

**Contributos dos serviços de âmbito social para o
Ageing in Place - o caso de Aveiro**

Liliana Maria Grade Calado

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Ordenamento do Território e Urbanismo

Orientador(es): Prof^a. Dra. Eduarda Pires Valente Da Silva Costa, Prof^a. Dra.
Ana Isabel Matias Louro Martins

Júri

Presidente: Prof^a. Dra. Teresa Frederica Tojal de Valsassina Heitor

Orientador: Prof^a. Dra. Ana Isabel Matias Louro Martins

Vogal: Prof. Dr. Gonçalo Alves de Sousa Santinha

2022

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta dissertação de mestrado.

Esta não seria possível sem o apoio das minhas orientadoras. Agradeço à professora doutora Eduarda Marques da Costa por me ter ajudado a criar a visão e a materialização deste trabalho e por ter sido a figura mais marcante no meu percurso académico, ao me inspirar todos os dias a ser uma pessoa empenhada, determinada e íntegra. À professora doutora Ana Louro, a quem tive a feliz oportunidade de conhecer e que prestou um apoio e disponibilidade incondicional a todas as questões e desafios que surgiram ao longo da realização deste trabalho. Muito obrigada pela vossa dedicação.

Não posso deixar de agradecer aos meus pais, pois são os responsáveis por eu estar onde estou graças ao amor incondicional e aos sacrifícios que têm feito por mim ao longo da minha vida, em especial nos últimos 5 anos. Obrigada pela confiança e apoio que todos os dias me dão. Estendo este agradecimento à família do João, igualmente por todo o apoio que me deram desde o início e a quem considero como família.

Agradeço ainda a todos os meus amigos e colegas por toda a entajuda e partilha de ideias, que permitiu enriquecer o meu percurso. Em especial ao meu amigo Sérgio por todos os conselhos e perspectivas.

Expresso ainda a minha gratidão e amor pelo meu querido João que, ao longo dos anos, me tem apoiado e acompanhado incondicionalmente em todas as aspetos da vida.

Por fim, dedico este trabalho ao meu avô Francisco, que nos deixou no início do meu percurso académico e não pôde testemunhar a minha evolução.

RESUMO

O fenómeno do envelhecimento demográfico traz desafios para o planeamento urbano, nomeadamente na provisão de serviços e a adaptação destes a cada território. A preferência do idoso em viver na sua própria casa e comunidade originou o *Ageing in Place (AIP)*. Esta política determina que o idoso deve ter ao seu dispor os serviços e atividades necessárias e economicamente acessíveis para que continue a participar na comunidade, sejam sob a forma de serviços sociais, saúde, cultura ou desporto. Assim, os objetivos desta dissertação são avaliar a adequação entre a oferta e a procura destes serviços aos idosos e compreender como diferentes formas de ocupação urbana afetam o quotidiano dos mesmos na área de influência de Aveiro. Verifica-se que uma ocupação descontínua do território resulta num decréscimo da qualidade do *AIP* na oferta e na acessibilidade aos serviços, especialmente quanto mais se afastam do centro de cada área de estudo. Todavia, o papel da administração local assume-se como outro fator igualmente importante no *Ageing in Place* quando existem obstáculos ao nível territorial. As projeções demográficas revelam que a estrutura etária da população irá sofrer um aumento elevado da proporção de idosos, alcançando três vezes mais idosos do que jovens na maioria das freguesias em estudo. Para os próximos 10 e 20 anos, confirma-se a necessidade de aumentar o número de equipamentos, tendo por base a distribuição e as capacidades atuais. Contudo, considera-se primeiramente o reforço da capacidade dos existentes e do levantamento das necessidades reais da população, adaptando o *Ageing in Place* a cada território e comunidade e colmatando os desafios que cada um possui, por exemplo, através da garantia de transporte aos serviços que o idoso seja utilizador, serviços mais flexíveis e ao domicílio.

PALAVRAS-CHAVE: *Ageing in Place*, Serviços Sociais, Modelo de Ocupação Urbana, Acessibilidade

ABSTRACT

The demographic ageing presents major challenges for urban planning, in the provision of services and their adaptation to each territory. The preference of the elderly to live in their own home and community originated the *Ageing in Place (AIP)*. This policy states that the elderly must have at their disposal the services and the activities necessary and economically accessible to continue to participate in the community, whether in the form of social services, health, culture or sport. Thus, the objectives of this dissertation are to evaluate the adequacy between the supply and the demand of these services to the elderly and to understand how different forms of urban occupation affect their daily lives in the influence area of Aveiro. It is verified that a discontinuous occupation of the territory results in a decrease in the quality of *the AIP* regarding the demand and accessibility to services, especially the more they move away from the center of each study area. However, the role of local government is another equally important factor in *AIP* when there are obstacles at the territorial level. Demographic projections show a high increase in the proportion of elderly people, reaching three times more olders than young people in most of the parishes under study. For the next 10 and 20 years, the need to increase the number of facilities is confirmed, based on current distribution and capacities. However, it is necessary to consider first the increase of the capacity of existing ones and the definition of the real needs, adapting the *AIP* to each territory and meeting the challenges that each one has, for example, by ensuring transport to the services, more flexible services and at home services.

KEYWORDS: *Ageing in Place*, Social Services, Urban Occupation Model, Accessibility

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	xi
1. INTRODUÇÃO	13
2. O PLANEAMENTO NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO	15
2.1. O Envelhecimento como processo demográfico	15
2.2. Papel do Planeamento no Envelhecimento	18
2.3. <i>Ageing in Place</i>	19
2.4. Cidades Amigas das Pessoas Idosas	22
2.5. Prestação de serviços e Serviços de Interesse Geral	26
3. NOTAS SOBRE O ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL – DOS NÚMEROS AOS SERVIÇOS	29
3.1. Tendências de envelhecimento	29
3.2. Política do Envelhecimento em Portugal e sua evolução	30
3.3. Os serviços em Portugal	32
3.3.1. Serviços de ação social	32
3.3.2. Serviços de saúde	35
3.3.3. Serviços de carácter cultural e desportivo	39
4. METODOLOGIA	41
5. CASO DE ESTUDO - AGEING IN PLACE EM AVEIRO	47
5.1. Enquadramento demográfico e socioeconómico	47
5.2. Sistema de povoamento	54
5.3. Oferta de serviços	58
5.3.1. Ação Social	58
5.3.2. Saúde	63
5.3.3. Cultura	67
5.3.4. Desporto	71
5.4. Padrões de procura	76
5.5. Discussão dos resultados	83
6. DESAFIOS PARA O FUTURO	86
6.1. Projeção demográfica e necessidades futuras	86
6.2. Análise SWOT	96
6.3. Propostas	98
7. CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS	104

ANEXOS 112

Anexo A - Estrutura etária de Portugal Continental, NUT II Centro e municípios em estudo, 2021 (%).....	112
Anexo B - Variação da estrutura etária entre 2001 e 2021 nos municípios de Aveiro, Águeda e Ílhavo (%)	112
Anexo C - Vista de satélite da área de estudo.....	113
Anexo D - Equipamentos de ação social por tipologia	113
Anexo E - Equipamentos de saúde pública por tipologia	114
Anexo F - Equipamentos de saúde privada por tipologia	114
Anexo G - Equipamentos de cultura, por tipologia.....	115
Anexo H - Equipamentos de desporto, por tipologia.....	115
Anexo I - Estado civil da amostra, por freguesia (%).....	116
Anexo J - É fácil caminhar no bairro/zona de residência? (%)	116
Anexo K - O bairro/zona de residência é bem servido de transportes públicos? (%)	117
Anexo L - Teve uma consulta que foi desmarcada por causa do COVID-19? (%)	117
Anexo M - As mudanças dos padrões de mobilidade antes e depois confinamento tiveram consequências no seu bem-estar? (%).....	118
Anexo N - Daqui a um ano, pensar que irá sair de casa: (%).....	118
Anexo O - O que gostava de ver alterado? (%).....	119
Anexo P - Principais características dos serviços aos idosos, por tipo de serviço e por freguesia	119
Anexo Q - Dificuldades na população 55-64 anos (%) (2011).....	120
Anexo R - Dificuldades na população 65-79 anos (%) (2011).....	120
Anexo S - Dificuldades na população 80 ou mais anos (%) (2011).....	121
Anexo T - Inquérito Grampcity 2020-2021 (1).....	122
Anexo U - Inquérito Grampcity 2020-2021 (2)	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - População total e variação anual, UE-27, 1960-2070.....	17
Figura 2 - Número de pessoas a viver em áreas urbanas e rurais, Portugal	19
Figura 3 - Temas orientadores das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.	23
Figura 4 - Condições para os SIG.....	27
Figura 5 - População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).....	29
Figura 6 - Evolução da capacidade de SAD, Portugal (n.º), 2000-2020.....	31
Figura 7 - Evolução da capacidade de CD, Portugal (n.º), 2000-2020.....	31
Figura 8 - Hierarquia do SNS.....	36

Figura 9 - Cuidados de Saúde Primários.....	37
Figura 10 - Área de influência de Aveiro (delimitação considerada no Projeto Grampcity).	41
Figura 11 - Freguesias em estudo e respetivas coroa.....	43
Figura 12 - Evolução da população total dos município e respetivas freguesias em estudo, 2001-2021 (%).	47
Figura 13 - Estrutura etária nas freguesias em estudo, 2021 (%).	50
Figura 14 - Variação da estrutura etária nas freguesias em estudo, 2001 - 2021 (%).	50
Figura 15 - Composição etária da população idosa nas freguesias em estudo (%), 2011	51
Figura 16 - Nível de escolaridade da população com mais de 55 anos (%), 2011	52
Figura 17 - Índice de envelhecimento, dependência de idosos e total nas freguesias em estudo (n.º), 2021.....	53
Figura 18 - Distribuição espacial dos principais usos do solo da COS (%), nível 1 (2018).	55
Figura 19 - Distribuição espacial dos principais usos do solo artificializado (%) - nível 3 (2018).	57
Figura 20 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos de ação social (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional.....	63
Figura 21 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos de saúde pública (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional.....	64
Figura 22 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos de saúde privada (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional.....	67
Figura 23 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos culturais (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional.....	71
Figura 24 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos desportivos (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional.....	73
Figura 25 - Localização dos serviços aos idosos por tipo de território artificializado (%) (COS).	74
Figura 26 - Distribuição dos serviços aos idosos e território artificializado.	75
Figura 27 - Faixa etária da amostra, por freguesia (%)	76
Figura 28 - Nível de escolaridade da amostra, por freguesia (%)	76
Figura 29 - Condições económicas da amostra (como é que o dinheiro do seu agregado familiar se encontra no final do mês?), por freguesia (%)	77
Figura 30 - Posse de automóvel da amostra, por freguesia (%)	77
Figura 31 - Ida a consulta médica por modo de transporte antes do confinamento (%).....	78
Figura 32 - Regularidade de idas a associações, antes do confinamento, por freguesia (%) ...	79
Figura 33 - Qual a associação ou desporto que faz? (%).....	80
Figura 34 - Regularidade de idas a espaços verdes, antes do confinamento, por freguesia (%)	81
Figura 35 - Agora sai mais ou menos de casa?, por freguesia (%).....	82

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores demográficos da área de influência de Aveiro	42
Quadro 2 - Distância, velocidade e tempo para cálculo da acessibilidade.....	45
Quadro 3 - Concretização da questão de partida e objetivos por fases da metodologia	46
Quadro 4 - População com mais de 65 anos entre 2001 e 2021 (N.º)	50
Quadro 5 - Densidade populacional e de idosos nas freguesias em estudo.....	52
Quadro 6 - Distribuição dos principais usos do solo da COS (%), nível 1 (2018)	54
Quadro 7 - Distribuição dos principais usos do solo artificializado (%) - nível 3 (2018)	57
Quadro 8 - Distribuição das respostas sociais por tipologia por freguesia (%)	58
Quadro 9 - Cobertura atual e potencial de cobertura populacional máximo das respostas sociais por tipologia (%)	59
Quadro 10 - Capacidade das respostas sociais por 1000 habitantes com mais de 65 anos	60
Quadro 11 - Médicos e enfermeiros por cada 1000 habitantes com mais de 65 anos	63
Quadro 12 - Distribuição dos serviços de saúde privados por freguesia (%) e N.º de equipamentos por cada 1000 habitantes com mais de 65 anos	65
Quadro 13 - Distribuição dos serviços/equipamentos de saúde privada por tipo (%)	65
Quadro 14 - Serviços e atividades culturais promovidos pela freguesia ou município.....	69
Quadro 15 - Distribuição dos equipamentos de cultura por tipo (%) e N.º de equipamentos por 1000 habitantes com mais de 65 anos	70
Quadro 16 - Distribuição dos equipamentos de desporto por tipo (%) e N.º de equipamentos por 1000 habitantes com mais de 65 anos	72
Quadro 17 - Hierarquização das freguesias por tipo de serviço.....	83
Quadro 18 - Hierarquização das freguesias por tipo de parâmetros de avaliação.....	84
Quadro 19 - Hierarquização final da oferta de serviços e caracterização do <i>Ageing in Place</i> , por freguesia.....	85
Quadro 20 - Cenário de Envelhecimento Intermédio (estrutura etária da população, %)	87
Quadro 21 - Cenário de Envelhecimento Baixo (estrutura etária da população, %)	88
Quadro 22 - Quadro síntese da estrutura atual e futura da população e do estado atual e futuro dos serviços em estudo.....	91
Quadro 23 - Equipamentos totais necessários (mantendo a distribuição e cobertura de 2022) (N.º)	95
Quadro 24 - Análise SWOT.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIP - *Ageing in Place*

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

BGRI - Base Geográfica de Referenciação da Informação

CAPI - Cidades Amigas das Pessoas Idosas

CC - Centro de Convívio

CCE - Comissão das Comunidades Europeias

CD - Centro de Dia

CM – Câmara Municipal

COS – Carta de Uso e Ocupação do Solo

CS - Centro de Saúde

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE - Instituto Nacional de Estatística

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Objetivo específico

OG - Objetivo geral

OMS/WHO - Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*

ONU/UN - Organização das Nações Unidas/*United Nations*

QP Questão de partida

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SIG - Serviços de Interesse Geral

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SSIG - Serviços Sociais de Interesse Geral

SUB - Serviço de Urgência Básica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

UF - União de freguesias

USF - Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado incide sobre a temática do envelhecimento e está integrada no Projeto Grampcity (PTDC/GES-TRA/32121/2017-BI-LIC) *Moving Smartly Towards Accessible and Inclusive Urban Environments for our Elders*, projeto que discute a necessidade de criar comunidades e ambientes urbanos acessíveis e mais inclusivos para os idosos (CEGOT, 2018).

A população está a envelhecer, por um lado, devido à melhoria das condições de vida e ao desenvolvimento dos cuidados de saúde, economia e sociedade e por outro lado, este desenvolvimento traz consigo a quebra da fertilidade, originando um aumento do rácio de pessoas idosas e uma necessidade acrescida de agir na melhoria da qualidade de vida deste grupo etário (UN, 2020). Por esta razão, a rápida mudança demográfica foi definida como uma megatendência e, juntamente com a mega-urbanização, são tendências com impactes significativos ao nível do território, nomeadamente nas infraestruturas, gestão de recursos e especialmente na prestação de serviços (Megatrends Watch Institute, s.d.). Por exemplo, entre 2018 e 2080, prevê-se que Portugal tenha um aumento de 800 mil idosos (INE, 2020).

Para tornar as cidades mais inclusivas para os idosos, é importante fomentar a sua participação na comunidade através do desenvolvimento de várias atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais (WHO, 2007), mas também assegurar uma prestação de serviços que suportem um envelhecimento saudável e ativo, com vista a retardar o aparecimento de doenças e de patologias futuras (Bárrios & Fernandes, 2014). A prestação de serviços é particularmente importante quando o idoso vive na comunidade, pois assume-se que seja uma alternativa mais inclusiva do que a institucionalização num lar de idosos, tanto por razões económicas como sociais, já que a maior parte dos idosos prefere viver na sua habitação, o que contribui para um processo de envelhecimento mais tranquilo. Esta preferência originou a política do *Ageing in Place (AIP)* que defende que o idoso deve permanecer na sua comunidade o máximo de tempo possível (WHO, 2015; Wiles *et al.*, 2011). Esta requer a parceria entre os idosos, a comunidade e a administração local de forma a criar relações nas mais diversas matérias que possam auxiliar o idoso, nomeadamente a criação de serviços completos e adaptados às necessidades dos mais vulneráveis (Fonseca, 2020).

Desta forma, o planeamento urbano tem um papel acrescido na formação de cidades e comunidades amigas dos idosos (Lui *et al.*, 2009) especialmente na forma como presta os serviços e se adapta aos vários contextos territoriais (Golant, 2018). Territórios de baixa densidade, periurbanos ou rurais tendem a ter uma provisão de serviços mais complexa, uma vez que os limiares de funcionamento viável ocupam um maior território, o que resulta numa maior dificuldade da população em aceder aos serviços (Viveiros & Brennan, 2014).

Assim, dando ênfase a uma perspetiva territorial do envelhecimento, é possível conceber

como questão de partida (QP) para a dissertação de mestrado: “A atual prestação de serviços sociais em Aveiro possibilita o *Ageing in Place*, independentemente do Modelo de Ocupação Urbana?”.

Como objetivos gerais (OG) destacam-se: i) avaliar a adequação entre a oferta e a procura de serviços pelos idosos como pilar do *Ageing in Place*; ii) compreender como diferentes formas de ocupação urbana na área de influência de Aveiro afetam as dinâmicas quotidianas da população idosa, refletindo-se em diferentes possibilidades de *AIP*. Estes objetivos promovem uma abordagem territorial ao *Ageing in Place* uma vez que analisam a oferta e a procura de serviços em vários contextos territoriais enquadrados num sistema urbano policêntrico.

Como objetivos específicos (OE) destacam-se: i) compreender conceptualmente e estabelecer relações entre as políticas de *Ageing in Place*, Cidades Amigas das Pessoas Idosas (CAPI) e a prestação de serviços; ii) caracterizar a prestação e cooperação dos serviços de apoio aos idosos; iii) identificar e analisar os constrangimentos e potencialidades que os serviços enfrentam no apoio aos idosos; iv) caracterizar o estado atual das condições de vida e as necessidades das pessoas idosas na área de estudo; v) propor um conjunto de soluções para os problemas encontrados que vão ao encontro das orientações de política para o envelhecimento e para a prestação de serviços aos idosos, a curto e a longo prazo.

Definem-se como hipóteses de trabalho:

- A oferta de serviços sociais é insuficiente para a procura existente, em particular nas freguesias de menor cariz urbano;
- Idosos com condições socioeconómicas mais desfavoráveis têm maior dificuldade em participar na comunidade e usufruir dos serviços existentes;
- A administração local reforçou os serviços de apoio aos idosos face à situação pandémica;
- Os serviços, no seu estado atual quanto às tipologias existentes e lotação vs capacidade, não estão preparados para o aumento dos idosos nas próximas décadas.

Esta dissertação é composta por sete capítulos: o primeiro capítulo corresponde à introdução do trabalho, o segundo capítulo “O Planeamento no contexto do envelhecimento” dá início ao Estado da Arte que se estende até ao terceiro capítulo “Notas sobre o envelhecimento em Portugal – dos números aos serviços” com uma abordagem mais técnica dos serviços estudados; o quarto capítulo é constituído pela metodologia aplicada ao longo das várias fases deste trabalho; o quinto capítulo representa o caso de Aveiro que engloba a oferta e a procura dos serviços em estudo para o *AIP*; o sexto capítulo “Desafios para o futuro” discute o futuro demográfico da área de estudo e as respetivas necessidades em termos de serviços de apoio aos idosos, acompanhado de propostas que visam atenuar as fraquezas e os desafios da análise SWOT; o sétimo capítulo corresponde à conclusão.

2. O PLANEAMENTO NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO

2.1. O ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO DEMOGRÁFICO

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é um processo que se desenvolve através da deterioração gradual das moléculas e das células do corpo ao longo do tempo, causando o aumento do risco de doenças e incapacidade física e mental do indivíduo (WHO, 2015; WHO, 2004). Lima (2010) e Rosa (2012) afirmam que o envelhecimento é um processo complexo devido à sua universalidade. Este afeta todos os indivíduos e depende das interações entre o meio interno (genética) e o meio externo associado à educação, estilo de vida e rede social do indivíduo ao longo da vida, e por essa razão nenhum padrão de envelhecimento é exatamente igual.

Associado ao envelhecimento surge o estereótipo negativo e a discriminação que muitas vezes os idosos sentem por parte da sociedade e até de familiares, que depende muito das culturas, conhecido como “idadismo” (discriminação etária ou *ageism*) (Lima, 2010). Neste caso, a discriminação etária caracteriza-se por uma generalização depreciativa e homogeneização psicológica, social, cultural e física da pessoa idosa, e que impossibilita muitas vezes o bem-estar dos idosos e a sua convivência na comunidade, mas também conduz à criação de barreiras na concretização de políticas para este público-alvo, levando à sua má aplicação pois a população idosa não é homogénea (Lima, 2010; Simões, 1985; Nossa, 2014). Este estereótipo considera o idoso mais fraco, como um fardo, pouco resiliente à mudança e desvaloriza a sua intelectualidade bem como pode ocorrer a sua infantilização e comportamentos que denigrem a dignidade da pessoa idosa (Coelho, 2016; Nossa, 2014; Rosa, 2012). A conotação negativa sobre o envelhecimento acentua-se nos idosos com maiores dificuldades económicas, muitas vezes ligado a piores condições de saúde e maior dependência de outros (Lima, 2010). Contudo, devido ao desenvolvimento da medicina, da saúde em geral e o aumento da escolaridade, os idosos tendem a desenvolver problemas de saúde física e psicológica e perda de independência cada vez mais tarde e não quando atingem os 65 anos (Coelho, 2016).

O envelhecimento constitui-se como um dos grandes avanços da humanidade, mas também um dos maiores problemas que as sociedades enfrentam (Cabral *et al.* 2013; Coelho, 2016; UN, 2020). Assume-se também como um processo demográfico causado maioritariamente pelo aumento da esperança média de vida e pela diminuição da fecundidade, que provoca uma mudança demográfica nas sociedades caracterizada por taxas de natalidade e taxas de mortalidade muito baixas nos países desenvolvidos (Arroteia, 2016; Coelho, 2016).

O envelhecimento é, maioritariamente, um fenómeno positivo pois o aumento da esperança média de vida e declínio da mortalidade, causado por desenvolvimentos na medicina, sociedade e economia, permitiram a melhoria geral das condições de vida do indivíduo (Cabral *et al.* 2013; Pinto, 2006; UN, 2020). Porém, o envelhecimento enfrenta um lado negativo, já que,

devido à maior longevidade (à nascença e aos 65 anos) e declínio da fecundidade, a distribuição etária da população está desequilibrada face ao elevado aumento do número de população idosa em relação à população jovem (Cabral *et al.* 2013; Coelho, 2016; Rosa, 2012; Tedim & Hernández, 2016; UN, 2020).

Os países com o fenómeno do envelhecimento demográfico mais intenso enfrentam consequências negativas, como mão de obra envelhecida, diminuição da oferta de trabalho e produtividade e conseqüente perda da dinâmica económica (European Commission, 2020; Nossa, 2014; Rosa, 2012), aumento das despesas públicas na saúde e serviços, e ainda a necessidade de reformulação e inovação das infraestruturas e da forma urbana que promovam o bem-estar da população (OECD, 2015; Rosa, 2012).

Para o êxito das políticas de envelhecimento surgem desafios, como a heterogeneidade dos *cohorts* da população idosa, uma vez que um idoso entre 65-70 anos e um idoso com mais de 80 anos podem apresentar características muito distintas relativamente ao estado de saúde e mobilidade, pelo que é fundamental que as políticas criem estratégias para os idosos com maior autonomia, mas também para aqueles com maior vulnerabilidade (WHO, 2015). Outro desafio trata-se das desigualdades económicas. As políticas devem ter em consideração que idosos com maiores necessidades de saúde podem não ter os meios económicos suficientes (WHO, 2015). Também sociedades mais envelhecidas podem aumentar o idadismo e exclusão social dos idosos, causando maiores dificuldades para os idosos usufruírem dos serviços (Nossa, 2014). Assim, os sistemas de saúde terão de se adaptar cada vez melhor aos problemas e às doenças inerentes ao envelhecimento através de maior investimento público (European Commission, 2020). Contudo, este fenómeno tem trazido oportunidades para as sociedades envelhecidas como o surgimento de novas tecnologias e serviços de auxílio às pessoas idosas na sua autonomia, ao ajudar na criação de emprego especializado nos cuidados personalizados, mas também na inovação no setor da saúde e criação de novos investimentos (OECD, 2015).

De acordo com projeções da ONU/UN (2020), o número de idosos em todo o mundo irá aumentar substancialmente dos 703 milhões em 2019 para os 1,5 mil milhões em 2050. Em 1990 a população idosa mundial correspondia a 6% e em 2019 tinha aumentado em 3%. Contudo, o maior aumento será para 2050, com um valor estimado em 16% da população mundial ter mais de 65 anos, correspondente a 1 em cada 6 pessoas (UN, 2020). No Plano De Ação para um Envelhecimento Saudável 2020-2030 (WHO, 2020a), projeta-se que uma em cada cinco pessoas terá mais de 60 anos em 2050. Todos os continentes sofrerão aumentos significativos na população idosa, embora seja na Ásia Oriental e Sudeste que haverá maior impacte, com um aumento de 312 milhões de idosos até 2050. Na Europa e América do Norte o aumento de pessoas idosas não será tão notável por já apresentar uma estrutura etária envelhecida (UN, 2020). Quanto ao aumento dos idosos mais idosos (mais de 80 anos) prevê-se que, segundo a UN (2020), o número desta faixa etária triplique de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em

2050, trazendo consigo grandes desafios para a criação de políticas eficazes, de cidades inclusivas e de uma economia próspera.

Atualmente e globalmente, é expectável que uma pessoa com 65 anos viva em média mais 17 anos e em 2045-2050 espera-se que esse número aumente para 19 anos (UN, 2020). Na Europa este valor está nos 19 anos atualmente, sendo o continente onde os índices de dependência de idosos são mais altos. Até 2050, a Ásia fará também parte do grupo com maiores níveis (UN, 2020).

Na União Europeia (UE) espera-se que a percentagem de população idosa seja 30% em 2070 (subida de 10% em relação a 2019) e a esperança média de vida irá aumentar 8 anos para os homens (86 anos em 2070) e 6,3 anos para as mulheres (90 anos em 2070) (European Commission, 2020). A população com mais de 80 anos irá corresponder a 13,2% da população europeia em 2070, em contraste com os 5,8% em 2019 (European Commission, 2020). Além do envelhecimento notável, a UE irá sofrer uma diminuição significativa de população e, em 2070, representará apenas 4% da população mundial – espera-se que se encontre estável até 2025 e a partir de 2030 irá começar a diminuir, através de uma redução de 5% em 50 anos (European Commission, 2020) (Figura 1).

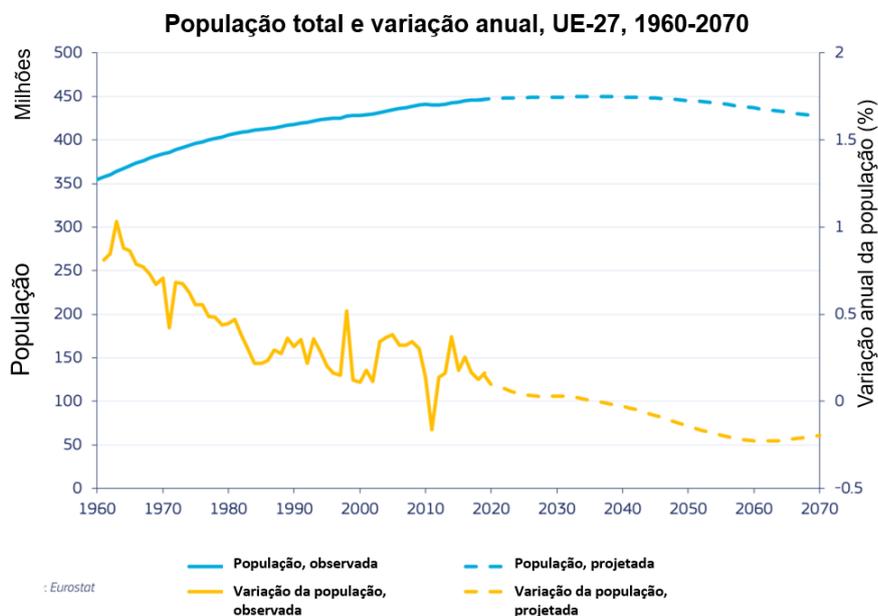


Figura 1 - População total e variação anual, UE-27, 1960-2070.

Fonte: European Commission (2020), pp. 13

2.2. PAPEL DO PLANEAMENTO NO ENVELHECIMENTO

Ao fenómeno do envelhecimento juntam-se o aumento populacional, a urbanização e a migração internacional de forma desigual no mundo (UN, 2020). São por estes emergentes fenómenos globais que é imprescindível que o planeamento urbano intervenha na criação de cidades adaptadas às necessidades de mobilidade, do bem-estar físico e mental dos seus cidadãos e à prestação de serviços.

O planeamento do território tem um papel importante no cumprimento dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) (GCNP, s.d.) a atingir até 2030, no âmbito da Agenda 2030. O “Objetivo 11- Cidades e Comunidades Sustentáveis” (GCNP, s.d.) foca-se no papel do planeamento em criar condições para melhorar a qualidade de vida da população uma vez que o fenómeno da urbanização e do êxodo rural irá continuar a intensificar-se e haverá cada vez mais pessoas a viver em cidades, e por sua vez, mais idosos. Logo, o planeamento e gestão dos vários tipos de equipamentos e serviços na rede de apoio dos idosos, a melhoria da acessibilidade dos transportes, assim como a prevenção e a resiliência sobre o aparecimento de novas pandemias é imprescindível.

São muitos os relatórios e os autores que demonstram a importância da melhoria das condições de vida dos idosos nas cidades e suas comunidades, sendo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) uma das grandes produtoras de diretrizes e políticas no que diz respeito ao bem-estar do idoso. Exemplo disso é a promoção e difusão do conceito Envelhecimento Ativo (WHO, 2002; São José & Teixeira, 2014), da Política Cidades Amigas das Pessoas Idosas (WHO, 2007) e da aplicação do *Ageing in Place* (WHO, 2004; WHO, 2015). Além das políticas, o tema do envelhecimento conjugado com o planeamento urbano é muito estudado, contribuindo assim para a definição de problemas existentes e boas práticas nas mais variadas situações que envolvem a população idosa. Estas situações incluem, por exemplo, a mobilidade dos idosos nas várias etapas do seu quotidiano de que fazem parte o transporte e a sua acessibilidade (Banister & Bowling, 2004; Boakye-Dankwa *et al.*, 2019), mas também a qualidade do espaço público e do bem-estar geral (Padeiro *et al.*, 2021; Mollenkopf *et al.*, 1997), no acesso e na prestação de serviços de apoio social (São José *et al.*, 2016; Pramitasari & Sarwadi, 2015), nos serviços de saúde (Costa, *et al.*, 2020), nos serviços de carácter cultural (Bárrios & Fernandes, 2014; Cheng *et al.*, 2019; Lennartsson & Silverstein, 2001) e desportiva/atividade física (Franco *et al.*, 2015). A investigação assenta também sobre a relação entre estes temas com a forma de ocupação urbana (Ioannou, 2019; Vogelsang, 2016) e comprovam a importância destas esferas do planeamento para a necessidade de investimento.

A necessidade de investimento nestas esferas do planeamento é reforçada ao tomar como exemplo Portugal, que se destaca por ter sido no ano de 1994 em que população a viver nos espaços urbanos ultrapassou a população que vive no espaço rural (Figura 2). Atualmente 66,3%

da população vive em meio urbano e, segundo dados de 2020, em 2050 estima-se que irá atingir os 79,3% (Ritchie & Roser, 2018).

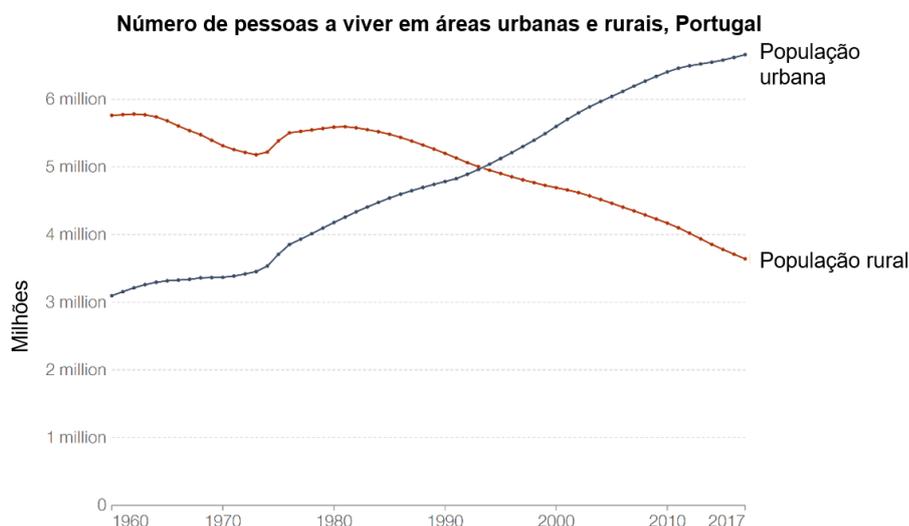


Figura 2 - Número de pessoas a viver em áreas urbanas e rurais, Portugal.
Fonte: Ritchie & Roser (2018).

Todavia, formas de ocupação dispersas, suburbanas, periurbanas e de baixa densidade como rurbanas e rurais apresentam também muitos desafios no planeamento do território. Ao longo das décadas tem-se verificado um decréscimo sucessivo da população nas áreas rurais causada pela diminuição geral dos nascimentos e, conseqüentemente, maior proporção de idosos a viver nestas áreas, vistas como menos atrativas por enfrentarem mais desafios na prestação de serviços de saúde e social, na habitação, no transporte e no emprego, que se sobrepõem ao fator demográfico, colocando em risco estas áreas e, sobretudo, os seus idosos que optam por permanecer onde sempre viveram (European Commission, 2021; Joseph & Cloutier-Fisher, 2005; WHO, 2015).

2.3. AGEING IN PLACE

O conceito de *Ageing in Place*/Envelhecer no Lugar (*AIP*) começou a ganhar destaque a partir do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento e da Declaração Política em 2002 (UN, 2002; WHO, 2015) os quais visavam um ponto de viragem na forma como o envelhecimento era abordado. A prioridade mais relevante para o caso em estudo era “Assegurar um ambiente de apoio” na qual a promoção de um *AIP* na comunidade era privilegiada, ao visar o respeito das opções individuais e por habitação digna a preços acessíveis (UN, 2002).

Vasunilashorn *et al.*, (2012), no estudo sobre a evolução do conceito de *Ageing in Place* através de uma revisão bibliográfica, indicam que este começou a surgir indiretamente nos anos 1980 e foi no início do século XXI que começou a ser usado diretamente. Até 2010, este foi o

ano que mais menções ao *AIP* teve, revelando uma mudança no paradigma sobre o cuidado do idoso e as suas preferências no processo.

Deste modo, o *Ageing in Place* baseia-se na ideia de que o idoso prefere envelhecer na sua própria casa e na comunidade de que fez parte durante a sua vida (WHO, 2015). Como indica o estudo de Costa-Font *et al.*, (2009), realizado em Espanha, nos países do sul da Europa, a família constitui-se como o principal cuidador do idoso e o cuidado informal como a principal forma de cuidado, tendência acompanhada por Portugal (Lopes, 2017). Os idosos tendem a resistir à ideia de mudar de habitação devido à forte ligação emocional ao seu lar, mas também devido aos custos económicos e na saúde de se mudar de casa, considerando-se que envelhecer em casa preserva sentimentos de segurança e conforto (Costa-Font *et al.*, 2009; Fonseca, 2020; Keenan, 2010; WHO, 2015).

O *AIP* é um conceito, mas também uma política que defende que o idoso deve permanecer na sua habitação e respetiva comunidade o máximo de tempo possível de forma segura e independente num ambiente tranquilo e familiar onde se devem criar serviços eficazes e apropriados para os idosos dessa mesma comunidade, mas também criar um ambiente físico em concordância com as condições de mobilidade dos mesmos (Fonseca, 2020; Iecovich, 2014; Kihl & *et al.*, 2005; WHO, 2004; WHO, 2015). Esta política é uma mais-valia pois permite que os idosos se sintam incluídos na sociedade (Fonseca, 2020) e contribui para o atrasar da dependência e do agravamento de doenças, ao mesmo tempo que apresenta menos custos económicos (WHO, 2004; WHO, 2015).

Os idosos que participaram no estudo de Wiles *et al.* (2011), revelaram um sentimento forte de pertença à sua comunidade e habitação, onde esta é vista como um refúgio. Porém houve quem dissesse que permanecer sempre no mesmo sítio pode limitar a mudança para um melhor ambiente e mais seguro.

De acordo com Iecovich (2014), o *Ageing in Place* apresenta várias dimensões que se interligam entre si: dimensão física, destinada à habitação e espaço público; dimensão social, correspondente às relações com as pessoas da sua rede social, habitualmente família, amigos e vizinhos; dimensão emocional e psicológica, relacionada com sentimentos de pertença e dimensão cultural, referente aos valores culturais, crenças e etnia (Iecovich, 2014).

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é o principal tipo de serviço social utilizado no *AIP*. Contudo existem ainda atividades de ação social, cultural/recreativa e desportiva que compõem um conjunto de boas práticas que certificam um envelhecimento participativo na sociedade, promovem o envolvimento cívico, cultural, a continuação da educação e ensinamento de novos conhecimentos (Fonseca, 2020; WHO, 2015). Quanto aos serviços de saúde, estes têm vindo a ter um papel cada vez mais importante e têm registado novos métodos, como a teleassistência para o acompanhamento do idoso (Fonseca, 2020; WHO, 2015), poupando-o à deslocação ao

equipamento, da mesma forma como o Serviço de Apoio Domiciliário funciona.

Segundo Fonseca (2020), o *Ageing in Place* é uma política revolucionária que veio alterar a política social do século XXI até então utilizada, marcada por respostas sociais que dependiam muito na institucionalização temporária ou permanente (Carvalho, 2005). Com o aumento dos idosos, estas soluções tiveram cada vez maior dificuldade em responder às necessidades e têm vindo a tornar-se cada vez menos o primeiro recurso a utilizar (Carvalho, 2005). O *AIP* sustenta-se pela crescente responsabilização de cuidar dos idosos e defende que a institucionalização deve ser o último recurso a usar uma vez que esta muitas vezes prejudica os sentimentos de pertença e inclusão na sociedade (Bookman, 2008; Fonseca, 2020; WHO, 2015). Fonseca (2020) afirma que esta política será uma estratégia muito usada nos próximos anos uma vez que, sendo economicamente viável, socialmente inclusiva e promotora do bem-estar dos idosos, retira alguma sobrecarga financeira que a institucionalização acarreta para as famílias (WHO, 2015). Por este motivo, os serviços serão uma dimensão imprescindível para o bom funcionamento desta estratégia – alguns exemplos variam entre *serviços de apoio domiciliário, cuidados de saúde no lar, hospitalização domiciliária, cuidados paliativos domiciliários, programas de nutrição e serviços de apoio para cuidadores e familiares* (Fonseca, 2020, p. 29).

Contudo, o *Ageing in Place* não se consegue aplicar a todos os contextos e situações – existem casos em que permanecer em casa pode agravar o processo de envelhecimento e degradação da saúde mental e física (WHO, 2015). Pessoas que se encontram em situação de isolamento, com condições de habitação muito precárias ou em condições de doença muito avançada não devem ser acompanhadas em casa. A aplicação desta política torna-se difícil quando o idoso vive em lugares perigosos, muito isolados ou que não tenham uma rede de apoio bem estruturada, pelo que é cada vez mais importante criar soluções através do planeamento urbano e do esforço das autoridades locais em garantir uma rede diversificada de apoio ao idoso em territórios de baixa densidade, suburbanos ou rurais (Golant, 2018; WHO, 2015). Outro dos aspetos verifica-se quando ocorrem mudanças socioeconómicas e demográficas significativas no ambiente físico e social, como a gentrificação, uma vez que diminui os sentimentos de pertença do idoso (Burns *et al.*, 2012; Fonseca, 2020).

No estudo desenvolvido por Wiles *et al.* (2011) na Nova Zelândia, foram inquiridos idosos e muitos revelaram não conhecer o significado de *AIP*. Estes resultados demonstram a falha que muitas vezes existe em comunicar à população a existência destas respostas, devendo assim existir maior transparência aquando do uso destes termos fora do contexto político e de investigação.

No estudo de Fonseca (2020), foram recolhidas 81 iniciativas de âmbito local em Portugal que colocavam o *AIP* em ação. Alguns exemplos concretizam-se através da colaboração de várias entidades e de voluntários, como fazer companhia a idosos que se encontrem em isolamento no Porto, feito através do Projeto “Abraço Amigo”. Com o projeto “Parque de

Reminiscências em Trafaria”, o município de Almada apoia um total de 60 utentes dos quais 30% sofrem de demência, e dedica-se a fazer atividades didáticas para combater a doença e o centro Social da Trafaria inclui uma creche e jardim de infância, constituindo-se uma vantagem para atividades intergeracionais. O projeto “Lar Aldeia” na aldeia de Cem Soldos (Tomar) permite aos idosos juntarem-se e conviverem ao mesmo tempo que realizam atividades, como costura. Em Odivelas, a população idosa que não se pode deslocar à Biblioteca Municipal pode recorrer a empréstimos de livros e outros recursos através de uma visita semanal ao domicílio do idoso proporcionada pelo projeto “Bibliófilo Vai a Casa”. Em Ílhavo, o projeto “Espaços Maior Idade” realizado pela Câmara Municipal (CM) de Ílhavo realizava atividades socioculturais como decoração de equipamentos do município, mas também se promove a interação entre gerações nas escolas do 1º ciclo onde os idosos contam histórias aos mais novos. Através da recolha destes projetos, Fonseca (2020) admite que existe um esforço por parte das mais variadas instituições públicas e privadas para proporcionar o melhor *Ageing in Place* possível, e que os projetos recolhidos apresentam uma distribuição relativamente homogénea entre territórios rurais e urbanos, que se complementam e respondem às diferentes necessidades de cada população e contexto territorial.

2.4. CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS

Atualmente, as cidades atualmente são pouco inclusivas; não satisfazem as necessidades das pessoas idosas nem de pessoas com mobilidade reduzida pois o espaço público não foi preparado para estas e também porque os serviços e os equipamentos não estão dimensionados para a acessibilidade a pé, existe uma grande dependência do transporte individual (Bookman, 2008). Este modelo de urbanismo segrega os mais vulneráveis, nomeadamente a pessoa idosa, pois os serviços e as atividades de que devia desfrutar (se existirem), encontram-se a longas distâncias, prejudicando assim o seu contacto com a comunidade (Bookman, 2008), refletindo assim um fraco planeamento e ordenamento do território.

Assim o desafio é criar cidades que tenham em consideração os seus utilizadores mais vulneráveis e assegurar a sua segurança e inclusão, no âmbito de um desenvolvimento sustentável. Neste sentido, ao longo das últimas décadas têm sido criados novos modelos urbanistas para dar enfoque a estas questões prementes, como o Eco Urbanismo e Urbanismo Verde (Buffel *et al.*, 2012; Sharifi, 2016) e as Comunidades Sustentáveis (Egan, 2004), modelos que potenciaram o aparecimento de uma consciencialização para a pessoa idosa a partir dos anos 1990 (Buffel *et al.*, 2012). Contudo, segundo Alley *et al.* (2007), alguns destes modelos ainda apresentavam falhas quanto ao acesso a serviços, equipamentos e atividades para a população idosa.

