

ENVELHECIMENTO · TERRITÓRIO · COMUNIDADE

Perguntaram antes às pessoas?

*Como construir comunidades e respostas
para envelhecer com autonomia*

Raul Jorge Marques

E-BOOK

Perguntaram antes às pessoas?

Como construir comunidades e respostas para envelhecer com autonomia

Raul Jorge Marques

Os mais velhos «não voltam a ser adolescentes, não são iguais entre si, nem se tornam necessariamente comprometidos do ponto de vista intelectual».

G. Stanley Hall (1922), conforme sintetizado por Anita L. Neri (2016, p. 4)

© 2026 Raul Jorge Marques. Esta obra está licenciada sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Para ver uma cópia, visite creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt

outubro de 2026

FICHA TÉCNICA

Título: Perguntaram antes às pessoas? — Como construir comunidades e respostas para envelhecer com autonomia

Autor: Raul Jorge Marques (Geógrafo. Formação Avançada pós-Universitária em Gerontologia Aplicada)

Blogue de Referência: Envelheceres.com

Entidade Parceira: ANIMAR – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local (Grupo de Trabalho Envelhecimento e Desenvolvimento Local)

Data de Edição: outubro de 2026

Formato: E-book (Distribuição Digital Gratuita)

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.23439361>

NOTA DE TRANSPARÊNCIA E INTEGRIDADE ACADÉMICA

Informa-se que a presente obra constitui uma síntese ampliada, uma evolução e um esforço de literacia pública baseados no percurso de investigação e terreno desenvolvido pelo autor ao longo das últimas décadas. O texto incorpora, adapta e expande conceitos teóricos, dados estatísticos e reflexões metodológicas formalizados pelo próprio autor em relatórios institucionais (com destaque para o *Estudo de Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo e Saudável*, ANIMAR, 2022) e em dados depositados no Repositório Digital de Publicações Científicas (RCAAP). Todos os conteúdos próprios aqui retomados e desenvolvidos mantêm a autoria original do autor.

LICENÇA DE ATRIBUIÇÃO CREATIVE COMMONS

Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Esta publicação é de acesso aberto e distribuição inteiramente gratuita. É permitida a partilha, cópia e redistribuição do material em qualquer suporte ou formato, sob as seguintes condições:

- **Atribuição (BY):** Deve dar o devido crédito ao autor, indicar o nome da obra e fornecer um link para o documento original ou para o blogue Envelheceres.com.
- **Não Comercial (NC):** Não pode utilizar este material para fins comerciais ou lucrativos.
- **Sem Derivadas (ND):** Se remisturar, transformar ou criar a partir deste material, não pode distribuir o material modificado.

Índice

Introdução — Porque precisamos de reaprender a olhar para o envelhecimento.....	1
1. Envelhecer não é chegar à velhice.....	5
2. O século do envelhecimento	9
3. O problema não é envelhecer. É o modo como envelhecemos	15
4. Envelhecer é continuar a ser pessoa	20
5. Envelhecimento ativo: oportunidade ou obrigação?	26
6. Reforma: fim de quê? Planear o futuro pessoal	30
7. Saber para poder decidir.....	35
8. Literacia em saúde: uma competência para a autonomia.....	38
9. Quando a memória falha: compreender as demências.....	44
10. A Geografia da vida	49
11. Comunidades que cuidam	56
12. Perguntaram antes às pessoas?.....	63
13. Da experiência vivida à Inteligência Comunitária	69
14. Laboratórios de Envelhecimento: experimentar para transformar	74
15. Planear o envelhecimento do território	79
16. O futuro do envelhecimento.....	83
Conclusão — Envelhecer é de todos.....	88
Anexo A — Glossário.....	90
Anexo B — O Método VIVA em resumo	92
Bibliografia de Apoio.....	94
Levar estas ideias para o seu território.....	105

Introdução — Porque precisamos de reaprender a olhar para o envelhecimento

Envelhecer nunca foi apenas uma questão biológica. É uma experiência humana, social, cultural, emocional e territorial: uma narrativa que cada pessoa escreve, mas que é também moldada pelas comunidades onde vive, pelas políticas que a rodeiam e pela literacia que possui para interpretar o seu corpo, a sua mente e o seu lugar no mundo.

Vivemos num tempo em que o envelhecimento deixou de ser um tema especializado para ser uma questão pública central: a revolução demográfica, o aumento das doenças crónicas e das demências, a solidão, a fragilidade das redes familiares, a pressão sobre os sistemas de saúde. **Ou compreendemos o envelhecimento, ou perdemos a capacidade de cuidar de nós e dos outros.** Este livro nasce dessa urgência.

Uma pergunta que atravessa o livro

Há perguntas simples que mudam a maneira de olhar para um problema. Esta é a que atravessa todo o livro e lhe dá o título: **Perguntaram antes às pessoas?** Perguntaram antes de criar a atividade, de desenhar o serviço, de mudar o espaço, de aprovar o plano, de decidir a política? A pergunta ganhou corpo, para mim, numa tarde em Arraiolos, quando uma senhora me disse, ao despedirmo-nos: **«Venha cá mais vezes porque, pelo menos, temos quem nos quer ouvir.»** Nessa frase cabe muito do que procuro compreender: o reconhecimento que uma escuta pode dar, a voz como condição de pertença, e o conhecimento que uma pessoa tem sobre a sua vida e que nenhum diagnóstico técnico produz sozinho.

A pessoa no centro

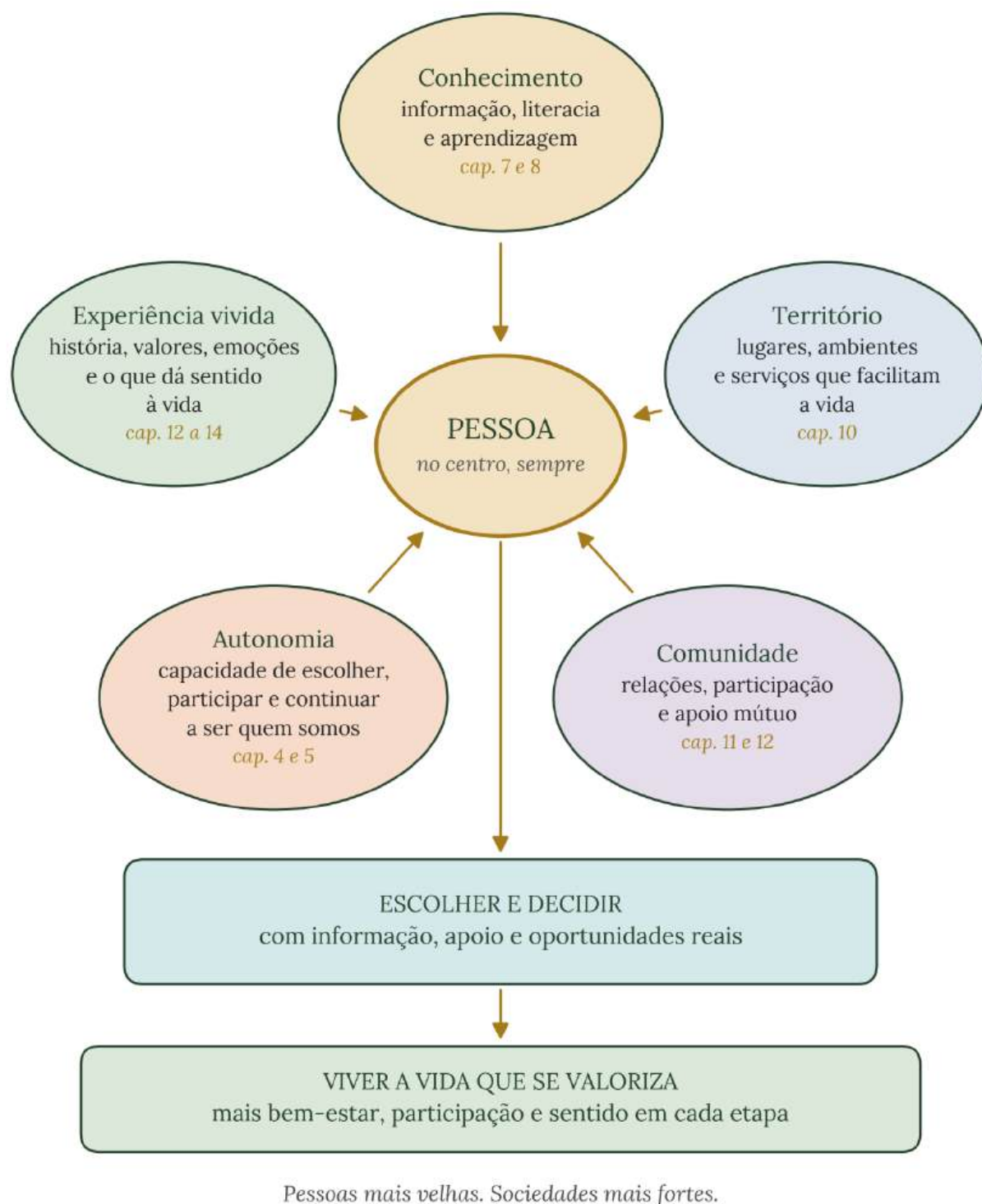


Figura 1 — A pessoa no centro de uma relação entre experiência vivida, conhecimento, autonomia, território e comunidade, com a indicação dos capítulos.

Um percurso

Sou geógrafo, com formação ligada ao ensino da Geografia, ao desenvolvimento regional e local e à avaliação de políticas públicas. Quando estudava o desenvolvimento local, no final dos anos 1990, interessava-me perceber de que forma os cidadãos participavam na transformação dos territórios

(Marques, 2000). Anos mais tarde, ao observar territórios que envelheciam, tornou-se evidente que a leitura territorial não bastava: era preciso compreender melhor as pessoas que envelheciam nesses lugares. Foi essa inquietação que me levou à Gerontologia, e a pergunta voltou sob outra forma: **onde estão as pessoas mais velhas quando se decide sobre o seu envelhecimento?**



Figura 2 — Um percurso: do desenvolvimento local à Inteligência Comunitária (Marques, 2000, 2019a, 2022, 2026; Monte, 2023).

O *Estudo de Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo e Saudável* (Marques, 2022), o trabalho de Arraiolos e o Plano Gerontológico Local que dele resultou (Monte, 2023) e, mais recentemente, o *Método VIVA* (Marques, 2026) são marcos deste caminho. Ao longo dele fui usando, quase como brincadeira académica, uma palavra, *geogerontologia*, para nomear o encontro entre a Geografia e a Gerontologia: a primeira a olhar para a vida dos territórios, a segunda para a vida das pessoas mais velhas. Não a apresento como disciplina, e há uma Geografia Gerontológica feita por geógrafos de que o meu percurso se distingue (capítulo 10). A palavra é minha; a questão que procura nomear é muito mais ampla.

O que este livro é, e o que não é

É uma síntese ampliada do que tenho escrito, ensinado e facilitado sobre envelhecimento, gerontologia e literacia em saúde, reunindo artigos, aulas, manuais, sessões participativas e reflexões de anos de trabalho com comunidades, organizações e famílias. Não é um manual técnico, nem um relatório académico, nem um guia clínico. É um livro de literacia e de trabalho de terreno, pensado para pessoas reais, famílias reais, cuidadores reais, profissionais reais e comunidades que querem envelhecer melhor e decidir de forma mais informada. É também uma abordagem do envelhecer ligada ao mundo ocidental: noutros lugares, as experiências são muito diferentes.

O chapéu do envelhecimento local

O público com quem tenho trabalhado é diverso: pessoas mais velhas e famílias, dirigentes de ERPI e de Centros de Dia, técnicos de associações, técnicos municipais e de juntas de freguesia, profissionais de saúde, farmácias, GNR. Acredito que os Planos Gerontológicos Locais podem funcionar como um **chapéu do envelhecimento local**, sob o qual todas estas entidades, independentemente do seu domínio de intervenção, contribuem para um bem comum: uma política gerontológica local que promova um bom envelhecimento. Sentar todos à mesma mesa não é fácil, mas todos juntos seremos sempre mais úteis do que cada um a trabalhar só por si. Este livro é para quem trabalha, vive ou cuida debaixo desse chapéu.

Como ler este livro

Os três primeiros capítulos procuram compreender o envelhecimento; do 4 ao 6 olhamos para a pessoa (autonomia, envelhecimento ativo, reforma e planeamento); do 7 ao 9, para o conhecimento, a literacia e a saúde, incluindo as demências; do 10 ao 12, para o território, a comunidade e a participação; do 13 ao 15, para a Inteligência Comunitária, os Laboratórios e o planeamento local; e o 16 olha para o futuro. Não precisa de os ler por ordem. A tabela seguinte sugere um ponto de partida consoante o seu papel.

Se é...	Comece por...
Pessoa mais velha ou familiar	Capítulos 1 a 9; o 8 (saúde) e o 9 (demências) são os mais práticos.
Dirigente ou profissional de ERPI e Centro de Dia	Capítulos 4, 5 e 7 a 9, a secção 11.10 e os capítulos 12 e 15.
Técnico de associação	Capítulos 11 a 14.
Técnico municipal ou de junta de freguesia	Capítulos 10 a 15.
Profissional de saúde, farmácia ou GNR	Capítulos 8, 9, 11 e 15.

No fim de cada capítulo há um quadro *Em prática*, com uma sugestão curta para cada um destes leitores. No fim do livro encontra a Bibliografia de Apoio, organizada por temas, para quem quiser aprofundar. E uma palavra sobre linguagem: uso preferencialmente *pessoa mais velha*, pelas razões explicadas no capítulo 1.

Antes de começar

Se este livro for útil, como espero, é mais do que uma realização profissional: é uma realização pessoal. A pergunta que o atravessa é simples e talvez a mais exigente de todas, e convido-o a levá-la consigo: **Perguntaram antes às pessoas?**

1. Envelhecer não é chegar à velhice

Há uma ideia simples que precisamos de colocar no início deste livro: **não começamos a envelhecer quando chegamos à velhice**. Envelhecemos desde que nascemos.

Pode parecer evidente, mas grande parte da forma como organizamos a sociedade continua a contradizê-la: dividimos a vida em grandes etapas estanques (infância, juventude, vida adulta, velhice) como se houvesse uma fronteira nítida entre elas. Ninguém acorda no dia em que completa 65 anos biologicamente diferente do dia anterior. Não perde de repente capacidades, interesses, projetos, relações ou vontade de participar, e duas pessoas com a mesma idade podem estar em situações muito diferentes. Por isso a Gerontologia nos convida a substituir uma visão centrada apenas na idade por uma compreensão mais ampla do **curso de vida**. Envelhecer não é chegar a um lugar chamado velhice. É percorrer a vida.

