão e qualidade das relações pessoais pelo que não se pode afirmar que homens ou mulheres experienciem maior isolamento/solidão/qualidade das relações sociais.

## Integração social

O grupo de pessoas que referem não poder contar com ninguém apresentam significativamente maior nível de isolamento do que as pessoas que referem poder contar com 1 a 3 pessoas e do que as pessoas que referem 4 a 6 pessoas ( $M=2,16$  vs.  $M=1,49$  vs.  $M=1,26$ , respetivamente). O mesmo padrão de resultados pode ser encontrado no indicador de solidão, em que o grupo de pessoas que referem não poder contar com ninguém apresentam significativamente maior nível de solidão do que as pessoas que referem poder contar com 1 a 3 pessoas e do que as pessoas que referem 4 a 6 pessoas ( $M=2,94$  vs.  $M=2,21$  vs.  $M=1,90$ , respetivamente). No que diz respeito à qualidade das relações sociais, as pessoas que referem não poder contar com ninguém reportam significativamente pior nível de qualidade das relações sociais ( $M=3,42$ ) face às pessoas que referem 1-3 pessoas ( $M=4,33$ ), 4-6 pessoas ( $M=4,59$ ) e 7 ou mais ( $M=4,58$ ) e as pessoas que referem não saber com quantas pessoas podem contar ( $M=4,13$ ).

## Escalão etário

As pessoas com 75 anos ou mais reportam significativamente maior nível de isolamento ( $M= 2,09$ ) do que as pessoas entre os 40-54 ( $M=1,27$ ), 55-64 ( $M=1,42$ ) e 65-74 ( $M=1,62$ ). No que diz respeito à solidão, o padrão de resultados indica que não existem diferenças significativas entre os grupos 40-54 e 55-64 e entre os grupos 65-74 e 75+. Isto significa que, estatisticamente, as pessoas entre os 40 e os 64 anos apresentam um nível equivalente de solidão e o mesmo acontece no grupo de pessoas com mais do que 65 anos. As pessoas com 40-54 anos ( $M=2,00$ ) e com 55-64 ( $M=2,04$ ) apresentam um menor nível de

solidão do que as pessoas de 65-74 (M=2,53) e do que 75+ (M=2,75) estatisticamente significativo. Os presentes dados corroboram a expectativa de que o isolamento involuntário e a solidão estão indexados ao avançar no ciclo de vida, afetando com maior intensidade as pessoas mais velhas.

As pessoas entre os 40-54 apresentam um nível significativamente maior de qualidade das relações sociais (M=4,44) face às pessoas com 65-74 anos (M=4,18) e 75+ (M=4,08). O nível de qualidade das relações sociais das pessoas com 55-64 anos (M=4,32) apenas é estatisticamente maior do que o das pessoas com 75+ (M=4,08). Também neste indicador não existem diferenças significativas entre os dois subgrupos de pessoas com mais do que 65 anos, pelo que se conclui que as pessoas com mais de 65 anos apresentam um nível de qualidade de relações sociais homogéneo.

### Freguesia

Quanto ao isolamento, apenas São Domingos de Rana apresentava um nível maior de isolamento (M=1,68) quando comparado com Cascais/Estoril (M=1,42). No indicador de solidão, em S. Domingos de Rana encontrou-se níveis de solidão significativamente maiores comparando com Alcabideche (M=2,14), Carcavelos (M=2,14) e Cascais/Estoril (M=2,09). Quanto à qualidade de relações sociais, São Domingos de Rana apresentava uma qualidade de relações sociais significativamente inferior a Alcabideche (M=4,39), Carcavelos (M=4,38) e Cascais/Estoril (M=4,37).

**Tabela 19** - Isolamento, solidão, e relações sociais por freguesia

		<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>ISOLAMENTO</b>	Alcabideche	1,46	,90
	Carcavelos / Parede	1,47	,90
	Cascais / Estoril	1,42	,72
	São Domingos de Rana	1,68	1,05
<b>SOLIDÃO</b>	Alcabideche	2,14	1,42
	Carcavelos / Parede	2,14	1,33
	Cascais / Estoril	2,09	1,33
	São Domingos de Rana	2,58	1,42
<b>QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS</b>	Alcabideche	4,39	,66
	Carcavelos / Parede	4,38	,57
	Cascais / Estoril	4,37	,60
	São Domingos de Rana	4,07	,70

Isolamento:  $F(3, 620)= 2,726, p=.043$ ; Solidão:  $F(3, 625)= 4,566, p=.004$ ; Qualidade das relações sociais:  $F(3,626)= 9,123, p=.000$

## Estado civil

As pessoas viúvas reportaram significativamente maior nível de isolamento ( $M=2,23$ ) do que as pessoas casadas ( $M=1,33$ ), solteiras ( $M=1,48$ ) e divorciadas ( $M=1,57$ ); no mesmo sentido as pessoas viúvas reportaram maior nível de solidão ( $M=2,78$ ) do que as pessoas casadas ( $M=2,11$ ) e divorciadas ( $M=2,18$ ). Além disso, as pessoas viúvas reportaram piores níveis de qualidade das relações sociais ( $M=4,02$ ) do que as pessoas casadas ( $M=4,37$ ) e do que as pessoas solteiras ( $M=4,35$ ). Estar/ser-se viúvo/a está associado a uma maior probabilidade de se estar involuntariamente isolado, sentir maior solidão e reportar pior qualidade das relações sociais.

## Nível de escolaridade

Quanto ao nível de isolamento, as pessoas com o 1º ciclo de escolaridade reportam níveis significativamente maiores de isolamento ( $M=1,99$ ) do que as pessoas com o 3º ciclo ( $M=1,51$ ), com o secundário ( $M=1,29$ ), do que as pessoas licenciadas ( $M=1,29$ ) e pessoas com doutoramento ( $M=1,00$ ). As pessoas com o 2º ciclo de escolaridade apenas revelaram níveis significativamente superiores de isolamento ( $M=1,72$ ) do que as pessoas com o secundário ( $M=1,29$ ) e do que as pessoas licenciadas ( $M=1,29$ ). Quanto à solidão, as pessoas com o 1º ciclo de escolaridade reportam níveis significativamente maiores de solidão ( $M=2,64$ ) do que as pessoas com o secundário ( $M=2,09$ ), do que as pessoas licenciadas ( $M=1,96$ ) e pessoas com doutoramento ( $M=1,00$ ). As pessoas com o 3º ciclo apenas revelaram níveis significativamente superiores de solidão ( $M=2,44$ ) do que as pessoas com doutoramento ( $M=1,00$ ). Finalmente, quanto à qualidade das relações sociais, as pessoas com o 1º ciclo apresentaram níveis significativamente inferiores ( $M=4,16$ ) do que as pessoas licenciadas ( $M=4,49$ ). As pessoas com o 2º ciclo reportaram relações sociais com menos qualidade ( $M=4,06$ ) comparativamente com as pessoas com o secundário ( $M=4,38$ ), licenciadas ( $M=4,49$ ) e com o doutoramento ( $M=4,75$ ). As pessoas com o 3º ciclo apenas revelaram níveis significativamente inferiores de relações sociais ( $M=4,22$ ) do que as pessoas licenciadas ( $M=4,49$ ).

## Rendimento líquido mensal do agregado familiar

As pessoas com rendimento até 309 euros apresentaram níveis de isolamento ( $M=2,08$ ) significativamente maiores quando comparados com 781-1180 ( $M=1,38$ ), 1171-1560euros ( $M=1,44$ ), 1561-1950 ( $M=1,33$ ), 1951-2340 ( $M=1,24$ ).

Quanto à solidão e qualidade das relações sociais não se encontraram diferenças significativas nos diferentes escalões de rendimento.

## Ocupação

As pessoas reformadas, reportaram um nível significativamente maior de isolamento ( $M=1,85$ ) do que as pessoas em situação ativa ( $M=1,29$ ). Num sentido oposto, as pessoas em situação ativa revelaram um nível significativamente maior de solidão ( $M=4,50$ ) do que as pessoas reformadas ( $M=4,21$ ); por seu turno, as pessoas em situação ativa reportaram um melhor nível de qualidade das relações sociais ( $M=4,42$ ) do que as pessoas reformadas ( $M=4,13$ ).