Assim, surge a política d'As Cidades Amigas das Pessoas Idosas, criada em 2005 que

deu origem ao Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, em 2007, organizado pela OMS (WHO, 2007). Baseado na problemática da intensificação do fenómeno do envelhecimento e do aumento da urbanização para as próximas décadas, este guia reúne soluções para a harmonização destes problemas e cria orientações tanto para a população geral, mas principalmente para as instituições (Buffel & Phillipson, 2016; Buffel *et al.*, 2012; WHO, 2007).

Uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa (CAPI) é uma comunidade onde as pessoas idosas conseguem participar ativamente na sociedade, sentir-se estimadas e ouvidas na tomada de decisões, mas que também tenham ao seu dispor um conjunto de infraestruturas e serviços adaptados às suas necessidades para que consigam envelhecer com dignidade junto da sua família e comunidade (Alley *et al.*, 2007; Fitzgerald & Caro, 2014). As CAPI sustentam-se em oito áreas de atuação para assegurar o bem-estar dos idosos, que se dividem em três temas orientadores (WHO, 2007) (Figura 3):



Figura 3 - Temas orientadores das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

Fonte: WHO (2007).

A participação na sociedade é um dos pontos de maior relevância uma vez que preserva o bem-estar do idoso (WHO, 2007), o que contribui para envelhecer no lugar. Contudo, é importante referir que a acessibilidade, os custos acessíveis e uma boa comunicação destas atividades são três fatores que influenciam a participação do idoso (WHO, 2007). Atividades que promovam relações entre gerações são imprescindíveis devido aos seus benefícios no contacto com pessoas de diferentes idades, ao enriquecer a partilha de experiências (WHO, 2007).

Os equipamentos coletivos apresentam funções muito importantes nos serviços à população idosa - escolas, bibliotecas, teatros, centros recreativos, parques e jardins podem ser usados como ferramentas para a inclusão da população (WHO, 2007). Uma rede de serviços comunitários deve ser integrada com o objetivo de servir os interesses do idoso, ao adaptar-se a cada contexto territorial, ao primar pela colaboração entre autoridades locais, entidades

privadas, associações não-lucrativas, famílias e também com o apoio de instituições religiosas visto serem promotoras de muitas atividades (WHO, 2007).

Os desafios para a criação de CAPI assemelham-se à aplicação do *Ageing in Place* no âmbito do contexto territorial – a falta de viabilidade nos serviços e nos equipamentos, em especial em espaços rurais, deve ser colmatada através da oferta de transporte às respetivas atividades e serviços (van Hoof *et al.*, 2018; Alley *et al.*, 2007; Viveiros & Brennan, 2014; WHO, 2007). Uma CAPI deve cumprir um transporte acessível e prático aos seus utilizadores quando não é possível fazê-lo a caminhar (WHO, 2007; Steels, 2015). A cidade deve ter uma rede de transportes que permita aceder facilmente a equipamentos coletivos e a serviços do quotidiano mais usados pelos idosos – como centros de saúde, bancos, supermercados e equipamentos de ação social (WHO, 2007; Steels, 2015).

Quanto ao espaço público, os espaços verdes devem estar cuidados, com mobiliário seguro e confortável (como bancos e abrigos) e casas de banho. Os passeios e pavimento não devem ter obstáculos, os declives devem ser ligeiros ou inexistentes, quando possível, e com tipos de materiais antiderrapantes (WHO, 2007; Steels, 2015).

O poder e o potencial que o nível local tem não pode ser desperdiçado uma vez que são estas autoridades que têm os meios para enquadrar a política internacional ao seu contexto territorial, social, económico e cultural (Buffel & Phillipson, 2016). Steels (2015), na sua revisão bibliográfica, reforça a crescente importância das parceiras público-privadas entre governos, institutos de investigação e organizações. No estudo de van Hoof *et al.* (2018) foram estudados os desafios que duas cidades europeias enfrentavam (Haia e Cracóvia). Foram identificados desafios como o combate à solidão e *Ageing in Place*, o apoio da educação da população idosa, melhoria das atividades sociais que promovam relações entre gerações (van Hoof *et al.*, 2018). Afirmam que não basta apenas criar as condições necessárias, mas também garantir uma gestão e avaliação contínua das intervenções, com o auxílio e participação direta dos idosos e garantir também que existe uma harmonia na consolidação dos 8 domínios da Política das CAPI (Figura 3) (van Hoof *et al.*, 2018; WHO, 2007).

Em 2010, o estudo de Centeio *et al.* (2010) teve como caso de estudo freguesias do município de Aveiro com o objetivo de determinar se Aveiro era uma Cidade Amiga das Pessoas Idosas, onde foram analisadas as duas freguesias urbanas do município – Glória e Vera Cruz, atualmente unidas numa só freguesia. Como metodologia, foram utilizados os critérios de análise usados no Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Os 37 idosos foram separados em quatro grupos: dois por cada freguesia (Glória – classe baixa e Vera Cruz – classe média) e dois grupos por idade (60-74 e +75 anos). De modo geral, identificaram-se aspetos positivos como a acessibilidade dos edifícios e espaço exteriores, segurança nos transportes públicos, existe preocupação do município em ouvir as sugestões dos idosos, existe grande variedade de atividades que incentivam à participação na comunidade que vão de encontro à heterogeneidade

dos idosos (Centeio *et al.*, 2010). Considera-se ainda que os serviços de saúde e apoio domiciliário, respondem às necessidades. Os principais aspetos negativos destacam-se pela má qualidade dos passeios e pela falta de espaços verdes, pela difícil mobilidade nos transportes públicos, por elevados custos das atividades disponíveis no município e falha na comunicação destas atividades, especialmente referido pelos idosos mais idosos e com maiores carências económicas (Centeio *et al.*, 2010). Quanto aos equipamentos de ação social, os idosos mencionam a falta de um lar de idosos no centro da cidade, dificultando a visita regular aos idosos residentes nos lares. Referem ainda o elevado custo dos serviços de saúde para pessoas com maiores dificuldades (Centeio *et al.*, 2010).

Para Buffel & Phillipson (2016) e van Hoof J. *et al.* (2021), existem três fatores que influenciam o sucesso das CAPI: austeridade económica, espaços urbanos sob pressão e privatização do espaço público. As crises económicas dos últimos anos afetam em grande medida a população geral e, conseqüentemente, a população mais velha (Buffel & Phillipson, 2016). As políticas adotadas durante crises económicas levam muitas vezes ao corte de fundos públicos e de investimento no âmbito social (Buffel *et al.*, 2014).

No estudo de Marston & van Hoof (2019), criticam o facto de o Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (WHO, 2007) não referir o papel da tecnologia uma vez que esta está cada vez mais integrada no quotidiano. Surgem assim questões sobre como estão a ser tratados os problemas da literacia digital e da inclusão digital na população mais idosa (van Hoof & Marston, 2021).

Um dos desafios para tornar as cidades amigas das pessoas idosas é mesmo esse – a grande maioria das cidades estão consolidadas e é difícil alterar significativamente a sua organização, forma e espaço (Buffel *et al.*, 2012). As cidades são complexas e apresentam conflitos de interesses entre infraestruturas, funções, serviços, mas também conflitos sociais, políticos e económicos, reforçado ainda pela crescente urbanização, aumento substancial do número de pessoas idosas e formas urbanas que acentuam os conflitos existentes (Buffel *et al.*, 2012). Por este motivo, é necessário que todos os intervenientes na sociedade façam o esforço para transformar as cidades numa abordagem de desenvolvimento sustentável, otimização dos recursos disponíveis e ambiente já construído, incentivando à melhor resposta possível à questão colocada por Buffel *et al.* (2012, p. 601) *'How age-friendly are cities?'* (*Quão amigas dos idosos são as cidades?*). A construção de cidades amigas das pessoas idosas não só beneficia os idosos como também contribui para a melhoria das condições de vida da população geral.

2.5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E SERVIÇOS DE INTERESSE GERAL

Serviço no contexto do envelhecimento e apoio aos idosos é definido como o resultado das ações de um prestador destinadas a satisfazer as necessidades de um consumidor (WHO, 2004). Consequentemente, os serviços não servem apenas para satisfazer as necessidades básicas, mas também para *dinamizar a rede social da comunidade, através do contacto com os prestadores de serviço* (Marques da Costa *et al.*, 2011, p. 189).

A UE tem sido a maior dinamizadora do conceito de Serviços de Interesse Geral (SIG) e da sua correta implementação através da publicação de várias orientações de política ao longo dos anos, como o Livro Verde em 2003, o Livro Branco em 2004 e a Comunicação '*Implementing the Community Lisbon programme: Social services of general interest in the European Union*' em 2006 (Marques da Costa *et al.*, 2015).

Os SIG são serviços do interesse e aproveitamento da população geral dos Estados-Membros uma vez se regem pela equidade, prestação não discriminatória e devem sempre satisfazer as necessidades da população-alvo (Comissão Europeia, s.d.). Podem ser públicos ou privados e devem ser eficazes na sua provisão (CCE, 2003). Os SIG promovem a competitividade e a economia das regiões e contribuem para a atenuação das assimetrias regionais e sociais (CCE, 2003; Fassmann *et al.*, 2015). A área de atuação dos SIG é muito vasta e têm níveis de operação e prestação em todos os níveis territoriais. Dividem-se sobretudo em dois tipos:

- **Serviços de Interesse Económico Geral:** inseridos no mercado subordinadas às regras do mercado europeu e à concorrência, são prestados por via de pagamento. Incluem as infraestruturas – energia, água, transporte; TIC – internet, serviços postais e todas as atividades económicas de serviço público (CCE, 2003; Marques da Costa *et al.*, 2015).
- **Serviços Sociais de Interesse Geral (SSIG):** são os serviços não-económicos e abrangem a saúde, educação, ação social, mercado de trabalho e habitação social. Não estão subordinados às regras do mercado (CCE, 2003; Marques da Costa *et al.*, 2015).

A categorização dos SIG em “económicos” e “não-económicos” não é linear uma vez que nas últimas décadas os serviços públicos têm sido liberalizados e as regras da competitividade no mercado europeu têm vindo a ser usadas também em alguns SSIG (Bjornsen *et al.*, 2015).

As autoridades públicas de cada Estado-membro têm a responsabilidade na provisão dos SIG devido à elevada heterogeneidade de cada um e podem adaptá-los face às características de cada território (Fassmann *et al.*, 2015). Segundo estes autores, fatores como a dimensão populacional do lugar, a base funcional e económica do lugar, a proximidade a centros com melhor prestação de serviços e os níveis de decisão (público vs privado) influenciam a prestação de SIG.

Para Humer *et al.* (2015), existem cinco condições para a provisão dos SIG:

1. Disponibilidade assegurada: SIG confiáveis e consistentes que sirvam diretamente os seus utilizadores;
2. Acessibilidade: a localização deve ser fisicamente acessível e definida com a negociação entre os prestadores de serviço e os seus utilizadores;
3. Custo acessível: um SIG pode ser consistente e estar na proximidade, mas se não tiver um custo acessível, o acesso universal é limitado;
4. Variedade: capacidade de disponibilizar serviços que abranjam toda a população e ao mesmo tempo capazes de se adaptar à individualidade de cada cidadão;
5. Qualidade: é o conjunto dos outros fatores juntos.

Outras dinâmicas que influenciam a prestação de SIG são o tempo e o espaço, sistema político, desenvolvimento sociodemográfico, cultura, condições económicas, poder de compra e densidade populacional. Estas estão sujeitas às características espácio-temporais, que acentuam ou diminuem as desigualdades territoriais (Humer *et al.*, 2015; Marques da Costa *et al.*, 2015) (Figura 4). Áreas mais envelhecidas ou rurais tendem a oferecer menos serviços e não conseguem atrair população; por outro lado as áreas densas tendem a ter uma oferta muito superior, mas muitas vezes menos eficiente e com menor qualidade (Marques da Costa *et al.*, 2015).

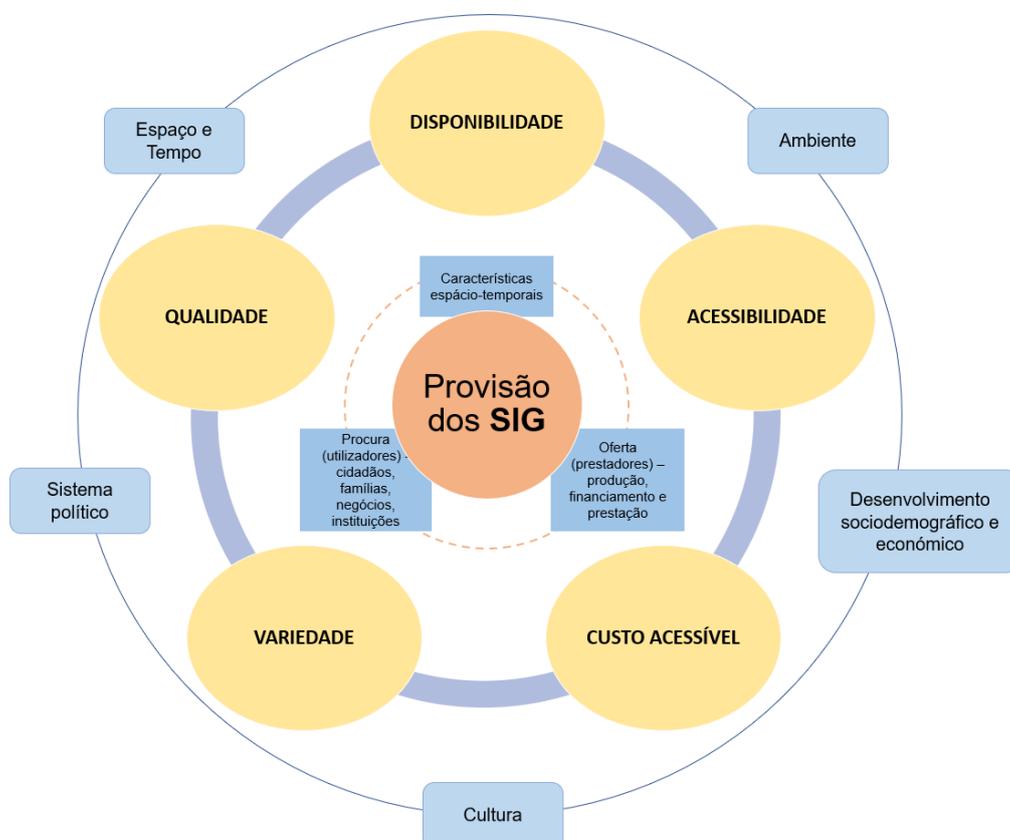


Figura 4 - Condições para os SIG.

Fonte: Adaptado de Marques da Costa *et al.*; Humer *et al.* (2015); Fassmann *et al.* (2015).

Os SSIG são uma vertente dos SIG direcionada para os serviços do Estado-providência que protegem os cidadãos mais vulneráveis e em risco através de serviços geridos e prestados sob medidas institucionais (Bjornsen *et al.*, 2015). Têm de se seguir pelo princípio da solidariedade, prestar um serviço personalizado sem fins lucrativos e multivariado. São essenciais para a coesão social, prevenção e cobertura dos riscos relacionados com a saúde, velhice, acidentes de trabalho, deficiência, entre outros (CEE, 2006). Os SSIG não têm uma definição legal e, por isso, tem-se registado a sua liberalização e enfraquecimento dos limites tradicionais da prestação dos serviços sociais - legalmente pode ter um custo, ser competitivo e estar integrado no mercado único europeu (Fassmann *et al.*, 2015). Contudo, existem requisitos obrigatórios como a descentralização para o nível local ou regional, promover as parcerias público-privadas e maior intervenção do setor privado com apoio financeiro público e transferência de mais serviços para o setor privado onde o Estado tem a função de controlar a concorrência (CEE, 2006). Os SSIG têm vindo a verificar uma abertura e intensificação pelos Estados-membros da UE, gerando uma mudança na gestão destes serviços por parte de entidades privadas e a entrar no mercado interno e concorrência. Isto contribui para a modernização dos serviços sociais que, segundo a CCE (2006), contribui para maior transparência, eficácia e, com o aumento da concorrência, melhores padrões de qualidade e variedade.

3. NOTAS SOBRE O ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL – DOS NÚMEROS AOS SERVIÇOS

3.1. TENDÊNCIAS DE ENVELHECIMENTO

Desde o século passado que Portugal tem vindo a demonstrar um aumento da população idosa derivado da melhoria geral das condições de vida e saúde, especialmente depois de 1974, da criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (1979) e da entrada na Comunidade Económica Europeia em 1986 (Coelho, 2016). Em conjunto com o aumento da esperança média de vida, a fecundidade começou a diminuir e a elevada emigração das décadas de 60 e 70 potenciaram o acentuar do processo de envelhecimento demográfico do país (Cabral *et al.*, 2013). Atualmente, a população idosa representa 23,4% da população segundo dados dos Censos 2021, em contraste com os 13% em 1991 e 8% em 1960 (Pordata, 2021). Estes valores elevados da população idosa não se encontram mais acentuados devido ao importante papel que a imigração desempenha no saldo total do país, pois o saldo migratório positivo atenua o saldo natural negativo registado ao longo dos anos, segundo os dados do INE.

Segundo dados dos Censos 2021 (INE, 2021), Portugal perdeu 2,1% da sua população em relação a 2011, revelando a tendência irreversível da diminuição da população em simultâneo com o aumento da proporção de pessoas idosas – entre 2011 e 2021 registou-se um aumento de 4% da população idosa. Segundo o INE (2020), até 2080 Portugal irá perder aproximadamente 2 milhões de habitantes, ficando com 8,2 milhões de habitantes. O índice de envelhecimento irá disparar para os 300 idosos por cada 100 jovens, valor que atualmente se encontra nos 159 (INE, 2020). Entre 2018 e 2080, no cenário central, Portugal passará de 2,2 milhões de idosos para 3 milhões, esperando-se um pico populacional de idosos nos anos de 2050 que, por sua vez, a partir daí começa a decrescer decorrente dos níveis de fecundidade dessa geração idosa já muito baixos onde não é possível a substituição das gerações (INE, 2020) (Figura 5).

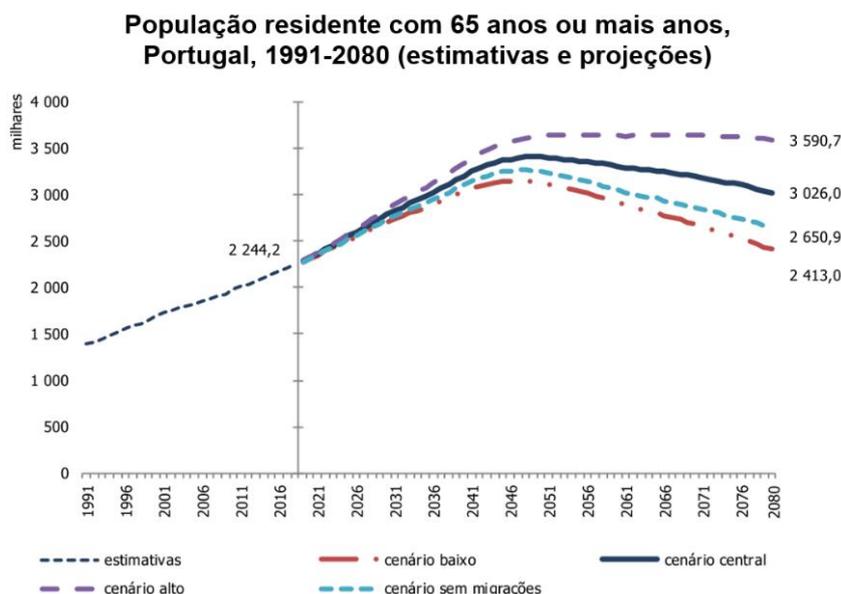


Figura 5 - População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções). Fonte: INE (2020), pp 05.

Segundo Cabral *et al.*, (2013), 3 em cada 10 pessoas terá mais de 65 anos em 2050. A fecundidade irá continuar a diminuir e as famílias ficarão cada vez mais pequenas, o que irá afetar a prestação de cuidados aos idosos, já que muitos irão viver sozinhos pelo que a rede de apoio da comunidade e os serviços locais serão vitais na resposta ao bem-estar do idoso (Tomé *et al.*, 2014). Tomé *et al.* (2014) referem que esta evolução no envelhecimento em Portugal sobrecarrega/agrava as necessidades urgentes de planeamento de equipamentos e serviços direcionados para os idosos, mas também o aumento de idosos institucionalizados em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) e outros equipamentos de residência.

3.2. POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL E SUA EVOLUÇÃO

A Política Social em Portugal depende em grande medida dos cuidados informais prestados pela família do idoso, que se certifica pelo seu bem-estar, tendência com fortes ligações socioculturais (Lopes, 2017). Associado a este facto, encontra-se outro desafio para as próximas décadas - estima-se que as faixas etárias que mais prestam apoio informal aos idosos (entre os 50 e 64 anos) irá diminuir em valores absolutos, ao mesmo que tempo que os idosos irão aumentar em termos absolutos e relativos, colocando em evidência a possível escassez de prestadores de cuidados para maior procura (Lopes, 2017). Isto leva a uma reavaliação dos cuidados prestados em Portugal e um maior papel das respostas sociais disponíveis.

Em Portugal, as respostas sociais mais importantes caracterizam-se por: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de dia (CD) e ERPI (GEP, s.d. a). A maior parte das respostas sociais aos idosos são prestadas e geridas por Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) (entidades privadas sem fins lucrativos), pela Santa Casa da Misericórdia e por entidades lucrativas. A maior parte são tuteladas ou financiadas pelo Estado, mas têm autonomia para gerir os seus serviços (Carvalho, 2005; Joaquim, 2015). A pressão que existe atualmente nos cuidados formais deve-se, segundo Lopes (2017), às falhas que existem no sistema e na rede de cuidados informais. Contudo, a falha nos cuidados formais é também explicada pela falta de investimento do Estado uma vez que só a partir de 1974 é que a proteção social passou para a sua responsabilidade, e que até hoje se refletem as carências nas respostas sociais (Carvalho, 2005; Martins *et al.*, 2001).

Quanto às respostas sociais direcionadas às pessoas idosas, estas foram as que maiores aumentos verificaram – 53% entre 2000 e 2020. Considerando as ERPI, CD e SAD, o aumento atinge os 62,9%, mais 1837 equipamentos (GEP, 2021).

As respostas sociais ERPI, SAD e CD contabilizavam, em 2020, 7359 equipamentos correspondendo a uma capacidade de mais de 278 mil lugares para pessoas idosas. SAD é a resposta em maior número (37% das respostas aos idosos – 2693 estabelecimentos) e em maior capacidade de oferta para 112 mil idosos, equivalente a 40% da capacidade total dos idosos, a

qual sofreu o maior aumento entre 2000 e 2005 em 55% (mais de 26 mil lugares em 5 anos). Em 20 anos, a capacidade de resposta dos SAD aumentou em 137% (de 47 mil lugares para 112 mil) (GEP, s.d. b) (Figura 6).

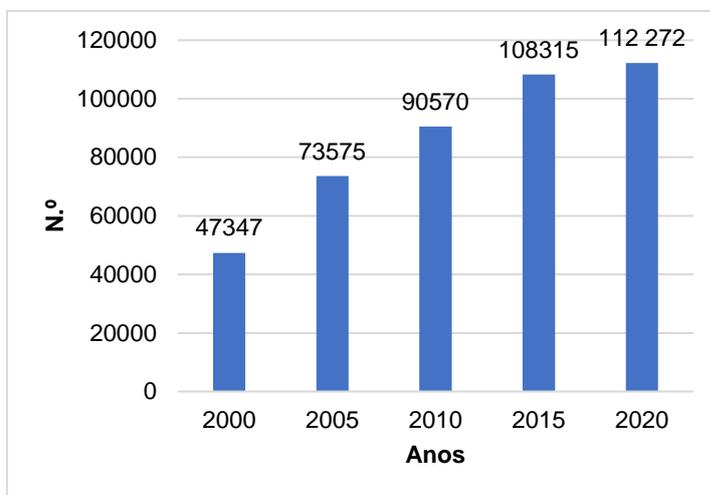


Figura 6 - Evolução da capacidade de SAD, Portugal (n.º), 2000-2020.
Fonte: GEP (s.d. b).

Segue-se depois em capacidade e em número as ERPI (atualmente correspondem a 35% das respostas e 36% da capacidade). Tem capacidade para alojar 101 mil idosos e corresponde a um aumento de 53 115 lugares em 20 anos. A capacidade das ERPI registou o maior aumento percentual entre 2010 e 2015 (32%, 22 mil lugares em 5 anos) (GEP, s.d. b).

Os Centros de Dia correspondem a 28,4% das respostas e 23% da capacidade e constituem-se como a resposta em menor número e capacidade. Registou o maior aumento entre 2000 e 2005 (21%, aumento de 10 mil lugares) (GEP, s.d. b). A partir de 2005, os aumentos foram de 3,5 e 4,5% entre 2005-2010 e 2010-2015, respetivamente. Contudo, entre 2015 e 2020, a capacidade diminuiu em 920 lugares, revelando uma maior preocupação em relação a esta resposta (GEP, s.d. b).

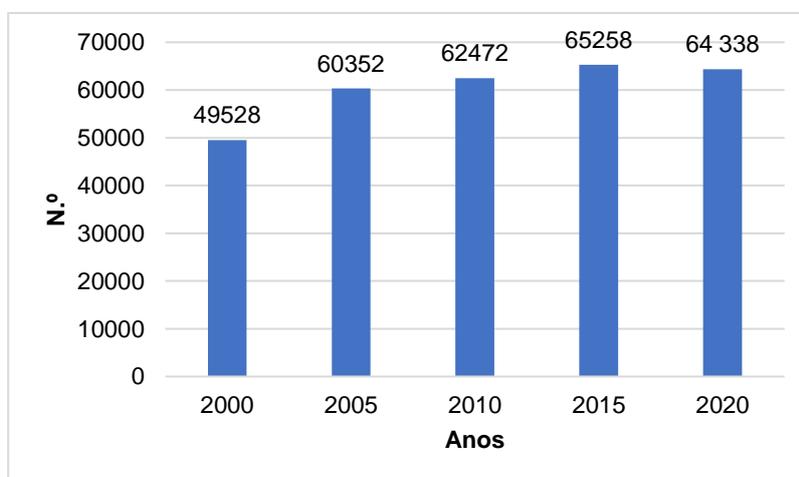


Figura 7 - Evolução da capacidade de CD, Portugal (n.º), 2000-2020
Fonte: GEP (s.d. b).

De acordo com o modelo *AIP*, a tendência de crescimento das respostas sociais que não requerem institucionalização deve ser reforçada, com especial atenção para o investimento em SAD, CD e Centro de Convívio (CC) (Fonseca, 2020; Carvalho, 2005). A taxa de cobertura das respostas sociais à população idosa apresenta uma evolução positiva, mas com desafios ao nível do crescimento da população idosa – atualmente existe capacidade para apoiar 12,5% dos idosos em Portugal em ERPI, CD e SAD (GEP, 2021).

Os idosos frequentam as respostas sociais com idade cada vez mais avançada – 75% dos idosos em CD e SAD e 86% em ERPI tinham mais de 75 anos, em 2020 (GEP, 2021). Mais de 70% dos idosos que usavam SAD e ERPI já usufruíam dos serviços há pelo menos 5 anos e 10% dos idosos em ERPI já frequentavam há 10 ou mais anos.

Quanto à distribuição territorial destas respostas, destaca-se que existe uma cobertura abaixo da média na Área Metropolitana de Lisboa e Porto e no Algarve. O Norte e o Centro são as regiões com maior oferta de respostas sociais, embora, em 2020, o município de Aveiro e Ílhavo tinham uma cobertura abaixo da média (GEP, 2021).

3.3. OS SERVIÇOS EM PORTUGAL

3.3.1. SERVIÇOS DE AÇÃO SOCIAL

O serviço de ação social consiste na proteção de população mais vulnerável e no combate das desigualdades sociais e económicas que esta população enfrenta com o principal objetivo de melhorar as suas condições de vida (Carvalho, 2005). São grupos que não conseguem satisfazer as suas necessidades de forma independente nem com o auxílio da família/cuidadores informais, devido a carências económicas ou decorrente de falta de condições físicas e/ou mentais (Carvalho, 2005).

Para as pessoas idosas, existem vários serviços ao seu dispor que garantem condições de vida digna através da satisfação das atividades básicas do quotidiano (tarefas básicas de autocuidado como alimentação, higiene pessoal) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) dos utentes (mobilidade; alimentação; gerir finanças). Os serviços e respostas sociais para as pessoas idosas têm ainda como objetivo a inclusão e participação do idoso na sua comunidade, estejam estes a viver na sua própria casa ou numa instituição (GEP, 2021).

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que realiza o seu serviço individualizado no domicílio do idoso que não tem capacidade para cuidar das suas necessidades básicas e atividades do quotidiano, seja temporária ou permanentemente (GEP, s.d. a; Bonfim & Veiga, 1996). Tem como fim evitar a institucionalização e melhorar continuamente a vida do idoso e respetiva família. Presta ainda apoio não só físico como psicossocial e auxilia nos cuidados de saúde (Bonfim & Veiga, 1996). Esta resposta social é fundamental para o *Ageing in*

Place digno uma vez que garante que a pessoa idosa consiga permanecer o máximo de tempo possível na sua residência com qualidade de vida (Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro). Trata das necessidades básicas como a prestação de cuidados de higiene, arrumação e limpeza do domicílio, confeção ou distribuição de refeições e também tratamento de roupa do idoso (Bonfim & Veiga, 1996). As atividades do dia-a-dia também podem ser asseguradas pelo SAD, bem como o acompanhamento ao exterior e atividades de lazer, efetuar compras diárias para o idoso e algumas reparações no domicílio (Bonfim & Veiga, 1996).

Deve ainda ter as condições para organizar atividades de animação, de lazer, de cultura, tratamento de finanças e serviço de teleassistência (Portaria n.º 38/2013, artigo 4.º). O SAD deve estar integrado numa rede de serviços organizada pela colaboração entre entidades locais como os serviços de saúde e o município a que pertence (Bonfim & Veiga, 1996). O SAD visa também facilitar o acesso a vários serviços que o idoso tenha necessidade, como aos centros de dia, convívio ou a outros equipamentos com atividades recreativas (Portaria n.º 38/2013, artigo 4.º).

O estudo de De São José (2012), realizado na Área Metropolitana de Lisboa em 2009, realça a importância do SAD ser mais duradouro para que o idoso não se encontre sozinho em casa durante longas horas até que a sua família auxilie, em especial em casos de idosos que precisem de cuidados mais contínuos. Os inquiridos que já usufruem deste serviço domiciliário (8 ou mais horas diárias) revelam que é um serviço imprescindível para os cuidados do idoso e para o bem-estar e equilíbrio da família pois permite aos familiares gerirem outros domínios da sua vida (De São José, 2012). Contudo, outros inquiridos admitem que não é uma opção viável face aos custos económicos que este serviço acarreta nas famílias. Por isso, a articulação e parceria flexível em horas de funcionamento entre cuidado informal e formal deve ser uma medida a adotar nestes casos (De São José, 2012).

O Centro de Dia é uma resposta social que se dedica à prestação de serviços que ajudam o idoso a manter-se no meio social e comunitário através de atividades socioculturais recreativa e ocupacional e do reforço das relações interpessoais e intergeracionais entre os idosos e a população geral, mas também na satisfação de necessidades básicas, com a finalidade de retardar as consequências negativas do processo de envelhecimento (Bonfim & Saraiva, 1996; GEP, s.d. a; LNEC, 2007). O CD oferece serviços como refeições, atividades de convívio, cuidados de higiene e tratamento de roupas, por exemplo (Bonfim & Saraiva, 1996). Contudo, como afirma De São José (2012), os CD não constituem uma opção viável para idosos com níveis de autonomia muito baixos.

Segundo o Guia Técnico para os Centros de Dia (Bonfim & Saraiva, 1996), este pode ser implantado e gerido numa ERPI, num centro comunitário ou num SAD, o que contribui para o aumento da colaboração entre respostas sociais, mas também com IPSS, municípios e outras instituições sem fins lucrativos (Bonfim & Saraiva, 1996; LNEC, 2007).

A capacidade dos CD não deve ser muito alargada de modo a conseguir garantir um serviço individualizado de acordo com as necessidades de cada pessoa. A sua capacidade deve ser calculada de acordo das necessidades dos utentes, dos custos económicos (da criação e manutenção do equipamento, e custo de exploração/funcionamento) e com vista à melhor qualidade possível no serviço prestado (LNEC, 2007). A DGOTDU (2002) indica uma capacidade entre 40 e 50 pessoas idosas. A localização deve ter uma área de influência ao nível da freguesia e deve ter em consideração os índices de envelhecimento e de dependência da população (DGOTDU, 2002). Caso não esteja a uma distância pedonal, os CD devem dispor de um motorista para garantir o transporte (Bonfim & Saraiva, 1996).

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é uma resposta social para alojamento coletivo temporário ou permanente (em quartos) onde são fornecidos serviços de apoio social e cuidados de enfermagem. Destina-se a idosos que se encontram com maiores níveis de dependência incapazes de realizar as necessidades básicas que já não conseguem permanecer no próprio domicílio (Bonfim *et al.*, 1996; GEP, s.d. a). As ERPI acolhem uma pequena parte dos idosos e representam uma opção muito ponderada quando o idoso começa a perder a sua autonomia e transformaram a prestação de cuidados quando surgiram, contudo, apresenta custos muito altos para as famílias e elevada burocracia (Carvalho, 2005; Fonseca, 2020).

O CC é uma resposta social que promove a realização de atividades socio-recreativas e culturais destinadas às pessoas idosas na comunidade, organizadas e desenvolvidas pelas mesmas (GEP, s.d. a). É a resposta mais importante para a participação do idoso na comunidade, pois estimula o bem-estar físico e cognitivo, combate a solidão e permite a socialização e partilha de experiência entre indivíduos. Segundo a DGOTDU (2002) deve ser implantado ao nível da freguesia com uma população base variável à estrutura demográfica do local, mas em especial freguesias com elevados índices de envelhecimento e dependência de idosos, que deve incluir entre 40 e 50 utentes como capacidade do equipamento e serviço.

As várias respostas sociais têm o objetivo de servir os idosos em várias fases do seu processo de envelhecimento. Os SAD permitem ajudar os idosos com alguma dependência, mas falham na duração dos cuidados, pelo que o cuidado de idosos com elevada dependência deve ser complementado com outro tipo de cuidado ou serviço (De São José, 2012). Os CD asseguram o apoio aos idosos na inclusão da comunidade, combate à solidão e em cuidados do quotidiano, mas idosos com necessidades mais complexas não costumam ser incluídos nesta resposta social (De São José, 2012). Muitas vezes a alternativa para estes idosos restringe-se à institucionalização numa ERPI, beneficiando as famílias com maiores recursos económicos (De São José, 2012). Algumas famílias inquiridas no estudo de De São José (2012) admitiram não ter as condições económicas necessárias para institucionalizar os idosos e assumiram recorrer a hospitais ou lares públicos quando o idoso não possui as condições para permanecer em casa. Isto acontece porque o setor social e da proteção social não oferece respostas eficazes para as

famílias e cuidadores informais especialmente com dificuldades económicas, obrigando-as a recorrer a respostas que não são amigas do *Ageing in Place* (De São José, 2012).

Em Portugal, a Ação Social e a gestão destes serviços que são públicos é da competência dos órgãos municipais (DL n.º 55/2020 e Lei n.º 50/2018, artigo 12.º). Compete aos municípios elaborar e publicar a Carta Social Municipal que compõe os serviços e equipamentos sociais e são o órgão que dá o parecer para a criação dos mesmos, parcerias entre entidades e contratos locais para o desenvolvimento da ação social no município.

Os equipamentos sociais devem cumprir requisitos importantes no que toca à inserção urbana e localização. Os equipamentos sociais só se podem localizar em áreas de uso residencial, equipamentos coletivos, administração e serviços ou em usos mistos (LNEC, 2007). A centralidade é a recomendação mais pertinente uma vez que a proximidade a zonas residenciais, comerciais e na área de influência de equipamentos de saúde, sociais, culturais, desportivos e comerciais (existentes ou previstos nos PMOT) potenciam a criação de sinergias e a possibilidade de parcerias entre as entidades responsáveis pelo cuidado do idoso (LNEC, 2007). A proximidade a jardins, parques públicos e espaços verdes constitui-se ainda como uma alternativa aos espaços fechados (LNEC, 2007). A localização dos equipamentos deve ser acompanhada por uma acessibilidade e uma mobilidade que permita a utilização de transportes públicos na sua envolvente, com presença de interfaces de transportes e paragens na proximidade do equipamento. Quando não é possível garantir uma rede de transportes públicos fiável ou quando o equipamento não se encontra em zonas urbanas, a entidade gestora do serviço deve ser responsável pelo transporte (LNEC, 2007). As ruas na envolvente ao equipamento devem ser dotadas de acessos pedonais seguros e confortáveis, com a sinalização adequada, a iluminação pública, o piso adaptado à mobilidade reduzida e mobiliário urbano como, bancos (LNEC, 2007).

3.3.2. SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde são prestados por profissionais de saúde que visam a promoção, cuidado e manutenção da saúde do indivíduo que usufrui do serviço (WHO, 2004).

Os serviços de saúde têm funções distintas à medida que o curso de vida dos indivíduos ocorre. A WHO (2015) indica que em fases da vida saudáveis e estáveis, os serviços de saúde têm o papel de prevenir e detetar doenças crónicas com antecedência. Numa fase mais avançada, quando a capacidade diminui, os serviços de saúde visam reverter e diminuir a velocidade do desenvolvimento da doença e promover o bem-estar (WHO, 2015). Numa fase em que a capacidade do indivíduo sofre fortes declínios, a função dos serviços de saúde passa pela gestão e controlo das doenças em fase avançada, enquanto a rede social do indivíduo deve compensar a falta de autonomia e os cuidados de longo prazo devem garantir um fim de vida

digno e respeitado (WHO, 2015). Deste modo, apesar de não ser um processo linear, à medida que o indivíduo envelhece, maior necessidade terá de recorrer a serviços de saúde, ainda mais quando se junta o fator da multimorbilidade (WHO, 2015). Face ao envelhecimento acentuado da população, é expectável que a procura para estes serviços sofra um aumento notável nos próximos anos (WHO, 2015).

Os sistemas de saúde e os seus serviços não estão preparados para lidar com os problemas crónicos da pessoa idosa (WHO, 2015). As necessidades de saúde e sociais são mais complexas e devem ser mais integradas e duradouras à medida que o processo de envelhecimento se acentua (WHO, 2015). Contudo, esta não é a realidade em muitos sistemas de saúde, incluindo o de Portugal (ACSS, s.d.). A integração de vários tipos de serviços e os cuidados duradouros não se constitui ainda como uma prática comum (WHO, 2015). Implementar mais e melhores equipas dedicadas ao cuidado do idoso, impulsionar o uso das novas tecnologias e combater o idadismo são medidas capazes de melhorar os serviços de saúde para os idosos (WHO, 2015).

Os cuidados de saúde a nível local terão de ser priorizados por via dos cuidados de saúde primários (CSP), serviços domiciliários, com participação da comunidade pois um serviço cada mais próximo do idoso permite avaliar o estado de saúde do mesmo com maior regularidade e eficácia (WHO, 2015). O *Ageing in Place* é uma abordagem que tem o potencial de integrar os serviços de saúde e os de ação social, em particular através do SAD, da teleassistência e de variações destes serviços (WHO, 2015).

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) estabelece que o direito à saúde de todos os cidadãos é assegurado pelo SNS. Este é constituído por três setores de prestação de cuidados/serviço: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados de Saúde Secundários (ou hospitalares) (CSH) e Cuidados de Saúde Terciários (ou continuados integrados) (ACSS, s.d.; ERS, 2011) (Figura 8).

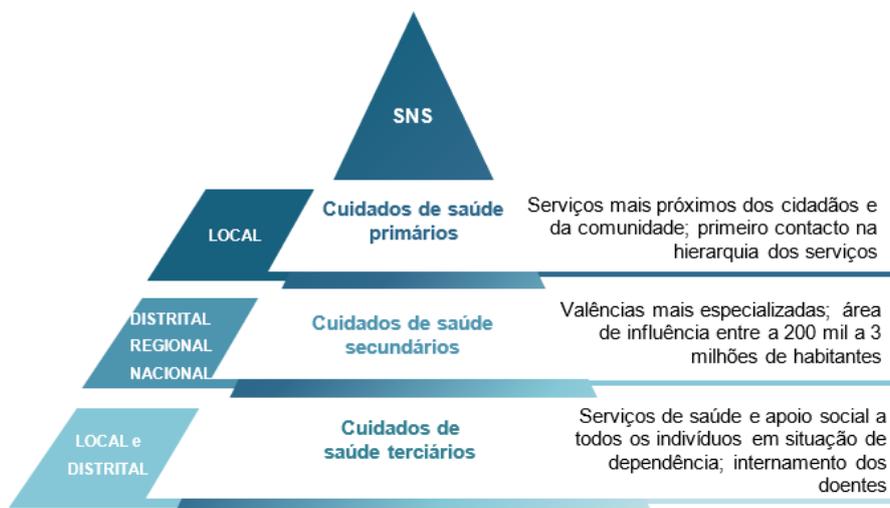


Figura 8 - Hierarquia do SNS.
 Fonte: ACSS (s.d.); ERS (2011); DGOTDU (2002)

Os CSP são responsáveis por prestar um serviço de saúde completo e adaptado às necessidades ao longo da vida de todos os cidadãos, numa determinada comunidade. São os serviços mais próximos dos cidadãos e da comunidade onde se inserem, são o primeiro contacto na hierarquia dos serviços do SNS, são os responsáveis pelo acompanhamento da sua saúde e são os serviços onde se interligam os restantes níveis (ERS, 2011). Os CSP são serviços prestados em equipamentos de saúde ao nível da sede de concelho ou agrupamentos de freguesia, sob a forma de Centros de Saúde (CS) onde incluem o Serviço de Urgência Básica (SUB), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (DL n.º 28/2008, artigo 7.º) (Figura 9). Os CS têm uma população base entre 75 mil a 150 mil habitantes, mas devem ser programados para áreas entre 6 mil a 30 mil habitantes (DGOTDU, 2002). Em áreas densamente populosas, estes são desconcentrados em Extensões de Centro de Saúde para que a área de influência seja mais abrangente e cumpra os critérios de localização e de funcionamento destes equipamentos (Costa & Batista, 2002). Estas extensões têm uma população base mínima de 4 mil habitantes (DGOTDU, 2002). Para o AIP, estes serviços desempenham um papel fundamental no cuidado da saúde do idoso e da sua preservação pois são os que se encontram na primeira linha de cuidado.

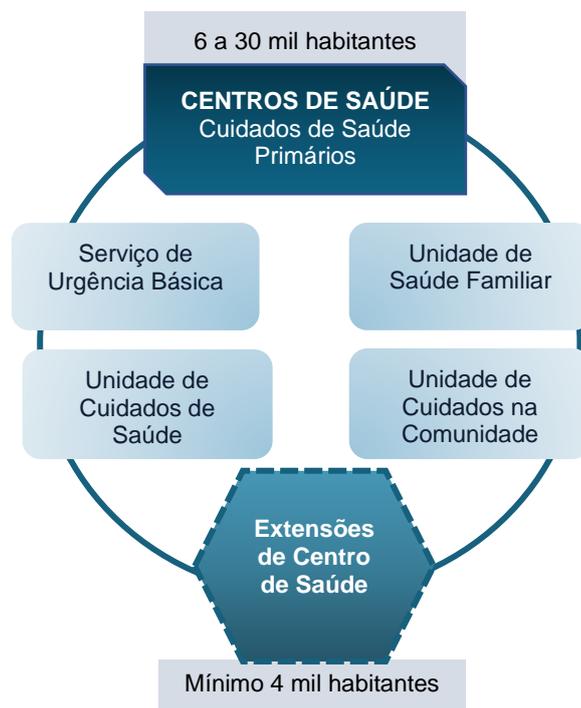


Figura 9 - Cuidados de Saúde Primários.