1.1. Envelhecemos ao longo do curso de vida

Cada pessoa chega às fases mais avançadas da vida transportando uma história: a saúde que construiu e perdeu, a educação que recebeu, o trabalho que realizou, os lugares onde viveu, as relações que manteve, as oportunidades que teve e as que nunca chegaram a existir. Quando observamos uma pessoa mais velha, não estamos apenas perante uma idade cronológica, mas perante o **resultado provisório** de um percurso. Digo *provisório* deliberadamente: enquanto existe vida, existe possibilidade de mudança. As pessoas continuam a adaptar-se, a aprender, a criar relações, a tomar decisões, a enfrentar perdas e a construir significado. Há coisas que permanecem, como os valores, os hábitos, os gostos, as memórias, e há ruturas, uma doença, uma viuvez, uma mudança de casa. **Envelhecer é aprender continuamente a viver entre aquilo que permanece e aquilo que muda.**



O envelhecimento acompanha todo o curso de vida.

Figura 3 — Envelhecer é processo, não evento.

1.2. A idade não explica a pessoa

Usamos muitas vezes a idade como se fosse uma explicação: *tem 80 anos*. A frase informa sobre o tempo vivido, mas diz muito pouco sobre a pessoa. Não sabemos se vive só ou acompanhada, se conduz, se caminha vários quilómetros ou precisa de apoio para sair de casa, se usa tecnologias digitais, se participa na comunidade. Por isso uma das características fundamentais do envelhecimento é a **heterogeneidade**: talvez nunca sejamos tão diferentes uns dos outros como quando acumulamos muitas décadas de vida. Quando uma política pública, uma instituição ou uma comunidade pensa as pessoas só a partir da idade, corre o risco de criar respostas para uma categoria estatística e não para as pessoas concretas que vivem a sua vida.

1.3. As transições, grandes e pequenas

A reforma é talvez a transição mais evidente. Durante décadas o trabalho pode organizar parte da identidade, do tempo e das relações: há uma hora para levantar, um lugar para onde ir, colegas, responsabilidades. A reforma pode ser liberdade, disponibilidade e oportunidade, e pode também levantar uma pergunta inquietante: **agora que já não faço aquilo que fiz durante tantos anos, quem sou eu?** Para umas pessoas é uma libertação, para outras uma rutura difícil, para muitas as duas coisas. Não é só um acontecimento administrativo: é uma **transição biográfica e social**, e não acontece no vazio. Quem se reforma com saúde, segurança económica, relações e possibilidades de participação enfrenta uma realidade diferente de quem entra na reforma com doença, isolamento e poucos recursos. Voltaremos à reforma no capítulo 6.



Uma transição individual é sempre influenciada pelo contexto em que acontece.

Figura 4 — Transições são momentos estruturantes.

Nem todas as mudanças chegam com uma data no calendário. Algumas instalam-se devagar: alguém começa a evitar conduzir à noite, depois deixa de fazer certos percursos; uma escada que nunca foi problema exige mais esforço; um passeio que se fazia a pé passa a ser feito de carro. Chamo-lhes **micro-mudanças**. Interessam-me porque permanecem invisíveis durante muito tempo: não geram um diagnóstico nem uma intervenção, e, no entanto, vão reduzindo ou reorganizando o espaço de vida. Deixar de conduzir, por exemplo, não é só perder um automóvel: dependendo do lugar, pode ser perder acesso autónomo ao comércio, aos serviços de saúde, às pessoas e às atividades. **Uma transição individual é sempre influenciada pelo contexto em que acontece.**

1.4. Envelhecemos em algum lugar e com os outros

Ninguém envelhece num espaço abstrato: envelhecemos numa casa, numa rua, num bairro, numa aldeia, numa cidade, perto ou longe dos serviços, com transportes ou sem eles, com passeios acessíveis ou barreiras, rodeados de vizinhos ou sozinhos. Compreender o envelhecimento é, por isso, compreender o lugar onde ele acontece, e esta é uma das razões pelas quais a minha formação em Geografia e o encontro com a Gerontologia acabaram por se cruzar. Durante muitos anos olhei para os territórios para compreender as suas dinâmicas, desigualdades e possibilidades de desenvolvimento; a Gerontologia acrescentou outra pergunta: como são essas transformações vividas por quem envelhece neles? As duas perguntas não se separam. Um território pode ter equipamentos e programas para pessoas mais velhas e, ainda assim, limitar-lhes a autonomia se não conseguirem chegar lá. Não basta perguntar *que serviços existem?*; é preciso perguntar **que possibilidades de vida permite este lugar?** Esta pergunta acompanhar-nos-á ao longo do livro.

E nunca envelhecemos sozinhos. As famílias reorganizam-se, os amigos afastam-se ou desaparecem, surgem novas relações, uns tornam-se cuidadores e outros precisam de cuidados, os filhos envelhecem enquanto os pais envelhecem. Há quem valorize a solidão e há quem sofra com a falta de contacto, e há solidões que ninguém escolheu. Uma pessoa não é autónoma só porque faz sozinha certas atividades: a autonomia depende também de poder pedir ajuda, tomar decisões e manter relações com sentido. **Autonomia não é sinónimo de fazer tudo sozinho.** É conservar capacidade de escolha e poder sobre a própria vida, mesmo quando precisamos dos outros.

1.5. A palavra e a pessoa

Há uma escolha de linguagem que quero tornar explícita: ao longo do livro uso preferencialmente a expressão **pessoa mais velha** (cf. Palmore, 2000; Avers et al., 2011; Murphy et al., 2022). Não é só uma opção linguística. As palavras influenciam a forma como representamos a realidade: quando uma característica passa a funcionar como substantivo que define a pessoa, todas as outras dimensões correm o risco de desaparecer. Por isso tenho reservas sobre o uso indiscriminado de *idoso* como categoria identitária: o problema não está na palavra, mas no que frequentemente se lhe associa, fragilidade, dependência, perda. **A idade informa sobre o tempo vivido. Não diz, por si só, quem é aquela pessoa.**

Tenho chamado frequentemente a atenção para estas palavras e para o processo associado. Efetivamente, não há «idosamento», mas envelhecimento, porque, simplesmente, vamos ficando mais velhos. As Nações Unidas institucionalizaram uma classificação etária para fins essencialmente demográficos, estatísticos e de política social, que foi perdurando na linguagem associada ao envelhecimento e mal, na minha opinião.

A Organização Mundial da Saúde publicou em 2021 um guia de comunicação destinado a combater o idadismo. Nesse documento, recomenda expressões como *older person*, *older people* e *older adults*, em detrimento de designações potencialmente estigmatizantes, como *the elderly*, sem proibir outros termos.

Em português europeu, «pessoa mais velha» constitui uma tradução particularmente adequada de *older person*.

1.6. Então, quando começa a velhice?

Talvez seja a pergunta errada. Podemos estabelecer limites estatísticos, definir idades de reforma, construir grupos etários para analisar a população, e tudo isso é necessário para conhecer e organizar a sociedade. Mas nenhuma fronteira cronológica diz quando alguém *passa a ser velho*. A Gerontologia interessa-se por como fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem ao longo da vida, pelas diferenças entre pessoas da mesma idade, pelas perdas e capacidades. E acrescento uma dimensão: **o território**. O envelhecimento acontece ao longo do tempo, mas também no espaço. A pessoa envelhece com o corpo que tem, com a história que viveu, com as relações que construiu e **no lugar onde a vida acontece**. Talvez seja esta uma das primeiras ideias que a *geogerontologia* acrescenta (capítulo 10): **não basta perguntar quantos anos tem uma pessoa; é preciso compreender como vive,**

com quem vive e onde vive. Antes de procurarmos respostas para a velhice, talvez devamos compreender melhor o que significa envelhecer.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Não se defina só pela idade: conte a sua história, o que mudou e o que quer manter.
ERPI e Centro de Dia	Conheçam a história e o percurso de cada pessoa antes de falar em <i>os idosos</i> , e reparem nas micro-mudanças que passam despercebidas.
Técnicos de associações	Desenhem respostas a partir de pessoas concretas e não de uma categoria de idade.
Técnicos municipais e freguesias	Perguntem sempre <i>que possibilidades de vida permite este lugar?</i> e não só <i>que serviços existem?</i>
Saúde, farmácias, GNR	Falem com a pessoa e não pela idade: reparem em quem deixou de conduzir, de vir ou de aparecer.

2. O século do envelhecimento

Durante grande parte da história humana, viver muitos anos foi uma possibilidade reservada a uma minoria. Hoje, chegar a idades avançadas é uma experiência comum para uma parte crescente da população, e esta mudança é uma das grandes conquistas das sociedades contemporâneas.

Vivemos mais porque reduzimos a mortalidade infantil, controlámos muitas doenças infecciosas, melhorámos a alimentação e o saneamento, desenvolvemos sistemas de saúde, aumentámos a educação e criámos melhores condições de vida. A medicina contribuiu decisivamente, mas a longevidade não nasceu apenas nos hospitais: foi construída também na habitação, na educação, na proteção social, nas condições de trabalho e no desenvolvimento económico e social.

O quadro seguinte mostra que o mundo mudou estruturalmente entre 1953 (quando nasci) e 2025 (72 anos): a esperança de vida global aumentou 24,7 anos e a mortalidade infantil reduziu-se em cerca de 80%. Portugal é um caso exemplar de transformação social: a esperança de vida à nascença aumentou cerca de 20,7 anos e a mortalidade infantil caiu cerca de 97%, uma das maiores reduções da Europa, um resultado associado à universalização do acesso à saúde, à expansão da educação, à melhoria das condições de vida, à urbanização e ao saneamento, às políticas sociais e laborais e à redução da pobreza extrema, sobretudo depois de 1974.

Quadro 1 — Mundo vs. Portugal (1953 → 2025). Fontes: United Nations (2024); United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (2024); Instituto Nacional de Estatística (2025, 2026a, 2026b).

Indicador	Mundo 1953	Mundo 2025	Portugal 1953	Portugal 2025
Esperança de vida à nascença (anos)	48,81	73,52	61,08	81,75
Mortalidade infantil (por 1.000 nados-vivos)	130,13	26,38	92,93	2,8

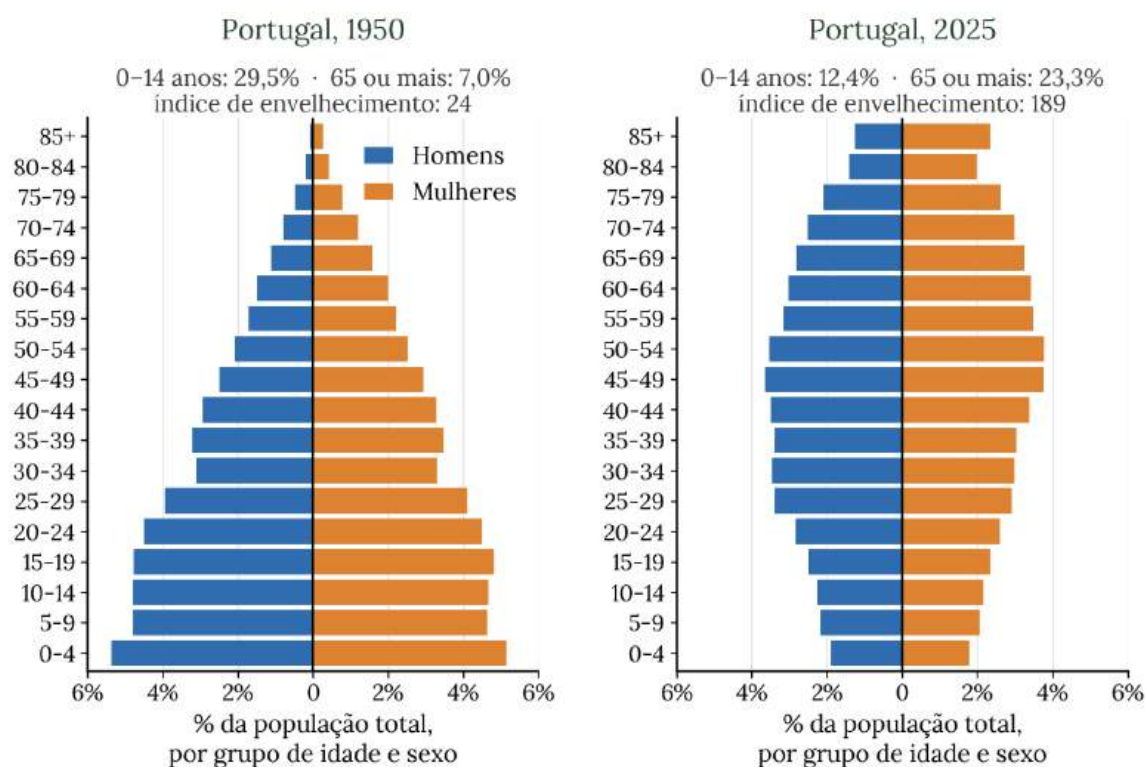
Por isso, quando falamos de envelhecimento demográfico, devemos começar por reconhecer uma aparente contradição: **aquilo que frequentemente apresentamos como um problema é, em grande medida, o resultado de um enorme sucesso coletivo.** O desafio começa depois. Conseguimos acrescentar anos à vida. Precisamos agora de perguntar **que vida estamos a acrescentar a esses anos.**

2.1. Uma revolução silenciosa

As grandes transformações nem sempre acontecem de forma espetacular: algumas instalam-se lentamente. Ano após ano, nascem menos crianças, as pessoas vivem mais tempo, as gerações numerosas avançam na estrutura etária, as famílias transformam-se, alguns territórios perdem população jovem e outros concentram população e serviços. Quando as juntamos, percebemos que estamos perante uma verdadeira revolução demográfica, resultado da redução da fecundidade e do aumento da longevidade, a que se acrescentam as migrações, que podem acelerar ou atenuar o envelhecimento de determinados territórios.

Envelhecimento individual e envelhecimento demográfico são realidades diferentes. **As pessoas envelhecem. As populações envelhecem de outra maneira.** Uma pessoa envelhece porque percorre o seu curso de vida; uma população envelhece quando a sua estrutura etária se altera, aumentando o peso relativo das idades mais avançadas. Uma sociedade envelhecida não é só uma sociedade com muitas pessoas mais velhas: é uma sociedade cuja estrutura demográfica se transformou profundamente.

Da base larga ao topo largo: a estrutura etária de Portugal, 1950 e 2025



Fontes: INE, Anuário Estatístico de Portugal 1953 (Recenseamento de 1950, população presente); INE/PORDATA, estimativas da população residente a 31 de dezembro de 2025 (revistas em junho de 2026). Grupo «85+» agregado nos dois anos; homens de 2025 = total menos mulheres. Elaboração própria.