8.

## NARRATIVAS

## 8. Estudo de Caso Através de Narrativas Visuais

Para além dos Workshops, foi realizado um momento de trabalho de campo por diferentes zonas do município, com participantes aleatórios.

Pensar no futuro é, sobretudo, imaginar. Para construir um futuro comum e partilhado para Cascais, utilizou-se uma metodologia mista, adaptando a técnica do ‘sonho social’ desenvolvida por Gordon Lawrence, associando-a à criação de narrativas visuais. Esta metodologia coloca o foco no futuro e no caminho para lá chegar. É, portanto, proposta. Como diz Lawrence, “a tarefa do sonho social é transformar o pensamento através da exploração de sonhos, utilizando os métodos da livre associação, amplificação e pensamento sistémico, de modo a fazer ligações e encontrar conexões para descobrir novos pensamentos e *insights*” (2005, p. 13). Aqui, o sonho social cruza-se com a conceção de narrativas visuais, permitindo que o futuro se possa desenhar.

Estas conversas exploratórias tiveram como objetivo a criação de visões futuras, sob a perspetiva do envelhecimento e da velhice, por pessoas que vivem e/ou trabalham no concelho. Deste modo, a mesma pergunta foi feita em diferentes modelos urbanos, do bairro consolidado da Parede ao Bairro municipal da Cruz Vermelha, abraçando visões distintas, mas complementares, sobre “como seria um município amigo do envelhecimento”. Foram ouvidas 32 pessoas no total, tendo sido recolhidos depoimentos gravados em áudio, anonimizados. O anonimato trouxe às pessoas entrevistadas uma sensação de confiança quando o assunto era o seu próprio futuro, simultaneamente iguala parâmetros sociais como idade, raça, nível de educação formal, entre outros, tornando todas as contribuições válidas. Pretendeu-se igualmente um equilíbrio entre homens e mulheres, e uma variedade geracional, já que esta é uma questão que importa a todos.

As entrevistas apontaram, regra geral, as mesmas questões levantadas quer nos grupos de referência, quer nas entrevistas. As pessoas entrevistadas referem a saúde, a habitação e a família, como elementos estruturantes para um melhor envelhecimento no futuro de Cascais. A permanência em casa, junto da família, assume-se como principal escolha entre as pessoas entrevistadas, sobretudo as mais novas, para quem a ideia de ‘ser velho/a’, está distante no tempo. A sugestão de outros modelos, como a coabitação, e uma vivência cotidiana ativa são indicados como modelo de partilha e convívio para um envelhecimento melhor.

Em suma, os entrevistados preferem ‘envelhecer em casa’, ‘junto da família’. Equipamentos como lares são vistos como soluções de recurso para quem não tem o apoio da família, e são idealizados como espaços mais livres, abertos, com ligação à natureza e potenciadores de diferentes graus de autonomia. A preocupação com a habitação, nomeadamente o aumento dos preços, ou a chegada de estrangeiros residentes com maior poder de compra, são apontadas como algumas das preocupações para o futuro, ligadas ao sentimento presente.

As questões da solidão e do isolamento surgem também como inquietações presentes que se projetam no futuro: mais uma vez, as redes de suporte familiar ou vicinal e mais e melhores lares, são apontados como soluções potenciais.

Questões como a alimentação, segurança ou mobilidade são ainda referidas como importantes, embora a maioria das referências parta das atuais circunstâncias e vivências das pessoas entrevistadas, e não necessariamente de um futuro desejado. Ou seja, questões como transportes públicos adaptados, dificuldade em pagar uma alimentação saudável e adequada ou a percepção de insegurança no espaço público, levam a idealizar um futuro distinto.

*“Primeiro, é muito bom morar na Parede. Estamos perto de tudo, é verdade. Simplesmente não há condições para a terceira idade. Agora diga-me: como é que a terceira idade vai enfrentar o amanhã? (...) Eu com 12 anos já andava a acartar cestas de uvas à cabeça e agora estou a ver o meu futuro muito triste.”*

*“[Sobre lares] Mas que houvesse árvores, ar puro, onde os velhinhos se pudessem sentar numa cadeira, já que sofreram tanto para nos criar! Acho que temos o direito a ter um fim de vida condigno. Acho que todos as pessoas humanas merecem uma boa partida para outro mundo, não é morrer atrás da porta, sozinho, à espera de que um vizinho lá vá levar um copinho de água...”*

*“Eu acho que ninguém quer envelhecer. Eu acho que ninguém pensa nisso. Acho que não é uma coisa fácil de pensar, para mim. Acho que um lar não era de todo o que eu queria. Queria ver viver o máximo possível com a minha família, poder sair à rua, se calhar ter amigos pessoas idosas também, que pudessem sair. Não sei...”*

*“Enquanto aqui tem muito terreno! Podiam fazer um sítio para um lar ou um sítio para passar o dia. Uma coisinha para divertir: uns gostam de plantar alguma florzita, um feijão, para ver brotar para cima! E tudo isso faz falta na mente do velho. Esta é a minha opinião. Se pudessem fazer isso, pronto, tem a mente sempre a funcionar. Quando a mente fica fechada, dentro de casa sozinho, só a olhar para as paredes, a mente está fechada, não está a ver ninguém. Esse envelhecimento está mal.”*

**Figura 42** - Nuvem de palavras resultante da análise das entrevistas exploratórias



9.

# DISCUSSÃO

## 9. Discussão de resultados: desafios e oportunidades

Procura-se agora analisar os resultados principais constantes dos diferentes momentos de recolha e análise, e apontar os principais desafios e oportunidades à política para o envelhecimento e velhice, em Cascais. Esta análise é orientada pela revisão crítica do movimento das CCAE (cap.3), em articulação com a análise dos desafios macroestruturais e principais linhas estratégicas, desafios, e oportunidades identificados nos diversos “encontros” com a comunidade de Cascais, entrevistados e revisão de secretaria (cap. 4) e com a população (capítulos 5-8).

Antes de avançarmos, é importante recordar novamente que este projeto se alicerçou nas perspetivas da investigação-ação e da co construção como principais orientações metodológicas, isto é, parte significativa dos resultados obtidos consubstanciou-se no processo em si, e na transformação de todos envolvidos (ver cap. 6, a percepção dos participantes). Os capítulos 3 e 4, representam a concretização de outros dois objetivos fundamentais do projeto: “(i) a construção de um quadro teórico integrado, que permita uma (ii) análise multidimensional, presente e prospectiva do envelhecimento no concelho”.

### **“Recuperar o envelhecimento ativo”...**

As conquistas do movimento das CCAE, assinaladas no capítulo 3, devem ser observadas no contexto da sua implementação local. Dada a predominância de uma perspetiva ainda parcelar (produtivista) do envelhecimento ativo, urge a busca de uma abordagem inovadora capaz de resgatar as ambições originais preconizadas pelas OMS.

As questões do idadismo e dos cuidados foram identificadas como os principais potenciais vetores desta mudança, sendo ainda fundamental reconhecer que para o resgate do envelhecimento ativo será preciso adotar uma perspetiva de política mais abrangente, que inclua o combate às desigualdades ao longo do ciclo de vida. Na perspetiva estruturante do envelhecimento ativo aqui almejada, as políticas de envelhecimento devem ainda contribuir em todas as áreas de atuação – da tecnologia ao planeamento urbano, da cultura à educação, etc.

Observando as principais medidas, projetos e iniciativas, por temática, podemos concluir que existe uma divisão central que é feita nas políticas sociais para o envelhecimento no Concelho: existe um primeiro eixo direcionado para a carência socioeconómica e outro eixo direcionado para a promoção do envelhecimento ativo de uma forma global, que consideramos que precisa de ser mais desenvolvido.

O conceito de envelhecimento ativo tem sido mobilizado para a criação de medidas lo-

cais, que se prendem maioritariamente com atividades físicas, culturais e artísticas e com formação, como as Academias e Universidades Sénior, como a Academia Móvel e a Academia Digital+. Estas são, sem dúvida, medidas centrais para o envelhecimento ativo. No entanto, elementos de participação cívica e política são também fundamentais.

