



FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Biatriz Pereira Tejo

O IMPACTO DO AMBIENTE RESIDENCIAL NA SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO IDOSA DE COIMBRA

O CASO DE ESTUDO DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE COIMBRA, DA UNIÃO DAS FREGUESIAS DE
EIRAS E SÃO PAULO DE FRADES E DA UNIÃO DAS FREGUESIAS DE SOUSELAS E BOTÃO

**Relatório de Estágio do Mestrado em Geografia Humana, Planeamento e
Territórios Saudáveis, orientado pelo Professor Doutor Jorge Miguel Nunes
Padeiro, apresentado ao Departamento de Geografia e Turismo da Faculdade
de Letras da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2023

FACULDADE DE LETRAS

O Impacto do Ambiente Residencial na Saúde Mental da População Idosa de Coimbra

O caso de estudo da União de Freguesias de Coimbra, União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e União das Freguesias de Souselas e Botão

Ficha Técnica

Tipo de trabalho	Relatório de Estágio
Título	O Impacto do Ambiente Residencial na Saúde Mental da População Idosa de Coimbra
Subtítulo	O caso de estudo da União de Freguesias de Coimbra, União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e União das Freguesias de Souselas e Botão
Autor/a	Biatriz Pereira Tejo
Orientador	Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro
Júri	Presidente: Doutora Ana Paula Santana Rodrigues Vogais: 1. Doutora Flávia Alexandra Borges Machado 2. Doutora Jorge Miguel Nunes Padeiro
Identificação do Curso	2º Ciclo em Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis
Área científica	Geografia
Especialidade/Ramo	Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis
Data da defesa	17-10-2023
Classificação do Relatório	18 valores
Classificação do Estágio e Relatório	18 valores

AGRADECIMENTOS

Estando na fase final de uma etapa tão importante na minha vida, é necessário agradecer às pessoas que fazem parte dela e às que se cruzaram comigo neste caminho. Um caminho nem sempre fácil, mas um caminho bonito.

Aos meus pais. Por me apoiarem incondicionalmente, por me ampararem e por me incentivarem a nunca desistir e a ser cada vez melhor. Por serem colo, conforto e casa, sempre.

À minha família. Por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida. Por serem o suporte e o incentivo necessário em certos momentos. Uma família que transborda amor, cumplicidade e união.

Aos meus amigos. Por me acompanharem não só nesta como em todas as etapas da minha vida. Por serem verdadeiros companheiros de vida.

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro, pelo seu acompanhamento permanente, pela sua disponibilidade, pela sua ajuda constante, pelas sugestões e por acreditar em mim e me incentivar a fazer mais e melhor.

À minha orientadora de estágio, Dr^a Susana Marcelino, por toda a sua dedicação, compreensão e apoio. A todos os que constituem a Divisão de Saúde da Câmara Municipal de Coimbra, um enorme agradecimento por me terem acolhido tão bem e por me terem ajudado bastante nesta etapa. As pessoas e as relações que se criaram ao longo dos seis meses de estágio, ficarão para sempre no meu coração.

A todas as Instituições de Apoio Social onde foram realizados os inquéritos, principalmente às Técnicas de Serviço Social, por me permitirem realizar o estudo nos vários Centros de Dia e por se disponibilizarem em qualquer momento a deslocarem-se comigo ao Apoio Domiciliário. Muito obrigada por terem dispensado algum tempo do vosso trabalho para me ajudarem, sem este auxílio teria sido muito mais difícil a realização do estudo. A todos os idosos, pela colaboração no estudo e por me terem recebido em suas casas.

RESUMO

O envelhecimento da população retrata um dos principais fenómenos demográficos e sociais à escala mundial. As alterações que se têm verificado a nível demográfico no que toca à diminuição da natalidade e da mortalidade e, conseqüentemente, ao aumento da esperança média de vida, levam a que a população idosa seja a faixa etária que mais tem representado o território nacional. À medida que o ser humano envelhece, a sua saúde vai ficando cada vez mais fragilizada e afetada, o que leva a uma diminuição progressiva das suas funções físicas e cognitivas. Porém, o envelhecimento é um processo que deve ser vivido de forma ativa, saudável e independente o maior tempo possível.

A população idosa, por ser uma população mais vulnerável, passa mais tempo na sua habitação e em torno dela e, por isso, começa a dar prioridade a determinadas características do seu ambiente residencial. Neste contexto, surgiu a Psicologia Ambiental, uma ciência que procurou compreender as necessidades humanas em ambiente residencial e, posteriormente, entender como a habitação, o ambiente físico e de serviços e o ambiente social afetam a satisfação residencial e o bem-estar emocional da população, sobretudo da população idosa. Verificámos assim que o estado da saúde mental da população depende, em grande parte, das particularidades do ambiente residencial, devendo este ser bem executado e planeado. Todavia, para a população idosa, as relações criadas com a sua vizinhança e com a comunidade, são mais importantes do que propriamente as características físicas.

A fim de analisar como a população idosa de Coimbra se sente na sua área de residência, foi elaborado um estudo, através de inquéritos a esta faixa etária, em três freguesias do Concelho de Coimbra: União das Freguesias de Coimbra (área urbana), União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades (área periurbana) e União das Freguesias de Souselas e Botão (área rural). Nas três freguesias, a maioria dos inquiridos respondeu gostar bastante da sua área de residência e considera que esta contribui de forma positiva no seu bem-estar emocional, explicado pelo apego ao lugar e pelas relações sociais desenvolvidas.

Palavras-chave: Ambiente Residencial; Envelhecimento; Saúde Mental; Segurança; Coimbra.

ABSTRACT

The ageing of the population represents one of the main demographic and social phenomena on a global scale. The changes that have occurred demographically, such as a decrease in birth and mortality rates, leading to an increase in average life expectancy, have resulted in the elderly population becoming the most significant age group in the national territory. As humans age, their health becomes increasingly fragile and affected, resulting in a progressive decline in their physical and cognitive functions. However, ageing is a process that should be experienced actively, healthily, and independently for as long as possible.

The elderly population, being more vulnerable, spends more time in their homes and immediate surroundings. Therefore, they begin to prioritize specific characteristics of their residential environment. In this context, Environmental Psychology emerged as a science that sought to understand human needs in a residential environment and how housing, the physical and service environment, and the social environment affect residential satisfaction and emotional well-being, especially among the elderly population. It is evident that the population's mental health largely depends on the specificities of the residential environment, which should be well-executed and planned. However, older adults' relationships with their neighbors and the community are more important than their physical characteristics.

A study was conducted through surveys of this age group in three parishes of the Municipality of Coimbra: the Union of Parishes of Coimbra (urban area), the Union of Parishes of Eiras and São Paulo de Frades (peri-urban area), and the Union of Parishes of Souselas and Botão (rural area) to assess how the elderly population in Coimbra feels about their residential area. In all three parishes, most respondents reported liking their residential area very much. They believed it positively contributes to their emotional well-being, explained by attachment to the place and the social relationships developed.

Keywords: Residential Environment; Aging; Mental Health; Safety; Coimbra.

Índice

Introdução.....	6
Cap. 1. Enquadramento da Instituição de acolhimento	8
1.1 A Câmara Municipal de Coimbra	8
1.1.1 Âmbito territorial.....	8
1.1.2 Missão, valores veiculados, principais estratégias	12
1.1.3 Estrutura organizacional.....	14
1.2 O serviço/departamento em que se inseriu o estágio	16
1.2.1 Recursos humanos, financeiros e materiais.....	16
1.2.2 Missões, projetos/intervenções passados, em curso e futuros.....	16
1.3 Tarefas realizadas ao longo do estágio.....	19
Cap. 2. Saúde mental e longevidade.....	21
2.1 O envelhecimento como questão central.....	21
2.1.1 O envelhecimento demográfico	21
2.1.2 O envelhecimento como processo individual.....	29
2.2 O paradigma do envelhecimento ativo e saudável	32
2.3 A saúde mental no envelhecimento.....	35
2.3.1 A saúde mental como conceito.....	35
2.3.2 Os fatores da saúde mental.....	39
2.3.3 A saúde mental da população idosa	42
Cap. 3. O papel do ambiente residencial	46

3.1	A emergência das abordagens sócio-ecológicas	46
3.1.1	A abordagem inicial pela psicologia	46
3.1.2	O modelo sócio-ecológico dos determinantes sociais da saúde	47
3.2	O ambiente residencial como fator determinante da saúde mental	51
3.3	As características do ambiente residencial	54
3.4	A relação entre a área residencial e o envelhecimento	56
3.4.1	A satisfação residencial	58
3.4.2	O sentimento de segurança no ambiente residencial	61
Cap. 4.	Metodologia	68
4.1	Áreas de estudo	68
4.1.1	Seleção das áreas de estudo	68
4.1.2	Caracterização	68
4.2	Amostra	76
4.3	Elaboração dos inquéritos	78
4.3.1	Estrutura do questionário	78
4.3.2	Variáveis de análise	83
4.3.3	Variáveis explicativas	84
4.3.4	Variáveis de controlo	86
4.4	Análise dos inquéritos	87
Cap. 5.	Resultados	88
5.1	Caracterização da amostra	88

5.2	Diferenças entre freguesias	89
5.3	Saúde Mental	104
Cap. 6.	Discussão	112
Cap. 7.	Conclusão.....	118
	Referências bibliográficas	121

Introdução

O presente Relatório de Estágio, intitulado “O impacto do ambiente residencial na saúde mental da população idosa de Coimbra”, surge no âmbito do último ano de Mestrado em Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. O estágio foi realizado na Câmara Municipal de Coimbra, na Divisão de Saúde, ao longo de seis meses.

O envelhecimento é um processo contínuo e gradual, em que as características físicas e mentais do ser humano vão sofrendo alterações e, posteriormente, algumas limitações: perda gradual da autonomia e da mobilidade, maior propensão para o isolamento, ansiedade, maior receio e dificuldade em se deslocar na sua área de residência. Estas fragilidades acabam por interferir negativamente na qualidade de vida e no bem-estar físico e mental desta população, tornando-a mais suscetível a doenças. Desta maneira e de forma a amenizar este processo, é importante que a área de residência (incluindo a comunidade) desta população seja detentora de segurança e conforto, bem como de cuidados de saúde de proximidade e de serviços de comércio e transportes. Tal reveste-se de extrema relevância por forma a diminuir o isolamento e a promover a independência e autonomia destes indivíduos.

O estudo teve então como principal objetivo avaliar e verificar a forma como o ambiente residencial afeta o bem-estar psicológico da população idosa de Coimbra. A fim de concretizar este grande objetivo foi importante selecionar três freguesias do concelho de Coimbra como área de estudo, uma vez que o tempo era limitado: União de Freguesias de Coimbra, União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e União das Freguesias de Souselas e Botão, uma freguesia urbana, periurbana e rural, respetivamente; definir o conceito de envelhecimento e analisar este processo em contexto mundial, europeu e nacional; analisar a evolução de um processo de envelhecimento incapacitante para um processo de envelhecimento ativo, prolongado e saudável; identificar a importância da saúde mental e como esta interfere na vida da população idosa; identificar as características do ambiente residencial e a relação que existe com o envelhecimento; identificar como a segurança residencial afeta o bem-estar psicológico da população; avaliar a perceção dos idosos face ao seu ambiente residencial, a nível de ambiente físico e social, segurança e saúde física e mental e, posteriormente, compreender se estas variáveis têm efeito na sua saúde mental.

O relatório encontra-se estruturado em sete capítulos. O Capítulo 1 “Enquadramento da Instituição de acolhimento” aborda, de forma breve e sucinta a história do Município de Coimbra, a contextualização geográfica, demográfica, social e económica do município, a caracterização da instituição de acolhimento, bem como da divisão onde se inseriu o estágio e a sua estrutura organizacional. O Capítulo 2 “Saúde Mental e longevidade” aborda o conceito de envelhecimento e a sua evolução, o paradigma do envelhecimento ativo e saudável, o conceito de saúde mental e a sua relação com o envelhecimento. O Capítulo 3 “O papel do ambiente residencial” aborda, de forma sintética, a perspetiva inicial da psicologia no ambiente residencial, os determinantes sociais da saúde, as características do ambiente residencial e a relação entre o ambiente residencial e o envelhecimento. O Capítulo 4 “Metodologia”, inclui a caracterização das áreas de estudo, o método de aplicação do estudo, a estrutura do inquérito e o agrupamento das questões das variáveis de análise, explicativas e de controlo utilizadas. O Capítulo 5 “Resultados” contém a análise dos inquéritos. O Capítulo 6 “Discussão” refere-se à comparação dos resultados obtidos com a literatura existente. O Capítulo 7 “Conclusão” possui as notas conclusivas acerca de todo o trabalho, salientando-se os aspetos mais importantes do estudo.

Para a concretização deste estudo, foi importante elaborar e, posteriormente, aplicar um questionário à população idosa com idade igual ou superior a 65 anos, nos vários contextos residenciais, de forma a compreender o que sentem no seu ambiente residencial e o efeito que este tem no seu bem-estar. Posteriormente, foram analisadas todas as observações e, através de testes do qui-quadrado foram realizadas associações entre a saúde mental e as variáveis em estudo.

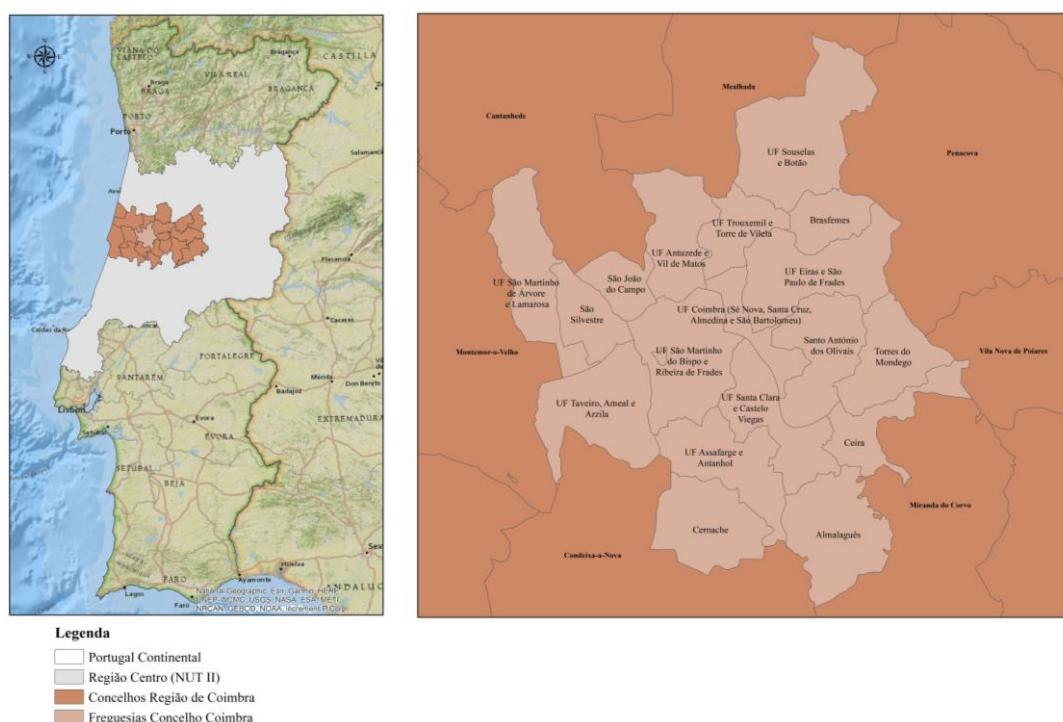
Cap. 1. Enquadramento da Instituição de acolhimento

1.1 A Câmara Municipal de Coimbra

1.1.1 Âmbito territorial

A cidade de Coimbra localiza-se no Distrito de Coimbra, na Região Centro de Portugal Continental (NUT II) e pertence à Sub-região do Baixo Mondego, Região de Coimbra (NUT III), dispondo de uma área territorial de 319,4 km². É limitada a Norte pelo Município da Mealhada, a Este pelos Municípios de Penacova, Vila Nova de Poiares e Miranda do Corvo, a Sul pelo Município de Condeixa-a-Nova, a Oeste pelo Município de Montemor-o-Velho e a Noroeste pelo Município de Cantanhede. O concelho de Coimbra é sede de Município e é constituído, atualmente, por 18 freguesias (Figura 1).

Figura 1. Localização do Concelho de Coimbra e respetivas Freguesias



Fonte. Elaboração própria a partir de dados da DGT, 2023

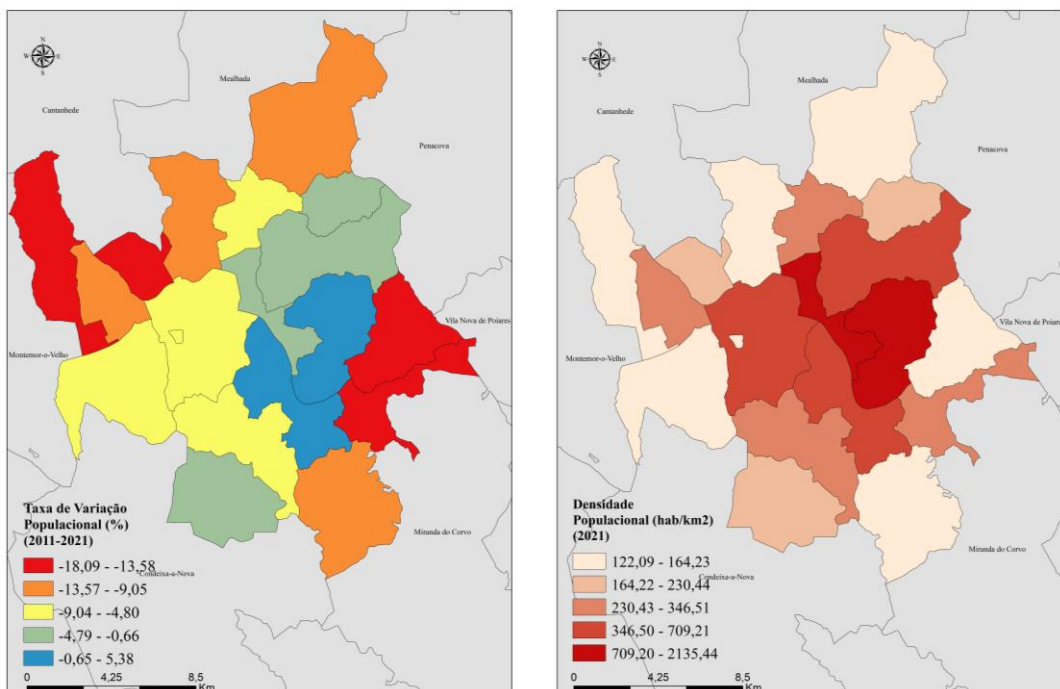
A fim de avaliar de forma mais concreta e detalhada as freguesias do território nacional, a Tipologia de Áreas Urbanas (TIPAU 2014), com base na população residente de cada freguesia, classificou as freguesias do território nacional em: Áreas predominantemente urbanas (APU),

Segundo os censos de 2021, a cidade de Coimbra apresenta uma população total de 140 816 habitantes, menos 2 580 habitantes que em 2011 (143 396 habitantes), tendo uma taxa de variação de -1,83% (dados INE).

Entre 2011 e 2021, a freguesia que perdeu mais população foi Torres do Mondego, tendo uma taxa de variação de -18,09%, seguido da União de Freguesias de São Martinho de Árvore e Lamasosa (-14,21%) e Ceira (-14,09%). Pelo contrário, a freguesia que ganhou mais população foi Santo António dos Olivais que contou com mais 2 214 habitantes (5,38%) e a União das Freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas que contou com mais 234 habitantes em 2021 (1,97%) (dados INE).

No que toca à densidade populacional, a cidade de Coimbra conta com 440,89 hab./km², sendo Santo António dos Olivais a freguesia com mais habitantes por km² (2 135,44 hab./km²). A União das Freguesias de Coimbra é a segunda freguesia com mais hab./km² (1 666,27 hab./km²) que, apesar de dispor da menor área territorial (8,34 km²), é uma das que possui mais população. Por outro lado, as freguesias de Torres do Mondego (122,09 hab./km²), Almalaguês (123,19 hab./km²) e a União de Freguesias de Souselas e Botão (126,87 hab./km²), são as que apresentam a menor densidade populacional, estando abaixo da média do município (440,89 hab./km²) (dados INE).

Figura 3. Taxa de Variação e Densidade Populacional das Freguesias do Município de Coimbra



Fonte. Elaboração própria a partir de dados do INE, 2023

Relativamente à taxa bruta de natalidade, o município de Coimbra é o que apresenta o valor mais alto em relação aos restantes municípios da Região, com 7,2‰, sendo este valor mais alto que o da média da Região de Coimbra (6,3‰). Quanto à taxa bruta de mortalidade, o município de Coimbra possui uma taxa de 12,1‰, sendo o terceiro município com o valor mais baixo em comparação com os restantes da Região e apresenta o valor mais baixo que o da média da Região de Coimbra (14,1‰).

O grupo etário que prevalece na cidade de Coimbra é o grupo dos 25 aos 64 anos com 74 877 habitantes, seguido do grupo dos 65 e mais anos com 35 534 habitantes. Apesar desta cidade não ser na sua maioria envelhecida, entre o ano de 2011 e 2021, o único grupo etário que ganhou população foi o dos 65 e mais anos (+ 6 748), o que mostra uma das tendências futuras para a cidade. O índice de envelhecimento deste concelho é de 214 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com idades compreendidas entre os 0-14 anos, sendo dos valores mais baixos em comparação aos restantes concelhos da Região de Coimbra.

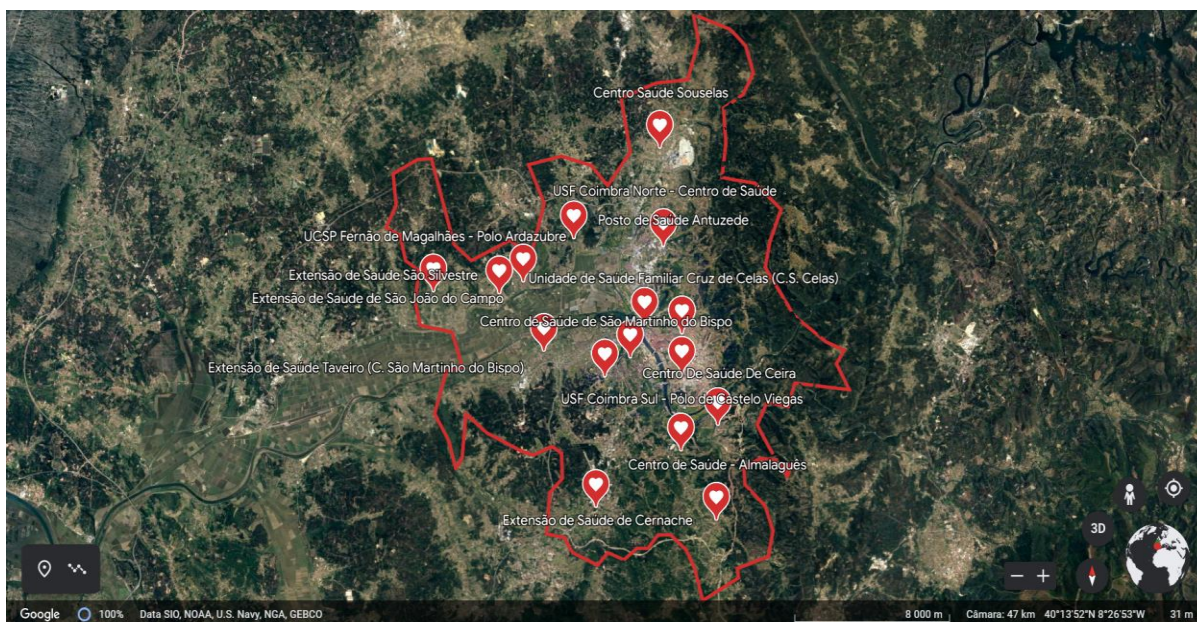
Quanto ao índice de dependência de idosos, o concelho de Coimbra conta com 40,80 idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos), sendo o terceiro concelho com o valor mais baixo da Região de Coimbra, o que mostra que existem menos idosos que população em idade ativa.

Em termos económicos, a cidade de Coimbra apresenta uma taxa de desemprego de 6,26%, o terceiro município com o valor mais alto da Região de Coimbra, ultrapassando a média da Região (5,95%). Em Coimbra, a população masculina conta com uma taxa de desemprego superior à da população masculina, 6,44% e 6,09%, respetivamente (dados INE). Quanto ao número de população inativa, de pessoas que não estão empregadas nem desempregadas, Coimbra possui o valor mais alto dos municípios da Região de Coimbra (56 619 indivíduos), sendo que o maior número recai na população idosa com 33 047 indivíduos inativos.

O facto de possuir um vasto conjunto de áreas de investigação e de conhecimento, faz com que esta cidade se esteja a desenvolver cada vez mais em diversas áreas, sobretudo, na área da saúde e do envelhecimento. Desta maneira, a cidade de Coimbra é também reconhecida a nível nacional pelo setor da saúde, sendo detentora de um dos maiores Centros Hospitalares do país, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Possui ainda o Hospital dos Covões, o IPO e algumas unidades de saúde de cariz privado. É ainda importante destacar a existência de seis Centros de Saúde que integram o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego:

o Centro de Saúde de Eiras, Centro de Saúde de Celas, Centro de Saúde de Fernão de Magalhães, Centro de Saúde de Norton de Matos, Centro de Saúde de Santa Clara e Centro de Saúde de São Martinho do Bispo. Estas Unidades de Saúde incluem Extensões de Saúde que se encontram sediadas em algumas das freguesias do concelho (Diagnóstico Social do Concelho de Coimbra, 2018).

Figura 4. Localização dos Centros de Saúde e respetivas Extensões de Saúde no Concelho de Coimbra



Fonte. Google Earth, 2023

Em termos de acessibilidade, a cidade de Coimbra encontra-se bem servida a nível de transportes públicos coletivos, contando com o serviço de transporte Transdev que faz a ligação das várias freguesias do concelho ao centro da cidade e, com os Serviços Municipalizados de Transportes Urbanos de Coimbra (SMTUC) que fazem a ligação urbana aos vários pontos da cidade de Coimbra e ao interior de algumas freguesias do concelho (Diagnóstico Social do Concelho de Coimbra, 2018).

1.1.2 Missão, valores veiculados, principais estratégias

A Câmara Municipal de Coimbra é um órgão autárquico que tem como atual Presidente o Dr. José Manuel Silva e como Vice-Presidente o Dr. Francisco Veiga. Na sua tomada de posse, em outubro de 2021, o autarca afirmou ter como principais objetivos “trabalhar em conjunto com as principais instituições do concelho, unindo esforços, aproveitando sinergias e multiplicando o imenso potencial de Coimbra”, tornar a autarquia “uma organização eficiente e sem papel” e investir em

vários setores para desenvolver a cidade e torná-la atrativa no mercado nacional e internacional (José Manuel Silva *in* Câmara Municipal de Coimbra, 2021).

O Município de Coimbra tem assim como missão “promover o desenvolvimento socialmente sustentável do município e da região através da agregação dos principais stakeholders da cidade”, de forma a tornar a cidade de Coimbra uma cidade mais competitiva e atrativa “para ideias de negócio, empresários, e investidores nacionais e internacionais” (Câmara Municipal de Coimbra, s.d). Para que esta missão seja concretizada, o Município definiu algumas metas: fomentar o progresso e o ordenamento industrial e empresarial; estimular a reestruturação e diversificação do tecido empresarial e industrial; apoiar novas iniciativas industriais e empresariais; fortalecer a cadeia de valor do município e da região; favorecer a criação de emprego e incentivar a fixação de população e aumentar a sua qualidade de vida (Câmara Municipal de Coimbra, s.d).

Todavia, além de ter como missão desenvolver a cidade, a Câmara Municipal de Coimbra, tal como as restantes autarquias do país e as entidades intermunicipais, tem-se vindo a deparar com a Transferência de Competências em vários domínios de atuação do Estado. A Transferência de Competências advém da lei de 16 de agosto de 2018 que decretou a descentralização de competências do Estado Central para o Poder Local, por forma a conferir mais autonomia e independência administrativa, financeira e patrimonial às autarquias locais e a permitir uma melhor qualidade e igualdade de acesso aos serviços públicos, cabendo às autarquias gerir os recursos financeiros, humanos e patrimoniais adequados, tendo em conta os que já estavam presentes nos serviços (Diário da República, 2018).

Os órgãos municipais assumem assim novas competências em vários setores, porém a Transferência de Competências tem sido feita de forma gradual, não só em termos de aderência dos municípios como também em termos de domínios a transferir (Diário da República, 2018).

No caso da Câmara Municipal de Coimbra, esta autarquia já efetuou a Transferência de Competências nas áreas da Educação e da Ação Social sendo que, até ao final deste ano, espera-se que assine a Transferência na área da Saúde. A partir desse momento, caberá ao município a: participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção; gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários; gestão dos trabalhadores, inseridos na carreira de assistente operacional, das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que integram o Serviço

Nacional de Saúde (SNS); gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES que integram o SNS e criação de parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo (Diário da República, 2019).

Por esta razão, entrou em vigor a 30 de janeiro de 2019, o Decreto-Lei nº23/2019 que definiu a obrigatoriedade da criação da Estratégia Municipal de Saúde, devendo esta incluir “as linhas gerais de ação e as respetivas metas, indicadores, estratégias, atividades, recursos e calendarização” (Diário da República, 2019). A partir desse momento, o Município de Coimbra, ainda no poder do antigo executivo do Sr. Presidente Manuel Machado, procedeu à criação da Estratégia Municipal de Saúde.

A Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra 2021-2025, é um documento estratégico que foi desenvolvido pela Equipa de Investigação do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT) da Universidade de Coimbra, coordenado cientificamente pela Professora Dr.^a Paula Santana. É composto pelo: Perfil Municipal de Saúde, que integra o diagnóstico realizado, no ano de 2020, pelas várias freguesias que compõe o concelho de Coimbra, a fim de perceber as lacunas que existem no território e que, conseqüentemente, interferem na saúde da população residente e, pelo Plano Municipal de Saúde que, depois das análises feitas, contém seis eixos de intervenção, 16 objetivos estratégicos, 41 linhas de ação estratégica e 94 ações de intervenção municipal, a serem adotadas num determinado espaço-tempo, a fim de promover a saúde, a equidade em saúde, prevenir a doença e atingir um completo bem-estar físico e cognitivo (Plano Municipal de Saúde de Coimbra, 2021).

A Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra visa a concretização da Visão Estratégica “Coimbra, um município onde todas as pessoas têm oportunidade de nascer, crescer e envelhecer em ambientes que promovam a saúde física e mental, individual e coletiva” (Plano Municipal de Saúde de Coimbra, 2021, p.10).

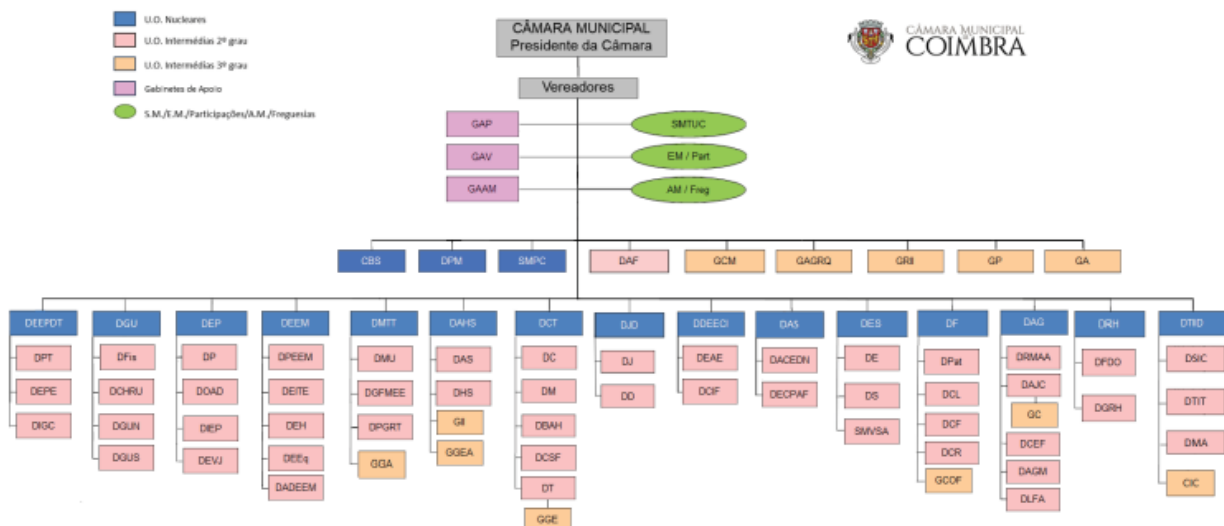
1.1.3 Estrutura organizacional

Atualmente e depois de ter sofrido no início de 2023 uma alteração na sua estrutura, a Câmara Municipal de Coimbra, além de ser composta pelo executivo já mencionado anteriormente e pelos Vereadores, encontra-se estruturada hierarquicamente por dezoito unidades orgânicas nucleares e por dezasseis Departamentos Municipais: Departamento de Estudos Estratégicos, Planeamento e

Desenvolvimento Territorial (DEEPDT); Departamento de Gestão Urbanística (DGU); Departamento de Espaço Público (DEP); Departamento de Edifícios e Equipamentos Municipais (DEEM); Departamento de Mobilidade, Trânsito e Transportes (DMTT); Departamento de Ação e Habitação Social (DAHS); Departamento de Cultura e Turismo (DCT); Departamento de Juventude e Desporto (DJD); Departamento de Desenvolvimento Económico, Empreendedorismo, Competitividade e Investimento (DDEECI); Departamento de Ambiente e Sustentabilidade (DAS); Departamento de Educação e Saúde (DES); Departamento Financeiro (DF); Departamento de Administração Geral (DAG); Departamento de Recursos Humanos (DRH); Departamento de Tecnologias de Informação e Inovação Digital (DTIID); Departamento de Polícia Municipal (DPM); Companhia de Bombeiros Sapadores de Coimbra (CBS); Serviço Municipal de Proteção Civil (SMPC).

Os Serviços da Câmara Municipal de Coimbra estão organizados por Unidades Orgânicas Flexíveis, sendo estas constituídas pelas: Unidades orgânicas flexíveis não integradas em unidades orgânicas nucleares, estando aqui incluídos seis Gabinetes e, pelas Unidades orgânicas flexíveis integradas em unidades orgânicas nucleares, onde se inserem cinquenta e seis Divisões e Gabinetes, dos quais a Divisão de Saúde, a Divisão de Educação, a Divisão de Ação Social e o Gabinete de Gerontologia e Envelhecimento Ativo (Diário da República, 2022).

Figura 5. Organograma da Câmara Municipal de Coimbra



Fonte. Diário da República, 2022

1.2 O serviço/departamento em que se inseriu o estágio

1.2.1 Recursos humanos, financeiros e materiais

Sendo o tema central do estudo a saúde mental, o estágio inseriu-se no Departamento de Educação e Saúde (DES), na Divisão de Saúde (DS), tendo como Diretor de Departamento o Dr. Fernando Rovira e como Vereador o Dr. Francisco Veiga.

A Divisão de Saúde, antiga Divisão de Saúde e Ambiente, foi desvinculada e criada em janeiro de 2023, sendo atualmente constituída apenas por uma Técnica Superior, Dr.^a Susana Marcelino e, por um Técnico Superior que se encontra também afeto à Divisão da Educação, Dr. Tiago Morais.

Sendo esta divisão muito recente, existem algumas necessidades que se estão a resolver de forma progressiva, especialmente, a nível de recursos humanos e financeiros, devido, em grande parte, à conjuntura económica que o país está a atravessar. Todavia, o atual executivo tem como prioridade dinamizar e fazer crescer a Divisão de Saúde, uma vez que a missão do município passa por tornar Coimbra uma cidade saudável e sustentável.

Por esta razão, no início de julho, a Divisão de Saúde passou a ter um espaço próprio, tendo novas instalações que permitirão continuar a desenvolver ações ligadas à Estratégia Municipal de Saúde, a projetos com diversos parceiros, a fim de promover a saúde e o bem-estar dos munícipes, e a construir novos projetos que “terão como um dos seus pilares o acompanhamento e atendimento ao público em várias áreas”, através da constituição de uma equipa profissional multidisciplinar (Câmara Municipal de Coimbra, 2023).

Sendo a saúde influenciada por diversas áreas, é fundamental existir uma comunicação com outros serviços sendo, por isso, que a Divisão de Saúde tem comunicado com outros Departamentos e Divisões da Câmara Municipal, como a Divisão de Ação Social, a Divisão de Educação, o Departamento de Ambiente e Sustentabilidade, Departamento de Edifícios e Equipamentos Municipais, Departamento de Espaço Público e com os SMTUC, para que seja possível a concretização da Estratégia Municipal de Saúde e de outros projetos.

1.2.2 Missões, projetos/intervenções passados, em curso e futuros

A Divisão de Saúde tem como principal objetivo concretizar as ações estratégicas presentes na Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra, contudo, tem-se também focado em outras iniciativas

de promoção da saúde. Desta maneira, no que ao Plano Municipal de Saúde e a outros projetos desenvolvidos pela equipa diz respeito, das 41 iniciativas previstas, a Divisão de Saúde encontra-se, atualmente, no segundo ano de mandato, a desenvolver 25, correspondendo já a uma taxa de implementação atual de 61%. Dados os diferentes graus de complexidade, estas ações encontram-se em diferentes períodos de desenvolvimento, maturação e implementação, estando algumas em plena execução e outras em processo de preparação.