Figura 5 — Estrutura etária de Portugal em 1950 e em 2025. A base larga de 1950 (29,5% de jovens e 7,0% de pessoas com 65 ou mais anos, índice de envelhecimento 24) deu lugar a um topo largo e a uma base estreita em 2025 (12,4% e 23,3%, índice 188,8) (Instituto Nacional de Estatística, 1954, 2026b; PORDATA, 2026).

2.2. A extraordinária conquista da longevidade

Durante muito tempo usámos a esperança de vida sobretudo como um indicador estatístico. Talvez devêssemos olhar para ela também como uma narrativa: por detrás do seu aumento há milhões de histórias que puderam continuar, de pessoas que conheceram os netos e os bisnetos, chegaram à reforma e viveram ainda décadas, iniciaram novos projetos depois dos 60 ou dos 70 anos. Quando alguém se reforma aos 65 anos e vive até aos 85, são vinte anos de vida, e hoje a esperança de vida aos 65 anos é de 20,2 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2026b): **não são um intervalo, são uma parte significativa de uma biografia.**

Isto obriga-nos a reconsiderar as categorias com que organizámos o curso de vida. Se a vida se prolonga, não basta acrescentar uma longa *velhice* ao fim de um modelo construído para vidas mais

curtas: é preciso repensar a educação, o trabalho, a reforma, a participação, a habitação, a saúde, as relações familiares e a aprendizagem ao longo da vida. **A longevidade não acrescentou apenas anos. Alterou a arquitetura da vida.**

Os partidos políticos que sustentam a democracia têm de compreender estas diferenças para alterarem as políticas públicas, de forma a responderem a uma nova realidade gerontológica e demográfica.

«É difícil construir um novo modelo? Efetivamente não é!» (Marques, 2019b)

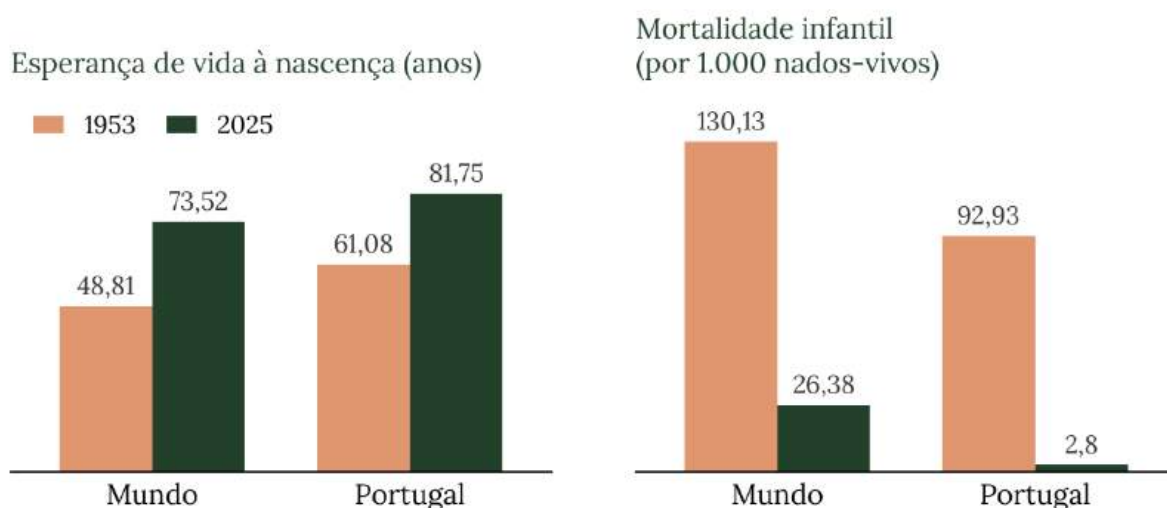


Figura 6 — Esperança de vida à nascença e mortalidade infantil, no Mundo e em Portugal, em 1953 e 2025 (United Nations, 2024; UN IGME, 2024; Instituto Nacional de Estatística, 2025, 2026a, 2026b).

2.3. Viver mais não significa envelhecer da mesma maneira

Os anos acrescentados à vida não são vividos da mesma forma por todos. As condições em que envelhecemos começam a ser construídas muito antes: educação, rendimento, profissão, habitação, alimentação, atividade física, acesso a cuidados, relações, ambiente, território. **As desigualdades também envelhecem connosco.** Quem atravessou décadas de precariedade laboral, habitação inadequada ou dificuldade de acesso aos cuidados não chega aos 70 anos nas mesmas condições de quem teve maior segurança e recursos. Devemos celebrar o aumento da esperança de vida, mas perguntar também **quantos desses anos são vividos com saúde, autonomia, participação e qualidade de vida, e quem está a beneficiar mais da conquista da longevidade e quem continua a ficar para trás.** Os números mostram-no: no inquérito de 2024, 17,8% das pessoas com 65 ou mais anos estavam em risco de pobreza, 19,4% das mulheres e 15,8% dos homens (21,1% no inquérito de 2023) (Instituto Nacional de Estatística, 2026b). **O século do envelhecimento é também o século em que teremos de discutir as desigualdades da longevidade.**

2.4. Portugal envelheceu depressa, e os territórios também envelhecem

Em poucas décadas Portugal conheceu profundas transformações demográficas, sociais e territoriais: diminuíram os nascimentos, a esperança de vida aumentou, as famílias tornaram-se menores, a emigração retirou população, sobretudo em idades jovens e ativas, a concentração no litoral

acentuou-se e muitos territórios do interior perderam habitantes. Em 2025, o número de jovens (0–14 anos) representava 12,4% da população residente, o grupo dos 15 aos 64 anos 64,3% e as pessoas com 65 ou mais anos 23,3%, o que dá um índice de envelhecimento de 188,8 pessoas idosas por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2026b). Portugal está entre os países europeus com uma estrutura demográfica mais envelhecida.

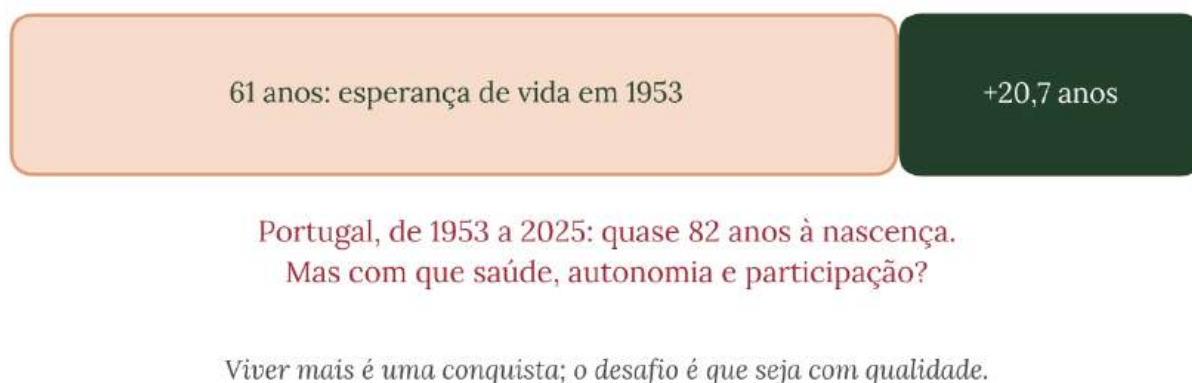


Figura 7 — Mais anos de vida: de 61 anos em 1953 a quase 82 em 2025, em Portugal. A pergunta é com que qualidade? (Instituto Nacional de Estatística, 2026a).

Mas dizer apenas que *Portugal está envelhecido* explica muito pouco. Que Portugal? A Área Metropolitana de Lisboa, uma aldeia do interior, uma cidade média, um município turístico, um território marcado pela imigração, uma freguesia rural sem escola, comércio e serviços? As médias nacionais escondem geografias profundamente diferentes: há territórios onde a presença de pessoas mais velhas é muito elevada e a redução das gerações mais jovens compromete a renovação demográfica, e outros onde a imigração introduz população em idade ativa e novas dinâmicas. **Não existe apenas uma demografia do envelhecimento. Existe também uma Geografia do envelhecimento.**

Um território não envelhece como uma pessoa. Quando um lugar perde população jovem durante décadas, diminuem os nascimentos, as escolas perdem alunos, o comércio perde clientes, alguns serviços tornam-se difíceis de manter, as redes familiares ficam mais distantes, a disponibilidade de cuidadores informais diminui. Cria-se um ciclo: menos população, menos serviços, menor atratividade, nova perda de população. E quem permanece é frequentemente uma proporção elevada de pessoas mais velhas. Aqui o envelhecimento deixa de ser só uma questão individual ou de saúde e passa a ser uma questão de **desenvolvimento regional e local**: mobilidade, habitação, serviços, comércio, participação, saúde, redes sociais e planeamento condicionam ao mesmo tempo o desenvolvimento dos territórios e a qualidade do envelhecimento. É neste cruzamento que encontro sentido para a *geogerontologia* (capítulo 10).

2.5. Mais pessoas mais velhas, mais dependência? A armadilha da *bomba demográfica*

Persiste uma associação que importa questionar: **mais envelhecimento demográfico igual a mais dependência**. A idade aumenta a probabilidade de algumas doenças e limitações, sobretudo nas

idades muito avançadas, e seria errado ignorá-lo. Mas seria igualmente errado ver todas as pessoas acima de certa idade como dependentes ou encargos. Uma pessoa de 75 anos pode continuar profissionalmente ativa, cuidar dos netos, apoiar pais ainda mais velhos, fazer voluntariado, produzir conhecimento, sustentar redes familiares. Grande parte destas contribuições não aparece nas contas tradicionais: quando uma avó acompanha regularmente um neto para que os pais trabalhem, que valor foi criado? Se olharmos para as pessoas mais velhas apenas através dos custos com pensões, saúde e cuidados, fazemos uma contabilidade incompleta, e daí políticas incompletas.

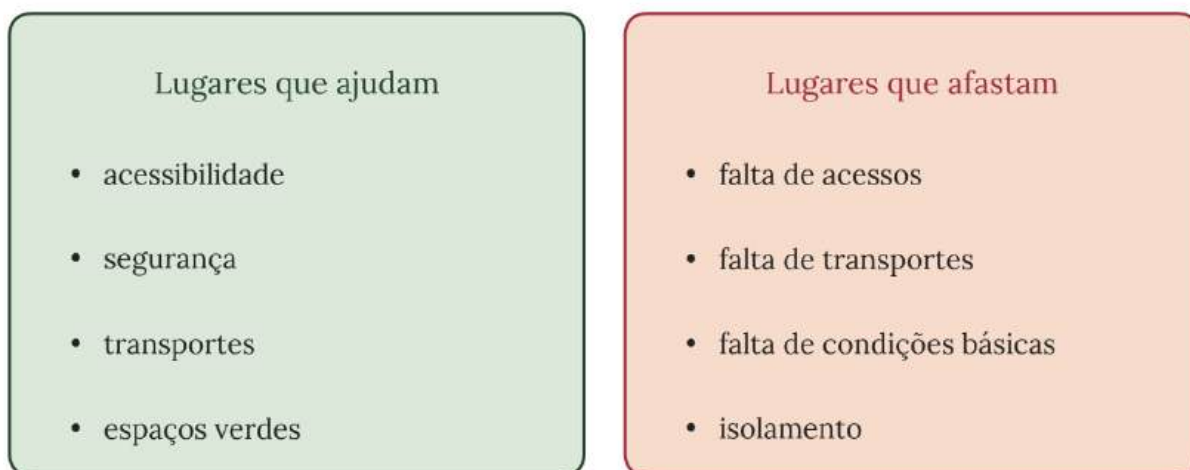
O envelhecimento é muitas vezes apresentado numa linguagem de ameaça: *bomba-relógio demográfica, peso dos idosos, carga sobre os sistemas de saúde, insustentabilidade*. Algumas preocupações são legítimas, e uma população mais envelhecida exige adaptações nas pensões, na saúde, nos cuidados de longa duração, na habitação e na proteção social. O problema surge quando transformamos um desafio estrutural numa narrativa sobre as próprias pessoas, que passam de cidadãs a *custos*, de participantes a *dependentes*. Esta linguagem não é neutra: constrói representações sociais da velhice e pode alimentar o idadismo. Precisamos de fazer duas coisas ao mesmo tempo, reconhecer a dimensão dos desafios e recusar que sejam usados para desvalorizar quem vive mais anos. **O problema não é existirem demasiadas pessoas que conseguiram viver muito tempo; é termos sociedades que ainda não se reorganizaram para uma realidade que elas próprias ajudaram a criar.**

2.6. Da esperança de vida à esperança de vida com qualidade; uma sociedade para todas as idades

Durante décadas medimos o sucesso por uma pergunta: quantos anos vivemos? No século do envelhecimento já não chega. Precisamos de perguntar quantos anos vivemos com saúde, com autonomia, a participar, ligados aos outros, a decidir sobre a nossa vida, e, talvez a mais exigente, **quantos anos sentimos que vale a pena viver da forma como estamos a viver?**

Não se trata de diminuir o valor da vida quando surge doença ou dependência: uma vida com limitações continua a ter dignidade, direitos, relações, afetos e significado. Se conseguimos prolongar a vida, temos a responsabilidade coletiva de criar condições para que esses anos sejam vividos com a maior qualidade possível, incluindo quando surgem fragilidade ou necessidade de cuidados. É aqui que a Gerontologia ganha importância: não para ensinar as pessoas a não envelhecer, mas para ajudar pessoas, famílias, profissionais, organizações e comunidades a compreender melhor como envelhecemos e como podemos envelhecer melhor.

O envelhecimento demográfico não diz respeito só a quem hoje tem 70, 80 ou 90 anos: diz respeito às crianças, aos jovens, à população em idade ativa, às famílias, aos territórios, porque todos estamos a construir o nosso próprio envelhecimento, todos os dias, desde que nascemos. Uma cidade acessível beneficia uma pessoa de 85 anos, mas também uma criança, uma pessoa com deficiência ou alguém com uma lesão; transportes adequados aumentam a autonomia dos mais velhos e as oportunidades dos jovens; combater o idadismo beneficia quem é velho hoje e quem o será amanhã. Preparar uma sociedade para o envelhecimento não é construir uma sociedade especializada em pessoas mais velhas: **é construir uma sociedade capaz de acolher todo o curso de vida.**



Onde vivemos muda a forma como envelhecemos.

Figura 8 — Onde vivemos muda a forma como envelhecemos: lugares que ajudam e lugares que afastam.

O século XXI será profundamente marcado pelo envelhecimento, mas não sabemos que envelhecimento construiremos. Podemos responder criando mais instituições e serviços depois de os problemas aparecerem, ou começar mais cedo: investir na prevenção, promover literacia, combater desigualdades, adaptar habitações, repensar a mobilidade, criar comunidades mais próximas, integrar o envelhecimento no planeamento territorial e escutar as pessoas antes de decidir por elas.