Da revisão sobre de Planos/Estratégias e Plataformas e Projetos da política social local de Cascais, encontrámos princípios orientadores que estão na linha de uma cidade amiga do envelhecimento. Pensar nas políticas de forma inter-relacionada, perceber que o bem-estar vai para além do acesso à saúde e dos equipamentos sociais, e que implica também as condições de acessibilidade e mobilidade na cidade, ou as condições de habitação e o acesso à cultura e lazer, é uma visão a reter e a seguir.

Assinalando-se esta visão multidimensional, e a importante forma de organização concertada da Rede Social de Cascais, composta por várias sub-redes e consórcios, com organizações públicas e privadas, sublinha-se a necessidade de mais visibilidade dos processos de decisão e de avaliação das políticas. Neste sentido, o lançamento do Diagnóstico Social de Cascais em 2018, foi um passo muito importante, pois identificou problemáticas centrais que podem guiar a política social local nos anos seguintes.

Neste contexto, sublinha-se a necessidade de continuar a desenvolver e qualificar respostas sociais e de saúde ambicionando uma maior integração das próprias pessoas mais velhas nos processos de decisão e por ir para além da velhice com dependência. É também imperativo avançar na articulação das diferentes áreas sociais com a área do ordenamento do território e política urbana, uma dificuldade sentida pelos técnicos entrevistados, não estando estabelecida de forma estruturada uma perspetiva de congregar e trazer para esta área temática todas as áreas da CMC para se poder operacionalizar uma cidade amiga do envelhecimento.

É importante ter em conta que o PEDS 2020-2030 surge do reconhecimento de que as respostas que estão tipificadas e que são oferecidas pelas organizações da Rede Social não estavam a chegar à diversidade de perfis das pessoas idosas. A estruturação de novos tipos de medidas que expandem as respostas para as pessoas mais velhas para além das medidas convencionais são um bom exemplo do caminho a seguir.

No entanto, como observado nas entrevistas realizadas, assim como nos workshops, a preocupação com as pessoas que estão fora das respostas sociais foi um aspeto dominante. Embora as pessoas entrevistadas reconheçam que esta tem surgido como uma das preocupações mais atuais, a falta de resposta a esta problemática mantém-se no topo da agenda. Havendo várias medidas direcionadas a utentes de respostas para pessoas idosas, a cobertura é muito baixa e são necessários esforços para abranger a maioria da população mais velha, fora destas instituições.

### **... dando protagonismo ao combate ao idadismo e aos cuidados.**

Nos capítulos 6 e 7 destacamos as evidências empíricas relativas as percepções e expectativas sobre o envelhecimento e a velhice. Se, por um lado, se admite abertamente que a velhice tem uma conotação negativa para a larga maioria das pessoas; por outro, são poucos os relatos de quem sentiu ou mesmo presenciou este tipo de discriminação.

Durante os workshops, foi possível concluir que existe uma percepção dominante que envelhecer só pode ser algo bom se forem garantidas as condições para o fazer com dignidade e qualidade de vida, e a maneira como se vive em cada idade, e como podemos viver e preparar a velhice está particularmente condicionada pelos recursos e rendimentos que possuímos. Diante desta constatação, conclui-se que é necessário criar condições mínimas para que todos possam envelhecer bem ao longo de toda a vida. Nas palavras da OMS, criar um ambiente capaz de mobilizar e recuperar as capacidades intrínsecas individuais ao longo de toda a vida.

Pensando neste tópico das percepções sobre as pessoas mais velhas e nas discriminações, a comunicação e educação contra o idadismo aparece como uma resposta fundamental de combate a estes estereótipos. As próprias representações sobre os centros de convívio e outros espaços para as pessoas idosas são sempre ligados a questões de dependência e de necessidade, e não à ideia de escolha e participação social. Neste sentido, a forma de comunicação e de divulgação destes espaços também pode ser alterada.

Importa destacar, que no âmbito da comunicação, o facto das respostas serem chamadas de respostas para os “seniores” foi alvo de algumas críticas ao longo dos Workshops. Também o uso de nomes como “universidade sénior” se tornou desconfortável para pessoas idosas que pensam que a resposta não é para eles, porque não têm o ensino básico completo, ou porque não se sentem bem com a categorização em resposta “sénior”, ou por ambos.

A educação contra o idadismo, incluindo-se uma perspetiva de ciclo de vida que possa ajudar as pessoas a pensar o envelhecimento de outra forma, e criando condições para situações mais recorrentes de convívio, são aspetos fundamentais a investir, sendo particularmente importante o envolvimento de pessoas chave em cargos de liderança.

A crise dos cuidados, destacada no capítulo 3, exige grandes mudanças nas políticas de cuidados, já que em Portugal o direito ao cuidado e o direito ao cuidar (e a escolher cuidar ou não) ainda não estão democratizados e universalizados. Sendo os cuidados cada vez mais necessários, importa garantir os serviços adequados e o apoio às pessoas que cuidam. Centrando-nos aqui no cuidado a pessoas em situação de dependência, sublinhamos que os cuidados são um elemento universal da vida quotidiana. Esta crise, embora surja

nas agendas políticas e públicas devido ao envelhecimento e à pressão na sustentabilidade dos sistemas de cuidado, é fruto também da forma como as sociedades têm desvalorizado aspectos centrais da vida humana – os cuidados, a dependência e a vulnerabilidade.

Numa sociedade em que só quem está no mercado de trabalho é “ativo”, em que os “cuidados” são erroneamente vistos como sinônimo de incapacidade e doença, as pessoas mais velhas tornam-se uma população mais vulnerável à discriminação, estereótipos negativos e falta de apoios. Transformar percepções discriminatórias sobre o envelhecimento e a velhice, e sobre a própria dependência, é fundamental para o desenvolvimento de cidades inclusivas e acessíveis a todas as pessoas, contribuindo para o bem-estar geral. O futuro dos cuidados, seja para quem for que deles necessite, deverá passar necessariamente por uma redefinição profunda do que é a dependência.

A transformação das cidades em lugares onde o direito ao cuidado se estabelece como um eixo central implica o reconhecimento de que cada pessoa é um ser interdependente, vulnerável, e um agente ativo na produção e reprodução da vida quotidiana e da cidade. Ao afastarmo-nos da noção individualista da dependência, abrimos a possibilidade de romper com o estereótipo que associa velhice a noções de incapacidade e dependência, ou como um setor da sociedade que precisa apenas de respostas próprias e segregadas, o que isola e exclui as pessoas da vida pública.

A estratégia para o envelhecimento deve, portanto, não apenas ter as infraestruturas de cuidado adequadas para que as pessoas possam envelhecer o melhor possível, mas também por cuidar de quem cuida, e por encarar estes objetivos para além de uma medida específica para um problema, mas como um processo ligado a outras áreas políticas, como o ambiente, a mobilidade, a educação, a cultura, as tecnologias.

As políticas de cuidados devem englobar a importância da participação democrática, de um espaço público acessível e de infraestruturas de cuidados que sejam parte integrante desse espaço público. O cuidado é um elemento vital para a reprodução da vida em sociedade, não só em termos interpessoais, de saúde e sociais, mas também ambientais, dos espaços comuns, cuidar a cidade, e o ambiente de forma geral, são preocupações que uma lente de cuidados tem a vantagem de poder abranger.

Nesta direção, é fundamental investir na valorização do trabalho de cuidados (formal e informal), ideia que se destacou tanto nas entrevistas como nos workshops. Apesar da dimensão e necessidade central deste tipo de empregos, estes são extremamente pesados física e emocionalmente. Para além disso, são, em regra, mal reconhecidos, mal remunerados, sendo um setor extremamente feminizado. Neste sentido, é referido nas entrevistas a necessidade de valorização deste setor através também da formação dos técnicos. E não apenas na área dos cuidados.