Fonte: DL 28/2008, de 22 de fevereiro; Costa & Batista (2002); DGOTDU (2002).

Os CSH abrangem uma população maior ao nível dos distritos e regiões. Têm valências mais especializadas, desde as intermédias até às altamente diferenciadas e têm uma área de

influência que serve 200 mil de habitantes (Hospitais distritais) até 3 milhões (Hospitais centrais), exigem meios e recursos mais tecnologicamente desenvolvidos e são usados para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças em fases avançadas, com internamento (DGOTDU, 2002; ERS, 2011). Segundo a DGOTDU (2002) é indicativo que haja duas camas por cada 1000 habitantes e um máximo de 1h de tempo de deslocação para os Hospitais Distritais Gerais.

Os Cuidados de Saúde Terciários (ou continuados integrados) são caracterizados como o conjunto de serviços na saúde e/ou de apoio social a todos os indivíduos em situação de dependência que visa promover a recuperação, a autonomia, a reabilitação e reinserção familiar e social. A rede de cuidados terciários inclui as unidades dos cuidados primários e equipas de profissionais de saúde especializados no tratamento e recuperação da independência do indivíduo (DL n.º 101/2006, artigo 2.º), mas também utilizam os equipamentos e serviços secundários e as IPSS. Estes cuidados responsabilizam-se pelo internamento dos doentes nos vários equipamentos (Unidade de Internamento, Unidades de ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias) (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, artigo 3.º).

No setor da saúde, o nível local tem um papel importante. As autarquias têm várias competências, segundo a Lei n.º 50/2018, artigo 13.º e a Lei n.º 95/2019 – base 8, nomeadamente a construção, o equipamento e a manutenção de novas unidades de CSP assim como a gestão e a conservação destes equipamentos, planeamento da rede de estabelecimentos e participação em programas e em iniciativas que promovam um envelhecimento ativo, por exemplo.

No relatório “Recomendações e Especificações Técnicas para Edifícios Hospitalares” (ACSS, 2018) e “Critérios de Avaliação de Terrenos para Unidades Hospitalares” (Delicado & Paiva, 2003), os edifícios hospitalares devem ter em conta os parâmetros urbanísticos dos PMOT, as condicionantes e as restrições de utilidade pública. Deve estar inserido na malha urbana consolidada ou em áreas próximas dos grandes eixos viários. Ao mesmo tempo, deve ter acessibilidade fácil, pedonal ou viária e que mantenham alguma distância de zonas muito movimentadas para evitar constrangimentos nos acessos e na prestação dos serviços de emergência. É recomendável que a sua envolvente contenha jardins, lugares de estacionamento, zonas pedonais, iluminação, sinalização, mobiliário urbano e paragens de transporte público.

3.3.3. SERVIÇOS DE CARÁCTER CULTURAL E DESPORTIVO

A promoção de atividades e de serviços culturais e recreativos contribui para o estímulo cognitivo e para a participação da população idosa na comunidade, seja através de atividades de tertúlias, partilha de memórias, *workshops*, formações, participação em grupos de canto, poesia, teatro, entre outras (Bárrios & Fernandes, 2014; Fonseca, 2020; WHO, 2007). Por isso, equipamentos como bibliotecas, teatros, auditórios, museus, centros culturais, associações desportivas, culturais e recreativas constituem-se como uma oportunidade para servir a população idosa ao darem lugar às variadas atividades. Neste sentido, é possível ainda incentivar relações entre gerações e promover a coesão social (Bárrios & Fernandes, 2014; WHO, 2007).

O nível local (escala do município e freguesia) permite que os serviços e as atividades se realizem em concordância tendo em conta o contexto sociocultural e as necessidades da população servida. Atividades como “Outros Filmes Outras Épocas - Ciclos de Cinema Sénior” (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, s.d. a) realizada pela CM de Setúbal no âmbito da Rede Portuguesa Municípios Saudáveis permitem estimular a memória, criar experiências novas e combater o isolamento. Outro exemplo de atividade cultural é o Projeto “Municipal de Teatro Sénior (Des)dramatizar” (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, s.d. b) no qual os idosos do concelho têm a oportunidade de desenvolver a sua criatividade, entre outras competências, através do teatro.

Por outro lado, a atividade física e um estilo de vida ativo são fundamentais para um processo de envelhecimento saudável ao nível da saúde física, mental e cognitiva, prevenção da multimorbilidade (múltiplas doenças) associada à idade avançada e diminuição do risco de quedas e de lesões decorrente da mobilidade reduzida (WHO, 2020b). A intensidade e a frequência da atividade física devem ser praticadas de forma gradual e adaptada à capacidade funcional de cada idoso, uma vez que as dificuldades de mobilidade são bastante diversas no seio do grupo dos idosos (Bárrios & Fernandes, 2014; WHO, 2020b). Mesmo que o aumento da prática de atividade física não seja muito acentuado, verificam-se vantagens notórias na manutenção da saúde física e mental dos idosos (Edwards & Tsouros, 2006).

No sentido de incentivar a participação dos idosos na comunidade, a existência de programas de atividade física na comunidade promove ainda a coesão social e auxilia ao combate do isolamento, contribuindo assim para um *Ageing in Place* adequado. Desta forma, os municípios em articulação com as freguesias devem promover e realizar projetos com efeitos diretos no interesse da população e das suas necessidades, segundo a Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro que abrange a temática do desporto, mas também da cultura e da ação social.

Programas de nível municipal como hidroginástica promovidos por muitos dos municípios contribuem simultaneamente para o convívio e melhoria das condições físicas das pessoas

idosas e permite à população usufruir de equipamentos como a piscina municipal. O projeto “Sempre a mexer para não Envelhecer” (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, s.d. c) dinamizado pela CM de Sesimbra em várias localidades do município, permite que a população com mais de 55 anos tenha a oportunidade de praticar danças de salão, yoga e gerontomotricidade, conseguindo assim cobrir as necessidades e preferências da população idosa.

Segundo a DGOTDU (2002), pequenos campos de jogos como campo de ténis e campos polidesportivos têm uma população base mínima de 800 habitantes e uma área de influência entre os 500 m e os 1000 m a pé e 5 minutos em transportes públicos. Devem localizar-se em áreas residenciais e dinâmicas para que seja possível a integração com outros equipamentos. Os pavilhões e salas desportivas têm uma população base mínima de 3000 habitantes e a sua área de influência recomendada é entre 1 a 4km de distância a pé ou entre 15 e 30 minutos de transportes públicos das principais zonas residenciais seguindo os mesmos critérios de localização dos pequenos campos de jogos. As piscinas seguem os mesmos critérios com uma população base em 5000 habitantes e uma cobertura territorial entre 2 a 4 km a pé.

Os equipamentos desportivos referidos são também uma mais-valia para um *AIP* mais significativo, pese embora a grande importância da dinamização das várias atividades por parte das entidades de cariz social (ex. juntas de freguesia, IPSS, associações e coletividades) e, simultaneamente, a importância de se compatibilizar a dinamização destes equipamentos com um sistema de transporte (público ou privado) que facilite a deslocação dos idosos até lá, não devendo as questões de mobilidade e acessibilidade ser um impeditivo às práticas desportivas, culturais e de lazer dos idosos.

4. METODOLOGIA

A metodologia desenvolvida nesta dissertação de mestrado foi composta por seis fases.

A primeira fase prende-se com a construção do Estado da Arte, concretizado através de recolha de informação nos vários repositórios e revistas científicas (métodos indiretos), ao qual permite responder ao OE i). Corresponde aos capítulos “2. O Planeamento no contexto do envelhecimento e “3. Notas sobre o envelhecimento em Portugal”. Destas leituras e do enquadramento do projeto Grampcity resulta a metodologia agora utilizada (capítulo 4).

As fases seguintes respeitam à abordagem empírica da dissertação com base no estudo realizado no projeto Grampcity. Este projeto caracteriza-se pelo estudo do envelhecimento, da mobilidade das pessoas idosas, das suas necessidades e dificuldades do quotidiano, mas também estuda o ambiente urbano. Tendo-se considerado como base a cidade que lidera os territórios e os territórios envolventes, que em alguns casos integram outras cidades parte dos sub-sistemas urbanos de organização policêntrica, foram selecionadas quatro cidades e respetivas áreas envolventes para estudo: Lisboa, Coimbra, Faro e Aveiro, esta última selecionada para estudo aprofundado nesta dissertação (Figura 10). Estas áreas foram selecionadas a partir dos níveis de envelhecimento demográfico, da densidade populacional, da densidade do edificado em diferentes contextos territoriais

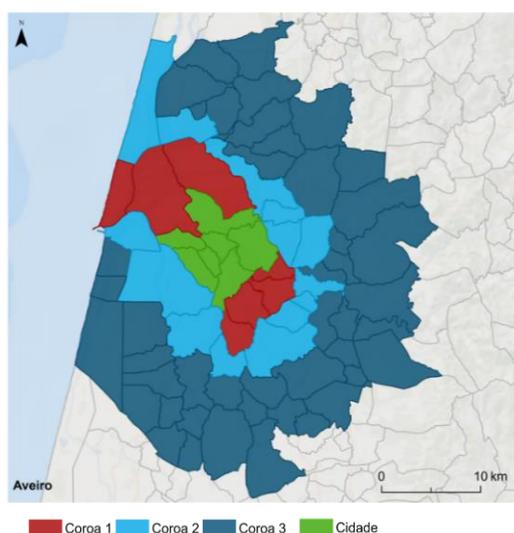


Figura 10 - Área de influência de Aveiro (delimitação considerada no Projeto Grampcity).

Fonte: Marques da Costa & Barata (2022)

A área de estudo de Aveiro foi escolhida pela sua organização territorial; por um lado é uma cidade com elevada incidência em território descontínuo (12%) (Quadro 1), semelhante à AML Sul (14%), em comparação com a área de influência de Faro (3%) e Coimbra (6%) (Marques da Costa & Barata, 2022). Aveiro, sendo uma das principais cidades médias de Portugal, revela

um tipo de ocupação dispersa em todo o seu território (Quadro 1) (Marques da Costa & Barata, 2022). Por outro lado, Aveiro integra o sub-sistema regional de cariz policêntrico onde se desenvolvem relações entre os vários centros urbanos existentes na sua envolvente.

Como forma de distinguir as realidades na área de estudo, distinguiu-se a cidade de Aveiro, considerando as freguesias incluídas no seu perímetro urbano delimitado de acordo com o Atlas das Cidades Portuguesas; e áreas subsequentes: a coroa 1 define-se como as restantes freguesias do município de Aveiro que não se encontram no perímetro urbano; a coroa 2 representa as freguesias até 10 km de distância do centro da cidade (inclui freguesias pertencentes aos municípios de Ílhavo, Albergaria-A-Velha, Murtosa, Oliveira do Bairro, Vagos e Águeda); a coroa 3 engloba freguesias de 10 km até 20 km do centro da cidade (inclui freguesias dos municípios referidos na coroa 2 mas também Anadia, Cantanhede e Estarreja) (Costa *et al.*, 2020; Marques da Costa & Barata, 2022).

Quadro 1 - Indicadores demográficos da área de influência de Aveiro

<i>Cidades/ Coroas</i>	Densidade Populacional (hab./km ²)	Índice de Envelhecimento (%)	Densidade de Alojamentos Familiars (Aloj. Familiars/km ²)	Tecido Urbano contínuo (%)	Tecido urbano descontínuo (%)
<i>Ano</i>	2021	2021	2021	2018	
<i>Cidade de Aveiro</i>	691,12	153,54	337,43	7	12
<i>Coroa 1</i>	250,41	176,89	143,23	1	4
<i>Coroa 2</i>	272,57	174,68	154,43	2	8
<i>Coroa 3</i>	196,38	194,84	103,42	1	7

Fonte: Marques da Costa & Barata (2022); INE (2021); COS (2018)

Do total da área de estudo, foram escolhidas cinco freguesias que representam a cidade de Aveiro e cada uma das coroas envolventes, para a realização dos inquéritos à população idosa: as freguesias da Glória (União de Freguesias da Glória e Vera Cruz¹) e Santa Joana correspondem à cidade do município de Aveiro; a freguesia de Vera Cruz (UF Glória e Vera Cruz¹) representa a coroa 1; as freguesias da Gafanha da Nazaré e de São Salvador – município de Ílhavo – situam-se na coroa 2; e a UF de Águeda e Borralha¹ – município de Águeda – representa a coroa 3 (Figura 11). A seleção das freguesias foi realizada no âmbito dos trabalhos realizados no Projeto *Grampcity* e decorre de uma análise fatorial de indicadores que caracteriza o envelhecimento.

É de salientar que a área de influência de Aveiro insere-se num sistema policêntrico pelo que existem vários centros urbanos ao longo das 3 coroas de distância, não dependendo assim o território de estudo inteiramente de Aveiro pois possuem alguma autonomia na sua organização

¹ Devido à União de Freguesias (UF) em 2011, a análise em alguns indicadores não está analisada por coroas devido à falta de dados atuais das freguesias em separado

e distribuição dos serviços. Todas as freguesias em estudo contêm cidades nos seus respetivos limites, com exceção da freguesia de Santa Joana, pois tem características de território periurbano, situando-se na transição entre o centro de Aveiro e o território rural fruto do processo de crescimento da cidade de Aveiro.

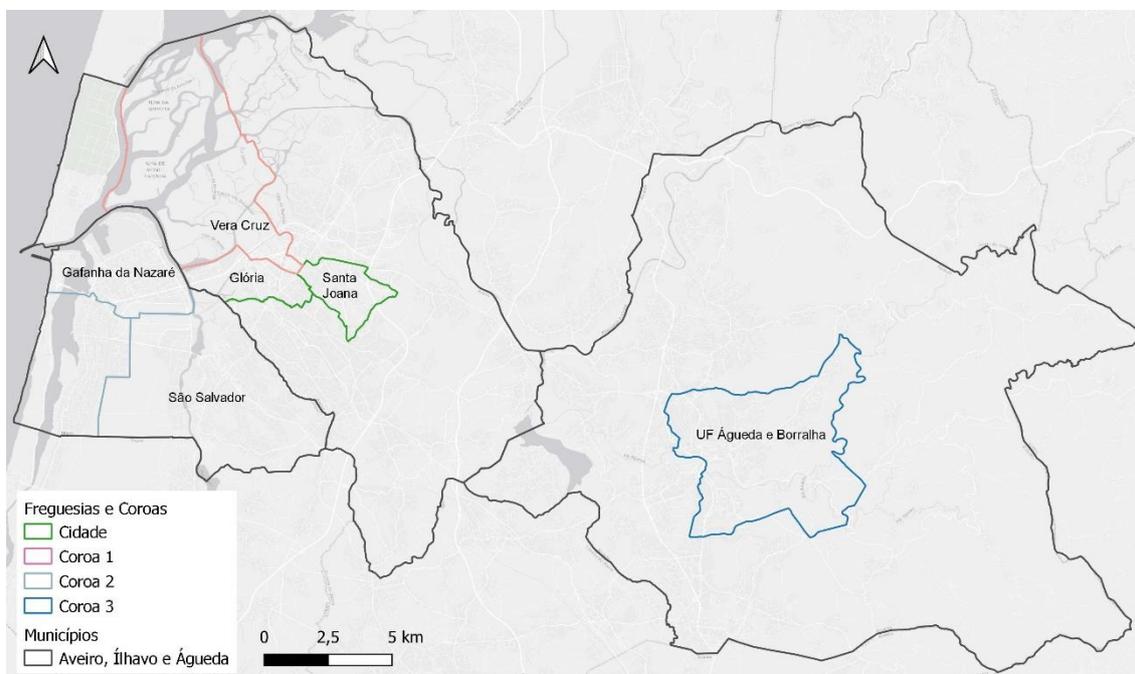


Figura 11 - Freguesias em estudo e respetivas coroas

A segunda fase refere-se à caracterização demográfica, socioeconómica e territorial das freguesias (capítulo 5.1. Enquadramento demográfico e socioeconómico e 5.2. Sistema de povoamento). Foram analisados indicadores estatísticos como: evolução da população total, estrutura etária e sua variação, composição etária da população idosa, nível de escolaridade da população geral e idosa, densidade populacional, densidade populacional de idosos, índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos. Foram usadas fontes estatísticas como o INE e a BGRl com dados provisórios dos Censos 2021.

A caracterização territorial do sistema de povoamento realizou-se através da análise do uso e ocupação do solo, a partir da Carta de Ocupação e Uso do Solo de 2018 da Direção Geral do Território, de forma a caracterizar o tecido urbano das freguesias em estudo. A análise dividiu-se em duas partes:

- Os grandes grupos de uso do solo foram agrupados em i) Territórios artificializados, ii) Agricultura, iii) Superfícies agroflorestais (inclui também as pastagens), iv) Florestas (inclui matos e espaços naturais descobertos); v) Zonas húmidas e v) Massas de água superficiais. Esta aglomeração permite identificar as áreas urbanizadas das freguesias e as que se constituem como não habitáveis, respondendo ao OG ii).

- A classificação de Território Artificializado, dividida em i) *Tecido edificado contínuo* que agrupa o Tecido edificado contínuo predominantemente vertical e horizontal; ii) *Tecido edificado descontínuo*, que agrupa o Tecido edificado descontínuo e descontínuo esparso (esta divisão permite caracterizar se o território se encontra fragmentado e com tendência a baixa densidade); iii) *Outros*, que engloba áreas de estacionamento e logradouros, indústria, comércio, instalações agrícolas, outros equipamentos e instalações turísticas, Infraestruturas de tratamento de resíduos e águas residuais e Infraestruturas de produção de energia não renovável; Rede ferroviária e espaços associados, Terminais portuários de mar e de rio, Estaleiros navais e docas secas, Marinas e docas pesca, Pedreiras, Áreas em construção, Espaços vazios sem construção, Cemitérios, Instalações desportivas, Parques de campismo, Equipamentos de lazer, Equipamentos culturais – esta aglomeração compõe os usos do solo com menos relevância para a prestação de serviços. O território artificializado foi também dividido em iv) *Rede viária e espaços associados* e v) *Parques e jardins*, para compreender os principais acessos e os espaços verdes principais com influência no quotidiano, e contribui para responder à QP e ao OG ii).

A terceira fase constitui a análise da oferta dos serviços sociais (capítulo 5.3.). Considerou-se que os serviços sociais – serviços de ação social, saúde, cultural, desportiva – correspondem aos serviços com maior influência no bem-estar do idoso, na participação na comunidade e que o permitem envelhecer no lugar de forma ativa e saudável. Os serviços de ação social foram recolhidos através do levantamento dos equipamentos de ação social SAD, CD, ERPI e CC e respetiva capacidade atual e máxima. Foram calculados indicadores como: cobertura populacional atual das respostas sociais (%), potencial máximo de cobertura populacional das respostas sociais (%) e capacidade da SAD, CD, CC e ERPI por mil habitantes com mais de 65 anos. Informações como transporte, custo e serviços disponíveis foram obtidos através da pesquisa no *website* e pelo contacto direto a cada instituição, que forneceram a informação requerida.

Os serviços de saúde analisados repartiram-se entre serviços de saúde pública e privada. Para a prestação pública procedeu-se ao levantamento dos equipamentos de saúde dos CSP e CSH e cálculo de indicadores associados como médicos e enfermeiros por cada 1000 idosos. Para a saúde privada, os serviços foram divididos entre clínicas, farmácias, laboratórios e hospitais privados e levantamento dos seus serviços e especialidades médicas disponíveis.

A oferta dos serviços de cultura e desporto foi feita através do contacto com as associações e equipamentos culturais/desportivos das respetivas freguesias com o intuito de identificar atividades e serviços acessíveis e disponíveis aos idosos (em especial as que fossem desenhadas exclusivamente para este grupo etário). Estes serviços foram categorizados em Associação cultural, Biblioteca Municipal, Universidade Sénior, Museu, Teatro, Equipamento cultural e Junta de Freguesia. Os serviços de desporto foram agrupados em sete categorias:

associação desportiva, campo, pavilhão desportivo, piscina municipal, parque, parque geriátrico e equipamento desportivo que tinham serviços e atividades em que os idosos participavam. O levantamento destas informações com as entidades e instituições e análise dos indicadores permite responder aos OE ii) e iii) (Quadro 3).

O passo seguinte caracterizou-se pelo tratamento dos dados em Sistema de Informação Geográfica através da georreferenciação dos equipamentos no *ArcGis Pro* e à análise de redes e acessibilidade a pé. Este passo foi realizado no programa *QGIS* ao utilizar uma *Service Area Analysis* que utiliza dados do *OpenStreetMap*. As distâncias calculadas correspondem a 250 m, 500 m e 750 m de distância a cada um dos serviços, sendo possível verificar a área de influência a pé e determinar as áreas melhor servidas na perspetiva da população idosa. As distâncias escolhidas foram determinadas por uma velocidade de marcha adaptada para a pessoa idosa (Quadro 2) (Alves *et al.*, 2020; Costa *et al.*, 2020). Esta terceira fase permite responder à QP, ao OG i) e ao OE ii) (Quadro 3).

Quadro 2 - Distância, velocidade e tempo para cálculo da acessibilidade

Velocidade (km/h)		Tempo (min)	
		2,16 km/h	3,6 km/h
Distância (m)	250 m	6,9 min	4,1 min
	500 m	13,8 min	8,3 min
	750 m	21 min	12 min

Fonte: Alves *et al.* (2020); Costa *et al.*, (2020)

A quarta fase caracteriza-se pela análise dos padrões de procura dos serviços em estudo e concretiza-se a partir dos inquéritos realizados no âmbito do projeto Grampcity (Anexo T e Anexo U) para compreender o padrão de comportamento e uso dos serviços e equipamentos no quotidiano dos idosos antes e depois do primeiro confinamento pela Pandemia Covid-19, realizado em outubro de 2020 (capítulo 5.4.), previamente à realização desta dissertação. Algumas das questões mais importantes do inquérito para este estudo referem-se às condições económicas dos idosos, avaliação da qualidade dos transportes públicos, e, conseqüentemente, acesso aos equipamentos em estudo, fazendo ligação à QP, ao OG ii) e OE iv); o inquérito determina ainda a regularidade de idas aos serviços de saúde e o alcance dos serviços sociais, recreativos e desportivos antes e depois do confinamento, ligando-se ao OG i) e ii) e OE ii e iv).

A fase cinco diz respeito à elaboração de um diagnóstico atual e futuro da problemática como suporte à definição de possíveis orientações futuras. Esta fase inclui a elaboração de uma projeção demográfica a curto e a longo prazo de forma a compreender a evolução da população das cinco freguesias e o confronto desta tendência com a capacidade atual dos serviços, discutindo a necessidade da sua adaptação (aumento ou diminuição da capacidade de resposta).

Posteriormente, elaborou-se uma análise SWOT, conjugando as várias informações recolhidas (oferta e procura dos serviços, projeções demográficas e capacidades, orientações de política de vários níveis) e desenhou-se um conjunto de propostas para um melhor *Ageing in Place* em cada freguesia. Esta fase responde ao objetivo específico v) devido ao seu contributo na criação de novas propostas para os desafios do futuro (Quadro 3).

Quadro 3 - Concretização da questão de partida e objetivos por fases da metodologia

Fases da Metodologia	Concretização da QP e objetivos
1. Estado da Arte	OE i)
2. Caracterização demográfica, socioeconómica e territorial	QP e OG ii)
3. Oferta	QP, OG i), OE ii) e iii)
4. Procura	QP, OG i) e ii), OE ii) e iv)
5. Projeção demográfica e SWOT	OE v)

Fonte: elaboração própria

5. CASO DE ESTUDO - AGEING IN PLACE EM AVEIRO

5.1. ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÓMICO

No contexto da área de estudo (capítulo 4.) as dinâmicas populacionais sofreram alterações muito distintas entre as freguesias analisadas. Santa Joana e Gafanha da Nazaré registaram aumentos populacionais significativos entre 2001 e 2011, de 9 e 8,7%, respetivamente (Figura 12). Neste intervalo de tempo, a UF Glória e Vera Cruz e UF Águeda e Borralha mantiveram-se estagnadas e São Salvador perdeu 1,7% da população.

Entre 2011 e 2021, a única freguesia que registou um aumento mais significativo foi a UF Glória e Vera Cruz, 13,2%, e em 2021 contabiliza 21 236 habitantes, enquanto a Gafanha da Nazaré, São Salvador e a UF Águeda e Borralha apresentaram crescimentos entre 1 e 2% (Figura 12). Por outro lado, Santa Joana, que registou um grande aumento na década de 2000, na década seguinte sofreu uma diminuição de 0,8% da sua população total, e atualmente detém 8 026 habitantes (Figura 12). Apenas a UF Glória e Vera Cruz apresenta uma tendência para ver a sua população aumentar, ao contrário das restantes onde a tendência é de estagnação.

Estes valores revelam-se pertinentes aquando da análise do crescimento por município. Águeda registou uma diminuição da sua população em todos os períodos de análise, representando um decréscimo de população em 6,3%, o que ajuda a explicar a estagnação da UF Águeda e Borralha nos últimos 20 anos. Ílhavo mostra um crescimento populacional pouco notável, na ordem dos 5% em 20 anos e Aveiro é o município que apresenta maior tendência de crescimento percentual, apesar de ter crescido apenas 3% nos últimos 10 anos.

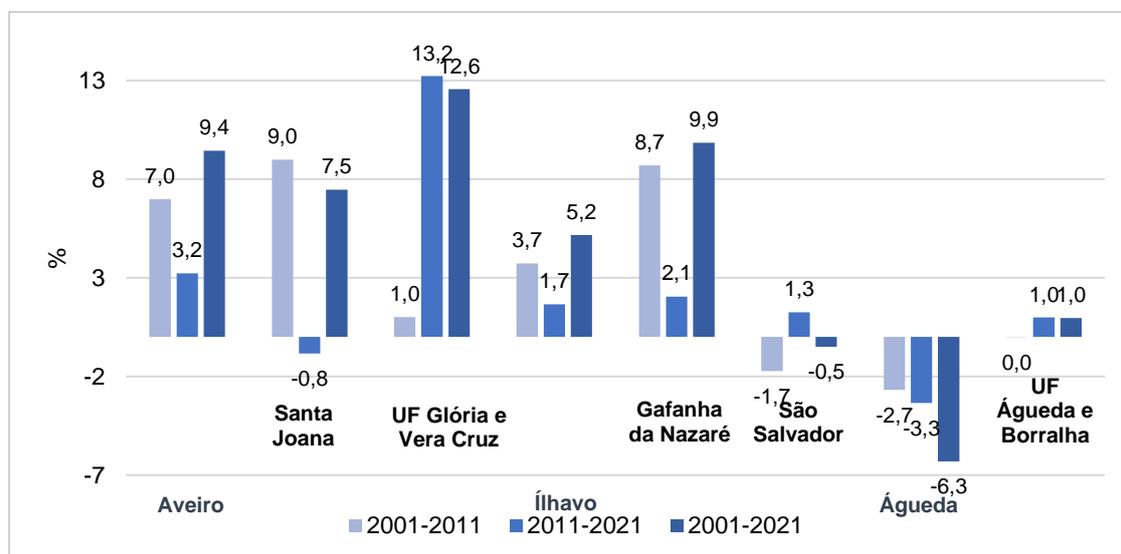


Figura 12 - Evolução da população total dos município e respetivas freguesias em estudo, 2001-2021 (%).
Fonte: INE (2021, 2011, 2001)

Nos últimos 20 anos, a população jovem dos municípios de Aveiro, Águeda e Ílhavo apresentam algumas semelhanças - atualmente variam entre 12 e 13,4% e registam valores em conformidade com a percentagem da população jovem de Portugal em 2021 (12,9%) (Anexo A). Os 3 municípios registaram uma diminuição desta faixa etária nos últimos 20 anos entre 3,3 e 3,9%, onde Ílhavo teve uma maior descida (3,9%) (Anexo B). Contudo, em comparação à NUT II Centro, a percentagem de jovens nos municípios é ligeiramente maior, uma vez que a média no Centro é 11,8%. A faixa etária entre 15-64 anos também registou declínios - em Aveiro 3,3%, Ílhavo 4,4% e Águeda com a maior diminuição, 6,4%. Atualmente Aveiro regista 66%, Águeda 62,2% e Ílhavo 65% de população ativa (Anexo B).

A população acima dos 65 anos foi a que maior aumento registou. Aveiro foi o município com o aumento mais reduzido (6,6%), que passou de 14,4% em 2001 para 21% em 2021, existindo atualmente 17 011 idosos (Anexo A e Anexo B). Ílhavo compreendida 17,4% de idosos em 2001 e atualmente regista 21,5%, um aumento de 8,3% em 20 anos, atualmente com 8447 idosos. Águeda é o município com o maior aumento (10,3%): de 15,9% para 25,7% em 20 anos e regista 11 863 idosos em 2021 (Anexo A e Anexo B). Estes resultados demonstram que os municípios pertencentes às coroas urbanas mais distantes ao centro de Aveiro são mais envelhecidos (Águeda) e o município de Aveiro o menos envelhecido, apesar dos valores não apresentarem grandes diferenças, o que prova que o envelhecimento é uma realidade presente em todas as coroas na área de influência de Aveiro.

Todas as freguesias registaram diminuições percentuais na população jovem e ativa e aumentos na população idosa. Santa Joana está em sintonia com a estrutura etária jovem do município de Aveiro (ambos com 13%), 23% da sua população é idosa (Figura 13) (1 843 idosos - Quadro 4), caracterizando-a como a terceira freguesia mais envelhecida, e a que registou um maior aumento na população idosa nos últimos 20 anos (10,4%, mais 911 idosos - Figura 14 e Quadro 4), o que prova que o problema do envelhecimento está bem presente na cidade de Aveiro. Santa Joana foi ainda a freguesia que mais perdeu população ativa e jovem entre 2001 e 2021, 6,8% e 3,6%, respetivamente (Figura 14). Nos últimos 10 anos registou um aumento de 6,3% idosos (+496).

Glória e Vera Cruz é a freguesia que mais se assemelha aos valores do município em todas as faixas etárias, e acompanha o município de Aveiro como sendo das freguesias menos envelhecidas (21,2%, segunda menos envelhecida - Figura 13). Esta foi a que menos ganhou população idosa em termos relativos, aumentou apenas 5% em 20 anos (+1491 idosos, atualmente conta com 4500 - Quadro 4). Isto deve-se ao crescimento que esta freguesia tem registado nos últimos 10 anos (+2480 habitantes) e a razão por ter sido a que menos perdeu população jovem e ativa.

A freguesia da Gafanha da Nazaré é a freguesia em estudo que atualmente apresenta menor percentagem de população idosa (19,5%, 3026 idosos - Figura 13 e Quadro 4). Foi a 2ª

a perder menos população ativa e, juntamente com UF Glória e Vera Cruz, são as duas freguesias com maior percentagem de população ativa (66,8%) (Figura 13 e Figura 14). Gafanha da Nazaré encontra-se acima da média do município nesta faixa etária. Pode dever-se ao aumento populacional significativo que registou entre 2001 e 2011 (8,7% - Figura 12). Contudo, apresenta um aumento de 8,1% de população idosa entre 2001 e 2021 (Figura 14) (mais 1436 idosos). Juntamente com UF Glória e Vera Cruz, foi a 2ª freguesia em estudo com crescimento em população idosa mais baixo. A semelhança destas duas freguesias dá-se possivelmente pelo crescimento populacional que se verificou nos últimos 20 anos, o que permite uma estrutura etária menos envelhecida.

A freguesia de São Salvador foi a terceira freguesia em estudo que apresentou maior aumento na população idosa em termos percentuais em 20 anos (8,3%, +1371) (Figura 14). Esta freguesia é a mais envelhecida, com um total de 23,9% da sua população com mais de 65 anos, com 3987 idosos (Figura 13 e Quadro 4). Além disso, São Salvador foi uma das freguesias que mais estagnou em população total, concluindo que está a sofrer um processo de duplo envelhecimento. As duas freguesias de Ílhavo apresentam diferenças claras apesar de pertencerem à coroa 2. Gafanha apresenta valores na estrutura etária de população menos envelhecida, enquanto São Salvador apresenta uma estrutura e evolução para uma população mais envelhecida, uma vez que foi a segunda freguesia em estudo com maior diminuição da população ativa (-5,3%) em 20 anos (Figura 14).

UF Águeda e Borralha foi a segunda freguesia que mais registou um aumento percentual na população idosa em 20 anos (8,6%, mais 1 196 idosos) (Figura 14). Em 2021, esta freguesia conta com 3 190 idosos (Quadro 4), representa 23,3% da sua população total e caracteriza esta freguesia como a segunda freguesia mais envelhecida (Figura 13). A seguir a Santa Joana, esta foi a freguesia que mais perdeu população ativa em valores relativos entre 2001 e 2021 (-5,4%, -649 habitantes) (Figura 14). Como em São Salvador, UF Águeda e Borralha foi das freguesias que mais estagnou em termos populacionais, colocando-a numa posição semelhante a São Salvador. As semelhanças entre as freguesias em estudo mais distantes entre si – Santa Joana, UF Águeda e Borralha e São Salvador – indicam que tanto a freguesia periurbana na fronteira do centro de Aveiro como nos territórios mais periféricos ao centro de influência concentram muita população idosa, revelando que o fenómeno do envelhecimento demográfico apresenta tendência para se intensificar.

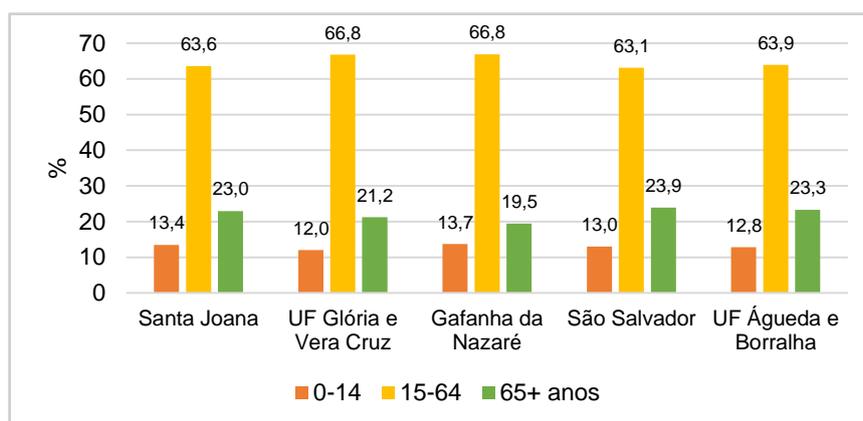


Figura 13 - Estrutura etária nas freguesias em estudo, 2021 (%).

Fonte: INE (2021)

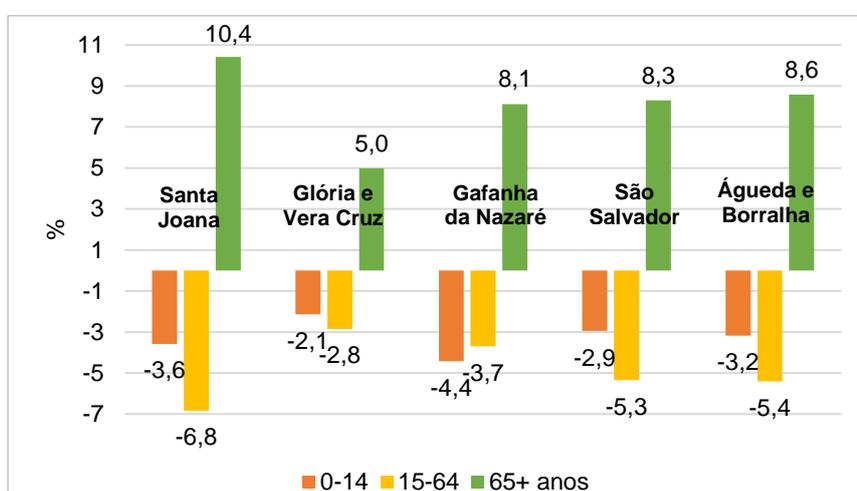


Figura 14 - Variação da estrutura etária nas freguesias em estudo, 2001 - 2021 (%).

Fonte: INE (2021, 2001)

Quadro 4 - População com mais de 65 anos entre 2001 e 2021 (N.º)

Freguesias	2001	2011	2021
Santa Joana	932	1347	1843
Gloria e Vera Cruz	3009	3662	4500
Gafanha da Nazaré	1590	2237	3026
São Salvador	2616	3135	3987
Águeda e Borralha	1994	2510	3190

Fonte: INE 2001, 2011 2021

Quanto à composição etária da população idosa em 2011 (Figura 15) é possível observar que a faixa etária entre os 65 e 74 anos é a predominante em todas as freguesias. A população com mais de 85 anos apresentava valores na volta dos 11%. Contudo, ao observar que a faixa etária dos 75-84 anos correspondia a 35% em 2011, é possível admitir que em 2021 a população

com mais de 85 sofreu um grande aumento em relação a 2011, e que traz consigo grandes desafios para o planeamento dos serviços.

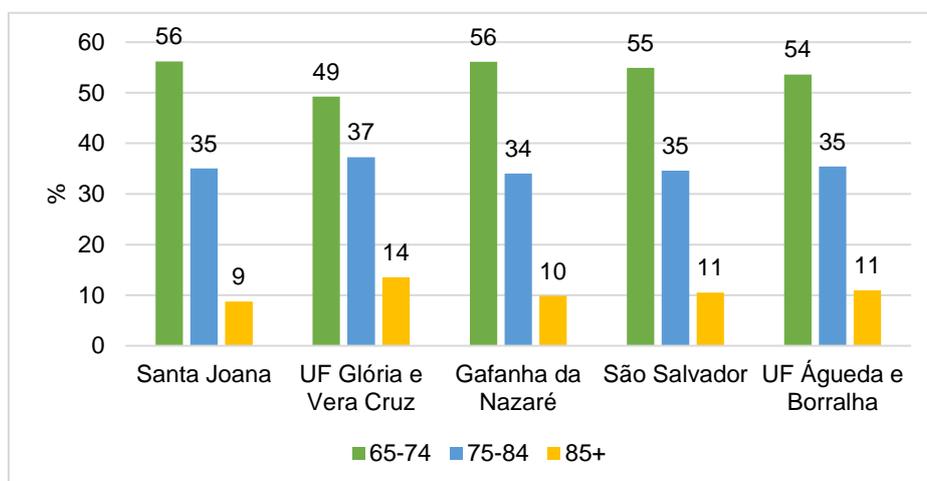


Figura 15 - Composição etária da população idosa nas freguesias em estudo (%), 2011
Fonte: INE (2011)

Quanto ao nível de escolaridade da população com mais de 55 anos em 2011 (Figura 16), é possível observar que o 1º ciclo é o nível de escolaridade predominante nesta faixa etária, que varia entre os 36% e os 66% nas freguesias em estudo. A UF Glória e Vera Cruz destaca-se novamente uma vez que se constitui como a freguesia com menor percentagem de população com 1º ciclo (36%) e 25% com ensino superior. É ainda a freguesia com menor percentagem de analfabetismo (apenas 4% dos idosos). Por outro lado, Santa Joana é a freguesia com níveis de escolaridade mais baixos - 10% dos idosos não tem nível de escolaridade, 77% tem o Ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclo) e apenas 7% tem o ensino superior. Esta freguesia destaca-se pela baixa escolaridade dos idosos que retrata uma população idosa com maiores dificuldades económicas. A UF Águeda e Borralha apresenta 78% da população idosa com o Ensino Básico e assemelha-se bastante à estrutura sociodemográfica de Santa Joana, comprovando novamente que apesar de se encontrarem em coroa urbana opostas, ambas apresentam problemas semelhantes em termos sociodemográficos. Gafanha e São Salvador têm níveis de escolaridade semelhantes – o segundo destaca-se por ter uma percentagem ligeiramente superior de população com ensino superior (10% contra os 6% de Gafanha) e com menor analfabetismo do que Gafanha da Nazaré. Deste modo, a UF Glória e Vera Cruz reflete numa estrutura socioeconómica com maiores capacidades económicas, capacidade para absorver a informação e aceder aos serviços, ao contrário das restantes freguesias, onde o grau de escolaridade é muito inferior.

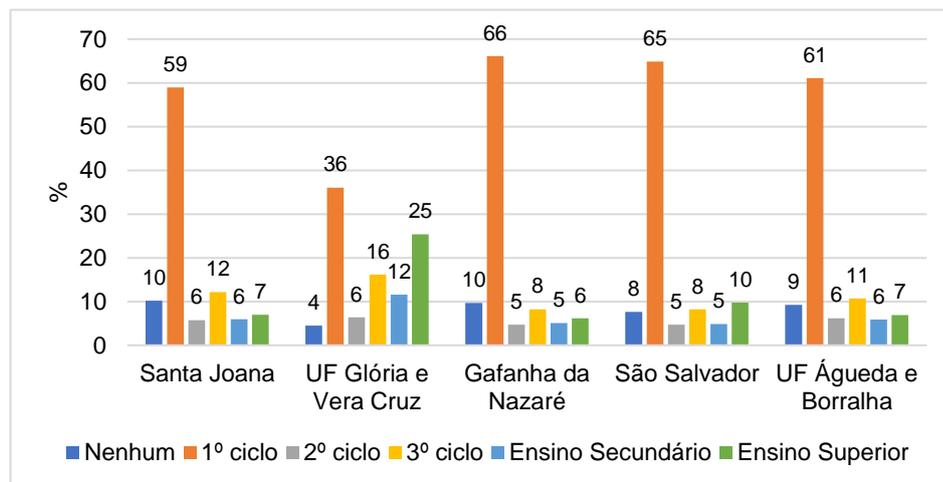


Figura 16 - Nível de escolaridade da população com mais de 55 anos (%), 2011

Fonte: INE (2011)

Quanto à densidade populacional (Quadro 5), Santa Joana é a freguesia de estudo com maior densidade populacional total (1372 hab/km²) e idosa (315 idosos/km²). Já UF Glória e Vera Cruz apresenta valores significativamente mais reduzidos do que Santa Joana, 469 habitantes e 99 idosos por km². Isto deve-se aos limites da freguesia abrangerem a Ria de Aveiro e uma grande parte da freguesia não ser habitada. Gafanha da Nazaré é a segunda freguesia com maior densidade de idosos (184/km²) e populacional (946 hab/km²). São Salvador apresenta uma densidade total mais baixa do que a cidade e a coroa 1 uma vez que apresenta uma densidade de 428 hab/km², mas aproxima-se da densidade de idosos 102 idosos/km². A UF Águeda e Borralha é a freguesia com menor densidade total e de idosos.

Entre as freguesias em estudo existe um padrão, uma vez que as freguesias na cidade e coroa 1 têm densidades mais elevadas e, à medida que se move para a coroa 3, as densidades vão diminuindo, exceto na Gafanha da Nazaré onde a densidade de idosos supera a UF Glória e Vera Cruz. Deste modo, é possível verificar que a mudança de densidade não é 100% regular à medida que se afasta da cidade.

Quadro 5 - Densidade populacional e de idosos nas freguesias em estudo

Município	Coroa	Freguesia	Densidade Populacional (População total/km ²)	Densidade de idosos (população idosa/km ²)
Aveiro	Cidade	Santa Joana	1372	315
Aveiro	Cidade e 1	Glória e Vera Cruz	469	99
Ílhavo	2	Gafanha da Nazaré	946	184
Ílhavo	2	São Salvador	428	102
Águeda	3	Águeda e Borralha	381	89

Fonte: INE (2021, 2020)

O índice de envelhecimento apresenta o valor mais elevado na freguesia de São Salvador (184) e em UF Águeda e Borralha (182). A UF Glória e Vera Cruz, apesar de ter uma estrutura etária ligeiramente menos envelhecida e ser a freguesia com menos percentagem de jovens, apresenta um índice de envelhecimento de 177 idosos por cada 100 jovens (Figura 17). No índice de dependência de idosos e total, São Salvador destaca-se mais uma vez por ter os valores mais elevados, consequência da menor percentagem de população ativa e maior percentagem de população idosa em relação às restantes freguesias. A UF Glória e Vera Cruz e a Gafanha da Nazaré caracterizam-se pelo índice de dependência de idosos e total mais baixo uma vez que são as freguesias com o percentual 15-64 anos mais alto e percentual +65 mais baixo, permitindo assim um valor mais baixo nestes dois indicadores demográficos (Figura 17).