Conseguimos uma das maiores conquistas da história humana, viver mais tempo. Agora precisamos de uma segunda: **aprender a viver melhor durante mais tempo**. A pergunta já não pode ser só *como vamos suportar uma sociedade envelhecida?*, talvez deva ser **como podemos transformar a conquista de viver mais numa conquista de viver melhor?**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Viver mais é uma conquista, não um problema. Pense também em como quer viver esses anos.
ERPI e Centro de Dia	Planeiem para a longevidade e para a diversidade: as pessoas que acolhem têm trajetórias e desigualdades díspares.
Técnicos de associações	Useм números com rigor e evitem a linguagem de ameaça (<i>bomba demográfica, peso dos idosos</i>).
Técnicos municipais e freguesias	Olhem para a estrutura etária por território e não só pela média do concelho: dentro do mesmo município há realidades muito diferentes.
Saúde, farmácias, GNR	Lembrem que mais idade não é mais dependência: perguntem a cada pessoa o que ainda faz e quer fazer.

3. O problema não é envelhecer. É o modo como envelhecemos

Se viver durante mais tempo é uma das grandes conquistas das sociedades contemporâneas, por que razão continuamos tantas vezes a falar do envelhecimento como se fosse um problema? Talvez porque confundimos duas coisas: **envelhecer é inevitável; a forma como envelhecemos não é inteiramente inevitável.**

Não podemos escolher não envelhecer, mas podemos influenciar uma parte do percurso, e as sociedades, as políticas públicas e os territórios podem influenciar outra parte muito importante. Há quem pense que o envelhecimento é um destino em que nada se pode fazer; há quem ponha quase toda a responsabilidade na pessoa, que bastaria alimentar-se bem, fazer exercício, manter-se ativa e ter uma atitude positiva. Nenhuma das duas visões chega. Há comportamentos, escolhas e capacidade de adaptação, mas também condições económicas, educação, relações, acesso à saúde, habitação, ambiente, cultura e políticas públicas. **O modo como envelhecemos resulta da interação de tudo isto ao longo da vida.**

3.1. Não existe uma única maneira de envelhecer, e começa muito antes de pensarmos nele

Conhecemos pessoas da mesma idade que parecem pertencer a gerações diferentes. Uma pessoa de 80 anos pode viver com autonomia, manter relações, participar na comunidade, viajar e ter projetos; outra, com a mesma idade, pode ter limitações funcionais importantes, viver só e depender dos outros. **Qual delas está a envelhecer normalmente?** Provavelmente todas. No estudo multidimensional que coordenei para a Animar e que apresentei na Escola Superior de Educação de Castelo Branco (1 fev. 2023), procurei justamente não reduzir o envelhecimento a uma única variável, mas perceber a pessoa através de várias dimensões: fatores psicossociais, estilos de vida, ambiente, relações, saúde (Marques, 2022). Qualquer explicação do envelhecimento por uma só causa estará incompleta.

Quando tentamos promover um envelhecimento mais saudável começamos muitas vezes demasiado tarde: esperamos pela reforma, pelos 65 anos, por uma doença, por uma queda. Mas o envelhecimento é uma espécie de **biografia acumulada**: as relações que construímos, a segurança económica que criámos, o lugar onde vivemos. Isto não significa que tudo fique decidido antecipadamente, o que seria determinista: podemos mudar comportamentos, recuperar capacidades, aprender, adaptar ambientes. Mas significa que **preparar o envelhecimento não deveria ser uma tarefa reservada às pessoas mais velhas**: devemos aprender a envelhecer enquanto ainda pensamos que o envelhecimento é uma coisa que acontece aos outros.

3.2. Quanto podemos comandar o envelhecimento? Responsabilidade partilhada

Há alguns anos usei, de forma provocadora, a expressão **comandar o processo** a propósito dos estilos de vida. Continuo a gostar da provocação, mas hoje acrescentaria uma explicação: não comandamos completamente o envelhecimento, ninguém escolhe a genética nem controla todos os

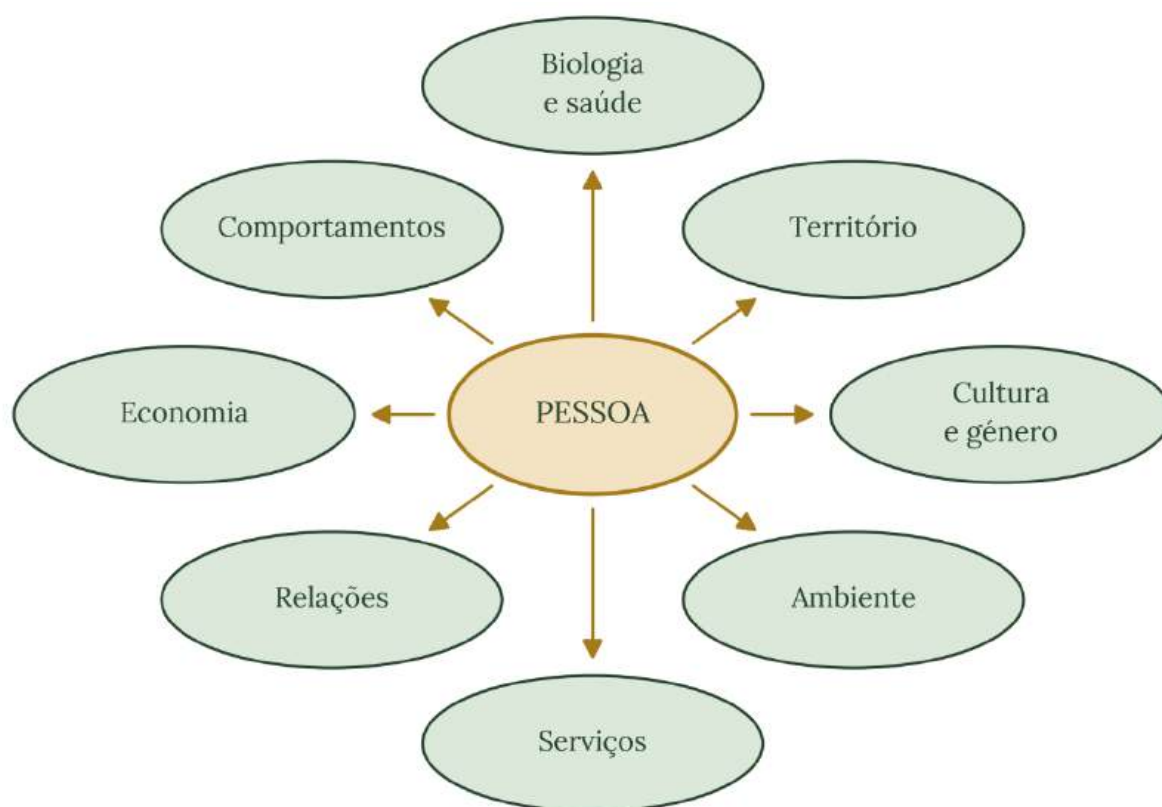
acontecimentos. Mas isso não nos faz passageiros passivos. A atividade física regular, a alimentação, o sono, a estimulação cognitiva, as relações, a prevenção e a redução de comportamentos de risco podem contribuir para trajetórias de envelhecimento mais favoráveis. No estudo, os fatores psicossociais e os estilos de vida foram analisados em conjunto, porque a saúde não se separa da forma como as pessoas vivem e sentem a vida (Marques, 2022). **Envelhecer bem não é cumprir uma lista de comportamentos saudáveis:** é construir um equilíbrio possível entre corpo, mente, relações, condições de vida e capacidade de adaptação, diferente de pessoa para pessoa (cf. Rowe & Kahn, 1997).

Há uma expressão muito popular, **cada um envelhece como viveu**, que tem alguma verdade e um perigo. Duas pessoas podem fazer escolhas muito diferentes ou muito parecidas e acabar em lugares diferentes. É fácil recomendar atividade física, e mais difícil quando não há transportes, as atividades são longe ou a pessoa vive isolada; é fácil recomendar consultas regulares, e mais difícil quando o acesso aos cuidados é limitado. A promoção de um envelhecimento saudável não pode ser uma nova forma de culpabilização: **nem todo o envelhecimento vulnerável resulta de más escolhas, e nem todo o envelhecimento saudável resulta apenas de boas escolhas.**

Quem é, então, responsável? A pessoa, a família, o sistema de saúde, a comunidade, o município, o Estado? Provavelmente todos, mas não da mesma maneira nem com o mesmo poder. A pessoa tem responsabilidade sobre decisões que pode efetivamente tomar; a sociedade, por criar condições que tornem essas decisões possíveis; as políticas públicas, por combater desigualdades que nenhuma escolha individual resolve. Talvez o equilíbrio seja este: **nem retirar às pessoas a capacidade de influenciar o seu envelhecimento, nem as responsabilizar por tudo aquilo que não tiveram possibilidade de escolher.** É uma responsabilidade partilhada e ao longo da vida.

3.3. Determinantes, saúde e capacidade funcional

Quando pensamos em saúde pensamos primeiro em médicos, hospitais, medicamentos e doenças. São fundamentais, mas uma parte importante da saúde constrói-se fora do sistema de saúde: em casa, na escola, no trabalho, no rendimento, na alimentação, nas relações, no ambiente, na comunidade (cf. Lalonde, 1974). No *Estudo de Avaliação Multidimensional* usei como referência vários grupos de determinantes: pessoais e comportamentais, económicos, sociais, serviços sociais e de saúde, ambiente físico (cf. World Health Organization, 2002; Marques, 2022). Em vez de perguntar apenas **o que deve esta pessoa fazer para envelhecer melhor?**, precisamos de perguntar também **que condições tem esta pessoa para poder envelhecer melhor?** A primeira olha para o indivíduo; a segunda obriga-nos a olhar para a sociedade.



O envelhecimento resulta da interação de vários determinantes ao longo da vida.

Figura 9 — Determinantes do envelhecimento.

A saúde é importante, e não devemos cair no erro contrário. Com a idade aumenta o risco de doenças crónicas, fragilidade e limitações, e a prevenção, o diagnóstico e o acompanhamento são componentes essenciais. Mas **envelhecimento saudável não pode significar ausência de doença**: se assim fosse, quem tem várias doenças crónicas estaria excluído de envelhecer bem, e a experiência mostra que não é assim, é possível viver com doença e manter autonomia, relações e sentido. A pergunta passa de **que doenças tem?** para **o que consegue e deseja continuar a fazer?** (cf. World Health Organization, 2015; Beard et al., 2016). Parece uma mudança pequena, mas é profundamente gerontológica: coloca a pessoa novamente no centro.

O mesmo vale para a capacidade funcional, que não é só executar tarefas sozinho (levantar-se, vestir-se, preparar uma refeição). Uma pessoa pode precisar de ajuda para algumas coisas e continuar a decidir. Por isso devemos olhar para a relação entre **as capacidades da pessoa e o ambiente em que vive** (cf. Lawton & Nahemow, 1973): uma escada pode transformar uma limitação ligeira numa dependência grave, um elevador pode fazer o contrário, um transporte acessível pode devolver espaço de vida a quem deixou de conduzir. É novamente um ponto onde a Gerontologia e a Geografia se encontram.

3.4. O lugar pode proteger ou fragilizar

No capítulo 1 afirmei que envelhecemos sempre em algum lugar. Podemos dar mais um passo: o território é também um **determinante do envelhecimento**. Uma pessoa com dificuldade em

caminhar, num bairro com passeios adequados, comércio próximo, transportes acessíveis, farmácia, centro de saúde e espaços de encontro, tem uma limitação com impacto relativamente reduzido; noutro lugar, a mesma dificuldade pode significar isolamento. No estudo multidimensional, ao compreender o ambiente físico, não perguntámos só pelo tipo de habitação, interessaram-nos escadas, iluminação, humidade, portas estreitas: detalhes aparentemente pequenos, mas é muitas vezes através deles que se decide se alguém consegue continuar a viver com autonomia (Marques, 2022). A *geogerontologia* encontra aqui um dos seus terrenos mais evidentes (capítulo 10): compreender **como o lugar transforma capacidade em autonomia, ou limitação em dependência**.

3.5. Também envelhecemos emocionalmente, e exige adaptação

Existe ainda uma dimensão que não pode ficar escondida atrás dos indicadores clínicos: **como nos sentimos perante a vida?** No estudo incluí a satisfação com a vida, o stress, a tristeza, o pessimismo, a irritabilidade, a autoconfiança, o sentimento de utilidade, a energia e o interesse pelas pessoas (Marques, 2022). Porque uma pessoa envelhece também através das perdas, das relações, das expectativas e da interpretação que faz do que lhe acontece. Mas convém não transformar emoções humanas normais em patologias do envelhecimento: sentir tristeza perante uma perda não significa estar doente, e precisar de tempo também não.

Talvez uma das palavras mais importantes da Gerontologia seja **adaptação**. Ao longo da vida perdemos algumas possibilidades e ganhamos outras: mudamos objetivos, escolhemos prioridades, encontramos estratégias alternativas, aprendemos a fazer de outra forma (cf. Baltes & Baltes, 1990). Mas há um limite: **não podemos pedir permanentemente às pessoas que se adaptem a ambientes que se recusam a adaptar-se às pessoas**. Não podemos pedir envelhecimento ativo numa comunidade sem transportes, exigir participação onde não há espaços de participação, nem defender autonomia em habitações inacessíveis.

3.6. Prevenir não é impedir o envelhecimento; aprender a envelhecer

Existe uma poderosa indústria cultural em torno do *anti-envelhecimento*, muitas vezes ligada à cosmética, e também uma intervenção clínica, a chamada medicina da longevidade, mais recente em Portugal, mas com mais de três décadas nos Estados Unidos (A4M, 2026). Já usei esta designação em formações anteriores. Hoje prefiro tratá-la com mais cautela: *anti-envelhecimento* pode sugerir que envelhecer é um erro a corrigir. Se envelhecer é consequência de continuar vivo, a questão não é ser contra o envelhecimento: é compreender que fatores de risco podem ser modificados, que capacidades podem ser preservadas e que condições ajudam a viver mais anos com qualidade.

A Gerontologia não procura impedir o envelhecimento, procura compreendê-lo; e a prevenção não pretende travar o tempo, procura reduzir riscos evitáveis e atrasar incapacidades. Por isso prefiro uma formulação menos conflituosa e mais coerente com este livro: **pró-envelhecimento com qualidade**, a promoção da longevidade com saúde, autonomia e qualidade de vida. Aceitar que envelhecemos não é desistir de intervir: é reconhecer o processo para podermos agir sobre o que é modificável.