A sensibilização e partilha de informação é mencionada relativamente a todas as áreas em que haja trabalho com pessoas, para se poder enfrentar as representações sobre o envelhecimento e as dependências/deficiências. Há quem mencione, inclusive, que os técnicos que trabalham diretamente com estes públicos estão já a ser sensibilizados, mas que os técnicos e, nomeadamente, os que produzem a cidade, não estão a sê-lo.

Embora o tema da violência tenha surgido em algumas entrevistas, nomeadamente no caso das pessoas com deficiência, existe também uma necessidade de realizar iniciativas neste âmbito. Havendo iniciativas direcionadas com outros tipos de violência, o caso da violência contra pessoas idosas tem sido crescentemente trabalhado pela APAV, e existe uma necessidade de maior conhecimento, sensibilização e formação dos profissionais para esta realidade.

Assim, seria importante fazer um inquérito municipal de forma a perceber a dimensão desta realidade e poder fazer uma caracterização das pessoas e das principais necessidades. Um inquérito para caracterizar os cuidadores e as suas necessidades, para perceber os usos do tempo da população de Cascais e caracterizar as pessoas cuidadas e que tipo de necessidades têm, são elementos que podem ser recolhidos através de um inquérito municipal, que seria extremamente útil para averiguar as necessidades de cuidado ao nível concelhio e por freguesia.

Neste âmbito, e tendo em conta a visão integrada que Cascais desenvolve nas suas estratégias, seria interessante também pensar numa forma de criar um sistema local para os cuidadores informais, criando uma base de dados local para garantir que estas pessoas estão em rede e não ficam isoladas.

É necessário garantir junto dos profissionais das áreas da saúde, social e emprego que estejam informados sobre os elementos importantes do estatuto correspondentes a cada área, de forma a poderem ser agentes de informação e também de sinalização de cuidadores informais. Entre estes profissionais destacam-se os médicos de família, equipas de serviços domiciliários, equipas dos centros de dia, etc.

Uma campanha para divulgação do Estatuto do Cuidador Informal (ECI) aos cidadãos será também uma ferramenta essencial para que as pessoas possam saber da existência, apoios e condições do estatuto. Neste âmbito, a autarquia pode ter um papel importante, assim como as juntas de freguesia e os serviços de proximidade existentes no concelho.

Além dos apoios previstos no ECI e dos projetos sobre os quais Cascais se tem debruçado, como é o caso do Cascais Cuida, existem outras medidas que podem ser criadas no âmbito do apoio aos cuidadores informais. A existência de gabinetes de informação e apoio (como o Gabinete Cuidar Melhor da Alzheimer Portugal), o acesso a apoios sociais e a

apoio psicológico; a criação de grupos de apoio; a continuação de procura de respostas não só no âmbito do descanso do cuidador, mas na melhoria das condições de conciliação, através de respostas como as que foram averiguadas no questionário sobre conciliação realizado em 2019, são medidas que podem ser implementadas de forma integrada no nível do município, podendo envolver as medidas propostas pelo ECI e chegar mais além e de forma mais coordenada do que o próprio ECI.

Existem ainda outras medidas políticas que Cascais pode implementar para melhorar a vida dos cuidadores e cuidadoras de Cascais, no âmbito da acessibilidade e da mobilidade. O acesso do cuidador a medidas que facilitem o acompanhamento da pessoa cuidada, como o acesso gratuito ao estacionamento e a possibilidade de ter um dístico próprio, no caso do cuidador ou da pessoa cuidada ter viatura própria, são medidas a considerar.

### **Enfrentar a crescente diversidade no envelhecimento**

Um dos desafios principais será fazer face à crescente heterogeneidade de pessoas mais velhas. Neste sentido, são apontados pelos interlocutores os constrangimentos na inclusão de diferentes tipos de perfis de pessoas idosas devido à tipificação das respostas sociais. Mantendo-se uma perspetiva de continuidade da existência de respostas como os centros de convívio e os centros de dia, destaca-se uma necessidade de flexibilização/adaptação das respostas e iniciativas para corresponder a perfis diversos de envelhecimento e às expectativas e interesses das pessoas. Neste sentido, a forma como o financiamento está pensado e estruturado também tem implicações nas possibilidades de construção de alternativas, uma vez que este muitas vezes limita as possibilidades e estrutura-se numa direção de continuidade com as respostas tipificadas, havendo assim uma correlação entre as soluções que se encontram e as oportunidades de financiamento que existem. Os técnicos das instituições notam que há um desfasamento entre as opções existentes e as vontades, interesses e possibilidades das pessoas idosas.

Outra problemática é a da equidade no acesso às respostas/iniciativas. Existem diversas atividades que são pagas, nomeadamente nas universidades e academias sénior, ou mesmo em centros sociais locais, o que pode surgir como um impedimento à participação. Novamente, o facto de existirem respostas sociais para pessoas idosas em situação de pobreza e outras respostas diferenciadas para quem tem recursos económicos traz um tipo de segregação que discrimina em função dos rendimentos.

Os técnicos destas respostas sociais constatam, também, que há um desfasamento e desadequação das respostas às necessidades da população. Estando os centros de convívio pensados para a população “autónoma” e os centros de dia pensados já para situações

de alguma dependência, surgem situações em que uma pessoa não tem dependência suficiente para uma resposta de centro de dia, mas também não tem independência suficiente para o centro de convívio. Esta estruturação em torno de capacidades funcionais torna-se problemática por serem fatores de exclusão.

Tanto nas entrevistas como nos Workshops existe a preocupação de tornar os programas e iniciativas mais inclusivos em termos etários e de diversidade funcional. A preponderância de atividades para “seniores” ou a existência de atividades que tendem para a infantilização são elementos sobre os quais tanto participantes como técnicos tendem a ter uma visão crítica. Espera-se que cada grupo etário frequente os seus espaços: crianças na escola, adultos no trabalho e pessoas idosas nos centros de dia e de convívio.

A presença de ideias relacionadas com a intergeracionalidade é algo que nos pode indicar alguns caminhos a seguir no futuro das políticas. A importância da troca de experiências e de conhecimentos entre gerações - interação intergeracional. Perante uma histórica segregação etária no formato de organização das instituições, é mencionada a necessidade de projetos intergeracionais, de medidas que cruzem convívio e aprendizagens entre gerações, e que os próprios modelos de instituições, sendo dado o exemplo das academias seniores, devem ser repensados para a intergeracionalidade.

As velhices são muito diferentes, serão cada vez mais, e as divisões que foram feitas até hoje deixam de fazer sentido (por exemplo, reforma já não é equivalente a velhice) e o futuro seguirá para esta mistura crescente entre diferentes gerações.

Havendo iniciativas para toda a comunidade e/ou com caráter aberto e intergeracional, estas são pontuais e carecem de continuidade - são apontadas pelos diferentes interlocutores como um aspeto a melhorar. Pretende-se chegar a uma população mais diversa, para além dos beneficiários das instituições.

As pessoas com deficiência e com níveis diferentes de dependência têm sido uma população particularmente vulnerável com alto risco de segregação. Hoje começa a haver maior necessidade de pensar o envelhecimento da pessoa com deficiência e a inclusão das pessoas com diferentes capacidades funcionais. Passando de uma abordagem de que a pessoa com deficiência/dependência como pessoa incapaz, entende-se que o ambiente físico e as acessibilidades têm um impacto fundamental na sua inclusão ou exclusão. Não são as capacidades que impedem as pessoas de participar, mas são os meios que não estão adaptados às suas diferentes capacidades funcionais. Neste sentido, a impossibilidade de haver formas diferentes para as pessoas se poderem deslocar aos lugares, participar nas atividades, deslocar-se nos parques, espaços públicos, nos centros de dia/convívio/academias/universidades, são reportados pelos participantes e pelas pessoas entrevistadas como grandes entraves à inclusão, o que contribui também para o isolamento.

Um aspeto a referir neste ponto tem a ver com a frequência desigual de homens e mulheres neste tipo de atividades e respostas. As mulheres são mais frequentadoras das respostas de centro de dia/convívio/academias do que os homens. O pessoal técnico refere que tem sido um desafio integrar mais homens e fazê-los participar. Neste sentido, este aspeto deve ser tido em conta e pensar em formas de trazer os homens para participar é um desafio importante uma vez que contribui também para combater o seu possível isolamento.