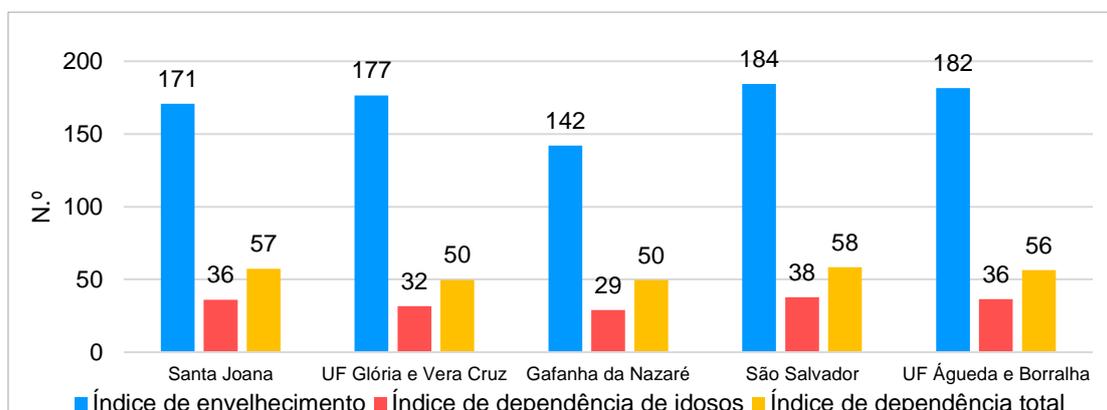


Figura 17 - Índice de envelhecimento, dependência de idosos e total nas freguesias em estudo (n.º), 2021.

Fonte: INE (2021, 2020)

A estrutura sociodemográfica das freguesias em estudo revela que existe uma elevada percentagem de população idosa em comparação à população jovem, e que a tendência dos últimos 20 anos tem sido para aumentar essa diferença em todas as freguesias. A predominância do 1º ciclo de escolaridade é predominante em toda a área de estudo e os elevados indicadores de envelhecimento revelam uma estrutura etária envelhecida. Por outro lado, a UF Glória e Vera Cruz destaca-se por uma população idosa com uma escolaridade muito superior às restantes freguesias.

5.2. SISTEMA DE POVOAMENTO

As freguesias em estudo revelam-se muito distintas quanto ao sistema de povoamento, influenciado pela sua localização e área. O território artificializado corresponde a uma média de 28% nas cinco freguesias, com o maior peso na freguesia da Gafanha da Nazaré (50,6%) e o menor peso na UF Glória e Vera Cruz (10%), valores que se notam a nível geográfico (Quadro 6). É possível verificar que à medida que se afasta da cidade, a predominância da classe das Florestas é notável, passando de 1% na UF Glória e Vera Cruz, 15% em Santa Joana até assumir um valor de 61% na UF Águeda e Borralha. Contudo, esta freguesia apresenta um valor mais elevado no território artificializado em comparação com a UF Glória e Vera Cruz (21% contra os 10%). Em Águeda e Borralha, 17% corresponde ao uso agrícola, que se distribui de forma adjacente aos territórios artificializados por toda a extensão da freguesia (Quadro 6 e Figura 18).

A classe das florestas apresenta ainda um valor considerável em São Salvador (45%), concentrada maioritariamente do Oeste da freguesia. Do lado Este encontra-se a zona mais urbana de Ílhavo (16%) e a Sudeste concentra a maior parte do uso agrícola (34%) (Figura 18).

A Ria de Aveiro ocupa sensivelmente 32% da área de estudo total, onde na Glória e Vera Cruz tem uma influência de 85% do seu território, o que faz com que os outros usos do solo sejam muito residuais, e o território artificializado seja o segundo mais presente na freguesia (centro de Aveiro – 10,6%) (Quadro 6). Gafanha da Nazaré (coroa 2) é a freguesia mais artificializada (50%), com a segunda maior influência da Ria de Aveiro (20%) e apresenta valores homogêneos nas restantes classes. A agricultura apresenta pesos semelhantes na cidade e na coroa 2 e 3 - São Salvador (32%), Gafanha (13%) e Águeda e Borralha (17%). Em Santa Joana (cidade) representa 43% do território, o uso predominante à frente do território artificializado (41%).

Quadro 6 - Distribuição dos principais usos do solo da COS (%), nível 1 (2018)

Freg	Área total (km ²)	Território artificializado	Agricultura	Superfícies agroflorestais	Florestas	Massas de água superficiais	Zonas húmidas	Total (%)
Santa Joana	5,846	41,0	43,2	0,7	15,1	0,0	0,0	100
Glória e Vera Cruz	45,32	10,6	1,7	0,7	1,4	33,2	52,4	100
Gafanha da Nazaré	16,44	50,6	13,4	1,7	13,4	19,1	1,8	100
São Salvador	39	16,9	34,2	1,4	35,5	6,0	6,1	100
Águeda e Borralha	36,03	21,1	17,2	0,4	61,0	0,4	0,0	100

Fonte: DGT (2018)

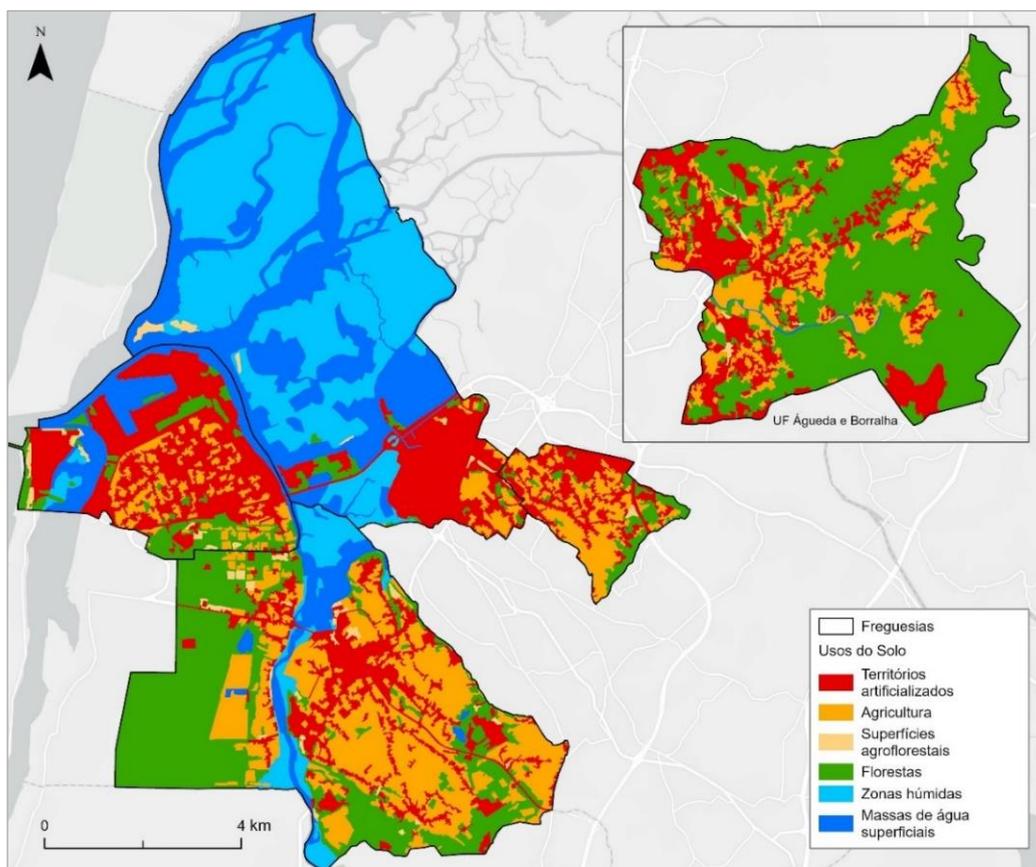


Figura 18 - Distribuição espacial dos principais usos do solo da COS (%), nível 1 (2018).

Fonte: DGT (2018); CAOP (2021)

Quanto ao território artificializado, existe uma diferenciação nos tecidos edificados entre as várias áreas de estudo. Santa Joana, apesar de estar classificada como cidade é a freguesia com maior percentagem de tecido descontínuo (25%), ou seja, apresenta áreas residenciais com maior descontinuidade que se fixam através de uma ocupação linear ao longo das vias por toda a área da freguesia e onde a agricultura é uma prática associada à moradia unifamiliar, com grande predominância nesta freguesia (Anexo C e Figura 19). Esta composição revela que esta freguesia apresenta características periurbanas derivada da sua ocupação descontínua e linear, mesmo sendo a freguesia mais densamente populosa (1372 hab/km²) e muito próxima do centro de Aveiro. Santa Joana é assim um território com falta de infraestruturização e com desafios à mobilidade sustentável geral, mas sobretudo à dos idosos, dada pela falta de passeios em algumas ruas e com um território moldado para o uso do transporte individual. Santa Joana constitui-se ainda como a freguesia com maior percentagem de território contínuo (9%), revelando nas restantes freguesias um território fragmentado (Anexo C e Figura 19).

A UF Glória (cidade) e Vera Cruz (coroa 1) tem apenas 10,6% do seu território artificializado devido à predominância da Ria de Aveiro. Contudo, é possível observar no mapa que a área artificializada é composta na sua maioria por território contínuo (4,4% dos 10%) em contraste com o descontínuo (1,1% do território artificializado) tanto na cidade como na coroa 1 (Quadro 7). É uma freguesia com características mais urbanas, engloba a zona mais histórica de Aveiro e é a única freguesia com mais território urbano contínuo do que descontínuo. A freguesia de Vera Cruz, apesar de pertencer à coroa 1, corresponde ao centro da cidade juntamente com Glória e, deste modo, tem uma ocupação muito mais densa e contínua do que em Santa Joana.

As freguesias do município de Ílhavo apresentam grandes discrepâncias entre território urbano contínuo e descontínuo. Apenas 4,7% (Gafanha) e 1,4% (São Salvador) do seu território é contínuo (Quadro 7). Gafanha é uma cidade costeira com 21% do seu território artificializado descontínuo, apresenta características mais urbanas do que São Salvador e o seu tecido artificializado distribui-se regularmente por toda a freguesia (Quadro 7). Apenas na localidade da Barra (Oeste) o território contínuo assume maior relevância (Figura 19). São Salvador constitui-se como a sede do município de Ílhavo, mas apresenta uma distribuição mais irregular ao longo das vias (semelhante a Santa Joana, mas mais evidente) e o território contínuo apenas se encontra no centro da freguesia (Figura 19). No restante território destaca-se o descontínuo e atividade agrícola de maiores dimensões, mas também com atividade associada às moradias que se fixam ao longo das vias (Anexo C e Figura 19). A Sul (Vale de Ílhavo) encontra-se a parte mais fragmentada onde existe um cenário mais rural (Anexo C e Figura 19).

A UF Águeda e Borralha é marcada por uma presença significativa de floresta (61%) concentrada a Este (Figura 19). A percentagem de território contínuo e descontínuo não é muito discrepante entre si (diferença de 2,3% a favor do descontínuo) mas constitui-se como a segunda freguesia com o território mais contínuo (5,1%), que se concentra na sua maioria no centro de Águeda e em Borralha (Quadro 7). Isto explica-se pelo facto desta freguesia se situar na cidade de Águeda, formando um centro próprio, já distante da influência da cidade de Aveiro. Contudo, a localidade de Borralha assume características mais rurais. O restante território contínuo encontra-se distribuído nos pequenos centros das várias localidades isoladas ao longo de toda a extensão da freguesia e onde o território se vai tornando mais descontínuo e rural (Figura 19).

Gafanha e Santa Joana são as freguesias mais densamente populosas e, ao mesmo tempo, com maior ocupação descontínua justificada pelo facto de serem as duas freguesias com maior área artificializada (50 e 41% respetivamente – Quadro 6) o que significa que existe uma grande predominância de zonas habitacionais numa grande parte do seu território.

Em suma, o território em todas as freguesias apresenta características, de modo geral, descontínuas e fragmentadas fora do centro das freguesias, onde o território se torna mais rural à medida que se afasta do seu centro. A freguesia da Glória e Vera Cruz tem um papel

administrativo e urbano mais predominante devido ser o centro de uma cidade média de grande importância. Santa Joana é uma freguesia marcada por uma elevada densidade populacional (Quadro 5), mas que, geograficamente, revela uma ocupação periurbana e muito idêntica a Gafanha, assumindo-se como freguesias com funções mais residenciais (Figura 19). Vera Cruz (coroa 1) apresenta um traçado mais urbano e contínuo por se localizar no centro de Aveiro, contrastando com a freguesia periurbana de Santa Joana. Em São Salvador e UF Águeda e Borralha não existem grandes diferenças entre si quanto ao território artificializado e na forma como se distribuem pelo território, em especial fora do seu centro.

Quadro 7 - Distribuição dos principais usos do solo artificializado (%) - nível 3 (2018)

Freguesias	Área total (km ²)	Total Território artificializado (%)	Tecido edificado contínuo (%)	Tecido edificado descontínuo (%)	Rede viária e espaços associados (%)	Parques e Jardins (%)	Outros (Indústria, etc...) (%)
Santa Joana	5,846	41,0	9,4	25,7	2,3	0,0	3,6
UF Glória e Vera Cruz	45,32	10,6	4,4	1,0	1,1	0,9	3,3
Gafanha da Nazaré	16,44	50,6	4,7	21,1	4,4	0,9	19,5
São Salvador	39	16,9	1,4	10,3	1,1	0,1	4,0
UF Águeda e Borralha	36,03	21,1	5,1	7,4	0,4	0,3	7,8

Fonte: DGT (2018)

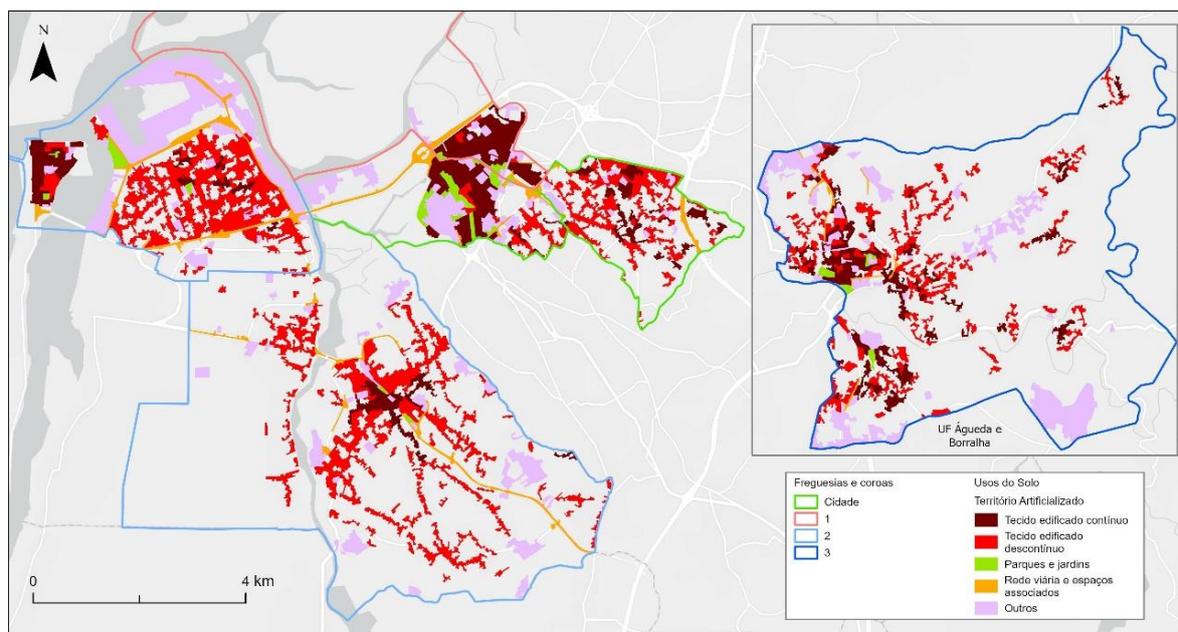


Figura 19 - Distribuição espacial dos principais usos do solo artificializado (%) - nível 3 (2018).

Fonte: DGT (2018), CAOP (2021, 2011)

5.3. OFERTA DE SERVIÇOS

5.3.1. AÇÃO SOCIAL

A oferta nos serviços de ação social dá-se por via das 38 respostas sociais no total da área de estudo onde a UF Glória Vera Cruz concentra 37% das respostas (14), seguindo-se UF Águeda e Borralha com 29% (11) e Santa Joana com 16% (6). A freguesia com menos respostas sociais é Gafanha da Nazaré com apenas 3 respostas (8%) (GEP, 2022).

Em São Salvador, 75% dos equipamentos correspondem a ERPI em detrimento dos CD e SAD. A UF Glória e Vera Cruz possui maior percentagem de SAD em relação às suas respostas sociais e às restantes freguesias (Quadro 8). Gafanha e Santa Joana apresentam a mesma distribuição homogénea. O centro de convívio apenas está situado em Águeda e Borralha (18% das respostas da freguesia) e as restantes respostas encontram-se nos 27%, o que prova que é na coroa 3 onde existe maior diversidade de respostas sociais (GEP, 2022) (Quadro 8).

Quadro 8 - Distribuição das respostas sociais por tipologia por freguesia (%)

	Santa Joana	Glória e Vera Cruz	Gafanha da Nazaré	São Salvador	Águeda e Borralha
SAD	33,3	42,9	33,3	25,0	27
CD	33,3	21,4	33,3	0	27
ERPI	33,3	35,7	33,3	75,0	27
CC	0	0	0	0	18
Total (%)	100	100	100	100	100

Fonte: GEP (2022)

Atualmente a freguesia de Santa Joana tem a maior percentagem de cobertura populacional atual para as suas respostas sociais - 9% (165) da sua população idosa é utente nos CD, SAD ou ERPI (Quadro 9). De seguida encontra-se Águeda e Borralha com uma cobertura de 8,8% (282) idosos a usufruir das respostas sociais existentes. Em terceiro lugar com maior taxa de cobertura encontra-se Glória e Vera Cruz, com 7,8% dos idosos com acesso a serviços de ação social (349 idosos) (Quadro 9).

Abaixo da cobertura total das freguesias estudadas (6,8%), encontra-se a Gafanha com menor cobertura, onde apenas 3,4% (104) dos seus idosos usufruiu dos serviços de ação social. São Salvador ocupa o penúltimo lugar, com um valor de 5,7% (228 idosos) (Quadro 9).

É na UF Glória e Vera Cruz onde maior percentagem de idosos usufrui do SAD (4,3% dos idosos) e é a única freguesia que supera a percentagem de idosos institucionalizados (2,9%), mesmo sendo a freguesia com maior taxa de cobertura populacional máxima para as ERPI (4,3%) (Quadro 9).

A cobertura populacional dos Centros de Dia é muito diminuta em comparação às ERPI.

Apenas em Santa Joana é que existe maior percentagem de idosos a usufruir de CD (3,5%) do que idosos institucionalizados (3%). Nas restantes freguesias, a percentagem de institucionalização supera a de Centro de Dia e, com exceção a Glória e Vera Cruz, também em SAD. Em Águeda e Borralha, 3,7% dos idosos encontram-se institucionalizados, que representa assim a freguesia com maior institucionalização. Em segundo, São Salvador com 3,2% e Santa Joana com 3%.

O potencial máximo de cobertura populacional está praticamente lotado. A UF Glória e Vera Cruz tem ainda lugar para responder a mais 4,2% da população (190 vagas) - 12% da população idosa tem direito a resposta social (Quadro 9). São Salvador é a freguesia que já chegou ao seu potencial máximo - 5,7%. Gafanha e São Salvador são as freguesias com menor capacidade populacional para o SAD, 1,2 e 2,5% respetivamente. Santa Joana e Águeda e Borralha têm capacidade para responder a 11,4 e 11,3% da sua população e têm uma margem de 2,5 e 2,4%, respetivamente, o que corresponde a vagas para mais 46 e 78 idosos no total das respostas (Quadro 9). Com exceção a UF Glória e Vera Cruz e Santa Joana, existe maior percentagem de cobertura máxima populacional nas ERPI em detrimento das outras respostas em todas as freguesias, com maior incidência na Gafanha da Nazaré e São Salvador.

Assim, as freguesias da cidade e coroa 1 têm maior capacidade para promover um *Ageing in Place*, do ponto de vista da ação social. Contudo, Águeda e Borralha situa-se muito próxima da capacidade do centro de Aveiro devido à freguesia localizar-se na sede do município.

Quadro 9 - Cobertura atual e potencial de cobertura populacional máximo das respostas sociais por tipologia (%)

Freguesias		Santa Joana	Glória e Vera Cruz	Gafanha da Nazaré	São Salvador	Águeda e Borralha	Total
Pop +65		1843	4500	3026	3987	3190	16546
<i>N.º de utentes atual</i>		165	349	104	228	282	1128
Cobertura populacional atual (%)	Cobertura pop total	9,0	7,8	3,4	5,7	8,8	6,8%
	SAD	2,4	4,3	1,2	2,5	2,2	
	CD	3,5	0,6	0,3	0	1,4	
	ERPI	3,0	2,9	2,0	3,2	3,7	
	CC	0	0	0	0	1,5	
<i>N.º de utentes máximo</i>		211	539	122	228	360	1460
Potencial de cobertura populacional máximo (%)	Potencial pop máx	11,4	12,0	4,0	5,7	11,3	8,8%
	SAD	3,0	6,0	1,2	2,5	2,8	
	CD	5,1	1,7	0,7	0	2,5	
	ERPI	3,3	4,3	2,2	3,2	3,8	
	CC	0	0	0	0	2,2	

Fonte: GEP (2022), INE (2021)

Isto reflete-se na capacidade por cada 1000 idosos - Santa Joana tem capacidade para 51 idosos em CD por cada 1000. O SAD e ERPI com valores muito próximos (30,4 e 33,1 idosos

por cada 1000, respetivamente) (Quadro 10). A UF Glória e Vera Cruz tem menor capacidade em CD (16,7), mas compensa na capacidade de SAD para 60 idosos em cada 1000, seguindo-se da ERPI para 42 idosos por cada 1000 (Quadro 10).

Apesar de algumas freguesias apresentarem melhores resultados que outras, é importante referir que estes valores representam uma cobertura populacional muito reduzida com valores que não ultrapassam os 12% da população idosa existente e uma média de 8,8% de potencial máximo de cobertura populacional no total das freguesias. O esforço para melhorar a resposta social aos idosos deve ser reforçado em todas as freguesias, em especial no município de Ílhavo.

Considerando que estas respostas sociais devem, primeiramente, responder às necessidades da freguesia onde se localizam, é importante compreender que as taxas de cobertura calculadas com base na população idosa da freguesia não têm em consideração a possibilidade de existirem utentes que habitam numa freguesia ou município diferente da localização do equipamento e vice-versa. Por outro lado, reconhece-se que nem todos os idosos necessitam destes serviços de apoio e ainda que a família e cuidado informal desempenha um papel muito presente na vida dos idosos. É ainda cada vez mais evidente que os idosos permanecem ativos até muito depois dos 65 anos por isso é imprescindível adaptar a oferta a cada contexto através do planeamento das necessidades.

Quadro 10 - Capacidade das respostas sociais por 1000 habitantes com mais de 65 anos

Freguesias	Capacidade da SAD por mil hab. c/ +65	Capacidade de CD por mil hab. c/ +65	Capacidade da ERPI por mil hab. c/ +65	Capacidade de CC por mil hab. c/ +65
Santa Joana	30,4	51,0	33,1	0
Glória e Vera Cruz	60,4	16,7	42,7	0
Gafanha da Nazaré	11,6	6,6	22,1	0
São Salvador	25,1	0	32,1	0
Águeda e Borralha	28,2	25,1	37,6	21,9

Fonte: GEP (2022); INE (2021)

Em Santa Joana, os dois CD prestam os serviços de base obrigatórios e asseguram o transporte dos idosos para o equipamento. Um dos CD realiza piqueniques e passeios a jardins, festejam o aniversário do utente e celebram dias festivos ao longo do ano. Semanalmente, têm expressão plástica, um atelier de cultura de música, cinema. Ao contactar a freguesia, esta tem disponível o programa AASP (Atendimento e Apoio Social Personalizado) no qual a população tem à sua disposição um assistente social que avalia caso a caso e encaminha as pessoas para as entidades mais competentes para lidar com cada situação, onde se incluem muitos idosos que usam estes serviços.

Na Glória, existem dois SAD e um CD. A única instituição onde foi possível obter informação é uma empresa especializada no SAD onde a mensalidade pode ir até aos 2500€ dependendo dos serviços que o idoso precisa, e o intervalo de preços é muito elevado. Têm um

serviço com uma elevada cobertura geográfica pelos vários municípios vizinhos de Aveiro, estando assim também disponíveis para servir as restantes freguesias em estudo. Os desafios mencionados destacam-se pelo fraco conhecimento do SAD do público geral e não ser um serviço bem consolidado no mercado da concorrência. A falta de recursos humanos foi ainda um problema referido. O centro de dia promove várias atividades desde a comemoração das festividades, do aniversário dos utentes, leitura de contos e partilha de histórias, musicoterapia e jogos de estimulação motora. Em Vera Cruz, existem cinco SAD e os preços variam entre 7,99€ até 3000€ numa das respostas e está dependente da hora e dos dias em que o serviço é prestado. Uma outra resposta indica um valor entre 4,70€ e 12€ por hora e, novamente, têm uma cobertura geográfica elevada que cobre o distrito de Aveiro. Contudo, uma das respostas indica que cada vez mais tentam prestar o serviço o mais próximo possível do centro de Aveiro para melhor acompanhamento. Como desafios mencionados, a falta de recursos humanos destaca-se novamente em virtude falta de profissionais com capacidades de responder às necessidades, de orçamentos reduzidos por parte dos utentes, pelo modelo em que o SAD funciona por Prestação de Serviços o que dificulta a contratação de profissionais, mas também pela falta de apoio familiar ao idoso. O transporte e a acessibilidade foram ainda problemas mencionados para prestar o serviço em áreas mais distantes do centro devido à dificuldade de os prestadores de serviço acederem em transporte público a essas zonas. Como soluções é referido uma maior intervenção da Segurança Social, apostar na formação dos cuidadores informais e no aumento do apoio às famílias. Ao nível do município de Aveiro, a Rede Aveiro Sénior está ao dispor da população idosa e promove formações, eventos e apoio à população idosa, que se constitui pela colaboração de 19 instituições sociais do município.

As duas respostas sociais na Gafanha da Nazaré (CD e SAD) fazem parte da mesma instituição. No CD, passeios e visitas a museus, exposições e outros eventos culturais é regular. Em São Salvador, uma das ERPI possui um centro comunitário onde realiza atividade física na Barra (localidade a Oeste da freguesia da Gafanha). Anualmente, organizam um evento onde, visitam museus, exposições, fazem piqueniques e dão passeios na praia, denominado *Férias Sénior*. O SAD existente presta serviço em todo o concelho de Ílhavo, exceto na Gafanha. Os desafios referidos foram a variedade de necessidades que os idosos têm, as fracas condições de habitação, a demência e o isolamento dos idosos.

Em Águeda, os CD e CC garantem transporte para idosos que precisem. O custo médio mensal para um dos CD é 172€, dado obtido através da entrevista com a associação. Tem salas destinadas para atividades lúdicas, expressão plástica e estímulo cognitivo e sala de reflexão e leitura.

Em todas as freguesias, verifica-se que a colaboração com outras entidades e instituições ficou prejudicada com a pandemia Covid-19 e até hoje muitas das atividades não foram retomadas, resultado das fortes medidas de segurança da Covid-19 para com a população idosa.

A UF Glória e Vera Cruz é a freguesia com a distribuição mais homogénea. Na área da Glória é possível observar que os CD se encontram em áreas densas da freguesia e cumprem com os requisitos de localização, ao permitir uma acessibilidade a pé exequível. Na área de Vera Cruz, a acessibilidade a pé até 750 m ao CD consegue melhor cobrir apenas a zona Noroeste, ficando assim o restante território com acesso a pé dificultado (Figura 20).

Santa Joana não verifica a mesma homogeneidade na distribuição espacial das suas respostas sociais. A área onde as respostas sociais se situam – zona Noroeste –, é também a área mais densamente populosa, deixando estes habitantes com uma distância mais próxima. Contudo, os idosos que vivem em Sol Posto, em Azenhas de Baixo e em Quinta da Coriscada (Sudeste e Sul) ficam a uma distância demasiado grande para aceder a pé, mesmo sendo zonas com a mesma distribuição da densidade populacional que o centro da freguesia (Figura 20).

Na Gafanha, as respostas sociais pertencem a uma só instituição o que resulta na acessibilidade a pé apenas no extremo Este (Figura 20). Gafanha, à semelhança de Santa Joana, apresenta uma densidade populacional homogénea por toda a freguesia, por isso, a acessibilidade a pé deixa de parte uma grande percentagem da população idosa, especialmente dos idosos que vivem na Barra uma vez que têm a barreira da Ria de Aveiro (Figura 20). São Salvador constitui-se como a freguesia com o pior acesso aos equipamentos sociais uma vez que não possui nenhum CD nem CC, o que torna a procura nula dentro da freguesia e não responde às necessidades locais uma vez que é a freguesia mais envelhecida.

Águeda concentra as suas respostas sociais em três locais principais. No centro de Águeda (Sudoeste), em Borralha (Sudeste) e na Giesteira (Nordeste), locais que também apresentam a maior concentração de população, em especial Águeda. Por isso, a conformidade entre densidade população e localização dos serviços sociais é mais viável ao seu funcionamento do que na Gafanha e Ílhavo (Figura 20). As respostas têm a capacidade para chegar a uma grande parte da população até aos 750 m a uma distância a pé. A cobertura territorial em serviços sociais em Águeda e Borralha coloca esta freguesia a par das freguesias da cidade de Aveiro.

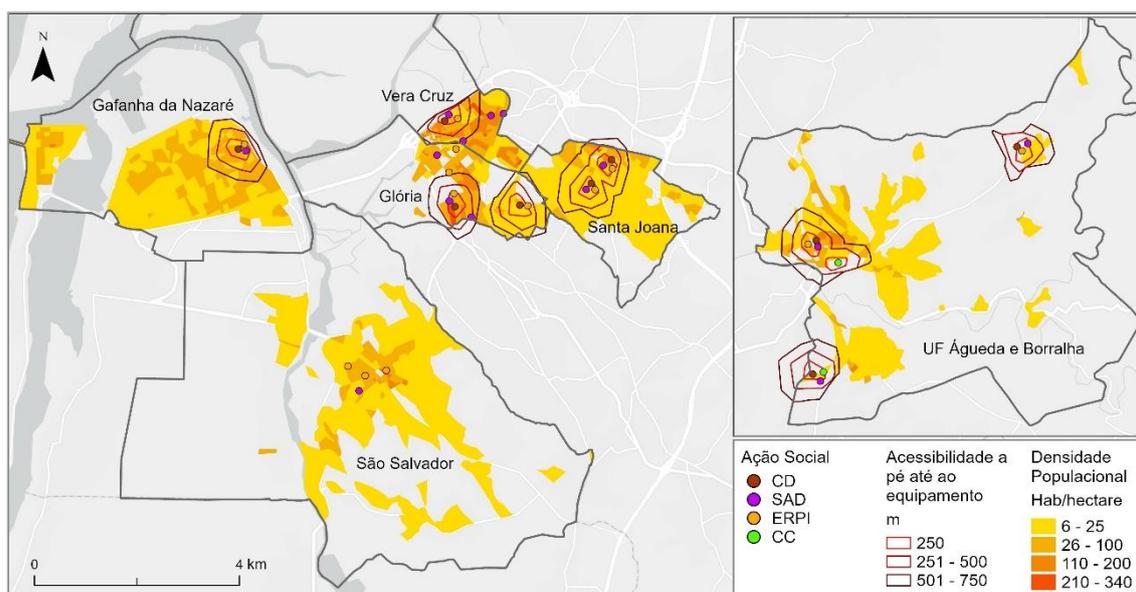


Figura 20 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos de ação social (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional

Fonte: GEP (2022), CAOP (2021), *OpenStreetMap*, BGRI (2021)

5.3.2. SAÚDE

Os CSP são os cuidados à escala mais local e o primeiro contacto com o SNS. Todas as freguesias em estudo têm equipamentos de saúde de, pelo menos, um tipo de serviço. O equipamento mais presente na área de estudo é a USF. A UF Glória e Vera Cruz destaca-se por ser a freguesia com mais médicos e enfermeiros por cada 1000 idosos, 7,3 e 7,6%o respetivamente, distribuídos pelos seis equipamentos de saúde (Quadro 11). Em segundo lugar encontra-se Águeda com 4,35 e 5,26 médicos e enfermeiros por mil idosos. A coroa 2, mais uma vez, apresenta indicadores com valores inferiores às restantes freguesias - na Gafanha existem 3,6 médicos por cada 1000 idosos em dois equipamentos de saúde e, em Ílhavo 2,8 nos três equipamentos (Quadro 11).

Quadro 11 - Médicos e enfermeiros por cada 1000 habitantes com mais de 65 anos

	<i>N.º unidades de saúde (CSP)</i>	<i>População idosa</i>	<i>Médicos por cada 1000 idosos (%o)</i>	<i>Enfermeiros por cada 1000 idosos (%o)</i>
Santa Joana	1	1843	3,80	3,80
Glória e Vera Cruz	6	4500	7,33	7,56
Gafanha da Nazaré	2	3026	3,64	3,64
São Salvador	3	3987	2,76	4,26
Águeda e Borralha	4	3190	3,13	5,64
Total	16	16546	4,35	5,26

Fonte: INE (2021), SNS (2022), BI-CSP (2022)

Gafanha e Santa Joana detêm os CSP no centro da freguesia, o que faz com que a população esteja a uma distância semelhante das unidades de saúde, mesmo fora da área de influência a pé (Figura 21). Glória é a freguesia com maior cobertura na sua freguesia uma vez que é o centro de Aveiro e, como tal, tem valências superiores às restantes freguesias da cidade, coroa 1 e 2 (Figura 21).

Em Águeda, os CSP são os que menores acessibilidades têm, pois, a acessibilidade fica interrompida por terrenos rurais (Figura 21). Em Borralha, a acessibilidade aumenta. Segue-se Ílhavo que possui uma localização central, mas ao nível da acessibilidade até 750 m a pé é mais reduzido do que nas restantes freguesias, pois na sua envolvente começam a surgir terrenos rurais (Figura 21). Contudo, no âmbito da saúde, a CM Ílhavo promove formações no âmbito de vários projetos como "Cuidar na Demência" que se realiza numa UCC.

A área da UF Glória e Vera Cruz correspondente a Glória e Águeda são as freguesias onde se encontram os hospitais (CSH) e que são responsáveis por servir a população nos municípios envolventes, por isso a sua área de influência efetiva é muito superior à acessibilidade a pé e cobre milhares de pessoas.

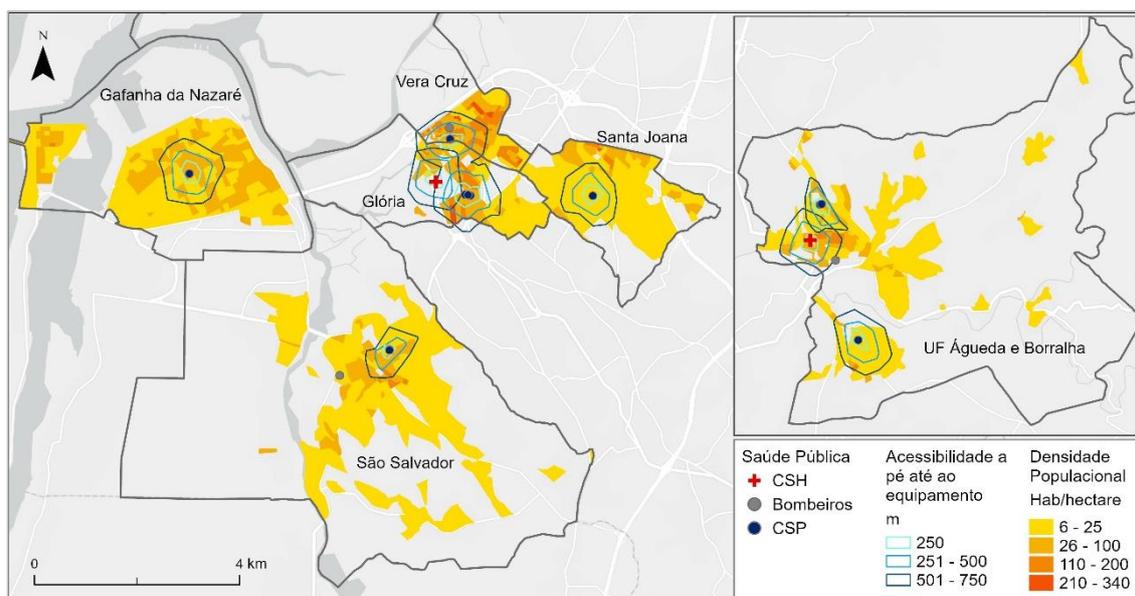


Figura 21 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos de saúde pública (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional

Fonte: CAOP (2021), *OpenStreetMap*, BGRI (2021), SNS (2022), BI-CSP (2022)

Existem 144 equipamentos/serviços de saúde privada no total das freguesias: 75% destes são clínicas/ consultórios médicos que reúnem muitas especialidades para todos os cidadãos e 15,6% correspondem a farmácias (Quadro 12). A freguesia com maior concentração de serviços privados de saúde é Vera Cruz (28,5%) e Glória (21,5%) (Quadro 12). Esta freguesia compreende 50% da oferta de saúde privada pela localização no centro de Aveiro, que apresenta

um papel administrativo e de especialização superior às restantes freguesias, pelo que a diversidade de especialidades médicas é mais marcante. De seguida encontra-se Águeda, que detém 20,8% dos serviços de saúde privados totais com 30 serviços (Quadro 12), e revela que esta freguesia, localizada no centro do município, encontra-se menos dependente do centro de Aveiro para prestar os serviços de saúde à sua população. Santa Joana é a freguesia com menos serviços privados de saúde - apenas 5, representando 3,5%, uma vez que não apresenta a mesma capacidade para prestar os serviços de saúde privada como uma cidade por ser um território mais periférico. Ao analisar o número de serviços por cada mil idosos, a tendência mantém-se com oferta superior na Glória e Vera Cruz (4), seguindo-se de Borralha (3,45) (Quadro 12).

Quadro 12 - Distribuição dos serviços de saúde privados por freguesia (%) e N.º de equipamentos por cada 1000 habitantes com mais de 65 anos

Coroa	Freguesia	N.º	%	N.º por mil hab. c/ +65 (‰)
Cidade	Santa Joana	5	3,5	1,63
Cidade	Glória	31	21,5	4
1	Vera Cruz	41	28,5	
2	Gafanha da Nazaré	18	12,5	1,98
2	São Salvador	19	13,2	2,51
3	UF Águeda e Borralha	30	20,8	3,45
	Total	144	100	

Fonte: INE (2021), Farmácias de Serviço.net (2022), pesquisa web

Em todas as freguesias, o tipo de serviço e equipamento com maior peso são as clínicas médicas com valores acima dos 40% (Quadro 13). Na coroa 1, 85% dos serviços são clínicas. Na coroa 3, o valor das clínicas corresponde a 80% dos seus serviços totais, seguindo-se 16,7% que correspondem a farmácias (Quadro 13). Em Santa Joana, os 5 serviços dividem-se entre duas farmácias, duas clínicas e um laboratório (Quadro 13).

Quadro 13 - Distribuição dos serviços/equipamentos de saúde privada por tipo (%)

Coroa	Freguesia	Clínicas	Farmácias	Laboratório	Hospital Privado	Total (%)	Total (N.º)
Cidade	Santa Joana	40	40	20	0	100	5
Cidade	Glória	74,2	19,4	3,2	3,2	100	31
1	Vera Cruz	85,4	7,3	7,3	0	100	41
2	Gafanha da Nazaré	72,2	16,7	11,1	0	100	18
2	São Salvador	73,7	21,1	5,3	0	100	19
3	Águeda e Borralha	80,0	16,7	3,3	0	100	30

Fonte: Elaboração própria com base na pesquisa web e em Farmácias de Serviço.net (2022)

Em Santa Joana, as duas clínicas oferecem 19 especialidades e serviços como enfermagem, análises clínicas e pelo menos uma farmácia tem serviços como determinação de parâmetros bioquímicos, administração de vacinas e injetáveis, consultas de nutrição, consultas de podologia, entregas ao domicílio e preparação individualizada da medicação.

Na Glória existem até 54 especialidades nas clínicas, revelando assim a diversidade de especialidades existentes no centro de Aveiro. As farmácias oferecem até 15 tipos de serviços, entre eles os mencionados em Santa Joana, serviço *express* e entregas ao domicílio.

Uma das farmácias da Gafanha da Nazaré oferece os serviços já mencionados e são 12 as especialidades nas clínicas médicas. Quanto aos consultórios médicos em São Salvador, 8 dos 14 são clínicas dentárias e ultrapassam os consultórios médicos com múltiplas especialidades pois correspondem a 42% dos 73,7%. Na Gafanha, verifica-se a mesma tendência - 44,4% dos 72,2% são clínicas dentárias.

A freguesia da Glória e Vera Cruz é a freguesia com melhor distribuição espacial de todos os serviços de saúde devido à sua quantidade, diversidade e localização nas zonas mais densas até 500 m da freguesia, com uma cobertura praticamente completa do tecido artificializado, em especial a 250 m em Vera Cruz (Figura 22). A partir dos 500m de distância aos equipamentos, estes ultrapassam os limites administrativos da freguesia. Isto permite que o acesso à saúde esteja facilitado, do ponto de vista de proximidade e viabilidade do serviço. Contudo, por serem privados, o custo poderá causar maior vulnerabilidade a idosos que não o consigam suportar.

Santa Joana tem uma distribuição destes serviços muito menos homogénea do que a freguesia vizinha por não possuir a mesma quantidade e diversidade. Apesar de cobrir uma grande parte da freguesia, à semelhança dos serviços sociais, as zonas a Sul e Este da freguesia não têm acesso a pé à saúde privada (Figura 22). Os serviços localizados a Norte da freguesia têm metade da sua área de influência fora do limite da freguesia, conseguindo assim prestar o serviço na freguesia de Esgueira (Figura 22).

Na Gafanha da Nazaré, é possível observar que a maior parte dos serviços se encontra na Avenida principal da cidade localizada no centro, Avenida José Estevão. A localidade da Barra é servida de uma cobertura adequada (Figura 22). É possível ver que a acessibilidade a pé nesta freguesia dá-se de uma forma linear à avenida e consegue abranger uma grande parte da freguesia e das zonas mais densas tornando-a assim uma das freguesias com melhor acessibilidade a pé aos serviços de saúde particulares (Figura 22).

São Salvador tem os seus serviços de saúde concentrados particularmente no centro mais denso da freguesia e com uma distribuição linear a Nordeste deste centro (Figura 22). Como na distribuição dos serviços de ação social, apenas o centro tem a provisão de serviços a uma distância a pé até 750 m (Figura 22). A restante freguesia depende de outros modos de

transporte para ver as suas necessidades respondidas, pelo que faz desta freguesia das que mais ajustes necessita na acessibilidade a pé.

A acessibilidade e distribuição da saúde privada em Águeda destaca-se por uma distribuição no centro de Águeda, em Borralha e a Norte de Águeda de forma linear (Figura 22). Com uma acessibilidade a pé de 250 m, o centro de Águeda e a zona Noroeste destacam-se por ter este tipo de serviços na área mais densa, o que conclui que nesta cidade existe também serviços de saúde mais próximos à população com algumas semelhanças a Gafanha, mas também à UF Glória e Vera Cruz. Contudo, a restante área da freguesia, com uma ocupação mais rural, encontra-se a uma distância muito elevada para haver condições de aceder a estes serviços a pé, especialmente as localidades rurais que existem no extremo nordeste da freguesia à semelhança de São Salvador (Figura 22).