Assim, algumas das atividades/projetos que já foram desenvolvidas ou que se estão a desenvolver, focando-me não só, mas principalmente, na vertente de saúde mental, são:

- Grupo de Trabalho de Saúde Mental - O Grupo de Saúde Mental foi criado por iniciativa desta Divisão, por forma a trabalhar as várias vertentes inseridas neste tema. É constituído por uma Técnica Superior da Divisão e por dois Psicólogos, estando em funcionamento desde janeiro. O Grupo de Saúde Mental é responsável pela articulação com a Ordem dos Psicólogos Portugueses e pela implementação da avaliação dos riscos psicossociais, entre outras ações;
- Conselho Municipal de Saúde - Em cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 23/2019, a Divisão de Saúde dinamizou a 4.ª e a 5.ª reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Coimbra (CMSC) a 15 de dezembro de 2022 e a 6 de julho de 2023, respetivamente. Em ambos os plenários foram discutidos o ponto de situação da execução do Plano Municipal de Saúde de Coimbra, bem como o ponto de situação da Transferência de Competências na área da saúde;
- Ação 5.13. do Plano Municipal de Saúde: Criação do stand “Coimbra Saudável” de promoção da saúde - O stand “+Saúde, +Coimbra” é um dispositivo móvel, articulado e com uma lona personalizada do tipo Pop-Up que acompanha a Divisão de Saúde nas várias iniciativas do Município relacionadas com as suas competências;
- Ação 5.10. do Plano Municipal de Saúde: Adesão da CMC ao “Programa de Capacitação de Dinamizadores Locais” - O Programa de Capacitação de Dinamizadores Locais da Associação ManifestaMente é um projeto que visa capacitar os participantes sem formação específica em saúde mental para poderem contribuir nas suas comunidades. Após abertura do programa, em fevereiro do corrente ano, e com uma limitação de 5 vagas por autarquia, a Divisão de Saúde sugeriu a participação da Técnica Superior da Divisão de Saúde, de 2 Técnicos Superiores da Divisão de Ação Social e de 2 Polícias Municipais. As sessões de capacitação iniciaram-se em junho e terminarão em outubro de 2023;

- Iniciativa “Seja o Herói na vida de alguém”, uma campanha de dádiva de sangue em parceria com o IPST, I.P., que contou com 20 dádivas efetivas;
- Campanha de “Sensibilização para a Saúde Mental”, em parceria com a Ordem dos Psicólogos Portugueses, SNS24 e SOS Estudante, com mupis distribuídos pelo concelho que pretenderam transmitir várias mensagens no âmbito da literacia em saúde psicológica, bem como informar as linhas de apoio psicológico disponíveis, como a do SNS24 e da SOS Estudante;
- Protocolo - Ordem dos Psicólogos Portugueses - O Protocolo celebrado entre a Divisão de Saúde e a OPP, pressupõe duas vertentes: a primeira é respeitante à implementação do projeto “Locais de Trabalho Saudáveis”, com a aplicação de um questionário COPSOQ para aferir os riscos psicossociais dos trabalhadores. A segunda vertente diz respeito ao Programa Regional de Literacia em Saúde Psicológica e Bem-estar que tem como objetivo a promoção da literacia em saúde mental, contribuindo para um maior bem-estar psicológico comunitário, condição e substrato para a funcionalidade e coesão social. As duas entidades encontram-se a ultimar os detalhes para a aplicação do questionário a iniciar em outubro de 2023. Ambas as vertentes estão enquadradas no Plano Municipal de Saúde, nomeadamente nas ações 5.9 Programa Municipal de Promoção da Saúde Mental e 5.16 Estabelecimento de parceria "Locais de Trabalho Saudáveis em Coimbra";
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS) – A RPMS é uma parceria da OMS a fim de: apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto Cidades Saudáveis, apoiar e promover a definição de estratégias locais suscetíveis de favorecer a obtenção de ganhos em saúde e promover e intensificar a cooperação e a comunicação entre os municípios que integram a Rede. A Divisão de Saúde tem sido bastante ativa e participativa nas várias reuniões técnicas da rede, como é exemplo a colaboração na elaboração do Atlas dos Municípios Saudáveis, uma plataforma web de acesso público, assente em sistemas de informação geográfica, tendo sido desenvolvida pela Equipa de Investigação do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT) da Universidade de Coimbra, a mesma equipa que elaborou a Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra. Esta plataforma contribui para a caracterização da saúde da população e para avaliar os determinantes em saúde e, conseqüentemente, os seus resultados pelo território nacional;
- Reuniões com as Juntas e Uniões de Freguesia - Dada a abrangência das ações no Plano Municipal de Saúde e dado o envolvimento das Juntas e Uniões de Freguesia junto das

suas populações, a Divisão de Saúde considerou importante reunir com estas estruturas. Nestas, foi apresentado o Plano Municipal de Saúde, do qual se destacaram as ações 1.31 Criação do “Programa Cuidador do Espaço Público” e 4.13. Criação de Programa de Dinamização Associativa Cidadã e para as quais foi indicado que, de um modo informal, já se encontravam a ser realizadas pela população. No que diz respeito à ação 3.8. Adesão ao Balcão SNS24, a Divisão de Saúde reuniu previamente com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para compreender melhor o programa e poder apresentá-lo às Juntas e Uniões de Freguesia.

Atualmente, já estão a ser concretizadas reuniões e parcerias com diversas entidades, a fim de futuramente serem implementados alguns projetos, nomeadamente em educação e literacia para a saúde na comunidade escolar. A Divisão de Saúde, apesar de recente, tem estado envolvida em projetos multidisciplinares e multifatoriais, estando empenhada não só na implementação da Estratégia Municipal de Saúde, mas também em ações longitudinais que permitam afirmar a saúde como uma das grandes forças motrizes do Município de Coimbra.

1.3 Tarefas realizadas ao longo do estágio

Desde o momento em que cheguei à Divisão de Saúde, senti-me bastante integrada, não só pelas pessoas que constituem a divisão, como também pelo Sr. Vereador e pelo Sr. Diretor que estão constantemente presentes. O ambiente de trabalho, de companheirismo, de empatia e de entreatajuda que se faz sentir nesta divisão por todas as pessoas que a compõe, torna o trabalho mais simples, produtivo e saudável.

Ao longo dos seis meses de estágio, sempre fizeram questão de me deixar à vontade para questionar eventuais dúvidas que tivesse, de me integrar em todos os projetos que estavam a ser elaborados e projetos futuros, de me integrar em reuniões e de estar sempre presente. Além de ter realizado o Relatório de Estágio e de ter elaborado, em conjunto com os meus colegas, o inquérito do estudo, estive presente em várias reuniões com diversas entidades, como o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a Ordem dos Psicólogos, a Escola Superior de Enfermagem, a Ordem dos Médicos Dentistas, a Associação Existências, desloquei-me com eles às freguesias do concelho de Coimbra com o objetivo de ter reuniões com os Presidentes de Junta para implementação de ações da Estratégia Municipal de Saúde, assisti ao Conselho Municipal de Saúde, a Conferências de Saúde na Casa Municipal da Cultura e observei como se procede à elaboração de Informações e Pareceres.

Estive sempre incluída nos projetos e nas ações a concretizar, tendo assistido à maioria dos projetos acima mencionados, dando-me bastante conhecimento acerca de todo o procedimento que é feito e de todos os recursos humanos e financeiros que são necessários para a concretização de uma determinada ação/projeto, sendo estes muitas das vezes fatores condicionantes, e também fiquei a entender como funciona um órgão público desta dimensão.

Cap. 2. Saúde mental e longevidade

2.1 O envelhecimento como questão central

O envelhecimento é considerado uma das questões centrais do século XXI, sendo um fenómeno à escala mundial. É um processo que “depende de fatores de natureza endógena e exógena, que interagem com a herança genética, e em equilíbrio dinâmico com fatores de natureza física, psíquica e social” (Gonçalves, 2015, p. 648).

2.1.1 O envelhecimento demográfico

A tendência do ser humano é envelhecer à medida que vai passando pelas várias etapas do ciclo de vida sendo que o envelhecimento começa, de forma gradual, a ficar mais notório na fase final da vida adulta. O envelhecimento está associado a uma decadência progressiva das condições psíquicas e físicas do ser humano. aumentando a probabilidade da ocorrência de determinadas doenças (doenças crónicas, doenças cardiorrespiratórias, diabetes, alzheimer).

O envelhecimento demográfico começou a manifestar-se no mundo na segunda metade do século XX, onde a parcela de idosos começou a sobrepor-se à grande parcela de jovens que existia até então, consequência da redução da fertilidade. Atualmente, o processo de envelhecimento está a crescer de forma bastante acelerada, estimando-se que, de 2021 para 2050, o número de população idosa no mundo aumente mais do dobro, passando de 761 milhões de idosos para 1,6 mil milhões (ONU, 2023).

Apesar do envelhecimento ser mais intenso nos países desenvolvidos, sobretudo na Europa e na América do Norte, também uma parte substancial dos países em desenvolvimento estão a iniciar o mesmo processo. O Relatório Social de 2015 do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas (UNDESA), descreveu as estimativas de proporção da população idosa nas várias regiões do mundo para o ano de 2020, onde constava que, nesse ano, a Europa e a América do Norte seriam detentoras da maior percentagem de população idosa, com 18,3%, seguido da Austrália e da Nova Zelândia com 16,2%. Pelo contrário, a África Subariana seria a região que contava com uma menor proporção de população idosa, com 3% (Padeiro et al., 2022). O facto é que o Relatório Social de 2023 das Nações Unidas estima que, de 2021 para 2050, a população idosa no Leste e Sudeste da Ásia e no Centro e Sul da Ásia deverá crescer mais de 540

milhões, representando mais de 60% do aumento mundial. Na África Subsariana, o índice de envelhecimento populacional é extremamente reduzido, explicado pela elevada taxa de natalidade, sendo expectável que assim permaneça nas próximas décadas. Na Europa, na América do Norte, na Austrália e na Nova Zelândia o envelhecimento terá tendência a aumentar, tal como tem acontecido, mas de uma forma mais lenta (UNDESA, 2023).

Portugal é o quarto país do mundo com maior percentagem de população com 65 ou mais anos (21,8%), estando no mesmo lugar que a Grécia e atrás do Japão (28,2%), da Itália (22,8%) e da Finlândia (21,9%) (dados Eurostat *in* Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2023). Este aumento de população idosa deve-se à melhoria das condições de vida e das condições de saúde e de saneamento básico, o que se traduz numa maior esperança média de vida e, conseqüentemente, a uma maior parcela de idosos com 80 e mais anos, mas também à diminuição da natalidade, justificada pelo aumento do uso de métodos contraceptivos, por decisão de adiamento deste processo pela população jovem e adulta que, por motivos financeiros e profissionais, emigra à procura de melhores condições de vida (Leston Bandeira et al., 2014).

Nas últimas décadas, Portugal tem estado sujeito a várias transformações sociais, políticas, económicas, mas, sobretudo, demográficas. O território nacional tem-se deparado “com os mesmos desafios demográficos que caracterizam o velho continente, com destaque para o número insuficiente de nascimentos que condiciona o desenvolvimento de uma estrutura populacional equilibrada, crescentemente marcada pelo envelhecimento demográfico” (Cruz, 2011, p. 1), e pelo aumento da esperança média de vida (Moreira, 2020).

O envelhecimento tem na sua origem dois processos complementares: o envelhecimento pelo topo e o envelhecimento pela base. O envelhecimento pelo topo “ocorre quando a percentagem de idosos aumenta, fazendo assim com que a parte superior da pirâmide de idades comece a empolar, em vez de se alongar”, já o envelhecimento pela base “ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida” (Nazareth, 1998, p.135).

O envelhecimento tornou-se numa questão cada vez mais visível a partir da década de 1970, consequência da transição demográfica, em que Portugal passou de uma população que apresentava altas taxas de natalidade e mortalidade e uma baixa esperança média de vida, para uma população com uma taxa de natalidade e mortalidade baixa, com uma maior esperança média de vida à nascença e, conseqüentemente, com uma predominância de população idosa. Esta

mudança determina que o envelhecimento da população é provocado “pelo declínio da fecundidade, e não pelo declínio da mortalidade” (Nazareth, 1984, p.244).

No século passado, a fecundidade em Portugal era bastante elevada, tendo sido uma das mais elevadas da Europa. Em 1960, Portugal apresentava uma taxa bruta de natalidade de 24,1‰, a 3ª mais alta a nível europeu, correspondendo a um índice sintético de fecundidade de 3,20 filhos por mulher (dados Pordata). Na década de 1970, o território nacional apresentava um número de nascimentos superior ao número de idosos: o topo da pirâmide etária era estreito o que indicava falta de população idosa e uma elevada mortalidade e a base era larga o que indicava um grande número de nascimentos e muita população jovem. Ainda assim, apesar da taxa de natalidade ser elevada, verifica-se que esta tinha tendência a diminuir, uma vez que a classe etária dos 5-9 anos era a que apresentava um maior número de população, sobretudo nos homens. O mesmo aconteceu com a taxa de mortalidade que, apesar de estar a decair, ainda continuava elevada, o que representava uma menor esperança média de vida.

No entanto, este processo inverteu-se a partir desta década e, em 1990, Portugal já tinha reduzido o seu índice sintético de fecundidade para 1,57 filhos por mulher, não sendo possível assegurar a renovação de gerações, estando a sua taxa bruta de natalidade em 11,7‰. Em 2022, o índice sintético de fecundidade em Portugal passou para 1,43 filhos por mulher e a taxa bruta de natalidade apresentava um valor de 8‰ (dados INE). Atualmente, verifica-se assim que Portugal caminha para um país fortemente envelhecido. A base da pirâmide está a ficar cada vez mais estreita o que se traduz numa baixa taxa de natalidade (sendo a classe dos 0-4 anos a que conta com menos população) e, como resultado disso numa falta de população jovem e em idade ativa, daí a classe etária predominante ser a classe dos 45-49 anos, sobretudo na população feminina. A população feminina sobrepõe-se à população masculina, sendo visível que a esperança média de vida é maior nas mulheres do que nos homens. Verifica-se ainda uma diminuição da população jovem, explicado pela emigração desta população que, quando acaba o seu percurso académico, emigra para obter um melhor emprego e melhores condições de vida a nível financeiro. Relativamente ao topo da pirâmide, este tem tendência a alargar, sendo cada vez mais visível uma diminuição da mortalidade e um aumento de população idosa, principalmente de idosos com 85 e mais anos.

É notável que Portugal está a atravessar um duplo envelhecimento, explicado por uma diminuição rápida da natalidade e o aumento gradual da esperança média de vida.

Figura 6. Pirâmide Etária de Portugal em 1970

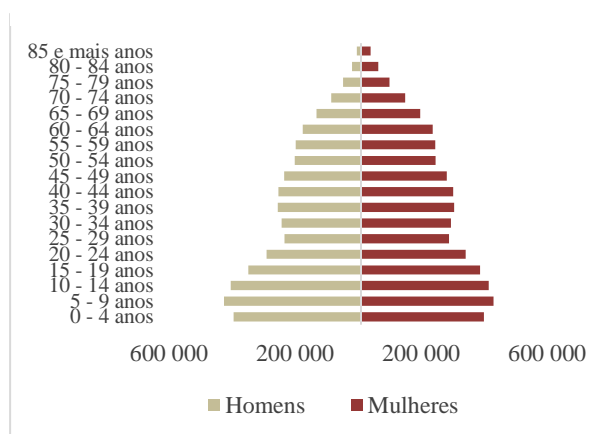
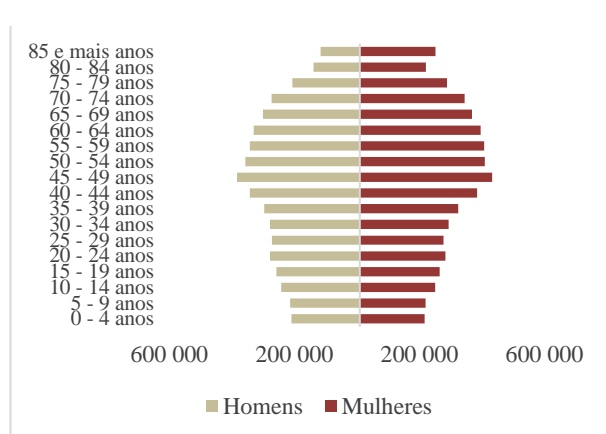


Figura 7. Pirâmide Etária de Portugal em 2022



Fonte. Elaboração própria a partir de dados do INE

A esperança média de vida tem vindo a aumentar não só em Portugal, como também nos vários países da Europa, sendo a média dos países da União Europeia de 80,1 anos. Em 2021, o país que contava com uma maior esperança média de vida à nascença era Liechtenstein (84,4 anos), seguido de Espanha (83,3 anos). Dos 27 países da União Europeia, Portugal encontra-se a meio da tabela, na 14^o posição com uma esperança média de vida de 81 anos (dados Eurostat). O aumento da esperança média de vida está relacionado, principalmente, com as melhorias na saúde e com uma maior “progressão dos recursos humanos e materiais” (Santana, 2010 cit. Padeiro et al., 2021, p.225), levando assim a melhores condições de vida e, posteriormente, a uma qualidade de vida da população.

Este aumento de longevidade resulta também no aumento da esperança de vida aos 65 anos. Em 2021, a esperança de vida aos 65 anos era de 19,2 anos na EU: as mulheres contavam com 20,9 anos a mais após os 65 anos e os homens com mais 17,3 anos. França e Espanha eram os países com a maior esperança média de vida aos 65 anos (21,4 anos), seguido da Suécia (20,9). Portugal encontrava-se na 10^o posição e contava com uma esperança média de vida aos 65 anos de 20,3 anos, em que as mulheres podiam esperar viver ainda, em média, mais 22 anos e os homens mais 18,3 anos (dados Eurostat). Os idosos são, assim, cada vez mais e com mais idade, consequência das várias mudanças positivas a nível social, económico e de saúde. Surgem então “os chamados grandes idosos, pessoas com idade igual ou superior a 80 anos” que “representam agora perto de 1/3 da população idosa” (Padeiro et al., 2021, p.226), estimando-se que, em 2050, de 3,4 milhões de idosos que existirão em Portugal, 23% terão mais de 85 anos. Em 2022, existiram 2 940 idosos com 100 anos, esperando-se que em 2050 Portugal tenha 10 245 centenários (Fundação Francisco Manuel dos Santos *in* Diário de Notícias, 2023).

É visível o quão a população portuguesa tem mudado ao longo dos últimos 50 anos visto que, “hoje, um português vive em média mais 14 anos que em 1970, mas cada mulher tem em média metade dos filhos que tinha em 1970” (Rodrigues & Henriques, 2017, p.13).

Tabela 1. Evolução de alguns indicadores demográficos em Portugal

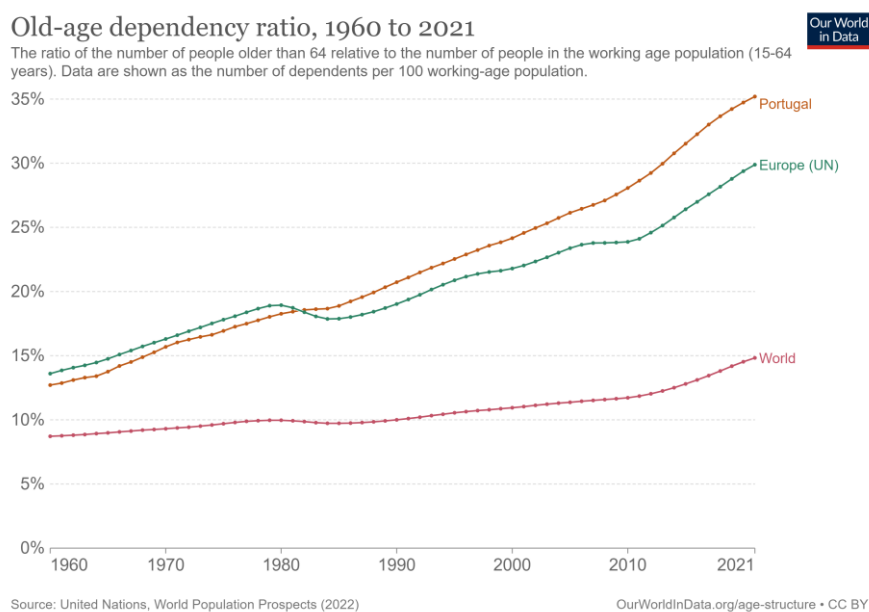
Indicadores/Anos	1970	1980	1990	2000	2010	2022
Taxa Bruta de Natalidade (‰)	20,8	16,2	11,7	11,7	9,6	8,0
Índice Sintético de Fecundidade	2,99	2,25	1,57	1,55	1,39	1,43
Taxa Bruta de Mortalidade (‰)	10,7	9,7	10,3	10,2	10,0	11,9
Esperança média de vida à nascença	67,1	71,1	74,1	76,4	79,6	80,96
Esperança média de vida aos 65 anos	13,5	14,7	15,7	17	18,8	19,61

Fonte. Pordata.

O gráfico abaixo apresentado faz referência à evolução do índice de dependência de idosos em Portugal, na Europa e no Mundo. Verificamos que Portugal acompanha a Europa e o Mundo nesta questão, no sentido em que tem existido, no geral, um aumento ao longo dos anos neste indicador. Em 1960, a proporção de população entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas em idade ativa em Portugal era de 12,71%, na Europa era de 13,60% e no Mundo era de 8,72%. Nesse ano, Portugal encontrava-se abaixo da média dos países da Europa, tendo-se mantido assim até 1981. Após este ano, esta situação inverteu-se até aos dias de hoje, sendo visível que Portugal mantém valores superiores à média dos países da Europa e do Mundo. Atualmente, Portugal conta com uma taxa de dependência de idosos de 35,20%, a média dos países da Europa com 29,89% e a média dos países do Mundo com 14,83%.

Importa destacar ainda, mesmo não estando representado no gráfico, a evolução do índice de envelhecimento em Portugal. Em 1960, Portugal apresentava um índice de envelhecimento de 27,5 idosos por cada 100 jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. Já em 2022, Portugal contava com um índice de envelhecimento de 185 idosos por cada 100 jovens

Gráfico 1. Evolução do Índice de Dependência de Idosos em Portugal, na Europa e no Mundo



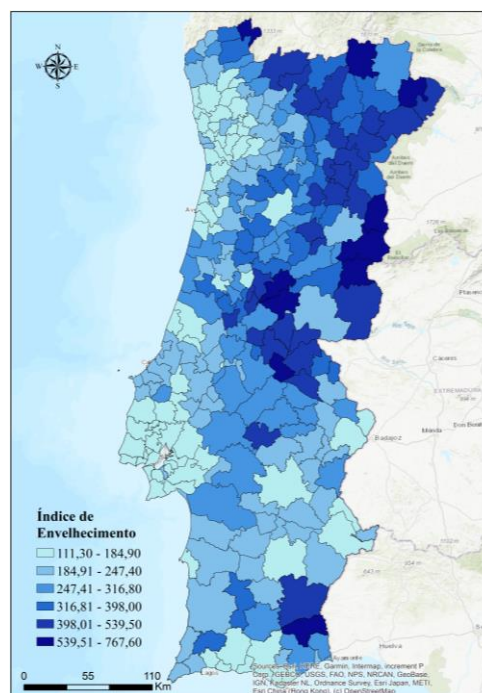
Fonte. Our World in Data

Este aumento de população idosa é explicado pela perda de população jovem, pois “entre 2009 e 2019, Portugal perdeu 282 mil pessoas, sobretudo nas camadas mais jovens - abaixo dos 15 anos, mas também na população em idade ativa, entre os 15 e os 64 anos. Já o número de idosos aumentou 18% na última década, uma desproporção que tem vindo a aumentar de ano para ano” (Francisco, s.d). Este processo tem tendência a aumentar cada vez mais sendo que, as projeções para 2050 apontam que Portugal será o país da Europa com a mais baixa percentagem de população em idade ativa - 53,6%, contra os atuais 64,5%. Teremos 1,6 pessoas potencialmente ativas (15-64 anos) por cada idoso, levando assim a um maior crescimento de população idosa (Amorim, 2021).

Nesta questão, Portugal é considerado um país heterogéneo, devido às assimetrias existentes entre o litoral e o interior. Assume-se que o interior de Portugal é mais envelhecido que o litoral “pelo despovoamento e pela ausência de perspectivas económicas”, consequência da saída de jovens e adultos que procuram novas oportunidades profissionais (Padeiro et al., 2021, p.228).

O município de Oleiros, pertencente ao distrito de Castelo Branco, é o que apresenta o valor mais alto de índice de envelhecimento (767,6), seguido de Alcoutim (730,4), Pampilhosa da Serra (695,5) e Almeida (692,9). Apesar de apresentar o maior número de idosos, o município de Oleiros foi distinguido com o Selo Comunidades Pró-Envelhecimento 2022-2024, uma “iniciativa da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) que pretende reconhecer e distinguir as comunidades portuguesas (Municípios e/ou Juntas de Freguesia), cujas políticas, programas, planos estratégicos e práticas demonstram um compromisso forte e efetivo com a promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido ao longo de todo o ciclo de vida” (Município de Oleiros, 2023). Oleiros conta assim com várias ações e projetos para promover um envelhecimento ativo e saudável.

Figura 8. Índice de Envelhecimento nos municípios portugueses em 2022



Fonte. Elaboração própria a partir de dados do INE, 2023

Por outro lado, o município de Mafra (111,3) é o que apresenta o índice de envelhecimento mais baixo, seguido dos municípios de Alcochete (113), Montijo (115,4) e Lousada (115,9). Tal como espetável, estes municípios localizam-se no litoral português, mais concretamente na Área Metropolitana de Lisboa e na Área Metropolitana do Porto, os dois polos de atração da população portuguesa. Isto pode ser explicado pelo facto de, entre 2001 e 2011, Mafra foi o segundo município do país que ganhou mais população jovem e adulta que foi em busca de melhores preços de habitação, mantendo na mesma a acessibilidade a Lisboa (Neves, 2021).

Contudo, em evolução recente e em número absolutos, o envelhecimento é uma questão muito urbana/suburbana/periurbana, no sentido em que a maior parte dos idosos atuais e futuros vive(rá) em áreas urbanas. Apesar da visível assimetria ainda existente entre litoral/interior, ao analisarmos de forma mais detalhada, começamos a verificar que as áreas de baixa densidade “esgotaram ou estão em vias de esgotar o processo de envelhecimento”, consequência da mortalidade da população idosa, de um saldo migratório baixo e de uma diminuição da natalidade, como é o caso de Penedono que entre 1987 e 2017 perdeu mais de metade da sua população com a taxa de natalidade a ter um decréscimo de 11,7% (Padeiro et al., 2021, p.230). Por outro lado, as áreas periféricas às Áreas Metropolitanas, consideradas mais jovens, também estão a atravessar um

rápido envelhecimento. Entre 2001 e 2017, concelhos como Seixal, Odivelas, Valongo, Maia, Loures, Vila Franca de Xira, Trofa, Gondomar, Vizela e Sintra, foram os que representaram um maior aumento no envelhecimento, correspondendo a 12,6% da população idosa e a “25% do crescimento total do número de idosos” no território nacional (Padeiro et al., 2021, p.230). Já as áreas urbanas, estão a envelhecer de forma mais lenta e inconstante, como é o caso de Lisboa, Porto, Aveiro, Viseu, Leiria, Faro, Coimbra, Viana do Castelo, Vila Real (Padeiro et al, 2021).

No concelho de Coimbra, entre 2001 e 2017, a percentagem de população idosa aumentou 8,2%, tendo passado de 16,8% para 25%, tendo também aumentado o número de população idosa a residir no concelho, passando de 24 883 para 33 556 habitantes (Padeiro et al., 2021). Já entre 2017 e 2021, face à população total do concelho, a percentagem de população idosa aumentou 9,1%, tendo passado de 23,5% para 32,6% - existem atualmente 46 274 idosos no concelho (dados INE). Este aumento de população idosa, é explicado pelo facto de a cidade de Coimbra ser pouco atrativa para os jovens em idade ativa (Padeiro et al., 2021).

Em Portugal Continental, entre 2011 e 2020, cresceu a proporção de população idosa a viver em áreas urbanas, tendo passado de 17,5% para 21,4%. As áreas periurbanas tiveram um aumento de 2,9%, tendo passado de 20% para 22,9% e as áreas rurais tiveram um aumento de 2,2% passando de 28,7% para 39% de idosos. Apesar da maior proporção de idosos estar em áreas rurais, o maior aumento foi nas áreas urbanas (dados INE).

O envelhecimento demográfico é assim um processo que se relaciona com todas as faixas etárias, surgindo não só pelo declínio da natalidade, como também pela diminuição da população jovem e em idade ativa. Desta forma, verifica-se que o envelhecimento tem trazido consequências individuais e coletivas, tanto a nível demográfico como também a nível socioeconómico, pois afeta “o desequilíbrio crescente entre activos e não activos, bem como entre jovens e idosos e acentua os riscos inerentes à sustentabilidade dos sistemas de saúde e, sobretudo, da segurança social, o que torna necessária a revisão dos alicerces sociais e económicos em que esses sistemas assentam” (Cabral et al., 2013, p.12). Este desafio também surge aliado à habitação, no sentido em que o envelhecimento traz “um maior isolamento social e geracional, na medida em há mais pessoas a viver sozinhas ou com outros da mesma idade, o que, além de não fomentar o alargamento das redes sociais, pode promover um certo fechamento deste grupo etário sobre si mesmo”, principalmente nas mulheres, devido a estas viverem mais tempo que os homens (Ferreira, 2015, p.9).

O envelhecimento é um processo que ocorre obrigatoriamente na vida de todos os cidadãos. Contudo, pode ser revertido caso se aumente a natalidade e/ou se criem medidas políticas de apoio aos jovens, não só a nível profissional como também a nível pessoal, a fim de os incentivarem a permanecer no território nacional, diminuindo a sua emigração.

2.1.2 O envelhecimento como processo individual

O envelhecimento é um processo complexo e natural que ocorre de uma multiplicidade de fatores inerentes ao decurso do próprio ciclo vital individual, atravessando naturalmente alterações ao nível da funcionalidade e da morfologia individuais, ao que acresce ainda e, talvez mais essencialmente, a perspetiva psicológica e social do indivíduo relativamente ao processo de envelhecimento (Dardengo & Mafra, 2019).

O envelhecimento individual assume duas formas distintas: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico “resulta exclusivamente da idade”, sendo um “processo universal, progressivo e inevitável” (Rosa, 2016, p.5): assim que nascemos o nosso corpo prepara-se para ir envelhecendo, daí ser um processo que faz parte da transformação do ser humano e que acelera de forma variável e não apenas a partir de uma certa idade. Já o envelhecimento biopsicológico, é um processo “menos linear, não fixo em termos de idade, porque vivido por cada indivíduo de forma diferente” (Rosa, 2016, p.5), pois não existe uma idade definida para envelhecer, dependendo esta de pessoa para pessoa, muito devido à influência dos estilos de vida, dos seus hábitos, do seu género, da sua vivência passada e até mesmo do meio e da sociedade em que se insere, daí certas características que advém do envelhecimento aparecerem em diferentes momentos na vida de cada indivíduo.

O envelhecimento individual representa a consequência ou os efeitos que acontecem ao longo da vida do ser humano. Estes efeitos podem ser positivos ou negativos e são observados nas diversas dimensões do indivíduo: “no organismo (envelhecimento biológico) e no psiquismo (envelhecimento psíquico)” (Moraes, 2008, p.152), sendo por isso considerado um processo de degradação progressivo e diferencial.

O envelhecimento, enquanto processo individual, tem sido frequentemente descrito através de um modelo conceptual chamado “Disablement Process”, que realça o modo como determinados fatores intervenientes (externos e/ou internos) contribuem para acelerar ou retardar o desenvolvimento da doença ou da incapacidade do indivíduo, interferindo assim na evolução

(positiva ou negativa) do envelhecimento (Clarke & George, 2005). O processo de incapacitação descreve como “as condições crónicas e agudas afetam o funcionamento de sistemas corporais específicos, ações físicas e mentais genéricas e atividades da vida diária, e descreve os fatores pessoais e ambientais que aceleram ou retardam a incapacidade” (Verbrugge & Jette, 1994, p.1).

Esta progressiva incapacitação refere-se ao impacto que determinados fatores provocam na vida da população, principalmente nas idades mais avançadas que são mais propícias ao aparecimento de determinadas doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, cancro, doenças pulmonares, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, doenças orais e visuais, distúrbios mentais (Alzheimer) e artrite. Estas doenças estão, na sua maioria, associadas a um conjunto de fatores individuais, como os comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis adotados no passado, que se refletem posteriormente no processo de envelhecimento, condicionando o idoso a nível físico, mental e social. Contudo, existem determinadas doenças ou deficiências congénitas ou adquiridas que também interferem na incapacidade do ser humano em realizar as suas atividades diárias, em participar na vida comunitária, em aprender e em caminhar. O termo “processo” refere-se à evolução das doenças que provocam a incapacidade e às consequências a nível físico e cognitivo que esta pode trazer à vida da população, sobretudo da população idosa (Verbrugge & Jette, 1994).

Este modelo está associado a quatro componentes: patologia, deficiências funcionais, limitações funcionais e incapacidade, e explica o caminho que acontece entre a patologia e a incapacidade. Assim, o processo começa pela patologia que se refere a anomalias (doenças e lesões), que induzem a deficiências (distúrbios), tendo efeitos no funcionamento físico, mental ou social, levando a limitações funcionais na realização de atividades diárias (menor mobilidade, força e memória, dificuldade em comunicar, ver, caminhar e ler) e, portanto, leva a uma incapacidade do ser humano no exercício de tarefas quotidianas (ex. atividades de lazer, dormir, higiene, alimentação e vestuário, emprego) (Verbrugge & Jette, 1994).

O processo de incapacitação é um processo gradual, de longa ou curta duração e pode aparecer em qualquer faixa etária, sendo por isso que “as causas habituais de incapacidade permanente são condições congénitas/de desenvolvimento e lesões graves na infância ou juventude” e, por outro lado, “as causas habituais de incapacidade na idade avançada são doenças crónicas, cujo início habitual ocorre em idade adulta ou mais avançada” (Verbrugge & Jette, 1994, p.11). Contudo, consoante o seu estado de evolução e a sua idade, cada pessoa lida e vive de maneira diferente este processo: as pessoas com incapacidade a longo prazo não conseguem disfrutar da sua vida, nem realizar determinadas atividades e, por isso, anseiam pelo dia que o consigam fazer, enquanto que

as pessoas idosas, como sabem que o envelhecimento acarreta decadências a vários níveis, recordam de forma positiva o seu passado e as capacidades que possuíam, pois com tudo o que já vivenciaram têm ferramentas fundamentais para se conseguirem adaptar a uma nova era (Verbrugge & Jette, 1994).

O processo de incapacitação associa-se assim a fatores de risco que podem ser demográficos, sociais, comportamentais, psicológicos, ambientais e genéticos, sendo que “geralmente são características de longo prazo ou permanentes dos indivíduos, porque são esses tipos de causas que provocam condições crónicas e impactos duradouros” (Verbrugge & Jette, 1994, p.8). Todavia, as consequências provocadas por estes fatores podem ser amenizadas ou retardadas se existirem intervenções a nível de cuidados de saúde (através de maior acompanhamento, terapias, medicação), de ambiente residencial (construído, físico e social), de estilos de vida e comportamentos e de adaptação a novas atividades (Clarke & George, 2005). Portanto, é possível constatar que a saúde é influenciada também pelo ambiente construído, pois um ambiente que tenha boa acessibilidade, transportes públicos, boa qualidade de passeios e de vias rodoviárias, iluminação pública, segurança rodoviária, espaços públicos, onde seja possível caminhar e praticar atividade física, diminui a probabilidade de surgirem determinadas doenças ou lesões (Fisher et al., 2004; Addy et al., 2004; Lopez, 2004; Retting et al., 2003; Ewing, 2003 cit. Clarke & George, 2005). Pelo contrário, ambientes residenciais inseguros, frágeis e inadequados também influenciam o estado de saúde da população: habitações com humidade podem levar a problemas respiratórios e gastrointestinais, habitações com escadas, em mau estado, levam a um maior receio da população idosa em sair de casa. Geralmente, estas habitações encontram-se em maior quantidade nas zonas rurais e no centro da cidade (Thomson et al, 2003; Northridge et al., 2003; Debnam et al, 2002; Bashir; 2002 cit. Clarke & George, 2005).

Desta forma, é visível que o ambiente residencial interfere no modo como a população vive, tanto em termos de segurança como em termos de saúde. Contudo, a população idosa é a mais afetada com as consequências do ambiente construído em que vive, no sentido em que é mais vulnerável e suscetível a determinadas doenças e lesões, tornando-a incapacitada de realizar diversas atividades. Por isso, se os idosos estiverem inseridos num ambiente com minimercados, pastelarias, farmácias e transportes públicos, irão sentir-se com maior independência para realizarem atividades do seu quotidiano. Pelo contrário, se estiverem em ambientes “menos densos ou menos diversificados podem ter mais dificuldade em viajar de forma independente para aceder a lojas, farmácias e bancos, o que por sua vez pode impedir a independência em actividades como

a preparação de refeições (se for difícil aceder a uma mercearia para refeições fáceis de preparar), tomar medicamentos (obter recargas na farmácia) e administrar dinheiro (pagar contas no banco)” (Clarke & George, 2005, p.2). O ambiente construído tem então um grande impacto no processo de incapacidade, podendo determinar se uma pessoa com alguma deficiência pode ser útil e independente na comunidade.

Contudo, o envelhecimento não pode ser somente analisado de forma individual, sendo um processo influenciado, em grande parte, pela sociedade e por isso é designado como “Envelhecimento Coletivo” (Rosa, 2016).

O envelhecimento coletivo, também assume duas formas distintas: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal. Para entender o envelhecimento demográfico, “é necessário ter presente que existem idades, consensualmente aceites, a partir das quais, para lá dos atributos pessoais (classe social de pertença, qualificações e competências, capacidades, estado de saúde, vivências anteriores, idade exata, etc.), todos os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas”, existindo categorias de idade jovem (até aos 15 anos), ativa (entre os 15 e os 64 anos) e idosa (com 65 ou mais anos). O envelhecimento demográfico é definido “como uma evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos ou à diminuição da importância estatística dos jovens”, sendo analisado através do topo e da base da pirâmide etária (Rosa, 2016, p.8). Segundo este conceito, a população envelhece sempre que a população idosa se sobrepõe à população jovem e à população em idade ativa. Relativamente ao envelhecimento societal, este é encarado como um processo de estagnação por parte da sociedade, mostrando a reação da sociedade a este acontecimento, sendo por isso que “a marca visível do envelhecimento societal é a de uma sociedade deprimida, que se sente ameaçada com a sua própria evolução etária e com as mudanças que em si acontecem” (Rosa, 2012, p.24 cit. Batista, 2019, p.25).