Também as formas de organização e horários das atividades são algo que surgiu como uma preocupação, tanto nos Workshops como nas entrevistas. Será desejável ter em conta o horário que é escolhido, tendo este uma importância fundamental para que tipo de público poderá estar a ser pensado ou excluído.

Como vimos no capítulo 4, Cascais continua a observar um crescimento da população residente, o que em última análise significa que o concelho continua a atrair e fixar pessoas. Esta é uma característica comum das áreas metropolitanas mas também uma importante e distinta característica da grande maioria dos municípios em Portugal.

A preocupação com o chamado “inverno demográfico” deve, portanto, ser relativizada não apenas nos termos avançados nos parágrafos anteriores, mas também no contexto das dinâmicas de competição entre os municípios portugueses e das próprias assimetrias internas ao município.

Do ponto de vista dos serviços sociais, ficou claro que, embora a cobertura de respostas pelo município seja relativamente alargada, há ainda falta de cobertura da oferta de Academias Sénior, em São Domingos de Rana no eixo Tires/Abóboda e no eixo central da freguesia de Alcabideche; e a necessidade de melhoria da cobertura dos Centros de Convívio e dos Centros de Dia (criando novas respostas nos espaços intersticiais a descoberto) e de ERPI, designadamente fora do principal sistema urbano localizado entre Cascais-Estoril e Carcavelos-Parede (com relevância acrescida para o setor norte de São Domingos de Rana).

A freguesia de São Domingos da Rana mostrou-se particularmente importante na grande maioria dos momentos de investigação, desde logo por ser a freguesia com maior crescimento populacional e com a menor parcelar relativa da população mais velha. Também é nesta freguesia que se encontram proporcionalmente menos pessoas idosas a residirem sozinhas.

As pessoas inquiridas de São Domingos de Rana durante a sondagem foram maioritárias ao referir que nunca utilizam ou que utilizam com pouca frequência as atividades culturais do município, atividades físicas e desportivas, e que nunca ou raramente usufruem de parques e jardins. Também reportaram frequentar menos centros comerciais, as praias e

o paredão, e largos e pracetas.

As principais razões para não frequentar estas atividades prendem- se com falta de interesse, falta de tempo, dificuldades financeiras e de saúde/físicas. Por outro lado, foram também os residentes desta mesma freguesia a reportar maior uso do comércio tradicional e das atividades de lazer (capítulo 8).

Estes desafios também foram assinalados pelos participantes dos workshops, onde a grande maioria dos participantes identificou diversas localidades em São Domingos da Rana (e também em Alcabideche) como locais onde será mais difícil envelhecer bem.

O conjunto das características até aqui apresentadas dá contexto para a referida constatação de que a proporção de pessoas que considera a discriminação com base na idade grande ou muito grave ter sido maior nas freguesias de Alcabideche e São Domingos de Rana quando comparado com Carcavelos e Parede, e Estoril e Cascais. Também serão úteis na leitura das prioridades que trataremos logo a seguir.

Embora o relatório não tenha aprofundado a questão dos rendimentos, é importante destacar que o município é também influenciado por dois movimentos, por um lado a elevada presença de pensionistas a auferir rendimentos elevados (Cascais conta com o 2º mais elevado valor médio das pensões de Segurança Social da AML), o que confere estabilidade e capacidade de planeamento no longo prazo; por outro, a existência de grandes desigualdades no território (16,8% dos homens com 65 anos ou mais e 22,5% das mulheres da mesma faixa etária vivem em risco de pobreza mesmo após transferências sociais), o que corrói o tecido social, fundamental para a construção de um município inclusivo.

### **Que prioridades? Da saúde à mobilidade, a habitação e o ageing in place**

Os participantes dos workshops (Cap. 6) e os inquiridos durante a sondagem (Cap. 7), tiveram a oportunidade de manifestar as suas opiniões sobre prioridades nas políticas para o envelhecimento e a velhice. No caso dos primeiros, isto ocorreu nos segundos e terceiros encontros, através dos inquéritos distribuídos e preenchidos antes da discussão em grupo e, novamente, num período dedicado durante as discussões. Já os participantes da sondagem apenas o fizeram ao responder duas perguntas, com uma escala de quatro valores sobre prioridades atribuídas à CMC e percebidas por eles como mais relevantes.

Entre os três domínios mais importantes, o dos serviços de saúde e apoios comunitários foi o único que figurou em ambos os grupos. É importante lembrar que, entre os participantes dos workshops que responderam ao último inquérito, este também foi o domínio

escolhido pela maioria, quando obrigados a assinalar apenas um único domínio.

O domínio da habitação também se revelou uma área particularmente importante. Por um lado, foi identificada como a mais prioritária entre os participantes dos workshops, por outro, apesar de não ter destaque enquanto prioridade, foi identificada como a área com menor prioridade dada pela CMC, tanto pelos inqueridos durante a sondagem, quanto pelos participantes dos workshops.

Em ambos os grupos, o critério para responder sobre prioridades percebidas como mais importante foi bem menos refinado do que o utilizado nas respostas das prioridades atribuídas à CMC. É bem provável que este segundo caso, tenha sido interpretado como uma avaliação da atuação da Câmara nestes diferentes domínios.,

A comparação destas respostas deve ainda levar em conta o contexto em que os participantes responderam às perguntas, e o facto de não apresentarem domínios exatamente iguais. Enquanto os inquiridos durante a sondagem foram convidados a refletir sobre o tema no contexto de muitas outras questões colocadas em série pelos entrevistadores, os participantes dos workshops foram inquiridos sobre o tema apenas no segundo workshop, no seguimento de uma discussão aprofundada sobre envelhecimento, velhice e idadismo. Foram ainda inquiridos novamente sobre o tema e convidados a refletir coletivamente sobre estas prioridades.

Uma importante mensagem ressaltada pelos participantes dos workshops é fundamental para compreendermos os dilemas envolvidos na priorização dos domínios e, consequentemente, para o avanço da estratégia: se por um lado devemos investir na transformação das percepções sobre o envelhecimento e a velhice, é fundamental também continuar a investir nas pessoas mais velhas que vivem hoje sob o estigma da velhice como dependência. Sendo necessárias medidas de curto prazo para fazer face às necessidades da população mais velha atual, é necessário pensar a longo prazo de forma a diminuir a prevalência de desigualdades que se geram ao longo da vida e que ganham um novo relevo na velhice.

As questões da mobilidade surgiram de forma preponderante não só nos Workshops, mas também nas entrevistas realizadas, além de ser um tópico ao qual o município dá bastante visibilidade. É sempre importante recordar que as condições da habitação influenciam, também, a mobilidade. Não apenas as condições físicas e materiais dentro de casa, mas também as acessibilidades no espaço exterior determinam a capacidade de poder sair e entrar em casa.

Pensarmos em termos geográficos e territoriais, pensar em como cada área pode ter os elementos necessários para que as pessoas possam envelhecer dignamente, com serviços de proximidade, uma rede de vizinhança e estruturas e meios que permitam a sua mobili-

dade, são um princípio que permite pensar, na realidade, uma cidade acessível e boa para todas as pessoas.

Surgiram em diversos momentos ideias associadas com a necessidade de enquadrar a perspetiva do envelhecimento nas diferentes áreas, no planeamento urbano, na segurança pública, nas políticas de mobilidade e acessibilidade de espaços. Como é mencionado, “pequenos pormenores que são enormes entraves, como o lancel de um passeio que impede a passagem de uma cadeira de rodas”. A calçada portuguesa, a falta de existência e de acessibilidade das casas de banho públicas são exemplos de preocupações com a acessibilidade e a mobilidade que surgiram.

Quando falamos de cuidados, além das lacunas já observadas nas taxas de cobertura e na falta de vagas para os diferentes tipos de resposta da RNCCI, outra preocupação dominante são as respostas alternativas à institucionalização.