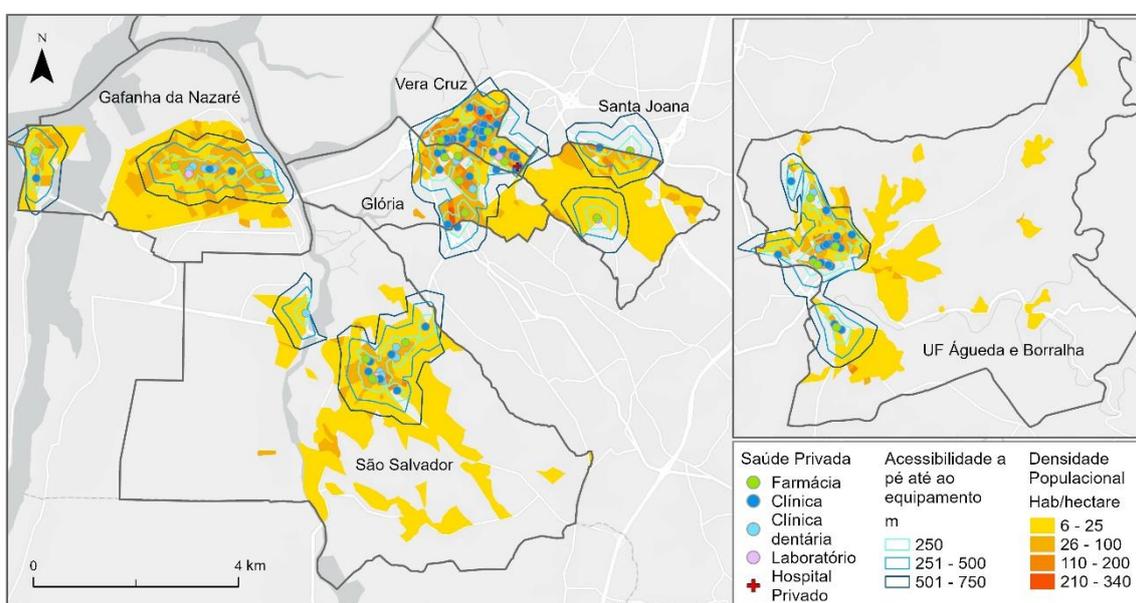


Figura 22 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos de saúde privada (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional

Fonte: CAOP (2021), *OpenStreetMap*, BGRI (2021), pesquisa *web* e em Farmácias de Serviço.net (2022)

5.3.3. CULTURA

As associações culturais são as que mais serviços e atividades têm no total das freguesias, com 47,9% da oferta vinda destas (Quadro 15). A segunda com maior oferta compatível com a população idosa são os museus (16,7%), maioritariamente através das visitas em grupo e do desconto sénior. Em terceiro lugar encontram-se os equipamentos culturais (12,5%) que se caracterizam por centro de artes, casas de cultura e equipamentos diversos. A UF Glória e Vera Cruz é a freguesia com mais oferta disponível (18 equipamentos), em segundo lugar São

Salvador (11) e Águeda e Borralha (11), e por fim, encontram-se Gafanha (6) e Santa Joana (3) (Quadro 15).

Na Glória, associações culturais caracterizam-se por grupos de cantares, de rancho folclórico e de poesia. No único museu da Glória destacam-se as visitas guiadas e atividades temáticas em dias comemorativos. Este museu colabora com as várias respostas sociais de Aveiro e Ílhavo. Constam ainda nesta freguesia duas universidades séniores com mensalidades entre os 16 e os 20€ e propinas por semestre entre os 15 e os 45€. Uma das universidades conta com dezenas de alunos e disciplinas das mais variadas temáticas como inglês, artes manuais, yoga, teatro, informática, e muitas outras. A biblioteca municipal criou o projeto "Biblioteca Itinerante" onde todas as semanas percorre escolas do 1º ciclo e equipamentos sociais. A biblioteca promove ainda vários workshops sendo um deles "Quartas com tricô e outras coisas..." destinado a todas as idades (Quadro 14). A UF Glória e Vera Cruz disponibiliza o seu edifício semanalmente para receber várias atividades para grupos de rancho folclórico e de artes. Promove ainda o "Passeio Sénior" anual e "Musiria" que incentiva a aprendizagem de um instrumento musical para séniores (Quadro 14). Quanto a Vera Cruz, as associações contabilizam 27 idosos a participar em rancho folclórico e grupos culturais e fazem animação e espetáculos quando são solicitados. A Pandemia Covid-19 surge mais uma vez como fator para não terem retomado o ritmo. O custo é muito reduzido, 1€ por mês, e de forma voluntária.

Em Santa Joana, existem duas associações de rancho folclórico e a Tuna onde participam sete idosos. Não garantem transporte e devido ao Covid-19 não voltaram a realizar as atividades como antes, situação semelhante ao coro sénior. A freguesia dispõe de um cartão social que dá desconto em Teatro e todos os anos dá-se o passeio sénior que inclui entre 250 e 300 pessoas com mais de 55 anos, segundo a entrevista com a freguesia (Quadro 14). As atividades são divulgadas pelas redes sociais, na paróquia, comércio local e pelo correio. Como desafios, a freguesia refere o estigma que muitos idosos têm de pedir ajuda e de participar em atividades. O facto de existirem 500 idosas viúvas na freguesia tem aumentado o apoio e vigilância destas pessoas por parte da freguesia.

Na Gafanha, os dois equipamentos culturais destacam-se por receberem *workshops*, ensaios de várias instituições que estabeleçam contacto com o município e são equipamentos da responsabilidade do município. A única universidade sénior presente na coroa 2 está situada na fronteira entre as duas freguesias, promove o convívio entre os séniores e organiza visitas a cidades, monumentos, exposições, palestras e colóquios. Tem disciplinas como clube de leitura, espanhol, inglês, artes, informática, bordados e oficina das memórias. Tem um custo de 12€/mês por disciplina ou 18€/mês todas as outras. Atualmente recebe 60 alunos e 20 professores. Contudo, antes da pandemia Covid-19, chegavam a ter 100 alunos inscritos.

Os serviços culturais do município de Ílhavo (Quadro 14) têm todos um custo gratuito e constitui-se como um dos municípios mais ativos na sua política do envelhecimento. O

equipamento cultural mais importante para o envelhecimento em Ílhavo é o Laboratório do Envelhecimento, composto por várias salas organizadas por temáticas para atividades e por um espaço mais técnico, lugar de várias formações, aprendizagem e investigação. A comunicação é feita de forma informal, de idosos para idosos baseado num sentido de comunidade e também pelas redes sociais, segundo a CM de Ílhavo. Algumas peças que possam ser feitas no Laboratório do Envelhecimento ou em qualquer outra atividade fica sujeita a ser divulgada em vários museus do município, havendo assim uma elevada colaboração entre os vários serviços e equipamentos para a promoção de um sentido de participação na comunidade. Contudo, a CM não disponibiliza transporte para os participantes destas atividades todas, apenas em situações pontuais e em atividades fora do município ou visitas a museus e monumentos.

Quadro 14 - Serviços e atividades culturais promovidos pela freguesia ou município

Santa Joana	Cartão Social (desconto em teatro); Passeio Sénior
UF Glória e Vera Cruz	Projeto "Biblioteca Itinerante"; Workshops na Biblioteca Municipal; Passeio Sénior; "Musiria"
Gafanha da Nazaré	<p>Equipamentos: Fábrica das Ideias da Gafanha da Nazaré & Fórum Municipal Maior Idade-workshops, ensaios de várias instituições; Laboratório do Envelhecimento - arte sujeita a exposição nos museus do município).</p> <p>Projetos: "Maiores em cena" - teatro na Maior Idade, música, artes de palco; "Maiores a criar" - costura criativa (vendida em festivais no município); projeto "Ser velho é mau?" – visitas às escolas para combater o idadismo (não está em curso);</p> <p>Eventos de grandes dimensões: <i>Festival Cabelos Brancos</i> - participação de 500 pessoas (15 dias anualmente); <i>Idolíadas</i> - teatro, música, dança, arte plástica, cultura geral e fotografia (200 participantes);</p> <p>Eventos de médias dimensões: "Maiores pela janela" – combate ao isolamento provocado pela pandemia (abrangeu 1438 idosos)</p>
São Salvador	

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma

Ao questionar a CM de Ílhavo sobre os desafios que enfrentam, a pandemia Covid-19 mostrou-se como uma condicionante para as atividades por questões de segurança e reconhece que as questões dos cuidadores informais e da saúde mental são cada vez mais importantes no envelhecimento e no seu aumento para as próximas décadas. Assim, Ílhavo revela um grande investimento na inclusão social dos idosos, com impactes positivos significativos nas duas freguesias em estudo.

A oferta em Águeda e Borralha constitui-se por 63,6% por associações que desenvolvem atividades como escola de música, ginástica, passeios, teatro sénior, clube de leitura, grupo de coro e teatro (Quadro 15). Uma das associações colabora com instituições de âmbito cultural, social e desportivo. O valor máximo nas associações é 10€ por ano, e muitas não têm custo para participar. A universidade sénior serve a cidade através de disciplinas como história, inglês, tuna,

danças e cantares, saúde e teatro e exerce funções numa escola secundária. Do ponto de vista da intervenção da freguesia e do município, da informação apurada, não foi possível obter nenhuma atividade e serviço que estivesse disponível à população idosa.

O número de serviços e equipamentos por cada 1000 idosos retrata a diversidade e quantidade que existe na Glória e Vera Cruz (4), seguindo-se de Águeda e Borralha (3,45) (Quadro 15). São Salvador e Gafanha aparecem com menor número, mas este é compensado por serviços e atividades promovidos pelo município. Em último lugar encontra-se Santa Joana, que reflete a pouca oferta em cultura (Quadro 15).

Quadro 15 - Distribuição dos equipamentos de cultura por tipo (%) e N.º de equipamentos por 1000 habitantes com mais de 65 anos

Freg	Assoc	Biblio.	Univ. Sénior	Museu	Teatro	Equip. Cultr.	Jta. Freg.	Total (%)	Total (N.º)	N.º por 1000 idosos
Santa Joana	66,7	33,3	0	0	0	0	0	100	3	1,63
Glória e Vera Cruz	44,4	5,6	11,1	22,2	5,6	5,6	5,6	100	18	4
Gafanha da Nazaré	50	0	16,7	0	0	33,3	0	100	6	1,98
São Salvador	30	10	0	30	10	20	0	100	10	2,51
Águeda e Borralha	63,6	9,1	9,1	9,1	0	9,1	0	100	11	3,45
Total	47,9	8,3	8,3	16,7	4,2	12,5	2,1	100	48	

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma; INE (2021)

Glória é a freguesia que tem maior cobertura dos serviços de cultura. O Norte da freguesia apresenta uma cobertura de 250 m aos serviços muito elevada. Esta tendência mantém-se nos 500 m de distância no Sul e Nordeste (Figura 23). A coroa 1 possui uma cobertura muito elevada dos seus serviços, mas também dos serviços situados na Glória, com maior incidência na acessibilidade até aos 500 m que cobre assim as zonas mais densas de Vera Cruz (Figura 23).

Santa Joana como tem apenas serviços juntos no centro, as extremidades da freguesia ficam sem acessibilidade a pé, tornando-se a freguesia com piores acessos à cultura uma vez que não abrange o Norte mais denso, justificado por ser uma freguesia com um menor papel administrativo (Figura 23).

Na Gafanha e em São Salvador, nota-se uma melhor distribuição e acessibilidade na cultura do que nos serviços de ação social. Na Gafanha, grande parte da freguesia está sob a influência dos serviços culturais até 750 m a pé (Figura 23). A universidade sénior (fronteira com São Salvador) é o equipamento com a pior acessibilidade a pé devido à sua envolvente de floresta e agricultura com uma única via (Figura 23). Em São Salvador, a distribuição e acessibilidade dos serviços aparece mais inclusiva às áreas distantes do centro, e chega à margem Oeste do Rio Boco, onde se localiza Gafanha de Aquém, mas também inclui serviços e

uma acessibilidade extensa às zonas mais rurais da freguesia, nomeadamente em Vale de Ílhavo (extremo Sul), relevando uma melhoria substancial na acessibilidade à cultura em comparação à ação social e saúde pública e privada (Figura 23).

Em Águeda, a distribuição dos serviços abrange principalmente o centro da cidade e nota-se uma ramificação a Nordeste deste. Contudo, Borralha não fica abrangida por serviços e equipamentos de cultura (Figura 23).

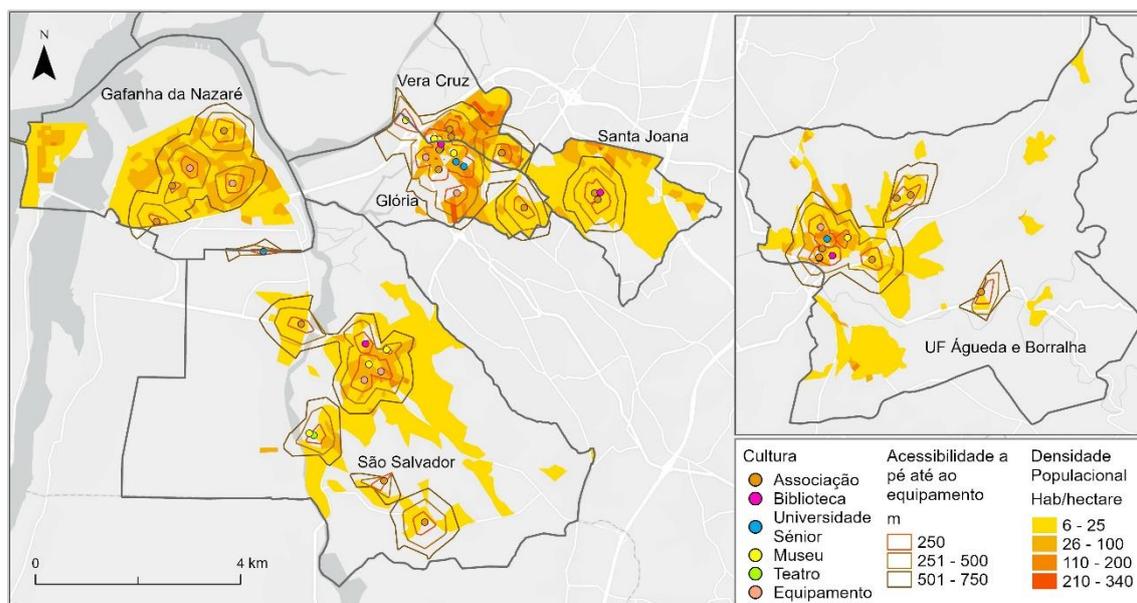


Figura 23 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos culturais (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma CAOP (2021), *OpenStreetMap*, BGRI (2021)

5.3.4. DESPORTO

As freguesias com maior oferta são São Salvador (9) e Gafanha (8), seguindo-se de Santa Joana com 5, Glória e Vera Cruz com 4 e, por fim, Águeda com 2 (Quadro 16).

Santa Joana tem dois campos e três pavilhões desportivos. O polidesportivo do Solposto tem ginástica de manutenção com um custo de 16€ mensais onde participam 35 idosos. O Sporting Clube de Aveiro, na freguesia de Vera Cruz, acolhe grupos de idosos de Santa Joana e dispõe de hidroginástica a 25€ mensais para 40 idosos. A freguesia promove ainda caminhadas ao longo do ano. Glória e Vera Cruz oferece a mesma atividade de Hidroginástica no Sporting Clube de Aveiro e na Piscina do Clube dos Galitos duas vezes por semana. A freguesia conta ainda com o Parque da Cidade, que constitui uma grande oportunidade para atividades desportivas e culturais.

As freguesias de Ílhavo destacam-se especialmente pela intervenção municipal, semelhante aos serviços de cultura. A CM de Ílhavo promove o “Majores no movimento” através da prática de atividade física semanal, promovem campeonatos e *walking football* que abrangem cerca de 340 idosos. As piscinas da Gafanha e de São Salvador oferecem aulas de hidroginástica (mensalidade 13,5€) e natação (mensalidade 11,75€). Na Gafanha, o fórum municipal acolhe atividades de dança e técnicas de relaxamento por uma mensalidade de 5€. É nesta coroa que existem os parques geriátricos, fundamentais para a manutenção da atividade física dos idosos. Para estas atividades, o idoso é responsável pelo seu próprio transporte.

Na UF Águeda e Borralha, a atividade de Hidroginástica está disponível nas piscinas municipais de Águeda, com uma regularidade semanal onde participam 100 pessoas, com um custo entre 12,5€ e 18€. O município dispõe ainda de marcha e corrida diária em todas as freguesias, com participação gratuita dos 200 participantes. A Biblioteca Municipal Manuel Alegre oferece de forma gratuita Pilates em parceria com a CM e o projeto CLDS 4G - “Ser Pioneiro” com 15 participantes. Existem ainda Pistas Check-up que se caracterizam por vários painéis com informações sobre o percurso das pistas e ciclovias, informações de lazer, mas também avaliam parâmetros de saúde no Centro de Check-up.

A freguesia da Glória e Vera Cruz destaca-se por ser uma das freguesias com menos serviços e equipamentos desportivos destinados aos idosos (0,89 por 1000 idosos) (Quadro 16), uma mudança oposta ao que se tem verificado nos restantes serviços. Destacam-se as freguesias da coroa 2 e Santa Joana, o que retrata a forte intervenção local (Quadro 16).

Quadro 16 - Distribuição dos equipamentos de desporto por tipo (%) e N.º de equipamentos por 1000 habitantes com mais de 65 anos

Freg.	Assoc	Campo	Pav.	Piscinas	Parque	Parque Geriátrico	Equip	Total (%)	Total (N.º)	N.º por mil idosos
Santa Joana	0	40	60	0	0	0	0	100	5	2,71
Glória e Vera Cruz	50	0	25	0	25	0	0	100	4	0,89
Gafanha da Nazaré	0	37,5	12,5	12,5	0	25	12,5	100	8	2,64
São Salvador	0	33,3	22,2	11,1	11,1	22,2	0	100	9	2,26
Águeda e Borralha	0	0	0	50	50	0	0	100	2	0,63
Total	7,1	28,6	25	10,7	10,7	14,3	3,6	100	28	

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma; INE (2021)

Santa Joana é das freguesias com maior cobertura territorial dos seus serviços desportivos uma vez que a população nas extremidades Norte e Oeste tem acesso a estes (Figura 24). Glória concentra os seus equipamentos desportivos no Norte da freguesia, pelo que a zona densa a Sul não tem acesso facilitado (Figura 24). Contudo, a Norte, os serviços desportivos da Glória têm influência em Vera Cruz onde a acessibilidade até 750m se sobrepõe entre os serviços das

duas freguesias do centro de Aveiro (Figura 24). Em Vera Cruz, o clube desportivo com a oferta de aulas de hidroginástica aos idosos cobre uma das zonas mais densas da freguesia, estando assim apta para servir a uma grande parte da população.

Na Gafanha, o centro da freguesia está bem servido a uma acessibilidade até 750 m e dispõe de uma grande variedade de serviços, o que faz desta freguesia com melhor acesso aos serviços. Em São Salvador concentra a maioria dos seus serviços desportivos no centro (Figura 24). A acessibilidade torna-se mais limitada pelo facto de as atividades desportivas não forneçam transporte, levando à dependência do transporte privado para os idosos que vivam fora do centro. A UF Águeda e Borralha é, no âmbito dos serviços de desporto, das que menor acessibilidade oferece, uma vez que os únicos dois serviços e equipamentos se encontram no centro (Figura 24). Borralha e o restante território não tem acesso a pé (Figura 24).

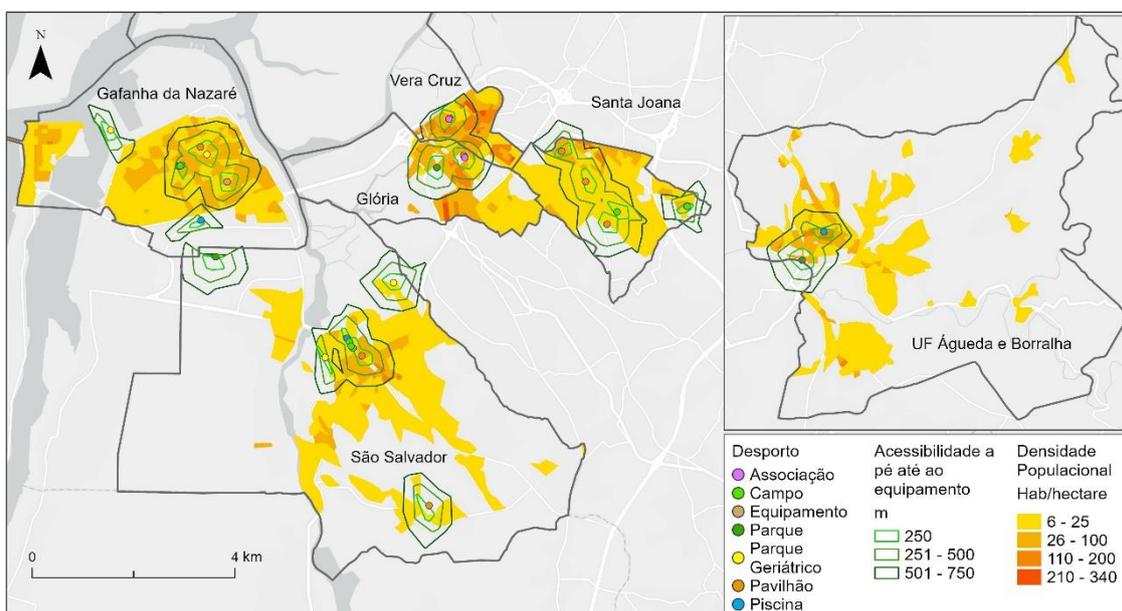


Figura 24 - Acessibilidade a pé até aos equipamentos desportivos (250 m, 500 m, 750 m) e densidade populacional

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma; CAOP (2021), *OpenStreetMap*, BGRI (2021)

A distribuição dos serviços aos idosos pelo tipo de uso do solo demonstra que nem sempre é apenas na cidade que os serviços se encontram em tecido contínuo. A freguesia da Glória e Vera Cruz concentra 86% dos seus serviços em tecido contínuo, o que demonstra que os serviços estão próximos e fáceis de aceder a pé (Figura 25), como mencionado anteriormente. Os serviços nesta freguesia apresentam características de serviços de proximidade tendo em conta a sua localização e acessibilidade.

Contudo, ainda na cidade, Santa Joana apresenta uma realidade muito distinta uma vez que 41% dos serviços se localizam em tecido descontínuo (Figura 25). É uma distribuição explicada pela maior incidência de tecido descontínuo na freguesia, onde 25,7% corresponde a

território descontínuo (Figura 25). Ainda assim, 29% é localizado em território contínuo (Figura 25). Apesar desta freguesia se classificar como cidade nos critérios utilizados e localizar-se como território vizinho do centro de Aveiro, nota-se que o seu território é periurbano pelo que não tem a mesma capacidade administrativa e populacional para prestar a mesma diversidade e acessibilidade do que os serviços existentes no centro de Aveiro.

Na Gafanha da Nazaré e São Salvador existe uma distribuição semelhante a Santa Joana - ambas as cidades têm uma predominância de serviços em território descontínuo: Gafanha com 42% e São Salvador com 48% (Figura 25). Gafanha é a freguesia com maior percentagem de serviços em parques e jardins (11%) devido à quantidade de campos e parques geriátricos que tem.

Águeda é a cidade que mais se assemelha à UF Glória e Vera Cruz (centro de Aveiro) uma vez que 64% dos seus serviços se localizam em tecido contínuo (Figura 25) e, como sede do município de Águeda, conta com uma ocupação mais urbana do que Santa Joana, por exemplo, e constitui-se como um centro próprio, com presença de serviços à escala municipal, demonstrando assim o sistema policêntrico que existe na área de influência de Aveiro. Quanto aos serviços em tecido descontínuo (20%), o valor é muito superior aos 5% da Glória e Vera Cruz, mas muito inferior aos valores das restantes freguesias onde os valores ultrapassam os 40%. Esta distribuição revela que o território de Águeda e Borralha, apesar da grande predominância de Florestas, no tecido artificializado contínuo (5,1%) é mais parecido à freguesia do centro de Aveiro (4,4%) do que nas freguesias de Ílhavo, o que faz com que maior distância ao centro de Aveiro nem sempre significa pior prestação de serviços em localização e densidade de população que serve (Figura 26).

São Salvador, Gafanha da Nazaré e Santa Joana demonstram resultados de um território mais descontínuo e serviços mais distantes à população, sem ter em conta a intervenção municipal e local.

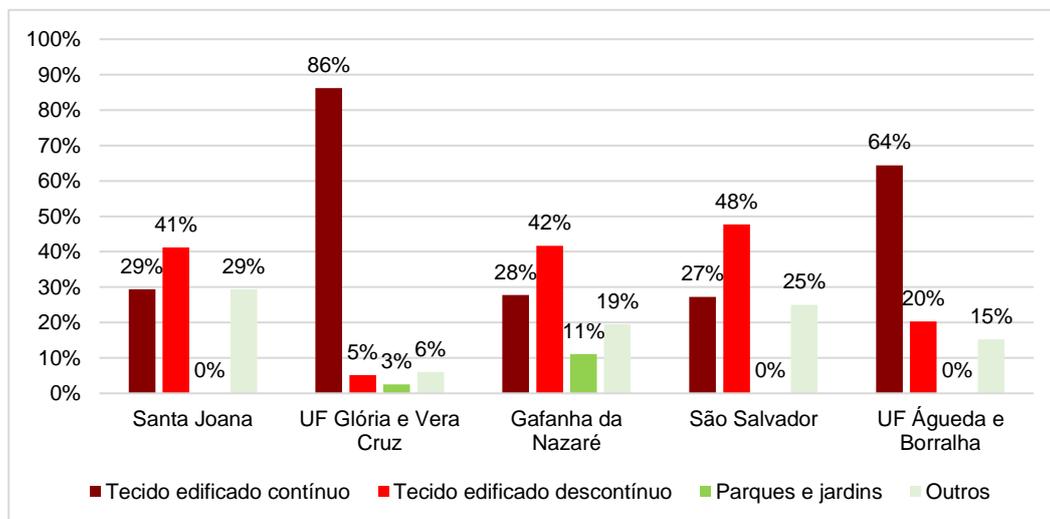


Figura 25 - Localização dos serviços aos idosos por tipo de território artificializado (%) (COS).

Fonte: DGT (2018), GEP (2022), SNS (2022), BI-CSP (2022), Farmácias de Serviço.net (2022), informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma e pesquisa *web*

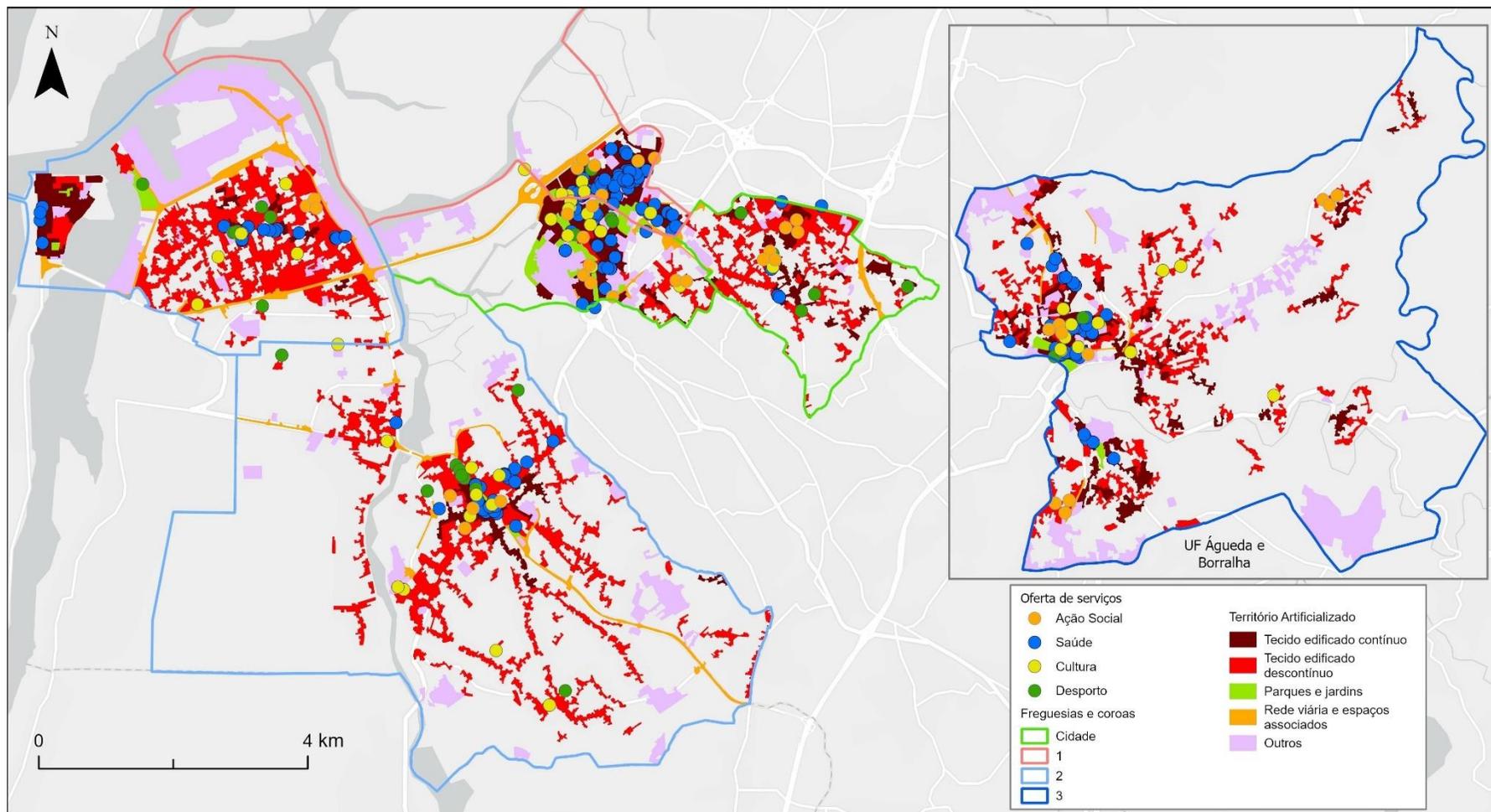


Figura 26 - Distribuição dos serviços aos idosos e território artificializado.

Fonte: CAOP (2021); DGT (COS 2018); GEP (2022); SNS (2022), BI-CSP (2022), Farmácias de Serviço.net (2022), informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma e pesquisa *web*

5.4. PADRÕES DE PROCURA

O inquérito do projeto Grampcity equivale a um universo estatístico de 54 indivíduos divididos entre as cinco freguesias (Anexo T e Anexo U), tendo-se optado por separar a UF Glória e Vera Cruz nas suas duas anteriores freguesias. A distribuição da faixa etária da amostra revela que a antiga freguesia da Glória é o único território da área de estudo equilibrado nos 3 grupos etários (Figura 27). Na Gafanha, Ílhavo e Águeda o grupo etário com mais de 80 anos tem maior representação, 36%, 44% e 53% respetivamente (Figura 27). A faixa etária com menor representação é 70-74 anos.

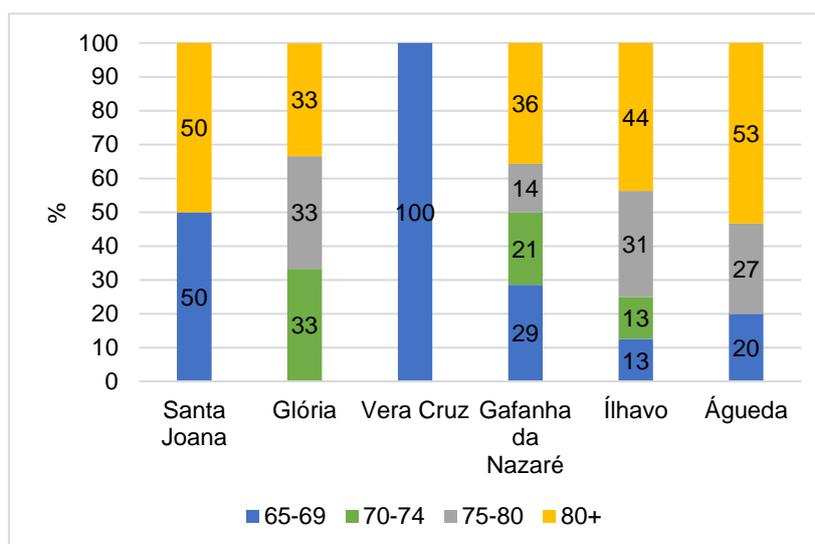


Figura 27 - Faixa etária da amostra, por freguesia (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

O nível de escolaridade da antiga freguesia da Glória revela uma tendência igual à sua união de freguesias uma vez que a maioria tem ensino superior. Na Gafanha, Ílhavo e Águeda, o nível de escolaridade predominante é o 1º ciclo, entre 57 e 63% (Figura 28). É ainda nestas freguesias que a amostra demonstra mais população sem saber ler nem escrever (entre os 14 e os 20%) (Figura 28).

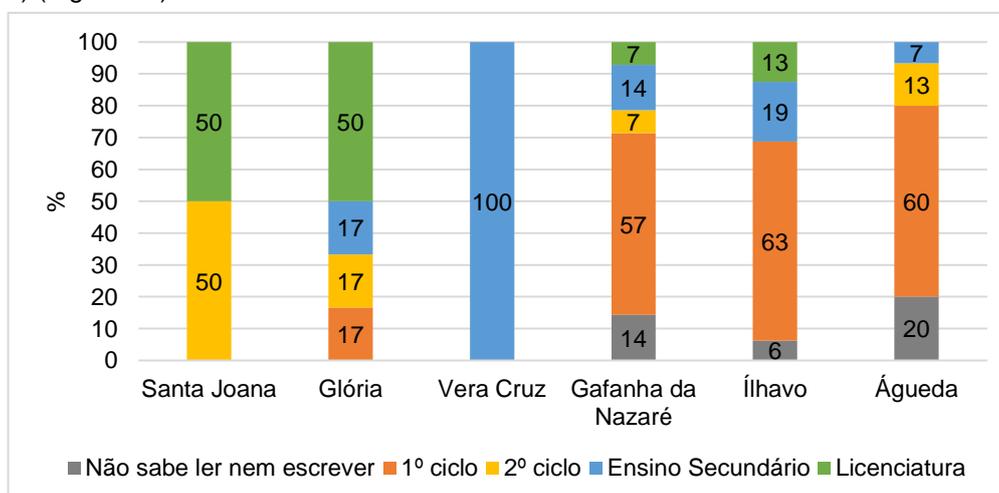


Figura 28 - Nível de escolaridade da amostra, por freguesia (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Relativamente ao estado civil, a maioria é casada em Santa Joana, na antiga freguesia de Vera Cruz e na Gafanha. Na Glória, Ílhavo e Águeda, a predominância é para a presença de viúvos (entre os 46 e os 56%) (Anexo I).

Quanto à capacidade económica dos idosos da amostra (Figura 29), é na cidade e coroa 1 onde existe menores dificuldades económicas. Nas restantes coroas, a capacidade económica vai diminuindo, com uma maioria de respostas em que a reforma é mesmo à justa em Ílhavo e Águeda.

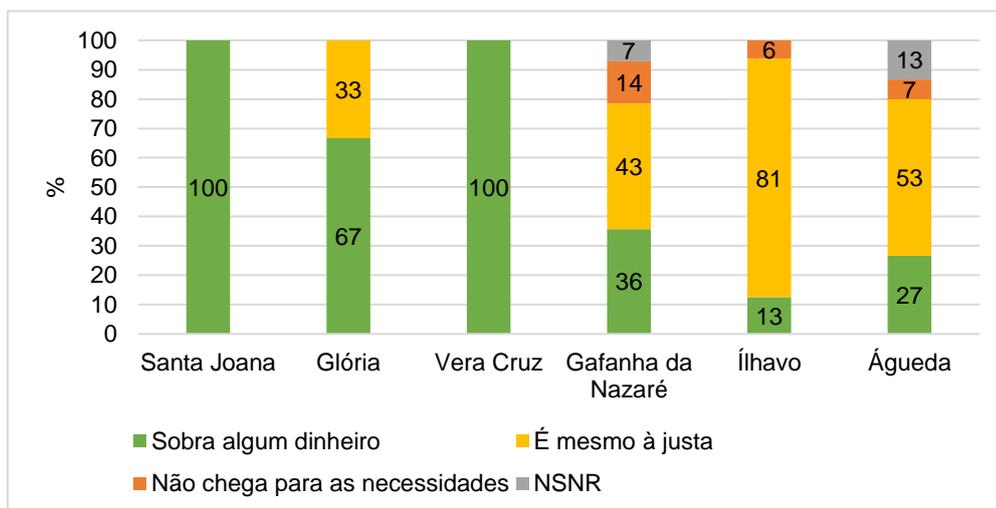


Figura 29 - Condições económicas da amostra (como é que o dinheiro do seu agregado familiar se encontra no final do mês?), por freguesia (%) Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Sobre a posse de automóvel (Figura 30), na cidade e coroa 1, a maioria dos idosos ainda conduz e se não conduzem têm alguém no agregado que conduz. Em São Salvador e Águeda, a situação começa a inverter e a maior parte dos idosos não conduz, o que dificulta no acesso aos serviços que não garantem transporte. Na Gafanha ainda persiste uma maioria que conduz.

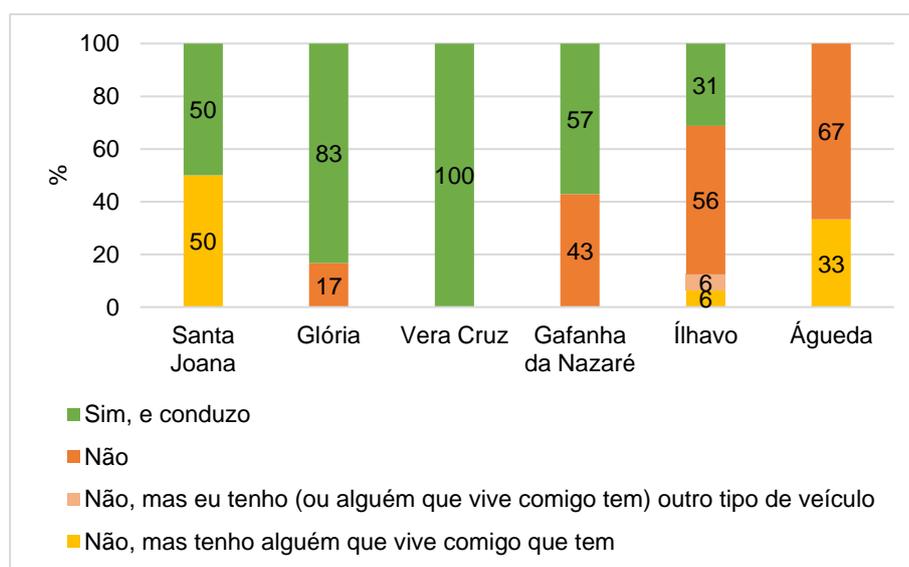


Figura 30 - Posse de automóvel da amostra, por freguesia (%)
Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Apesar das freguesias possuírem elevada percentagem de tecido artificializado descontínuo, em todas referem que é fácil caminhar na zona de bairro, em especial no território da antiga freguesia de Vera Cruz no centro de Aveiro, na Gafanha, em Ílhavo e em Águeda. Em Santa Joana e na antiga freguesia da Glória, é onde mais idosos discordam com a facilidade de caminhar, especialmente em Santa Joana, freguesia com um território muito descontínuo, que vai de encontro a áreas com predominância de espaços destinados para a circulação do automóvel (Anexo J).

Segundo os inquiridos, as áreas com pior oferta de transportes públicos são Águeda (53%), Glória (33%), Gafanha (21%) e Ílhavo (19%), dificultando assim a deslocação dos idosos aos vários serviços, especialmente em Águeda e Ílhavo onde existe uma acessibilidade mais desafiante aos serviços de proximidade, uma vez que poucos inquiridos conduzem e se verificam maiores dificuldades económicas (Anexo K).

Durante o primeiro confinamento da pandemia Covid-19, as freguesias onde os serviços de saúde mais cancelaram consultas foram nas freguesias de Ílhavo e em Águeda. No território pertencente à antiga freguesia da Glória apenas 17% dos inquiridos viram alguma consulta desmarcada devido ao covid-19. Revelam-se assim maiores falhas no funcionamento dos serviços de saúde nas áreas mais distantes ao centro de Aveiro (Anexo L).

O modo de transporte usado para ida a consultas médicas antes do confinamento é, na grande maioria, o carro. Contudo, na Gafanha e em Águeda mais idosos deslocam-se a pé para a consulta, 36 e 20% respetivamente (Figura 31).

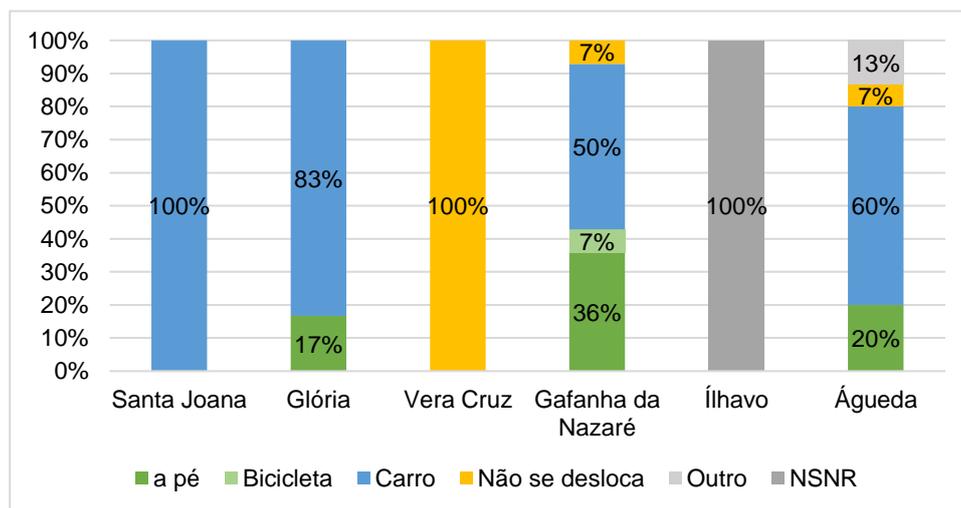


Figura 31 - Ida a consulta médica por modo de transporte antes do confinamento (%)
 Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Depois do confinamento, em todas as freguesias se manteve o comportamento, exceto na Gafanha e em Águeda – quem se deslocava a pé, de carro ou de outro modo de transporte atualmente não se desloca. O confinamento nestas duas cidades provocou nos idosos a diminuição da manutenção da saúde e dos serviços de saúde.

A procura por associações revela que a grande maioria dos inquiridos não frequenta este tipo de equipamento, refletindo em parte a cobertura populacional muito fraca das respostas sociais em todas as freguesias, especialmente na antiga freguesia de Vera Cruz, na Gafanha e em Ílhavo. O que se deslocam para tal, fazem-no por transporte individual, ou no caso de Águeda, pela categoria de Outros (transporte da instituição) (Figura 32).