Com todos os progressos existentes, tem-se vindo a verificar uma mudança no que toca ao processo de envelhecimento, sendo este cada vez mais ativo, autónomo e saudável.

2.2 O paradigma do envelhecimento ativo e saudável

O Envelhecimento Ativo e Saudável foi inicialmente abordado como “Envelhecimento Bem-Sucedido”, tendo como pressuposto que este processo ocorre por responsabilidade individual. Em 1987, John W. Rowe e Robert L. Kahn realizaram diversas investigações a fim de compreender

os vários fatores que interferem no desenvolvimento físico e mental da população idosa. O Novo Paradigma defendia que envelhecer de forma dinâmica, tardia e saudável dependia, na sua totalidade, dos comportamentos adotados pelo ser humano: alimentação adequada e equilibrada, atividade física, realizar exames e análises regularmente, evitar o stresse, manter o cérebro ativo e participar ativamente na sociedade. Assim, o envelhecimento bem-sucedido resulta de uma combinação entre três componentes: evitar doenças e incapacidades, alta capacidade cognitiva e física e envolvimento na vida social. Esta perspetiva serviu de alavanca para que a população idosa demonstrasse mais interesse em mudar determinados comportamentos (Golant, 2015).

Contudo, o Novo Paradigma foi alvo de várias críticas, tendo sido equiparado ao racismo e ao sexismo. Os críticos consideraram que este é um paradigma “antienvelhecimento”, pois discriminava determinados grupos sociais que, por fatores extrínsecos à idade, não lhes era possível realizarem atividades e serem ativos, incluindo idosos que possuíam determinadas limitações (deficiências, artroses, problemas cardíacos, diabetes, demência, próteses, problemas auditivos, etc.), idosos que não tinham uma vida tão ativa quanto tinham na idade adulta e idosos com dificuldades económicas que não tiveram acesso aos cuidados de saúde e de longa duração e que, em jovens, não tiveram muitas oportunidades e recursos para terem hábitos de vida saudáveis. Além desta problemática, existem várias complicações que condicionam o processo de envelhecimento segundo este paradigma: mesmo os idosos que sejam física e mentalmente ativos podem deixar de o ser, caso surja algum problema de saúde; existem idosos com graves problemas de saúde que dependem totalmente de terceiros; idosos que possuem baixos rendimentos e não atingem determinados objetivos e a perda de cônjuges e familiares que os pode tornar depressivos. Por estas razões, seria errado afirmar que a pessoa idosa não atingia o bem-estar por motivos individuais (Golant, 2015).

O envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido de diversas maneiras, dependendo do estilo de vida e das preferências de cada idoso. Ser-se ativo não é sinónimo de se estar constantemente a passear, a realizar atividade física e a participar na comunidade. Ser-se ativo é saber disfrutar do envelhecimento da melhor forma possível: passar tempo de qualidade com os familiares e amigos, ler, passear por espaços públicos (incluindo espaços verdes), realizar workshops, navegar pela internet ou estar simplesmente sentado a fazer algo que se gosta (Scheidt, Humpherys, & Yorgason, 1999; George, 2006, cit. Golant, 2015). Esta perspetiva estava de acordo com a visão de Carl Jung que entendia que o envelhecimento requer momentos de “contemplação, autorreflexão e introspeção” (Jung, 1969 cit. Golant, 2015, p.5).

O Novo Paradigma assumia ainda que a população idosa poderia envelhecer de forma positiva, saudável e autónoma em qualquer lugar e contexto: a habitação, a região, o bairro, a vizinhança e o ambiente contruído em que o idoso está inserido, nada interfere na promoção do seu bem-estar. Esta perspetiva foi criticada pela gerontologia ambiental que defende que o ambiente residencial afeta o bem-estar físico e psicológico da população idosa. Depois de reformados, os idosos passam a maior parte do seu tempo na sua área residencial, dando mais prioridade a esta e aos serviços que esta integra. Um ambiente funcional torna esta população mais ativa e independente (Burns, Lavoie, & Rose, 2011 cit. Golant, 2015).

Todavia, podem ocorrer mudanças ao nível do ambiente residencial, podendo estas ser positivas (familiares e amigos mais próximos, mais serviços) ou negativas (vizinhos e amigos mudam de local ou falecem, o bairro começa a ficar desabitado, os serviços essenciais começam a fechar) (Hormuth, 1990 cit. Golant, 2015). Apesar da maioria dos profissionais e dos familiares terem essa perspetiva, alguns idosos sentem-se bem na sua habitação, mesmo não tendo perto de si determinados serviços e/ou condições, pois muitos deles construíram a sua casa, nasceram e viveram nela e criaram várias memórias, não tendo intenção de mudar para um local que consideramos melhor e mais acessível para eles (Golant, 2015).

Atualmente, com a melhoria das condições de vida, a esperança média de vida tem vindo a aumentar consideravelmente por todo o mundo e, por isso, o conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável tem sido estudado por várias organizações a nível mundial, como a Organização Mundial da Saúde, a Organização das Nações Unidas e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

A Organização Mundial da Saúde adotou o termo de envelhecimento ativo em 1990 e definiu-o como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002, p. 12). Este tipo de envelhecimento permite que a população tenha uma vida mais longa e saudável, com um melhor bem-estar físico, social e mental através de uma maior proteção, segurança e cuidados básicos necessários, aumentando assim a esperança média de vida destes. Porém, a palavra “ativo” não se refere apenas à capacidade de se ser fisicamente ativo e de estar em constante trabalho, mas também se refere “à participação contínua em assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos”: um idoso que já esteja na idade da reforma ou que tenha alguma doença que o impossibilite de trabalhar, pode continuar a contribuir ativamente na sociedade, tendo a população idosa o mesmo direito de oportunidades e de cuidados à medida que envelhece (OMS, 2002, p.

12). Assim, quanto mais tempo o idoso permanecer com saúde, sem incapacidade e produtivo, melhor será a sua qualidade de vida, maior a sua contribuição para a sociedade, e provavelmente menor será o custo de lhe proporcionar serviços sociais e de saúde.

Já a OCDE refere-se ao envelhecimento ativo como um conceito mais abrangente e, por isso, menciona “a capacidade das pessoas, à medida que envelhecem, de levar uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem fazer escolhas flexíveis na forma como passam o tempo ao longo da vida - na aprendizagem no trabalho, no lazer e na prestação de cuidados”. O envelhecimento ativo baseia-se no facto das políticas levarem à continuidade da vida, embora os sintomas do envelhecimento sejam encontrados nas pessoas mais idosas, as soluções políticas geralmente envolvem intervenções quando as pessoas são mais jovens (OCDE, 1998, p.84).

O envelhecimento ativo e saudável é considerado o paradigma mais consensual, no sentido em que se refere à qualidade de vida e à promoção da saúde dos idosos e à sua participação e segurança na comunidade, aumentando assim a sua autoestima e autonomia (Ribeiro & Paúl, 2011 cit. Loureiro, 2019). Este paradigma depende, em grande parte, “da evolução das condições demográficas, sociais e económicas, mas também das reações dos indivíduos às mudanças que afetam os processos de envelhecimento” (Ferreira, 2015, p.11). Assim, para tornar o envelhecimento um processo positivo e melhorado, as condições de saúde do ser humano são um dos fatores determinantes, estando, indiretamente, ligadas ao ambiente em que o individuo se insere.

2.3 A saúde mental no envelhecimento

2.3.1 A saúde mental como conceito

A Organização Mundial da Saúde (1948) define saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e enfermidade” (OMS, sd). O conceito de saúde é bastante abrangente, envolvendo não só a promoção do bem-estar físico e mental, através de determinados hábitos individuais, como também a necessidade de avaliar o ambiente social e as condições de vida e de trabalho, de forma a tornar a vida do ser humano mais produtiva e saudável (Svalastog et al., 2017).

A saúde dos indivíduos está relacionada com alguns determinantes que influenciam o seu estado de saúde (Santana, 2015). Os determinantes da saúde são, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, “fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável” (Direção Geral da Saúde, s,d). Integram fatores biológicos (idade, sexo e etnia), fatores sociais que incluem comportamentos adotados pelos cidadãos (tabagismo, consumo de álcool, exercício físico) e os acessos aos cuidados de saúde e serviços, fatores económicos e fatores de ambiente físico (qualidade da habitação, local de trabalho, ambiente urbano e rural mais amplo. Estes determinantes “influenciam direta e/ou indiretamente os resultados em saúde bem como a sua distribuição” (Santana, 2015, p.16).

Os fatores biológicos não podem ser alterados, enquanto os fatores sociais, económicos e de ambiente físico podem e devem ser alterados quando prejudicam a saúde. Quanto aos fatores sociais, estes são fatores a ter em conta ao longo da vida, pois a adoção de estilos de vida saudáveis permite a promoção de uma boa e prolongada saúde, sendo por isso que se devem evitar comportamentos como o consumo de tabaco, álcool e drogas e, pelo contrário, deve-se apostar na alimentação saudável e na atividade física (ONU, 2002). O meio ambiente em que os indivíduos estão inseridos, como a acessibilidade aos serviços (transporte, comércio, hospitais, escolas, espaços públicos), a existência de um ambiente seguro, a habitação, o meio escolar, o meio profissional e as relações sociais, são fatores a ter em conta na avaliação do estado de saúde dos cidadãos (ONU, 2002). Quanto aos fatores económicos, estes acabam por se relacionar com os fatores físicos, uma vez que a saúde da população é influenciada pelo trabalho e pelos rendimentos que o indivíduo recebe, pois, populações mais vulneráveis, sem emprego e/ou com rendimentos baixos, possuem menores condições sociais e, conseqüentemente, menores acessos aos cuidados de saúde (ONU, 2002).

A saúde é assim um conceito múltiplo: integra a saúde física, a saúde social e a saúde mental. Apesar de todos estes serem imprescindíveis para se atingir um completo bem-estar na vida dos indivíduos, tem sido cada vez mais evidente a importância da saúde mental para a qualidade de vida da população.

Tabela 2. Definição de Saúde Mental segundo alguns autores

Autores	Definições
OMS (2022)	A Saúde Mental é definida como um estar de bem-estar mental na vida do ser humano, uma vez que permite às pessoas lidar com o estresse da vida, realizar as suas habilidades, aprender e trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade sendo, por isso, fundamental não só no desenvolvimento pessoal, como também no desenvolvimento económico, social e comunitário.
Quartilho (2010)	A saúde mental deve ser encarada como algo mais do que a ausência de doença mental, como um elemento positivo, um recurso com valor intrínseco, um bem importante para a saúde física e para a qualidade de vida.
Scheid & Brown (2010)	A saúde mental envolve autoestima, maestria e a capacidade de manter relacionamentos significativos com os outros.
Galderisi et al. (2015)	A saúde mental é um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas habilidades em harmonia com os valores universais da sociedade, como, por exemplo, capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como ter empatia com os outros, flexibilidade e capacidade de lidar com eventos adversos da vida e desempenhar papéis sociais; e a relação harmoniosa entre corpo e mente representam importantes componentes da saúde mental que contribuem, em graus variados, para o estado de equilíbrio interno.

Fonte. Elaboração própria

Ao analisar os conceitos anteriores, pode-se inferir que a Saúde Mental não corresponde apenas à ausência de problemas e doenças mentais, mas diz também respeito à perceção de bem-estar e qualidade de vida, onde se deverá incluir uma melhor saúde física, a redução de comportamentos destrutivos para a saúde e a adoção de comportamentos que a promovam um melhor desempenho académico e produtividade laboral, melhores salários e menor absentismo, maior e melhor participação na vida social e/ou comunitária e a redução da criminalidade e da mortalidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde mental como um estado de bem-estar que permite às pessoas realizar as suas capacidades de lidar com o stress normal do dia-a-dia, trabalhar produtivamente e contribuir ativamente para a sua comunidade. Neste enquadramento, ressaltam para uma cuidada consideração fatores tão importantes como o autoconceito (nos seus

componentes de autoestima, autoeficácia e autoimagem, nomeando apenas os mais relevantes), as competências interpessoais e o desenvolvimento de relacionamentos significativos, a autorregulação emocional (o reconhecimento, expressão e gestão das próprias emoções) a empatia, a adaptabilidade e a resiliência. É na interação entre todos estes fatores, devidamente fundamentada numa relação harmoniosa entre corpo e mente – numa equação onde cada vez mais se vê incluída a componente espiritual – que se torna possível alcançar um estado de equilíbrio interno a partir do qual a saúde mental se manifesta. Este estado de equilíbrio terá necessariamente de ser dinâmico sob pena da estagnação do indivíduo, uma vez que, será através dos desequilíbrios que os desafios da vida naturalmente provocam e no trajeto de os superar rumo a um novo estado de equilíbrio mais complexo e funcional, que reside a responsabilidade da evolução do ser humano. É, portanto, fundamental que o foco não seja apenas o de cuidar da doença, mas acima de tudo o de promover a saúde. De forma a garantir todo este equilíbrio, é importante salientar que a saúde mental se encontra interligada com a saúde física, não existindo uma sem a outra, uma vez que “a má saúde física é prejudicial à saúde mental tanto quanto a má saúde mental contribui para a má saúde física” (Herrman & Llopis, 2005, p.44).

Podemos então associar o bem-estar mental a três componentes: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. O bem-estar emocional engloba “felicidade, interesse pela vida e satisfação”; o bem-estar psicológico “inclui gostar da maior parte da própria personalidade, ser bom em administrar as responsabilidades da vida diária, ter bons relacionamentos com os outros e estar satisfeito com a própria vida”, e o bem-estar social refere-se “ao funcionamento positivo e envolve ter algo a contribuir para a sociedade (contribuição social), sentir-se parte de uma comunidade (integração social), acreditar que a sociedade está a tornar-se num lugar melhor para todas as pessoas (atualização social) e que a maneira como a sociedade funciona faz sentido para eles (coerência social)” (Keyes, 2006 cit. Galderisi et al., 2017, p.2).

Em 2022, a Organização Mundial da Saúde publicou o “Relatório Mundial de Saúde Mental: transformando a saúde mental para todos”, a fim de se dar mais atenção a esta temática e de melhorar a saúde mental da população mundial. De acordo com a OMS, a nível mundial, uma em cada oito pessoas sofre de um transtorno mental. Os transtornos mentais são uma das principais causas de incapacidade. Em 2019, “quase 1 bilhão de pessoas viviam com transtorno mental”, dos quais, 14% eram adolescentes. Já em 2020, com o aparecimento da pandemia COVID-19, a ansiedade e a depressão aumentaram mais de 25% (ONU News, 2022).

Deste modo, este relatório visa alertar a população e as unidades de saúde em como é cada vez mais importante valorizar e cuidar da saúde mental. Para que isto seja algo a concretizar, deve-se “incluir pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e na tomada de decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social. minimizar e até mesmo abolir as violações dos direitos humanos”. As pessoas com problemas de saúde mental são frequentemente excluídas da sociedade, sendo discriminadas não só no emprego, na educação e na habitação, como também no reconhecimento perante a lei (OMS, 2022).

A saúde mental pode ser vista segundo duas dimensões: a saúde mental positiva que inclui recursos pessoais que permite ao indivíduo enfrentar “desafios da vida e a capacidade de fomentar relações satisfatórias com os outros, atingindo o bem-estar psicológico, incluindo, assim, sentimentos de satisfação com a vida, vitalidade e energia, em conjunto com o bem-estar físico”, e a saúde mental negativa que inclui doenças e transtornos mentais (Portugal, 2019 cit. Cunha, 2020, p.25).

Porém, ao analisar a saúde mental, é importante ter em conta que o estado da saúde mental do indivíduo depende, em grande parte, das particularidades do ambiente residencial, tanto interno como externo. As características e a qualidade das habitações estão relacionadas, normalmente, com o bairro em que estão localizadas. Por exemplo, habitações de “baixa qualidade geralmente estão localizadas em bairros com vários indicadores de degradação urbana, como estradas em ruínas, serviços públicos vandalizados, pichações e lixo que pode ser prejudicial à saúde” (Ochodo et al., 2014, p.910). Por outro lado, recomenda-se que se dê, cada vez mais, atenção à saúde mental em contexto urbano, sobretudo, nas Áreas Metropolitanas, uma vez que as cidades, por tudo aquilo que envolvem, são locais causadores de stresse e agitação, podendo causar problemas psicológicos (Abbot, 2012; Li & Liu, 2018 cit. Shen et al., 2021).

2.3.2 Os fatores da saúde mental

Existem “diferentes níveis de exposição aos riscos para a saúde, bem como as suas possibilidades e oportunidades para ter um estilo de vida saudável” e, portanto, são vários os fatores que influenciam a saúde dos indivíduos, seja a nível individual ou coletivo (Santana, 2015, p.9 cit. Santana, 2014).

As doenças mentais afetam pessoas de todas as faixas etárias e, tal como grande parte das doenças físicas, são influenciadas pela combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e

económicos (OMS, 2001), estando também relacionados com o emprego, a educação, a habitação, as experiências precoces, a urbanização, a exclusão social, a pobreza, a mudança, a insegurança e a desigualdade (OMS, 2022).

De acordo com Alves e Rodrigues (2010), a saúde mental é, então, influenciada por determinantes como:

- Emprego – estar num emprego onde o ser humano se sinta satisfeito e estável, onde haja um ambiente favorável e de ajuda e com boas relações sociais, leva a uma maior contribuição para se atingir um melhor índice de saúde e bem-estar. Pelo contrário, caso o indivíduo esteja no desemprego, a sua saúde e o seu bem-estar tendem a ser negativos, uma vez que este se sente incapaz de se sustentar e de sustentar a sua família, levando a sentimentos de humilhação e de desespero e, por isso, o desemprego “associa-se a taxas elevadas de ansiedade e depressão, bem como suicídio” (p.128).
- Educação – segundo estes autores, quanto maior o nível educacional, menor a probabilidade da ocorrência de doenças mentais, uma vez que um maior nível educacional, permite o acesso a empregos mais bem remunerados e melhores condições de habitação. Contudo, não se pode afirmar que esta é uma situação universal.
- Pobreza – associa-se a baixos níveis de rendimentos, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização, que pode levar a índices de saúde e bem-estar negativos e, conseqüentemente, a problemas mentais.
- Habitação – a qualidade da habitação interfere bastante com o bem-estar, pois ter uma habitação adequada e com boas condições, proporciona não só um bem-estar e conforto físico, como também psicológico, social e económico. As pessoas sem-abrigo, por não terem habitação, estão mais expostas aos riscos e, por isso, têm maior probabilidade de desenvolver doenças físicas, mentais e, conseqüentemente, têm “maior risco de mortalidade” (p.129).
- Urbanização – viver em centros urbanos pode fazer com que o bem-estar psicológico do ser humano seja afetado, estando este mais suscetível a doenças mentais. As cidades são, muitas das vezes, causadoras de stress na vida da população, devido à “sobrepopulação e às inerentes dificuldades no acesso a bens essenciais, aos estilos de vida menos saudáveis (com menor prática de exercício físico, obesidade, ambiente poluído), maior stress na vivência do dia-a-dia (meios de transporte sobrelotados, condições de habitação mais precárias, níveis mais elevados de violência) e menor apoio social” (p.129). Contudo, as

áreas rurais também podem influenciar negativamente a saúde mental da população, pois o “isolamento, a falta de transportes e comunicações, a dificuldade no acesso a meios de educação e formação profissional, e ainda a falta de oportunidades económicas”, podem levar a problemas socioeconómicos e, conseqüentemente, a problemas mentais (p.129).

- Discriminação sexual e violência de género – o género acaba por ter influência em alguns determinantes de saúde mental, “nomeadamente na posição socioeconómica, no acesso a recursos, nos papéis sociais e no status” (p.129). As mulheres têm um maior risco de sofrer de doença mental (depressão, ansiedade), em comparação com os homens, muito devido aos fatores biológicos, psicológicos e sociais, pois a mulher desempenha várias tarefas (familiares, laborais) e possui várias responsabilidades.
- Experiências precoces/ambiente familiar – certas experiências vividas pela mãe enquanto se encontra em fase gestacional (uso de droga, álcool, estilos de vida menos saudáveis) pode condicionar o desenvolvimento físico e mental da criança a longo prazo, o mesmo acontece com experiências vividas na infância e com o ambiente familiar existente (se este for conturbado ou destruído pode trazer efeitos negativos na saúde mental).
- Exclusão social e estigma – “o desemprego, o racismo, a identificação e estigmatização podem levar à exclusão social” e, conseqüentemente a problemas de saúde mental. Esta exclusão social faz com que alguns indivíduos estejam segregados ao “acesso a bens essenciais, a uma habitação, educação e todos os outros elementos que fazem parte do exercício da cidadania” (p.130). Estes indivíduos podem ser “pessoas portadores de incapacidade, os sem-abrigo, como minorias étnicas, os emigrantes, as pessoas institucionalizadas (nomeadamente as que são portadores de doença mental e as crianças)” que, por se sentirem isolados da sociedade, estão mais suscetíveis à ocorrência de doenças mentais (p.130).
- Acontecimentos de vida stressantes – a sociedade encontra-se exposta a várias situações de catástrofe natural ou de conflitos, como, por exemplo: “abuso infantil, violência (familiar, conjugal, em situações de guerra, entre outras), doenças crónicas ou lesões incapacitantes, exposição a situações de catástrofe naturais” (p.130). Estas situações podem trazer efeitos negativos na vida do ser humano, sobretudo, a nível psicológico, pois podem estar “associados a um elevado risco de depressão, ansiedade, perturbação de estresse pós-traumático e suicídio” (p.130).

Desta maneira, de forma a garantir uma saúde mental positiva, é fundamental “ter em atenção o estilo de vida, ter equilíbrio no trabalho, no lazer e no descanso; preservar o contacto social; ter

consciência da interacção corpo-mente, pois a mente pode afectar o corpo e vice-versa (a alimentação, o exercício físico e o sono afectam não só o nosso organismo, mas igualmente a nossa mente); ter alguém próximo em quem confiar; tomar iniciativa para resolver problemas, procurando ajuda sempre que necessário” (Nunes, 2006, p.591 e 592). O desenvolvimento da relação entre os indivíduos e a sociedade torna-se, assim, fundamental na criação de uma comunidade saudável e, posteriormente, na promoção da saúde mental (Bhugra et al., 2013). Porém, a falta de saúde mental positiva, “assim como os transtornos físicos, os problemas e transtornos mentais são universais e mais comuns entre pessoas com relativa desvantagem social em qualquer comunidade” (Desjarlais, Eisenberg, Good e Kleinman, 1995 cit. Herrman & Llopis, 2005, p.42).

2.3.3 A saúde mental da população idosa

A saúde é um dos principais fatores, se não o principal, que pode influenciar a vida e o bem-estar da população. À medida que o ser humano envelhece, a sua saúde vai ficando cada vez mais fragilizada e afetada, o que leva a uma diminuição progressiva das suas funções físicas e cognitivas que, por sua vez, leva a um menor desempenho no funcionamento das atividades diárias, estando isto associado a menores níveis de felicidade.

O envelhecimento é uma realidade inevitável, mas deve-se entender que existem diferentes maneiras de envelhecer, pois cada pessoa encara este processo de maneira distinta, muito relacionado com o seu estado físico, mas principalmente, com o seu estado emocional. A população idosa encontra-se repleta de desafios contínuos: a perda de cônjuges, familiares e amigos, as alterações na sua saúde física e na mobilidade, o aparecimento de doenças e de problemas financeiros, o isolamento social, o abuso físico e verbal, o abandono, a mudança forçada de habitação, a não aceitação do envelhecimento, são fatores psicossociais a ter em conta na análise da sua saúde mental.

Desse modo, a agitação cognitiva que o idoso pode em certos casos estar exposto, pode levar a sintomas como “a perda de memória, de concentração, irritabilidade e agressividade” e, conseqüentemente, a uma diminuição sua participação ativa na família e na comunidade e a uma perda da sua rotina diária (Borim; Barros; Botega, 2013 cit. Silva et al., 2021, p.482). As conseqüências deste processo podem levar a uma diminuição e, posteriormente, a uma perda de funções cognitivas, ao isolamento, solidão, depressão e ansiedade, afetando assim a sua autonomia, autoestima, independência e qualidade de vida (Lima & Ivbijaro, 2013). Contudo, a

maneira como o idoso reage a estas mudanças depende, em geral, dos seus recursos internos, das suas relações sociais e da sua rede de apoio (Gatto, 1996 cit. Resende et al., 2011).

É importante destacar que envelhecer não é sinónimo de doença, porém, o progressivo declínio funcional do idoso, em conjunto com outros fatores, pode desencadear determinadas doenças crónicas, bem como alguns transtornos mentais. Cerca de 20% da população idosa sofre de uma perturbação mental, sendo as mais comuns a demência e a depressão, representando, respetivamente, 5% e 7% da população mundial. Já a ansiedade afeta cerca de 3,8% da população idosa no mundo (ONU, 2017). A prevalência da depressão aumenta com a idade, sendo a doença que mais afeta os idosos, principalmente as mulheres, uma vez que estas têm maior esperança média de vida que os homens, e por isso têm maior probabilidade de enviudar ou de serem cuidadoras dos maridos.

Em 2019, 11,3% da população mundial com 65 e mais anos, apresentava transtornos depressivos. O continente africano era o que apresentava valores mais altos nesta problemática, sendo o Uganda o país com a percentagem mais alta em termos de população idosa, com 26,5%, seguido da Gâmbia com 22,85%. Os países asiáticos, como Brunei, Japão e Singapura, são os que apresentam as percentagens mais baixas, com 4,8%, 5,8% e 6%, respetivamente. Portugal contava com uma proporção de 11,5%, sendo esta superior à média mundial (Our World In Data, 2019).

Segundo estes dados e de uma forma generalista, assume-se que o bem-estar da população idosa diminui com a idade. Porém, apesar das várias repercussões físicas, cognitivas, económicas e sociais que o envelhecimento acarreta para a vida da população, vários estudos mostram que há medida que os anos aumentam, aumenta também a satisfação com a vida, no sentido em que os idosos revelam maior bem-estar que a população jovem e adulta. Este fenómeno é designado como “Paradoxo do Envelhecimento” e pode ser explicado segundo várias teorias. A primeira pode ser explicada pelo facto de os idosos sentirem que já viveram muito e, por sentirem que o tempo é limitado, dão prioridade às memórias e aos momentos positivos, descartando mais facilmente os negativos (Carstensen & Mikels 2005 cit. Hansen & Blekesaun, 2022). Outra teoria explicativa está relacionada com as mudanças que ocorrem na vida desta população, tendo efeitos negativos pequenos e a curto-prazo no bem-estar subjetivo, sendo que com o tempo, o bem-estar volta a estabilizar ou até mesmo a aumentar (Lucas, 2007 cit. Hansen & Blekesaun, 2022). A terceira teoria pode estar relacionada com a maneira como os idosos tendem a demonstrar determinadas características psicológicas para com os outros, como a gratidão, a compaixão, o perdão, a

tolerância, estando melhor consigo e com terceiros, resultando em relações positivas e saudáveis (Beadle & De la Vega 2019; Chopik et al. 2019 cit. Hansen & Blekesaun, 2022).

A população idosa possui competências e mecanismos que lhes permite lidar com as perdas de pessoas próximas associadas a este processo e, por isso, “é capaz de compreender os benefícios e restrições comuns nessa fase da vida”, contribuindo para a manutenção do seu bem-estar (Resende, 2006 cit. Silva et al., 2021, p.485). Assim, com toda a experiência que os idosos possuem, é possível constatar que a capacidade que eles têm em se sentir felizes, se deve à sua capacidade de regular as emoções e ao desenvolvimento de um conjunto de estratégias de defesa que lhes permite lidar de uma forma mais segura com os problemas emocionais que lhe surgem, evitando situações que os deixem emocionalmente abatidos (Lawton, Kleban, Rajagopal e Dean, 1992; Krauss-Whitbourne & Sneed, 2002 cit. Swift et al., 2014).

Para analisar de forma mais concreta este paradoxo, alguns autores realizaram estudos nos vários países do mundo para tentar perceber a diferença dos níveis de satisfação entre eles. Em países desenvolvidos economicamente e com o PIB mais alto, os idosos apresentaram um maior nível de satisfação (Diener et al., 1995 cit. Swift et al., 2014). Embora esta pesquisa tenha tido algumas limitações, esta teoria pode ser explicada pelo facto de, quanto maior o PIB do país, maiores e melhores serão os apoios de saúde para a população idosa, incluindo sistemas de saúde, serviços e infraestruturas (Lucas & Gohm, 2000 cit. Swift et al., 2014). Pelo contrário, em países pobres, que tenham um PIB baixo, onde a prevalência de doenças é maior, a carência de recursos e de apoios para os idosos pode ser um problema para eles e, por isso, o seu nível de satisfação e bem-estar é menor (Swift et al., 2014).

O declínio cognitivo pode ser influenciado por vários fatores, sobretudo, por fatores individuais. O sucesso da longevidade não está apenas associado à genética, mas também à maneira como cada pessoa escolhe envelhecer. Proporcionar uma qualidade de vida à população idosa, através da participação em atividades recreativas, culturais e sociais que permitam aprendizagens e trocas afetivas, aliadas a hábitos e estilos de vida saudáveis, como a prática de atividade física, contribui para um envelhecimento bem-sucedido (Melo; Teixeira, 2014; Benedetti et al., 2008 cit. Silva et al., 2021). A atividade física é um dos grandes motores que contribui para a promoção da saúde no geral, contribuindo em grande parte para ganhos psicológicos positivos. Permite que a população se sinta ativa e integrada socialmente, que exerça outros papéis na comunidade, “proporciona relaxamento e autocontrolo, diminui o stress e a ansiedade, reduz o risco de depressão e favorece o otimismo, o humor e o equilíbrio afetivo”, amenizando assim o avanço de

determinadas doenças que comprometem a mente (Costa, 2017, p.7). A relação com a família e a rede de apoio que existe neste ambiente é outro fator essencial para a qualidade de vida do idoso (Abdala et al., 2015 cit. Silva et al., 2021). Em termos económicos, fatores relacionados com a reforma e com as despesas, também interferem no bem-estar dos idosos, permitindo-lhe experienciar e vivenciar de forma diferente este processo, através de uma maior “tranquilidade, paz e satisfação interior”, não só para consigo, mas também para com a família (Pichler et al., 2019 cit. Silva et al., 2021, p.499).

Apesar de serem naturais, são notórias as transformações que ocorrem no processo de envelhecimento, podendo afetar as funções físicas e mentais do ser humano. De forma a promover a sua saúde, principalmente a sua saúde mental, o idoso deve possuir hábitos de vida saudáveis, ter um envolvimento social, incentivar a pensamentos positivos, redefinir objetivos e manter-se física e mentalmente ativo, através da prática de exercício físico, de atividades lúdicas, recreativas e culturais e de convívio entre vizinhança.

Cap. 3. O papel do ambiente residencial

3.1 A emergência das abordagens sócio-ecológicas

3.1.1 A abordagem inicial pela psicologia

Não nos vamos alargar muito nesta parte, fazendo apenas uma introdução e um enquadramento do Paradigma da Psicologia nesta temática do ambiente residencial, para melhor entender a relação entre ambiente residencial e saúde mental.

A Psicologia Ambiental é uma ciência multidisciplinar que estuda a relação pessoa-ambiente, tendo sido desenvolvida com o objetivo de se criar um ambiente apropriado às necessidades humanas. Entender como o ambiente residencial (habitação, vizinhança, serviços, segurança) afeta a satisfação da população e, posteriormente, o seu bem-estar psicológico, é um dos grandes desafios da atualidade (Kahana et al., 2003). Esta teoria, designada como “Person Environment” (PE), analisa a relação entre as características sociais, individuais e ambientais do ambiente residencial, sendo estes fatores determinantes para a saúde e para a satisfação residencial da população, sobretudo, da população idosa (Caplan, 1987; Kahana & Kahana, 1996 cit. Kahana et al., 2003). Os idosos são seres vulneráveis que, por estarem sujeitos a uma diminuição e perda das funções físicas, começam a dar mais importância à sua habitação e ao seu meio envolvente, não só por questões de mobilidade, mas também por questões de bem-estar psicológico (Carp, 1982; Golant, 1992; Lawton, 1980; Reschovsky, 1990 cit. Kahana et al., 2003).

A teoria PE está associada à maneira como “as pessoas sentem, pensam e vivenciam o espaço em que estão implicadas” (Lima & Bonfim, 2009, p.493), variando positiva ou negativamente consoante as características ambientais onde estão inseridas: microambiente (habitação – moradia ou apartamento), comunidade (vizinhança), espaço público (parques, jardins, praças), segurança e bairro, região ou país. Assim, a satisfação residencial à escala da habitação é analisada de forma subjetiva, consoante as qualidades que cada ser humano prioriza no meio onde se insere e, pode ser influenciada por fatores demográficos (idade, género, rendimentos, escolaridade, estado civil), fatores psicológicos (personalidade), fatores físicos (recursos, estética, segurança pessoal) e fatores sociais (interações sociais, isolamento) (Kahana et al., 2003).

Em virtude das progressivas fragilidades e fraquezas, os idosos começam a estabelecer novas prioridades que lhes permite obter um bem-estar a todos os níveis. A proximidade e a acessibilidade aos serviços e infraestruturas são uma dessas prioridades, sendo fatores determinantes para a manutenção da sua qualidade de vida. Dessa maneira, um ambiente residencial que possua transportes públicos e comércio e serviços essenciais e de proximidade, proporciona maior autonomia e, conseqüentemente, maior satisfação residencial (Verbrugge, Reoma, & Gruber-Baldini, 1994; McAndrew, 1993 cit. Kahana et al., 2003). A segurança é também um fator determinante para a satisfação residencial da população, em particular para a população idosa. Contudo, é importante destacar que a segurança é medida subjetivamente, podendo ser avaliada de forma diferente por pessoas que residam no mesmo bairro (Antonovsky, 1987 cit. Kahana et al., 2003). Para a população idosa, a qualidade ambiental do bairro é um dos fatores que mais contribui para a sua satisfação residencial e para a sua qualidade de vida, até mais do que as características da sua habitação (Lawton, 1982; Hunt et al., 1995; Jirovec et al., 1985 cit. Kahana et al., 2003).

3.1.2 O modelo sócio-ecológico dos determinantes sociais da saúde

Tal como vimos anteriormente, a saúde do ser humano é influenciada por um conjunto de fatores. Para melhor entender este procedimento, desenvolveram-se modelos ecológicos com o objetivo de identificar as causas que levam às disparidades em saúde. Um desses modelos foi o modelo sócio-ecológico de Bronfenbrenner que refutou as teorias fragmentadas do estudo do desenvolvimento humano e propôs um modelo com uma abordagem mais genérica na análise deste assunto, resultando da interação das características pessoais, sociais, ambientais e económicas em que o individuo se insere e que interferem na evolução e na trajetória do ser humano (Veiga et al., 2023).

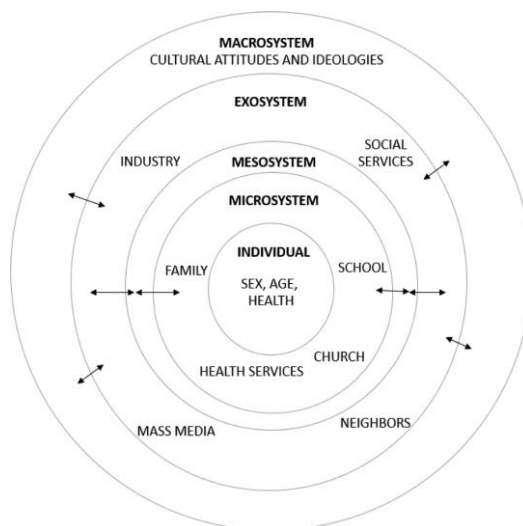
O primeiro modelo ecológico de Bronfenbrenner destacou como fator determinante no desenvolvimento humano, as qualidades do ambiente físico. Este modelo era composto por duas camadas: a camada superior que fazia referência ao ambiente imediato, isto é, ao ambiente onde a pessoa estava inserida naquele determinado momento (casa, escola, rua, etc.), sendo esta camada composta por três dimensões: física, pessoas e papeis que desempenhavam na vida da pessoa e atividades em que estavam inseridas. E a camada de suporte que fazia referência ao ambiente físico e geográfico onde o ambiente imediato estava inserido, podendo este condicionar o que se passa no ambiente imediato (Bronfenbrenner, 1974 cit. Vélez-Agosto et al., 2017).

Anos mais tarde (1992), Bronfenbrenner reformulou a sua teoria e acrescentou a pessoa como determinante no desenvolvimento humano, uma vez que o ambiente se encontra em constante mudança e o processo de desenvolvimento inicia-se assim que o ser humano nasce, começando de imediato a ser influenciado pelo meio ambiente em que se insere, pela sociedade e pelas relações familiares e sociais que vão sendo criadas nesse local, sendo então designada como “Teoria dos Sistemas Ecológicos” (Bronfenbrenner, 1974 cit. Vélez-Agosto et al., 2017). Podemos então considerar que este é um processo que ocorre gradualmente segundo uma “interação recíproca de um sujeito ativo e as pessoas, ambientes e símbolos do seu ambiente imediato” (Bhering & Sarkis, 2009, p.8) e, por isso, Bronfenbrenner acrescentou ainda “quatro aspectos inter-relacionais para o entendimento do desenvolvimento humano: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo - o Modelo PPCT de desenvolvimento”, passando esta teoria a ser designada como Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Assis et al., 2021, p.4). O Modelo PPCT mostra assim que para se conseguir o desenvolvimento pessoal, é necessário que o ser humano participe e interaja ativamente e de forma crescente na sociedade e nas relações “com pessoas com as quais desenvolve apego forte, mútuo e irracional e, com o tempo, se comprometer com o bem-estar e desenvolvimento dos outros, de preferência, por toda a vida”, sendo importante referir que nas crianças estas interações dependem de terceiros, principalmente da família e da escola (Bronfenbrenner; Evans, 2000 cit. Bhering & Sarkis, 2009, p.8).