A discussão sobre a criação de condições para o envelhecimento nos domicílios e junto da comunidade é central – e revela-se de forma preponderante se observarmos os resultados tanto do 3º Workshop como do Estudo de Caso das narrativas visuais. Aqui, a mobilização do conceito de *ageing in place*, que se liga ao habitat e apela a que as pessoas possam viver o maior tempo possível nas suas casas e nos seus bairros que, por sua vez, se adaptam ao envelhecimento progressivo, pode ser a abordagem que tem a capacidade de catalisar esta vontade de envelhecer em casa junto das redes familiares e de vizinhança.

Neste sentido, a discussão sobre a habitação e a acessibilidade volta a ser central, uma vez que é necessário que o próprio espaço em que a pessoa habita tenha as condições para um envelhecimento digno. É de evitar ter que realizar adaptações apenas quando se atinge determinada idade, pois os constrangimentos podem ser muito maiores. As condições habitacionais e os apoios para poder permanecer em casa tornam-se, assim, também, de importância primordial. Para além da questão central das dificuldades de conseguir uma boa habitação, o conforto térmico, a adaptação do espaço interior e a possibilidade de aceder a apoios/cuidados domiciliários são fatores necessários para permitir pensar em envelhecer em casa. O crescimento e melhoria do SAD é um investimento a priorizar.

### **O desafio do isolamento e solidão**

O tema do isolamento involuntário e da solidão teve *a priori* uma análise mais aprofundada em relação aos outros domínios. Como fenómenos resultantes da interação entre múltiplos fatores, as principais consequências podem ser observadas ao nível da saúde e da longevidade.

Em Cascais, que o aumento do isolamento, da solidão e piores relações sociais associam-se ao aumento da idade, a situações de piores condições de saúde, menor escolaridade, rendimentos e configurações específicas do agregado familiar (como o tamanho e a viuvez). A análise da sondagem mostrou ainda que a residência em São Domingos de Rana também estava associada a piores indicadores de relações sociais e ao aumento da solidão e do isolamento.

Ao longo das entrevistas realizadas, quando diferentes elementos da Câmara Municipal, das Juntas de Freguesia e de diferentes IPSS foram questionados sobre medidas de combate ao isolamento e solidão das pessoas mais velhas nas suas áreas de atuação, a variação entre as respostas foi um aspeto a salientar.

A variação verificada nas respostas mostra como o que pode contribuir para atenuar esta problemática pode ser atingido por políticas diferentes e com diferentes níveis de especialidade, que podem ser criadas tanto pela existência de atividades de participação social, como pela existência de espaços adaptados a diferentes tipos de mobilidade, ou ainda a existência de uma rede acessível de transportes públicos. Este tipo de respostas mostra como é necessária uma abordagem integrada das questões do envelhecimento e velhice ao nível das políticas locais, tendo em conta os diferentes perfis de envelhecimento e as diferenças territoriais e socioeconómicas da população.

A existência de centros de convívio, de espaços e academias sénior e as atividades que aí são proporcionadas, as atividades de envelhecimento ativo que são dinamizadas pelas organizações individualmente ou através de uma colaboração entre diferentes entidades, são elementos que concorrem todos para a socialização e participação, sendo indicados como aspetos que contribuem para o combate ao isolamento e solidão das pessoas mais velhas.

Embora a não utilização destes espaços de convívio diversos possa ser uma opção, não significando em si uma situação de isolamento, as pessoas entrevistadas indicaram a dificuldade em quantificar, localizar e caracterizar a população em situação de isolamento social e solidão, salientando a necessidade de mecanismos de diagnóstico.

A falta de adequação de algumas instituições que impedem a participação das pessoas com diferentes capacidades funcionais são um fator que potencia as situações de isolamento. A incapacidade de uma pessoa se deslocar à instituição, a instituição não ter as condições físicas para diferentes mobilidades, são aspetos a ter em conta neste domínio. O aumento de famílias unipessoais entre as pessoas mais velhas também é uma nova característica que vem aumentando nesta faixa etária.

A pandemia veio agravar o problema do isolamento, uma vez que muitos dos centros se mantiveram fechados muito tempo, e os entrevistados relatam que quando voltaram a

abrir se perderam vários utentes destas respostas.

Outra situação verificada pelas pessoas entrevistadas é a de que os homens são um grupo mais difícil de mobilizar para a participação social.

Um problema apontado nas pessoas entrevistadas das uniões de freguesias/freguesias, foi a falta de dados sobre a população em situação ou risco de isolamento, o seu mapeamento e caracterização. Vários programas estavam previstos no PIDS 2020-2023 no âmbito do combate ao isolamento e solidão das pessoas mais velhas. No entanto, vários não aconteceram.

Ao longo dos 3 workshops, revelaram-se algumas preocupações que foram transversais quanto aos domínios, e que surgiram de forma preponderante. Durante as diferentes sessões surgem conteúdos sobre políticas e medidas em algumas áreas que as pessoas sublinham que precisam de adaptações e mudanças.

Áreas de políticas mencionadas pelos participantes passam pela educação, o aumento da qualidade de vida, o aumento da prevenção associada à saúde, e a garantia do direito ao cuidado independentemente das distintas características corporais, a qualidade das estruturas e infraestruturas, tanto de saúde, como em qualquer área, em particular os espaços públicos e os transportes. O tipo de calçada, de estrada, são aspectos mencionados que permitem ou não a mobilidade, não sendo a incapacidade de usar estes espaços da pessoa, mas da forma como estes são construídos de forma acessível ou não.

Neste sentido, será fundamental a criação de bases de dados ao nível das juntas de freguesia que possam agrupar os casos que forem sendo sinalizados e assim criar um mapeamento desta população. Embora as pessoas idosas sejam uma população mais vulnerável a esta problemática, esta resposta não deverá ter uma barreira de faixa etária. Esta medida pode ser implementada com os parceiros locais que atuam na área social e da saúde, nomeadamente com os centros de saúde, e também com as forças de segurança – numa ação concertada.

### **A coparticipação dos municípios nos processos de construção e decisão de políticas**

Durante o processo de diagnóstico, obtivemos a participação de residentes, trabalhadores e estudantes em Cascais em 3 momentos diferentes – nos Workshops, no Estudo de Caso e na Sondagem.

Salientando o perfil qualificado (89% de pessoas com ensino superior) e feminizado (81% de mulheres) nos Workshops, procurámos colmatar esse “desvio” nos 2 outros momentos

de investigação. No estudo de caso, através da escolha de zonas territoriais diferenciadas que são marcadas por populações com diferentes perfis socioeconómicos, foi possível abranger uma população mais diversa, escolhida aleatoriamente. Em segundo lugar, a sondagem, com inquéritos recolhidos de forma estatisticamente equilibrada entre homens e mulheres, por idades (...) e pelas 4 freguesias de Cascais, permitirá obter uma quantidade de pessoas que trará a possibilidade de tornar o estudo mais diverso, o que confirmaremos quando tivermos os resultados dos mesmos.

É de salientar a necessidade de colocar as pessoas idosas e cuidadoras como atores do planeamento urbano, como sujeitos com voz e participação ativa. Já na apresentação do DSC se referiu que “os projetos urbanísticos deviam contemplar na fase de instrução um conjunto de critérios amigos do envelhecimento, na construção de alojamento, nas construções novas, no espaço público.” (Semana da Coesão Social, Documento Síntese).

Mais do que a proposta de criação de medidas, é preciso perceber o formato de elaboração e implementação das mesmas. Fomentar que este seja um processo participativo do ponto de vista da participação de pessoas mais velhas. Sublinha-se a necessidade de fomentar uma visão da pessoa mais velha como sujeito. Existindo vários apoios e medidas dedicadas às pessoas idosas em Cascais, é necessário que as pessoas mais velhas tenham voz e sejam sujeitos na transformação social e urbana. Salientando-se o papel do DSC nesta audição aos municíipes, os participantes e as pessoas entrevistadas sentem que existe falta de uma auscultação e participação mais continuada.