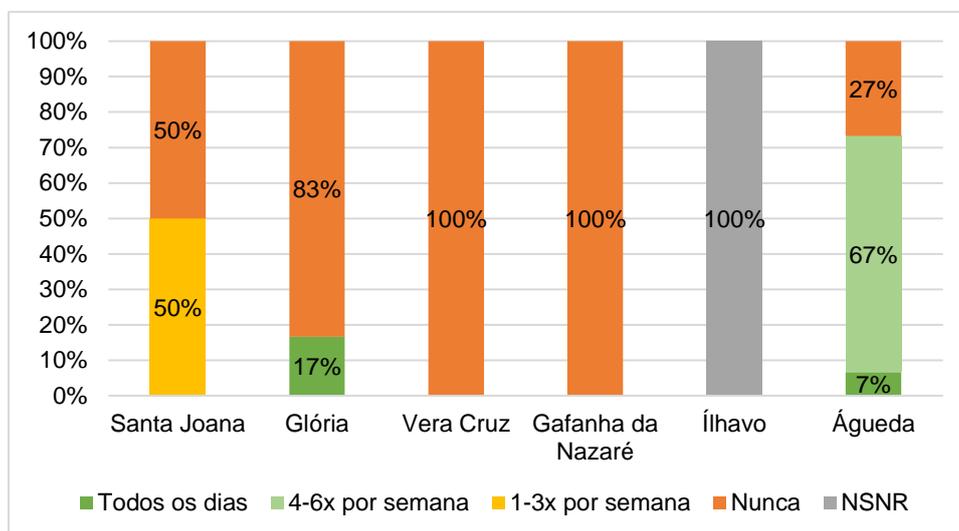


Figura 32 - Regularidade de idas a associações, antes do confinamento, por freguesia (%)
 Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Depois do confinamento, Águeda foi a única cidade onde se registou aumento de idas a associações – passou de 7% para 20% dos inquiridos. Na Glória, a única pessoa que frequentava associações passou a não frequentar. As restantes freguesias não registaram alterações.

Os indivíduos com as maiores dificuldades económicas nunca frequentavam associações e depois do confinamento, esta tendência manteve-se em toda a área de estudo. Para a amostra com condições económicas intermédias (“mesmo à justa”) destaca-se Águeda onde a grande parte (88%) frequenta associações todas as semanas. Depois do confinamento, os 13% que nunca frequentavam passaram a ir todos os dias. No território da antiga freguesia da Glória, dos 50% que frequentavam associações antes do confinamento, passaram a nunca frequentar.

Para a amostra com melhores condições económicas (“sobra algum dinheiro”), verifica-se também pouca procura. Apenas em Águeda e Santa Joana se verificam idosos a frequentar associações - ambas com 50% da amostra a ir pelo menos todas as semanas. Depois do confinamento, ambas aumentaram a frequência - em Águeda quem nunca ia passou a ir todos os dias e em Santa Joana passaram a ir entre 4-6x por semana.

Em Santa Joana, na antiga freguesia de Vera Cruz, na Gafanha e em São Salvador, os idosos da amostra não frequentam nenhuma associação nem fazem desporto. Na Glória, os idosos da amostra frequentam hidroginástica e voluntariado e em Águeda 87% frequenta o CD

(Figura 33). Isto demonstra que grande parte dos idosos não participa ativamente nas atividades disponíveis pelas freguesias, associações culturais, sociais e desportivas.

Acerca do tipo de associação que frequenta/participação na comunidade, a população com as maiores dificuldades económicas não participa em nenhuma, ao responder "Não se aplica", em todas as freguesias. Para a amostra com condições económicas intermédias, em Águeda, 100% frequenta Centro de Dia. No território da antiga freguesia da Glória, metade pratica hidroginástica e a outra metade voluntariado. Para a amostra com melhores condições económicas, apenas em Águeda existe participação no CD. Nas restantes freguesias, as respostas consistiram entre "Não se aplica". Deste modo, a população com condições intermédias consegue participar mais na comunidade.

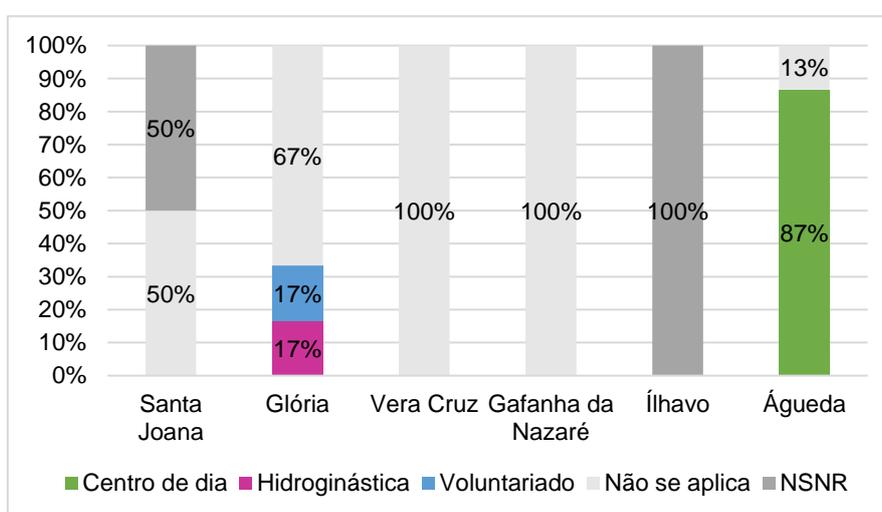


Figura 33 - Qual a associação ou desporto que faz? (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

No que diz respeito aos espaços verdes, as respostas variam muito (Figura 34). Em Santa Joana, e na UF Glória e Vera Cruz, mais de 50% da amostra visitava espaços verdes antes do confinamento várias vezes por semana. Os territórios onde menos idosos visitam espaços verdes é na Gafanha e em Águeda onde mais de 50% nunca frequenta estes espaços. Apenas 28% da população idosa da amostra frequentava os espaços verdes quase todos os dias na Gafanha, mesmo sendo esta umas das cidades com maior percentagem de jardins e parques de maior dimensão. Em Águeda, apenas 7% frequentava entre 1 e 3 vezes por semana, podendo-se justificar-se pela dificuldade em caminhar (60% com dificuldade, muita dificuldade e sem andar) mas também por ser uma das áreas de estudo com menos parques e jardins (0,3%).

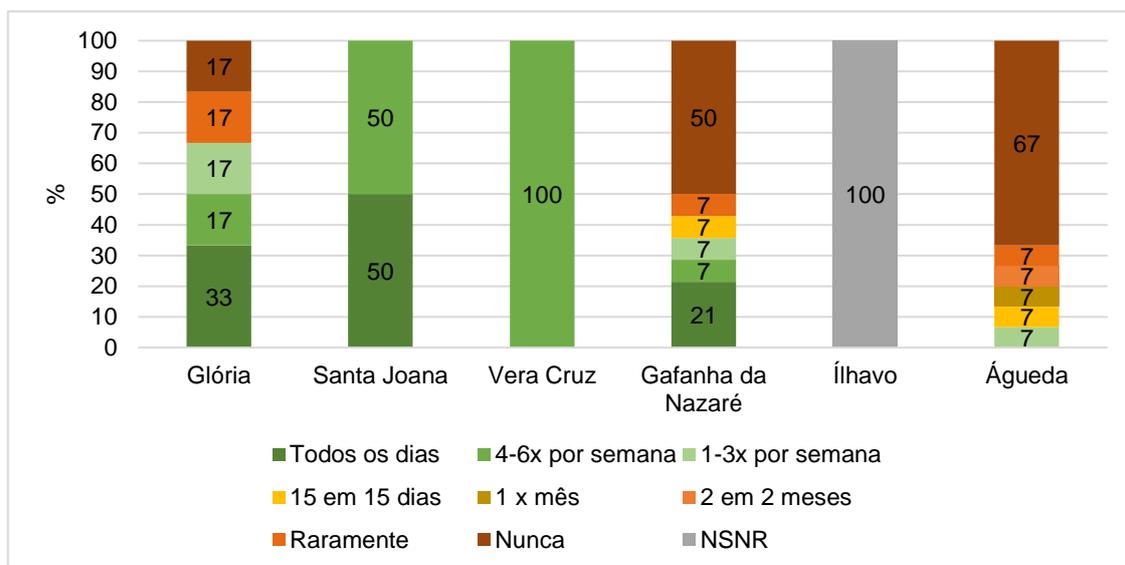


Figura 34 - Regularidade de idas a espaços verdes, antes do confinamento, por freguesia (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Depois do confinamento, os idosos em Águeda que iam de “15 em 15 dias”, “2 em 2 meses” e “raramente”, pioraram a sua frequência para “nunca” visitarem os espaços verdes, tornando-se assim na freguesia que mais piorou o comportamento dos idosos com a pandemia Covid-19. Na Gafanha, a mesma situação ocorreu, os idosos que visitavam estes espaços entre 1 e 3 vezes por semana passaram a nunca visitar. Nas restantes freguesias mantiveram-se os comportamentos dos idosos.

O antigo território da freguesia da Glória e a Gafanha são as freguesias onde mais idosos mantiveram as duas saídas de casa igual depois do confinamento (acima dos 40%), pelo que o confinamento não os afetou de forma significativa no quotidiano, apesar de na Gafanha, alguns hábitos tenham piorado na ida a espaços verdes e saúde, por exemplo. Em Santa Joana, no antigo território da freguesia de Vera Cruz e Águeda, a resposta mais frequente foi “um pouco menos do que antes do confinamento” com percentagens acima dos 40%, o que indica que os hábitos do quotidiano ainda não voltaram ao habitual pré-Covid-19 e que existe ainda menos participação na comunidade nestes territórios, seguindo uma tendência semelhante às atividades que as instituições e associações promoviam – muitas ainda não voltaram ao normal (Figura 35).

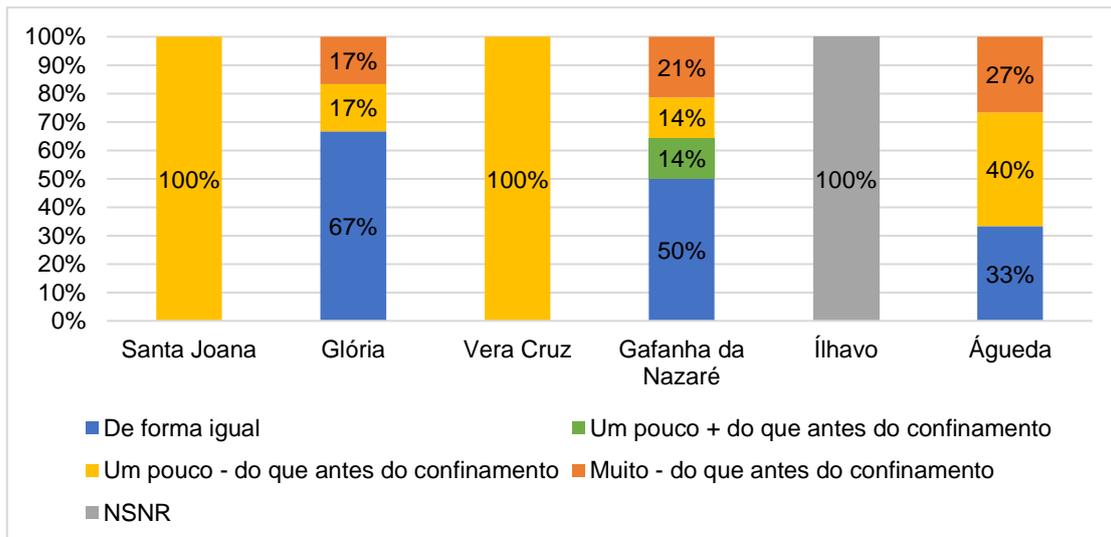


Figura 35 - Agora sai mais ou menos de casa?, por freguesia (%)
 Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

A pandemia Covid-19 e o confinamento tiveram consequências negativas nos padrões de mobilidade inquiridos em todas as freguesias, com exceção do território da antiga freguesia da Glória onde 67% admite que não sofreu nenhuma consequência. Na Gafanha é onde as consequências “muito negativas” mais se verificam com 29% da amostra, seguindo-se de Águeda com 7% a indicar consequências “muito negativas” e 47% “negativas”. Apesar das consequências mais negativas na Gafanha, esta freguesia foi das que menos alterações nas atividades do quotidiano dos idosos teve (Anexo M).

A grande maioria dos inquiridos acredita que irá sair de forma igual antes do confinamento, portanto existe alguma esperança de que a vida dos idosos volte a normalizar ao que outrora era e que haja mais oportunidades para participar na comunidade. Contudo, ainda uma grande percentagem (acima dos 33%) não sabe como estarão os seus comportamentos quotidianos no futuro (Anexo N).

Sobre alterações benéficas para a população idosa, a grande maioria não tem nada a apontar. A alteração mais mencionada foi o espaço de circulação pedonal, o que reflete que as condições de circulação a pé dos idosos não são fáceis, especialmente em Santa Joana e na Gafanha – freguesias com tecido artificializado muito descontínuo. Mobiliário e equipamentos urbanos foram ainda mencionados na Gafanha e em Águeda, elementos que facilitariam a deslocação dos idosos com mais dificuldade (Anexo O).

5.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A hierarquização das freguesias pela adequação ao *AIP* realizou-se por via da análise da quantidade e caracterização da oferta, pela intervenção municipal e pela acessibilidade aos quatro tipos de serviços em estudo, tendo em conta os dados dos cálculos de cobertura populacional, indicadores por cada 1000 idosos, distribuição dos vários tipos de equipamento em cada serviço estudado (%) e análise do contexto territorial realizados ao longo do trabalho, mas também pelas respostas que as instituições, associações, CM e Juntas de Freguesia forneceram. As freguesias foram distribuídas da melhor para a pior freguesia a aplicar o *AIG* de acordo com o tipo de serviço e de acordo com cada parâmetro avaliado.

A UF Glória e Vera Cruz aparece em primeiro lugar como o melhor território para o *Ageing in Place* na ação social, saúde e cultura. Isto deve-se pela sua fácil acessibilidade a pé aos serviços disponíveis, pela quantidade e pela diversidade que apresentam. Nos serviços de desporto, é Gafanha que se encontra em primeiro lugar devido à intervenção municipal e pela maior quantidade (8 equipamentos) e diversidade de equipamentos desportivos com serviços para a população idosa. Na cultura situa-se em terceiro lugar devido à forte intervenção municipal na cultura para os idosos e também por ter uma universidade sénior (Quadro 17).

Santa Joana destaca-se maioritariamente pelos serviços de ação social (por ser a freguesia com maior percentagem de cobertura populacional – 9%). Nos restantes serviços, situa-se numa posição mais baixa devido à fraca oferta e diversidade, mas também pela fraca acessibilidade a pé aos serviços de ação social, cultura e saúde (falta de acesso aos habitantes no Sudeste da freguesia e território descontínuo) (Quadro 17).

A UF Águeda e Borralha apresenta uma posição relativamente constante nos 4 tipos de serviços, devido ao equilíbrio em quantidade e diversidade da oferta pelos serviços (por ser a única freguesia com CC, tem CSH, universidade sénior, mas também tem atividades desportivas promovidas pelo município) uma vez que se constitui como a sede do município e como um centro no sistema urbano da área de influência de Aveiro (Quadro 17).

São Salvador aparece em segundo lugar como melhor território para o *Ageing in Place* no âmbito da cultura e desporto devido sobretudo à forte intervenção municipal. Na ação social, encontra-se em último lugar devido à inexistência de respostas para o *AIP* (CD e CC) (Quadro 17).

Quadro 17 - Hierarquização das freguesias por tipo de serviço

	Ação Social	Saúde	Cultura	Desporto
1.º	Glória e Vera Cruz	Glória e Vera Cruz	Glória e Vera Cruz	Gafanha da Nazaré
2.º	Santa Joana	Águeda e Borralha	São Salvador	São Salvador
3.º	Águeda e Borralha	São Salvador	Gafanha da Nazaré	Águeda e Borralha
4.º	Gafanha da Nazaré	Gafanha da Nazaré	Águeda e Borralha	Santa Joana
5.º	São Salvador	Santa Joana	Santa Joana	Glória e Vera Cruz

Fonte: Elaboração própria

A avaliação das freguesias pelos parâmetros avaliados (quantidade e caracterização da oferta, intervenção municipal e acessibilidade) demonstra que a UF Glória e Vera Cruz é a melhor freguesia na qualidade, quantidade e acessibilidade dos serviços disponíveis à população idosa (Quadro 18).

As freguesias em estudo de Ílhavo caracterizam-se pela sua elevada intervenção local e municipal devido ao investimento do município na qualidade de vida dos idosos. Muito próximas encontram-se as freguesias do município de Aveiro, Santa Joana em terceiro lugar e Glória e Vera Cruz em quarto. Em último lugar destaca-se para a UF Águeda e Borralha com menor intervenção municipal, de acordo com a informação apurada (Quadro 18).

Quanto à acessibilidade, Gafanha encontra-se em segundo lugar uma vez que os seus serviços se encontram a uma distância a pé onde consegue incluir grande parte da sua população da cidade, dependendo do tipo de serviço. De seguida, encontra-se Águeda e Borralha e Santa Joana – mesmo freguesias geograficamente opostas, muitos dos seus serviços não conseguem garantir acessibilidade a uma distância a pé às localidades extremas destas freguesias, reforçado pela oferta mais fraca em Santa Joana. São Salvador é a freguesia com pior acessibilidade uma vez que a grande parte dos seus serviços se localizam maioritariamente no centro, ao deixar de parte localidades rurais ao longo do território, com exceção aos equipamentos desportivos e culturais onde a distribuição dos mesmos é acessível a vários pontos do território. Como São Salvador não possui nenhum serviço social *AIP* (CC ou CD), a acessibilidade é nula para estes serviços. Por esta razão, Águeda e Santa Joana ficam à frente de São Salvador (Quadro 18).

Quadro 18 - Hierarquização das freguesias por tipo de parâmetros de avaliação

	Quantidade e caracterização do serviço	Intervenção Local/Municipal	Acessibilidade
1.º	Glória e Vera Cruz	São Salvador	Glória e Vera Cruz
2.º	Águeda e Borralha	Gafanha da Nazaré	Gafanha da Nazaré
3.º	São Salvador	Santa Joana	Águeda e Borralha
4.º	Gafanha da Nazaré	Glória e Vera Cruz	Santa Joana
5.º	Santa Joana	Águeda e Borralha	São Salvador

Fonte: Elaboração própria

De um modo geral é possível avaliar a posição de cada freguesia na oferta dos seus serviços e melhor *Ageing In Place* (Quadro 19). Em primeiro lugar encontra-se a UF Glória e Vera Cruz pela sua alta posição nos três parâmetros de avaliação, dado o elevado número e diversidade de equipamentos de ação social, saúde e cultura que oferecem uma panóplia de serviços assim como a sua respetiva forte cobertura territorial. O segundo lugar pertence a São Salvador (coroa 2) maioritariamente pela sua alta posição no parâmetro da intervenção municipal

na cultura e desporto. Em terceiro lugar situa-se Gafanha pelas mesmas razões que São Salvador já que as medidas do município influenciam todas as suas freguesias, em especial as que mais equipamentos possuem para abrigar as atividades. Águeda e Borralha (coroa 3) ocupa o quarto lugar e Santa Joana situa-se em quinto lugar. Esta posição coloca Santa Joana (localizada próxima do centro de Aveiro) com uma oferta de serviços pior do que os serviços na UF Águeda e Borralha, o que prova que o sistema de planeamento de Aveiro é policêntrico pois Águeda surge como um dos vários centros deste sistema através da sua diversificação dos serviços em estudo, semelhante ao centro de Aveiro. A falta de atividades e serviços em Santa Joana e fraca acessibilidade de uma parte da população a estes prejudica a participação dos idosos e, conseqüentemente, o *Ageing In Place* não apresenta as condições necessárias, derivado da sua ocupação periurbana e elevada dependência da oferta de serviços dos territórios mais centrais (UF Glória e Vera Cruz). Assim, as freguesias seguem a tendência de quanto mais se afasta do centro da cidade de cada área de estudo, menos serviços e atividades existem.

Quadro 19 - Hierarquização final da oferta de serviços e caracterização do *Ageing in Place*, por freguesia

	Coroa	Hierarquização	Caracterização
1.º	Cidade e 1	Glória e Vera Cruz	<i>AIP</i> com forte acessibilidade e diversidade de oferta
2.º	2	São Salvador	<i>AIP</i> com forte intervenção das autoridades locais
3.º	2	Gafanha da Nazaré	
4.º	3	Águeda e Borralha	<i>AIP</i> com fraca intervenção e acessibilidade, mas alguma diversidade na oferta dos serviços
5.º	Cidade	Santa Joana	<i>AIP</i> com fraca oferta e acessibilidade, mas alguma intervenção local

Fonte: Elaboração própria

6. DESAFIOS PARA O FUTURO

6.1. PROJEÇÃO DEMOGRÁFICA E NECESSIDADES FUTURAS

Para um planeamento urbano atempado e que procura agir por antecipação aos desafios que se avizinham a curto e longo prazo, torna-se de extrema importância procurar prever as necessidades futuras. Neste caso, é de extrema relevância o entendimento do que será a comunidade idosa nos próximos 10/20 anos, para que as entidades públicas e privadas, locais, regionais e nacionais, possam ajustar os serviços atualmente existentes a um novo perfil de população.

Assim, realizou-se uma projeção demográfica para 2031 e 2041 na tentativa de prever a evolução do envelhecimento (neste caso, o número de idosos) nas freguesias em estudo. Esta projeção foi baseada nas tendências de envelhecimento das últimas décadas (1991-2021), considerando diversos ritmos de envelhecimento (que geraram três cenários distintos). A utilização deste método deveu-se especialmente às limitações do Modelo *Cohort-Survival* para grandes escalas, como é o caso das freguesias.

Os dados do INE necessários para realizar as projeções no modelo *Cohort-Survival* apresentam incongruências que impossibilitaram resultados viáveis nomeadamente a existência de *cohorts* em que o número de óbitos superava o número de residentes. Como explicado pela equipa técnica do INE através de contacto direto, verificam-se limitações nos dados à escala da freguesia pois a população estrangeira não é recolhida à escala da freguesia, mas sim ao nível do município; as migrações entre freguesias não são recolhidas entre os anos censitários; a data de recolha dos censos (início do ano) e a data de recolha dos óbitos (a 31 de dezembro) é diferente pelo que uma percentagem de população num determinado *cohort* pode passar ao *cohort* seguinte no mesmo ano se o seu aniversário for depois da data dos censos; idosos que residem em ERPI passam a ser residentes oficiais na freguesia da ERPI, por isso num intervalo de 5-10 anos, a residência altera-se e os habitantes do período inicial não são os mesmos no final do período temporal.

A inexistência de dados da população residente por *cohort* de 5 anos para os dados de 1991 (motivado pela incompatibilidade das unidades territoriais com os anos censitários seguintes) e de 2021 (por indisponibilidade dos dados ao público até ao término da tese), exigiu uma adaptação do número de população residente por grandes faixas etárias (0-14, 15-64, 65 ou mais anos) para os *cohorts* de 5 em 5 anos, recorrendo à manutenção das proporções de distribuição do ano censitário mais próximo (proporção de 2001 para a construção de 1991 e proporção de 2011 para a estimativa de 2021).

Posto isto, a base de construção da projeção demográfica para 2031 e 2041 para cada freguesia considerou a evolução populacional de 1991 a 2021 em *cohorts* de 5 anos. A variação populacional entre recenseamentos e a variação populacional para três períodos específicos – i)

1991-2021; ii) 2001-2021 e iii) 2011-2021, permitiram compreender os ritmos de envelhecimento da população, sendo evidente e generalizado o fenómeno de duplo envelhecimento (maior número de idosos, menor número de jovens, idosos cada vez mais idosos). Os ritmos distintos de envelhecimento destes três períodos geraram três cenários demográficos distintos:

- O cenário de envelhecimento **agravado** baseado na tendência de evolução 1991-2021, onde houve um aumento substancial da população idosa, variações médias fortes. Resulta em percentagens de população idosa acima dos 40% na maioria das freguesias para os anos de 2031 e 2041 e um aumento substancial ao comparar com a população idosa de 2021;

- O cenário de envelhecimento **intermédio** baseado na tendência de evolução 2001-2021, apresenta uma variação da população idosa menos acentuada do que no cenário agravado, mas com variações de população média;

- O cenário de envelhecimento **baixo** baseado na tendência de evolução 2011-2021, reflete as variações de população da última década baseados na realidade atual de crescimento apresentado assim variações de população mais ligeiras. Este cenário foi o escolhido para realizar os indicadores de envelhecimento, indicadores de capacidade dos vários equipamentos em estudo e a necessidade da criação de equipamentos nos próximos 10 e 20 anos, pois refletem valores menos amplificadas.

No cenário intermédio (Quadro 20) é previsto que a população ativa diminua em todas as freguesias e que a população idosa aumente substancialmente, onde freguesias como Santa Joana terá aumentos de 15% entre 2021 e 2031. Nas restantes freguesias da coroa 2 e 3, a população idosa terá aumentos entre os 10 e 11%. Neste cenário, a população jovem sofre uma grande diminuição em todas as freguesias, contribuindo para o aumento da diferença entre a população jovem e idosa, onde existem entre 2 e 4 vezes mais idosos do que jovens em 2031 e entre 4 e 7 vezes mais em 2041. A população idosa passará a ser mais de um terço da população total a partir de 2031 e acentuar-se-á em 2041, com consequências na prestação dos vários tipos de serviços e na coesão social.

Quadro 20 - Cenário de Envelhecimento Intermédio (estrutura etária da população, %)

Anos	2021			Projeção 2031			Projeção 2041		
	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+
Santa Joana	13,4	63,6	23,0	9,3	51,9	38,9	6,4	44,0	49,6
UF Glória e Vera Cruz	12,0	66,8	21,2	9,7	62,2	28,1	8,0	59,0	33,0
Gafanha da Nazaré	13,7	66,8	19,5	9,3	59,4	31,3	6,4	54,3	39,3
São Salvador	13,0	63,1	23,9	9,8	55,6	34,5	7,1	49,1	43,7
UF Águeda e Borralha	12,8	63,9	23,3	9,5	55,6	34,9	6,7	48,7	44,6

Fonte: INE (1991, 2001, 2011, 2021)

No cenário baixo (Quadro 21) a estrutura etária para 2031 apresenta valores mais contidos, apesar de revelar um cenário de envelhecimento marcante na estrutura etária. Neste cenário, as populações jovens e ativas não passam por oscilações marcantes entre 2021 e 2041. Contudo, é na população idosa que se notam mais diferenças uma vez que terão aumentos entre os 3,6% em Águeda e Borralha e os 7,8% em Santa Joana entre 2021 e 2031. A UF Glória e Vera Cruz será a freguesia com menores oscilações de população, apesar de ter a tendência para envelhecer, não será brusca – atingindo 24,3% de população idosa em 2041. Gafanha da Nazaré, depois da Glória e Vera Cruz, será segunda freguesia menos envelhecida em 2031 e 2041. Por outro lado, Santa Joana apresenta uma tendência muito mais evidente no aumento da sua população idosa, ao passar de 23% para 38,3% de idosos em 20 anos. A freguesia de São Salvador passará por uma situação semelhante a Santa Joana, que passará de 23,9% de população idosa para 29,6% em 2031 e 35,6% em 2041. A terceira freguesia mais envelhecida, UF Águeda e Borralha, terá um aumento de 8,6% da sua população idosa em 20 anos. A estrutura etária das freguesias entre 2021 e 2031 não terá diferenças substanciais, contudo entre 2031 e 2041, a estrutura envelhecida ficará mais acentuada.

Quadro 21 - Cenário de Envelhecimento Baixo (estrutura etária da população, %)

Anos	2021			Projeção 2031			Projeção 2041		
	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+
Santa Joana	13,4	63,6	23,0	12,0	57,2	30,8	10,7	51,1	38,3
UF Glória e Vera Cruz	12,0	66,8	21,2	11,5	65,5	22,9	11,2	64,5	24,3
Gafanha da Nazaré	13,7	66,8	19,5	11,6	63,5	24,9	9,8	60,5	29,7
São Salvador	13,0	63,1	23,9	11,3	59,1	29,6	9,7	55,1	35,2
UF Águeda e Borralha	12,8	63,9	23,3	12,7	60,4	26,9	11,4	56,8	31,9

Fonte: INE (1991, 2001, 2011, 2021)

Considerando as projeções realizadas, o Quadro 22 representa a estrutura da população, os índices populacionais e o estado atual e futuro dos quatro tipos de serviços para os próximos 10 e 20 anos.

Como já mencionado no Quadro 21, a estrutura etária irá sofrer um envelhecimento notável na população, tanto pela diminuição da população ativa como também pelo aumento da população idosa. Deste modo, esta distribuição tem efeitos ao nível dos índices populacionais. Notar-se-á um aumento acentuado no índice de envelhecimento em Santa Joana e São Salvador nos próximos 10 anos, seguindo a mesma tendência até 2041, atingindo mais de 359 idosos por cada 100 jovens em 2041, tornando-se as duas freguesias com a evolução mais acentuada

desde 2011. Nas restantes freguesias, o agravar do envelhecimento é visível, mas não apresenta valores tão díspares. A UF Glória e Vera Cruz demarca-se por ser a freguesia com uma evolução mais contida do índice de envelhecimento desde 2011, atingindo apenas em 2041 valores superiores a 200 idosos por cada 100 jovens.

Para os equipamentos de ação social, a capacidade de resposta será desafiada consideravelmente em todas as freguesias, mais notável nas freguesias com uma capacidade já reduzida em 2022 pois os constrangimentos atuais ampliar-se-ão, se a oferta não for reforçada. Esta diminuição da capacidade de resposta regista-se especialmente nas freguesias em estudo de Ílhavo, derivado da ainda falta de diversidade de respostas, exemplo de São Salvador que não tem nenhum Centro de Dia nem Centro de Convívio.

A freguesia com menor perda de capacidade de resposta relativamente à percentagem de idosos servidos é a UF Glória e Vera Cruz, conseguindo atingir em 2041 capacidades superiores às existentes em 2022 em Gafanha e Ílhavo, apesar de registar menor capacidade em CD do que em Santa Joana e UF Águeda e Borralha. A existência de CC em Águeda e Borralha permite que esta freguesia se destaque na diversidade das respostas, apesar de se sobressair pela elevada capacidade em ERPI em detrimento de outras respostas *AIP*. Santa Joana destaca-se pela maior capacidade em CD, e apesar de registar uma diminuição elevada da capacidade, permanece com uma capacidade de 29,4 lugares por cada 1000 idosos em 2041. Com exceção a Santa Joana e UF Glória e Vera Cruz, as freguesias apresentam maior capacidade em ERPI do que as restantes respostas mais amigas do *AIP*, tendência que se mantém até 2041, se se mantiver a distribuição de tipos de respostas sociais de 2022.

Como expectável, os números dos equipamentos de Cuidados de Saúde Primários em Aveiro destacam-se por uma redução do seu número por cada 100 idosos, com maior evidência na UF Glória e Vera Cruz e na coroa 2, freguesias onde será necessário reforçar o número de equipamentos. O número de médicos e enfermeiros nos CSP por cada 1000 idosos segue uma tendência de diminuição geral, colocando em evidência os desafios que os recursos humanos dos serviços de saúde enfrentam atualmente e no futuro com o aparecimento de pandemias e novas doenças, conjugado com o facto da faixa etária idosa ser mais vulnerável e em maior número.

O inquérito do Projeto Grampcity permitiu concluir que a utilização dos serviços de saúde foi prejudicada em grande medida com a pandemia Covid-19, provando assim a necessidade de reforçar estes serviços (ao nível dos recursos físicos e humanos) e prepará-los para desafios futuros sem comprometer a prestação destes às pessoas mais idosas.

Quanto à saúde privada, incluindo farmácias, clínicas e hospitais privados, sofrerá uma diminuição do rácio de número de equipamentos por 1000 idosos em todas as freguesias, estando especialmente carente em 2041 nas freguesias de Santa Joana, São Salvador e

Gafanha da Nazaré. A UF Glória e Vera Cruz consegue preservar melhor o número de equipamentos de saúde privada por 1000 idosos devido à forte concentração deste tipo de serviços privados no centro de Aveiro.

Caso se mantenham os serviços, os equipamentos de cultura e desporto revelam igualmente uma redução na sua resposta. Por isso, é imprescindível que se reforcem as atividades e serviços nos equipamentos já existentes, e se for necessário, criar centros de cultura e artes para promover atividades de âmbito social e cultural para a população idosa, mas também para a restante população, promovendo relações intergeracionais e a coesão social. O mesmo se aplica aos equipamentos de desporto – importando, primeiramente, aproveitar o potencial dos equipamentos existentes e dos espaços verdes e livres no espaço público de cada freguesia e cidade, com maior facilidade no centro de Aveiro e de Águeda onde se destaca um território mais urbano e contínuo, do que em territórios mais fragmentados como Santa Joana ou São Salvador.

Quadro 22 - Quadro síntese da estrutura atual e futura da população e do estado atual e futuro dos serviços em estudo

Coroa	Freg.	Anos	População			Índices populacionais			Indicadores por 1000 idosos									
			Total (N.º)	Idosa		Envelhecimento	Dependência de idosos	Dependência total	Capacidade das respostas de ação social				CSP	Médicos	Enfermeiros	Eq. saúde privada	Eq. cultura	Eq. desporto
				N.º	%				SAD	CD	ERPI	CC						
Cidade	Santa Joana - Aveiro	2011	8094	1347	16,6	114	24	45										
		2021/22	8026	1843	23,0	171	36	57	30,4	51,0	33,1	0	0,5	3,8	3,8	2,7	1,6	2,7
		*2031	8192	2522	30,8	256	54	75	22,2	37,3	24,2	0	0,4	2,8	2,8	2,0	1,2	2,0
		*2041	8358	3200	38,3	359	75	96	17,5	29,4	19,1	0	0,3	2,2	2,2	1,6	0,9	1,6
Cidade e 1	UF Glória e Vera Cruz - Aveiro	2011	18756	3662	19,5	161	29	47										
		2021/22	21236	4500	21,2	177	32	50	60,4	16,7	42,7	0	1,3	7,3	7,6	16,0	4,0	0,9
		*2031	24104	5530	22,9	199	35	53	49,2	13,6	34,7	0	0,2	6,0	6,1	13,0	3,3	0,7
		*2041	26973	6560	24,3	218	38	55	41,5	11,4	29,3	0	0,0	5,0	5,2	11,0	2,7	0,6
2	Gafanha da Nazaré - Ílhavo	2011	15240	2237	14,7	94	22	45										
		2021/22	15553	3026	19,5	142	29	50	11,6	6,6	22,1	0	0,7	3,6	3,6	5,9	2,0	2,6
		*2031	16682	4156	24,9	214	39	58	8,4	4,8	16,1	0	0,2	2,6	2,6	4,3	1,4	1,9
		*2041	17811	5287	29,7	302	49	65	6,6	3,8	12,7	0	0,0	2,1	2,1	3,4	1,1	1,5
2	São Salvador - Ílhavo	2011	16470	3135	19	130	29	51										
		2021/22	16677	3987	23,9	184	38	58	25,1	0,0	32,1	0	0,8	2,8	4,3	4,8	2,5	2,3
		*2031	17032	5050	29,6	262	50	69	19,8	0,0	25,3	0	0,1	2,2	3,4	3,8	2,0	1,8
		*2041	17388	6112	35,2	362	64	81	16,4	0,0	20,9	0	0,0	1,8	2,8	3,1	1,6	1,5
3	UF Águeda e Borralha - Águeda	2011	13576	2510	18,5	128	26	47										
		2021/22	13710	3190	23,3	182	36	56	28,2	25,1	37,6	21,9	1,3	3,1	5,6	9,4	3,4	0,6
		*2031	15089	4054	26,9	211	44	66	22,2	19,7	29,6	17,3	0,3	2,5	4,4	7,4	2,7	0,5
		*2041	15438	4918	31,9	280	56	76	18,3	16,3	24,4	14,2	0,1	2,0	3,7	6,1	2,2	0,4

*Valores com base no cenário de envelhecimento baixo da projeção demográfica

Fonte: INE (1991, 2001, 2011, 2021)

Dadas as projeções realizadas e as capacidades atuais instaladas ao nível dos serviços, importa compreender qual a dimensão das necessidades futuras em termos de serviços.

O cálculo para determinar quantos equipamentos serão necessários nos próximos 10 e 20 anos (Quadro 23) tem como base os dados da população projetada no cenário de envelhecimento baixo e na oferta atual dos equipamentos em número e em capacidade atual (no caso das respostas sociais). Por esta razão, não existe a necessidade de Centros de Convívio uma vez que atualmente apenas existem na UF Águeda e Borralha. A ponderação para os equipamentos de ação social no futuro teve em conta a capacidade atual com base na lógica de que nem todos os idosos precisarão destes serviços, mas sim os que são utentes.

A capacidade futura necessária e, conseqüentemente, o número de equipamentos necessários, é calculada com base na estimativa do número de utentes futuros tendo como referência a lotação atual de cada tipo de equipamento nas freguesias e as tipologias de equipamentos atuais e suas capacidades máximas.

Neste seguimento, a UF Glória e Vera Cruz necessitará de mais 5 equipamentos sociais em 2031 para manter a mesma taxa de cobertura de 2022, com especial atenção ao SAD (necessários mais dois) e mais um Centro de Dia (Quadro 23). De seguida, encontra-se a UF Águeda e Borralha, onde seria importante a implantação de mais quatro equipamentos, um para cada tipo de resposta. Santa Joana encontra-se na mesma situação, com exceção a CC uma vez que não existe cobertura deste equipamento em 2022. As freguesias da coroa 2 são as que têm menor cobertura populacional e diversidade de respostas, por isso, a necessidade de mais equipamentos nos próximos anos é menor em termos proporcionais e refletem a reduzida cobertura de 2022 pelo que é necessário avaliar se é necessário criar mais do que um equipamento por cada tipo de resposta para 2031 na Gafanha, por exemplo, com maior ênfase às respostas sociais amigas do *Ageing in Place*.

Estes dados não podem descartar o papel que as famílias e outros cuidadores dos idosos têm no âmbito da prestação de cuidados informais. Por isso, os aumentos das ERPI devem ter em conta as necessidades da população mais dependente, normalmente a população com mais dificuldades em andar, a tomar banho ou a vestir-se sozinho, atividades que se tornam progressivamente mais complexas de realizar.

De acordo com dados de 2011 para a área de estudo (dado que os dados de 2021 ainda não estão disponíveis), verificou-se que 22,3% dos idosos entre 65-79 anos das cinco freguesias estudadas apresentavam muita dificuldade em andar ou subir graus (Anexo R), e para os idosos com mais de 80 anos, este valor aumentava para 46,2%. Para tomar banho ou vestir-se sozinho, 7% dos idosos entre 65-79 anos tinha muita dificuldade (Anexo R) e, para os idosos com mais de 80 anos, 13% não conseguia efetuar a ação (Anexo S). Por isso, a capacidade de ERPI deve não apenas basear-se inteiramente na população idosa total, mas ainda nas faixas etárias mais

idosas com maiores níveis de dependência. O aumento das ERPI deve também ter em conta que nas próximas décadas haverá uma diminuição do número de indivíduos em idade ativa, aumentando-se fortemente o fenómeno em que os cuidadores informais são também eles idosos (ou seja, duas gerações de pais e filhos acima dos 65 anos). Portanto, a criação de equipamentos sociais deve preparar-se para esta situação, até agora colmatada pelas famílias. Os restantes equipamentos (SAD, CD e CC) devem servir como um complemento ao apoio das famílias (quando há) para diminuir a sobrecarga dos cuidadores informais, numa perspetiva *Ageing in Place*, mas também primar pela diferenciação das respostas por faixa etária e dentro da mesma faixa etária; isto porque, de acordo com dados de 2011 sobre as dificuldades da população, a faixa etária com mais de 80 anos apresenta maiores dificuldades tanto físicas como mentais – 25% tem muita dificuldade em tomar banho e 17,7% tem dificuldade em compreender os outros ou fazer-se compreender (Anexo S), pelo que são os que têm maior necessidade de serviços especializados, de preferência em casa.

Importa salientar que a necessidade de novos equipamentos é uma referência para as necessidades que terão de atender nas próximas décadas e que, em primeiro lugar, o reforço das necessidades deve ser alcançado através do aumento da capacidade nos equipamentos existentes numa lógica de otimização dos recursos, muitas vezes escassos por parte das instituições, mas também pela administração local. Acresce a isto a importância da criação de respostas mais flexíveis e especializadas em termos de recursos físicos e humanos, como forma de responder às necessidades da população numa abordagem de *AIP*, sem diminuir a qualidade dos serviços já prestados.

Quanto aos equipamentos dos Cuidados de Saúde Primários, para manter a capacidade por 1000 idosos de 2022, será necessário criar um equipamento nos próximos 10 anos e mais 2 entre 2031 e 2041 na UF Glória e Vera Cruz (Quadro 23), ou multiplicar as suas capacidades de resposta em conformidade. NA UF Águeda e Borralha e em São Salvador, é necessário criar um equipamento a cada 10 anos. A tendência em Santa Joana destaca-se por manter o número de equipamentos até 2031 e necessitar de um novo em 2041 e na Gafanha da Nazaré, aumentar um equipamento em 2031 e manter o número de equipamentos em 2041. Contudo, antes de aumentar o número de equipamentos, é importante reforçar os serviços existentes nos equipamentos e combater possíveis desinvestimentos na saúde pública.

A saúde privada, que engloba farmácias, clínicas médicas, hospitais privados e laboratórios, é o tipo de serviço que mais necessitará de aumentar o número de equipamentos, em relação aos atuais, para manter a capacidade de equipamentos por cada 1000 idosos em 2022. Sendo estes valores proporcionais à população idosa projetada para 2031 e 2041, os 16 equipamentos de saúde privada a necessitar daqui a 10 anos no centro de Aveiro podem não ser todos necessários uma vez que estes serviços são prestados a toda a população, ao contrário dos serviços de ação social, por isso poderá haver maior margem para prestar o serviço. O

mesmo se pode verificar nas restantes áreas de estudo. Não obstante, é evidente que as freguesias de Santa Joana e de São Salvador irão necessitar de mais apoio visto serem os territórios com maior percentagem de idosos e com uma oferta muito inferior à UF Glória e Vera Cruz. Dos quatro equipamentos que Santa Joana irá precisar nos próximos 20 anos (Quadro 23), a criação de farmácias e consultórios médicos poderão fazer a diferença na qualidade de vida da população idosa (isto numa lógica de manter os rácios de resposta atuais).

No caso da cultura e do desporto, ao manter a mesma distribuição e equipamentos por cada 1000 idosos, serão necessários entre um e três equipamentos por freguesia a cada 10 anos (Quadro 23). Isto não implica obrigatoriamente a construção de novos equipamentos, mas sim a utilização e aproveitamento do potencial dos existentes que ainda não recebam atividades e serviços para os idosos, de acordo com as necessidades de cada população idosa, que vão evoluindo ao longo dos anos e entre gerações. É de realçar também que a população idosa é heterogénea e as dificuldades de cada faixa vão aumentando com a idade. Por exemplo – a dificuldade de andar, já mencionada, pode ser prevenida ao longo do tempo nas faixas etárias da população ativa, com especial foco na faixa dos 55-64, a qual ainda 90% consegue andar ou subir degraus sem dificuldade (Anexo Q). Ao chegar à faixa etária dos 65-79, essa percentagem diminui para 75% (Anexo R), pelo que atividades desportivas devem focar-se em adiar o agravamento dessas condições. Na faixa etária com mais de 80 anos, apenas 43% consegue andar sem dificuldade (Anexo S), motivo pelo qual os serviços de desporto devem priorizar esta faixa etária.

No âmbito da cultura e das atividades recreativas, a mesma tendência se regista no que refere à memória, concentração e compreensão pois entre a faixa dos 55-64%, mais de 90% da população não tem dificuldade (Anexo Q). Contudo, na faixa dos 65-79 anos, começa a diminuir, mas sem variações acentuadas, mantendo-se mais de 80% da população desta faixa sem dificuldades (média de 8% tem algumas dificuldades) (Anexo R). Contudo, quando se atinge mais de 80 anos, ocorrem diminuições mais evidentes uma vez que existe maior dificuldade em concentrar-se (média de 25% nas freguesias), e em compreender os outros ou fazer-se compreender (média de 18% nas freguesias) (Anexo S). Logo, as atividades em Centros de Dia ou em Centros de Convívio, mas também em associações, bibliotecas e universidades séniores devem focar-se em manter os níveis de memória e concentração nas faixas etárias mais novas e alterar o foco para estimular as faixas etárias mais idosas. É provável que a população idosa dos próximos 10 e 20 anos tenha maiores exigências no que toca aos serviços e atividades recreativas para a sua faixa etária e isso implicará uma maior flexibilidade e adaptação a essas exigências.