Se o envelhecimento acontece ao longo da vida, talvez devêssemos aprender algo sobre ele antes de chegar às idades mais avançadas. Aprendemos matemática, línguas, regras de trânsito, competências

profissionais, mas quantas vezes aprendemos sobre como envelhecer? Quantas pessoas chegam à reforma sem pensar no que vão fazer com o tempo de vida que ainda têm pela frente? Quantas só pensam em adaptar a casa depois de uma queda? Quantas descobrem a importância das relações quando a rede já diminuiu? Não proponho transformar a vida num programa de preparação para a velhice, mas considero que seria importante **integrar o envelhecimento naturalmente na educação para a vida**. Saber que envelheceremos ajuda a decidir melhor e a olhar de outra maneira para quem já foi mais longe neste percurso.

3.7. O problema não é envelhecer

Voltemos ao título. O problema não é envelhecer: envelhecer significa que a vida continuou. O problema surge quando os anos acrescentados são acompanhados por doença evitável, incapacidade prevenível, pobreza, isolamento, discriminação, habitação inadequada, falta de transportes e de cuidados, quando começamos a preparar o envelhecimento só depois de os problemas aparecerem. Por isso talvez devamos reformular a pergunta. Em vez de *como evitar os problemas da velhice?*, perguntemos: **o que podemos fazer, ao longo da vida e nos lugares onde vivemos, para aumentar as possibilidades de envelhecer com saúde, autonomia, participação e sentido?** É uma pergunta mais exigente, porque a resposta já não depende só da medicina: depende de cada um de nós, da família, da comunidade, das políticas públicas e do território. A adaptação tem de acontecer nos dois sentidos: **as pessoas adaptam-se às mudanças da vida, mas as sociedades também têm de se adaptar às pessoas que vivem mais tempo**. Talvez o verdadeiro desafio não seja descobrir como não envelhecer, mas aprendermos, individual e coletivamente, **como queremos envelhecer**.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Cuide do que pode (movimento, relações, saúde), sem se culpar pelo que não depende de si.
ERPI e Centro de Dia	Peçam a cada pessoa que diga o que consegue e deseja continuar a fazer, e adaptem o ambiente antes de pedir adaptação à pessoa.
Técnicos de associações	Evitem a culpabilização (<i>se não se cuidou...</i>): olhem também para transportes, habitação e rendimento.
Técnicos municipais e freguesias	Tratem o território como determinante do envelhecimento: avaliem escadas, passeios, transportes e serviços.
Saúde, farmácias, GNR	Trabalhem a prevenção sem medo nem culpa, e perguntem o que a pessoa quer continuar a fazer, além do que tem.

4. Envelhecer é continuar a ser pessoa

Há uma transformação que acontece muitas vezes sem que reparemos nela. Uma pessoa passa grande parte da vida a ser reconhecida através de múltiplas dimensões: tem uma profissão, relações familiares, amizades, vizinhança, interesses, responsabilidades e pertenças. Pode ensinar, trabalhar na agricultura, dirigir uma associação, fazer música, cuidar de alguém, cozinhar, trabalhar na horta ou simplesmente estar sossegada. Depois a idade avança e todas essas identidades parecem desaparecer atrás de uma única palavra: **velho**. Ou, mais frequentemente, de uma categoria: **idoso**.

É uma redução extraordinária. Uma vida inteira de experiências, relações, escolhas, perdas e afetos passa a ser interpretada através de um número. Por isso este capítulo começa com uma afirmação que parece demasiado evidente para precisar de ser dita: **envelhecer é continuar a ser pessoa**. Mas precisamos de a dizer, porque muitas das formas como organizamos instituições, serviços e discursos sobre o envelhecimento parecem esquecê-la.

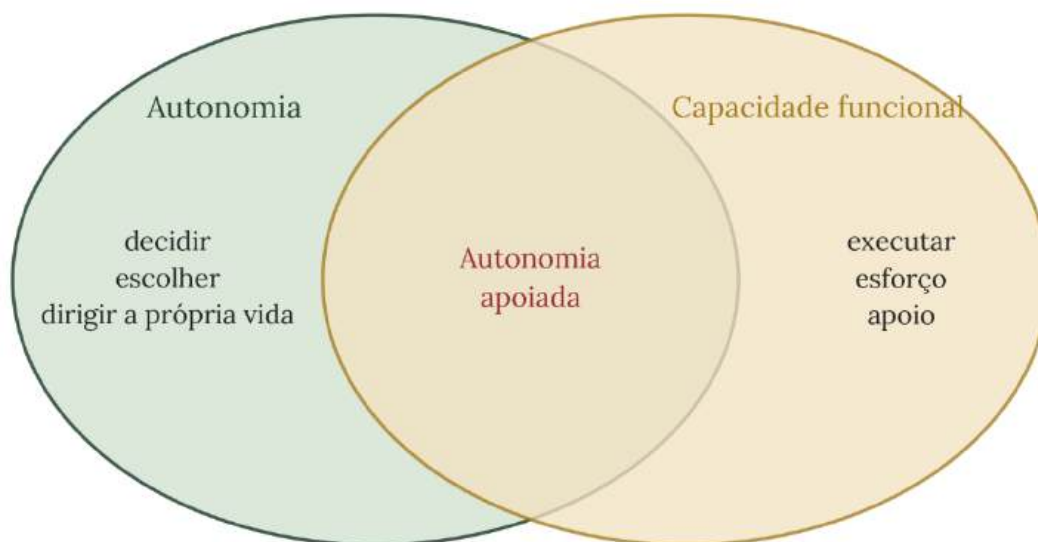
4.1. A pessoa vem antes da idade

Uma pessoa não se transforma numa categoria aos 65, aos 80 ou aos 90 anos. Continua a transportar a mesma biografia, que continua a mudar: história, preferências, medos, hábitos, valores, relações, direitos. E continua, sempre que as suas capacidades o permitam, a fazer escolhas. Foi por isso que optei, ao longo deste livro, pela expressão **pessoa mais velha** (cf. Palmore, 2000; Avers et al., 2011; Murphy et al., 2022). A ordem das palavras importa: primeiro a pessoa, depois uma característica. Quando dizemos *o diabético*, *o demente* ou *o idoso*, transformamos uma característica numa identidade total. A pessoa desaparece e fica a categoria; e quando a categoria substitui a pessoa torna-se mais fácil presumir aquilo de que ela gosta, o que consegue fazer, o que deve querer. É aí que começam muitos dos problemas.

Há uma contradição na forma como pensamos o envelhecimento: quanto mais tempo uma pessoa vive, mais singular se torna o seu percurso, e tendemos a tratá-las como um grupo cada vez mais homogêneo. Uma pessoa de 66 anos e outra de 96 separam-se por trinta anos, praticamente uma geração, e mesmo duas pessoas da mesma idade são muito diferentes: uma vive sozinha e quer continuar assim, outra sente profundamente a solidão; uma quer atividades todos os dias, outra prefere a casa; uma usa tecnologia com facilidade, outra não tem interesse. Nenhuma escolha é, por si só, mais correta. **Não existe uma única maneira adequada de ser uma pessoa mais velha.**

4.2. Saber o que é melhor para os outros? Perguntar muda a relação

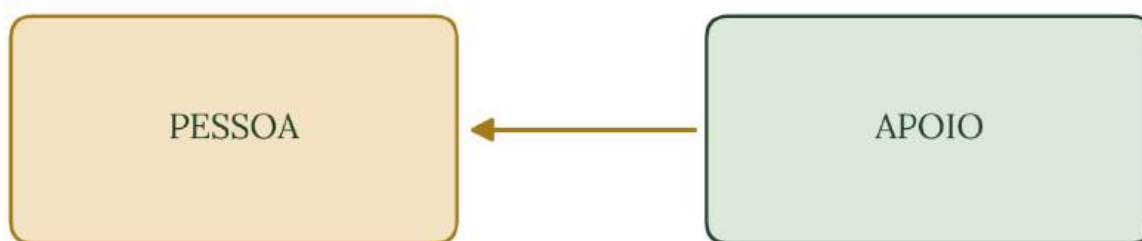
A intervenção dirigida às pessoas mais velhas tem geralmente boas intenções: ajudar, proteger, promover a saúde, reduzir o isolamento. O problema começa quando, por querermos ajudar, deixamos de perguntar. É surpreendentemente fácil construir respostas para pessoas que nunca foram ouvidas: criamos atividades, definimos horários, escolhemos temas, desenhamos programas, e depois convidamos as pessoas a participar. Mas há uma diferença entre **participar numa atividade que alguém concebeu** e **participar na definição do que deve ser feito**. É a mudança de destinatário para participante, de consumidor para parceiro, de objeto da intervenção para sujeito da decisão.



Autonomia não é fazer tudo sozinho.

Figura 11 — Autonomia ≠ fazer tudo sozinho.

Esta questão é sensível no cuidado. **Cuidar não pode significar, apropriar-se da vida do outro.** A pessoa cuidada continua a ter história, hábitos, intimidade, direito a gostar e a não gostar, a aceitar e, dentro do possível, a recusar, a ser tratada como adulta. Há uma tendência para infantilizar: mudamos o tom de voz, usamos diminutivos, decidimos sem perguntar, falamos sobre a pessoa na sua presença como se não estivesse ali. É especialmente exigente nas ERPI e nos Centros de Dia, onde a rotina da instituição pode sobrepor-se à da pessoa, e voltaremos a isto no capítulo 11. Proteção e respeito não são incompatíveis. **Quanto maior é a dependência, maior deveria ser a atenção à dignidade.**



Apoiar sem ocupar o lugar da pessoa.

proteger sem apagar · ajudar sem substituir · cuidar com consentimento

Figura 12 — Cuidar é preservar identidade.

4.4. Utilidade e valor da experiência

Uma palavra aparece muito quando falamos de envelhecimento: **utilidade**. Sentir-se útil, continuar útil, deixar de o ser. No estudo multidimensional do envelhecimento ativo e saudável (Marques, 2022) procurei avaliar o sentimento de inutilidade; a escolha não foi casual. Durante décadas, o

reconhecimento social está ligado ao trabalho, e depois surge a reforma e, para algumas pessoas, uma pergunta brutal: **Se já não trabalho, para que sirvo?** Talvez o problema esteja menos na pessoa do que na sociedade que a ensinou a medir o seu valor pela produtividade. Uma pessoa não precisa de demonstrar utilidade económica para justificar a sua existência. Não tem de fazer voluntariado, cuidar dos netos, continuar profissionalmente ativa ou participar numa associação. Pode fazê-lo se quiser. **O direito a ser reconhecida como pessoa não depende do que produz para os outros.**

Mas a experiência também tem valor. Existe conhecimento que só a experiência produz e que não é inferior por não ter nascido numa universidade ou num gabinete. Quem vive há quarenta anos numa aldeia sabe quem vive sozinho, que serviços desapareceram, onde as pessoas se encontram; quem vive o próprio envelhecimento sabe o que significa deixar de conduzir, depender de outra pessoa para uma tarefa que antes fazia sozinho, ver alguém falar por si. É a **experiência vivida**: não é toda a verdade, mas é uma parte que frequentemente esquecemos.

E é igualmente importante evitar o erro inverso. Ter vivido muitos anos não faz de ninguém especialista em tudo: a experiência tem contexto, pode estar desatualizada, pode refletir crenças incorretas. Valorizar a experiência não é romantizá-la; é criar condições para que o conhecimento científico, o técnico e a experiência vivida dialoguem, porque nenhum, isoladamente, explica a vida das pessoas. Voltaremos a isto com a Inteligência Comunitária.

4.5. O direito de continuar a mudar

Existe outro estereótipo: a ideia de que, a partir de certo momento, a pessoa já está *feita*. Já não aprende, não muda, não começa, não arrisca, não se apaixona, não reconsidera. Continuar a ser pessoa significa estar aberto à mudança: começar uma atividade aos 75 anos, aprender uma tecnologia aos 80, mudar de casa, iniciar ou terminar uma relação, voltar a trabalhar, deixar de trabalhar, abandonar um voluntariado de que se deixou de gostar, ou simplesmente decidir que se quer uma vida mais tranquila. Nem todas as pessoas querem novidade permanente, e também isso deve ser respeitado. O importante é preservar a possibilidade de escolha. **Envelhecer não deveria significar, ver progressivamente reduzido o número de futuros que ainda conseguimos imaginar.**

Nas minhas intervenções levanto sempre a questão dos **mitos e tabus** do envelhecimento. Entre outros: (1) as pessoas mais velhas têm um declínio *inevitável* da saúde; (2) não estão interessadas em aprender; (3) não estão interessadas em tecnologia; (4) não estão interessadas em exercício físico; (5) o grande tabu: as pessoas mais velhas são *assexuadas*.

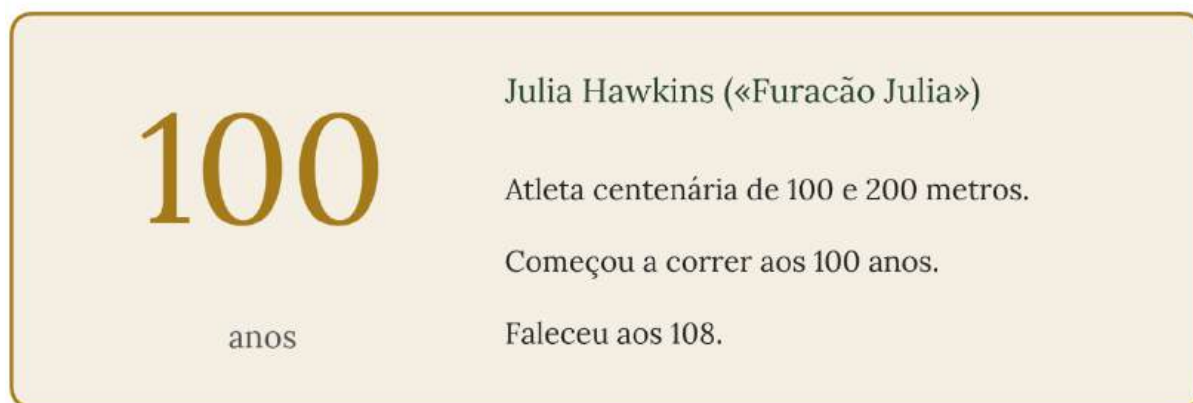


Figura 13 — Julia Hawkins (Furacão Julia), atleta centenária de 100 e 200 m. Começou a correr aos 100 anos e faleceu aos 108.

4.6. Idadismo e excesso de proteção

O idadismo (Butler, 1969; World Health Organization, 2021) começa muitas vezes em pequenas coisas. *Para a sua idade está muito bem. Já não vale a pena aprender isso. Deixe, eu faço. Isso agora é para os mais novos.* Cada frase parece inofensiva e por vezes nasce de uma intenção afetuosa, mas todas podem transportar a mesma mensagem: **já esperamos menos de si porque é mais velho.** O idadismo não é só atitude hostil: pode estar num paternalismo benevolente, quando presumimos incapacidade sem a verificar, excluimos alguém de uma decisão para o *poupar*, organizamos uma atividade imaginando que todos gostam das mesmas coisas, ou falamos da pessoa sem falar com a pessoa. O resultado é uma redução progressiva da sua condição de sujeito.