Tornar as pessoas mais velhas sujeitos de fala e de ação, que sejam integradas e valorizadas nos processos de decisão sobre a criação de medidas, é também uma discussão que entrou nos workshops. Como uma participante menciona, “Pensamos muito sobre o que achamos que as pessoas deviam estar a fazer, e não sabemos, não vivemos, é uma projeção, nunca estivemos nesse papel”. Sendo que não sabemos o que é ser velho até sermos, muitas medidas são criadas sem envolver as pessoas sobre as quais recaem as medidas.

Menciona-se que o caso de atividades pensadas para pessoas mais velhas, e nas quais estas não participaram, nem queriam, tendo o direito de ser elas a escolher o que querem fazer. Além da existência de políticas que incluam as diversas capacidades corporais das pessoas, também a opção de escolha deve ser respeitada, numa abordagem empoderadora. Como uma participante afirmou, há atividades que as pessoas podem não querer e “tudo bem”, uma vez que cada pessoa tem direito ao seu estilo de vida.

As estruturas e serviços são pensados por pessoas que não utilizam estas respostas, existem muitas medidas de formações, educação e atividades diversas para pessoas mais velhas, sendo estas pensadas mais como objeto e menos como *sujeitos*, existindo a necessidade de envolver as pessoas alvo das medidas nos processos de criação de políti-

cas. Tornar a cidade amiga do envelhecimento não pode ser apenas criar medidas para que as pessoas idosas se adaptem – tecnologias, aprendizagens várias – mas que exista mais reciprocidade, que as pessoas mais velhas continuem a ser sujeitos de fala e ação sem ser desvalorizadas. Quer-se uma cidade que seja amiga das pessoas mais velhas, e amiga de todas as pessoas, que cuida de todos e todas, tendo em conta as diferentes características e capacidades.

**“Diria que a novidade para os próximos anos é como termos mais os cidadãos, os municíipes, nestes processos. Se há 20 anos foi o desafio do planeamento conjunto entre as organizações, e fomos fazendo a nossa aprendizagem, se calhar o futuro é com os beneficiários diretos, com os municíipes, direta ou indiretamente implicados nestes processos de desenvolvimento, podem e devem participar, e como é que nós conseguimos por isso em prática, há de ser o desafio dos próximos 20 anos”**

(Entrevistas Exploratórias)

# 10

## REFERÊNCIAS

## 10. Referências Bibliográficas

Administração Central do Sistema de Saúde. "Relatório de Monitorização Da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º Semestre, 2019." Ministério da Saúde, 2019. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio--Monitorizacao\\_RNCCI-2019.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio--Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf).

Amor, Teresa. "Programa Rede Social: Redefinição de Políticas Sociais ou Instâncias de Governança de Base Territorial." *CIDADES, Comunidades e Territórios*, no. 11 (December 1, 2005). <https://revistas.rcaap.pt/cct/article/view/9219>.

INTERVENÇÃO JUNTO DOS CUIDADORES INFORMAIS – Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional." Accessed March 21, 2023. <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d-56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c-5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&inline=true>.

APAV. "Portugal Mais Velho - Por Uma Sociedade Onde Os Direito Não Têm Idade," 2020. <https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>.

—. "Relatório Portugal Mais Velho." APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020. <https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/RelatorioPortugalMaisVelho.pdf>.

Baars, Jan, Dale Dannefer, Chris Phillipson, and Alan Walker, eds. *Aging, Globalization, and Inequality: The New Critical Gerontology*. Baywood Pub., 2006.

Bernard, Miriam, and Thomas Scharf, eds. *Critical Perspectives on Ageing Societies*. Ageing and the Lifecourse. Bristol, UK: Policy, 2007.

Biggs, Simon, Ariela Lowenstein, and Jon Hendricks. *The Need for Theory: Critical Approaches to Social Gerontology*. Baywood Publishing Company, 2003.

Boudiny, Kim. "Active Ageing": From Empty Rhetoric to Effective Policy Tool." *Ageing & Society* 33, no. 06 (August 2013): 1077-98. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X>.

Cabral, Manuel Villaverde, and Pedro Moura Ferreira. *O Envelhecimento Activo Em Portugal: Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2017/10/Envelhecimento-activo-em-portugal.pdf>.

Cabral, Manuel Villaverde, Pedro Moura Ferreira, and Amílcar Moreira. "O Envelhecimento Na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados." *O Envelhecimento Na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados*. Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, 2017.

Câmara Municipal de Cascais. "Diagnóstico Social de Cascais." Câmara Municipal de Cascais, 2018. <https://www.cascais.pt/sub-area/produtos-e-resultados-do-diagnostico-social-de-cascais>.

Carney, Gemma M., and Paul Nash. *Critical Questions for Ageing Societies*. First edition. Policy Press, 2020.

Costa, Andreia Cátia Jorge Silva da. "Análise Comparativa Do Envelhecimento Ativo – Portugal e Europa." *Not Available*, April 21, 2017.

Da Motta, Alda Britto. "As Dimensões de Gênero e Classe Social Na Análise Do Envelhecimento." *Cadernos Pagu*, no. 13 (1999): 191-221.

—. "Envelhecimento e Sentimento Do Corpo." *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*, 2002, 37-50.

Daly, Mary. "Families versus States and Markets." In *The Oxford Handbook of the Welfare State*, edited by Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger, Christopher Pierson, Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger, and Christopher Pierson. Oxford Handbooks. Oxford, New York: Oxford University Press, 2012.

Digital, Olhar. "Old Age Can Be Classified as a Disease by WHO." *Olhar Digital* (blog), June 10, 2021. <https://olhardigital.com.br/en/2021/06/10/medicine-and-health/old-age-can-be-classified-as-a-disease-by-who/>.

Edwards, Peggy. "Active Ageing A Policy Framework." World Health Organization, 2012.

ENSP. "Proposta Contraditória Da OMS Não Inclui 'Velhice' Na Nova Classificação de Doenças." *FIOCRUZ - Informe ENSP* (blog), February 25, 2022. <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52800>.

Eurocarers. "Factsheet - Number of Carers and Existing Support Measures across the EU." Eurocarers, 2019. <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2019/03/Number-of-carers.jpg>.

European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. *Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society. Volume II, Country Profiles*. LU: Publications Office, 2021. <https://data.europa.eu/>

doi/10.2767/183997.

—. *Social Protection Committee Annual Report 2022: Review of the Social Protection Performance Monitor (SPPM) and Developments in Social Protection Policies : Key Social Challenges and Key Messages*. LU: Publications Office, 2022. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/778362>.

European Commission. Directorate General for Justice and Consumers. *Compromisso estratégico para a igualdade de género 2016-2019*. LU: Publications Office, 2016. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/739114>.

Fisher, Berenice, Joan Tronto, and Margaret K. Nelson. “Toward a Feminist Theory of Caring.” In *Circles of Care: Work and Identity in Women’s Lives*, edited by Professor of Health Services and Women’s Studies Emily K. Abel, Emily K. Abel, and Professor Margaret K. Nelson. SUNY Press, 1990.

Fontes, Fernando. *Pessoas Con Deficiência Em Portugal*. Ensaios Da Fundação 65. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016.

Gilligan, Carol. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*. Reprint edition. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2016.

Graham, Megan E. “‘Remember This Picture When You Take More than You Need’: Constructing Morality through Instrumental Ageism in COVID-19 Memes on Social Media.” *Journal of Aging Studies* 61 (June 1, 2022): 101024. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101024>.

Higgs, Paul, and Chris Gilleard. “Fourth Ageism: Real and Imaginary Old Age.” *Societies* 11, no. 1 (March 2021): 12. <https://doi.org/10.3390/soc11010012>.

Hijas-Gómez, AI, A Ayala, MP Rodríguez-García, C Rodríguez-Blázquez, V Rodríguez-Rodríguez, F Rojo-Pérez, G Fernández-Mayoralas, A Rodríguez-Laso, A Calderón-Larrañaga, and MJ Forjaz. “The WHO Active Ageing Pillars and Its Association with Survival: Findings from a Population-Based Study in Spain.” *Archives of Gerontology and Geriatrics*, May 16, 2020, 104114. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104114>.