Quadro 23 - Equipamentos totais necessários (mantendo a distribuição e cobertura de 2022) (N.º)

Coroa	Freguesia	Anos	Ação Social					Saúde pública	Saúde privada	Cultura	Desporto
			Total	SAD	CD	ERPI	CC				
Cidade	Santa Joana - Aveiro	2022	6	2	2	2	0	1	5	3	5
		*2031	9	3	3	3	0	1	7	4	7
		*2041	12	4	4	4	0	2	9	5	9
Cidade e 1	UF Glória e Vera Cruz - Aveiro	2022	14	6	3	5	0	6	72	18	4
		*2031	19	8	4	7	0	7	88	22	5
		*2041	22	9	5	8	0	9	105	26	6
2	Gafanha da Nazaré - Ílhavo	2022	3	1	1	1	0	2	18	6	8
		*2031	6	2	2	2	0	3	25	8	11
		*2041	6	2	2	2	0	3	31	10	14
2	São Salvador - Ílhavo	2022	4	1	0	3	0	3	19	10	9
		*2031	6	2	0	4	0	4	24	13	11
		*2041	7	2	0	5	0	5	29	15	14
3	UF Águeda e Borralha - Águeda	2022	11	3	3	3	2	4	30	11	2
		*2031	15	4	4	4	3	5	38	14	3
		*2041	18	5	5	5	3	6	46	17	3

*Valores com base no cenário de envelhecimento baixo da projeção demográfica

Fonte: INE (1991, 2001, 2011, 2021)

6.2. ANÁLISE SWOT

A análise SWOT permite sintetizar as forças (S), fraquezas (W), oportunidades (O) e ameaças (T) encontradas ao longo da investigação da área de estudo.

As forças focam-se essencialmente no investimento que algumas das freguesias têm vindo a dedicar ao envelhecimento e à organização de eventos, em colaboração com as restantes freguesias e a um custo acessível. A garantia de transporte dos idosos por parte das associações de ação social constitui-se como um fator de inclusão social. Adicionalmente, nas freguesias do centro de Aveiro e coroa 1 predominam as respostas favoráveis a um *Ageing in Place*, e os SAD sediados nas freguesias apresentam uma cobertura intermunicipal.

As fraquezas estão associadas à dispersão territorial e à acessibilidade insuficiente aos serviços, que se intensificam pelo facto de muitas das atividades promovidas pela administração local não garantirem transporte, e pelos impactes negativos que a Pandemia Covid-19 causou nos serviços e no quotidiano dos idosos, refletindo-se numa reduzida participação dos mesmos nas suas comunidades. Os pontos fracos do *Ageing in Place* das freguesias passam ainda pela falta de criação de relações intergeracionais com a população jovem por via das escolas, pela cobertura reduzida das respostas sociais, pelo elevado custo do SAD e pela predominância de ERPI a partir das freguesias de Ílhavo e Águeda.

As oportunidades destacam-se acima de tudo ao nível das orientações de política do PRR, do PROT-Centro e do crescente compromisso dos municípios. A centralidade de Aveiro pode proporcionar na criação de mais investimentos e a Universidade de Aveiro tem potencial para criar sinergias entre os idosos e a restante população, bem como promover investigação-ação sobre novas respostas mais flexíveis para o idoso. A utilização das TIC assume-se ainda como uma ferramenta ao seu dispor no quotidiano.

As ameaças estão direcionadas para o perigo da Pandemia Covid-19 e de doenças contagiosas que possam surgir e afetar o bem-estar da população idosa, para o desinvestimento dos serviços em estudo devido a crises económicas e para os níveis baixos de literacia digital e de literacia da saúde e qualidade de vida na população idosa, que se constitui como um entrave à utilização das TIC.

Quadro 24 - Análise SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O nível de escolaridade dos idosos é mais elevado no centro de Aveiro (25% dos idosos tem o ensino superior na UF Glória e Vera Cruz); ▪ Forte investimento da Junta de Freguesia de Santa Joana e Câmara Municipal de Ílhavo no envelhecimento; ▪ Existência de vários equipamentos culturais com potencial para receber eventos com foco na pessoa idosa (exceto em Santa Joana); ▪ A proximidade à Ria de Aveiro e praias com potencial para recreio e atividades lúdicas (UF Glória e Vera Cruz e Gafanha da Nazaré); ▪ Existência de relações intermunicipais entre Ílhavo e os restantes municípios na organização de eventos pois recebem idosos de outras freguesias em estudo; ▪ Elevada cooperação nos equipamentos de desporto entre UF Glória e Vera Cruz e Santa Joana (município de Aveiro); ▪ A maioria das respostas sociais assegura transporte até à instituição; ▪ A maioria dos SAD garante serviços fora das freguesias da sua sede; ▪ UF Águeda e Borralha possui alguma independência devido à sua diversidade de serviços de saúde e sociais, constituindo-se como um centro no sistema policêntrico de Aveiro; ▪ A maioria dos serviços de cultura e desporto são gratuitos e os que têm custo, são relativamente acessíveis; ▪ O equipamento "Laboratório do Envelhecimento" em São Salvador serve de alavanca para aumentar relações entre os idosos das cinco freguesias e instituições de educação, cultura e dinamização de atividades diversas; ▪ Maior cobertura populacional para os Centros de Dia e SAD do que em ERPI nas freguesias da cidade e coroa 1); ▪ A Universidade de Aveiro como instituição de ensino fomenta relações intergeracionais e criação de sinergias na educação; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O nível de escolaridade dos idosos é mais baixo em Santa Joana, coroa 2 e 3 (média de 63% dos idosos tem o 1.º ciclo básico); ▪ Investimento público local menos evidente na UF Águeda e Borralha e na UF Glória e Vera Cruz) refletindo-se em menos serviços e atividades aos idosos garantidos pela administração local, especialmente de desporto e cultura, estando estas mais presentes em associações privadas; ▪ Baixa cobertura populacional das respostas sociais (capacidade máxima para 8,8% dos idosos na área de estudo); ▪ A maioria dos serviços localiza-se em tecido artificializado descontínuo, o que reflete um território de baixa densidade e fraca acessibilidade a pé aos serviços, especialmente em Santa Joana, Gafanha da Nazaré e São Salvador; ▪ Saúde privada com elevada concentração no centro de Aveiro; ▪ Falta de criação de relações intergeracionais com as escolas das freguesias e municípios; ▪ Falta de equipamentos culturais em Santa Joana; ▪ Maioria das instituições sociais não voltou a investir em atividades devido ao Covid-19; ▪ Transporte não assegurado pelas associações culturais e desportivas nem para atividades culturais promovidas pela administração local (exceto em Santa Joana para as atividades de hidroginástica); ▪ SAD com custos elevados; ▪ Inexistência de CC (exceção em Águeda e Borralha); ▪ Predominância de ERPI em São Salvador e na UF Águeda e Borralha; ▪ Respostas sociais lotadas e muito próximas do limite em São Salvador e Gafanha da Nazaré; ▪ A procura registada nos inquéritos reflete a fraca oferta social e participação na comunidade muito reduzida;
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A UF Glória e Vera Cruz é a freguesia com maior disponibilidade de vagas nas respostas sociais (4,2% da capacidade está vaga); ▪ O PRR - Plano de Recuperação e Resiliência - Dimensão Resiliência, componente 1. SNS e componente 3. Respostas Sociais – permitirá um maior investimento nestes serviços; ▪ Crescente compromisso/reconhecimento na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa na política municipal em Ílhavo e que pode desenvolver-se nos restantes municípios; ▪ A população idosa das próximas décadas estará mais confortável com as TIC; ▪ Aumento do uso das TIC no quotidiano e nos serviços de saúde; ▪ Centralidade de Aveiro como cidade média e administrativa - criação de mais serviços/investimentos; ▪ A promoção do reforço de sinergias urbano-rurais presente no PROT-Centro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiência do número de equipamentos para os próximos 10 e 20 anos em todas as freguesias nos 4 tipos de serviços; ▪ Intensificação da estrutura etária envelhecida para os próximos 10 e 20 anos; ▪ Pandemia Covid-19 e novas doenças contagiosas que poderão surgir; ▪ Aumento da multimorbilidade poderá causar a sobrecarga dos serviços sociais e de saúde; ▪ O aumento do turismo no centro de Aveiro pode tornar o território hostil para a população idosa; ▪ O desinvestimento do SNS poderá prejudicar a saúde da população idosa; ▪ Crises económicas e respetivo desinvestimento no setor da ação social, cultura e desporto;

6.3. PROPOSTAS

No seguimento da projeção demográfica, análise das capacidades atuais e futuras dos serviços e da análise SWOT, foram reunidas um conjunto de propostas para um melhor *Ageing in Place* na área de estudo.

Como medidas gerais para todas as freguesias propõe-se:

- Aumentar a capacidade, quando possível, ou o número de respostas sociais, com conseqüente reforço dos recursos humanos e físicos, conjugando as respostas já existentes e mais tradicionais com repostas mais inovadoras e flexíveis que aumentem a eficiência das respostas;
- Garantir o transporte a todas as atividades que a administração local promova para quem solicite. Assim, a mobilidade reduzida dos idosos e os que residem nos territórios artificializados com tecido descontínuo e rurais com diminuta acessibilidade deixa de ser um fator de exclusão social;
- Criar projetos intergeracionais - visitas às escolas das freguesias de todos os ciclos de ensino numa lógica de partilha de experiências e combate ao idadismo. Por exemplo, dar continuidade ao projeto “Ser Velho é Mau?” do departamento “Maior Idade” da CM Ílhavo;
- Incentivar a educação dos idosos, especialmente daqueles com menores níveis de escolaridade e com maiores dificuldades económicas, ao fomentar relações com bibliotecas, universidades e voluntariado;
- Promover eventos e colaboração entre os três municípios onde se situam as cinco áreas de estudo;
- Reforçar o voluntariado e fomento de redes de entreaajuda nas comunidades para ajudarem as pessoas idosas que vivam nas zonas mais rurais de cada freguesia;

Para as freguesias de Santa Joana, UF Glória e Vera Cruz, Gafanha da Nazaré e São Salvador propõe-se avaliar a hipótese da criação de Centros de Convívio e reforço a capacidade de SAD e CD na sequência da necessidade do aumento do número de equipamentos para os próximos 10 e 20 anos (Quadro 23).

Para Santa Joana, propõe-se a construção de uma farmácia localizada a sudeste da freguesia, facilmente acessível a pé, ou a criação de respostas mais flexíveis por parte destes serviços que promovam, por exemplo, a entrega de medicação em casa; e de, pelo menos, um consultório médico com especialidades mais procuradas pela população idosa e/ou também a existência destes serviços ao domicílio, para evitar a deslocação ao centro de Aveiro; aproveitamento da biblioteca da junta de freguesia para realizar atividades e eventos, como por exemplo *workshops* e formações para promover a literacia digital da população; aproveitamento dos pavilhões desportivos para receber aulas de atividade física, que complementem a hidroginástica em Vera Cruz e que deem outras opções para os idosos que preferem praticar

outras atividades e que se foquem na manutenção e atenuação das dificuldades físicas dos idosos.

Para a UF Glória e Vera Cruz propõe-se a expansão do projeto "Biblioteca Itinerante" à casa dos idosos, e não apenas aos que são utentes do Centro de Dia; aproveitamento dos pavilhões desportivos e do Parque da Cidade para receber aulas de atividade física dedicadas à pessoa idosa, que complementem a hidroginástica.

Na UF Águeda e Borralha, propõe-se o reforço da capacidade do Centro de Dia, SAD e CD, na sequência da necessidade do aumento do número de equipamentos para os próximos 10 e 20 anos (Quadro 23); avaliar a criação de um equipamento cultural e desportivo em Borralha que sirva a comunidade.

Note-se que a criação de novos equipamentos deve ter em conta que existem idosos com diferentes necessidades e que poderão precisar de diferentes tipos de serviços, que poderão optar por ficar em casa e/ou que tenham familiares com capacidade de prestar apoio ao idoso. Cabe ao planeamento do território criar as medidas necessárias que tenham capacidade de abranger cada contexto familiar e territorial e adaptar o *Ageing in Place* às preferências e necessidades atuais e futuras da população.

7. CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico constitui-se como uma das grandes conquistas da humanidade, mas também como um dos maiores desafios para o futuro uma vez que o aumento da proporção de idosos, especialmente na Europa e Ásia, traz consigo obstáculos do ponto de vista económico, do planeamento do território e da provisão de serviços de apoio aos mesmos.

É de realçar o papel imprescindível que políticas e iniciativas como as Cidades Amigas das Pessoas Idosas e a mudança de paradigma para um envelhecimento no lugar/*Ageing in Place* têm tido para a crescente responsabilização dos governos nas várias escalas territoriais, em particular na local, em criar ambientes físicos e sociais e serviços que sirvam a população idosa, associado a um planeamento sustentável e inclusivo a esta população mais vulnerável. Estas políticas têm também impulsionado a forma como o cuidado aos idosos é feito, dando cada vez mais prioridade à permanência do idoso na comunidade até deixar de existir condições para tal, constituindo-se uma alternativa à institucionalização. O *Ageing in Place* serve assim como um meio de inclusão dos idosos na sociedade e proporciona um processo de envelhecimento seguro e tranquilo, aliado aos serviços que a comunidade consegue proporcionar. Contudo, o tipo de território pode influenciar a forma como o *Ageing in Place* se aplica e, sobretudo no rural e de baixa densidade, existem desafios de prestação e acessibilidade aos serviços.

Em Portugal, o envelhecimento é um dos fenómenos demográficos de maior emergência na sociedade e irá acentuar-se nas próximas décadas, segundo as projeções do INE. Devido a este aumento, as respostas sociais mais importantes para os idosos, Cuidados de Saúde Primários e a sua articulação com os equipamentos culturais e desportivos devem ser tidas em conta quanto às necessidades atuais e futuras da população idosa para que o *Ageing in Place* seja uma alternativa viável.

Assim, a resposta à Questão de Partida “A atual prestação de serviços sociais em Aveiro possibilita o *Ageing in Place*, independentemente do Modelo de Ocupação Urbana?” é não, uma vez que o modelo de ocupação urbana influencia a dinâmica da prestação de serviços do ponto de vista da acessibilidade e da sua oferta. O centro de Aveiro (UF Glória e Vera Cruz) apresenta as melhores características para o *Ageing In Place* uma vez que o seu tecido contínuo possibilita uma proximidade de vizinhança aos vários serviços de saúde, social, cultural e desportivo ao longo do seu território artificializado. Contudo, em Santa Joana, caracterizada como uma freguesia de transição entre o urbano (centro de Aveiro) e o rural, é possível observar que um território descontínuo, mais fragmentado e com grande dependência do veículo privado tem consequências na oferta e acessibilidade aos serviços.

As freguesias em estudo constituintes da coroa 2 apresentam um território descontínuo semelhante a Santa Joana, contudo nota-se a importância do papel das autoridades locais do

município de Ílhavo, uma vez que são as responsáveis por uma grande parte das iniciativas culturais e desportivas para a população idosa e têm todas um baixo custo ou são gratuitas.

O sistema de planeamento de Aveiro é sobretudo policêntrico pelo que existem vários centros que não dependem inteiramente de Aveiro, como é o caso de Águeda. Neste sistema, encontram-se muitas relações urbano-rurais e periurbanas e, por isso, a coroa 3 neste trabalho (UF Águeda e Borralha) consegue ser mais independente e ter serviços mais diversificados do que a freguesia periurbana classificada como cidade (Santa Joana), dado surgir como um centro periférico a Aveiro. O caso de estudo de Aveiro torna-se uma área onde existem múltiplas relações entre os vários territórios e não apenas de forma unilateral a Aveiro.

Assim a hipótese "A oferta de serviços é insuficiente para a procura existente, em particular nas freguesias de menor cariz urbano" confirma-se, no sentido em que Santa Joana, situando-se numa freguesia periférica e periurbana, apresenta menores condições para o AIP. Deste modo, tendo em consideração o sistema policêntrico, admite-se que existem outros centros periféricos em relação ao centro de Aveiro capazes de proporcionar uma melhor prestação de serviços do que as freguesias vizinhas ao centro da cidade de Aveiro.

Por isso, o modelo de ocupação urbana representa-se como um fator que interfere na prestação de serviços. Ou seja, os vários tipos de ocupação urbana existentes (urbano, periurbano e rural) originam realidades e um *Ageing in Place* diferente em cada área de estudo. Todavia, o papel da administração local assume-se como um fator igualmente essencial no *Ageing in Place* quando existem obstáculos ao nível territorial.

Quanto à hipótese "idosos com condições socioeconómicas mais desfavoráveis têm maior dificuldade em participar na comunidade e usufruir dos serviços existentes", não se verificaram contrastes significativos nos inquéritos e, ao confrontar com a oferta nas freguesias, muitas atividades culturais e desportivas são gratuitas. Contudo, de destacar que os resultados do inquérito são ilustrativos das várias realidades da área de influência de Aveiro, carecendo de estudo mais aprofundado. A hipótese "a administração local reforçou os serviços de apoio aos idosos face à situação pandémica" tem duas explicações diferentes uma vez que nas freguesias e cidades do município de Ílhavo e em Santa Joana, notou-se um esforço para apoiar os idosos no contexto pandémico, enquanto na UF Glória e Vera Cruz e na UF Águeda e Borralha, a administração local desempenhou um papel menos notório.

É possível observar que os dois objetivos gerais foram cumpridos uma vez que a oferta e procura refletem deficiências na prestação dos serviços, em especial sociais, devido à reduzida cobertura populacional e participação em atividades de desporto pois a maioria dos inquiridos não participa nestas. Quanto às formas de ocupação urbana, territórios com tecido descontínuo apresentam mais desafios à mobilidade e à variedade de serviços existentes do que os territórios com tecido contínuo, independente de pertencerem à cidade ou à coroa 3.

A Pandemia Covid-19 provocou na população idosa um entrave às atividades do quotidiano e até há um ano (data dos inquéritos), a maioria ainda não tinha voltado à rotina anterior. As idas às associações e serviços de saúde foram prejudicadas em grande medida, podendo ter consequências ao nível do bem-estar dos idosos. Para agravar, muitas associações culturais e sociais deixaram de realizar eventos ou atividades devido ao risco de contágio e até hoje, não retomaram a maioria das atividades. Para investigações futuras, seria pertinente analisar se o comportamento dos idosos se manteve ou recuperou a rotina anterior à Pandemia Covid-19 e que serviços existiam antes e que ainda não retomaram a atividade.

As projeções revelam que, no cenário baixo de envelhecimento, a estrutura etária da população irá sofrer um aumento elevado da proporção de idosos, alcançando três vezes mais idosos do que jovens nas freguesias em estudo. Ao confrontar os dados da projeção com a capacidade e número de equipamentos nos quatro tipos de serviços, confirma-se a necessidade de aumentar a capacidade de resposta dos equipamentos daqui a 10 e 20 anos, tendo por base a distribuição e capacidades atuais. Desta forma, a hipótese “os serviços, no seu estado atual quanto às tipologias existentes e lotação vs capacidade, não estão preparados para o aumento dos idosos nas próximas décadas” confirma-se.

Os equipamentos e os serviços aos idosos devem ser discutidos sempre tendo em consideração a cada contexto territorial e socioeconómico e respetivas necessidades para um planeamento eficaz e que promova a coesão social atual e para gerações futuras. Tomar decisões sem o diagnóstico das necessidades pode levar ao desinvestimento e ao desinteresse da população alvo. O planeamento deve ter em conta que a população idosa está mais sujeita a alterações bruscas no território, na sociedade e na economia, mas também em novos vírus e pandemias que possam vir a expor esta população. Importa também sinalizar que o planeamento da provisão dos serviços deve ser monitorizado ao longo do tempo para que se possa adaptar a novas oportunidades e desafios, influenciadas ou não por novas gerações de idosos, como as TIC e pandemias.

As limitações deste trabalho devem-se sobretudo à disponibilidade de dados e da sua organização. O facto de duas freguesias de coroa diferentes (cidade e coroa 1) terem sido agrupadas em união de freguesias fez com que não fosse possível analisar os dados sociodemográficos por coroas. A falta dos dados da população por idade dos Censos 2021 e os dados da BGR1 ainda não estarem atualizados com a população idosa não permitiu analisar quais as faixas etárias idosas efetivamente predominantes nem analisar a distribuição territorial da densidade de idosos. Contudo, os dados provisórios dos Censos 2021 permitiram ter uma análise sociodemográfica geral atualizada. Quanto aos dados necessários para as projeções, a impossibilidade de calcular pelo Modelo *Cohort Survival*, obrigou à utilização de outros métodos tendo em conta a evolução das décadas passadas e é por esta razão que as necessidades futuras são baseadas em proporções constantes entre 2031 e 2041.

Este trabalho, contudo, permitiu territorializar o *Ageing in Place* através dos quatro tipos de equipamentos e serviços e discutir as suas diferenças em cinco freguesias com territórios distintos. Os resultados permitem ser aplicados em qualquer território e analisar como territórios próximos entre si desempenham o *Ageing in Place* ou em relação a um ou vários centros. Apenas foi tida em conta a acessibilidade a pé, pelo que trabalhos futuros poderão recorrer à acessibilidade por transportes públicos ou a uma análise comparativa entre a caminhabilidade e transporte público ou transporte individual.

Com este trabalho, existe potencial para averiguar ainda como estão os comportamentos dois anos após a Pandemia Covid-19, estudar mais tipos de serviços ou focar um determinado serviço de forma mais aprofundada, mas também trabalhar nas captações de outros equipamentos e serviços tendo em conta os idosos no futuro, num outro território ou na restante área de influência de Aveiro, Coimbra, Faro ou AML, no âmbito do Projeto Grampcity, de forma a melhor entender os vários sistemas de planeamento e necessidades da população, permitindo assim o desenho de um diagnóstico e de propostas melhor adaptadas a cada realidade.

REFERÊNCIAS

- ACSS. (2018). *Recomendações e Especificações Técnicas para Edifícios Hospitalares*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- ACSS. (s.d.). *Unidades Locais de Saúde*. Obtido em Abril de 2022, de ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP: <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/UnidadesLocaisdeSa%C3%BAde/tabid/421/language/en-US/Default.aspx>
- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., & Banerjee, T. (2007). Creating Elder-Friendly Communities: Preparations for an Aging Society. *Journal of Gerontological Social Work*, 19(1-2), 1-18. Obtido de https://doi.org/10.1300/J083v49n01_01
- Alves, F., Cruz, S., Ribeiro, A., Silva, A. B., Martins, J., & Cunhas, I. (2020). Walkability Index for Elderly Health: A Proposal. *Sustainability*, 12(7360), 1-27.
- Arroteia, J. C. (2016). Transição Demográfica (Teoria). Em J. Fernandes, L. Tugal, & E. Sposito, *Dicionário de Geografia Aplicada - Terminologia da análise, do planeamento e da gestão do território* (1ª ed., pp. 497-498). Porto Editora.
- Banister, D., & Bowling, A. (2004). Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport Policy*, 11(2), 105-115. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0967-070X\(03\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0967-070X(03)00052-0)
- Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188-196. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>
- Bjornsen, H. M., Foss, O., & Johansen, S. (2015). Chapter 2: The concept and definition of SGI. Em H. Fassmann, D. Rauhut, E. Marques da Costa, & A. Humer, *Services of General Interest and Territorial Cohesion - European Perspectives and National Insights* (pp. 50-72). Viena University Press.
- Boakye-Dankwa, E., Nathan, A., Barnett, A., Busija, L., Lee, R. S., Pachana, N., . . . Cerin, E. (2019). Walking behaviour and patterns of perceived access to neighbourhood destinations in older adults from a low-density (Brisbane, Australia) and an ultra-dense city (Hong Kong, China). *Cities*, 84, 23-33. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.cities.2018.07.002>
- Bonfim, C., & Saraiva, M. E. (1996). *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Lisboa.
- Bonfim, C., & Veiga, S. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Lisboa.
- Bonfim, C., Garrido, M., Saraiva, M., & Veiga, S. (1996). *Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Lisboa.

- Bookman, A. (2008). Innovative models of aging in place: Transforming our communities for an aging population. *Community, Work & Family*, 11(4), 419-438. Obtido de <https://doi.org/10.1080/13668800802362334>
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2016). Can global cities be “age-friendly cities”? Urban development and ageing populations. *Cities*, 55, 94–100. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.cities.2016.03.016>
- Buffel, T., McGarry, P., Phillipson, C., De Donder, L., Dury, S., De Witte, N., . . . Verté, D. (2014). Developing Age-Friendly Cities: Case Studies From Brussels and Manchester and Implications for Policy and Practice. *Journal of Aging and Social Policy*, 26(1-2), 52-72. Obtido de <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.855043>
- Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing “age-friendly” cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597–617. Obtido de <https://doi.org/10.1177/0261018311430457>
- Burns, V. F., Lavoie, J. P., & Damaris, R. (2012). Revisiting the Role of Neighbourhood Change in Social Exclusion and Inclusion of Older People. *Journal of Aging Research*, 2012, 1-12. Obtido de <https://doi.org/10.1155/2012/148287>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal - usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Carvalho. (2005). Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na velhice em Portugal. *Intervenção Social*. *Intervenção Social*, 31, 163-192. Obtido de <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1385>
- CCE. (2003). *Livro Verde sobre os serviços de interesse geral*. Bruxelas. Obtido de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A52003DC0270>
- CEE. (2006). *Realizar o programa comunitário de Lisboa - Os serviços sociais de interesse geral na União Europeia*. Obtido de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52006DC0177>
- CEGOT. (2018). *GRAMPCITY - Moving Smartly Towards Accessible and Inclusive Urban Environments for our Elders*. Obtido em Janeiro de 2022, de <http://www.grampcity.org/>
- Centeio, H., Dias, S., Rito, S., Santinha, G., Vicente, H., & Sousa, L. (2010). Aveiro: cidade amiga das pessoas idosas!? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 369-381. Obtido de <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300004>
- Cheng, L., Caset, F., De Vos, J., Derudder, B., & Witlox, F. (2019). Investigating walking accessibility to recreational amenities for elderly people in Nanjing, China. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 76, 85–99. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.trd.2019.09.019>
- Coelho, C. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa (1974 - 2031)*. Tese de Doutoramento em Ciência Política, especialização em Políticas Públicas, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Obtido de <http://hdl.handle.net/10362/20421>
- Comissão Europeia. (s.d.). *Serviços de interesse geral Descubra*. Obtido em 3 de Maio de 2022, de Comissão Europeia: https://ec.europa.eu/info/topics/single-market/services-general-interest_pt

- Costa, E., Costa, N., Louro, A., & Barata, M. (2020). "Geografias" do acesso dos idosos aos cuidados de saúde primários na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal - um território de diferenças. *Saúde e Sociedade*, 29(2), 1-13. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020200108>
- Costa, M. D., & Batista, M. G. (2002). *Carta de Equipamentos de Saúde*. Câmara Municipal da Amadora, Departamento de Administração Urbanística, Amadora.
- Costa-Font, J., Elvira, D., & Mascarilla-Miró, O. (2009). 'Ageing in place'? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46(2), 295-316. Obtido de <https://doi.org/10.1177%2F0042098008099356>
- De São José, J. (2012). A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas : Complexidades, desigualdades e preferências. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 63-85. Obtido de <https://journals.openedition.org/spp/835>
- Delicado, A., & Paiva, C. (2003). *Critérios de Avaliação de Terrenos para Unidades Hospitalares*. Ministério da Saúde, Direção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Instalacoes_Equipamentos/Cadernos/Caderno da DGIES n.º 2 de 2003.pdf
- DGOTDU. (2002). *Normas para a Programação e Caracterização de Equipamentos Coletivos*. Direção-Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano.
- Edwards, P., & Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326536>
- Egan, J. (2004). *The Egan Review - Skills for Sustainable Communities*. Londres.
- ERS. (2011). *Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – Relatório Preliminar I*. Entidade Reguladora da Saúde.
- European Commission. (2020). *European Commission Report on the impact of demographic change in Europe*. Obtido de https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_pt#documents
- European Commission. (2021). *A long-term Vision for the EU's Rural Areas - Towards stronger, connected, resilient and prosperous rural areas by 2040*. Bruxelas. Obtido de https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/long-term-vision-rural-areas_en#documents
- Fassmann, H., Rauhut, D., Marques da Costa, E., & Humer, A. (2015). Introduction: Contextual, legal and policy perspectives 11-on Services of General Interest. Em H. Fassmann, D. Rauhut, & E. Marques da Costa, *Services of General Interest and Territorial Cohesion - European Perspectives and National Insights* (pp. 11-23). Viena University Press.
- Fitzgerald, K. G., & Caro, F. G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities and Communities Around the World. *Journal of Aging and Social Policy*, 26(1-2), 1–18. Obtido de <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>
- Fonseca, A. (2020). Ageing in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal. *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. Obtido de <https://doi.org/10.33167/2184-0644.cpp2020.vvin2/pp.21-39>

- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19). Obtido de <https://bjsm.bmj.com/content/49/19/1268>
- GCNP. (s.d.). *A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Obtido em 15 de Março de 2022, de Global Compact Network Portugal: <https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda-2030>
- GEP. (2021). *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2020*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Obtido de <https://www.cartasocial.pt/relatorios>
- GEP. (2022). *Carta Social - O que procura?* Obtido em Maio de 2022, de Carta Social: <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- GEP. (s.d. a). *Nomenclaturas e conceitos*. (Gabinete de Estratégia e Planeamento) Obtido em 02 de abril de 2022, de Carta Social: <https://www.cartasocial.pt/nomenclaturas-e-conceitos>
- GEP. (s.d. b). *Dados quantitativos - Número de Respostas Sociais e Capacidade das Respostas Sociais*. (GEP-MTSSS, & Carta Social, Editores) Obtido em Abril de 2022, de Carta Social: <https://www.cartasocial.pt/numero-de-respostas-sociais>
- Golant, S. M. (2018). Explaining the ageing in place realities of older adults. Em M. Skinner, G. Andrews, & M. Cutchin, *Geographical Gerontology: Concepts and Approaches* (pp. 189-202). Londres: Routledge.
- Humer, A., Rauhut, D., & Fassmann, H. (2015). Chapter 3: Drivers of the Provision of SGI. Em H. Fassmann, D. Rauhut, E. Marques da Costa, & A. Humer, *Services of General Interest and Territorial Cohesion - European Perspectives and National Insights* (pp. 73-89). Viena University Press.
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21-33.
- INE. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2021). *Censos 2021 - Resultados provisórios*. Obtido em 15 de março de 2022, de https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Ioannou, B. (2019). Ageing in suburban neighbourhoods: Planning, densities and place assessment. *Urban Planning*, 4(2), 18-30. Obtido de <https://www.cogitatiopress.com/urbanplanning/article/view/1863>
- Joaquim, C. (2015). Proteção social, terceiro setor e equipamentos sociais: Que modelo para Portugal? *Cadernos Do Observatório - CES (Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra)*. Obtido de http://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/cadernos/CadernoObserv_III_fev_ereiro2015.pdf
- Joseph, A. E., & Cloutier-Fisher, D. (2005). Ageing in rural communities: vulnerable people in vulnerable places. Em G. F. Andrews, & D. R. Philips, *Ageing and Place - Perspectives, policy, practice* (pp. 133-146). Routledge Taylor & Francis Group.
- Keenan, T. (2010). *Home and community preferences of the 45+ Population*. AARP. Obtido de assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf

- Kihl, M., & et al. (2005). *Liveable communities: an evaluation guide*. AARP (American Association of Retired People) Public Policy Institute. Washington DC: AARP. Obtido de http://assets.aarp.org/rgcenter/il/d18311_communities.pdf
- Lennartsson, C., & Silverstein, M. (2001). Does Engagement With Life Enhance Survival of Elderly People in Sweden? The Role of Social and Leisure Activities. *he Journals of Gerontology: Series B*, 56(6), S335–S342. Obtido de <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.S335>
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. Obtido de <https://digitalis.uc.pt/pt-pt/livro/envelhecimentos>
- LNEC. (2007). *Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais - Centros de dia*. Laboratório Nacional de Engenharia Civil. Lisboa: LNEC.
- Lopes, A. (2017). Capítulo 7 - Envelhecimento, dependências e fragilidades: tensões e desafios no Portugal contemporâneo. Em P. M. Ferreira, M. V. Cabral, & A. Moreira, *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa: Pensões, Família e Cuidados* (pp. 155-164). ICS - Imprensa de Ciências Sociais.
- Lui, C. W., & et al. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116–121. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x>
- Marques da Costa, E., & Barata, M. (2022). Rede de apoio social aos idosos - Uma geografia diferenciada em quatro cidades portuguesas. *XII Congresso da Geografia Portuguesa* (pp. 376-381). Coimbra: Associação Portuguesa de Geógrafos, Universidade de Coimbra. Faculdade de Letras. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/53639>
- Marques da Costa, E., Louro, A., & Fumega, J. (2011). *Indicadores para o Planeamento à Escala Local - uma abordagem em torno do conceito de Comunidade Sustentável aplicado à Área Metropolitana de Lisboa* (2ª ed.). Lisboa: CEG-ul / IGOT-UL.
- Marques da Costa, E., Palma, P., & Marques da Costa, N. (2015). Chapter 4: Regional Disparities of SGI provision. Em H. Fassmann, D. Rauhut, E. Marques da Costa, & A. Humer, *Services of General Interest and Territorial Cohesion - European Perspectives and National Insights* (pp. 92-121). Viena University Press.
- Marston, H., & van Hoof, J. (2019). “Who Doesn’t Think about Technology When Designing Urban Environments for Older People?” A Case Study Approach to a Proposed Extension of the WHO’s Age-Friendly Cities Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1-35. Obtido de <https://doi.org/10.3390/ijerph16193525>
- Martins, A. C., Ramos, E., Guerra, F., Miralto, I., Nogueira, J. M., João, P., & Silveira, R. (2001). *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos 2000*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Departamento de estudos, prospetiva e planeamento, Lisboa. Obtido de <https://www.cartasocial.pt/relatorios>
- Megatrends Watch Institute. (s.d.). *Megatrends 2050*. Obtido em 19 de Novembro de 2021, de Global Megatrends 2050: <http://www.megatrendswatch.com/megatrends-2050.html>
- Mollenkopf, H., Marcellini, F., Ruoppila, I., Flaschenträger, P., Gagliardi, C., & Spazzafumo, L. (1997). Outdoor mobility and social relationships of elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 24(3), 295-310. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(97\)00781-4](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(97)00781-4)

- Nossa, P. (2014). Envelhecimento Demográfico: receios e oportunidades no Sec. XXI. Em R. Jacinto, *Espaços de Fronteira, Territórios de esperança: das vulnerabilidades às dinâmicas de desenvolvimento* (pp. 299-314). Guarda: CEI.
- OECD. (2015). *Ageing in Cities - Policy Highlights*.
- Padeiro, M., J., d. S., Amado, C., Sousa, L., Roma Oliveira, C., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2021). Neighborhood Attributes and Well-Being Among Older Adults in Urban Areas: A Mixed-Methods Systematic Review. *Research on Aging*. Obtido de <https://doi.org/10.1177/0164027521999980>
- Pinto, A. M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2(11), 74-86. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/20268>
- Pordata. (2021). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Obtido em 15 de março de 2022, de Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-512>
- Pramitasari, D., & Sarwadi, A. (2015). A Study on Elderly's Going Out Activities and Environment Facilities. *Procedia Environmental Sciences*, 28, 315-323. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.proenv.2015.07.040>
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. (s.d. a). *Outros Filmes Outras Épocas - Ciclos de Cinema Sénior*. Obtido em Outubro de 2022, de Rede Portuguesa Municípios Saudáveis: http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/projetos/setubal/outros_filmes_outras_Epocas_ciclos_de_cinema_senior
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. (s.d. b). *Projeto Municipal de Teatro Sénior (Des)dramatizar*. Obtido em Outubro de 2022, de Rede Portuguesa Municípios Saudáveis: http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/projetos/seixal/projeto_municipal_de_teatro_senior_desdramatizar
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. (s.d. c). *Sempre a mexer para não Envelhecer*. Obtido em Outubro de 2022, de Rede Portuguesa Municípios Saudáveis: http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/projetos/sesimbra/sempre_a_mexer_para_ao_envelhecer
- Ritchie, H., & Roser, M. (2018). *Urbanization*. Obtido em 14 de Março de 2022, de Our World in Data: <https://ourworldindata.org/urbanization>
- Rosa, M. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- São José, J. D., & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 49(210), 28-54.
- São José, J. D., Barros, R., Samitca, S., & Teixeira, A. (2016). Older persons' experiences and perspectives of receiving social care: a systematic review of the qualitative literature. *Health and Social Care in the Community*, 24(1), 1-11. Obtido de <https://doi.org/10.1111/hsc.12186>

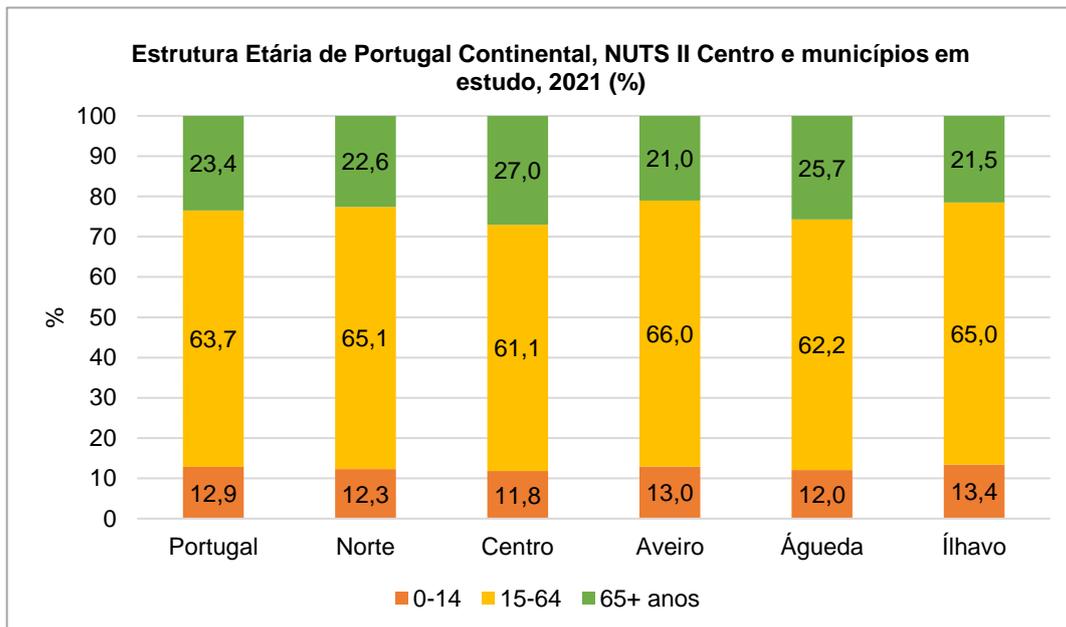
- Sharifi, A. (Janeiro de 2016). From Garden City to Eco-urbanism: The quest for sustainable neighborhood development. *Sustainable Cities and Society*, 20, 1-16. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.scs.2015.09.002>
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX.
- Steels, S. (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities*, 47, 45-52. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.cities.2015.02.004>
- Tedim, F., & Hernández, R. D. (2016). Envelhecimento. Em J. Fernandes, L. Tígal, & E. Sposito, *Dicionário de Geografia Aplicada - Terminologia da análise, do planeamento e da gestão do território* (1ª ed., pp. 172-173). Porto Editora.
- Tomé, L. P., Ribeiro, F., & Mendes, M. F. (2014). Ageing Alone? the Future of the Portuguese Population in Discussion. Em *Proceedings of the Sixth Eurostat/UNECE Work Session on Demographic Projections* (pp. 287-298). Italian National Institute of Statistics. Obtido de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/20722>
- UN. (2002). *The Madrid International Plan of Action on Ageing and the Political Declaration*. Nova Iorque: United Nations. Obtido de <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>
- UN. (2020). *World Population Ageing 2019*. United Nations - Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- van Hoof, J., & Marston, H. R. (2021). Age-friendly cities and communities: State of the art and future perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1-13. Obtido de <https://doi.org/10.3390/ijerph18041644>
- van Hoof, J., Kazak, J. K., Perek-Białas, J. M., & Peek, S. T. (2018). The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 1-17. Obtido de <https://doi.org/10.3390/ijerph15112473>
- van Hoof, J., Marston, H. R., Kazak, J. K., & Buffel, T. (2021). Ten questions concerning age-friendly cities and communities and the built environment. *Building and Environment*, 199, 107922. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2021.107922>
- Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S., & Pynoos, J. (2012). Aging in place: Evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*, 2012, 1-6. Obtido de <https://doi.org/10.1155/2012/120952>
- Viveiros, J., & Brennan, M. (2014). *Ageing in Every Place: Supportive Service Programs for High and Low Density Communities*. Center for Housing Policy.
- Vogelsang, E. M. (2016). Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. *Health & Place*, 42, 111-119. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.09.010>
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework*. World Health Organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- WHO. (2004). *Ageing and Health Technical Report Volume 5 - A glossary of terms for community health care and services for older persons*.