Uma vez que o processo de desenvolvimento está centrado no ser humano, Bronfenbrenner reconheceu a importância dos fatores biológicos. Todavia, este processo é influenciado e afetado por características externas, sendo por isso que o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner se encontra estruturado em quatro sistemas: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. O microsistema é o ambiente em que a criança vive, sendo aqui que ocorrem as interações entre ela e as pessoas à sua volta (família, vizinhos, professores, auxiliares de educação, colegas, etc.). O mesossistema inclui as relações externas que são criadas no microsistema, como por exemplo, a relação entre a família e os professores terá um impacto sobre a criança. O exossistema interfere de forma indireta com este processo, podendo originar um resultado positivo ou negativo no ser humano, incluindo aqui a vizinhança, os locais de trabalho com os pais, os amigos dos pais e os meios de comunicação. Por exemplo, se existir algum problema no trabalho dos pais que os afete, estes poderão chegar a casa e não ter tanta disponibilidade para interagir com o filho, tendo um impacto significativo na vida da criança. Por fim, o macrosistema inclui os recursos económicos que o ser humano possui e a cultura em que

este está inserido - a religião, as crenças, os valores e as ideologias diferentes, podem afetar e influenciar todo o processo de desenvolvimento (Assis et al., 2021).

Figura 9. Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1977)



Fonte. Veiga et al. (2023)

A perspetiva ecológica de Urie Bronfenbrenner, apesar de se focar nos aspetos que contribuem para o desenvolvimento humano, levou a que muitos investigadores a aplicassem noutras áreas, principalmente na área da saúde. A promoção da saúde não depende apenas da abordagem médica e do acesso aos cuidados de saúde, mas também da inter-relação de um conjunto de fatores biológicos, individuais, familiares, económicos, sociais e ambientais, sendo por isso que nos continuamos a deparar com discrepâncias nesta área. Assim, o modelo proposto por Bronfenbrenner levou à elaboração de modelos que explicam a relação dos diversos determinantes na prevenção e promoção da saúde (Santana et al., 2015).

O modelo que mais tem sido utilizado para entender os determinantes de saúde é o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) que se encontra estruturado por camadas onde estão incluídos os determinantes que influenciam a saúde dos indivíduos.

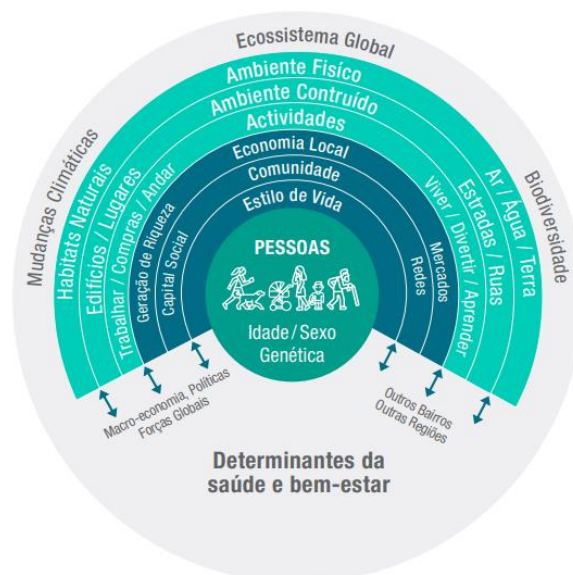
No centro do modelo inserem-se as pessoas, sendo a sua saúde influenciada por características genéticas e biológicas (idade, sexo) que estão fora do controlo do ser humano. Esta dimensão é influenciada por todas as outras camadas envolventes, como os estilos de vida e comportamentos (dieta alimentar, nível de atividade física, consumo de álcool, tabaco e drogas, comportamentos

sexuais, etc.), que, por sua vez são influenciados pela educação, pela sua situação económica e social e pela comunidade onde os indivíduos estão inseridos. A camada seguinte é composta pelas redes sociais e comunitárias, uma vez que a forma como a comunidade se encontra estruturada, a existência de redes de apoio e as relações criadas com a vizinhança, influenciam o estado de saúde dos indivíduos.

Nas camadas posteriores incluem-se: os determinantes relativos ao ambiente económico e social, como os rendimentos, o acesso a serviços e equipamentos recreativos e culturais, o isolamento e a participação ativa em atividades económicas e de lazer, e os determinantes relativos ao ambiente construído e ao ambiente físico, como a habitação (funcionalidade, isolamento térmico e acústico, condições de segurança, luminosidade), densidade populacional, qualidade ambiental (poluição sonora e ambiental, qualidade da água, do ar e do solo, acesso a água potável e condições de saneamento adequadas), acesso a infraestruturas e serviços (cuidados de saúde, transportes, espaços verdes), planeamento urbano (espaços públicos, configuração das ruas, acessibilidade e mobilidade), segurança pública (criminalidade), segurança rodoviária (acidentes, sinais visuais e sonoros, passadeiras e passeios) e limpeza urbana (sinais de vandalismo) – estes determinantes influenciam não só a saúde dos indivíduos como também os seus comportamentos (Santana et al., 2020; Basic Principles of Healthy Cities: Health Determinants, 2009).

O modelo de Whitehead e Dahlgren veio assim evidenciar que o ambiente e as condições em que vivemos são determinantes na saúde e no bem-estar individual e coletivo. Posteriormente, este modelo foi adaptado por Barton e Grant (2006) que demonstrou que os diversos domínios sociais, económicos e ambientais são afetados pelas sucessivas e profundas alterações do ambiente (Barton & Grant, 2013), tendo acrescentado ao modelo “fatores globais como as mudanças climáticas, o ecossistema e a biodiversidade, evidenciando a sua relevância através da sua influência nos determinantes locais da saúde e bem-estar da população” (Santana et al., 2020, p.29).

Figura 10. Modelo dos Determinantes da Saúde e Bem-Estar



Fonte. Santana et al. (2020). Estratégia Municipal de Saúde. Adaptado de Dahlgren & Whitehead (1991).

Os determinantes de saúde são assim fatores sociais, económicos, ambientais, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que contribuem para influenciar o estado de saúde individual e coletivo, podendo aumentar ou reduzir a “probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável”, no sentido em que o mesmo fator pode levar a diversos problemas de saúde e vice-versa (Plano Nacional de Saúde, s.d). Este conjunto de fatores são os responsáveis pela heterogeneidade entre populações. Geralmente, a população dos países desenvolvidos é mais vulnerável a doenças que são provocadas pela obesidade, problemas cardíacos, respiratórios e crónicos, resultado dos seus comportamentos e estilos de vida (sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo) e hábitos alimentares (fast-food). Por outro lado, nos países em desenvolvimento a população é afetada por doenças que são motivadas pela falta de cuidados de saúde, pouca nutrição, más condições de vida, de habitação, higiene e saneamento, baixo nível de escolaridade, resultado dos baixos rendimentos.

3.2 O ambiente residencial como fator determinante da saúde mental

O ambiente residencial é um dos fatores que também pode influenciar a saúde da população, sobretudo, a saúde mental. Segundo estudos realizados por Bond et al. (2012), a “qualidade estética do bairro está positivamente associada a um maior bem-estar mental” (cit. Moore et al., 2018, p. 238). Por isso, é importante que a área residencial possua uma boa rede de transportes públicos, uma boa qualidade e acessibilidade de serviços, mobiliário e espaços verdes, por forma a garantir um bem-estar à população (Stathi et al., 2012 cit. Moore et al., 2018). Caso contrário “o risco de lesões causadas pelo trânsito e a degradação do ambiente construído em áreas de baixa renda podem afetar adversamente a saúde mental” (Lavin et al., 2006, Croucher et al., 2007, Ellaway et al., 2005, Horowitz et al., 2005, Stafford e outros, 2007, Whitley e Prince, 2005 cit. Moore et al., 2018, p.238).

Os ambientes residenciais devem ser planeados e executados da melhor forma possível, pois além de trazerem benefícios pessoais e sociais à população, trazem consigo benefícios ao nível da saúde, podendo “reduzir a ansiedade, diminuir a pressão arterial e reduzir a dor” (Ochodo et al., 2014, p. 908). Pelo contrário, os ambientes residenciais mais desfavoráveis, trazem efeitos negativos à saúde do ser humano, estando estes mais propícios a um maior stresse, a uma “maior ocorrência de delirium, depressão e maior necessidade de medicação para dor” (Ochodo et al., 2014, p. 908). Segundo os mesmos autores, alguns problemas mentais como “ansiedade, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, abuso de substâncias e comportamento agressivo”, estão

associados ao ambiente construído, sobretudo, ao inadequado planeamento urbano que, conseqüentemente, leva à existência de rendas mais baixas, a “habitações de má qualidade, superlotação, níveis mais altos de densidade populacional e problemas de saúde” (p. 909). Por exemplo, pessoas que residem em ambientes sociais que apresentem elevados índices de pobreza e de criminalidade, instabilidade nas relações com a vizinhança, “moradias degradadas e famílias desestruturadas provavelmente apresentam índices elevados” de má saúde mental (Horwitz, 2010, p.7).

Todavia, esta ideia não deve ser generalista, pois existem estudos que demonstram o contrário. Atualmente com a crescente pobreza presente no mundo, tem-se construído habitações públicas para o realojamento de pessoas que habitam em bairros sociais, presumindo-se que esta mudança melhore as suas condições de vida e, conseqüentemente, o seu bem-estar. Esta teoria vem sendo contestada por alguns autores que afirmam que a população realojada não se sente satisfeita e feliz nesta mudança (Oakley e Burchfield 2009; Goetz 2010 cit. Keene & Ruel, 2013), muito devido ao afastamento de relações sociais criadas anteriormente e que, muitas das vezes, são o suporte desta população (Greenbaum, Hathaway et al. 2008; Keene e Jerônimo 2011 cit. Keene & Ruel, 2013). A mudança é, geralmente, mais desafiante para a população idosa que, por ser mais suscetível a determinados riscos, tem maior dificuldade em se adaptar a este processo que, além de aumentar a sua vulnerabilidade, também “diminui a utilização dos serviços, diminui o tamanho do seu território de origem” (Simon e Walsh 1992 cit. Keene & Ruel, 2013, p.2), diminui os seus laços com a vizinhança que lhe transmite apoio e segurança e diminui a participação na comunidade. Estas conseqüências contribuem de forma negativa para a vida desta população, contribuindo para o seu isolamento e incapacidade e, posteriormente, para doenças associadas a estas problemáticas (Klinenberg 2001; Gardner 2011 cit. Keene & Ruel, 2013).

Constata-se então que, mesmo que a habitação não possua condições favoráveis para que a população idosa se sinta segura, confortável e satisfeita, o apego que esta tem ao lugar, os anos vividos neste local, as experiências e memórias criadas, o sentimento existente e as relações afetivas que esta possui no seu meio, faz com que os idosos queiram permanecer no seu ambiente, mesmo com todas as barreiras físicas existentes (Fang et al., 2016 cit. Finlay et al., 2018).

Desta forma, para promover e proteger a saúde humana, é necessário proporcionar ao habitante um território equilibrado e saudável e, para isso, é fundamental que exista “relação de vizinhança equilibrada, funcionalidade de cada espaço interno, flexibilidade do espaço, infraestrutura de serviços e equipamentos básicos, racionalidade das soluções do espaço, qualidade e durabilidade

das construções, segurança (entendida como fator físico, social e sanitário) e habitabilidade urbana” (Cohen et al., 2019, p.1196). Estes ambientes saudáveis são essenciais para garantir o bem-estar dos residentes, mas caso exista “processos de desequilíbrio do binómio bem-estar/saúde”, isto poderá levar a problemas de saúde (Silva, 2010, p.30).

Portanto, se os ambientes residenciais forem bem planeados, podem contribuir para (Silva, 2010, p.31):

- a redução do isolamento, principalmente da população idosa, pois promovem “a sociabilidade, a ajuda, a boa vizinhança, a participação social”;
- a redução do stress, com a existência de “taxas de ruído e poluição baixas, segurança dos espaços envolventes, de agradáveis espaços verdes, de lazer e propícios à actividade física”;
- ao aumento da autoestima e da confiança individual, com a existência de “habitações espaçosas que possibilitem a existência de espaços próprios para cada residente, seja adulto ou criança”;
- ao desenvolvimento da estrutura física e psicológica e ao aumento das relações sociais, através da “aprendizagem de regulação que cada pessoa faz do seu espaço pessoal”, mas caso não exista esse espaço ou caso este seja invadido por pessoas que não são próximas ao indivíduo “produzem-se alterações do sistema psico-neuro-imunológico que podem estar na génese de diversas situações de doença física”;
- a um sentimento de segurança, pois a construção de espaços seguros faz com que se previna acidentes, “em especial de crianças e pessoas idosas” e se promova o bem-estar de todos os residentes. Estes espaços também são fundamentais no desenvolvimento das crianças, pois estas podem percorrê-lo “sem receio, desenvolvendo as suas capacidades cinestésicas e motoras”;
- ao contacto com a natureza, que permite não só melhorar a saúde física como também a saúde mental, através da implementação de árvores e de espaços verdes;
- a implementação de “zonas para actividade física, em especial ao ar livre, onde crianças, jovens, adultos e pessoas idosas possam fazer actividade física regular, saudável e gratuitamente”, como, por exemplo, piscinas, campos de jogos, parques infantis, zonas com equipamentos para pessoas idosas, de modo a proporcionar uma boa saúde física e psicológica aos residentes.

Para promover a saúde nos ambientes residenciais, é necessário ter em conta aspetos de diversa índole, de forma a transmitir serenidade, segurança e conforto aos residentes para, assim, contribuir para “a saúde física, mental e social” dos mesmos (Silva, 2010, p.32).

3.3 As características do ambiente residencial

“Ao prestarmos atenção aos lugares onde estamos significa prestarmos atenção ao que somos” (Higuchi et al., 2019, p.10).

O ambiente residencial é um local que se distingue dos “ambientes laboral, escolar ou institucional” por conferir “significado e identidade ao indivíduo” (Amérigo 2000 cit. Ferreira, 2011, p.2). É um ambiente constituído por diversos fatores que, posteriormente, avaliam a satisfação residencial, onde o indivíduo tem ao seu dispor um conjunto de oportunidades, serviços e experiências e onde se pode relacionar socialmente com a comunidade que o rodeia (Higuchi et al., 2019). Abrange a habitação do ser humano (um espaço íntimo, onde são formadas as primeiras relações afetivas com o território), a sua área de residência (delimitada geograficamente e deve incluir todos os serviços essenciais para a vida diária da população) e a sua vizinhança (onde se formam relações sociais e se cria uma rede de entreajuda entre a comunidade) (Bronfenbrenner, 1999; Fischer, s.d cit. Albuquerque, 2019).

Desta maneira, é importante perceber que os territórios são fundamentais no processo de desenvolvimento humano e, por isso, “são classificados em três níveis: (1) primários – aqueles que têm como função garantir um espaço íntimo, seguro e privado, formando microssistemas; (2) secundários – definem-se a partir de trocas sociais em espaços semi-públicos e (3) públicos – regido por normas e valores socioculturais que permitem apropriações temporárias para realização de atividades dispersas” (Fischer, s.d cit. Albuquerque, 2019, p.25).

O ambiente residencial pode ser estudado segundo diversos mecanismos e indicadores, a fim de analisar os processos cognitivos, emocionais e comportamentais da população residente (Amérigo e Aragones, 1997 cit. Filho et al., 2023). Por exemplo, Hwang (2013), entende que o ambiente residencial deve ser analisado segundo as características de habitação, segurança, ambiente físico, serviços comerciais, serviços de transporte, serviços educacionais, áreas verdes, ambiente social, limpeza e qualidade dos edifícios (cit. Filho et al., 2023). Pode-se, então, considerar que o ambiente residencial tem em conta diversos aspetos físicos e percebidos do contexto físico, como a existência e qualidade de infraestruturas, equipamentos e serviços (comerciais, cuidados de saúde

de proximidade, transporte, sociais e culturais), a qualidade das vias e dos passeios “existência de locais que favoreçam a realização de atividade física, densidade e velocidade do trânsito, condições climáticas, criminalidade e percepção de segurança” (Carmo, 2019, p.29).

Segundo Feijten, Hooimeijer & Mulder (2008), o ambiente residencial varia consoante a sua localização geográfica. Nas áreas urbanas, estão presentes vários serviços económicos, sociais e políticos, infraestruturas, equipamentos e atividades e, por isso, existe uma maior concentração de população que procura novas oportunidades a nível profissional e um local para residir, tendo esta um estilo de vida mais stressado e movimentado. Nas áreas periurbanas, localizadas próximas da cidade, existem alguns serviços e comércio de média e pequena dimensão, o que leva à promoção de um estilo de vida da população mais tranquilo e cómodo. Já as áreas rurais, carecem de serviços e infraestruturas, mas por outro lado, por estarem afastadas da poluição sonora e ambiental das cidades, proporcionam um bem-estar e uma qualidade de vida à população que nelas habita. Por esta razão, as áreas periurbanas e as áreas rurais são consideradas como “ambientes residenciais verdes”, uma vez que “possuem uma grande quantidade de espaços verdes como prados, parques ou florestas” (Meesters, 2009, p.1).

Contudo, existem aspetos de natureza ambiental, social e financeira, incluindo “relações sociais, educação, segurança financeira, saúde e qualidade ambiental”, que devem ser estudados em contexto residencial, uma vez que são também fatores determinantes na qualidade de vida da população (Keller-olaman et al., 2005 cit. Shieh et al. 2011). Apesar de acharmos que a maioria da população prioriza apenas o ambiente físico e de serviços, tem sido cada vez mais significativa a associação que existe entre o ambiente social e a satisfação residencial, sendo por isso que Tognon (1987) e Amerigo e Aragonés (1997), consideram que as relações sociais são mais importantes para a satisfação residencial do que as características físicas do ambiente (cit. Shieh et al. 2011). Entende-se assim por ambiente social os relacionamentos e as interações criadas no ambiente residencial, incluindo vizinhos, amigos e familiares, “proporcionando interação social, atividade e apoio”, uma vez que a criação de boas relações pode recompensar a falta de condições físicas e económicas, principalmente em áreas desfavorecidas (Fried & Gleicher, 1970 cit. Shieh et al. 2011, p.121). A criação de relacionamentos sociais, apesar de ser benéfica para toda a população, é especialmente para a população idosa, que por estar mais debilitada fisicamente passa mais tempo na sua habitação e em torno dela.

Em comparação com a população jovem, os idosos tendem a estar mais satisfeitos e a ter uma percepção mais positiva sobre o seu ambiente residencial (Loo, 1986 cit. Shieh et al. 2011), talvez

explicado pelo apego que têm ao lugar, explicado pelo tempo de residência no local e pelas memórias, valores e experiências criadas, pois “as pessoas estão apegadas às experiências, não “apenas ao lugar enquanto lugar” (Low & Altman, 1992, p.7 cit. Sun et al., 2020, p.1).

3.4 A relação entre a área residencial e o envelhecimento

O envelhecimento provoca algumas dificuldades e limitações na vida das pessoas idosas, ficando estas cada vez mais vulneráveis às barreiras físicas e ambientais e com alterações na mobilidade e na perceção sendo, por isso, que esta população passa mais tempo na sua habitação e na sua área de residência. Desta maneira, tem havido um crescente interesse relativamente aos efeitos que o ambiente residencial pode ter na saúde dos idosos (Cachadinha, 2019).

O ambiente construído pode tornar-se negativo na vida da população idosa caso não seja acessível e não apresente os serviços básicos para satisfazer as necessidades desta população. Pelo contrário, o ambiente construído pode permitir que “os idosos envelheçam de forma ativa e saudável”, caso apresente características que lhes permita ter uma vida com qualidade e com segurança (Sugiyama et al., 2009 cit. Carmo, 2019, p.29). Um ambiente que tenha espaços públicos (parques, jardins, ruas, praças, campos de jogos, espaços verdes), assume grande importância para a qualidade de vida e para o bem-estar da população, sobretudo, da população idosa, pois permite-lhes não só fazer atividade física como também interagir socialmente (Brown & Grant, 2007; Carlson et al., 2012; Chaudhury, Campo, Michael & Mahmood, 2016; Cohen et al., 2007; De Vries, Verheij, Groenewegen & Spreeuwenberg, 2003; Gomes et al., 2011; Kim & Kaplan, 2004; Li, Fisher, Brownson & Bosworth, 2005; Mowen, Orsega-Smith, Payne, Ainsworth & Godbey, 2007; O’Brien, 2005; Orsega-Smith, Mowen, Payne & Godbey, 2004; Sugiyama, Thompson & Alves, 2009; Sugiyama, Francis, Middleton, Owen & Giles-Corti, 2010; Takano, Nakamura & Watanabe, 2002, cit. Carmo, 2019).

No entanto, o bem-estar individual depende, também, das características que o indivíduo aprecia num determinado ambiente. Por exemplo, idosos que vivam sozinhos, “valorizam a distância até ao parque, ausência de sinais de vandalismo e a existência de árvores e plantas como os atributos mais importantes num espaço público, enquanto os que vivem acompanhados preferem frequentar locais que oferecem uma diversidade de instalações (e.g., cafés, lojas, restaurantes) e com parque de estacionamento” (Alves et al., 2008; Aspinall et al., 2010 cit. Carmo, 2019, p.29).

É importante que os ambientes residenciais sejam devidamente construídos e acessíveis a toda a população, pois “um ambiente que dificulte a deslocação da população idosa (e.g., ausência de locais de descanso, escadas quebradas, ruas inclinadas, buracos nos passeios, calçada irregular, distâncias longas, habitação inacessível) e que aumente a percepção de insegurança (e.g., baixa qualidade da iluminação pública, trânsito de veículos intenso, presença de sinais de vandalismo, ruído) (Day, 2008; Iwarsson, 2005; Iwarsson et al., 2007; Phillips, Siu, Yeh, & Cheng, 2005; Rantakokko et al., 2010; Smith, 2009)”, prejudica a mobilidade dos idosos que optam por não sair muitas vezes das suas habitações, ficando mais expostos ao isolamento e à diminuição das suas habilidades diárias e da sua qualidade de vida (Balfour & Kaplan, 2002; Beard et al., 2009; WHO, 2007; Shumway-Cook et al., 2003 cit. Carmo, 2019, p.30).

É evidente que a população idosa, geralmente, prefere envelhecer na sua residência, estando esta preferência associada a “aspectos de apego com o lugar, de segurança, familiaridade e laços com a comunidade ou vizinhança” (Oswald & Wahl, 2004 cit. Lima, 2011, p.16). Este crescente interesse originou o conceito “Ageing in Place”, associado ao conceito de “Envelhecimento Ativo e Saudável”, tendo como objetivo satisfazer os interesses dos idosos, através de apoios a nível social e de cuidados de saúde, em envelhecerem em sua casa e na sua comunidade, de forma digna, segura, ativa e independente, conferindo-lhes mais “autoconfiança, autocontrolo e autoestima positiva” e, por conseguinte, um maior impacto positivo no seu bem-estar (Milligan, 2009 cit. Fonseca, 2021, p.10).

O conceito de Ageing in Place pode ser utilizado em diferentes perspetivas: “em pessoas que desejam permanecer na sua casa atual e que não enfrentam problemas imediatos de saúde ou mobilidade; em pessoas que apresentam condições de saúde progressivamente incapacitantes (doenças crónicas, como diabetes e doenças pulmonares/cardíacas, por exemplo) e que, mais cedo ou mais tarde, acabarão por exigir apoios suplementares para que possam envelhecer em casa; em pessoas que experimentaram mudanças abruptas nas suas vidas (em termos de saúde, nomeadamente) e para quem envelhecer em casa constituirá um desafio acrescido, suscitando a necessidade de introduzir modificações imediatas tanto nas suas habitações como nos seus modos de vida” (Fonseca, 2021, p.11). O interesse em envelhecer na habitação está, sobretudo, associado ao significado que a residência tem para o idoso, no sentido em que nesse lugar se criaram relações não só com as pessoas, como também com o espaço físico envolvente, considerando-o como um ambiente familiar (Matias, s.d).

De facto, o lugar ideal para envelhecer é onde o idoso se sente feliz, onde cresceu e viveu a maior parte da sua vida e, portanto, onde estão as melhores memórias e referências, sendo por isso que, “o lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere” (Fonseca, 2021, p.31). Para que seja possível envelhecer em casa, deve-se ter em conta determinados fatores externos, como a proximidade e acessibilidade ao espaço exterior envolvente, aos serviços e recursos necessários no dia-a-dia, à segurança, aos equipamentos recreativos, culturais e religiosos e à participação em atividades na comunidade, a fim de motivar a independência e tornar o processo de envelhecimento o mais ativo e saudável possível.

No entanto, implementar o ageing in place depende bastante do ambiente onde o idoso se insere e dos recursos económicos que possui: “em países economicamente mais favorecidos, quando os idosos começam a perder autonomia e capacidades, a opção é muitas vezes a institucionalização; nos países economicamente mais frágeis, o processo de ageing in place surge não como uma opção mas sim uma necessidade dadas as limitações do sistema de segurança social e serviços de apoio e consequente falta de alternativas institucionais” (ONU, 2015 cit. Matias, s.d). Em Portugal, uma vez que os recursos financeiros são limitados e as pensões da população idosa são insuficientes, existem muitos idosos que não conseguem suportar o custo de uma instituição residencial e, por isso, estão a envelhecer em casa, através do apoio familiar ou do apoio social dos Centros de Dia e/ou dos Serviços de Apoio Domiciliário que os auxiliam nas tarefas diárias (higiene, alimentação) (Carneiro et al., 2012 cit. Matias, s.d).

O bem-estar da população envelhecida está ligado, segundo algumas pesquisas de Liu et al. (2009), ao ambiente construído, pois, tal como referido anteriormente, as características físicas do ambiente têm um grande impacto na mobilidade, autonomia e qualidade de vida da população. (Gilroy, 2008 cit. Burton et al, 2011).

3.4.1 A satisfação residencial

Tem sido cada vez mais importante adaptar e ajustar as características físicas do ambiente residencial às necessidades dos residentes, tendo como objetivo melhorar não só a vida da população como também atenuar os problemas ambientais. É por este motivo que a relação entre a população e o ambiente residencial tem vindo a ser cada vez mais discutida, sendo impossível fazer referência ao ambiente sem abordar o ser humano, pois “a qualidade do ambiente residencial é uma das condições básicas para a qualidade de vida” (GE; HOKAO, 2006 cit. Esperidiao, 2021, p.13), contribuindo, assim, para uma maior ou menor satisfação do lugar.

Contudo, os aspetos sociodemográficos também influenciam na satisfação do lugar, sendo estes responsáveis “por um aumento da procura quantitativa de habitação, mas também por uma mudança no tipo de procura de habitação” (Buzar et al. 2007 cit. Jansen, 2014, p.214). Isso é visível quando se fala de população idosa que opta por ter uma habitação mais pequena, que lhe garanta conforto, que esteja localizada próxima dos serviços e, principalmente, que esteja situada numa área com boa acessibilidade e sem obstáculos, de modo a facilitar-lhes a caminhada (Yang e O'Neill, 2014; Berndgen-Kaiser et al. 2018 cit. Jansen, 2014).

A satisfação residencial está, então, ligada ao nível de satisfação dos moradores relativamente à sua habitação, às características físicas do espaço, à oferta de equipamentos e ao modo como se relacionam com a vizinhança (Santos, 2013). É um termo que “engloba aspetos cognitivos, motivacionais e comportamentais, refletidos em correlatos psicológicos”, uma vez que o indivíduo avalia vários fatores intrínsecos à sua habitação e ao seu local de residência (Bonaiuto & Fornara, 2017, p.2). Os mesmos autores alegam que a satisfação residencial pode depender de fatores pessoais, sociais e físicos. Em relação aos fatores pessoais, esta “tende a aumentar com a idade, o nível socioeconómico e as expectativas de melhoria” e “tende a diminuir quando as pessoas são caracterizadas por um traço de personalidade agressivo ou quando comparam as suas residências com soluções de alto padrão.” Quanto aos fatores sociais, esta tem tendência a aumentar quando existem “boas relações de vizinhança” e uma rede de apoio e de ajuda na comunidade. Relativamente aos fatores físicos, segundo os autores, quem vive em residências unifamiliares sente-se mais satisfeito do que quem vive em apartamentos, sobretudo na América do Norte. A presença de espaços verdes e o estilo arquitetónico também contribuem para a satisfação dos residentes, pois “a satisfação residencial é maior quando as residências correspondem às da própria cultura dos habitantes” (Bonaiuto & Fornara, 2017, p.4).

Assim, pode-se afirmar que a existência de serviços e de infraestruturas sociais, a participação na vida comunitária, a convivência entre moradores, a sensação de segurança, a “garantia de privacidade, comodidade e mobilidade” e a existência de espaços verdes nas proximidades da habitação, são alguns dos fatores a ter em conta na avaliação e na satisfação do ambiente residencial, tornando-o mais “acolhedor” (Albuquerque & Günther, 2019, p.20 e 21). Apesar de serem vários os fatores que influenciam o bem-estar dos residentes, alguns autores como Kaplan (1985), Langdon (1988; 1997) e Sirgy & Cornwell (2002), garantiram que as características físicas são as que mais influenciam a satisfação dos residentes (Hur & Morrow-Jones, 2008). Em

contrapartida, os autores Lansing & Marans (1969), afirmaram que o que mais influencia a satisfação dos residentes são as características sociais (Hur & Morrow-Jones, 2008).

Desta maneira, é visível que este é um termo bastante subjetivo que depende, na sua maioria, de vários fatores pessoais, como o estilo de vida dos indivíduos, os seus objetivos e as suas necessidades. Por isso, os autores Potter & Cantarero, em 2006, decidiram realizar um estudo, no Estado americano de Nebraska, mais propriamente em Crete, focado na opinião dos residentes mais antigos e dos residentes mais recentes. Os residentes mais recentes (aqueles que viviam em Crete desde janeiro de 1996) afirmaram que as características físicas (existência de serviços públicos, área de residência muito atrativa, estacionamento adequado para caravanas, qualidade ambiental, boa acessibilidade, bom estacionamento e boas estradas) são as que mais influenciam a sua qualidade de vida. Já os residentes mais antigos (considerados aqueles que viviam em Crete desde janeiro de 1986) apontaram as características sociais (stress, emprego, renda, relação com a vizinhança, diferenças sociais e culturais, criminalidade, acesso à saúde e educação) como um fator determinante para a sua satisfação (Potter & Cantarero, 2006).

Por outro lado, o estudo realizado por Zorbaugh, em 1929, em Gold Coast (Chicago), mostra a comparação entre a satisfação residencial dos moradores de um bairro de alta classe social e a satisfação dos moradores de uma favela. O autor verificou que os habitantes de alta classe social não tinham qualquer afetividade com o seu bairro e com a sua vizinhança. Já os residentes da favela, mostraram ter um grande sentimento de pertença ao lugar e de afeto e entreatajuda com a sua comunidade (Aragonés & López, 2017). De forma a tentar perceber o motivo que leva os moradores de um bairro social a se sentirem mais satisfeitos e integrados no seu ambiente residencial, mesmo quando vivem em situações precárias, ao contrário dos residentes da alta sociedade que vivem em condições bastante favoráveis, os autores Fried e Gleicher (1961), realizaram um estudo em West End, um bairro localizado em Boston, e observaram que os aspetos sociais e psicológicos interferem bastante na opinião destes face à sua área de residência, compensando assim o seu sentimento em relação as condições da sua habitação (Aragonés & López, 2017).

Desse modo, pode-se afirmar que o ambiente residencial se encontra ligado ao vínculo afetivo do lugar e, conseqüentemente, à satisfação residencial, no sentido em que “representa muito mais que abrigo, reflete o lugar onde se organiza a vida social e se estabelece vínculos afetivos” (Lima, 2011, p.30).

3.4.2 O sentimento de segurança no ambiente residencial

“Moradia adequada é um direito humano e ter um lar seguro para morar é um dos elementos fundamentais para a dignidade humana, saúde física e mental” (Nações Unidas, 1991 cit. Kullberg, 2010, p.5).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998, p.6), a segurança “é um estado no qual os perigos e as condições que levam a danos físicos, psicológicos ou materiais são controlados a fim de preservar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da comunidade”. Desta maneira, torna-se fundamental promover a segurança individual e coletiva, assegurando condições básicas e necessárias para se atingir, melhorar e manter a saúde e o bem-estar, uma vez que este é um conceito que tem bastante influência na vida da população. O sentimento de segurança leva a que o ser humano possua maior liberdade e autonomia na interação com o ambiente, não só com o ambiente físico como também com o ambiente social, cultural, tecnológico, político, económico e organizacional (OMS, 1998).

A segurança é um conceito que se divide em duas dimensões: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva. A dimensão objetiva é avaliada através de parâmetros comportamentais e ambientais e a dimensão subjetiva é avaliada consoante o sentimento de segurança ou insegurança da população, ou seja, está relacionado com as vulnerabilidades e perspetivas que o indivíduo tem do espaço, refletindo-se em sentimento de insegurança ou ansiedade (OMS, 1998). Segundo Forde (1993) “ambas as dimensões podem influenciar-se mutuamente positiva ou negativamente”, pois, por vezes, quando existe uma melhoria da dimensão objetiva, a dimensão subjetiva tem tendência a diminuir “(por exemplo, a presença de numerosos polícias armados numa determinada área para combater o crime pode gerar um sentimento de pânico entre alguns cidadãos)” (cit. OMS, 1998, p.7). Pelo contrário, quando existe uma melhoria da dimensão subjetiva, ou seja, do sentimento de segurança, a dimensão objetiva poderá sofrer alterações “(por exemplo, adquirir uma arma de fogo para se sentir mais protegido de ataques aumenta o risco de sofrer um ferimento doméstico)” (OMS, 1998, p.7).

É notório que a perceção de segurança é uma atitude baseada no que é observado ou pensado, consequência do que acontece ao redor no ambiente onde o ser humano está inserido. Por isso, pode-se afirmar que o sentimento de segurança é um conceito que pode gerar várias emoções, pois “um indivíduo pode ter a ideia de que um lugar pode ser inseguro, quando, de acordo com os factos, a área é segura”, o mesmo pode acontecer ao contrário (Odufuwa et al., 2019, p.25).

O ambiente construído é o grande impulsionador no que toca à opinião dos residentes face ao sentimento de segurança na sua área de residência, uma vez que as características do espaço, o tipo de construções e edifícios, a acessibilidade e o planeamento urbano, são fatores que influenciam certos acontecimentos nesses determinados locais, “isso porque as interações sociais que esses ambientes promovem (ou atraem) em um determinado local são fundamentais para tornar essas instalações seguras em inseguras” (Cozens et al., 2005 , Glasson e Cozens, 2011 , Jacobs, 1961 , Newman, 1972 , Reynald e Elffers, 2009 cit. Odufuwa et al., 2019, p.26). Assim, os ambientes devem ser planeados e ordenados, a fim de “reduzir a possibilidade de ocorrência de crimes, estimulando a vigilância, promovendo a territorialidade e reduzindo as áreas de conflito, controlando o acesso e melhorando a percepção geral de segurança” (Odufuwa et al., 2019, p.26). Contudo, para que se entenda melhor o ambiente construído, é importante avaliar a segurança em várias escalas, em relação aos acessos a pé, aos serviços, às redes viárias, à iluminação, entre outros (Pinsly, 2019).

Podemos considerar que existem quatro grupos de fatores relativos à segurança que influenciam bastante o ambiente construído e, para uma melhor compreensão (Zeng et al., 2022), um desses grupos é designado como “Elementos Detalhados”, estando aqui incluídas as “características das plantas e da arquitetura”, pois existe uma forte associação entre a existência de alguns tipos de plantas e de espaços verdes, isto é, de uma paisagem verde e saudável, com a segurança percebida, “que se aplica consistentemente a centros urbanos, áreas residenciais ou mais parques naturais” (Zeng et al., 2022, p.3). O outro grupo denominado como “Arranjo de Mobilidade”, mostra o quão é importante habitar num ambiente acessível e caminhável, sendo este um fator determinante para afetar a segurança da população. Por isso, é fundamental apostar num bom sistema viário, através da “diminuição das barreiras rodoviárias e a ampliação dos caminhos para caminhada”, de forma a promover “positivamente a fluência do tráfego, melhorando assim a percepção de segurança dos usuários” (Zeng et al., 2022, p.3).

O terceiro grupo faz referência aos “Aspetos de Apoio”, isto é, aos elementos e serviços que são potenciais influenciadores nas rotinas diárias do ser humano que podem afetar de forma positiva ou negativa a percepção de segurança destes. Por exemplo, a existência de certas infraestruturas e espaços públicos atrai indivíduos a participarem em atividades nesses ambientes e “podem motivar um comportamento positivo e facilitar a interação entre o ambiente e os habitantes e aumentar ainda mais sua sensação de segurança”, pois sentem-se mais protegidos ao terem pessoas em volta (Zeng et al, 2022, p.3). O último grupo diz respeito à “Manutenção” do ambiente, pois é importante

que este seja um ambiente limpo, saudável e sem criminalidade, aumentando assim a sensação de segurança, pois “um alto nível de manutenção está associado a um menor medo de crime” (Zeng et al., 2022, p.4).

De forma a aumentar o sentimento de segurança dos cidadãos nas áreas residências, surgiram as estratégias de Prevenção do Crime através do Ambiente Construído (CPTED), que têm como objetivo prevenir o risco e o crime. Segundo esta abordagem, “uma área é segura quando as pessoas ganham o sentimento de propriedade e de responsabilidade dos espaços da comunidade onde vivem”, sendo este fator bastante importante quando não existe policiamento nestes locais (Ferreira, 2013, p.109).

3.4.2.1 O sentimento de insegurança: contexto ambiental e fatores associados

A insegurança pode ser analisada em duas perspetivas: a perspetiva de insegurança real que corresponde à “situação do estado objectivo da delinquência”, e a perspetiva de insegurança sentida que corresponde às “sensações de angústia e de medo” (Canhoto, 2010, p.44).