Hochschild, Arlie, and Anne Machung. *The Second Shift: Working Families and the Revolution at Home*. Revised ed. edition. New York, N.Y: Penguin Books, 2012.

Hoof, Joost van, and Hannah R. Marston. “Age-Friendly Cities and Communities: State of the Art and Future Perspectives.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 4 (January 2021): 1644. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041644>.

Huber, Manfred. "WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities (GNA-FCC)," May 16, 2014.

Instituto Nacional de Estatística. "Inquérito Nacional de Saúde 2014." Instituto Nacional de Estatística, 2014. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2).

*IV Simpósio Interações\_Envelhecer Nas Grandes Cidades.* Accessed February 15, 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=Vwulk3V1xMg>.

Jacob, Luis. "Sexualidade na idade maior." *Ideias para um envelhecimento activo.*, 2011. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/24933>.

Junior, Sergio Marchiori. "Políticas e Programas Sociais para o Envelhecimento Ativo e Saudável da População da Cova da Beira," March 15, 2019. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/9984>.

Katz, Stephen. *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Knowledge, Disciplinarity and Beyond. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

Kittay, Eva Feder, Bruce Jennings, and Angela A. Wasunna. "Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care\*." *Journal of Political Philosophy* 13, no. 4 (2005): 443-69. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2005.00232.x>.

Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. "Estudo Sobre Percepção Dos Portugueses Sobre Cuidadores Informais." MCCI, 2021. [https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais\\_infografia\\_A4.pdf](https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_A4.pdf).

Negreiros, TCGM. "Sexualidade e Gênero No Envelhecimento." *Alceu* 5, no. 9 (2004): 77-86.

Neto, Isabel Galriça. *Cuidados Paliativos: Conheça-os melhor*. Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020.

OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Health at a Glance. OECD, 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

—. *Who Cares? Attracting and Retaining Elderly Care Workers*. OECD Health Policy Studies. OECD, 2020. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.

Oliver, Michael. *The Politics of Disablement*. Macmillan Education, 1990.

Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório Mundial Sobre o Idadismo*. Pan American Health Organization, 2022. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>.

Perista, Pedro, Heloísa Perista, and Manuel Abrantes. "Os Usos Do Tempo de Homens e de Mulheres Em Portugal - Policy Brief," 2016. [https://cite.gov.pt/documents/14333/16933/INUT\\_livro\\_digital.pdf/0047dba2-150f-48a3-a050-c0564eaf1eba](https://cite.gov.pt/documents/14333/16933/INUT_livro_digital.pdf/0047dba2-150f-48a3-a050-c0564eaf1eba).

Plouffe, Louise, Alexandre Kalache, and Ina Voelcker. "A Critical Review of the WHO Age-Friendly Cities Methodology and Its Implementation." In *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison: Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues*, by Thibaud Moulaert and Suzanne Garon, 2016. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1106000>.

Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. "ENEAS - ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL," July 10, 2017. <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2017/08/ENEAS.pdf>.

Silva, Pedro Adão e. "O modelo de welfare da Europa do Sul: reflexões sobre a utilidade do conceito," 2002. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/382>.

Soeiro, José, and Mafalda Araújo. "Rompendo Uma Clandestinidade Legal: Génese e Evolução Do Movimento Dos Cuidadores e Das Cuidadoras Informais Em Portugal." *CIDADES Comunidades e Territórios*, no. 40 (June 2020): 47–66. <https://doi.org/10.15847/cct.jun2020.040.doss-art04>.

Soeiro, José, Mafalda Araújo, and Sofia Figueiredo. *Cuidar de Quem Cuida*. Objectiva, 2020.

Sugahara, Gustavo. Ditch the utilitarian view. Interview by Stefania Medetti. Webpage, February 3, 2021. <https://www.theagebuster.com/blog-page/2021/2/3/ditch-the-utilitarian-view>.

—. "E se envelhecer não fosse um drama?" *Revista Longeviver* 0, no. 0 (July 10, 2020). <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/847>.

Timonen, Virpi. *Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing*. Bristol: Policy Press, 2016.

Tronto, Joan. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge, 2020. <https://doi.org/10.4324/9781003070672>.

United Nations. *Report of the Second World Assembly on Ageing: Madrid, 8-12 April 2002*. United Nations Publications, 2002.

Viana, João. "Porto: cidade amiga das pessoas idosas: um estudo centrado na perspectiva de idosos das freguesias de Miragaia e Vitória." MasterThesis, Instituto Politécnico

do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, 2010. <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/779>.

Walker, Alan. "A Strategy for Active Ageing." *International Social Security Review* 55, no. 1 (January 1, 2002): 121–39. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>.

Wall, Karin. "Apontamentos Sobre a Família Na Política Social Portuguesa." *Análise Social* 30, no. 131/132 (1995): 431–58.

WHO. "Decade of Healthy Ageing - Baseline Report." WHO, 2020.

World Health Organization. *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. 1st ed. World Health Organization, 2007.

11.

## AGRADECIMENTOS

## 12. Agradecimentos

### **PARTICIPANTES DOS WORKSHOPS:**

Aida Marques, Alexandra Teixeira, Ana Carreira, Ana Cristina Pacheco, Ana Faustino, Ana Fontão, Ana Margarida Costa, Ana Rita Leitão, Ana Rita Rodrigues, Ana Senas Costa, Ana Vidigal, Andreia Figueiredo, António Manuel da Silva, Catarina Vitorino, Diana Paixão, Elias Martins, Helena Cruz, Inês Deus Sarmento, Isabel Luz, Isabel Manuel, Isabel Santos, João Esteves, Joaquim Gomes, José Batalha, José Miguel Balsas, José Rui Barbosa, Julia Guerra, Lara Sá, Luis Lima, Luís Pinto Coelho, Maria Claudete Lameira, Maria das Graças Leal, Maria João Branco, Madalena Garcia, Manuela Madeira, Maria do Carmo Branco, Maria Godinho, Maria João Correia, Maria João Mota, Maria Teresa Gaspar, Mariana Queirós Machado dos Santos, Marilia Lopes, Marina Lima, Marta Sá Pessoa, Matilde Cardoso, Mónica Santos, Mónica Valente, Pedro Caldas, Renata Cunha, Rita Costa, Rita Gonçalves, Rosário Grou, Sandra Afonso, Sónia Garcia, Sónia Pereira, Sónia Ribeiro, Sónia Sales, Susana Carvalho, Susana Graça, Tânia Varela, Vanessa Alonso, Virgínia Jorge, Vitor Cordeiro

### **ENTREVISTAS:**

Ana Cristina Cadete (CMC/DLS)  
Ana Luisa Gil (CMC/DES/DAPI)  
Ana Rita Leitão (UFCarcavelosParede)  
Andrea Porto (APPACDM)  
Carla Ferreira e Jorge Marques (J.F.SD.Rana)  
Cláudia Amorim (PSP)  
Frederico Costa (CMC/DDS/DPIE/UREN)  
Helena Bonzinho (CMC/DDS/DPIE)  
Isabel Gonçalves (CMC/DDS)  
Isabel Santos (JFCascaisEstoril)  
João Semedo e José Serrão (GNR)  
Luisa Cipriano (CMC/DRES)  
Maria Lurdes Vieira (CRID)  
Mariana Formigal (CPEstoril & NE)  
Mariana Lúcia Rodrigues (JFAlcabideche)  
Rosa Neto (CERCICA)  
Sandra Afonso (CCTires)  
Sandra Henriques (CMC/DLS/DINC)  
Susana Graça (CMC/DDS/DRES/UPLA)  
Teresa Ramos (CMC/DDS/DRES)

### **EQUIPA DNA CASCAIS:**

Miguel Alves

### **APOIO TÉCNICO:**

Mafalda Pifano, Maria José Rodrigues, Marlon dos Santos, Guilherme Gaspar, Silvia Ramos Purificação.

# 12.

## ANEXOS



**CLIQUE AQUI**

**dinamia**  
**‘cet** iscte

**cis** iscte

---

Elaborado para a Câmara Municipal de Cascais  
**Lisboa, Março de 2023**

● [cascais.pt](http://cascais.pt)

**CASCAIS**