A proteção é necessária, mas há uma diferença entre proteger perante um risco real e impedir uma pessoa de correr qualquer risco porque envelheceu. Viver implica risco: sair de casa, caminhar, viajar, escolher, até permanecer em casa. Se eliminarmos todo o risco, podemos eliminar grande parte da vida. A tensão é difícil quando há fragilidade e dependência, e famílias e profissionais querem evitar quedas e acidentes. Mas a pergunta não pode ser só *como eliminamos o risco?* Precisamos de perguntar também: **que parte da autonomia estamos a retirar para eliminar esse risco?** Não há resposta simples, mas colocar a pergunta já muda a qualidade da decisão.

4.7. Dignidade e continuar a ser alguém

Até aqui falámos sobretudo de pessoas capazes de expressar escolhas. Mas e quando surgem alterações cognitivas profundas, grande dependência, dificuldade em comunicar o que se deseja? **Continua a ser pessoa.** Este princípio, que Kitwood (1997) defendeu a propósito da demência, não pode depender da capacidade funcional ou cognitiva: a dignidade não aumenta quando somos autónomos nem diminui quando nos tornamos dependentes. Uma pessoa com demência avançada continua a ter história, preferências que podem manifestar-se de outras formas, sentido de conforto e desconforto, resposta às relações, às vozes, aos gestos e aos afetos. **O valor da pessoa não depende daquilo que consegue fazer.** Voltaremos a isto no capítulo das demências.

Talvez seja esta uma das necessidades humanas mais profundas no envelhecimento: **continuar a ser reconhecido como alguém**, e não apenas como alguém que precisa de cuidados, como reformado,

utente, doente ou pessoa com 80 ou 90 anos. Alguém que teve uma vida e continua a tê-la. Quando escutamos uma pessoa, reconhecemos essa continuidade; quando lhe perguntamos o que prefere, quando respeitamos uma decisão, quando adaptamos a resposta às suas escolhas, quando usamos o seu conhecimento para compreender melhor a comunidade. É isso que está por detrás de grande parte do que chamamos autonomia, participação, inclusão e dignidade: **o direito de continuar a ser autor da própria vida, tanto quanto for possível**. Por isso, a pergunta mais simples para orientar qualquer intervenção é uma das mais exigentes: **estamos a fazer algo para esta pessoa ou estamos a fazê-lo com esta pessoa?**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Sublinhe o que a pessoa continua a decidir, mesmo quando precisa de ajuda. Não decidam por ela o que ela ainda consegue decidir.
ERPI e Centro de Dia	Tratem cada pessoa como adulta, com história e preferências. Perguntem antes de decidir por ela e avaliem o risco sem retirar mais autonomia do que o necessário.
Técnicos de associações	Evitem falar de <i>os idosos</i> : desenhem as atividades com as pessoas e respeitem quem prefere não participar.
Técnicos municipais e freguesias	Reparem nas pequenas frases idadistas nos documentos e nos serviços, e perguntem a quem se destina antes de desenhar uma resposta.
Saúde, farmácias, GNR	Falem com a pessoa e não sobre a pessoa, e expliquem as opções para que ela possa escolher.

5. Envelhecimento ativo: oportunidade ou obrigação?

Poucas expressões tiveram tanta influência na forma como pensamos o envelhecimento como **envelhecimento ativo**. É apelativa: sugere movimento, participação, autonomia, saúde, capacidade de escolha. Opõe-se a uma representação antiga da velhice associada à retirada e à inevitabilidade do declínio. O Grupo de Trabalho da Animar que coordeno começou por se chamar Envelhecimento Ativo e Desenvolvimento Local; em 2023, depois de ponderarmos as limitações de “ativo”, passou a Grupo de Trabalho Envelhecimento e Desenvolvimento Local. Na realidade, todo o paradigma dominante merece ser interrogado, porque uma ideia criada para libertar pode, aplicada sem cuidado, começar também a impor. **É desejável envelhecer ativamente. Mas somos obrigados a fazê-lo?**

5.1. De uma velhice passiva para um envelhecimento com possibilidades

Durante muito tempo a velhice foi associada à retirada: primeiro deixava-se o trabalho, depois diminuía a participação social, e esperava-se que a pessoa aceitasse um lugar periférico na família e na comunidade. A Organização Mundial da Saúde deu ao envelhecimento ativo, no início deste século, uma formulação que ultrapassa a atividade física: a otimização das oportunidades de **saúde, participação e segurança** ao longo do curso de vida (World Health Organization, 2002). **Ser ativo é participar, aprender, decidir, manter relações, cuidar da saúde, contribuir para a comunidade, e conservar autonomia e segurança quando surgem limitações.** É uma **arquitetura de possibilidades**, não uma fotografia da pessoa permanentemente ocupada.

Uma das formas mais fáceis de empobrecer o conceito é transformá-lo numa programação de atividades: ginástica à segunda, informática à terça, oficina de memória à quarta, teatro à quinta, tapeçaria à sexta. Podem ser excelentes, mas uma pessoa pode frequentar uma universidade sénior e não ter transporte para os serviços de saúde, ou participar num convívio e não ser ouvida quando a autarquia prepara uma estratégia para a sua idade: **muito ocupada, mas pouco empoderada.**

A pergunta não deveria ser *quantas atividades temos?* Mas **que possibilidades têm estas pessoas para continuar a viver a vida que valorizam?** Nas formações que tenho dado, uma ideia repetiu-se: ser **autor da sua própria vida**. Nenhum de nós o é por completo, mas conservar a capacidade de decidir sobre o quotidiano é uma dimensão fundamental da autonomia. E a repetição de *tem de sair mais, tem de conviver, tem de fazer exercício* deveria preocupar-nos: **em que momento uma oportunidade se transforma numa obrigação?**

5.2. O ideal de *envelhecer bem* e a *responsabilização individual*

Construímos um modelo da pessoa mais velha ideal: saudável, ativa, participativa, competente no digital, financeiramente autónoma, que viaja, aprende e faz voluntariado (cf. Rowe & Kahn, 1997; Baltes & Baltes, 1990). Fica de fora quem não gosta de atividades de grupo, quem nunca se adaptou ao digital, quem está cansado depois de uma vida de trabalho, quem atravessa uma tristeza, quem prefere uma existência menos preenchida. Corremos um risco paradoxal: ao combater o estereótipo da pessoa velha, passiva e incapaz, criamos outro, **a pessoa mais velha que deve ser sempre ativa, saudável, produtiva e feliz.** Mudou o conteúdo, permaneceu a norma.

Isto tem uma ligação ao meu próprio percurso. No *Estudo de Avaliação Multidimensional* (Marques, 2022), assente numa lógica de atividade (cf. Doll et al., 2007), valorizei a continuidade da atividade e do trabalho, que continuo a defender para mim, até ser eu a considerar que já não sou útil; hoje vejo com mais clareza o risco normativo. Prefiro assumir este reconhecimento a escondê-lo, apesar de pessoalmente continuar a privilegiar a multiatividade. É um pouco o reconhecimento da expressão «Bem prega Frei Tomás: faz o que ele diz, não faças o que ele faz»!

Há ainda a ideia de que cada pessoa deve assumir a responsabilidade pelo seu envelhecimento. Há verdade nisso, mas apenas parte: as possibilidades não estão igualmente distribuídas. Ninguém escolheu viver com baixos rendimentos, quarenta anos de trabalho desgastante ou a escolaridade que não pôde continuar, e quando ignoramos essas diferenças a responsabilidade transforma-se em culpabilização: *se envelheceu mal, não se cuidou*. Pode ainda produzir uma privatização do problema: a sociedade diz *cuide-se, mexa-se, planeie, poupe* e esquece-se de perguntar se há transportes, cuidados de proximidade, habitação segura, rendimento, espaços acessíveis, oportunidades de participação. **Não basta ensinar as pessoas a envelhecer. É preciso construir sociedades onde seja possível envelhecer melhor.**

5.3. A desigualdade entra connosco na velhice; a saúde é um recurso, não um exame

Não chegamos todos aos 65 anos com os mesmos recursos: rendimento, escolaridade, profissão, saúde, habitação, rede familiar, território, experiência digital. O voluntariado, por exemplo, pode dar propósito e relações, mas quem cuidou durante décadas de filhos, pais ou cônjuge pode não querer mais uma obrigação de cuidar. O envelhecimento ativo deve criar **possibilidades diferenciadas**, não expectativas uniformes.

A promoção da saúde é um pilar e deve continuar a sê-lo: atividade física adequada, alimentação, sono, prevenção, saúde mental. Mas a saúde não pode virar um requisito para ser reconhecido: alguém com várias doenças crónicas pode continuar a decidir, relacionar-se, aprender e construir significado. O objetivo não é criar vencedores e derrotados do envelhecimento, é **aumentar as capacidades possíveis de cada pessoa, nas circunstâncias concretas em que vive.**

5.4. Trabalho, mercado e *anti-envelhecimento*

O prolongamento da vida profissional pode ser muito positivo para algumas pessoas (rendimento, relações, rotinas, propósito, transmissão de experiência), mas manter-se numa atividade intelectual escolhida não é o mesmo que prolongar anos de trabalho fisicamente penoso. Não podemos falar de *trabalhar mais anos* sem considerar a profissão, a saúde, o rendimento e a preferência: o ponto está em **aumentar as opções na transição para a reforma.**

Há também o mercado, que descobriu um enorme grupo de consumidores: turismo, ginásios, suplementos, cosmética, tecnologia, habitação, seguros. Parte da oferta responde a necessidades reais, mas pode reforçar uma mensagem inquietante: **envelhecer naturalmente é algo que devemos esconder, corrigir ou combater.** Ser ativo não devia significar parecer jovem. Algumas pessoas não gostam da designação *anti-envelhecimento*, e não tem sentido diabolizá-la, porque está mais

associada ao cuidado do que ao combate; mas envelhecer bem não deve ser demonstrar que quase não envelhecemos. É viver bem **com** o envelhecimento. É também ter o direito de trabalhar sobre o nosso envelhecimento, de forma a sentirmo-nos bem com a nossa cabeça e com a nossa imagem. Claro que há pessoas que consideram que os cabelos brancos ou a barba branca dão charme e respeitabilidade, enquanto outras preferem ter a cor que sempre tiveram e por isso optam por pintar. Qualquer julgamento pode ser uma forma de idadismo.

5.5. Atividade física, dependência e o direito de não corresponder

A atividade física mostra bem o equilíbrio necessário: os benefícios justificam promovê-la ao longo da vida, mas promover não é impor, nem definir uma única forma. Para uma pessoa pode ser caminhar vários quilómetros, para outra exercícios adaptados em casa. A pergunta não é *a pessoa faz exercício?*, é **que atividade lhe dá prazer, consegue realizar e faz sentido na sua vida?** A adesão nasce mais facilmente da escolha do que da prescrição social.

Se definirmos envelhecimento ativo através de produtividade, exercício, viagens ou participação intensa, excluímos precisamente quem mais precisa de uma abordagem inclusiva. Uma pessoa dependente pode continuar ativa no sentido mais fundamental: escolher, relacionar-se, recusar, decidir. **O envelhecimento ativo não termina quando começa a dependência. Apenas muda de forma.** E a minha resposta à pergunta inicial é clara: **deve ser uma oportunidade, nunca uma obrigação.** Devemos maximizar as possibilidades e aceitar o que cada pessoa faz com elas: uma quer viajar, outra ficar em casa, uma estudar, outra descansar. **Não existe envelhecimento verdadeiramente ativo sem liberdade para escolher a própria forma de ser ativo.**

5.6. Do indivíduo para a comunidade: territórios capacitantes

Imagine-se uma pessoa que quer participar numa atividade comunitária, não conduz, não há transporte adequado e a atividade termina depois do último autocarro: a oportunidade existe na teoria e não na prática. Algumas formas de isolamento são produzidas pelo território, e por isso o envelhecimento ativo é inseparável do desenvolvimento local. A pergunta não é só se a pessoa quer manter-se ativa, é **se este território lho permite.** O envelhecimento ativo pode ser um projeto comunitário, e talvez devamos falar não só de pessoas ativas, mas de **territórios capacitantes.** Pedir atividade a uma pessoa sem criar condições é uma política incompleta.

5.7. Sexualidade e envelhecimento: sem tabus

Há um território onde a obrigação e o preconceito se encontram: a sexualidade. A Organização Mundial da Saúde, a partir de um grupo de especialistas em 2002, entende-a como um aspeto central do ser humano ao longo da vida, que inclui o sexo, o género, a orientação, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (cf. Pontes, 2011, pp. 23–24). Mas vivemos numa sociedade em que o sexo é tabu, e na velhice o tabu é ainda maior: os estereótipos fazem das pessoas mais velhas pessoas *assexuadas* (Moura et al., 2019), o que influencia negativamente a sua vida e leva a não se prestar atenção a uma das dimensões que mais contribuem para a qualidade de vida (Ramos, 2018). No nosso estudo, a pergunta sobre a perda de interesse no sexo foi a que recolheu menos respostas, o que pode revelar falta de à-vontade de quem responde e de quem pergunta (Marques, 2022).

Convém distinguir senescência, o envelhecimento normal, de senilidade, a condição patológica: a primeira não impede a intimidade, e muitas dificuldades têm causas identificáveis e tratáveis. Gorjão Clara (2016) conta o caso de um homem de quase 90 anos, institucionalizado, que mantinha encontros amorosos com uma utente e a quem a direção ameaçou expulsar por comportamento *impróprio*. Que autoridade tem uma instituição para decretar a assexualidade de quem lá vive? É uma pergunta que vale especialmente para as ERPI e Centros de Dia: **intimidade, privacidade e afeto são direitos, não desvios.**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Escolha o que quer fazer e o que prefere não fazer. Ser ativo é decidir, e não cumprir uma lista.
ERPI e Centro de Dia	Perguntem a cada pessoa o que gostaria de fazer e respeitem a intimidade, a privacidade e o direito a não participar.
Técnicos de associações	Desenhem atividades com as pessoas e não só para elas, e evitem a linguagem do <i>tem de</i> .
Técnicos municipais e freguesias	Em vez de contar atividades, perguntem se o território (transporte, espaço público) permite participar.
Saúde, farmácias, GNR	Perguntem sobre sexualidade e bem-estar sem tabu e sem presumir assexualidade; evitem culpabilizar quem não cumpre <i>bons hábitos</i> .