- WHO. (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. França: World Health Organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- WHO. (2020a). *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Obtido de <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- WHO. (2020b). *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2011). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist*, 53(3), 357-366. Obtido de <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

Documentos Legais

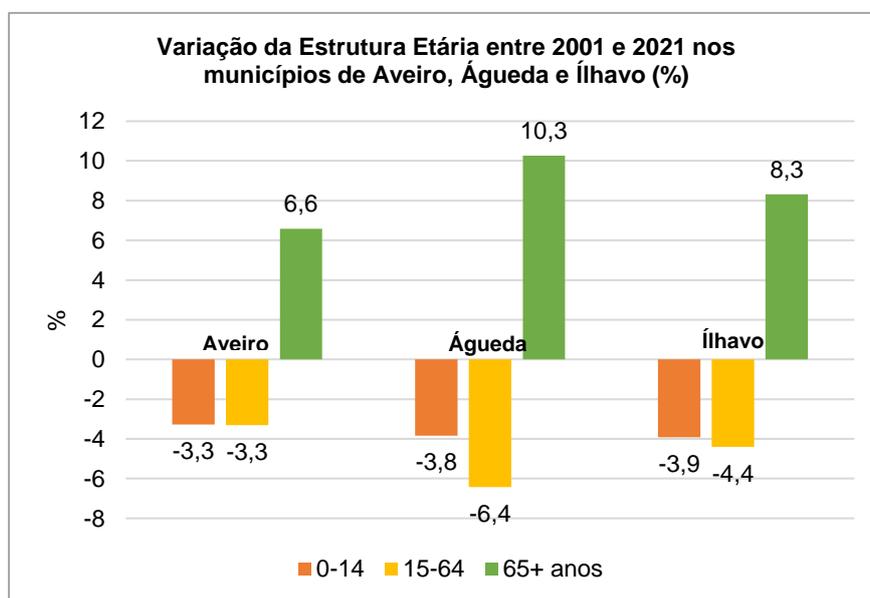
- Assembleia da República. (2013). Lei n.º 75/2013 de 12 de setembro. Estabelece o regime jurídico das autarquias locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico. <https://data.dre.pt/eli/lei/75/2013/p/cons/20201104/pt/html>
- Assembleia da República. (2018). Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto. Lei-quadro da transferência de competências para as autarquias locais e para as entidades intermunicipais. <https://data.dre.pt/eli/lei/50/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013). Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro. Estabelece as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, e revoga o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro. <https://data.dre.pt/eli/port/38/2013/01/30/p/dre/pt/html>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2020). Decreto-Lei n.º 55/2020, de 12 de agosto. Concretiza a transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da ação social. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/55/2020/08/12/p/dre/pt/html>

ANEXOS



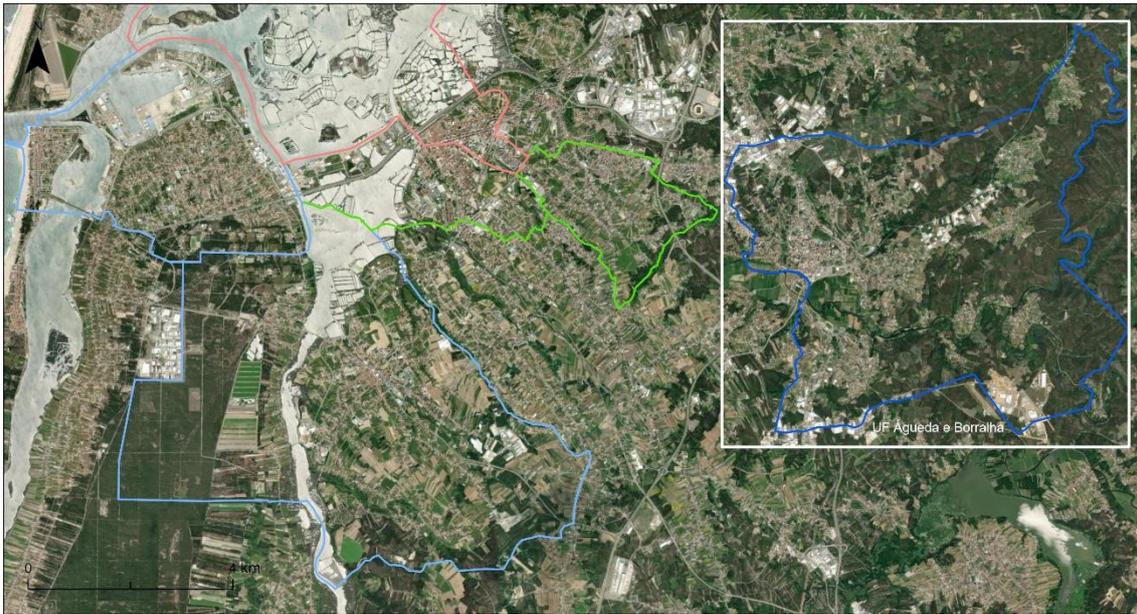
Anexo A - Estrutura etária de Portugal Continental, NUT II Centro e municípios em estudo, 2021 (%)

Fonte: INE (2021)

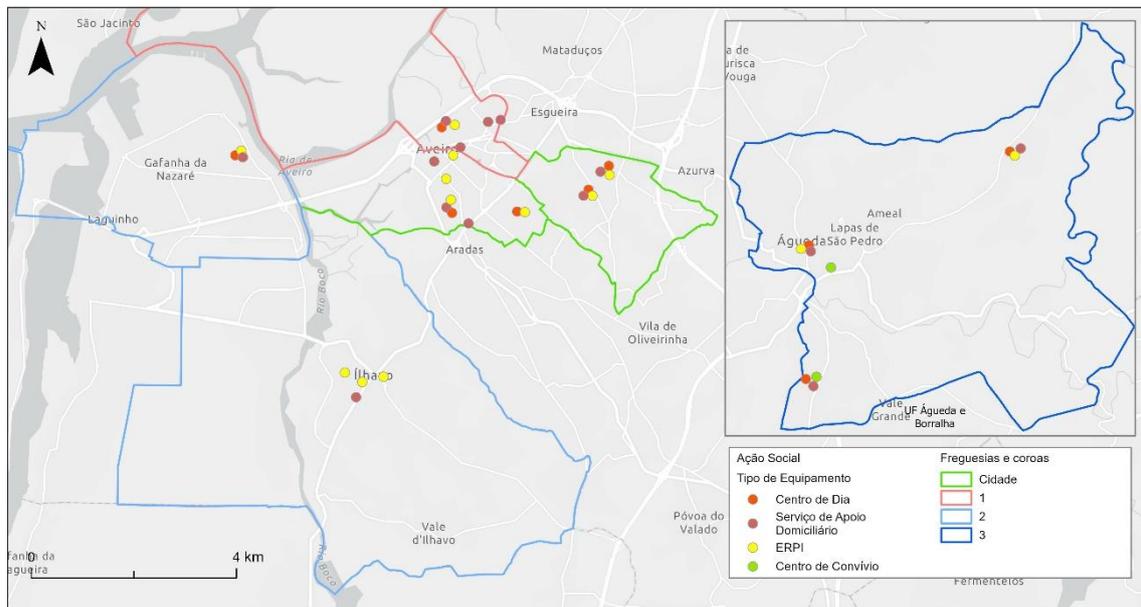


Anexo B - Variação da estrutura etária entre 2001 e 2021 nos municípios de Aveiro, Águeda e Ílhavo (%)

Fonte: INE (2001, 2011 e 2021)

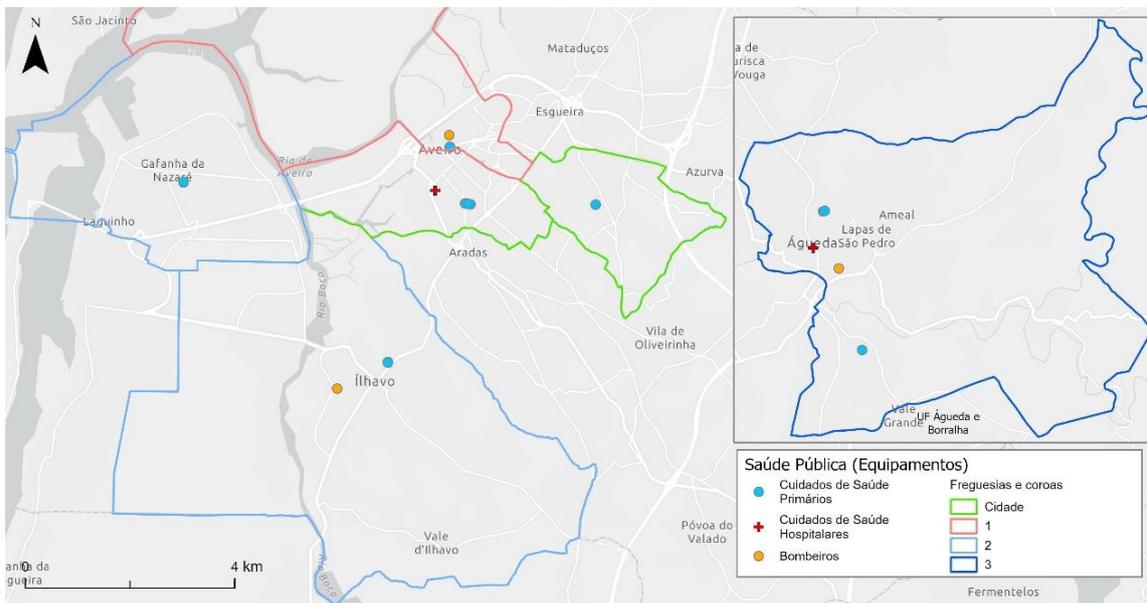


Anexo C - Vista de satélite da área de estudo



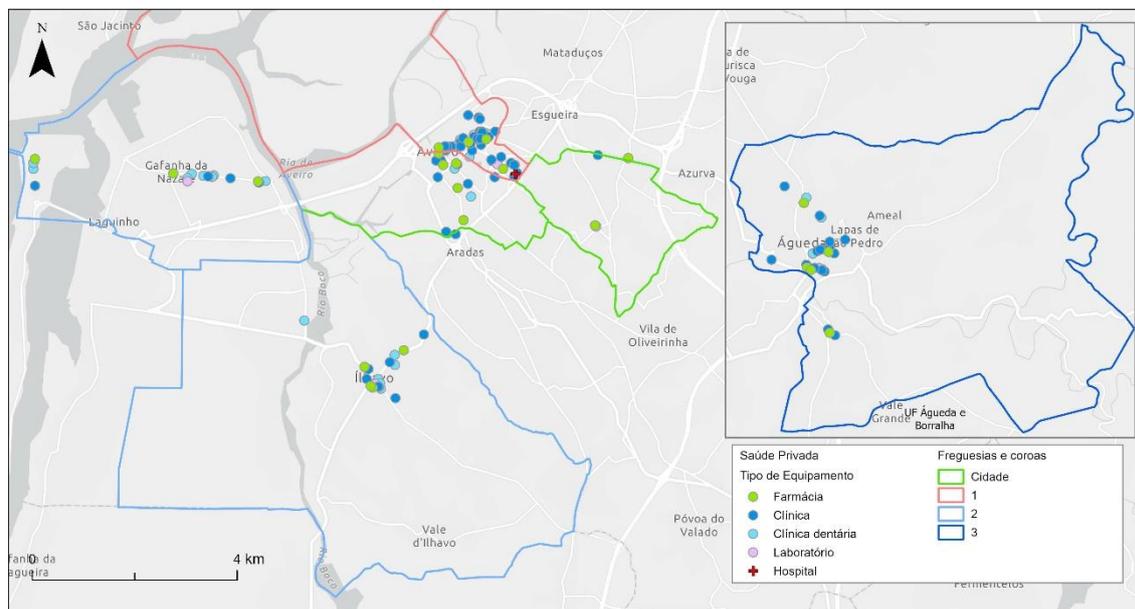
Anexo D - Equipamentos de ação social por tipologia

Fonte: GEP (2022), CAOP (2021)



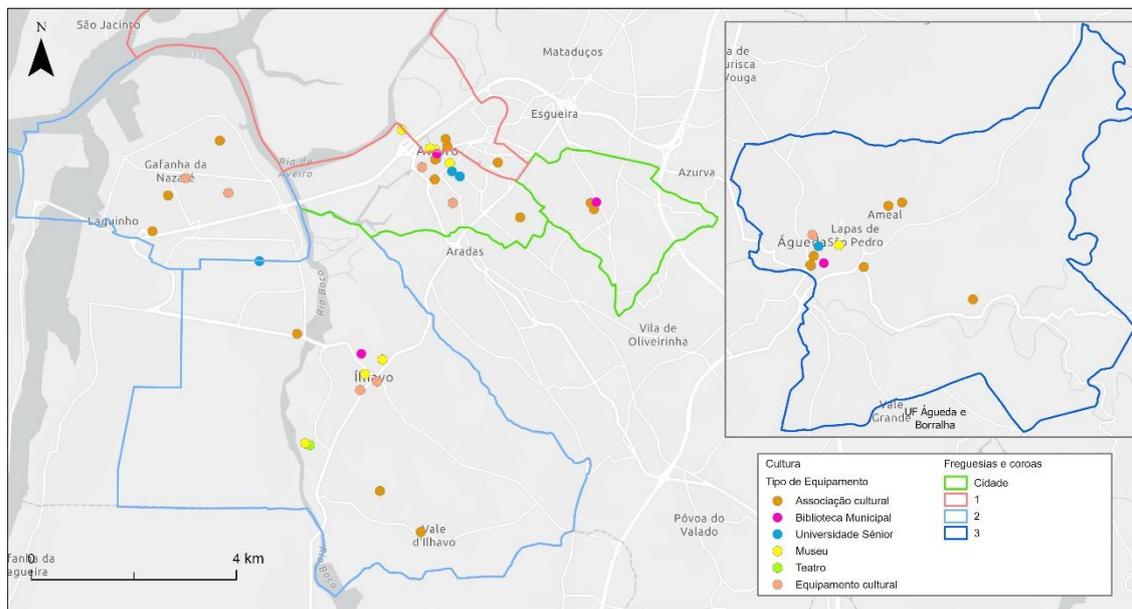
Anexo E - Equipamentos de saúde pública por tipologia

Fonte: CAOP (2021), SNS (2022), BI-CSP (2022)



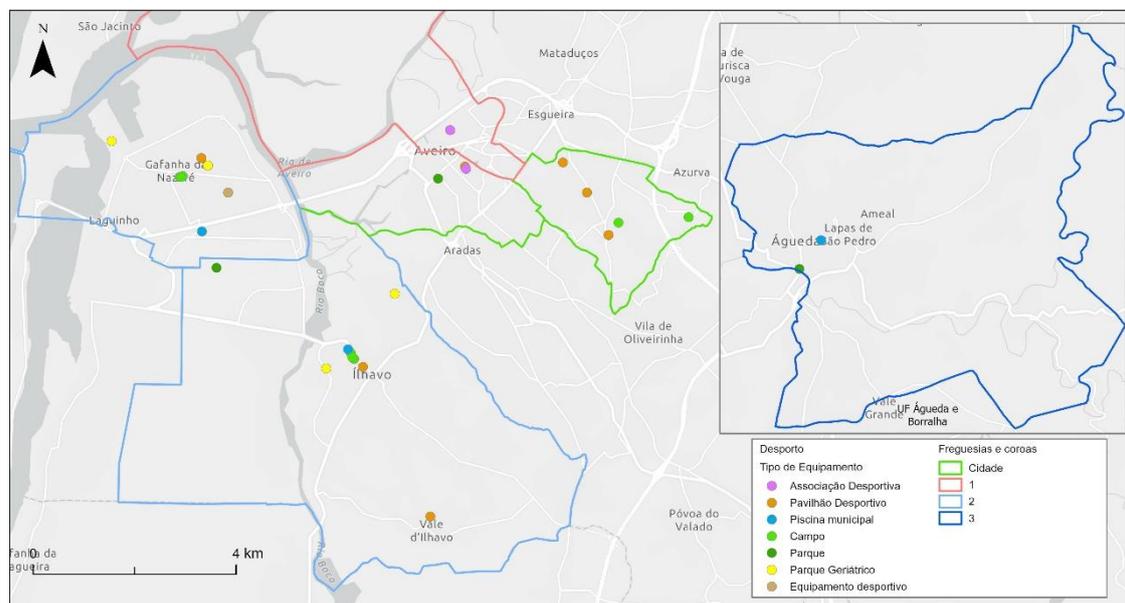
Anexo F - Equipamentos de saúde privada por tipologia

Fonte: CAOP (2021), pesquisa web e em Farmácias de Serviço.net (2022)



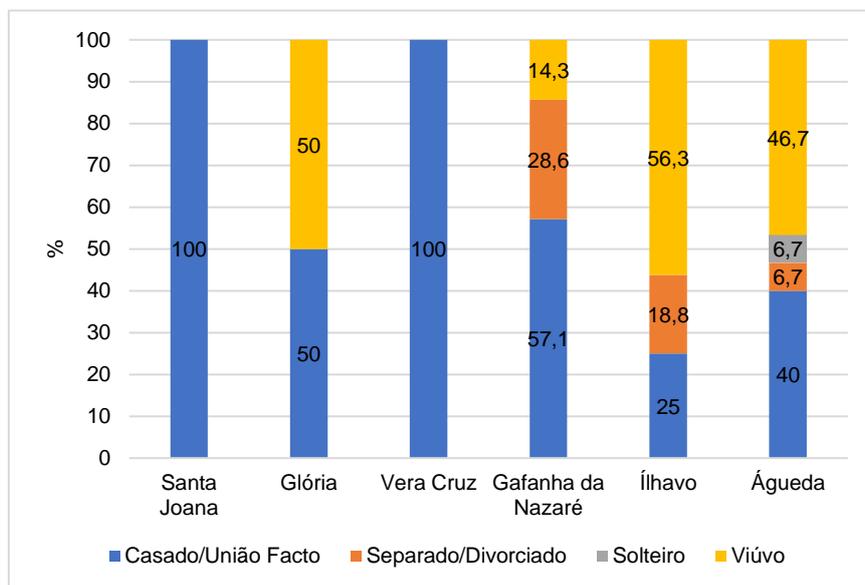
Anexo G - Equipamentos de cultura, por tipologia

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma; CAOP (2021)



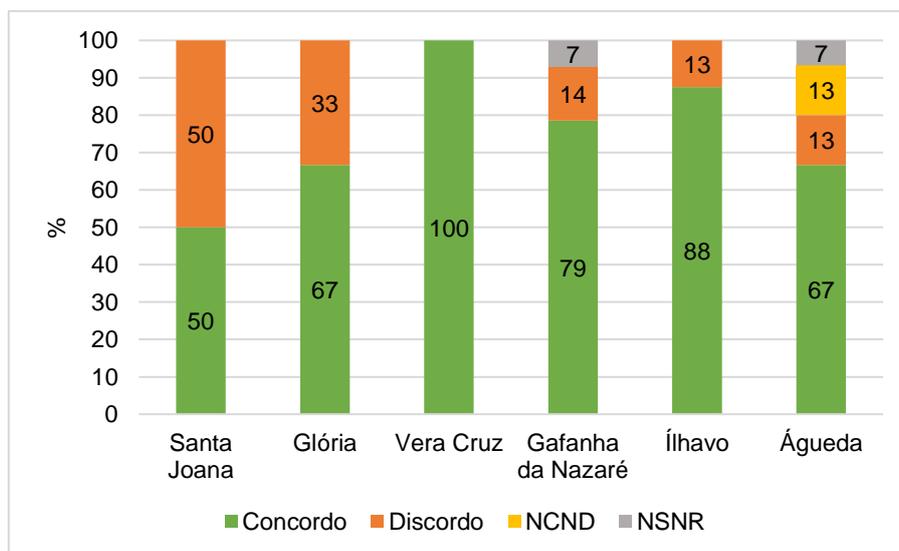
Anexo H - Equipamentos de desporto, por tipologia

Fonte: Elaboração própria com base em informação disponibilizada pelas CM e *website* de cada uma; CAOP (2021)



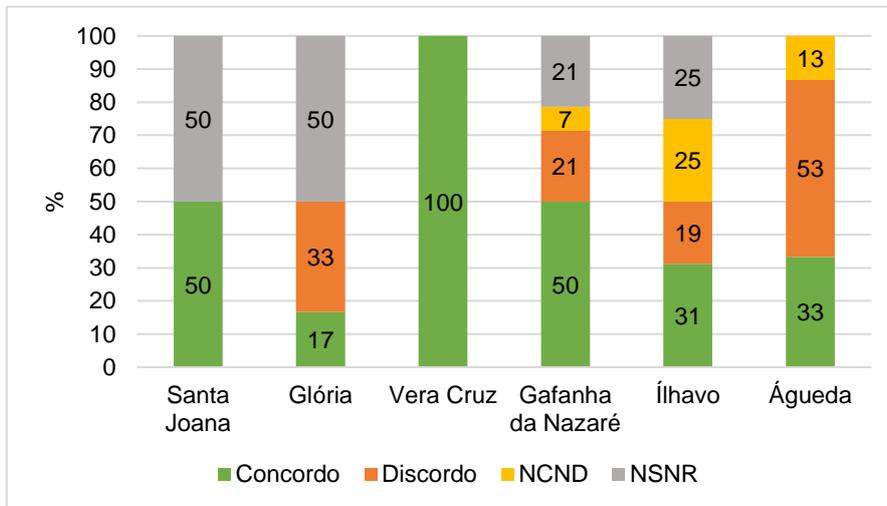
Anexo I - Estado civil da amostra, por freguesia (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)



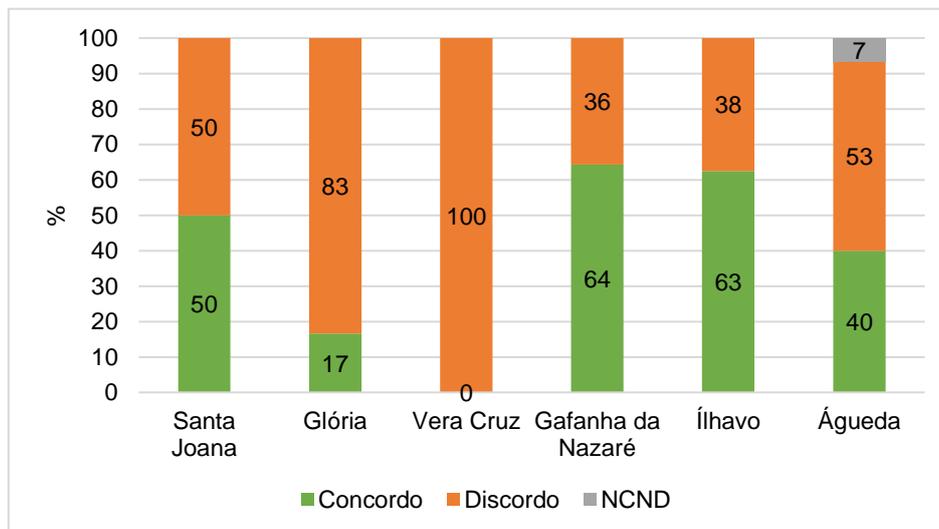
Anexo J - É fácil caminhar no bairro/zona de residência? (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)



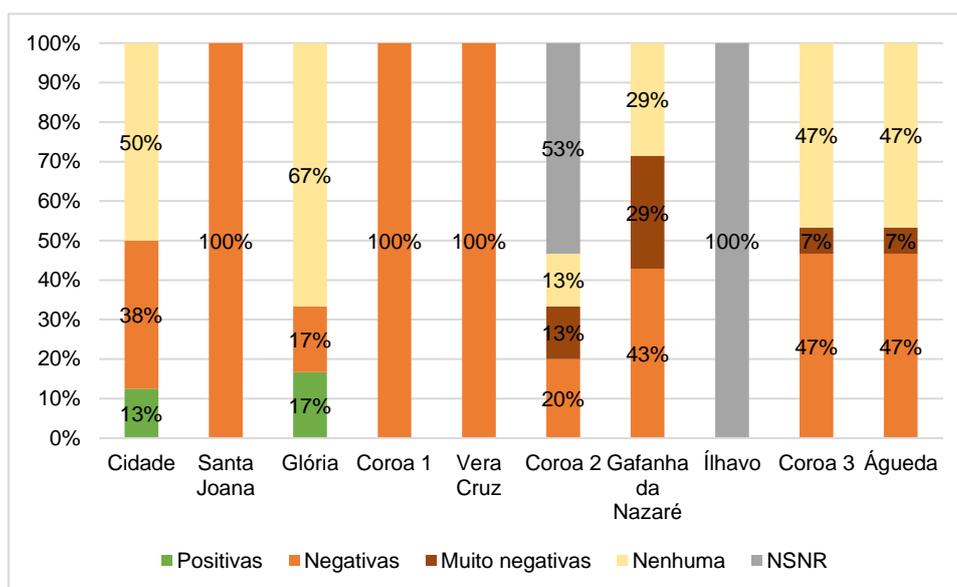
Anexo K - O bairro/zona de residência é bem servido de transportes públicos? (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)



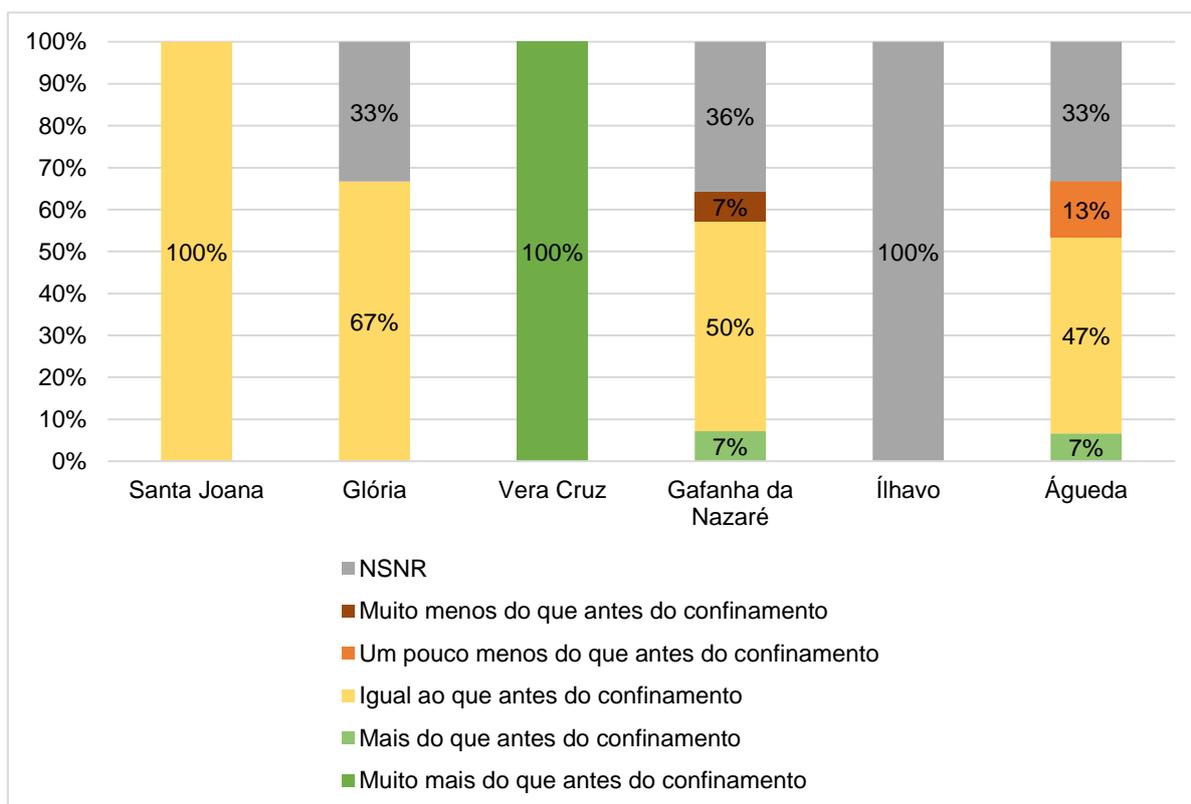
Anexo L - Teve uma consulta que foi desmarcada por causa do COVID-19? (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)



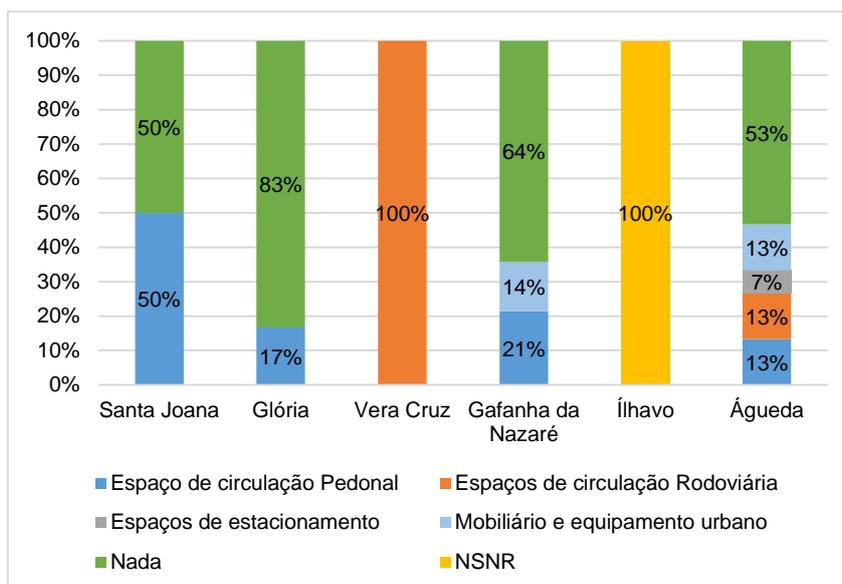
Anexo M - As mudanças dos padrões de mobilidade antes e depois confinamento tiveram consequências no seu bem-estar? (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)



Anexo N - Daqui a um ano, pensar que irá sair de casa: (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)



Anexo O - O que gostava de ver alterado? (%)

Fonte: Inquérito do projeto Grampcity (2020-2021)

Anexo P - Principais características dos serviços aos idosos, por tipo de serviço e por freguesia

Coroa	Serviços	Ação Social	Saúde	Cultura	Desporto
Cidade	Santa Joana (Aveiro)	Freguesia com maior cobertura populacional total (9%) e para CD (3,5%). CD garantem transporte	Uma unidade de CSP no centro, fraca oferta privada, baixa acessibilidade pedonal	Fraca oferta cultural provenientes de associações culturais. Passeio sénior promovido pela freguesia e desconto em Teatro	Transporte para hidroginástica (25€) em Vera Cruz. Ginástica de Manutenção (16€). Caminhadas
Cidade e 1	Glória e Vera Cruz (Aveiro)	Predominância de SAD e 3 CD	Elevada concentração de especialidades médicas, farmácias e forte presença de unidades de CSP e CSH	A freguesia disponibiliza a sua sede para associações, Passeio Sénior e "Musiria", 2 Universidades Sêniores. Freguesia com maior n.º de oferta e maior diversidade	Hidroginástica e Natação. Parque da Cidade
2	Gafanha da Nazaré (Ílhavo)	Uma instituição com apenas 3 respostas sociais. Capacidade para apenas 4% dos idosos	Distribuição da oferta privada (18) e pública (1) ao longo da avenida central da freguesia	Forte intervenção municipal, mas sem transporte. "Fórum Municipal Maior Idade", Gratuidade das atividades do município; Universidade Sénior	Hidroginástica (13,5€) e Natação (11,75€). "Fórum Municipal Maior Idade" com muitas atividades por 5€ mensais. Sem transporte. walking football
2	São Salvador (Ílhavo)	Predominância de ERPI, apenas 1 SAD. Capacidade máxima atingida em todas as respostas	Oferta privada concentrada no centro. CSP com acessibilidade dificultada por terrenos rurais.	Forte intervenção municipal, mas sem transporte. "Laboratório do Envelhecimento", Gratuidade das atividades do município;	Hidroginástica (13,5€) e Natação (11,75€). Parques geriátricos. Sem transporte. walking football
2	Águeda e Borralha (Águeda)	Única com Centros de convívio; Predominância de ERPI	CSP em Águeda e em Borralha (acesso dificultado por terrenos rurais), CSH	Preços acessíveis nas atividades/associações; Universidade Sénior	Hidroginástica (até 18€), marcha e corrida, Pilates na biblioteca municipal; Pistas Check-up

Fonte: Elaboração própria

Anexo Q - Dificuldades na população 55-64 anos (%) (2011)

Dificuldades na população 55-64 anos (2011)	Andar ou subir degraus			Memória ou concentração			Tomar banho ou vestir-se sozinho			Compreender os outros ou fazer-se compreender		
	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação
Santa Joana	89,1	10,0	0,8	93,8	5,1	1,1	97,1	2,4	0,5	96,2	3,1	0,7
UF Glória e Vera Cruz	92,7	7,1	0,2	94,7	4,9	0,4	98,5	1,2	0,3	98,0	1,9	0,1
Gafanha da Nazaré	87,2	12,3	0,5	93,8	5,2	1,0	96,9	3,0	0,1	96,9	2,7	0,4
Ílhavo (São Salvador)	90,5	9,0	0,5	94,8	4,5	0,7	97,4	2,0	0,6	97,2	2,5	0,3
UF Águeda e Borralha	91,1	8,7	0,2	94,6	5,0	0,4	98,0	1,7	0,3	97,5	2,3	0,2

Fonte: INE (2011)

Anexo R - Dificuldades na população 65-79 anos (%) (2011)

Dificuldades na população 65-79 (2011)	Andar ou subir degraus			Memória ou concentração			Tomar banho ou vestir-se sozinho			Compreender os outros ou fazer-se compreender		
	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação
Santa Joana	73,3	24,7	2,0	84,5	14,1	1,4	89,7	7,8	2,5	91,6	7,1	1,3
UF Glória e Vera Cruz	81,9	17,2	1,0	88,9	10,4	0,8	93,6	4,9	1,5	95,5	3,9	0,6
Gafanha da Nazaré	72,5	24,5	3,0	86,5	11,4	2,0	90,1	7,3	2,6	92,8	6,4	0,8
Ílhavo (São Salvador)	70,4	27,3	2,3	85,7	12,9	1,3	88,9	8,7	2,5	91,6	7,5	0,9
UF Águeda e Borralha	77,5	21,2	1,3	88,8	9,7	1,4	92,0	6,1	2,0	93,6	5,6	0,8

Fonte: INE (2011)

Anexo S - Dificuldades na população 80 ou mais anos (%) (2011)

Dificuldades na população 80 ou mais anos (2011)	Andar ou subir degraus			Memória ou concentração			Tomar banho ou vestir-se sozinho			Compreender os outros ou fazer-se compreender		
	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação	Não tem dificuldade ou tem pouca	Tem muita dificuldade	Não consegue efetuar a ação
Santa Joana	41,5	48,7	9,8	67,4	26,6	6,0	62,0	25,3	12,7	80,7	14,9	4,4
UF Glória e Vera Cruz	52,9	39,9	7,2	73,2	21,3	5,5	68,7	20,5	10,8	83,4	13,8	2,8
Gafanha da Nazaré	39,2	46,7	14,1	67,3	26,9	5,9	55,4	30,7	13,9	76,0	19,2	4,8
Ílhavo (São Salvador)	41,0	49,7	9,3	68,0	26,7	5,3	61,8	25,3	13,0	77,0	19,6	3,4
UF Águeda e Borralha	44,0	46,1	9,9	66,2	26,6	7,2	63,2	22,6	14,2	73,1	21,2	5,7

Fonte: INE (2011)

Inquérito por questionário à mobilidade das pessoas idosas (Projecto Grampcity – PTDC/GE5-TRA/32121/2017)

Nome entrevistador: _____

Data: ____/____/2020. Hora início: ____ h ____

Entrevistado: O próprio Outro (indicar relação/parentesco)

Freguesia (resid.): _____

Concelho (resid.): _____

Código postal (7 dígitos - resid.): _____ - _____

Vou pedir-lhe um conjunto de informações sobre si e o seu agregado familiar	Ind. 1 (próprio)	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5
1. Género (F / M / Outro)					
2. Que idade tem? (Indicar o valor do próprio, e a seguir do mais velho ao mais novo)					
3. Estado civil: Casado/União de facto: 1; Solteiro: 2; Separado/Divorciado: 3; Viúvo/a: 4					
4. Grau de Parentesco: Cônjuge: 1; Filho/a: 2; Pai: 3; Mãe: 4; Nenhum: 5; Outro: especificar	Próprio				
5. Grau de Instrução: Não sabe ler nem escrever: 1; 1º ciclo do EB (1º - 4º anos): 2; 2º ciclo do EB (até 9º ano ou curso técnico): 3; Ensino secundário (10º - 12º anos) ou pós-secundário (especialização tecnológica não superior): 4; Licenciatura completa: 5; Mestrado completo: 6; Doutoramento completo: 7; NSNR: 8					
6. Situação Socioprofissional principal: Ativo com prof.: 1; Desempregado <1 ano: 2; Desempregado ≥1 ano: 3; Pensionista (Idade): 4; Pensionista (incapacidade): 5; Outra: especificar: 6; NSNR: 7					

<p>7. Qual o tipo de alojamento em que reside?</p> <p><input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Parte de casa (compartilhada, quarto)</p> <p><input type="checkbox"/> Moradia <input type="checkbox"/> Pensão residencial</p> <p><input type="checkbox"/> NSNR <input type="checkbox"/> Outra situação: _____</p> <p>8. Em que andar vive? [Se viver em mais do que um (moradia 2 pisos ou duplex por ex.), indicar o mais baixo]</p> <p><input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/> R/C <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º ou mais</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Com elevador <input type="checkbox"/> Sem elevador</p> <p>10. Tem um espaço exterior em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Quintal <input type="checkbox"/> Jardim <input type="checkbox"/> Varanda ou pátio com plantas <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. Em relação à sua casa, das situações seguintes, qual corresponde melhor à sua situação?</p> <p><input type="checkbox"/> Proprietário (ou casal ou cônjuge é)</p> <p><input type="checkbox"/> Arrendatário (senhorio particular)</p> <p><input type="checkbox"/> Arrendatário (hab. pública, hab. social)</p> <p><input type="checkbox"/> Hospedado em casa de familiar ou amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Subarrendado (partes de casa, quarto)</p> <p><input type="checkbox"/> Outra situação, qual: _____</p>	<p>12. De uma forma geral, como é que o dinheiro do seu agregado familiar se encontra no final do mês?</p> <p><input type="checkbox"/> Não chega para as necessidades <input type="checkbox"/> É mesmo à justa</p> <p><input type="checkbox"/> Sobra algum dinheiro <input type="checkbox"/> NSNR</p> <p>13. Em relação aos transportes, tem passe social?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>14. Tem automóvel?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, que conduzo</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mas alguém que vive comigo tem automóvel</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mas eu tenho (ou mais alguém que vive comigo tem) outro tipo de veículo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> NSNR</p>
--	---

15-22. Vou ler-lhe um conjunto de afirmações. Diga se concorda com elas.	Concordo	NCND	Discordo	NSNR
De uma forma geral, os meus vizinhos são pessoas confiáveis e disponíveis para ajudar	1	2	3	4
Durante o confinamento, os meus vizinhos estiveram mais disponíveis do que habitualmente para ajudar	1	2	3	4
É seguro caminhar no bairro/zona de resid./vizinhança durante a noite	1	2	3	4
É fácil caminhar no meu bairro/zona de resid./vizinhança (qualidade do passeio, presença de obstáculos...)	1	2	3	4
É fácil estacionar no meu bairro/zona de resid./vizinhança	1	2	3	4
Existe no meu bairro/zona de resid./viz. um parque/jardim ou um sítio/largo (onde as pessoas podem ficar a conversar, jogar cartas, conviver na rua...)	1	2	3	4
O meu bairro/zona de resid./vizinhança é bem servido de transportes públicos	1	2	3	4
O meu bairro/zona de resid./vizinhança é bem servido de lojas alimentares (supermercados, mercearias...)	1	2	3	4

[Instruções para explicar "confinamento": quando toda a população teve de ficar em casa (a partir de Março) por decisão do governo para travar o vírus]

Anexo T - Inquérito Grampcity 2020-2021 (1)

23-24. Durante o período de confinamento...	Melhorou muito	Melhorou	Ficou igual	Piorou	Piorou muito	NSNR
A qualidade do seu sono...	1	2	3	4	5	6
A sua alimentação...	1	2	3	4	5	6

25-31. Diga se concorda ou discorda com as afirmações seguintes. Durante o período de confinamento...	Concordo	NCND	Discordo	NSNR
Tive mais tempo para cuidar de mim ou para fazer coisas que não tinha tempo ou possibilidade de fazer	1	2	3	4
Os meus familiares estiveram mais presentes	1	2	3	4
Senti-me mais ansioso e deprimido	1	2	3	4
Conheço um familiar ou vizinho que esteve infetado	1	2	3	4
Fiquei preocupado com a possibilidade de ter de recorrer às minhas poupanças para fazer face aos gastos correntes	1	2	3	4
Tive uma consulta que foi desmarcada por causa do COVID-19	1	2	3	4
Tive receio de sair de casa (para ir a consultas, às compras...)	1	2	3	4

<p>32. Durante o confinamento, teve alguma ajuda para ir comprar medicamentos ou alimentos? [várias respostas possíveis]</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, dos familiares ou amigos <input type="checkbox"/> Sim, dos vizinhos <input type="checkbox"/> Sim, de associações voluntárias <input type="checkbox"/> Sim, apoio ao domicílio (CM, JF, IPSS) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NSNR</p>	<p>37. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Mau <input type="checkbox"/> Muito mau <input type="checkbox"/> NSNR</p> <p>38. Considera que caminha...</p> <p><input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com baixa dificuldade <input type="checkbox"/> Com média dificuldade <input type="checkbox"/> Com elevada dificuldade <input type="checkbox"/> Não caminha <input type="checkbox"/> NSNR</p> <p>39. Tem alguma doença crónica ou algum problema prolongado, diagnosticada pelo seu médico? [Se sim] indicar (próprio): _____</p> <p>40. E o seu cônjuge? Indicar: _____</p>
--	--

33-36. Durante o confinamento, diga se lhe aconteceu pelo menos uma vez:	Sim, aconteceu	Não aconteceu	NSNR
Não ter acesso a alimentos porque não tinha como ir às compras	1	2	3
Não poder ir a uma consulta (ou exame/analises) por não ter como ir	1	2	3
Não ter acesso a medicamentos por não ter como ir à farmácia	1	2	3
Não poder efetuar o pagamento de faturas, por não ter como deslocar-se	1	2	3

41-60.	Antes do confinamento, costumava comunicar à distância com outras pessoas através de...					E hoje (Set-Out) ...				
	Diariam.	Semanalm.	Menos frequent.	Nunca	Ajuda: Com / Sem	Diariam.	Semanalm.	Menos frequent.	Nunca	Ajuda: Com / Sem
Telefone/telemóvel	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
Sms/whatsapp/messenger	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
E-mail	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
Video-chamada	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
Outros (indicar):	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S

61-180.	Antes do confinamento				E hoje (Set-Out)...			
	Antes do confinamento, [se saia de casa], saia para...	Quantas vezes por semana?	Modo de deslocação principal	Tempo de deslocação (modo principal)	Onde:	Quantas vezes por semana?	Mudou de modo de deslocação?	[Se mudou de modo] Tempo de deslocação (modo principal)
[Instrução inquiridor: completar linha por linha antes do confinamento e depois; não percorrer todos os motivos "antes" para depois voltar a percorrer os motivos "hoje"]	Todos os dias: 1 4-6 x/sem: 2 1-3 x/sem: 3 15 em 15 dias: 4 1x/mês: 5 2 em 2 meses: 6 3 em 3 meses: 7 Raramente: 8 Nunca: 9	A pé: 1 Bicicleta: 2 Scooter de mobilidade: 3 Motociclo: 4 Carro: 5 Transporte público (autocarro, comboio, barco - 6 qual?) Táxi: 7 Outro: 8 Qual? Não se desloca: 9	<10 min: 1 10-19min: 2 20-29min: 3 30-59min: 4 >60 min: 5	Área de residência: 1 Freguesia: 2 Outra freguesia: 3 Outro Município: 4	Todos os dias: 1 4-6 x/sem: 2 1-3 x/sem: 3 15 em 15 dias: 4 1x/mês: 5 2 em 2 meses: 6 3 em 3 meses: 7 Raramente: 8 Nunca: 9	A pé: 1 Bicicleta: 2 Scooter de mobilidade: 3 Motociclo: 4 Carro: 5 Transporte público (autocarro, comboio, barco - 6 qual?) Táxi: 7 Outro: 8 Qual? Não se desloca: 9	<10 min: 1 10-19min: 2 20-29min: 3 30-59min: 4 >60 min: 5	Área de residência: 1 Freguesia: 2 Outra freguesia: 3 Outro Município: 4
Ir trabalhar								
Compras alimentares								
Comprar medicamentos								
Pagar contas/faturas								
Levantar dinheiro								
Ir a consultas/tratamentos médicos								
Ir ao cabeleireiro/ barbeiro								
Ir a restaurantes/pastelarias								
Ir à missa ou outro culto religioso								
Ir a uma associação/centro de dia/Universidade sénior/centro de convívio/dança/desporto								
Ir a uma área verde/jardim/beira-rio/mar/espacos de convívio ao ar livre								
Ir passear a sítios diferentes dos que foram referenciados anteriormente								
Visitar familiares								
Ir buscar/levar netos à escola								
Cuidar de horta/quintal/espaco exterior (fora de casa)								
Caminhada								

<p>181. No geral, sai agora de casa:</p> <p><input type="checkbox"/> Muito mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Um pouco mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> De forma igual <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Muito menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> NSNR</p>	<p>182. As mudanças que nos referiu no que respeita à/s [referir as atividades onde se verificaram mudanças nos padrões de mobilidade] tiveram consequências no seu bem-estar?</p> <p><input type="checkbox"/> Consequências muito positivas <input type="checkbox"/> Consequências negativas <input type="checkbox"/> Consequências positivas <input type="checkbox"/> Consequências muito negativas <input type="checkbox"/> Nenhuma consequência <input type="checkbox"/> NSNR</p>	<p>183. Daqui a um ano, pensa que irá sair de casa:</p> <p><input type="checkbox"/> Muito mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Igual ao que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Muito menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> NSNR</p>
--	--	--

<p>184. O que é que gostaria de ver alterado no seu bairro / zona de resid. / vizinhança que lhe facilitasse as suas deslocações fora de casa? Pode indicar até 3 coisas.</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p>	<p>Hora de fim da entrevista: _____ h _____</p>
---	--