Assim, aliado aos fatores de segurança, encontram-se os fatores de insegurança. Um desses fatores está ligado à crescente urbanização. As cidades têm crescido bastante ao longo dos últimos anos, levando à separação do centro e da periferia e, conseqüentemente, à origem dos bairros sociais. Os bairros sociais são, em grande parte, excluídos por todas as comunidades externas, pois têm características muito próprias, seja a nível arquitetónico com a existência de zonas de habitação precárias e degradadas, seja a nível social, com a existência de problemas como “o desemprego, a precariedade do trabalho e das habitações e o difícil acesso aos serviços da infra-estrutura urbana” (Ferreira, 2010, p.12). Estes problemas podem levar à pobreza e, posteriormente, à falta de qualidade de vida sendo, por isso, que os indivíduos externos têm um sentimento de insegurança face a estes locais.

Contudo, a crescente urbanização “deu também origem a cidades-dormitório e a problemas de realojamento, que vieram modificar o espaço social”, pois, atualmente, existe uma maior flexibilidade de transportes e uma maior facilidade de deslocação, o que faz com que “os lugares de residência, lazer e trabalho sejam diferenciados” (Ferreira, 2010, p.12). Conseqüentemente, isto leva a que exista pouca ou nenhuma interação social nos locais de residência, aumentando o sentimento de solidão e de insegurança (Ferreira, 2010).

Outros fatores de insegurança a ter em conta são as migrações e a livre circulação de pessoas, uma vez que a crescente diversidade de culturas nas cidades e a crescente procura para residirem nas zonas periféricas, leva a que não haja capacidade de resposta suficiente para integrar toda esta população. Esta situação leva a que os indivíduos tenham de viver “em situações precárias de pobreza e a lidar com a exclusão social” (Ferreira, 2010, p.13). O fenómeno de migração, inclui também o processo de instabilidade económica, pois estes indivíduos, geralmente, têm uma maior dificuldade “em permanecer no mercado de trabalho e associar-se aos níveis de qualidade de vida dominantes” e, por isso, existe mais desemprego, uma maior instabilidade no trabalho, mão-de-obra clandestina e exploração laboral (Ferreira, 2010, p.13). Isto origina comportamentos marginais, como por exemplo, “o tráfico de drogas, de armas, de mercadorias, receptação, que desencadeiam novos riscos sociais para a sociedade em geral provocando fenómenos permanentes de insegurança objectiva e subjectiva” (Ferreira, 2010, p.13).

As incivildades são outro dos fatores que contribui para a insegurança na vida do ser humano, pois a existência de certos comportamentos “podem colocar em causa a ordem social, uma vez que são vistas como sendo um sinal de antecipação do perigo” (Ferreira, 2010, p.13). Apesar de não serem punidos por lei, esses comportamentos representam “um perigo difuso nas ruas, no parque e noutros lugares públicos: graffitis, vandalismo, edifícios deteriorados, vidros partidos, embriaguez na via pública, grupos de ociosos que gritam obscenidades a quem passa, mendigos sem pudor, consumo ostensivo de droga, prostituição, lançamento de sacos de lixo pela janela, ajuntamentos ruidosos, degradações” (Cusson, 2007:190-191 cit. Ferreira, 2010, p.13). Se estes problemas persistirem e não forem controlados, o sentimento de insegurança terá tendência a aumentar, pois estes problemas vão-se tornando numa espiral de violência.

O sentimento de insegurança também pode ser influenciado por três fatores (Warr, 1990 cit. Teixeira, 2018): a escuridão, a solidão e o facto do individuo não conhecer o ambiente à volta. O mesmo autor realizou um estudo que mostrou que um individuo que esteja a passear à noite, sozinho e sem conhecer o ambiente “atinge uma média de 8.73, numa escala de 10 pontos, na sensação de insegurança”, enquanto se for um individuo que esteja a passear de dia, acompanhado e num ambiente familiar “a média de insegurança decresce para 0.25, na mesma escala de 10 pontos” (Warr, 1990 cit. Teixeira, 2018, p.27).

A escuridão representa falta de segurança, uma vez que a falta de visibilidade, leva a uma maior vulnerabilidade, sobretudo, se o individuo estiver numa situação de risco. Assim, o aumento de iluminação pública, origina uma maior segurança à população (Painter, 1996 cit. Teixeira, 2018).

O não conhecimento do ambiente, apesar de significar uma maior insegurança, não significa “que a criminalidade seja mais alta nesse espaço”, pois, por norma, os indivíduos acham que a sua área de residência é sempre mais segura que as outras e, nem sempre isso corresponde à realidade (Skogan, 1999 cit. Teixeira, 2018, p.28).

A cidade, por ser uma área em constante mudança e que engloba vários fenómenos, relações e atividades, torna-se, assim, um local propício a comportamentos antissociais, que provocam alterações no planeamento e na estrutura da cidade e, conseqüentemente, comportamentos criminosos (Ramirez, 2000, cit. Martins, 2015). Esta problemática da criminalidade afeta os residentes a vários níveis, provocando “danos graves à saúde, à qualidade de vida dos cidadãos como afeta o bem-estar presente e futuro das comunidades” (Sani & Nunes, 2013a cit. Martins, 2015, p.4). Segundo Fattah (2010, cit. Martins, 2015), os habitantes que residam em ambientes urbanos estão mais suscetíveis a serem vítimas de crimes, ao contrário dos habitantes de ambientes rurais. O mesmo acontece dentro da cidade, existem locais mais propensos ao crime que outros e, por isso, as pessoas que habitam ou trabalham em determinados locais, estão mais suscetíveis a serem vítimas de delitos, sendo este sentimento subjetivo.

É visível que a insegurança se associa mais a contextos urbanos e a segurança a contextos rurais, contudo, é importante destacar que as áreas rurais não estão livres de crimes, apesar das taxas de criminalidade serem baixas e da maioria dos indivíduos alegar que se sente mais seguro nestas áreas. O facto de existir pouca vigilância nas zonas rurais e de ser um local tranquilo e sem muito movimento populacional, principalmente durante o dia, faz com que haja uma maior facilidade para a prática do crime (Caccato, 2016).

O sentimento de insegurança é causado pela existência de criminalidade e de violência (terrorismo, tráfico humano, tráfico de drogas), mas também e cada vez mais, pelos fatores sociais (pobreza, desemprego, exclusão social), e pelos fatores físicos e comportamentais (incivilidades, destruição de habitações, espaços e infraestruturas, vandalismo, veículos abandonados, má vizinhança, falta de espaços públicos e iluminação, falta de acessos), deixando de ser apenas um problema de policiamento, para passar a ser um problema da sociedade (Canhoto, 2010).

A segurança torna-se, assim, o pilar essencial para garantir o bem-estar nas áreas residências, caso contrário, prevalece o sentimento de insegurança e, conseqüentemente, a falta de qualidade de vida e a escassez de habitantes. Contudo, é importante destacar que o sentimento de segurança e de insegurança são avaliados de forma subjetiva, sendo influenciado pelas características

sociodemográficas do indivíduo: personalidade, sensibilidade, idade, género, escolaridade, etnia, efeitos dos meios de comunicação e características ambientais (Rader, May, & Goodrum, 2007; Fox, Nobles & Piquero, 2009; Fernandes & Rêgo, 2011; Ratnayake, 2016 cit. Teixeira, 2018).

3.4.2.2 *A percepção da segurança aliada à saúde mental*

A segurança é um dos vários condicionantes da saúde mental. A percepção de segurança afeta o estado como o indivíduo pensa, sente e se comporta, sendo, portanto, fundamental ter em atenção o ambiente onde o indivíduo reside, já que este influencia positiva ou negativamente a saúde da população (Leslie & Cerin, 2008). Segundo estudos realizados por Sooman e Macintyre (1995), Wen et al. (2006) e Wilson et al. (2004), as características físicas e sociais do ambiente residencial e, conseqüentemente, a percepção e a satisfação do residente, podem afetar a saúde mental, através do stresse, da depressão e da ansiedade (cit. Leslie & Cerin, 2008).

A preservação da saúde mental no ambiente residencial está relacionada com a existência de fatores físicos, como: “iluminação, áreas verdes/parques, áreas de lazer e travessia/densidade de tráfego” (Leslie & Cerin, 2008, p.273). Pelo contrário, um ambiente que seja pautado por vandalismo, ausência de relações sociais, tráfego automóvel e poluição, pode originar comportamentos criminosos e, conseqüentemente, levar a sentimentos de insegurança e medo, afetando desta maneira o bem-estar psicológico de quem lá reside (Mirowsky e Ross, 2003 cit. Leslie & Cerin, 2008).

Ziersch et al (2005) desenvolveram um estudo onde concluíram que a “percepção de segurança do bairro está relacionada à saúde física, e a segurança e as conexões do bairro (força das conexões com outros residentes do bairro) estão relacionadas à saúde mental” (cit. Leslie & Cerin, 2008, p.274).

A segurança deve ser fornecida a todos os cidadãos, independentemente do local onde habitam. Contudo, as áreas urbanas, sendo locais que oferecem diversos serviços e que concentram grande parte da população, devem oferecer, cada vez mais, segurança aos cidadãos, pois nas cidades “o risco de insegurança seja pelo medo do crime, seja pela falta de adesão ao sistema normativo da sociedade”, acaba por interferir na qualidade de vida da população, sendo fundamental não só atuar a nível da segurança pública, como também a nível da segurança rodoviária (Heitor, 2007; Machado, 2008 cit. Ferreira, 2013, p.66). Existem lugares mais movimentados e mais seguros, da mesma maneira que existem lugares mais abandonados e mais evitáveis, sendo considerados locais

inseguros (Ferreira, 2013). As características físicas do ambiente contribuem assim, em grande parte, para o sentimento de (in)segurança e, por conseguinte, para a promoção do bem-estar mental dos cidadãos.

Cap. 4. Metodologia

4.1 Áreas de estudo

4.1.1 Seleção das áreas de estudo

Partindo da premissa que, por evidentes motivos institucionais, as áreas de estudo seriam para seleccionar dentro do território do concelho de Coimbra, a escolha das áreas baseou-se no critério de representatividade de uma área urbana/periférica/rural, à semelhança do que havia sido feito no âmbito da Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra e, no critério de conveniência, associado às relações privilegiadas que a co-orientadora de Estágio possuía em algumas freguesias em comparação com outras, o que iria facilitar o contacto e, posteriormente, a realização do estudo.

Neste sentido, o estudo foi realizado na União de Freguesias de Coimbra (área urbana), na União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades (área periurbana) e na União de Freguesias de Souselas e Botão (área rural).

4.1.2 Caracterização

Tabela 3. Caracterização das três freguesias em estudo

Indicadores	UF Coimbra	UF Eiras e São Paulo de Frades	UF Souselas e Botão
Nº Habitantes	13 880	17 574	4 188
Índice de longevidade (idosos com 75 e mais anos)	54,36	44,84	49,01
Taxa de analfabetismo (%)	1,80	1,63	3,53
Nº Centro de Saúde/ Extensões de Saúde	3	1	1
Nº Farmácias	17	5	1

A **União das Freguesias de Coimbra** é composta pelas antigas freguesias da Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e São Bartolomeu, tendo a sua sede na Sé Nova. Segundo os censos de 2021, esta freguesia conta com 13 880 habitantes e uma área territorial de 8,34 km², dispondo de uma densidade populacional de 1666,27 hab./km².

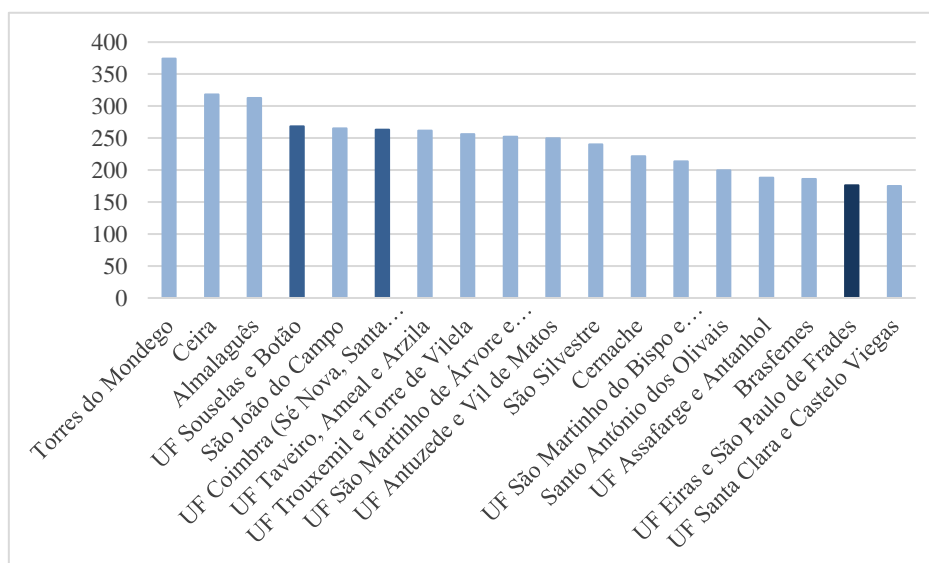
Entre os anos de 2011 e 2021, a população nesta freguesia estagnou, tendo até diminuído ligeiramente (menos 91 habitantes, ou seja, menos 0,66%), à semelhança do que tende a acontecer nas áreas centrais das cidades. Os agregados familiares nesta freguesia também diminuíram entre 2011 e 2021, tendo passado de 6 394 para 6 320 pessoas a residirem num alojamento familiar – diminuíram os agregados com 1, 3, 4 e 5 pessoas e apenas aumentou o agregado com 2 pessoas.

Nesta freguesia, o grupo etário que conta com mais população é o grupo da população em idade ativa (25-64 anos) com 7 497 habitantes, seguido do grupo da população idosa (65 e mais anos) com 3 552 habitantes. O grupo etário dos 0-14 anos é o que apresenta menos população com 1 350 habitantes, seguido do grupo etário dos 15-24 anos que possui 1 481 habitantes.

Relativamente à natalidade, de acordo com os censos, em 2022, nasceram 116 crianças segundo o local de residência da mãe, neste caso, na União das Freguesias de Coimbra. Pelo contrário, faleceram 178 indivíduos nesta freguesia, o que significa um saldo natural negativo.

Embora o grupo de população idosa não seja o que possua mais população, o índice de envelhecimento desta freguesia é de 263,11 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com idade compreendidas entre os 0-14 anos, um dos valores mais altos do município, sendo a população feminina (347,52) mais envelhecida que a população masculina (186,12). Comparando com as três freguesias em estudo, a UF de Coimbra é a segunda com o valor mais alto, mas em relação às restantes freguesias do concelho, é a sexta freguesia com o valor mais alto.

Gráfico 1. Índice de Envelhecimento das Freguesias de Coimbra (2022)



Fonte. INE

Contudo, uma vez que a freguesia é composta, maioritariamente, por população em idade ativa, o índice de dependência de idosos é de 39,56 idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa (15-64 anos) – a sexta freguesia com o valor mais baixo em comparação com as restantes do concelho, o que significa que existem menos idosos que indivíduos em idade ativa.

Quanto ao índice de longevidade, a União das Freguesias de Coimbra conta com 54,36 idosos com 75 e mais anos de idade por cada 100 pessoas com 65 e mais anos – esta freguesia possui o valor mais alto em relação às restantes freguesias do município, o que demonstra que esta é uma população bastante envelhecida.

Relativamente à educação, esta freguesia conta com uma taxa de analfabetismo de 1,80%, sendo uma das mais baixas do município - as mulheres possuem uma taxa de analfabetismo superior à dos homens, 2,44% e 1,06%, respetivamente. Quanto ao indicador referente à proporção da população residente com pelo menos o ensino secundário completo, esta é a segunda freguesia com o valor mais alto com 66,57% e, neste caso, as mulheres apresentam uma percentagem mais elevada que os homens, 66,95% e 66,12%, respetivamente.

No que se refere ao setor da saúde, os habitantes da UF de Coimbra podem dirigir-se ao Centro de Saúde de Fernão de Magalhães, ao Centro de Saúde de Celas e ao Centro de Saúde de Norton de Matos, que incluem, a nível de cuidados de saúde, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Cuidados na Comunidade e a Unidade Saúde Familiar. Quanto às

Farmácias, a população que reside nesta freguesia tem a possibilidade de aceder a várias farmácias, estando estas situadas na Baixa de Coimbra.

A UF de Coimbra abrange a Alta e a Baixa de Coimbra, onde se insere, maioritariamente, o Centro Histórico e, dessa maneira, é uma freguesia que contém vários equipamentos recreativos e culturais, como Museus de vária índole, a Torre de Almedina, Casas de Fado, o Estádio Universitário de Coimbra, o Pavilhão Centro de Portugal. Além destes equipamentos, possui ainda vários equipamentos de serviços sociais, não só de apoio à população idosa como também de apoio a população toxicodependente, como: Associação das Cozinhas Económicas Rainha Santa Isabel – ACERSI, Associação Nacional de Apoio ao Idoso – ANAI, Fundação Sophia, Ateneu, Centro Social e Paroquial da Sé Velha, Associação Integrar, Cáritas Diocesana.

É, então, importante que haja boa acessibilidade a qualquer serviço disponibilizado nesta freguesia e, por isso, em termos de transportes públicos, a UFC encontra-se bastante servida a nível dos SMTUC, de forma a auxiliar a população residente, sobretudo, a população idosa, com a implementação dos “Pantufinhas” - mini-autocarros que fazem o percurso pelas ruas estreitas da Alta e da Baixa de Coimbra, de forma a auxiliar a mobilidade desta população. Além deste serviço disponibilizado, também possui uma estação de Comboios, designada Estação Nova ou Coimbra-A, servindo de ligação até à estação de Coimbra-B e, posteriormente, de ligação aos restantes territórios já referidos.

Relativamente à quantidade de serviços existentes nesta freguesia (mercearias, supermercados, padarias/pastelarias, comércio), a população que aqui habita encontra-se servida por uma grande quantidade e diversidade destes, estando a sua maioria situada na Baixa de Coimbra e em Celas.

A União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades é constituída por uma agregação da Freguesia de Eiras e da Freguesia de São Paulo de Frades, estando a sua sede situada em Eiras. Segundo os censos de 2021, esta freguesia conta com 17 574 habitantes e uma área territorial de 24,78 km², possuindo uma densidade populacional de 709,20 hab./km². Entre os anos de 2011 e 2021, esta freguesia perdeu 397 habitantes. Nesta freguesia, os agregados familiares aumentaram de 7 226 pessoas a residir num alojamento familiar para 7 531 pessoas – aumentaram os agregados compostos por 1 e 2 pessoas, geralmente mais jovens, e diminuíram os agregados compostos por 3,4 e 5 ou mais pessoas, talvez explicado pelo facto de os jovens terem cada vez mais interesse em sair de casa e irem viver sozinhos ou com os seus companheiros.

O grupo etário que possui mais população é o grupo etário da população em idade ativa (25-64 anos) que conta com 9 599 habitantes, seguido do grupo etário da população idosa (65 e mais anos) com 3 903 habitantes, do grupo dos 0-14 anos com 2 216 habitantes e, por fim, do grupo dos 15-24 anos com 1 856 habitantes.

No que toca à natalidade, a União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, em 2022, foi a segunda freguesia do concelho com mais nascimentos segundo o local de residência da mãe, com 140 nascimentos. Pelo contrário, faleceram nesta freguesia 161 cidadãos, o que perfaz um saldo natural negativo, sendo esta a quarta freguesia com mais óbitos.

Relativamente ao índice de envelhecimento, esta freguesia conta com 176,13 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas com idade compreendidas entre os 0-14 anos, sendo este valor o segundo mais baixo do município. Neste local, a população feminina prevalece em relação à população masculina sendo o índice de envelhecimento mais elevado nas mulheres do que nos homens, 216,41 e 139,98, respetivamente. Uma vez que predomina em maior número a população em idade ativa, o índice de dependência de idosos é de 34,07 residentes por 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos), sendo este o valor mais baixo do município.

Em relação ao índice de longevidade, a União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades possui um valor de 44,84 idosos com 75 e mais anos de idade por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, sendo esta freguesia uma das que possui o valor mais baixo em relação às restantes freguesias do município, o que demonstra que esta população não é muito envelhecida. Este índice é mais elevado nas mulheres (46,03) do que nos homens (43,18).

Quanto ao setor da educação, a taxa de analfabetismo desta freguesia é de 1,63%, a quarta freguesia do município com o valor mais baixo, sendo esta mais elevada na população feminina (2,38%) do que na população masculina (0,74%). No que se refere à proporção da população residente com pelo menos o ensino secundário completo, esta freguesia é uma das que tem o valor mais alto do município com 54,85%, estando as mulheres com maior percentagem que os homens, 55,93% e 53,53%, respetivamente.

No que diz respeito ao setor da saúde, a União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades possui um Centro de Saúde, situado em Eiras. Este Centro de Saúde inclui a Unidade de Saúde Familiar Topázio, através da prestação de cuidados de saúde à população inscrita na área geográfica e, inclui ainda, a Unidade De Cuidados na Comunidade Coimbra Saúde que consiste na prestação de

“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e, atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (UCC Coimbra Saúde, s.d). Em termos de Farmácias, esta Freguesia possui cerca de 5 Farmácias, situadas em Eiras, Lordemão, Santa Apolónia, Monte Formoso e Bairro de São Miguel.

Em termos de Associações e equipamentos culturais e recreativos, a UF de Eiras e São Paulo de Frades detém vários, sendo alguns: Agrupamentos de Escuteiros, várias Associações de Moradores das várias localidades da freguesia, Associação Social, Cultural e Recreativa de São Paulo de Frades (IPSS), Associação de Solidariedade Social Sol Eiras (IPSS), Associação "O Ninho da Mariazinha" (instituição de solidariedade social sem fins lucrativos), Centro Cultural infantil "O Paraíso da Criança", Centro Social S. Pedro (creche e IPSS), Clube de Veteranos de Atletismo de Coimbra, Clube Recreativo Eirense.

Por esta ser uma freguesia periurbana, existe muita população que escolhe este local para habitar, a fim de escapar à agitação do centro da cidade, mas continuando com proximidade a este. Desta maneira, em termos de mobilidade e transportes, os Serviços Municipalizados de Transportes Urbanos de Coimbra (SMTUC), expandem-se até a esta freguesia, abrangendo várias localidades desta, inclusive as que se encontram mais afastadas e isoladas do centro da freguesia. O serviço de autocarros Transdev também serve a freguesia, contudo, serve apenas como passagem para o centro da cidade, tendo paragens nas limitações da freguesia. O transporte ferroviário passa, igualmente, por esta freguesia, estando a sua paragem em Coimbra-B e é servida pelos Comboios Urbanos de Coimbra, Alfa Pendular, Intercidades, Regional e InterRegional, sendo interface da Linha do Norte. Na estação de Coimbra-B encontra-se uma Praça de Táxis, de modo a facilitar as deslocações e incentivar o transporte intermodal.

Relativamente à quantidade de serviços existentes, a União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades detém um enorme conjunto de serviços: serviços industriais, serviços terceirizados, serviço hospitalar privado, serviços de manutenção e serviços escolares, estando a sua maioria concentrada em Eiras e na Pedrulha.

A União de Freguesias de Souselas e Botão resultou de uma agregação das antigas freguesias de Souselas e Botão, estando a sua sede em Souselas. Esta freguesia localiza-se na extremidade mais a Norte do concelho e dispõe de uma área territorial de 33,01 km².

De acordo com os censos de 2021, esta freguesia possui 4 188 habitantes, contando com uma densidade populacional de 126,87 hab/ km². Entre os anos de 2011 e 2021, esta freguesia perdeu 492 habitantes. Aqui, os agregados familiares diminuíram, passando de 1 681 pessoas a residirem num alojamento familiar, para 1 612 pessoas – aumentaram os agregados compostos por 1 e 2 pessoas e diminuíram os agregados compostos por 2,3,4 e 5 pessoas ou mais.

O grupo etário que possui mais população é o grupo da população em idade ativa (25-64 anos) com 2 087 habitantes, seguido do grupo de população idosa com 1 210 habitantes. O grupo dos 0-14 anos e o grupo dos 15-24 anos contam com poucos cidadãos, 451 e 440, respetivamente.

No que toca à natalidade, em 2022, a União de Freguesias de Souselas e Botão contou, apenas, com 23 nascimentos, contudo não é dos valores mais baixos do município. Pelo contrário, nesta freguesia, faleceram 53 habitantes, o que faz um saldo natural negativo.

Quanto ao índice de envelhecimento, existem 268,29 idosos por cada 100 pessoas com idades compreendidas entre os 0-14 anos, sendo esta a quarta freguesia do município com o valor mais alto. Nesta freguesia, a população feminina apresenta-se em maior número que os homens, sendo o índice desta população superior (324,29) ao dos homens (219,5). Sendo uma freguesia com muitos idosos, o índice de dependência de idosos é de 47,88 idosos por 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos) – um dos valores mais altos do município.

Em relação ao índice de longevidade, a União de Freguesias de Souselas e Botão possui 49,01 idosos com 75 e mais anos de idade por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, sendo a sexta freguesia com o valor mais alto do município, mostrando assim que esta é uma freguesia bastante envelhecida. A população feminina conta com um índice de longevidade maior que a população masculina, 50,07 e 47,64, respetivamente.

No que diz respeito ao setor da educação, a taxa de analfabetismo nesta freguesia é de 3,53%, sendo uma das mais elevadas do município. As mulheres possuem um valor bastante significativo em relação aos homens, com uma taxa de 5,05%, sendo a dos homens apenas de 1,80%. Relativamente à proporção da população residente com pelo menos o ensino secundário completo,

esta é a segunda freguesia do município com a percentagem mais baixa (35,28%), estando as mulheres representadas em maior número que os homens com 37,55% e 32,63%, respetivamente.

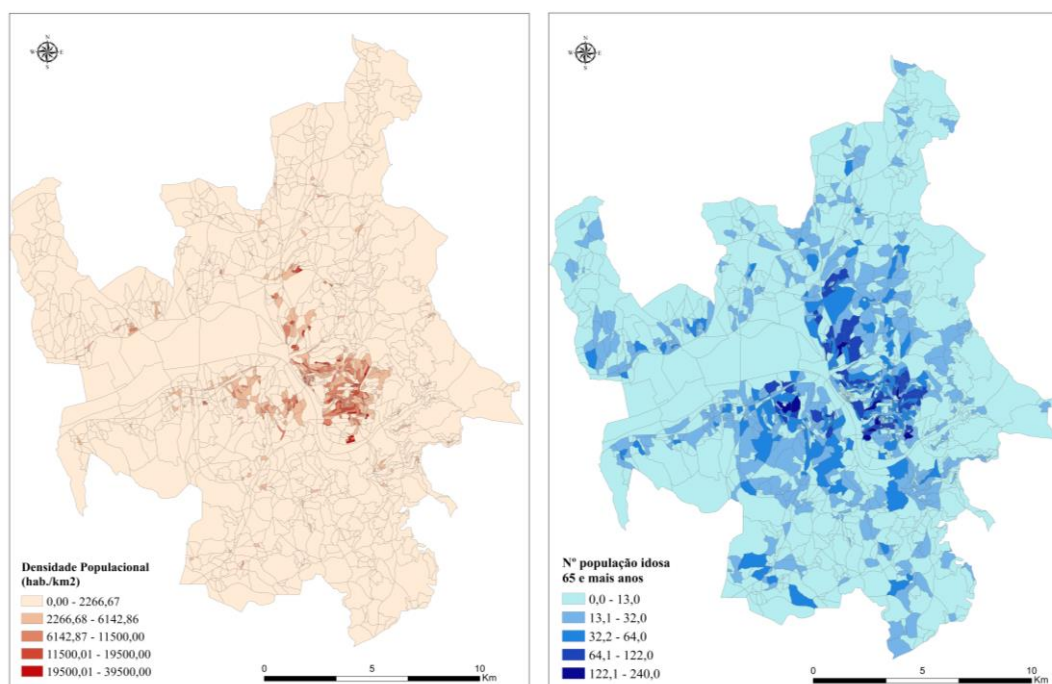
Quanto ao setor da saúde, a União de Freguesias de Souselas e Botão possui uma Extensão de Saúde, pertencente ao Centro de Saúde de Eiras. Em termos de Farmácias, esta freguesia possui apenas uma Farmácia, situada em Souselas.

Em termos de equipamentos recreativos, sociais e culturais, a UF de Souselas e Botão possui um Centro de Apoio Social de Souselas (IPSS), Centro Social, Cultural e Recreativo de Botão (IPSS), Lar Eterno Paraíso (IPSS), Associação Desportiva de Souselas, Centro Cultural de Sargento-Mor, Centro Cultural de São Martinho do Pinheiro.

A União de Freguesias de Souselas e Botão, apesar de ser considerada uma freguesia rural, é um território caracterizado pela sua indústria, sendo que atualmente apenas se encontra em atividade a CIMPOR, uma indústria de produção e comercialização de cimento, líder em Portugal. Em termos de serviços, esta freguesia conta com muito poucos serviços de comércio e de cuidados de saúde, estando estes localizados, apenas, no centro de Souselas. No centro do Botão, existe somente uma mercearia e um café. Ainda assim, em termos de transportes públicos, esta freguesia é servida pelos SMTUC, pela Transdev e pelo Comboio Regional e InterRegional que serve de interface da Linha do Norte.

O mapa da figura 11 faz referência à densidade populacional e ao número de população idosa por subsecção estatística do concelho de Coimbra. É visível que existe maior densidade populacional nas áreas urbanas, neste caso na União das Freguesias de Coimbra e em Santo António dos Olivais, e nas suas áreas circundantes. Já a população idosa, algo já constatado anteriormente, está a concentrar-se em maior número nas áreas urbanas e periurbanas da cidade, mais propriamente nas áreas circundantes à União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, à União das Freguesias de Trouxemil e Torre de Vilela, à União das Freguesias de São Martinho do Bispo e Ribeira de Frades e à União das Freguesias de Santa Clara e Castelo Viegas. Contudo, é visível em alguns lugares pertencentes a freguesias rurais, alguma população idosa, como é o caso da União das Freguesias de São Martinho de Árvore e Lamarosa e Cernache.

Figura 11. Mapa da Densidade Populacional e do número de população com 65 ou mais anos, por subsecção estatística, segundo os censos de 2021



Fonte. Elaboração própria a partir de dados do INE, 2023

4.2 Amostra

O grupo etário da população idosa (65 ou mais anos) foi o escolhido para desenvolver este estudo. A escolha deste grupo esteve relacionada, sobretudo, pelo interesse em analisar as implicações do meio envolvente numa população mais vulnerável, com maior necessidade de apoio e mais suscetível a riscos de saúde/segurança, pois tal como já analisado, estas populações prezam, cada vez mais, a sua habitação e o espaço envolvente a esta. Assim, uma vez que o inquérito incidiu na população idosa, este foi realizado presencialmente, permitindo assim obter uma maior perceção do espaço público envolvente, obter respostas mais fidedignas dos inquiridos e estar em contacto com o indivíduo, transmitindo-lhe assim uma maior segurança.

No total, foram realizados 197 inquéritos que decorreram entre os dias 29 de maio e 18 de agosto de 2023. Sendo a população idosa mais vulnerável e, portanto, mais suscetível a riscos variados que originam maior retração no contacto com pessoas externas às suas rotinas diárias, a tarefa de recolha de dados revelou dificuldades acrescidas, tornando-se complicado realizar inquéritos porta-a-porta. Por essa razão e por forma a conseguir uma amostra considerável e garantir uma maior segurança e fiabilidade à população, foi importante articular com os Presidentes das Juntas de Freguesia em estudo, bem como IPSS's locais que possuem Centro de Dia e Apoio

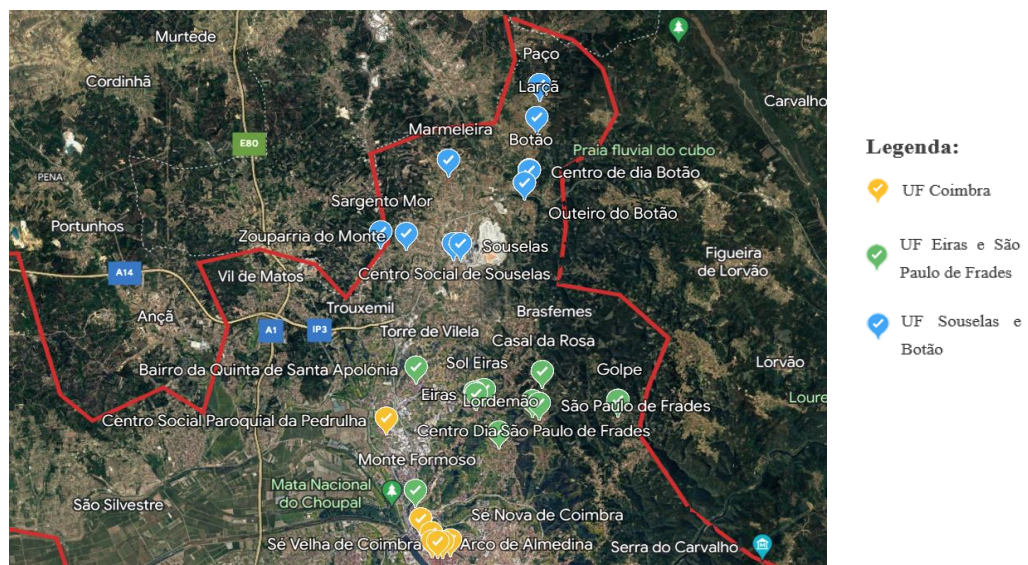
Domiciliário, com o objetivo de conseguir autorização e apoio na realização dos inquéritos nestas instituições. 85% dos inquéritos foram realizados nas IPSS's, estando sempre acompanhada pelas Técnicas de Serviço Social e, os restantes 15% foram realizados sozinha, junto da comunidade em determinados espaços das freguesias como cafés, praças e vias públicas.

Assim, na União das Freguesias de Coimbra, foram realizados 56 inquéritos nas seguintes instituições: Associação das Cozinhas Económicas Rainha Santa Isabel – ACERSI, na Associação Nacional de Apoio ao Idoso – ANAI, no Centro Social e Paroquial da Pedrulha, mais precisamente no Centro de Dia e no Centro Social e Paroquial da Sé Velha, no ATLAS e no Ateneu, através do Apoio Domiciliário.

Na União de Freguesias de Souselas e Botão, foram realizados 80 inquéritos nas seguintes instituições: Centro de Apoio Social de Souselas (CASS), no Centro Social, Cultural e Recreativo de Botão e nos respetivos Apoios Domiciliários.

Na União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, foram realizados 61 inquéritos no Centro de Dia – Associação Social, Cultural e Recreativa de São Paulo de Frades, no Centro de Dia Sol Eiras e nos respetivos Apoios Domiciliários e junto da comunidade, em determinados locais da freguesia.

Figura 12. Locais e Localidades das freguesias em estudo onde foi aplicado o inquérito



Fonte: Google Earth, 2023

Para determinar o tamanho adequado da amostra, foi utilizada uma fórmula geral que depende da população-alvo, em que o nível de confiança era de 95%, a margem de erro era de 5%, a proporção

da população era de 50% e o tamanho da população dependia do número de população idosa que cada freguesia possui. Desta maneira, para que a amostra fosse representativa da população em estudo, na União das Freguesias de Coimbra deviam ter sido inquiridos 347 indivíduos, na União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades 350 indivíduos e na União de Freguesias de Souselas e Botão 292 indivíduos. Todavia, ainda que a população inquirida nas IPSS's tenha aderido ao estudo por ser sentir segura, houve pessoas da comunidade que optaram por não responder, condicionando assim o estudo. Temos consciência de que esta amostra é bastante reduzida para o que seria desejável, o que pode condicionar as análises e a sua interpretação e generalização.

4.3 Elaboração dos inquéritos

4.3.1 Estrutura do questionário

A metodologia a utilizar neste estudo foi através da realização de inquérito por questionário à população idosa, tendo este sido composto por questões abertas e fechadas.

Os questionários permitiram identificar as características sociodemográficas da população, nomeadamente e no respeitante à sua perceção sobre:

- a área residencial (ambiente físico e social);
- a segurança (segurança rodoviária, segurança pública e segurança pessoal), tendo sido dado um especial enfoque a esta premissa por ser um dos fatores identificadores e apontados no âmbito do bem-estar da população;
- a saúde física e mental.

Desta maneira, o questionário encontrava-se dividido por seis secções, em que cada uma delas abordava uma dimensão diferente. Uma vez que o foco deste trabalho é a saúde mental, foi necessário dar mais atenção a estas questões, a fim de se analisar de forma mais detalhada esta problemática.

A primeira secção fazia referência aos **dados sociodemográficos**:

Tabela 4. Perguntas do inquérito relativas a dados sociodemográficos.

Perguntas	Respostas possíveis
Género	Masculino Feminino

	Outro
Idade	65-69 anos 70-74 anos 75-79 anos 80 e mais anos
Estado civil	Casado(a)/União de facto Solteiro(a) Separado(a)/Divorciado(a) Viúvo(a)
Nível de escolaridade	Não sabe ler nem escrever 1º ciclo do EB (1º- 4ºanos) 2º ciclo do EB (até ao 9ºano ou curso técnico) Ensino Secundário (10º - 12ºanos) Licenciatura Mestrado/Doutoramento
Situação profissional	Empregado Desempregado Reformado Pensionista por incapacidade/invalidéz
Emprego	Resposta livre

Fonte: elaboração própria.

A segunda secção fazia referência à **situação familiar** dos inquiridos:

Tabela 5. Perguntas do inquérito relativas à situação familiar

Perguntas	Respostas possíveis
Além de si, quantas pessoas vivem na sua residência?	0;1;2;3;4;5 ou mais pessoas
Tem familiares a viver perto da sua casa?	Sim Não
A quem recorre numa situação de emergência?	Vizinho/a Amigo/a Familiar Outro
Como considera a sua situação financeira no fim do mês:	Não chega para as necessidades É mesmo à justa Sobra algum dinheiro

Fonte: elaboração própria.