6. Reforma: fim de quê? Planear o futuro pessoal

Há datas que mudam administrativamente uma vida. A reforma é uma delas. Durante décadas existe um horário, um lugar ou vários lugares para onde ir, responsabilidades, colegas, rotinas, uma profissão que ajuda a responder à pergunta *o que faz?* Depois chega um dia em que tudo isso termina, e surge uma palavra: **reformado**. Mas o que foi realmente reformado? O contrato de trabalho? A profissão? A identidade? A utilidade? O projeto de vida? A pessoa? Por isso gosto de formular a pergunta de outra maneira: **reforma: fim de quê?** Porque a reforma encerra uma etapa no mundo do trabalho, não o ciclo de vida.

6.1. A reforma é uma transição, não uma fronteira; o trabalho organiza mais do que trabalho

A reforma é uma das grandes transições do curso de vida porque combina mudança institucional, económica, social e identitária. Não se trata só de deixar de trabalhar: muda a organização do tempo, as relações, o rendimento, as rotinas, o lugar social e a forma como a pessoa se vê. Duas pessoas podem viver a mesma data de formas opostas: uma sente alívio, outra pergunta-se *e agora?*. Nenhuma reação é anormal.

O trabalho organiza o tempo (acordar, deslocar-se, cumprir tarefas, esperar pelas férias), as relações (colegas, clientes, utentes), o reconhecimento (alguém conhece o que fazemos) e a identidade: *sou professor, enfermeira, agricultor*. Depois da reforma a frase muda para *era professor*, e este pequeno verbo no passado pode ser uma mudança maior do que parece.

6.2. O vazio e o tempo conquistado

Nem todos constroem a identidade em torno do trabalho, mas muitos constroem uma parte importante dela, e a transição é delicada quando o mesmo trabalho ocupou grande parte do tempo, das relações e do reconhecimento. Pode surgir uma sensação inesperada: **deixar de ser necessário**. Quando uma estrutura desaparece, é preciso construir outra.

Mas a reforma não é só perda: pode ser uma das maiores conquistas do curso de vida, o **tempo disponível**. Dormir sem despertador, estudar, caminhar, ler, acompanhar familiares. Para quem passou quarenta ou cinquenta anos de horários, o direito a não fazer nada pode ser uma conquista, e a questão não é preencher todas as horas. Na reforma, o tempo pode passar da imposição à **apropriação**: não é só *ter tempo*, é sentir que o tempo nos pertence. Para uns, isso exige aprendizagem, porque os dias se tornam parecidos; outros criam depressa novas rotinas, uma caminhada, um encontro semanal, um projeto associativo, um outro trabalho por conta própria. Não há solução única.

6.3. A reforma acontece também à família

Uma pessoa reforma-se, mas a família também sente essa reforma: muda a utilização da casa, os horários, a divisão de tarefas. E a disponibilidade criada pode transformar-se numa nova agenda de obrigações: *agora tens tempo para tomar conta dos netos, agora podes acompanhar a mãe às consultas*. Ajudar a família pode ser uma fonte extraordinária de significado, mas a disponibilidade da

pessoa reformada não pertence automaticamente aos outros. Muitas pessoas chegam à reforma exatamente quando os pais muito mais velhos precisam de apoio, ou quando passam a cuidar do cônjuge, e a pergunta deixa de ser *o que vou fazer agora que tenho tempo?* e passa a ser **como vou cuidar sem desaparecer dentro do cuidado?**

Reformar-se também não é retirar-se da sociedade. Pode ser menos trabalho profissional e **mais cidadania**: escrever um livro, partilhar conhecimento, uma presença mais ativa na vida do lugar. Mas depende das oportunidades e, sobretudo, da vontade da pessoa.

6.4. Continuar a trabalhar, e a reforma económica

Há pessoas que querem continuar a trabalhar, não só por necessidade económica: gostam do que fazem, sentem-se competentes, mantêm relações através da profissão. Não é incapacidade de *aceitar a reforma*. É uma escolha. Mas a reforma é um direito a fechar um ciclo de trabalho e a ter uma retribuição compatível com os anos de descontos, e não uma imposição social. **Continuar a trabalhar porque quero não é o mesmo que continuar a trabalhar porque não consigo viver com a pensão**: a primeira situação amplia a escolha, a segunda revela a sua ausência.

Não há boa reflexão sobre a reforma que ignore o rendimento. A passagem do salário para a pensão pode alterar significativamente as condições de vida: quanto vou receber, que despesas permanecem, a habitação está paga, há créditos, que custos de saúde podem aumentar, terei de ajudar financeiramente familiares? São perguntas desconfortáveis, mas ignorá-las não as faz desaparecer. E sem transformar planeamento em culpabilização: há quem não tenha conseguido poupar porque nunca teve rendimento suficiente, e em Portugal os baixos salários nem sempre permitem um *pé-de-meia*. Uma vida longa não cabe numa folha de cálculo.

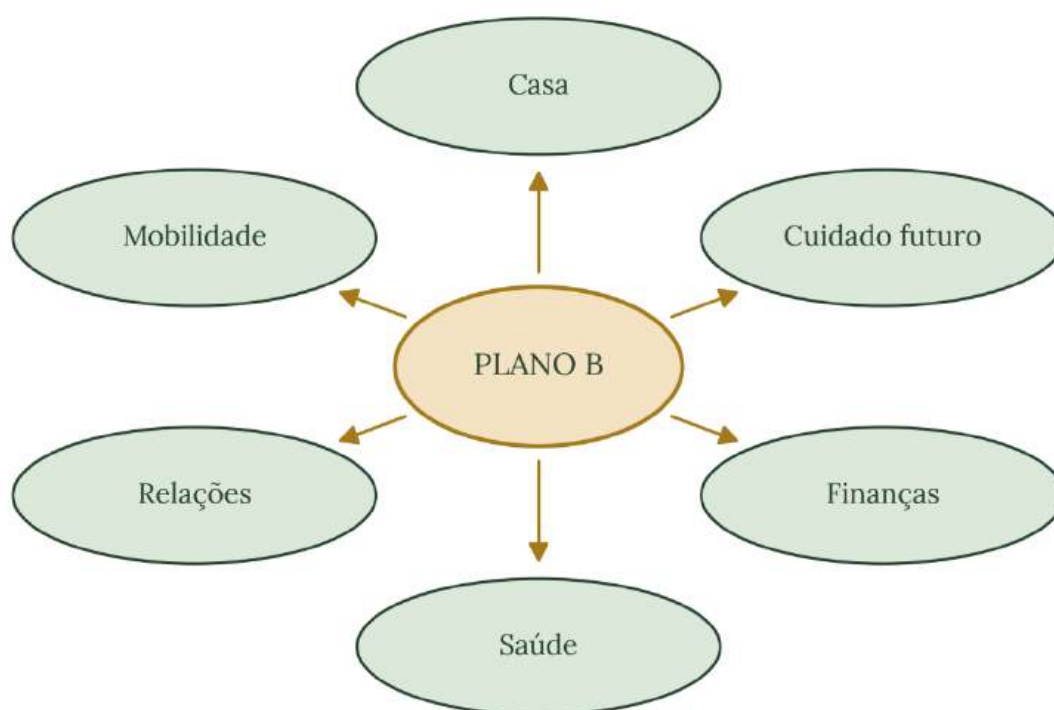
6.5. O Plano B: planear sem prever a vida

Uma das ideias mais interessantes que surgiu nos grupos com que trabalhei foi a de **frequentar atividades antes da reforma**: se todas as relações, rotinas e formas de reconhecimento estiverem concentradas no trabalho, a transição é mais abrupta. Foi neste contexto que comecei a falar de **Plano B**. Não porque a vida depois da reforma seja uma segunda escolha, é quase o contrário: é uma provocação. Temos um Plano A muito estruturado (estudar, trabalhar, constituir família, desenvolver uma carreira), e depois? Se a longevidade nos oferece vinte ou trinta anos, não deveríamos pensar também essa etapa? O Plano B é um convite a antecipar perguntas: como quero viver, onde, com quem; como cuidarei da saúde; que relações quero preservar; que papel quero ter na comunidade; quero continuar a trabalhar, aprender, viajar; como estão as finanças; o que farei se vier a precisar de cuidados; que coisas não quero perder; que coisas não quero para mim.

Um plano não é uma profecia, nem um contrato com o futuro: planeamos com o que sabemos hoje para decidir melhor amanhã, podemos e devemos poder mudar de opinião. Envelhecer com planeamento não significa escrever aos 60 a vida que teremos aos 80, mas perguntar **que condições quero procurar criar para continuar a decidir a minha vida durante mais tempo**. Também não significa preencher todos os dias: há pessoas que passaram décadas a desejar simplesmente ter mais tempo. A vida raramente cumpre os planos, e por isso o Plano B não pretende programar décadas,

pretende aumentar a capacidade de adaptação, a diferença entre **antecipação** e **reação**. E preparar não é ter medo: é aumentar alternativas.

Há duas cautelas. A primeira: **a família não pode ser o único Plano B**: *quando precisar, os filhos tratam*. Esta ideia transfere uma decisão nossa para a vida futura de outras pessoas, que podem viver longe, ter trabalho exigente, filhos, problemas de saúde, ou não ter uma relação próxima. Convém falar sobre o cuidado antes de precisar dele (o que valorizo mais, permanecer em casa, privacidade, que pessoas envolver, que apoio aceitaria), porque isso diminui a probabilidade de decisões difíceis sem saber o que a pessoa desejaria. E a autonomia futura também se prepara: planejar a autonomia não é planejar nunca depender, é criar condições para que, mesmo com dependência, a pessoa continue presente nas decisões. A segunda: nem todos têm as mesmas condições, e por isso **planejamento individual nunca pode substituir políticas públicas**. Não podemos pedir às pessoas que preparem a velhice numa sociedade onde essa preparação é impossível para muitas.



Preparar alternativas sem tentar controlar a vida.

Figura 14 — Plano B: preparar alternativas sem tentar controlar a vida.

6.6. A casa, mudar antes de ser obrigado e conduzir

A reforma pode alterar a relação com a habitação, sobretudo para quem passa o dia fora, porque a casa ganha centralidade, e passamos a reparar no conforto, na luz, no ruído, nas escadas, na vizinhança. Todavia, há pessoas com trabalho híbrido e que por isso investiram numa casa para a vida. As situações são diferentes no que toca ao afeto para com a casa, é preciso perguntar: **esta casa e este lugar continuarão a servir-me se as minhas necessidades mudarem?** Tem elevador, casa de banho acessível, boa iluminação, transportes, comércio, serviços, rede de vizinhança? É possível adaptá-la? Uma casa excelente durante quarenta anos pode tornar-se inadequada, e esperar pela

crise reduz as opções. Muitas vezes levamos anos a alcançar a casa dos sonhos, entre o campo e o mar, e quando a alcançamos a idade já recomenda um lugar mais central, perto de hospitais, comércio e serviços.

Olhando para Portugal e para a crise da habitação, a decisão de mudar, com venda da habitação atual, mesmo que valorizada em relação ao preço de compra, esbarra numa quase impossibilidade de adquirir outra mais adequada ou eventualmente recorrer a arrendamento. Nem sempre é fácil decidir pela melhor solução quando o ambiente económico não é propício, mesmo que a envolvente territorial já não seja favorável, pelo que é necessário haver algum pragmatismo e olhar para a adaptação como uma solução favorável, mesmo que descaracterizando o projeto inicial.

Há uma grande diferença psicológica entre **escolher mudar** e **ter de mudar**. Mudar de casa tem custos afetivos: desaparecem cheiros e imagens, o afeto pelo lugar deixa de ser o mesmo. Quando a decisão é antecipada, podemos comparar opções, conhecer lugares, adaptar gradualmente, manter objetos significativos, preparar relações; quando surge depois de uma queda ou de uma hospitalização, a margem de decisão é muito menor. O mesmo vale para a condução: se hoje dependo do automóvel, o que acontecerá quando deixar de conduzir? Há transporte, posso caminhar, há serviços próximos? **É uma pergunta simples que mostra como a autonomia pessoal e o território estão ligados** (capítulo 10).

6.7. Saúde, literacia, digital e relações

A reforma pode ser um momento privilegiado para reorganizar o cuidado com a saúde, não porque a pessoa tenha subitamente envelhecido, mas porque muda o quotidiano: mais tempo para atividade física, refeições, consultas, sono. Não é automaticamente fator de saúde nem de risco: cria outras condições, e a questão é como utilizá-las. Preparar a saúde sem viver numa consulta permanente: **a saúde deve servir a vida, mas não se deve transformar na própria vida**. Também a literacia e o digital são preparação: compreender informação de saúde, usar serviços digitais, distinguir informação credível, gerir finanças, conhecer direitos. É legítimo exigir alternativas para quem não usa o digital, e ao mesmo tempo **a literacia digital pode ser uma forma de liberdade futura**.

Uma parte importante das relações adultas nasce no trabalho, e na reforma muitas diminuem depressa. Há promessas (*temos de continuar a encontrar-nos*) que muitas vezes não se cumprem, não por conflito, mas porque desapareceu o contexto que produzia o contacto. Por isso a rede social deve ser pensada antes e depois da reforma: não basta ter família, são precisos amigos, vizinhança, grupos. E convém saber se temos **amigos** ou apenas **conhecidos**, para combater a desilusão de *os amigos terem deixado de aparecer*. Quando o casal se reforma em momentos diferentes, cada transição reorganiza a relação, e a reforma não apaga a necessidade de espaço próprio: uma relação saudável nesta etapa depende de **proximidade e autonomia**. Planear relações não é planear amizades como uma conta bancária, mas investir nelas ao longo do curso de vida, e não só quando aparece a solidão.

6.8. Quando a reforma não corre como esperado

Nem todas as reformas são escolhidas: chegam antecipadas por doença, desemprego ou reestruturação, são adiadas por razões económicas, ou nunca existiram de forma formal para quem

fez trabalho doméstico não remunerado ou teve carreiras descontínuas. A *reforma* do funcionário público, do agricultor, do trabalhador precário pode ser uma realidade profundamente diferente. Talvez parte do problema esteja na linguagem: *ele reformou-se*, como se a pessoa inteira tivesse sido reformada. O que termina é uma relação profissional. A pessoa, o conhecimento, as capacidades, as relações e os direitos continuam. **Reforma-se uma atividade. Não se reforma uma pessoa.**

6.9. A comunidade e o território da reforma

Se a reforma é uma transição previsível, porque a tratamos quase só como assunto administrativo? Há informação sobre pensões e procedimentos, mas **onde estão os programas locais de preparação psicossocial para a reforma?** Onde se conversa sobre identidade, relações, saúde, habitação, participação, cuidados futuros? No trabalho com pessoas mais velhas surgiu esta necessidade: sessões antes da reforma que ajudem a construir um novo plano de vida, uma área onde municípios, organizações locais, empresas e entidades de saúde podem colaborar.