A terceira secção fazia referência à **perceção do local de residência** dos inquiridos, de forma a abordar as características do ambiente residencial já mencionadas anteriormente:

Tabela 6. Perguntas do inquérito relativas à perceção do local de residência

Perguntas	Respostas possíveis
Em que tipo de alojamento reside?	Quarto Apartamento Moradia ou vivenda
A sua habitação dispõe de algum espaço exterior?	Quintal Jardim Pátio ou varanda Nenhum
Gosta de viver na sua área de residência?	Bastante Pouco Nada
Se pudesse, trocava de área de residência?	Sim Não
De forma a justificar a questão anterior, avalie as seguintes afirmações: - A sua área de residência tem espaços verdes. - Existem equipamentos recreativos e culturais na sua área de residência. - Existem sinais de vandalismo (mobiliário destruído, pichagem) na sua área de residência. - Existem serviços (mercearias, padarias/pastelarias) na sua área de residência. - Existem cuidados de saúde de proximidade (farmácias, centros de saúde). - A sua área de residência é servida por transportes públicos.	Bastante(s) Alguns(ns) Pouco(s) Nenhum(ns)
Quando precisa de ir aos serviços/cuidados de saúde, vai...	A pé De transporte público De carro De bicicleta Outro
Atente às seguintes questões relativas à sua área de residência e vizinhança: - A sua área de residência é sossegada/tranquila? - A sua área de residência é limpa? - A sua vizinhança é calma/pacífica? - Existe entreajuda na sua vizinhança? - Os seus vizinhos são pessoas confiáveis?	Bastante Pouco Nada

Fonte: elaboração própria.

A quarta secção fazia referência à **percepção da segurança no local de residência:**

Tabela 7. Perguntas do inquérito relativas à percepção da segurança no local de residência

Perguntas	Respostas possíveis
Como considera o seu local de residência?	Muito seguro Seguro Pouco seguro Inseguro Muito inseguro
Avalie as seguintes afirmações relativas à segurança rodoviária na sua área de residência: - Existem passeios à volta da sua habitação. - Existem passadeiras à volta da sua habitação. - Existe trânsito na sua área de residência.	Bastante(s) Algum(ns) Pouco(s) Nenhum(ns)
É fácil caminhar na sua área de residência? (Qualidade dos passeios, existência de corrimão, rampas de acesso)	Sim Não
Se respondeu "Não" na resposta anterior, mencione o motivo.	Não respondi "Não" na pergunta anterior Os passeios não se encontram em bom estado. Os passeios não são suficientemente largos para cadeiras de rodas. Há carros estacionados no passeio. Não existem rampas de acesso aos serviços. Não existem corrimões nas escadas. As passadeiras não têm sinais visuais. O tempo para atravessar as passadeiras é muito pouco.
Atente às seguintes questões: - A sua área de residência tem segurança pública durante o dia? - Sente-se seguro(a) a sair de dia na sua área de residência? - Sente-se seguro(a) a sair de noite na sua área de residência? - A sua área de residência tem boa iluminação pública? - Existem pessoas problemáticas na sua área de residência? - Já se sentiu incomodado(a) na sua área de residência?	Outro Sim Não Mais ou menos

Fonte: elaboração própria.

A quinta secção fazia referência à **percepção da saúde física dos indivíduos**, sendo importante referir que a primeira pergunta se encontra inserida no Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) (OMS):

Tabela 8. Perguntas do inquérito relativas à saúde física dos inquiridos

Perguntas	Respostas possíveis
Como considera o seu estado de saúde (geral)?	Muito mau Mau Razoável Bom Muito bom
Consegue realizar as suas tarefas diárias sem precisar da ajuda de terceiros?	Sim, consigo fazer tudo Sim, mas com algumas dificuldades Não, necessito de ajuda
Considera que caminha:	Sem dificuldade Com baixa dificuldade Com média dificuldade Com elevada dificuldade Não caminha
Pratica alguma atividade física?	Sim Não
Se respondeu “Sim” na questão anterior, indique qual(is)?	Resposta livre

Fonte: elaboração própria.

A sexta secção fazia referência à **saúde mental**. De modo a avaliar a qualidade de vida da população, foram abordadas algumas questões inseridas no questionário SF-36, na dimensão da saúde mental. Neste estudo, não foi utilizado o questionário na sua totalidade (SF-36v2), em virtude de ser muito extenso, contendo 36 perguntas com oito dimensões (função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade) (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012) e o tempo de resposta era bastante limitado.

Foi ainda importante compreender como e de que maneira o ambiente residencial afeta o bem-estar mental dos inquiridos e o que acham necessário modificar para melhorar o seu local de residência (tabela 10).

Tabela 9. Perguntas do inquérito relativas à saúde mental dos inquiridos

Perguntas	Respostas possíveis
Nas últimas semanas, quanto tempo se sentiu?	Sempre
- Cheio de vitalidade	Maior parte do tempo
- Muito nervoso	Algum tempo
- Deprimido	Pouco tempo
- Cansado	Nunca
- Feliz	
- Irritado	
- Solitário/Sozinho	

Fonte: elaboração própria.

Tabela 10. Perguntas do inquérito relativas à percepção dos inquiridos sobre a maneira como o seu ambiente residencial afeta o seu bem-estar psicológico

Perguntas	Respostas possíveis
Considera que o local onde habita interfere com o seu bem-estar psicológico...	Muito positivamente
	Positivamente
	Nem muito nem pouco
	Negativamente
	Muito negativamente
Porquê?	Resposta livre
O que considera necessário para melhorar a sua área de residência e/ou vizinhança?	Resposta livre

Fonte: elaboração própria.

4.3.2 Variáveis de análise

A variável de análise de estudo é a saúde mental. Para caracterizar a saúde mental e o estado de vitalidade dos indivíduos foi utilizada a escala de saúde mental presente no SF-36v2. As respostas registadas sobre a saúde mental, são analisadas segundo uma escala de 1 a 5, em concordância com cada um dos 7 tópicos (tabela 9). Posteriormente, obtém-se a média das respostas que é depois transformada num *score* entre 0 e 100 valores. Os valores abaixo ou igual a 50 (≤ 50) mostram que o indivíduo possui uma Má Saúde Mental e os valores acima de 50 mostram que o indivíduo possui uma Boa Saúde Mental (> 50) (Ware et al., 1993 cit. Loureiro et al., 2015).

4.3.3 Variáveis explicativas

Percepção de segurança (security) – Com base no conjunto de perguntas que fazem referência à segurança pública no ambiente residencial (tabela 7), em cada resposta “Sim” foi atribuído o valor 1, em cada resposta “Não” foi atribuído o valor 0 e em cada resposta “Mais ou Menos” foi atribuído o valor 0,5 - à exceção das perguntas 5 e 6, em que ao “Sim” é atribuído o valor 0 e ao “Não” o valor 1. Posteriormente, originou-se um somatório de todas as variáveis e dividiu-se o valor total pelo número de variáveis analisadas, tendo resultado num *score* de 0 e 1 (0 considera-se que o local não possui segurança pública e 1 considera-se que é um local com segurança).

Percepção de segurança (safety) – Em relação às perguntas sobre a segurança pessoal no ambiente residencial (tabela 7), os inquiridos responderam entre “Muito Inseguro” a “Muito Seguro”, tendo sido classificado numa escala entre 0 e 4, respetivamente.

No que diz respeito às questões sobre a segurança rodoviária (tabela 7), em cada resposta “Bastante” foi atribuído o valor 3, em cada resposta “Algum” foi atribuído o valor 2, em cada resposta “Pouco” foi atribuído o valor 1 e, em cada resposta “Nenhum” foi atribuído o valor “0” - à exceção da pergunta 3, em que o “Nenhum” representa o valor 3 e o “Bastante” representa o valor 0. De seguida, realizou-se o somatório dos três indicadores e, posteriormente, originou-se um *score* entre 0 e 2 (em que 0 significa pouca segurança e 2 muita segurança). Quando questionados sobre a acessibilidade e a qualidade das vias, em cada resposta “Sim” foi atribuído o valor 1 e em cada resposta “Não” foi atribuído o valor 0. Os inquiridos que responderam “Não” na questão anterior, foram deparados com um conjunto de afirmações de forma a justificar o problema existente, não sendo necessário codificá-las.

Localização: As freguesias foram classificadas numa escala de 0,1 e 2, em que 0 representa a freguesia urbana, neste caso, a União de Freguesias de Coimbra, 1 representa a freguesia periurbana, a União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e, 2 representa a freguesia rural, a União das Freguesias de Souselas e Botão.

Percepção do ambiente residencial:

- Global = O *score* global é obtido através da média ponderada do *score* do ambiente físico e de serviços e do ambiente social, tendo esta um valor de 2,75.

– Ambiente físico e de serviços

Em relação às questões sobre a Habitação: o alojamento em que o indivíduo reside foi classificado em 3 categorias: “Quarto” é atribuído o valor 0, “Apartamento” o valor 1 e “Moradia ou vivenda” o valor 2. Em termos de espaço exterior na habitação, caso a sua habitação não disponha de nenhum espaço exterior é classificado como 0, caso disponha de um pátio ou uma varanda é classificado como 1, caso disponha de quintal ou jardim é classificado como 2.

Quando questionados sobre a pergunta “Gosta de viver na sua área de residência?”, os participantes responderam entre “Bastante”, “Pouco” ou “Nada, sendo cada resposta classificada com o valor 2,1 e 0, respetivamente. As respostas dos participantes que responderam que gostariam de trocar de local de residência, é atribuído o valor “0” e os que responderam “Não”, é atribuído o valor 1.

Relativamente ao conjunto de afirmações da pergunta 5 na tabela 6, foram abordadas questões de ambiente físico (espaços verdes, vandalismo) e de serviços (mercearias, pastelarias, farmácias, centros de saúde, transportes públicos). Assim, os participantes tiveram que responder entre “Bastante”, “Alguns”, “Pouco” ou “Nenhum”, correspondendo a uma escala de 3, 2, 1 e 0, respetivamente - à exceção da afirmação 3, em que “Nenhum” representa o valor 3 e “Bastante” o valor 0. Seguidamente, realizou-se um somatório de todas as variáveis e dividiu-se pelo número total das variáveis que constituem o ambiente físico e de serviços, resultando num *score* de 1 e 2 e numa média de 1,53.

Relativamente à deslocação até aos serviços/cuidados de saúde, às respostas “a pé e bicicleta” atribui-se o valor 0, à resposta “transporte público” o valor 1, à resposta “carro” o valor 2 e à resposta “outro” o valor 3.

– Ambiente social:

Questionados sobre a tranquilidade e a limpeza da sua área de residência e a relação com a sua vizinhança (tabela 6), os inquiridos tiveram a opção de responder entre “Bastante”, “Pouco” ou “Nada”, estando categorizado numa escala de 2,1 e 0, respetivamente. Seguidamente, realizou-se um somatório de todas as variáveis e dividiu-se pelo número total das variáveis que constituem o ambiente social, resultando num *score* de 1 e 2 e numa média de 1,80.

As últimas questões do inquérito (tabela 10), tinham como objetivo entender como os inquiridos se sentem no seu ambiente residencial, tendo sido atribuído o valor 0 (muito negativamente), 1 (negativamente), 2 (nem muito nem pouco), 3 (positivamente) e 4 (muito positivamente).

Posteriormente, os participantes, de forma livre, mencionaram o motivo de se sentirem bem (ou não) na sua residência e o que acham necessário modificar na sua área de residência e/ou vizinhança para tornar o seu local de residência um sítio melhor para viver.

4.3.4 Variáveis de controlo

Variáveis sociodemográficas – Nestas variáveis incluem-se não só os dados sociodemográficos dos participantes (tabela 4), como também a sua situação familiar (tabela 5).

Relativamente aos dados sociodemográficos: ao género feminino é atribuído o valor 1 e ao género masculino o valor 0. Em relação à idade, não sofreu nenhuma categorização, pois os inquiridos tinham à sua disposição 4 faixas etárias. Ao estado civil foram atribuídos os valores 0 (viúvo/a), 1 (separado/a/divorciado/a), 2 (solteiro/a) e 3 (casado/a/união de facto). O nível de escolaridade foi medido em 6 classes e, posteriormente, para análise, foi agregado em 2 categorias: 0 (não sabe ler nem escrever até ao ensino secundário) e 1 (licenciatura e mestrado/doutoramento). A situação profissional está organizada numa escala de 0 (“outro” – muitos inquiridos não se empregaram), 1 (pensionista por incapacidade/invalidéz), 2 (reformado), 3 (desempregado) e 4 (empregado). Em termos de emprego, esta foi de resposta livre, mas a maioria dos participantes respondeu que trabalhou na agricultura (0), nas lides domésticas (1), na indústria (2). Os restantes empregos foram classificados como “outro” (3).

Relativamente à situação familiar: em termos do número de pessoas a viver com o inquirido, não sofreu alteração na categorização, uma vez que já foi medido entre 0 e 5. Questionados sobre a proximidade de familiares a residir perto, o “Sim” corresponde ao valor 1 e o “Não” ao valor “0”. A pergunta sobre a quem o indivíduo recorre numa situação de emergência foi classificada em: 0 (vizinho), 1 (amigo), 2 (familiar) e 3 (Outro). A situação financeira ao final do mês foi agrupada em 3 categorias: 0 (não chega para as necessidades), 1 (é mesmo à justa) e 2 (sobra algum dinheiro).

Variáveis de estado de saúde e de comportamentos em saúde (atividade física) – Nestas variáveis incluem-se as questões relativas à saúde geral dos indivíduos e à sua saúde física (tabela 8).

As respostas registadas sobre o estado de saúde geral, correspondem a uma escala de 1 a 5, sendo 1 considerado “Muito Mau” e 5 “Muito Bom”. De seguida, realiza-se um *score* de 0 a 100, em que

menor ou igual a 50 (≤ 50) significa que o indivíduo possui um estado de Saúde Inferior a Bom e maior que 50 (> 50), significa um estado de Saúde Bom (Ware et al., 1993).

No que se refere à realização das suas tarefas diárias sem necessitarem de ajuda de terceiros, as respostas foram agrupadas numa escala de 0 (necessita de ajuda), 1 (sim, mas com dificuldades) e 2 (consegue fazer tudo). Relativamente à mobilidade dos inquiridos, as respostas foram agrupadas em 4 categorias: 0 (não caminha), 1 (caminha com elevada dificuldade), 2, (caminha com média dificuldade), 3 (caminha com baixa dificuldade) e 4 (caminha sem dificuldade). Em termos de atividade física, os indivíduos responderam “Sim” (1) e “Não” (0).

4.4 Análise dos inquéritos

A análise dos inquéritos foi realizada através de testes do qui-quadrado, no Programa R, usando o interface RStudio. Foi elaborada uma tabela em Excel, onde foram inseridas e codificadas as variáveis em estudo e o *score* de saúde mental. Posteriormente, inseriu-se essa tabela no Programa R. Recorreu-se à função `chisq.test` para determinar a existência (ou não) de relações bivariadas significativas. Foi considerado um valor limite do p-value igual a 0,05 (grau de confiança 95%) – se o p-value fosse menor ou igual a 0,05 então existiria relação estatisticamente significativa entre as variáveis, caso contrário seria de descartar essa associação.

Cap. 5. Resultados

5.1 Caracterização da amostra

O inquérito foi aplicado a 197 indivíduos, dos quais 71% são mulheres e 29% são homens. Sendo esta uma amostra de população idosa, os participantes tinham idades compreendidas entre os 65 e os 80 e mais anos. A faixa etária dos 80 e mais anos foi aquela que teve mais inquiridos (60%), o que se deve sobretudo à metodologia de amostragem, em particular ao facto de se recorrer a instituições locais. Quase metade dos indivíduos são viúvos (49%) e mais de metade (72,6%) tem apenas o 1º ciclo de escolaridade completo.

Em termos de condição profissional, 84% dos inquiridos encontram-se reformados, mas 6% nunca se empregaram, estando a maior percentagem presente na UF de Souselas e Botão, a freguesia rural. As profissões antes exercidas pelos inquiridos que foram mais vezes mencionadas, estão ligadas à indústria (21,3%), à agricultura (16,2%) e às lides domésticas (13,7%), sendo importante realçar que a opção “Outro” inclui profissões como: “cozinheiro”, “professor”, “costureiro”, “comerciante”, “GNR”, “guarda prisional”, entre outras mais.

No que toca à situação familiar, quase 45% dos inquiridos vivem sozinhos. Contudo, mais de metade têm familiares a viver perto (79,2%) e, por isso, em situação de emergência cerca de 80% dos inquiridos recorre a um familiar. A nível financeiro, 48% dos inquiridos afirmam que, apesar das despesas que têm, sobra-lhes algum dinheiro no final do mês, mas 49% afirmam que o que recebem é mesmo à justa para satisfazer as suas necessidades.

Tabela 11. Caracterização da amostra

Variáveis	Categorias	Total	UF de Coimbra	UF de Eiras e São Paulo de Frades	UF de Souselas e Botão
Género	Feminino	140 (71,1%)	42 (75%)	43 (70,5%)	55 (68,7%)
	Masculino	57 (28,9%)	14 (25%)	18 (29,5%)	25 (31,3%)
Idade	65-69 anos	20 (10,2%)	8 (14,3%)	8 (13,1%)	4 (5%)
	70-74 anos	26 (13,2%)	7 (12,5%)	13 (21,3%)	6 (7,5%)
	75-79 anos	32 (16,2%)	12 (21,4%)	7 (11,5%)	13 (16,25%)
	80 e mais anos	119 (60,4%)	29 (51,8%)	33 (54,1%)	57 (71,25%)
Estado civil	Casado(a)/ União de facto	69 (35%)	14 (25%)	22 (36,1%)	33 (41,25%)
	Solteiro(a)	15 (7,6%)	7 (12,5%)	0	6 (7,5%)

	Separado(a)/ Divorciado(a)	16 (8,1%)	9 (16,1%)	3 (4,9%)	6 (7,5%)
	Viúvo(a)	97 (49,2%)	26 (46,4%)	36 (59%)	35 (43,75%)
Nível de escolaridade	Não sabe ler nem escrever	28 (14,1%)	6 (10,7%)	6 (9,8%)	16 (20%)
	1º ciclo do EB (1º - 4º anos)	143 (72,6%)	36 (64,3%)	47 (77%)	60 (75%)
	2º ciclo do EB (até 9º ano ou curso técnico)	8 (4,1%)	3 (5,4%)	3 (4,9%)	2 (2,5%)
	Ensino secundário (10º - 12º anos)	11 (5,6%)	6 (10,7%)	4 (6,6%)	1 (1,25%)
	Licenciatura	2 (1%)	2 (3,5%)	0	0
	Mestrado/ Doutoramento	5 (2,5%)	3 (5,4%)	1 (1,6%)	1 (1,25%)
Situação Profissional	Empregado	1 (0,5%)	0	1 (1,6%)	0
	Desempregado	0	0	0	0
	Reformado	166 (84,3%)	47 (83,9%)	56 (91,8%)	63 (78,75%)
	Pensionista por incapacidade/invalidez	18 (9,1%)	6 (10,7%)	3 (4,9%)	9 (11,25%)
	Nunca se empregou	12 (6,1%)	3 (5,4%)	1 (1,6%)	8 (10%)
Emprego	Doméstica	27 (13,7%)	7 (12,5%)	8 (13,1%)	12 (15%)
	Agricultor(a)	32 (16,2%)	3 (5,4%)	9 (14,8%)	20 (25%)
	Operária(o) fabril	42 (21,3%)	14 (25%)	8 (13,1%)	20 (25%)
	Outro	96 (48,7%)	32 (57,1%)	36 (59%)	28 (35%)
Agregado Familiar	0	88 (44,7%)	32 (57,1%)	30 (49,1%)	26 (32,5%)
	1	78 (39,5%)	16 (28,6%)	24 (39,3%)	38 (47,5%)
	2	23 (11,7%)	6 (10,7%)	6 (9,8%)	11 (13,7%)
	3	7 (3,6%)	2 (3,5%)	1 (1,8%)	4 (5%)
	4	1 (0,5%)	0	0	1 (1,2%)
	5 ou mais	0	0	0	0
Familiares próximos	Sim	156 (79,2%)	37 (66,1%)	52 (85,2%)	67 (83,8%)
	Não	41 (20,8%)	19 (33,9%)	9 (14,8%)	13 (16,2%)
Situação emergência	Familiar	157 (79,7%)	37 (66,1%)	51 (83,6%)	69 (86,3%)
	Vizinho	19 (9,6%)	4 (7,1%)	7 (11,5%)	8 (10%)
	Amigo	14 (7,1%)	9 (16,1%)	3 (4,9%)	2 (2,5%)
	Centro de Dia	7 (3,6%)	6 (10,7%)	0	1 (1,2%)
Situação Financeira	Não chega para as necessidades	7 (3,6%)	2 (3,6%)	3 (4,9%)	2 (2,5%)
	É mesmo à justa	94 (47,7%)	25 (44,6%)	21 (34,4%)	48 (60%)
	Sobra algum dinheiro	96 (48,7%)	29 (51,8%)	37 (60,7%)	30 (37,5%)

Fonte. Elaboração própria

5.2 Diferenças entre freguesias

Ao analisarmos as diferenças entre as três freguesias em termos de saúde mental, verificámos que não existe significância estatística entre elas (p-value: 0,9395). Podemos inferir assim que, neste caso, independentemente do contexto ambiental (urbano, periurbano, rural), a boa saúde mental

sobrepõe-se à má saúde mental, em todas as freguesias. A União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades é a freguesia que possui uma maior percentagem de idosos com má saúde mental (16,4%). Por outro lado, a União das Freguesias de Coimbra é aquela que conta com menor percentagem de idosos com má saúde mental (14,3%) e, por sua vez, a que possui maior percentagem de idosos com boa saúde mental (85,7%). A União das Freguesias de Souselas e Botão, possui 83,7% de idosos com boa saúde mental e 16,3% de idosos com má saúde mental, estando estes resultados muito próximos da UF de Eiras e São Paulo de Frades.

Tabela 12. Diferença entre freguesias tendo em conta o score de Saúde Mental

Saúde Mental	UF Coimbra	UF Eiras e São Paulo de Frades	UF Souselas e Botão	P-value
Boa Saúde Mental	48 (85,7%)	51 (83,6%)	67 (83,7%)	0,9395
Má Saúde Mental	8 (14,3%)	10 (16,4%)	13 (16,3%)	

Fonte: elaboração própria.

De forma a compreender quais as variáveis de estudo que interferem na saúde mental da população idosa das três freguesias em estudo, foram realizadas 41 análises entre o *score* da saúde mental e as diversas variáveis presentes no inquérito. Contudo, os resultados por cada freguesia são de difícil generalização e pouco robustos, porque existem muitos casos em que o número de observações é muito reduzido (inferior a cinco), o que pode comprometer a análise.

Importa realçar que não serão analisadas de forma detalhada todas as observações que apresentem diferenças significativas, apenas as mais relevantes para o estudo. Todavia, todas as observações estão expostas na tabela 13, contendo apenas o valor de p-value aquelas que apresentem significância (p-value menor ou igual que 0,05) e as que o p-value for 0,06 (por estar tão perto de 0,05 merecem pelo menos um comentário).

Na **União de Freguesias de Coimbra**, dos 56 entrevistados, 14 são do sexo masculino (14%) e 42 (85%) são do sexo feminino. Destas 42 mulheres, apenas 8 apresentam má saúde mental (14%).

Das análises feitas, verificámos que em 30 observações não existiram diferenças estatísticas entre as variáveis e o *score* da saúde mental (p-value maior que 0,05), como por exemplo, em relação aos dados sociodemográficos, ao agregado familiar, aos familiares a residirem próximos, à situação financeira, ao alojamento, ao espaço exterior, à atividade física, entre outros.

Quando relacionámos a saúde mental com o gosto pela área de residência, verificámos que estatisticamente existe significância entre as variáveis (p-value: 0,00017) - a maioria dos inquiridos que respondeu gostar bastante da sua área de residência é o mesmo que apresenta uma boa saúde mental (82%). Dos 8 indivíduos que possuem uma má saúde mental, 2 deles afirmaram não gostar da sua área de residência (4%), 2 deles afirmaram gostar pouco (4%) e 4 afirmaram gostar bastante (7%). Em conformidade com a análise anterior, quando relacionámos a saúde mental com a vontade de trocar de área de residência, verificámos que existe também significância entre elas (p-value: 0,01678) – 46 inquiridos responderam não querer trocar e apresentam uma boa saúde mental (82%). Dos 8 inquiridos que possuem má saúde mental, apenas 3 afirmam que gostariam de trocar, caso pudessem (5%). Os resultados destas duas análises, permitem-nos inferir que a satisfação pela área de residência contribui, em grande parte, para a promoção de uma boa saúde mental.

No que toca ao ambiente físico e de serviços, quando questionados sobre a deslocação aos serviços, 31 indivíduos responderam que se dirigem a pé (55%), uma vez que muitos deles vivem ou estão perto do centro da cidade, tendo estes uma boa saúde mental. Dos 8 inquiridos com má saúde mental, 6 deles não se dirigem aos serviços (11%), pois são os seus familiares que os auxiliam e se dirigem aos serviços. Esta relação mostra que, estatisticamente, existe significância entre variáveis (p-value: 0,0150), evidenciando que as pessoas que se dirigem aos serviços a pé, apresentam boa saúde mental.

No ambiente social, todas as questões referentes a esta dimensão apresentam uma diferença significativa, uma vez que todas elas apresentam um p-value inferior a 0,05. A variável mais significativa é a que faz referência à tranquilidade da área de residência, tendo um p-value de 0,0008 – 37 inquiridos apresentam boa saúde mental e consideram que o local onde vivem é sossegado (66%). Contudo, no geral, existiram 11 idosos que referiram não ter qualquer tipo de contacto com a sua vizinhança, explicado pelo facto de viverem em apartamentos e muitos dos apartamentos vizinhos são alugados a estudantes universitários. Dessas 11 pessoas, 7 delas apresentam uma boa saúde mental (13%) e as restantes 4, uma má saúde mental (7%). Verificamos assim que, estatisticamente e de forma geral, o ambiente social interfere com a saúde mental.

Na variável referente à mobilidade dos inquiridos, 19 idosos apresentam boa saúde mental e assumem caminhar com média dificuldade (34%), não havendo nenhum inquirido que não consiga caminhar. Contudo, dos inquiridos que possuem má saúde mental, a maioria destes refere caminhar

com elevada dificuldade (11%). Esta relação possui um p-value de 0,0141, o que mostra que a mobilidade pode interferir no estado de saúde mental da população.

A última questão, alusiva ao efeito que o ambiente residencial tem no bem-estar da população, foi a que demonstrou maior significância (p-value: 0,00003) – 45 inquiridos possuem uma boa saúde mental e consideram que o seu local de residência interfere de forma positiva no seu bem-estar (80%). Pelo contrário, das 8 pessoas com má saúde mental, 1 pessoa considera que o seu local de residência interfere de forma bastante negativa no seu bem-estar (2%), 3 pessoas consideram que afeta negativamente (5%) e apenas 2 consideram que interfere positivamente (4%). Muitas das respostas obtidas sobre o motivo de gostarem de residir no centro da cidade, estão relacionadas com o facto de gostarem imenso de viver no centro da cidade, de estarem perto dos serviços, muitas das pessoas sempre viveram naquele local, outras foram para lá estudar e/ou trabalhar e acabaram por ficar, gostam de ir passear à baixa e de conviver com os amigos que cresceram com eles. Já as respostas obtidas sobre o motivo de não gostarem de residir na cidade, estão relacionados com o falecimento do conjugue e por isso sentem que estão desamparados, com o facto de não conhecerem a sua vizinhança (por serem maioritariamente estudantes a residir perto), com o barulho que existe por parte dos estudantes e com o facto de quererem sair para um sítio mais acessível e sossegado.

As sugestões dadas por alguns idosos para melhorar o ambiente residencial, passam pela implementação de farmácias e mercearias, sobretudo nas zonas da Alta de Coimbra, mais policiamento de noite nas ruas da Baixa de Coimbra, de forma a controlar o barulho e a promoção de mais atividades para a população idosa que se sente isolada.

Na **União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades**, foram inquiridos 61 indivíduos, dos quais 18 são do sexo masculino (29,5%) e 43 são do sexo feminino (70,5%). Dos 18 homens, 17 apresentam boa saúde mental (27,9%) e, apenas 1, apresenta má saúde mental (1,6%). Já das 43 mulheres, 34 apresentam boa saúde mental (55,7%) e 9 apresentam má saúde mental (14,8%).

Das análises feitas, verificámos que em 34 observações não existiram diferenças estatísticas entre o *score* da saúde mental e algumas variáveis (p-value maior que 0,05), como por exemplo, em relação aos dados sociodemográficos, à situação familiar, à habitação, a algumas questões de ambiente físico e de serviços, a algumas questões de ambiente social, atividade física, entre outras mais.

Quando relacionámos a saúde mental com a situação financeira verificámos que, estatisticamente, existe significância entre as variáveis (p-value: 0,0159). Mais de metade dos inquiridos possui boa saúde mental e afirma que no final do mês, apesar de todas as despesas que têm, ainda lhes sobra algum dinheiro (57,4%). Dos 10 idosos que possuem má saúde mental, 7 afirmam que o dinheiro que têm é bastante limitado para satisfazer as suas necessidades (11,5%). Esta relação demonstra assim que a situação financeira tem impacto na saúde mental, seja a nível positivo, seja a nível negativo.

No que toca à relação entre a saúde mental e os espaços verdes, constatámos que 43 idosos afirmam que a sua área de residência não possui nenhum espaço verde (jardins e parques) mas possuem boa saúde mental (70,5%). Todavia, estatisticamente, existe significância entre estas variáveis (p-value: 0,0184), talvez explicado pelo facto da maioria dos idosos que possui má saúde mental afirmar não possuir nenhum espaço verde no local onde habita (9,8%). Assim, é possível afirmar que locais de residência que não possuam espaços verdes, podem ser fatores determinantes na saúde mental da população.

Relativamente à análise entre a saúde mental e o meio de transporte utilizado na deslocação até aos serviços, verificámos, tal como na União de Freguesias de Coimbra, que existe uma significância entre variáveis (p-value: 0,0396) – mais de metade dos idosos possuem boa saúde mental e dirigem-se aos serviços a pé (47,5%). Podemos associar esta relação à relação entre a saúde mental e a caminhabilidade dos idosos, uma vez que 21 idosos (34,4%) afirmam caminhar sem dificuldade e apresentam boa saúde mental (p-value: 0,0091). Podemos ainda associar a saúde mental à capacitação dos idosos na realização de tarefas diárias (p-value: 0,0137), pois 27 idosos (44,3%) afirmam conseguir realizar todas as suas tarefas, sem necessitar de ajuda de terceiros e apresentam boa saúde mental, ao contrário da maioria dos idosos com má saúde mental que afirmam necessitar de ajuda (9,8%) Constatamos assim que a independência, a participação ativa e a autonomia têm efeito na saúde mental.

No ambiente social, a variável relativa à entreaajuda na vizinhança, foi a única que demonstrou significância entre variáveis (p-value: 0,0215) – mais de metade dos idosos que possuem boa saúde mental garantiram que existe bastante entreaajuda entre vizinhos (75,4%). Contudo, apesar da maioria dos idosos que possui má saúde mental afirmar que existe bastante entreaajuda (9,8%), os restantes 4 idosos afirmam que existe pouca entreaajuda (6,6%). Isto mostra que, apesar da generalidade dos idosos constatar que existe entreaajuda, as respostas dos restantes estão dispersas, o que significa que a relação com a vizinhança interfere também no bem-estar da população.

Outro fator determinante no bem-estar da população é a segurança. Quando relacionámos a saúde mental com a variável safety, mais propriamente, com a opinião dos inquiridos face à segurança do seu local de residência, verificámos que existe significância entre variáveis (p-value: 0,0979), mostrando que, quem considera o seu local de residência seguro tem, em média, melhor saúde mental. Dos 51 idosos que possuem boa saúde mental, 36 idosos consideraram que o seu local de residência é um local muito seguro (59%) e 10 idosos consideraram ser um local seguro (16,4%).

Nesta freguesia, mais de metade dos idosos consideraram ter uma boa saúde geral e, por conseguinte, uma boa saúde mental (55,7%). Apenas 17 idosos que têm boa saúde mental, consideraram ter uma saúde geral inferior a boa (27,9%). Por outro lado, a generalidade dos idosos que possuem uma má saúde mental, são os mesmos que consideram ter uma saúde geral inferior a boa (13,1%). Estatisticamente, existe uma significância entre as variáveis (p-value; 0,0168), mostrando que, quem apresenta um bom estado de saúde geral, possui, em média, uma boa saúde mental.

No final do inquérito, foi feita uma pergunta aos participantes sobre o motivo do seu local de residência interferir de forma positiva ou negativa no seu bem-estar cognitivo. A maioria dos idosos (80,3%) respondeu que interfere de forma positiva, estando os seus motivos relacionados com o facto de considerarem ser uma zona muito sossegada, a maioria nasceu, cresceu e comprou casa naquele local e, posteriormente, os seus filhos também acabaram por ficar ou residir perto, gostam de passear pelo bairro e de se relacionarem com as pessoas, têm boas relações com a vizinhança, muitos dos seus amigos vivem próximos, estão perto dos serviços essenciais (no centro de Eiras), não sendo necessário ir para a confusão e agitação do centro da cidade. Muitos deles consideraram o seu local de residência como um “ambiente familiar de entreajuda”. Os restantes idosos que responderam que o local onde residem interfere de forma negativa ou não interfere de qualquer forma no seu bem-estar (19,6%), apontam como motivos o facto de terem ido viver para casa dos filhos e por isso não conhecem os vizinhos, outros já tiveram problemas com os vizinhos, duas pessoas que adoravam viver no centro da cidade, tiveram que sair e não gostam deste local e outros “não sentem ser o seu lugar”.

As sugestões dadas por alguns idosos para melhorar a área de residência e/ou vizinhança foram, sobretudo, em relação à limpeza, principalmente no Bairro de Santa Apolónia, junto da ribeira que tem bastante erva e as árvores que foram plantadas não estão cuidadas; reaproveitar a ribeira; implementação de jardins; os moradores de São Paulo de Frades apelaram à segurança, com a colocação de guard rail de proteção de estrada pela estrada principal de acesso a esta localidade e

à implementação de, pelo menos, uma farmácia; atividades para a população sénior e implementação de equipamentos de ginástica para a população sénior.

Na **União das Freguesias de Souselas e Botão**, foram entrevistados 80 idosos – 55 idosos do sexo feminino (68,8%) e 25 idosos do sexo masculino (31,3%). Das 55 mulheres, 43 apresentam boa saúde mental (53,8%) e 12 apresentam má saúde mental (15%). Dos 25 homens, 24 apresentam boa saúde mental (30%) e apenas 1 apresenta má saúde mental (1,3%).

Das análises feitas, verificámos que em 38 observações não existiram diferenças estatísticas com o *score* da saúde mental (p-value maior que 0,05) e, portanto, só existiu significância em três associações.

Quanto relacionámos a saúde mental com o meio de transporte utilizado na deslocação até aos serviços verificámos que 28 idosos não se deslocam aos serviços (35%), pois têm familiares que os auxiliam nesse aspeto, e apresentam boa saúde mental. Porém, existem 22 idosos (27,5%) que apresentam uma boa saúde mental e deslocam-se a pé até aos serviços. Por outro lado, dos 13 idosos que possuem má saúde mental, 11 deles não se deslocam aos serviços, pela mesma razão dada anteriormente (13,8%). Estatisticamente, constatou-se que existe uma significância entre as variáveis (p-value: 0,0367), talvez explicado pelo facto da maioria dos idosos que apresenta má saúde mental, não ser capaz de se deslocar aos serviços. Isto mostra, mais uma vez, que a dependência poderá ser um condicionante do estado de saúde psicológico da população.

Quando questionados sobre a perceção do seu estado de saúde geral, metade da população inquirida (50%), respondeu que a sua saúde era inferior a boa, muito devido a possuírem doenças cardiorrespiratórias, diabetes e problemas nas articulações, mas apresentam uma boa saúde mental. Contudo, 27 idosos (33,8%) consideram ter uma boa saúde geral e uma boa saúde mental. Por outro lado, dos 13 idosos que têm uma má saúde mental, 12 deles (15%) também consideram ter uma saúde geral inferior a boa. A relação entre estas duas variáveis demonstrou, mesmo no limite, uma significância entre elas (p-value: 0,0526). Em concordância com a relação anterior, ao associar a saúde mental com a capacitação na realização de tarefas diárias, verificámos uma significância estatística entre elas (p-value: 0,0510). Constatou-se que 30 idosos com boa saúde mental (37,5%), apesar de terem algumas dificuldades, conseguem executar as suas tarefas da vida quotidiana, 19 idosos (23,8%) conseguem executar sem dificuldades as suas tarefas e 18 idosos (22,5%) necessitam que alguém as execute. Dos 13 idosos com má saúde mental, 8 deles (10%)

dependem de terceiros para a realização de tarefas diárias, sendo que apenas 2 (2,5%) conseguem executá-las sem nenhum impedimento físico.

Quando questionados sobre a sua opinião face à contribuição do ambiente residencial na promoção do seu bem-estar, 74 idosos (85,9%) responderam que o local onde vivem interfere de forma bastante positiva para o seu bem-estar mental. Os motivos assinalados por estes idosos estão associados ao facto de ser um local onde sempre residiram ou já residem há bastantes anos, a ser um local muito sossegado, de ser um ambiente familiar, onde existe boa relação com a vizinhança e também com toda a comunidade, por ser um sítio onde quase toda a população se conhece, existe muita entreajuda, muitos dos idosos têm quintal nas suas habitações e consideram isso como distração, afirmando que só é possível por estarem longe da cidade, por estarem a viver perto dos filhos, por gostarem de passear pelo bairro e sentirem-se seguros. Pelo contrário, apenas 6 idosos (7,7%) responderam que o local onde vivem ou interfere negativamente com o seu bem-estar psicológico ou não interfere de maneira alguma. Os motivos abordados pelos idosos no que toca a este sentimento, estão relacionados com o facto de terem que sair da sua habitação onde sempre viveram, onde se sentiam bem, onde tinham os amigos e os vizinhos para ir viver com os filhos; apesar de gostarem, consideram ser uma zona mais isolada; por residirem perto da estrada principal, onde passam muitos carros, camiões e comboios; por terem ido viver para este local por vontade do conjugue, estando longe da sua família.

As sugestões dadas por alguns idosos para melhorar a área de residência e/ou vizinhança foram: implementação de passadeiras e/ou lombas, principalmente na zona de Souselas onde passam bastantes camiões devido à indústria da CIMPOR; jardins; parque verde com equipamentos para a população sénior; farmácia (sobretudo, no Botão); o Centro de Saúde de Souselas deveria estar mais bem equipado de recursos humanos; dinamizar atividades para a população sénior (excursões, musicais, teatros, danças); mercearias; padarias e mais limpeza das ruas (existem bastantes ervas). Algumas pessoas queixaram-se ainda da poluição ambiental e do pó produzido pela CIMPOR.

Tabela 13. Diferenças entre freguesias, tendo em conta o score de saúde mental e as variáveis em estudo

Variáveis	UF Coimbra			UF Eiras e São Paulo de Frades			UF Souselas e Botão		
	Boa Saúde	Má Saúde	P-value	Boa Saúde	Má Saúde	P-value	Boa Saúde	Má Saúde	P-value
	Mental (>50)	Mental (≤50)		Mental (>50)	Mental (≤50)		Mental (>50)	Mental (≤50)	
Género									
Masculino	14 (25%)	0		17 (27,9%)	1 (1,6%)		24 (30%)	1 (1,3%)	
Feminino	34 (60,7%)	8 (14,3%)		34 (55,7%)	9 (14,8%)		43 (53,8%)	12 (15%)	
Idade									
65-69 anos	8 (14,3%)	0		8 (13,1%)	0		4 (5%)	0	
70-74 anos	7 (12,5%)	0		11 (18%)	2 (3,3%)		3 (3,8%)	3 (3,8%)	
75-79 anos	9 (16,1%)	3 (5,4%)		5 (8,2%)	2 (3,3%)		11 (13,8%)	2 (2,5%)	
80 e mais anos	24 (42,9%)	5 (8,9%)		27 (44,3%)	6 (9,8%)		49 (61,3%)	8 (10%)	
Estado Civil									
Viúvo	20 (35,7%)	6 (10,7%)		28 (45,9%)	8 (13,1%)		28 (35%)	7 (8,8%)	
Separado /Divorciado	6 (10,7%)	1 (1,8%)		3 (4,9%)	0		4 (5%)	2 (2,5%)	
Solteiro	9 (16,1%)	0		0	0		6 (7,5%)	0	
Casado/União de facto	13 (23,2%)	1 (1,8%)		20 (32,8%)	2 (3,3%)		24 (30%)	4 (5%)	
Escolaridade									
Não sabe ler nem escrever - ensino secundário	43 (76,8%)	5 (8,9%)		50 (82%)	10 (16,4%)		66 (82,5%)	13 (16,3%)	
Ensino Superior	8 (14,3%)	0		10 (16,4%)	0		1 (1,3%)	0	
Ocupação									

Não se empregou	3 (5,4%)	0	1 (1,6%)	0	7 (8,8%)	1 (1,3%)
Pensionista por incapacidade	5 (8,9%)	1 (1,8%)	2 (3,3%)	1 (1,6%)	8 (10%)	1 (1,3%)
Reformado	40 (71,4%)	7 (12,5%)	47 (77%)	9 (14,8%)	52 (65%)	11 (13,8%)
Desempregado	0	0	0	0	0	0
Empregado	0	0	1 (1,6%)	0	0	0
<hr/>						
Agregado Familiar						
0	28 (50%)	4 (7,1%)	27 (44,3%)	3 (4,9%)	20 (25%)	6 (7,5%)
1	13 (23,2%)	3 (5,4%)	19 (31,1%)	5 (8,2%)	32 (40%)	6 (7,5%)
2	5 (8,9%)	1 (1,8%)	4 (6,6%)	2 (3,3%)	11 (13,8%)	0
3	2 (3,6%)	0	1 (1,6%)	0	3 (3,8%)	1 (1,3%)
4	0	0	0	0	1 (1,3%)	0
<hr/>						
Familiares Próximos						
0	15 (26,8%)	4 (7,1%)	8 (13,1%)	1 (1,6%)	11 (13,8%)	56 (70%)
1	33 (58,9%)	4 (7,1%)	43 (70,5%)	9 (14,8%)	2 (2,5%)	11 (13,8%)
<hr/>						
Situação emergência						
	0,0159					
0	4 (7,1%)	0	6 (9,8%)	1 (1,6%)	7 (8,8%)	1 (1,3%)
1	6 (10,7%)	3 (5,4%)	2 (3,3%)	1 (1,6%)	2 (2,5%)	0
2	34 (60,7%)	3 (5,4%)	43 (70,5%)	8 (13,1%)	57 (71,3%)	12 (15%)
3	4 (7,1%)	2 (3,6%)	0	0	1 (1,3%)	0
<hr/>						
Situação Financeira						
0	2 (3,6%)	0	2 (3,3%)	1 (1,6%)	2 (2,5%)	0
1	19 (33,6%)	6 (10,7%)	14 (23%)	7 (11,5%)	40 (50%)	8 (10%)
2	27 (48,3%)	2 (3,6%)	35 (57,4%)	2 (3,3%)	25 (31,3%)	5 (6,3%)
<hr/>						
Alojamento						
0	1 (1,8%)	0	0	0	0	0
1	23 (41,1%)	6 (10,7%)	18 (29,5%)	4 (6,6%)	1 (1,3%)	0

2	24 (42,9%)	2 (3,6%)	33 (54,1%)	6 (9,8%)	66 (82,5%)	13 (16,3%)
<hr/>						
Espaço exterior						
0	27 (48,2)	6 (10,7%)	21 (34,4%)	4 (6,6%)	12 (15%)	2 (2,5%)
1	8 (14,3%)	1 (1,8%)	9 (14,8%)	2 (3,3%)	11 (13,8%)	0
2	13 (23,3%)	1 (1,8%)	21 (34,5%)	4 (6,5%)	44 (55,1%)	11 (13,8%)
<hr/>						
Gosta de viver na área residência						
0	2 (3,6%)	2 (3,6%)	3 (4,9%)	0	0	0
1	0	2 (3,6%)	3 (4,9%)	2 (3,3%)	4 (5%)	2 (2,5%)
2	46 (82,1%)	4 (7,1%)	45 (73,8%)	8 (13,1%)	63 (78,8%)	11 (13,8%)
<hr/>						
Trocaria de área de residência		0,01678				
0	2 (3,6%)	3 (5,4%)	6 (9,8%)	2 (3,3%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
1	46 (82,1)	5 (8,9%)	45 (73,8%)	8 (13,1%)	65 (81,3%)	11 (13,8%)
<hr/>						
Espaços Verdes				0,0184		
0	28 (50%)	6 (10,7%)	43 (70,5%)	6 (9,8%)	46 (57,5%)	8 (10%)
1	9 (16,1%)	0	4 (6,6%)	4 (6,6%)	13 (16,3%)	2 (2,5%)
2	11 (19,6%)	2 (3,6%)	4 (6,6%)	0	8 (10%)	3 (3,8%)
<hr/>						
Equipamentos recreativos e culturais						
0	12 (21,4%)	1 (1,8%)	19 (31,1%)	6 (9,8%)	14 (17,5%)	4 (5%)
1	11 (19,6%)	4 (7,1%)	25 (41%)	4 (6,6%)	19 (23,8%)	2 (2,5%)
2	25 (44,6%)	3 (5,4%)	6 (9,8%)	0	34 (42,5%)	7 (8,8%)
3	0	0	1 (1,6%)	0	0	0
<hr/>						
Vandalismo						
0	2 (3,6%)	1 (1,8%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	0	0
1	17 (30,4%)	1 (1,8%)	4 (6,6%)	0	0	0
2	15 (26,8%)	4 (7,1%)	20 (32,8%)	7 (11,5%)	15 (18,8%)	5 (6,3%)

3	14 (25%)	2 (3,6%)	26 (42,6%)	2 (3,3%)	52 (65%)	8 (10%)
Serviços						
0	9 (16,1%)	2 (3,6%)	5 (8,2%)	1 (1,6%)	13 (16,3%)	2 (2,5%)
1	6 (10,7%)	1 (1,8%)	3 (4,9%)	1 (1,6%)	16 (20%)	5 (6,3%)
2	28 (50%)	3 (5,4%)	34 (55,7%)	8 (13,1%)	37 (46,3%)	6 (7,5%)
3	5 (8,9%)	2 (3,6%)	9 (14,8%)	0	1 (1,3%)	0
Cuidados de saúde						
0	18 (32,1%)	4 (7,1%)	13 (21,3%)	3 (4,9%)	43 (53,8%)	10 (12,5%)
1	5 (8,9%)	2 (3,6%)	9 (14,8%)	0	4 (5%)	1 (1,3%)
2	21 (37,5%)	2 (3,6%)	23 (37,7%)	7 (11,5%)	17 (21,3%)	2 (2,5%)
3	4 (7,1%)	0	6 (9,8%)	0	3 (3,8%)	0
Transportes públicos						
			0,066			
0	0	0	0	0	2 (2,5%)	0
1	4 (7,1%)	3 (5,4%)	1 (1,6%)	0	0	0
2	12 (21,4%)	1 (1,8%)	19 (31,1%)	5 (8,2%)	14 (17,5%)	1 (1,3%)
3	32 (57,1%)	4 (7,1%)	31 (50,8%)	5 (8,2%)	51 (63,8%)	12 (15%)
Deslocação aos serviços						
			0,015		0,0396	0,0367
0	31 (55,4%)	1 (1,8%)	29 (47,5%)	3 (4,9%)	22 (27,8%)	2 (2,5%)
1	6 (10,7%)	1 (1,8%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	7 (8,8%)	0
2	1 (1,8%)	0	9 (14,8%)	0	10 (12,5%)	0
3	10 (17,9%)	6 (10,7%)	12 (19,7%)	6 (9,8%)	28 (35%)	11 (13,8%)
Área residência calma						
			0,0008			0,0618
0	0	2 (3,6%)	0	0	0	1 (1,3%)
1	11 (19,6%)	3 (5,4%)	3 (4,9%)	0	2 (2,5%)	0
2	37 (66,1%)	3 (5,4%)	48 (78,7%)	10 (16,4%)	65 (81,3%)	12 (15%)
Área residência limpa						
			0,0171			

0	0	1 (1,8%)	3 (4,9%)	0	1 (1,3%)	0
1	12 (21,4%)	0	13 (21,3%)	1 (1,6%)	5 (6,3%)	0
2	36 (64,3%)	7 (12,5%)	35 (57,4%)	9 (14,8%)	61 (76,3%)	13 (16,3%)
Vizinhança calma	0,0299					
0	7 (12,5%)	4 (7,1%)	2 (3,3%)	0	2 (2,5%)	0
1	2 (3,6%)	1 (1,8%)	3 (4,9%)	2 (3,3%)	1 (1,3%)	0
2	39 (69,6%)	3 (5,4%)	46 (75,4%)	8 (13,1%)	64 (80%)	13 (16,3%)
Entreajuda vizinhança	0,0299			0,0215		
0	7 (12,5%)	4 (7,1%)	1 (1,6%)	0	3 (3,8%)	1 (1,3%)
1	2 (3,6%)	1 (1,8%)	4 (6,6%)	4 (6,6%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
2	39 (69,6%)	3 (5,4%)	46 (75,4%)	6 (9,8%)	62 (77,5%)	10 (12,5%)
Vizinhos confiáveis	0,0299					
0	7 (12,5%)	4 (7,1%)	0	0	3 (3,8%)	0
1	2 (3,6%)	1 (1,8%)	3 (4,9%)	0	2 (2,5%)	2 (2,5%)
2	39 (69,6%)	3 (5,4%)	48 (78,7%)	10 (16,4%)	62 (77,5%)	11 (13,8%)
Área residência segura	0,0245					
2	4 (7,1%)	2 (3,6%)	5 (8,2%)	0	0	0
3	20 (35,7%)	6 (10,7%)	10 (16,4%)	5 (8,2%)	22 (27,5%)	7 (8,8%)
4	24 (42,9%)	0	36 (59%)	5 (8,2%)	45 (56,3%)	6 (7,5%)
Passeios	0,0471					
0	27 (48,2%)	4 (7,1%)	21 (34,4%)	5 (8,2%)	44 (55%)	11 (13,8%)
1	6 (10,7%)	4 (7,1%)	6 (9,8%)	1 (1,6%)	8 (10%)	1 (1,3%)
2	14 (25%)	0	12 (19,7%)	3 (4,9%)	14 (17,5%)	1 (1,3%)
3	1 (1,8%)	0	12 (19,7%)	1 (1,6%)	1 (1,3%)	0
Passadeiras	0,0471					
0	29 (51,8%)	7 (12,5%)	23 (37,7%)	5 (8,2%)	48 (60%)	11 (13,8%)
1	1 (1,8%)	1 (1,8%)	6 (9,8%)	2 (3,3%)	8 (10%)	2 (2,5%)
2	17 (30,4%)	0	10 (16,4%)	2 (3,3%)	8 (10%)	0

3	1 (1,8%)	0	12 (19,7%)	1 (1,6%)	3 (3,8%)	0
Trânsito						
0	21 (37,5%)	2 (3,6%)	27 (44,3%)	4 (6,6%)	33 (41,3%)	4 (5%)
1	18 (32,1%)	4 (7,1%)	18 (29,5%)	4 (6,6%)	19 (23,8%)	5 (6,3%)
2	5 (8,9%)	1 (1,8%)	5 (8,2%)	1 (1,6%)	8 (10%)	3 (3,8%)
3	4 (7,1%)	1 (1,8%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	7 (8,8%)	1 (1,3%)
Facilidade caminhar na área de residência						
0	12 (21,4%)	3 (5,4%)	8 (13,1%)	2 (3,3%)	10 (12,5%)	2 (2,5%)
1	36 (64,3%)	5 (8,9%)	43 (70,5%)	8 (13,1%)	57 (71,3%)	11 (13,8%)
Segurança pública						
0	15 (26,8%)	4 (7,1%)	9 (14,8%)	4 (6,6%)	25 (31,3%)	7 (8,8%)
0,5	7 (12,5%)	1 (1,8%)	11 (18%)	1 (1,6%)	16 (20%)	1 (1,3%)
1	26 (46,4%)	3 (5,4%)	31 (50,8%)	5 (8,2%)	26 (32,5%)	5 (6,3%)
Segurança dia						
0	2 (3,6%)	0	2 (3,3%)	0	2 (2,5%)	1 (1,3%)
1	46 (82,1%)	8 (14,3%)	49 (80,3%)	10 (16,4%)	65 (81,3%)	12 (15%)
Segurança noite						
0	35 (62,5%)	6 (10,7%)	27 (44,3%)	6 (9,8%)	43 (53,8%)	12 (15%)
0,5	0	0	0	0	1 (1,3%)	0
1	13 (23,2%)	2 (3,6%)	24 (39,3%)	4 (6,6%)	23 (23,8%)	1 (1,3%)
Iluminação pública						
0	3 (5,4%)	2 (3,6%)	2 (3,3%)	0	1 (1,3%)	1 (1,3%)
0,5	5 (8,9%)	0	1 (1,6%)	1 (1,6%)	1 (1,3%)	0
1	40 (71,4%)	6 (10,7%)	48 (78,7%)	9 (14,8%)	65 (81,3%)	12 (15%)
Pessoas problemáticas						

0	16 (28,6%)	2 (3,6%)	21 (34,4%)	6 (9,8%)	1 (1,3%)	0
0,5	1 (1,8%)	0	1	1 (1,6%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
1	31 (55,4%)	6 (10,7%)	29 (47,5%)	3 (4,9%)	65 (81,3%)	12 (15%)
Incomodado						
0	47 (83,9%)	8 (14,3%)	45 (73,8%)	8 (13,1%)	63 (78,8%)	10 (12,5%)
0,5	0	0	1 (1,6%)	0	0	0
1	1 (1,8%)	0	5 (8,2%)	2 (3,3%)	4 (5%)	3 (3,8%)
Estado de saúde geral	0,0562		0,0168		0,0526	
Saúde boa e muito boa	27 (48,2%)	1 (1,8%)	34 (55,7%)	2 (3,3%)	27 (33,8%)	1 (1,3%)
Saúde inferior a boa	21 (37,5%)	7 (12,5%)	17 (27,9%)	8 (13,1%)	40 (50%)	12 (15%)
Capacidade tarefas						
0	15 (26,8%)	5 (8,9%)	10 (16,4%)	6 (9,8%)	18 (22,5%)	8 (10%)
1	20 (35,7%)	3 (5,4%)	14 (23%)	3 (4,9%)	30 (37,5%)	3 (3,8%)
2	13 (23,2%)	0	27 (44,3%)	1 (1,6%)	19 (23,8%)	2 (2,5%)
Caminhabilidade						
0	0	0	0	0	1 (1,3%)	1 (1,3%)
1	10 (17,9%)	6 (10,7%)	8 (13,1%)	6 (9,8%)	17 (21,3%)	6 (7,5%)
2	19 (33,9%)	2 (3,6%)	14 (23%)	2 (3,3%)	28 (35%)	4 (5%)
3	13 (23,2%)	0	8 (13,1%)	2 (3,3%)	9 (11,3%)	1 (1,3%)
4	6 (10,7%)	0	21 (34,4%)	0	12 (15%)	1 (1,3%)
Atividade física						
0	40 (71,4%)	8 (14,3%)	38 (62,3%)	9 (14,8%)	57 (71,3%)	12 (15%)
1	8 (14,3%)	0	13 (21,3%)	1 (1,6%)	12 (15%)	1 (1,3%)
Bem-estar na área de residência						
0	0	1 (1,8%)	0	0	0	0

Bianriz Tejo

| O impacto do ambiente residencial na saúde mental da população idosa de Coimbra

1	2 (3,6%)	3 (5,4%)	6 (9,8%)	2 (3,3%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)
2	1 (1,8%)	2 (3,6%)	3 (4,9%)	1 (1,6%)	3 (3,8%)	1 (1,3%)
3	19 (33,9%)	2 (3,6%)	8 (13,1%)	3 (4,9%)	16 (20%)	5 (6,3%)
4	26 (46,4%)	0	34 (55,7%)	4 (6,6%)	47 (58,8%)	6 (7,5%)

Fonte. Elaboração própria

5.3 Saúde Mental

Tendo já observado as diferenças entre as três freguesias em estudo, foi ainda importante analisar a saúde mental em contexto geral e, de igual modo, relacioná-la com as diferentes variáveis explicativas. Foram entrevistados 197 idosos, dos quais 166 idosos (84,3%) possuem boa saúde mental e 31 idosos (15,7%) possuem má saúde mental.

Quanto ao género, 140 idosos (71%) eram do sexo feminino e 57 (29%) eram do sexo masculino. Das 140 mulheres, 111 (56,3%) possuem boa saúde mental e 29 (14,7%) possuem má saúde mental. Dos 57 homens, 55 (27,9%) apresentam boa saúde mental e 2 (1%) apresentam má saúde mental. Estatisticamente, esta relação é significativa (p-value: 0,0052) – em ambos os sexos, a generalidade dos idosos possui uma boa saúde mental. Importante destacar que na análise geral e nas três freguesias em estudo, as mulheres são as que apresentam um maior índice de má saúde mental, comparativamente aos homens.

Mais de metade dos idosos entrevistados têm 80 anos (50,8%), são reformados (70,6%), não possuem ensino superior (80,7%) e possuem uma boa saúde mental. O mesmo acontece com o estado civil e com o agregado familiar, embora a maioria sejam viúvos (38,6%) e vivam sozinhos (38,1%) apresentem uma boa saúde mental. Contudo, dos 31 idosos que têm má saúde mental, 21 são viúvos (10,7%), 14 vivem com uma pessoa (7%) e 13 vivem sozinhos (6%). Ainda que mais de metade dos idosos vivam sozinhos, têm familiares a viver perto de si e é a eles que recorrem numa situação de apoio, contribuindo para a promoção da boa saúde mental. Porém, apesar de ser contraditório, a maioria dos idosos que apresenta má saúde mental, é o mesmo que tem apoio familiar próximo (12%). A nível financeiro, verificámos uma relação significativa entre as variáveis (p-value: 0,0489), mostrando que, apesar de todas as despesas relacionadas com o processo de envelhecimento, estes idosos ainda conseguem economizar algum dinheiro, contribuindo para uma saúde mental positiva.

Em termos de habitação, a maioria dos idosos vive numa moradia e com espaço exterior (jardim ou quintal). Quando questionados acerca da sua satisfação perante a área de residência, cerca de 90% dos idosos respondeu gostar bastante do local onde habita, sendo que 78% possuem uma boa saúde mental (p-value: 0,0042). Em concordância com esta questão, 78% dos idosos que possuem boa saúde mental, afirmam que não trocariam de área de residência (p-value: 0,0076). Estas relações significativas evidenciam assim que a satisfação com o local de residência, tem um efeito positivo no bem-estar cognitivo do idoso.

A nível de ambiente físico e de serviços, não se verificou relação estatística com a saúde mental em grande parte das associações. A maioria dos inquiridos que possui boa saúde mental, afirma que o seu local de residência não possui espaços verdes (59,4%), possui alguns equipamentos recreativos e culturais (33%), alguns serviços, como mercearias e padarias/pastelarias (50,3%), não possui cuidados de saúde (37,6%) e possui bastantes transportes públicos. Nesta dimensão, uma das variáveis que obteve uma significância foi a do vandalismo (p-value: 0,0257), uma vez que os 46 idosos (46,7%) que possuem boa saúde mental, afirmam que a sua área de residência não possui sinais de vandalismo. Podemos então inferir que um local de residência que seja conservado e preservado, tem efeito positivo na saúde mental dos idosos. Quando questionados sobre o meio de transporte utilizado para se deslocarem aos serviços, 42% dos idosos que possuem boa saúde mental, afirmam deslocar-se aos serviços a pé, enquanto 12% dos idosos que possuem má saúde mental afirmam que são outras pessoas que os auxiliam nesse aspeto, neste caso, a maioria mencionou os seus familiares. Esta associação demonstrou uma significância (p-value: 0,000043), levando-nos a deduzir que a independência, a mobilidade e a autonomia, são fatores fundamentais para a promoção de uma boa saúde mental.

Relativamente ao ambiente social, verificámos que mais de metade das variáveis desta dimensão possuem um nível de significância. Nesta dimensão, mais de metade dos idosos com boa saúde mental consideram que: a sua área de residência é sossegada (p-value: 0,0002), é limpa, os seus vizinhos são calmos, confiáveis (p-value: 0,0009) e onde existe bastante entreatajuda (p-value: 0,0003). Estas associações mostram assim que uma área de residência tranquila e onde se preze o bom ambiente e se criem boas relações, tem um efeito positivo no bem-estar.

No que toca à dimensão da segurança (safety), quando questionados sobre a perceção da segurança no seu local de residência, mais de metade dos idosos que possuem boa saúde mental (53%) responderam considerar o local muito seguro, os restantes 26% consideram ser um local seguro e, apenas 5% consideram ser um local pouco seguro. Ao relacionar os resultados destas duas variáveis, verificámos que quanto maior for a segurança no ambiente residencial, melhor será a saúde mental (p-value: 0,0127). Em termos de segurança rodoviária, a maioria dos idosos que possui boa saúde mental (47%) respondeu que em torno da sua habitação não existem passeios, passadeiras (51%), mas são zonas onde existe bastante circulação automóvel (41%). Dos idosos que possuem má saúde mental, a maioria também respondeu não ter passeios em volta da sua habitação (10%), não ter passadeiras (12%) e são locais que têm bastante trânsito automóvel (7%). Posteriormente a estas questões, foi fundamental perceber junto dos idosos se consideram ser

acessível e segura a deslocação pela sua área de residência (em termos de qualidade de passeios, estradas, existência de corrimões nas escadas), ao qual mais de metade dos idosos (81%) afirmou não ter qualquer dificuldade em caminhar pela freguesia, sendo que 69% desses idosos possuem boa saúde mental e 12% possuem má saúde mental.

Relativamente à dimensão da segurança pública e pessoal (security), dos idosos que têm boa saúde mental, 42% responderam que a polícia costuma passar pelo seu local de residência, ao contrário de 25% dos idosos que responderam não ter qualquer tipo de policiamento. Contudo, quando questionados sobre o sentimento de segurança ao sair de casa durante o dia, 81% dos idosos afirmou sentir-se seguro, mas 53% afirmaram que, à noite, não são capazes de sair de casa por uma questão de segurança, no entanto, cerca de 31% dos idosos sente-se igualmente seguro a sair à noite. Em termos de iluminação, a maioria dos idosos referiu que tanto em torno da sua habitação como por toda a sua localidade, existe boa iluminação (78%). Quando questionados sobre a existência de pessoas problemáticas na sua área de residência, a generalidade dos idosos afirmou positivamente (64%), contudo também apontou nunca se ter sentido incomodado por elas (79%).

Por outro lado, dos idosos com má saúde mental, a maioria afirmou que: não tem policiamento na sua área de residência (8%), sente-se seguro a sair de dia (15%), mas não se sente seguro a sair de noite (12%), a sua área de residência encontra-se bem iluminada (14%), é um local onde existem pessoas problemáticas (11%), mas também nunca se sentiu incomodado (13%).

No que toca à autoavaliação do estado de saúde geral dos idosos, 47% dos idosos consideram ter uma boa saúde, dos quais 45% possuem também uma saúde mental positiva. Pelo contrário, mais de metade dos inquiridos considera que o seu estado de saúde é inferior a bom (53%), cujo 40% dos idosos apresenta uma boa saúde mental e 14% uma má saúde mental. Estatisticamente, esta é uma relação significativa (p-value: 0,00009), uma vez que, a maioria dos idosos que possui boa saúde mental, é o mesmo que considera ter um estado de saúde positivo e, pelo contrário, a maioria dos idosos que possui má saúde mental, é o mesmo que considera ter um estado de saúde inferior a bom. Para melhor entender a condição dos idosos, estes foram questionados sobre a sua capacitação na realização de tarefas diárias (p-value: 0,0002), ao qual a maioria dos idosos com boa saúde mental afirmou que, apesar de algumas limitações e dificuldades, ainda consegue realizar as suas tarefas (33%), 30% dos idosos afirmou não ter qualquer restrição e por isso consegue realizar todas as suas tarefas. Pelo contrário, a maioria dos idosos com má saúde mental, necessita de ajuda de terceiros em todas as tarefas (10%). Desta maneira, em termos de mobilidade (p-value: 0,0001), 31% dos idosos com boa saúde mental considera caminhar com média

dificuldade e 20% sem dificuldade. Dos idosos com má saúde mental, 9% consideram caminhar com bastante dificuldade, sendo que apenas 1% caminha sem dificuldade. Segundo estas associações, podemos deduzir que, o estado de saúde físico, a mobilidade e autonomia, interferem, em grande parte, no estado de saúde mental. Porém, a generalidade dos idosos não pratica nenhuma atividade física (83%).

Por forma a sintetizar todas as questões do inquérito e indo ao encontro do tema central, foi fundamental compreender a opinião dos idosos face à sua área de residência e o impacto que esta tem no seu bem-estar. Por essa razão, quando questionados sobre o efeito positivo ou negativo que o ambiente residencial tem na sua vida, 59% dos idosos afirmaram que o local onde habitam interfere de forma bastante positiva na sua saúde mental, e 22% dos idosos afirmam que interfere de forma positiva. dos quais 54% possuem realmente boa saúde mental. Mesmo os idosos com má saúde mental, afirmaram que o local de residência interfere de forma muito positiva e positiva no seu bem-estar (10%). Esta associação mostrou assim que a satisfação com o local de residência, interfere de forma positiva com o bem-estar da população idosa inquirida (p-value: 0,0003).

Tabela 14. Relação entre a saúde mental e as variáveis em estudo

Variáveis	Saúde Mental		P-Value
	Boa Saúde Mental (>50)	Má Saúde Mental (<=50)	
Género			0,0052
Masculino	55 (27,9%)	2 (1%)	
Feminino	111 (56,3%)	29 (14,7%)	
Idade			
65-69 anos	20 (10,2%)	0	
70-74 anos	21 (10,7%)	5 (2,5%)	
75-79 anos	25 (12,7%)	7 (3,6%)	
80 e mais anos	100 (50,8%)	19 (9,6%)	
Estado Civil			0,0689
Viúvo	76 (38,6%)	21 (10,7%)	
Separado/Divorciado	13 (6,6%)	3 (1,5%)	
Solteiro	15 (7,6%)	0	
Casado/União de facto	62 (31,5%)	7 (3,6%)	
Escolaridade			
Não sabe ler nem escrever – ensino secundário	159 (80,7%)	31 (15,7%)	
Ensino Superior	7 (3,6%)	0	
Ocupação			
Não se empregou	11 (5,6%)	1 (0,5%)	
Pensionista por incapacidade	15 (7,6%)	3 (1,5%)	

Reformado	139 (70,6%)	27 (13,7%)	
Desempregado	0	0	
Empregado	1 (0,5%)	0	
<hr/>			
Agregado Familiar			
0	75 (38,1%)	13 (6,6%)	
1	64 (32,5%)	14 (7,1%)	
2	20 (10,2%)	3 (1,5%)	
3	6 (3%)	1 (0,5%)	
4	1 (0,5%)	0	
<hr/>			
Famíliares Próximos			
0	34 (17,3%)	7 (3,6%)	
1	132 (67%)	24 (12,2%)	
<hr/>			
Situação emergência			
0	17 (8,6%)	2 (1%)	
1	10 (5,1%)	4 (2%)	
2	134 (68%)	23 (11,7%)	
3	5 (2,5%)	2 (1%)	
<hr/>			
Situação Financeira			0,0489
0	6 (3%)	1 (0,5%)	
1	73 (37,1%)	21 (10,7%)	
2	87(44,2%)	9 (4,6%)	
<hr/>			
Alojamento			
0	1 (0,5%)	0	
1	42 (21,3%)	10 (5,1%)	
2	123 (62,4%)	21 (10,7%)	
<hr/>			
Espaço exterior			
0	60 (30,5%)	12 (6,1%)	
1	28 (14,2%)	3 (1,5%)	
2	29 (14,7%)	7 (3,6%)	
3	49 (24,9%)	9 (4,6%)	
<hr/>			
Gosta de viver na área residência			0,0042
0	5 (2,5%)	2 (1%)	
1	7 (3,6%)	6 (3%)	
2	154 (78,2%)	23 (11,7%)	
<hr/>			
Trocar de área de residência			0,0076
0	10 (5,1%)	7 (3,6%)	
1	156 (79,2%)	24 (12,2%)	
<hr/>			
Espaços Verdes			
0	117 (59,4%)	20 (10,2%)	
1	26 (13,2%)	6 (3%)	
2	23 (11,7%)	5 (2,5%)	
<hr/>			
Equipamentos recreativos e culturais			
0	45 (22,8%)	11 (5,6%)	
1	55 (27,9%)	10 (5,1%)	
2	65 (33%)	10 (5,1%)	
3	1 (0,5%)	0	
<hr/>			
Vandalismo			0,0257
0	3 (1,5%)	2 (1%)	

1	21 (10,7%)	1 (0,5%)	
2	50 (25,4%)	16 (8,1%)	
3	92 (46,7%)	12 (6,1%)	
Serviços			
0	27 (13,7%)	5 (2,5%)	
1	25 (12,7%)	7 (3,6%)	
2	99 (50,3%)	17 (8,6%)	
3	15 (7,6%)	2 (1%)	
Cuidados de saúde			
0	74 (37,6%)	17 (8,6%)	
1	18 (9,1%)	3 (1,5%)	
2	61 (31%)	11 (5,6%)	
3	13 (6,6%)	0	
Transportes públicos			
0	2 (1%)	0	
1	5 (2,5%)	3 (1,5%)	
2	45 (22,8%)	7 (3,6%)	
3	114 (57,9%)	21 (10,7%)	
Deslocação aos serviços			0,000043
0	82 (41,6%)	6 (3%)	
1	14 (7,1%)	2 (1%)	
2	20 (10,2%)	0	
3	50 (25,4%)	23 (11,7%)	
Score Ambiente social			0,0002
Área residência calma			0,0002
0	0	3 (1,5%)	
1	16 (8,1%)	3 (1,5%)	
2	150 (76,1%)	25 (11,7%)	
Área residência limpa			
0	4 (2%)	1 (0,5%)	
1	30 (15,2%)	1 (0,5%)	
2	132 (67%)	29 (14,7%)	
Vizinhança calma			
0	11 (5,6%)	4 (2%)	
1	6 (3%)	3 (1,5%)	
2	149 (75,6%)	24 (12,2%)	
Entreajuda vizinhança			0,0003
0	11 (5,6%)	5 (2,5%)	
1	8 (4,1%)	7 (3,6%)	
2	147 (74,6%)	19 (9,6%)	
Vizinhos confiáveis			0,0009
0	11 (5,6%)	4 (2%)	
1	8 (4,1%)	7 (3,6%)	
2	147 (74,6%)	20 (10,2%)	
Score Ambiente Físico e Serviços			0,7448
Área residência segura			0,0127
2	9 (4,6%)	2 (1%)	
3	52 (26,4%)	18 (9,1%)	

4	105 (53,3%)	11 (5,6%)	
<hr/>			
Passeios			
0	92 (46,7%)	20 (10,2%)	
1	20 (10,2%)	6 (3%)	
2	40 (20,3%)	4 (2%)	
3	14 (7,1%)	1 (0,5%)	
<hr/>			
Passadeiras			
0	100 (50,8%)	23 (11,7%)	
1	15 (7,6%)	5 (2,5%)	
2	35 (17,8%)	2 (1%)	
3	16 (8,1%)	1 (0,5)	
<hr/>			
Trânsito			
0	81 (41,1%)	10 (5,1%)	
1	55 (27,9%)	13 (6,6%)	
2	18 (9,1%)	5 (2,5%)	
3	12 (6,1%)	3 (1,5%)	
<hr/>			
Facilidade caminhar na área de residência			
0	30 (15,2%)	7 (3,6%)	
1	136 (69%)	24 (12,2%)	
<hr/>			
Segurança pública			
0	49 (24,9%)	15 (7,6%)	
0,5	34 (17,3%)	3 (1,5%)	
1	83 (42,1%)	13 (6,6%)	
<hr/>			
Segurança dia			
0	6 (3%)	1 (0,5%)	
1	160 (81,2%)	30 (15,2%)	
<hr/>			
Segurança noite			
0	105 (53,3%)	24 (12,2%)	
0,5	1 (0,5%)	0	
1	60 (30,5%)	7 (3,6%)	
<hr/>			
Iluminação pública			
0	6 (3%)	3 (1,5%)	
0,5	7 (3,6%)	1 (0,5%)	
1	153 (77,7%)	27 (13,7%)	
<hr/>			
Pessoas problemáticas			
0	38 (19,3%)	8 (4,1%)	
0,5	3 (1,5%)	2 (1%)	
1	125 (63,5%)	21 (10,7%)	
<hr/>			
Incomodado			
0	155 (78,7%)	26 (13,2%)	
0,5	1 (0,5%)	0	
1	10 (5,1%)	5 (2,5%)	
<hr/>			
Estado de saúde geral			
Saúde boa e muito boa	88 (44,7%)	4 (2%)	0,00009
Saúde inferior a boa	78 (39,6%)	27 (13,7%)	
<hr/>			
Capacidade tarefas			
0	43 (21,8%)	19 (9,6%)	0,0002
1	64 (32,5%)	9 (4,6%)	
2	59 (29,9%)	3 (1,5%)	
<hr/>			
Caminhabilidade			
			0,0001

0	1 (0,5%)	1 (0,5%)
1	35 (17,8%)	18 (9,1%)
2	61 (31%)	8 (4,1%)
3	30 (15,2%)	3 (1,5%)
4	39 (19,8%)	1 (0,5%)
<hr/>		
Atividade física		
0	135 (68,5%)	29 (14,7%)
1	31 (15,7%)	2 (1%)
<hr/>		
Bem-estar na área de residência		0,0003
0	0	1 (0,5%)
1	9 (4,6%)	6 (3%)
2	7 (3,6%)	4 (2%)
3	43 (21,8%)	10 (5,1%)
4	107 (54,3%)	10 (5,1%)

Fonte. Elaboração própria

Cap. 6. Discussão

Estando o envelhecimento ativo e saudável cada vez mais relacionado com a maneira como vivemos e o contexto em que vivemos, tem sido importante analisar e compreender como o ambiente residencial se encontra estruturado e equipado para que seja possível promover um bem-estar cognitivo.

No que toca a esta temática, a literatura defende que as condições de habitação e todo o meio envolvente dependem muito do local onde estão inseridos (Ochodo et al., 2014). O facto é que a deslocação até ao terreno permitiu-nos visualizar as diferenças existentes entre as três freguesias (urbana, periurbana e rural), testemunhando essa ideia. Na União de Freguesias de Coimbra, o declive urbano da cidade e a existência de prédios sem elevador, condicionam imenso a mobilidade e, consequentemente, a acessibilidade a determinados serviços que só existem na Baixa de Coimbra. Na União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e na União das Freguesias de Souselas e Botão, as habitações são maiores e mais acessíveis, contudo, a nível de serviços existe uma assimetria entre o centro e a periferia da freguesia – em Eiras e Souselas é onde se concentram os serviços essenciais, enquanto as restantes localidades estão cada vez mais escassas de bens essenciais, principalmente aquelas que ficam nas extremidades das freguesias.

Estas assimetrias entre localidades, bairros ou regiões, podem tornar o ambiente residencial um potenciador de desenvolvimento de problemas mentais, no sentido em que o meio ambiente físico, social, económico e ambiental, são determinantes no bem-estar (Dahlgren e Whitehead, 1991), principalmente, no bem-estar da população idosa que passa mais tempo em casa (Cachadinha, 2019).

Tal como vimos anteriormente, a literatura refere que a educação e o emprego são fatores que influenciam o estado de saúde mental, alegando que mais estudos dão acesso a empregos mais bem remunerados e a melhores condições de habitação e, consequentemente, a uma melhor saúde mental (Alves e Rodrigues, 2010). Apesar de não podermos generalizar, nas três freguesias em estudo, a maioria dos idosos não tem o nível de educação superior e possui boa saúde mental. Importante realçar ainda que a maioria desses idosos estão reformados, trabalharam na agricultura, na indústria e nas lides domésticas e, além das despesas que têm, conseguem com que lhes sobre algum dinheiro ao final do mês. Ainda assim, a freguesia onde existem mais idosos sem o nível

superior, é na UF de Souselas e Botão (82,5%), sendo também aquela que contou com mais idosos a mencionar que não se empregaram (10%), vivendo apenas do RSI e, também, aquela em que a maioria dos idosos afirma que os rendimentos ao final do mês não chegam para satisfazer as suas necessidades, contudo possuem boa saúde mental. A UF de Eiras e São Paulo de Frades, é a que possui um maior número de idosos com o ensino superior (16,4%), seguido da UF de Coimbra (14,3%).

Podemos assim deduzir que, neste estudo, o nível educacional e o emprego não interferem na saúde mental dos idosos inquiridos.

Outro fator que também contribui para o bem-estar emocional da população e que também foi analisado neste estudo, é o contexto ambiental. As áreas urbanas, por estarem localizadas no centro das cidades, são detentoras de numerosos serviços, equipamentos e infraestruturas de diversas dimensões, porém também são detentoras de sobrelotação, de poluição, de mais níveis de criminalidade, de stresse diário, etc., fazendo com que a população que aí reside, esteja mais suscetível a desenvolver determinadas doenças mentais. As áreas periurbanas, são detentoras de serviços de média e pequena dimensão, mas apesar de estarem perto das cidades, estão longe da sua agitação. As áreas rurais, por estarem afastadas da agitação e movimentação da cidade, carecem de determinados serviços e infraestruturas e têm maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, podendo levar a determinados problemas mentais, causados pelo isolamento (Feijten, Hooimeijer & Mulder, 2008 cit. Meesters, 2009; Alves e Rodrigues, 2010).

Na União das Freguesias de Coimbra, uma freguesia urbana, quando questionados acerca do ambiente físico e dos serviços na sua área de residência, a maioria dos idosos respondeu: não ter espaços verdes, ter alguns equipamentos recreativos e culturais, ter poucos sinais de vandalismo, ter alguns serviços, ter alguns cuidados de saúde e ter bastantes transportes públicos. Nesta freguesia, 48 idosos (86%) possuem boa saúde mental. Na União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, uma freguesia periurbana, a maioria dos inquiridos respondeu que a sua área de residência: não tem espaços verdes, tem poucos equipamentos recreativos e culturais, não tem sinais de vandalismo, tem alguns serviços e cuidados de saúde e bastantes transportes públicos. Nesta freguesia, 51 idosos (84%) possuem boa saúde mental. Na União de Freguesias de Souselas e Botão, uma freguesia rural, a generalidade dos inquiridos afirmou que a sua área de residência: não tem espaços verdes, tem alguns equipamentos recreativos e culturais, não tem sinais de vandalismo, possui alguns serviços, não possui cuidados de saúde e possui bastantes transportes públicos. Nesta freguesia, 64 idosos (84%) possuem boa saúde mental.

Desta maneira e segundo as análises feitas, verificámos que, estatisticamente, não existe nenhuma relação entre a saúde mental e o ambiente físico e de serviços, uma vez que não existe diferença do estado de saúde mental em relação às características do ambiente.

O ambiente social também é apontado como determinante na saúde mental, sendo até mais do que o ambiente físico (Tognon, 1987; Amerigo e Aragones 1997 cit. Shieh et al. 2011). Nas três freguesias em estudo, a generalidade dos idosos respondeu que a sua área de residência é limpa e calma e que existe bom relacionamento entre vizinhança, apresentando um índice de saúde mental positivo. Por esta razão, podemos inferir que, tanto estatisticamente como teoricamente, a promoção de um bom relacionamento com a vizinhança afeta de forma positiva o bem-estar dos idosos nestas freguesias.

A segurança, um conceito múltiplo, de dimensão objetiva e subjetiva, depende muito das características do espaço (safety) e do que acontece no ambiente residencial (security) (Odufuwa et al., 2019), sendo um dos pilares essenciais para a contribuição da qualidade de vida da população e, posteriormente para a sua satisfação residencial (Ferreira, 2013).

Nas três freguesias em estudo, dos idosos que possuem boa saúde mental, a maioria considera a sua área de residência segura. Em termos de passeios e passeadeiras, a generalidade dos idosos respondeu não existir em torno da sua habitação, alguns justificados por viverem em ruas estreitas ou ruas sem saída, e, em termos de trânsito, a maioria afirmou existir bastante trânsito na sua área de residência. Das três freguesias, a freguesia em que me deparei com mais passeios e passeadeiras, foi na UF de Eiras e São Paulo de Frades, mais propriamente no Bairro de Santa Apolónia e no Monte Formoso. Já na UF de Souselas, as passeadeiras foram o que mais mencionaram fazer falta, principalmente na localidade de Souselas. Quando questionados sobre a facilidade de caminharem na área de residência (pela falta de passeios ou qualidade dos mesmos, pela inexistência de corrimões nas escadas, caso existam no local, pela qualidade das estradas), a generalidade dos idosos, nas três freguesias, considerou que o seu local de residência é acessível e possuem boa saúde mental, tendo a maioria mencionado que, apesar de terem que ter bastante atenção, não metem entraves nessa questão.

A nível de segurança pública, em todas as freguesias, a maioria dos idosos que possui boa saúde mental, afirmou que: existe policiamento na localidade, sentem-se seguros a sair durante o dia, mas não se sentem seguros a sair à noite, a sua localidade tem boa iluminação pública e, apesar de existirem pessoas problemáticas nesse local, nunca se sentiram incomodados com alguma.

Podemos assim considerar que, em termos de segurança rodoviária, mesmo com a inexistência de barreiras de segurança, a maioria dos idosos possui boa saúde mental e sente-se seguro. Em termos de segurança pública, existe policiamento nas três freguesias, os idosos sentem-se seguros a sair de dia, mas não se sentem seguros a sair à noite, mesmo com a existência de iluminação pública. Estas observações, diferem um pouco da literatura referenciada anteriormente.

Sendo o ambiente residencial um fator determinante na promoção da saúde da população, foi importante perceber junto dos idosos como consideram o seu estado de saúde geral. Na UF de Coimbra (48,2%) e na UF de Eiras e São Paulo de Frades (55,7%), a maioria dos idosos considerou ter uma saúde boa e possuem de igual forma uma boa saúde mental. Já na UF de Souselas e Botão, a maioria dos idosos respondeu ter uma saúde inferior a boa, contudo, possuem boa saúde mental. Em termos de realização de tarefas sem necessitar de ajuda de terceiros, na UF de Coimbra (35,7%) e na UF de Souselas e Botão (37,5%), a maioria dos idosos que possui boa saúde mental, mesmo com algumas dificuldades, consegue realizar as suas tarefas diárias, considerando ainda que caminham com média dificuldade. Na UF de Eiras e São Paulo de Frades, a maioria dos idosos que possui boa saúde mental, consegue realizar as suas tarefas diárias sem necessitar de ajuda de terceiros (44,3%), considerando que caminham sem dificuldade (34,4%). Em termos de atividade física, nas três freguesias em estudo, a maioria dos idosos não pratica exercício físico e possui boa saúde mental. Neste caso, não podemos comprovar os resultados estatísticos com a literatura que afirma que a prática de atividade física resulta em melhores resultados em saúde mental (Costa, 2017).

Por forma a sintetizar todas estas observações, os idosos foram questionados sobre o seu gosto pela área de residência e o quanto esta contribui para o seu bem-estar. Nas três freguesias, apesar de existirem alguns idosos que não gostam do local onde residem e, conseqüentemente, não se sentem bem emocionalmente nele, mais de metade dos idosos respondeu gostar bastante do seu local de residência, considerando que este contribui de forma bastante positiva na sua saúde mental e, de facto, o maior número de idosos apresenta bons resultados de saúde mental.

Constatando de uma forma breve e sucinta, ao realizar este estudo, apesar de não ser generalista da população idosa das três freguesias do concelho em estudo, consegui compreender as assimetrias físicas existentes em cada uma delas e entender a percepção da população sobre o seu local. De facto, houve resultados que me surpreenderam imenso. Na União das Freguesias de Coimbra, quando questionei os idosos sobre o seu ambiente físico e sobre a facilidade de acesso na localidade, esperava que me respondessem que sentem imensas dificuldades em deslocar-se

neste local, pelas barreiras físicas existentes, como o declive acentuado e a qualidade das vias, por serem na sua maioria de calçada. Dos 56 idosos inquiridos, apenas 15 (26,8%) afirmaram sentir dificuldades em caminhar neste local, sobretudo por apresentar alguns buracos na calçada e esta dificultar um pouco a caminhada. Importa realçar que desses 15 idosos, 12 (21,4%) possuem boa saúde mental. Ainda assim, para a maioria esse não é um dos maiores problemas, uma vez que ou se deslocam no Pantufinhas, ou utilizam o elevador existente perto da Sé Nova que os transporta até ao Mercado Municipal, ou têm ajuda de terceiros. A segurança foi outro fator que me surpreendeu neste contexto residencial, uma vez que é sabido que o centro da cidade de Coimbra é bastante propício para a criminalidade, principalmente no que toca a violência física, roubos e tráfico de droga. Neste caso, mais de metade dos idosos (89,3%), sente-se seguro no seu local de residência, dos quais 79% possuem boa saúde mental. Algo expectável e que se comprovou foi que, neste lugar, existem muitos idosos a residirem sozinhos, contudo, apenas 20% se sentem sempre ou a maior parte do tempo sozinhos.

Por outro lado, na União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades e na União das Freguesias de Souselas e Botão, o que mais me surpreendeu foi a discrepância que existe entre o centro das freguesias e os limites. No centro de Eiras e nos bairros próximos a este e no centro de Souselas, existem os serviços básicos essenciais, enquanto nos limites, como no Golpe (UF Eiras e São Paulo de Frades) e na Larçã (UF Souselas e Botão), não existe nem mercearia, nem padaria, havendo a necessidade de deslocação de um padeiro três vezes por semana a estes locais. Contudo, na análise feita, existe maior assimetria em termos de serviços na UF de Souselas e Botão – apesar da maioria afirmar que a sua localidade possui alguns serviços (53,8%), 26% respondeu que a sua localidade possui poucos serviços e 19% responderam não ter nenhum. Algo que também me surpreendeu foi a falta de espaços verdes nestas freguesias, tendo sido dos espaços mais pedidos pelos idosos para melhorar a área de residência, principalmente na União de Freguesias de Souselas e Botão.

Alguns dos resultados obtidos, foram semelhantes aos resultados mencionados no diagnóstico do Perfil Municipal de Saúde de Coimbra, presente na Estratégia Municipal de Saúde de Coimbra 2021-2025. Por exemplo, neste estudo, a União de Freguesias de Coimbra foi a que contou com uma maior percentagem de idosos a residirem sozinhos, algo que já havia sido mencionado no diagnóstico, em que a freguesia com mais população a viver sozinha, era na UF de Coimbra, seguido da UF de Eiras e São Paulo de Frades. Outro exemplo, foi em termos de estado de saúde geral: neste estudo, na UF de Souselas e Botão, a maioria da população considera que o seu estado

de saúde geral é inferior a bom, tendo também sido mencionado o mesmo em 2020, no diagnóstico, talvez explicado pela tipologia de área de residência (freguesia rural).

Este estudo confirmou assim que o apego ao lugar, definido como “um estado de bem-estar psicológico experimentado por uma pessoa como resultado da mera presença, vizinhança ou acessibilidade do local” (Churchman & Mitrani, 1997; Sharpe & Evert, 2000 cit. Cayton, 2012, p.148)” é sem dúvida o que a população idosa inquirida mais valoriza. A grande maioria dos idosos diz-se sentir satisfeito na sua área de residência, por serem locais onde passaram a sua vida, ou grande parte dela e onde criaram boas memórias e relações sociais, tendo sido mencionado várias vezes o ambiente familiar que existe entre os vizinhos e a comunidade, contribuindo assim para o seu bem-estar emocional. Todavia, torna-se importante referir que 15,7% da população idosa inquirida possui má saúde mental. Mesmo sabendo que o indicador não é o mesmo, as estatísticas da ONU (2017), declaram que 15,8% da população idosa no mundo sofre de demência, depressão e ansiedade. Esta proximidade de percentagem entre a população mundial e a população de três freguesias do concelho de Coimbra é algo a preocupar, sendo cada vez mais importante prevenir e promover a saúde mental dos idosos em todos os contextos ambientais.

Cap. 7. Conclusão

O envelhecimento é, sem dúvida, um dos maiores desafios nos vários países do mundo, sobretudo em Portugal. A partir do final do século XX, Portugal registou um aumento sucessivo de população idosa, o que fez com que a sociedade portuguesa se transformasse, cada vez mais, numa sociedade envelhecida. A queda da fecundidade, o aumento da esperança média de vida e a emigração que se fez sentir nas décadas de 1960 e 1970, foram fatores determinantes para este aumento de envelhecimento e, por conseguinte, por esta faixa etária ser a mais representativa do território nacional. No entanto, o envelhecimento é considerado um processo contínuo e cada indivíduo envelhece de forma distinta e em momentos diferentes da sua vida, dependendo, na sua maioria, do contexto ambiental em que se insere.

Atualmente, as sociedades envelhecidas são também reconhecidas como sociedades duradouras, em que a população vive mais tempo e com qualidade de vida. O aumento da longevidade é, em grande parte, explicado pela existência de vários fatores determinantes que fazem com que o envelhecimento se torne num processo ativo e saudável. Estes determinantes devem ser elaborados ao nível individual (fatores genéticos e biológicos), ao nível do ambiente físico e social, ao nível dos sistemas económicos, dos sistemas de saúde, dos estilos de vida, dos sistemas de educação e qualificação e dos sistemas de proteção social adequados, pois viver mais significa estar mais vulnerável a certo tipo de doenças e a situações de risco. Torna-se assim fundamental que estes determinantes estejam interligados, por forma a que os idosos se sintam integrados na sociedade, concebendo-lhes mais segurança, melhores condições de vida e melhores acessos aos cuidados de saúde. Isto acaba por lhes conferir uma vida mais participativa e autónoma e, conseqüentemente, uma melhor saúde física e mental.

A saúde é um conceito múltiplo, no sentido em que integra a saúde física e a saúde mental, sendo esta última cada vez mais importante na manutenção da qualidade de vida da população. As mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, relacionadas não só com as decadências físicas, como também com a perda de maridos, familiares e amigos, o aparecimento de doenças, a necessidade e obrigação de mudança de habitação, o isolamento social, são fatores a ter em conta na análise da saúde mental dos idosos, podendo levar a problemas de depressão e demência – as duas doenças mais comuns nestas idades.

A saúde mental é assim influenciada por diversos fatores, sendo um deles o ambiente residencial, que inclui não só a habitação, como o ambiente físico e de serviços, o ambiente social, os equipamentos e infraestruturas e a segurança. Importa realçar que as características e a qualidade das habitações e do meio envolvente estão relacionados, normalmente, com o bairro em que estão localizadas.

Neste contexto, tem surgido cada vez mais a necessidade de se estudar e compreender as características do ambiente residencial. Dadas as consequências que advém do envelhecimento, os idosos começam a dar prioridade a outras qualidades no seu lugar, a fim de lhes ser possível envelhecerem em casa, de forma saudável. A organização do espaço, o tipo de edifícios, a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação, tudo isso são variáveis que contribuem para tornar o envelhecimento autónomo e participativo ou, pelo contrário, um envelhecimento dependente e excluído. Desta maneira, tem sido fundamental garantir ao idoso envelhecer no seu contexto ambiental, dando-lhe o máximo possível de independência, privacidade, segurança, competência e controlo sobre o meio. O modelo criado por Whitehead e Dahlgren é o modelo que mais tem sido utilizado para explicar esta associação entre ambiente residencial, população e saúde, mostrando que o ambiente e as condições em que vivemos são determinantes na saúde e no bem-estar individual e coletivo. Porém, mesmo que a habitação e o meio ambiente não possuam condições favoráveis para que a população idosa se sinta segura, confortável e satisfeita, o desejo que esta tem de envelhecer em casa, o apego que tem ao lugar, as experiências e memórias criadas e as relações sociais desenvolvidas, fazem com que a perceção que os idosos tenham sobre a sua área de residência, seja positiva, conferindo-lhes uma maior satisfação e, conseqüentemente, um bem-estar mental.

Das três freguesias em estudo, a União das Freguesias de Souselas e Botão é que apresenta o índice de envelhecimento mais alto (268,29), sendo a quarta com o valor mais alto do município. Pelo contrário, a União das Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, é a que possui o índice de envelhecimento mais baixo (176,13), sendo a segunda do município com o valor mais baixo.

Relativamente ao estudo, a maioria da população inquirida tem mais de 80 e mais anos, são viúvos e vivem sozinhos, contudo têm familiares a residir perto de si. De todas as relações analisadas entre as variáveis e a saúde mental, as únicas que estatisticamente mostraram significância nas três freguesias foram: a relação entre a saúde mental e a deslocação aos serviços, em que a maioria dos inquiridos afirma deslocar-se aos serviços a pé, possuindo boa saúde mental e, a relação entre a saúde mental e o estado de saúde geral, em que na UF de Coimbra e na UF de Eiras e São Paulo

de Frades, a maioria dos idosos respondeu considerar ter uma saúde boa e também uma boa saúde mental e, na UF de Souselas e Botão, a maioria dos idosos respondeu ter uma saúde inferior a boa, mas uma boa saúde mental. A nível estatístico, a União das Freguesias de Coimbra foi a que apresentou mais vezes significância entre as variáveis.

De uma forma geral, não existiu significância entre a maior parte das variáveis relativas ao ambiente físico, ao contrário do que se sucedeu nas associações entre as variáveis do ambiente social e da saúde mental, mostrando assim que um ambiente tranquilo, onde exista entreaajuda na comunidade, torna o processo de envelhecimento mais positivo cognitivamente. Em termos de segurança, apesar da maioria dos idosos afirmar que a sua área de residência não possui determinados elementos que são necessários para prevenir acidentes rodoviários, consideram que o seu local de residência é acessível. Em termos de segurança pública, a maioria dos idosos afirma que o seu local de residência tem policiamento e, apesar de ter algumas pessoas problemáticas, nunca se sentiram incomodados, sentindo-se seguros no seu local de residência.

Desta maneira, podemos concluir que a maioria dos idosos considera que a sua área de residência contribui de forma bastante positiva para o seu bem-estar. Importa realçar que, independentemente das análises estatísticas realizadas neste estudo e dos estudos que se verificam na literatura acerca desta temática, a satisfação residencial depende, sobretudo, da subjetividade.

A maior dificuldade neste estudo foi, sem dúvida, o tempo de aplicação dos inquéritos, tendo condicionado a generalização dos resultados. Todavia, mesmo que alguns resultados não fossem o esperado, gostei imenso de realizar este estudo, permitiu-me contactar com diferentes realidades no mesmo concelho e na mesma freguesia e observar como a população idosa se adapta ao meio em que está inserida. O que para nós é prioridade num ambiente residencial, como a qualidade do ambiente físico e a proximidade aos serviços, para a maioria dos idosos o mais importante é a sua habitação, a proximidade que têm aos familiares e as relações que se criam com a vizinhança e comunidade.

Referências bibliográficas

- 1 bilhão de pessoas vivem com algum transtorno mental, afirma OMS | ONU News. (2022, junho 17). <https://news.un.org/pt/story/2022/06/1792702>
- Albuquerque, D. da S. (2019). A congruência entre a pessoa e o ambiente residencial na perspectiva de crianças e idosos [Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/38128>
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Aragonés, J. I., Américo, M., & Pérez-López, R. (2017). Residential Satisfaction and Quality of Life. Em *Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research*. Springer International Publishing Switzerland.
- Assis, D. C. M. de, Moreira, L. V. de C., & Fornasier, R. C. (2021). Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner: A influência dos processos proximais no desenvolvimento social das crianças. *Research, Society and Development*, 10(10), Artigo 10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19263>
- Basic Principles of Healthy Cities. (2009). *Basic Principles of Healthy Cities: Health Determinants*. Department of Health.
- Batista, L. da C. (2019). Envelhecimento, redes sociais e qualidade de vida: Um estudo sobre Programas de Intervenção Autárquica [masterThesis]. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2334>
- Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: Implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes*, 27(2), 7–20.
- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *The International journal of social psychiatry*, 59, 3–4. <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>
- Bonaiuto, M., & Fornara, F. (2017). Residential Satisfaction and Perceived Urban Quality. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05698-4>

Burton, E. J., Mitchell, L., & Stride, C. B. (2011). Good places for ageing in place: Development of objective built environment measures for investigating links with older people's wellbeing. *BMC Public Health*, 11(1), 839. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-839>

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/24456>

Cachadinha, C. S. M. G. (2019). Envelhecimento ativo em meio urbano [doctoralThesis, Universidade de Lisboa, Faculdade de Arquitetura]. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/18475>

Câmara Municipal de Coimbra. (sem data). Câmara Municipal de Coimbra. Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.cm-coimbra.pt/>

Carmo, C. S. F. (2019). Qualidade de vida dos idosos em ambiente urbano: A importância da percepção do estado de saúde, autonomia, identidade, vínculo ao lugar e características do bairro [Universidade de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/25459>

Clarke, P., & George, L. K. (2005). The Role of the Built Environment in the Disablement Process. *American Journal of Public Health*, 95(11), 1933–1939. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.054494>

Clayton, S. D. (2012). *The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology*. OUP USA.

Como nos adequamos ao envelhecimento da população? (2023, junho 19). Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://ffms.pt/pt-pt/ffms-play/cinco-decadas-de-democracia/como-nos-adequamos-ao-envelhecimento-da-populacao>

Costa, A. da C. R. da. (2017). Saúde Mental e ânimo em adultos idosos: O papel da atividade física. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

CPTED: Prevenção Criminal através do Espaço Construído—Guia de Boas Práticas (DGAI – Direção Geral de Administração Interna). (2003).

Cruz, F. D. G. (2011). Variabilidade ou Convergência? Análise Regional da Fecundidade em Portugal (1980-2009) [masterThesis, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/handle/10362/7173>

Cunha, M. I. da S. C. (2021). Promoção da saúde dos estudantes no ensino superior: Saúde mental positiva e literacia em saúde mental em análise [masterThesis]. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2515>

Dardengo, C. F. R., & Mafra, S. C. T. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: Contradição ou adaptação? Revista de Ciências Humanas, 2, Artigo 2. <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>

Depressive disorders prevalence, by age. (sem data). Our World in Data. Obtido 14 de agosto de 2023, de <https://ourworldindata.org/grapher/depressive-disorders-prevalence-by-age>

Determinantes de Saúde – Plano Nacional de Saúde. (sem data). Obtido 4 de setembro de 2023, de <https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>

Divisão de Saúde muda de instalações para espaço próprio na rua do Instituto Maternal. (2023, julho 26). coimbra.pt. <https://www.coimbra.pt/2023/07/divisao-de-saude-muda-de-instalacoes-para-espaco-proprio-na-rua-do-instituto-maternal/>

Esperidiao, A. R. (2021). Estudo de fatores do meio urbano que influenciam a satisfação do indivíduo no contexto residencial [masterThesis, Universidade Tecnológica Federal do Paraná]. <http://repositorio.utfpr.edu.br:8080/jspui/handle/1/24998>

Estatísticas | Eurostat. (sem data-a). Obtido 17 de agosto de 2023, de <https://ec.europa.eu/eurostat/>

Estratégia Municipal de Saúde. (sem data). Câmara Municipal de Coimbra. Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/saude/estrategia-municipal-de-saude>

Ferreira, E. C. da S. M. L. B. (2013). Segurança e prevenção da criminalidade em espaços públicos [doctoralThesis, Universidade de Lisboa. Faculdade de Arquitetura]. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/11766>

Ferreira, P. M. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: Tendências recentes e (alguns) problemas. Revista Kairós-Gerontologia, 18, 07–29. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial19p07-29>

- Ferreira, S. M. de D. E. V. (2010). Sentimento de insegurança Contributos para a construção de indicadores de medida [masterThesis]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32192>
- Finlay, J. M., Gaugler, J. E., & Kane, R. L. (2018). Ageing in the margins: Expectations of and struggles for ‘a good place to grow old’ among low-income older Minnesotans. *Ageing & Society*, 1–25. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1800123X>
- Fonseca, A. M. (2021). Ageing in Place—Envelhecimento em casa e na comunidade (1a edição). Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa. <https://gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Golant, S. M. (2015). GROWING OLD Place Matters. Em *Aging in the Right Place*. Health Professions Press, Inc.
- Gonçalves, C. D. (2015). ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO, ENVELHECIMENTO PRODUTIVO E ENVELHECIMENTO ATIVO: REFLEXÕES. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>
- Hansen, T., & Blekesaune, M. (2022). The age and well-being “paradox”: A longitudinal and multidimensional reconsideration. *European Journal of Ageing*, 19(4), 1277–1286. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00709-y>
- Herman, H., & Jané-Llopis, E. (2005). Mental health promotion in public health. *Promotion & Education*, 12(2_suppl), 42–47. <https://doi.org/10.1177/10253823050120020107>
- Higuchi, M. I. G., Kuhnen, A., & Pato, C. (2019). *Psicologia Ambiental em Contextos Urbanos*. Edições do Bosque.
- Horwitz, A. V. (2010). An Overview of Sociological Perspectives on the Definitions, Causes, and Responses to Mental Health and Illness. Em *A Handbook for the Study of Mental Health Second Edition Social Contexts, Theories, and Systems* (pp. 6–19). Cambridge University Press.
- Hur, M., & Morrow-Jones, H. (2008). Factors That Influence Residents Satisfaction With Neighborhoods. *Environment and Behavior*, 40(5), 619.

- Inácio, C. I. C. (2010). Políticas públicas de segurança: Novo paradigma [masterThesis, Universidade de Aveiro]. <https://ria.ua.pt/handle/10773/3445>
- Jansen, S. J. T. (2014). The impact of the have–want discrepancy on residential satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 40, 26–38. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.04.006>
- Kahana, E., Lovegreen, L., Kahana, B., & Kahana, M. (2003). Person, Environment, and Person-Environment Fit as Influences on Residential Satisfaction of Elders. *Environment and Behavior - ENVIRON BEHAV*, 35, 434–453. <https://doi.org/10.1177/0013916503035003007>
- Keene, D. E., & Ruel, E. (2013). “Everyone called me grandma”: Public housing demolition and relocation among older adults in Atlanta. *Cities*, 35, 359–364. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2012.10.011>
- Kulberg, A. (2010). My Home is my Castle: Residential Wellbeing and Perceived Safety in Different Types of Housing Areas in Sweden [Linköping University, Sweden].
- Lei n.º 50/2018 | DR. (sem data). Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/50-2018-116068877>
- Leslie, E., & Cerin, E. (2008). Are perceptions of the local environment related to neighbourhood satisfaction and mental health in adults? *Preventive Medicine*, 47(3), 273–278. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.014>
- Leston Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Batista, I., & Guardado Moreira, M. J. (2014). “Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011 Evolução e Perspectivas”. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10174/20693>
- Lima, A. B. R. (2011). Ambiente Residencial e Envelhecimento Ativo: Estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade [Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/10277>
- Loureiro, A., Cardoso, M., Almendra, R., & Santana, P. (2015). Condições sócio-ambientais e relação com a saúde mental auto percebida nos municípios da Amadora, Lisboa, Mafra e Oeiras (pp. 135–149). https://doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_10

Loureiro, A. S. (2019). Saúde mental e qualidade de vida no idoso: Uma intervenção no âmbito da educação social [masterThesis]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31139>

Luz, P. S. (2023, julho 11). Mais velhos e mais sós. O retrato de quem trabalhou sem descontos. <https://www.dn.pt/sociedade/mais-velhos-e-mais-sos-o-retrato-de-quem-trabalhou-sem-descontos--16670881.html>

Maintaining Prosperity in an Ageing Society | READ online. (sem data). [oecd-ilibrary.org](https://read.oecd-ilibrary.org/economics/maintaining-prosperity-in-an-ageing-society_9789264163133-en). Obtido 14 de setembro de 2023, de https://read.oecd-ilibrary.org/economics/maintaining-prosperity-in-an-ageing-society_9789264163133-en

Martins, S. C. (2015). Crime e Vitimação: A perceção da insegurança/segurança da população de uma comunidade da Área do Porto [masterThesis, [s.n.]]. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4948>

Matias, P. (sem data). “Ageing in place”: Reflexões sobre o conceito e desafios para Portugal “Ageing in place”: reflections on the concept and challenges for Portugal. Obtido 14 de setembro de 2023, de https://www.academia.edu/30615354/_Ageing_in_place_Reflex%C3%B5es_sobre_o_conceito_e_desafios_para_Portugal_Ageing_in_place_reflections_on_the_concept_and_challenges_for_Portugal

Meesters, J. (2009). The meaning of activities in the dwelling and residential environment. Delft centre for Sustainable Urban Areas.

Mental health of older adults. (sem data). Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Moore, T. H. M., Kesten, J. M., López-López, J. A., Ijaz, S., McAleenan, A., Richards, A., Gray, S., Savović, J., & Audrey, S. (2018). The effects of changes to the built environment on the mental health and well-being of adults: Systematic review. *Health & Place*, 53, 237–257. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.07.012>

Moraes, E. N. de. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. Em *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (pp. 151–177). Fundação Oswaldo Cruz.

- Moreira, M. J. G. (2020). Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7409>
- Nazareth, M. J. (1984). Conjuntura demográfica da população portuguesa no período de 1970-80: Aspectos globais. *Análise social: revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*, XX (81-82), 237–262.
- Nazareth, J. M. (1988). O envelhecimento demográfico. *PSICOLOGIA*, 6(2), 135–147. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v6i2.794>
- Neves, C. (2021, agosto 7). Mafra cresce em população. O trunfo? Lisboa a 40 minutos. <https://www.dn.pt/sociedade/mafra-cresce-em-populacao-o-trunfo-lisboa-a-40-minutos-14011954.html>
- Nunes, J. M. (2006). Saúde mental. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i5.10285>
- Ochodo, C., Ndetei, D. M., Moturi, W. N., & Otieno, J. O. (2014a). External Built Residential Environment Characteristics that Affect Mental Health of Adults. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 91(5), 908–927. <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9852-5>
- Ochodo, C., Ndetei, D. M., Moturi, W. N., & Otieno, J. O. (2014b). External Built Residential Environment Characteristics that Affect Mental Health of Adults. *Journal of Urban Health*, 91(5), 908–927. <https://doi.org/10.1007/s11524-013-9852-5>
- Odufuwa, B., Badiora, A. I., Olaleye, D. O., Akinlotan, P. A., & Adebara, T. M. (2019). Perceived personal safety in built environment facilities: A Nigerian case study of urban recreation sites. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*, 25, 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.jort.2018.11.002>
- Oleiros distinguido com o Selo Comunidades Pró-Envelhecimento 2022-2024. (sem data). Município de Oleiros. Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://cm-oleiros.pt/oleiros-distinguido-com-o-selo-comunidades-pro-envelhecimento-2022-2024/>
- Oliveira, P. J., & Malva, J. O. (sem data). *Aging From Fundamental Biology to Societal Impact*.
- Oliveira, P. J., & Malva, J. O. (Eds.). (2023). *Contents*. Em *Aging* (pp. v–xx). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823761-8.00034-3>

Organização Mundial da Saúde. (sem data). Constitution of the World Health Organization. Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Organização Mundial da Saúde. (1998). Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/150_securitypromotion.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório Mundial da Saúde Mental: Saúde mental, nova concepção, nova esperança. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf?sequence=4

Organização Mundial da Saúde. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all (p. 296). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>

Organização Mundial da Saúde, O. (2002). Active Ageing A Policy Framework. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

Padeiro, M. (2021). Recomposições territoriais do envelhecimento em Portugal . Em Geografia, Turismo e Território: Livro de Homenagem a Fernanda Delgado Cravidão (Imprensa da Universidade de Coimbra, pp. 221–242). <https://doi.org/10.14195/978-989-26-2058-9>

Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2022). Global aging and health determinants in a changing world. Em *Aging From Fundamental Biology to Societal Impact*. Elsevier Inc. All rights reserved. <https://www.sciencedirect.com/book/9780128237618/aging>

Plano Municipal de Saúde de Coimbra. (sem data). Câmara Municipal de Coimbra. Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/saude/estrategia-municipal-de-saude/plano-municipal-de-saude-de-coimbra>

Portal do INE. (sem data). Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.ine.pt>

Portugal é o quarto país mais envelhecido do mundo. (2023, junho 19). SIC Notícias. <https://sicnoticias.pt/pais/2023-06-19-Portugal-e-o-quarto-pais-mais-envelhecido-do-mundo-861fed40>

Portugal vai ser o país europeu com menor percentagem de população ativa. (sem data). Jornal de Notícias. Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://www.jn.pt/nacional/portugal-vai-ser-o-pais-europeu-com-menor-percentagem-de-populacao-ativa-13727842.html/>

Potter, J., Cantarero, R., Yan, X., Larrick, S., Keele, H., & Ramirez, B. (2005). How Does Immigration Impact on the Quality of Life in a Small Town?

Quartilho, M. J. (2010). *Saúde Mental*. Imprensa da Universidade de Coimbra / Coimbra University Press.

Resende, M. C. de, Almeida, C. de P., Favoreto, D., Miranda, E. das G., Silva, G. P. da, Vicente, J. F. P., Queiroz, L. Á., Duarte, P. F., & Galicioli, S. C. P. (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, 42(1). <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5315>

Rodrigues, T. F., & Henriques, F. C. (2017). Desafios demográficos colocados à sociedade portuguesa. PCS-Plataforma para o Crescimento Sustentável, Fundação Wilfried Martens Center for European Studies. <http://hdl.handle.net/10362/46972>

Rosa, M. J. V. (2016). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos.

Rural Crime and Community Safety (sem data). Obtido 14 de setembro de 2023, de <https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/46730/oa-9781135005559.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*. Imprensa da Universidade de Coimbra. http://www.uc.pt/imprensa_uc

Santana, P. (2015). *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental*. Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra. <https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/ebook>

Santos, M. M. L. dos. (2013). *O Papel do Cooperativismo na Promoção da Satisfação Residencial. - O caso de Marvila, em Lisboa [masterThesis]*. <https://run.unl.pt/handle/10362/13167>

Santos, N., & Oliveira Moreira, C. (2018). O Centro Histórico de Coimbra. *Novas dinâmicas* (pp. 317–343).

Shach-Pinsly, D. (2019). Measuring security in the built environment: Evaluating urban vulnerability in a human-scale urban form. *Landscape and Urban Planning*, 191, 103412. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2018.08.022>

Sheid, T. L., & Brown, T. N. (2010). *Approaches to Mental Health and Illness: Conflicting Definitions and Emphases*. Em *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge.

Shen, Y., Ta, N., & Liu, Z. (2021). Job-housing distance, neighborhood environment, and mental health in suburban Shanghai: A gender difference perspective. *Cities*, 115, 103214. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2021.103214>

Shieh, E., Sharifi, A., & Rafieian, M. (2011). Identification of factors that assure quality of residential environments, using environmental assessment indices: A comparative study of Two of Tehran's neighborhoods (Zafaranih & Khaniabad). *Iran University of Science & Technology*, 21(2), 119–132.

Silva, E. da, Santos, E. dos, & Pucci, S. H. M. (2021). O IMPACTO DA QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE MENTAL DO IDOSO | *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2588>

Silva, P. R. da. (2010). *Habitação e Promoção da Saúde*. Em *Fichas Técnicas de Habitação*. Direção Geral da Saúde.

Son, J. Y., Yang, J.-J., Choi, S., & Lee, Y.-K. (2023). Impacts of residential environment on residents' place attachment, satisfaction, WOM, and pro-environmental behavior: Evidence from the Korean housing industry. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1217877>

Sun, Y., Fang, Y., Yung, E. H. K., Chao, T.-Y. S., & Chan, E. H. W. (2020). Investigating the links between environment and older people's place attachment in densely populated urban areas. *Landscape and Urban Planning*, 203, 103897. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2020.103897>

Svalastog, A. L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431–435. <https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.431>

Swift, H. J., Vauclair, C.-M., Abrams, D., Bratt, C., Marques, S., & Lima, M.-L. (2014). Revisiting the Paradox of Well-being: The Importance of National Context. *The Journals of Gerontology: Series B*, 69(6), 920–929. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu011>

Teixeira, A. C. de J. (2018). Perceção do sentimento de (in)segurança no centro histórico de Guimarães [masterThesis]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/58758>

Veiga, G. R. S., da Silva, G. A. P., Padilha, B. M., & Lima, M. de C. (2023). Determining factors of child linear growth from the viewpoint of Bronfenbrenner's Bioecological Theory. *Jornal de Pediatria*, 99(3), 205–218. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2022.10.009>

Veléz-Agosto, N. M., Soto-Crespo, J. G., Coll, C. G., Vizcarrondo-Opppenheimer, M., & Vega-Molina, S. (2017). Revisão da teoria bioecológica de Bronfenbrenner: Movendo a cultura do macro para o micro -. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691617704397>

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994a). The disablement process. *Social Science & Medicine* (1982), 38(1), 1–14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994b). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1.

webeditpt. (2023, janeiro 12). “Não deixar ninguém para trás num mundo envelhecido”. Nações Unidas - ONU Portugal. <https://unric.org/pt/nao-deixar-ninguem-para-tras-num-mundo-envelhecido/>

What is the lifetime risk of depression? (sem data). Our World in Data. Obtido 14 de agosto de 2023, de <https://ourworldindata.org/depression-lifetime-risk>

World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World. (2023, janeiro 12). UN DESA Publications. <http://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>

Zeng, E., Dong, Y., Yan, L., & Lin, A. (2023). Perceived Safety in the Neighborhood: Exploring the Role of Built Environment, Social Factors, Physical Activity and Multiple Pathways of Influence. *Buildings*, 13(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.3390/buildings13010002>