A reforma muda também a geografia do quotidiano: o eixo casa-trabalho, muitas vezes fora do concelho, desaparece, e o bairro, a freguesia e o comércio próximo ganham importância. Quem teve uma vida social intensa através do trabalho pode descobrir que o lugar onde mora oferece poucas oportunidades relacionais. A transição profissional é também uma **transição geográfica do quotidiano**.

6.10. Reforma: início de quê?

Talvez uma das perguntas centrais do nosso tempo seja: **o que quero fazer com os anos que ganhei?** Hoje a reforma pode inaugurar uma etapa de décadas, que não é apenas o prolongamento do passado. Não é preciso uma resposta grandiosa: um projeto de vida pode ser continuar a viver na própria casa, estar mais com as pessoas de quem gostamos, ter saúde para caminhar, cuidar de um jardim, ler, escrever um livro. A reforma é fim de quê? Do emprego, de uma rotina, de uma função, talvez de parte da identidade profissional. Mas não é necessariamente o fim da atividade, da participação, da aprendizagem, das relações, da capacidade de decidir. Por isso acrescentaria uma segunda pergunta: **reforma: início de quê?** A reforma não deve entregar-nos uma identidade pré-fabricada: **deve abrir espaço para a construção de uma etapa diferente do curso de vida.**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Faça o seu Plano B antes da reforma: casa, relações, saúde, dinheiro, projetos. E converse com a família sobre o cuidado.
ERPI e Centro de Dia	Conheçam o percurso de reforma de cada pessoa e a sua identidade profissional, e valorizem o que ela sabe e já fez.
Técnicos de associações	Organizem sessões de preparação psicossocial para a reforma, com pessoas que a vivem e com antigos colegas.
Técnicos municipais e freguesias	Incluam a reforma no Plano Gerontológico Local: programas de preparação, habitação, mobilidade e relações de vizinhança.
Saúde, farmácias, GNR	A reforma é um momento de reorganizar cuidados e rotinas: aproveitem-no para conversar sobre saúde, literacia e redes de apoio.

7. Saber para poder decidir

Há uma forma de dependência sobre a qual falamos muito pouco. Não depende de conseguir caminhar, tomar banho sozinho ou preparar uma refeição. É a que surge quando deixamos de compreender o suficiente para participar nas decisões que nos dizem respeito, e as entregamos a outra pessoa porque não temos informação. Podemos conservar uma excelente capacidade física e perder autonomia por falta de conhecimento. **Saber não nos garante liberdade. Mas não saber pode reduzir profundamente as nossas possibilidades de escolha.**

7.1. O conhecimento também envelhece

A experiência envelhece connosco, mas o conhecimento também pode envelhecer. O que aprendemos há vinte, trinta ou quarenta anos pode continuar válido ou ter sido ultrapassado: mudam as tecnologias, os cuidados de saúde, as leis, as formas de comunicação, os serviços. Ter vivido muitos anos é uma extraordinária acumulação de experiências, mas não significa ter informação atualizada sobre tudo o que mudou. Reconhecê-lo não é desvalorizar a experiência: é aceitar que o conhecimento precisa de ser atualizado.

Existe por vezes uma falsa oposição entre o conhecimento científico e técnico e a experiência de vida, como se tivéssemos de escolher qual vale mais. Precisamos dos dois. A experiência é um saber precioso, mas tem limites: o que aconteceu comigo não acontece necessariamente com todos, e uma crença repetida durante décadas não é uma prova. **Aprender significa colocar a experiência em diálogo com novos conhecimentos**, e às vezes aceitar mudar de opinião. *Aprender a envelhecer* não é aprender regras que garantam uma velhice ideal, essas regras não existem: é compreender melhor o processo de envelhecimento que vivemos, e o conhecimento serve sobretudo para nos ajudar a saber **o que precisamos de perguntar**.

7.2. A autonomia começa muitas vezes numa pergunta

Imagine-se uma consulta: o profissional explica o diagnóstico, propõe um tratamento e pergunta *compreendeu?* A pessoa responde *sim*, mas talvez não tenha compreendido, talvez tenha vergonha de admitir, talvez não saiba que pode pedir para repetir nem que perguntas fazer. **Quem consegue perguntar tem mais possibilidade de compreender. Quem compreende tem mais possibilidade de decidir.** Uma alternativa que tenho defendido é o envolvimento de gerontólogos no acompanhamento das pessoas mais velhas, para dialogarem com os profissionais de saúde, apoiados numa Ficha de Monitorização Clínica (capítulo 8), procedimento que utilizo.

7.3. Aprender ao longo da vida, e para quê

Durante muito tempo organizámos a vida numa sequência simples: aprender, trabalhar, reformar-se, como se a aprendizagem pertencesse à juventude. Este modelo é particularmente inadequado numa sociedade de grande longevidade: **precisamos de aprender ao longo da vida porque o mundo continua a mudar, e porque nós continuamos a mudar dentro dele.** Não é só formação profissional: pode ser uma língua, o telemóvel, uma doença, finanças pessoais, cozinhar.

Depois da reforma desaparece a necessidade profissional que justificava a aprendizagem: não há promoção nem avaliação. Então, para quê aprender? Para compreender, participar, manter a curiosidade, conhecer pessoas, resolver problemas, transmitir conhecimento, aumentar a confiança. No estudo multidimensional (Marques, 2022), a aprendizagem ao longo da vida foi encarada como recurso para o bem-estar psicológico, a redução do isolamento, a participação e a atividade cognitiva. **Aprender também pode ser simplesmente uma forma de continuar interessado na vida.**

7.4. Já não tenho idade para isso: o idadismo interior e o da sala de aprendizagem

Às vezes a frase significa *não me interessa*, e isso deve ser respeitado. Outras vezes contém uma crença sobre a própria incapacidade. No nosso estudo, algumas das razões para não frequentar formações referiam a reforma ou a idade: *estou reformado, não há para a minha idade* (Marques, 2022). O idadismo pode tornar-se interior: a sociedade repete que aprender é dos jovens e depois nem precisamos que alguém nos exclua, excluimo-nos antecipadamente. Aprender aos 80 anos pode não ser igual a aprender aos 20, mas diferença não é impossibilidade: significa talvez ensinar e aprender de outra forma.

E também as instituições e os profissionais duvidam: *isso é muito complicado para esta idade, é melhor fazermos por eles*. A intenção é facilitar, o resultado pode ser dependência. **A eficiência de quem ajuda nem sempre coincide com a autonomia de quem é ajudado.** Por fim, aprender exige condições: oportunidades acessíveis, transporte, custo, horários, linguagem compreensível, apoio a dificuldades visuais ou auditivas. Em Arraiolos, quando perguntámos como promover a aprendizagem, as respostas foram concretas: mais divulgação, atividades apelativas, a criação de condições (Monte, 2023). Uma das sessões finais foi online, por desafio, e as pessoas participaram igualmente: o processo mudou, mas a confiança já estava instalada. As pessoas ajudam-nos a reformular o problema: em vez de *porque não participam?*, pensar antes sobre **o que estamos a oferecer e em que condições?**

7.5. Aprendizagem formal e informal; ensinar também é aprender

Confundimos aprendizagem com cursos, mas grande parte do que aprendemos acontece fora de uma sala: conversando, observando, experimentando. Não devemos confundir escolaridade com inteligência, nem diploma com capacidade, mas também não devemos usar a experiência para justificar a exclusão de novas aprendizagens. E quando uma pessoa ensina outra, também aprende: técnicas profissionais, receitas, memórias locais, saberes agrícolas. **É uma troca**, que aproxima gerações, articula inovação e experiência e combate estereótipos em ambos os sentidos.

7.6. Saber dizer *não sei*, decidir sem decidir sozinho, e conhecimento é poder

Talvez uma competência ainda mais importante do que ter muita informação seja reconhecer quando não sabemos. A experiência produz segurança, mas pode produzir uma ilusão: *sempre fiz assim, já sei como isto funciona*. Dizer **não sei, preciso de perceber melhor** não é fraqueza: é autonomia intelectual, porque abre espaço para perguntar e reconsiderar. E saber decidir não significa decidir sozinho: podemos consultar um médico, um familiar, um advogado, um técnico. O problema surge quando alguém passa a decidir por nós sem necessidade.

Conhecimento é também poder. Quem conhece os seus direitos relaciona-se de outra forma com uma instituição; quem compreende um diagnóstico, conversa de outra forma com os profissionais. No estudo multidimensional, a autonomia de decisão e a participação aparecem articuladas com a cognição, a mobilidade e a cidadania (Marques, 2022). Uma pessoa informada não controla tudo, mas entra na relação com mais recursos.

7.7. O território, o direito de escolher e o direito de não aprender

Há lugares com universidades seniores, bibliotecas, associações, formação, boa internet, transportes e atividades culturais, e lugares sem nada disso. Aprender ao longo da vida não é só uma questão individual ou educativa: é também uma questão de desenvolvimento local, porque um território que cria oportunidades de aprendizagem aumenta os seus recursos. E podemos ter informação sem perceber que temos direito a decidir: **saber para decidir implica saber que temos o direito de participar na decisão.**

Saber não significa conhecer tudo, nem dispensar profissionais, nem decidir sozinho: significa ter recursos suficientes para participar. E, como sempre neste livro, sem transformar oportunidade em obrigação: uma pessoa tem direito a não frequentar cursos e a não usar uma tecnologia se existirem alternativas. O que importa é garantir que **a idade nunca seja a razão pela qual deixamos de oferecer a possibilidade de aprender.** Saber para compreender, compreender para escolher, escolher para continuar a decidir sobre a própria vida. E há um domínio onde compreender se tornou particularmente importante: a saúde.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Pergunte sempre: <i>pode explicar-me de outra forma?</i> Aprender é um direito, e recusar também.
ERPI e Centro de Dia	Perguntem aos residentes o que querem aprender e ofereçam condições (horários, apoio, linguagem). Evitem <i>fazer por eles</i> o que podem aprender a fazer.
Técnicos de associações	Comecem pelas pessoas (o que sabem, o que querem saber) e só depois pelos conteúdos.
Técnicos municipais e freguesias	Tratem a aprendizagem como política de desenvolvimento local: transporte, horários, acessibilidade e alternativas ao digital.
Saúde, farmácias, GNR	Confirmem se a pessoa compreendeu, sem a pôr à prova, e expliquem de novo, de outra forma, sempre que for preciso.

8. Literacia em saúde: uma competência para a autonomia

Recebemos uma receita médica: *um comprimido duas vezes por dia*. Parece simples, mas surgem perguntas. A que horas? Antes ou depois das refeições? O que acontece se me esquecer? Posso tomá-lo com os outros medicamentos? Durante quanto tempo? Quando devo procurar ajuda? E, sobretudo: **porque estou a tomar este medicamento?** Uma pessoa pode cumprir rigorosamente uma prescrição durante anos sem compreender o que está a fazer. É neste espaço entre **receber informação** e **conseguir utilizá-la** que encontramos a literacia em saúde, e é por isso que ela está tão ligada à autonomia.

8.1. Não basta receber informação; saúde não é só ausência de doença

Nunca houve tanta informação sobre saúde: televisão, internet, redes sociais, aplicações, portais, campanhas, rótulos, publicidade. Ninguém precisa de compreender a fisiologia em profundidade, mas precisa de conseguir **encontrar, compreender, avaliar e utilizar informação relevante para tomar decisões sobre a sua saúde** (Sørensen et al., 2012; cf. Nutbeam, 2000). Há uma enorme diferença entre informação disponível e informação compreendida, e outra ainda maior entre informação compreendida e informação transformada em decisão.

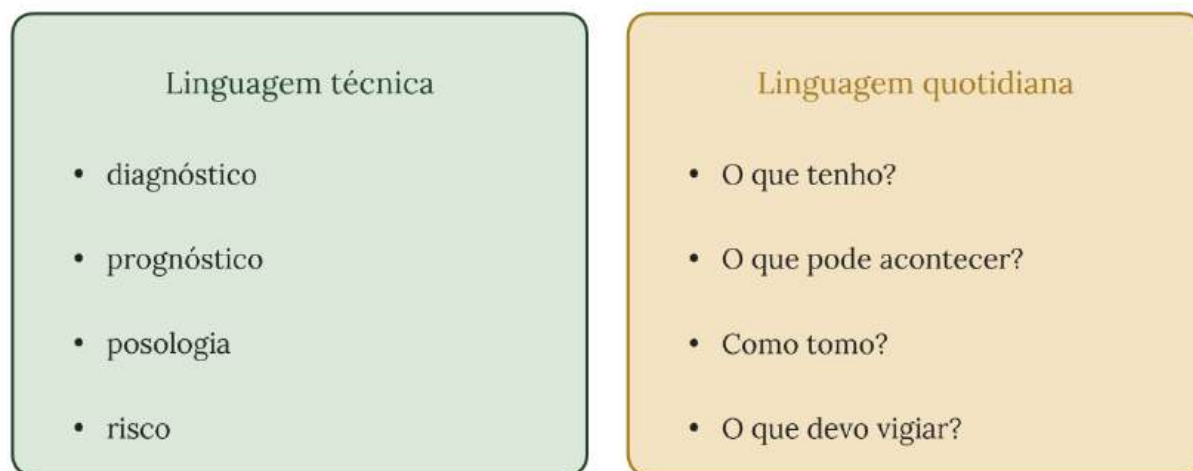
A literacia em saúde não se limita às doenças: é também literacia para o bem-estar e a prevenção, e pergunta não só *como tratamos a doença?*, mas **como criamos condições para conservar saúde e capacidade funcional durante mais tempo?** Viver mais não significa necessariamente viver mais anos com saúde. No *Estudo de Avaliação Multidimensional* (Marques, 2022) coloquei a questão assim: já não basta perguntar quantos anos esperamos viver, importa perguntar quantos desses anos poderão ser vividos com autonomia, participação e bem-estar.

8.2. A pessoa não é apenas paciente: a consulta e a pergunta que quase nunca fazemos

A palavra *paciente* é adequada em muitos contextos clínicos, mas pode tornar a pessoa passiva: recebe o diagnóstico, a prescrição, o tratamento, o cuidado. Durante gerações o modelo foi *faça isto porque o médico mandou*. Continua a existir uma assimetria inevitável, o profissional tem conhecimentos técnicos que a maioria não tem, mas reconhecer competência não implica abdicar de compreender. A literacia em saúde não pretende transformar pacientes em médicos: pretende transformar a informação clínica em informação **suficientemente compreensível para permitir participação**. A boa decisão clínica e a decisão significativa para a pessoa precisam de conversar.

Uma consulta é também um encontro entre duas linguagens. *Apresenta uma redução da taxa de filtração glomerular* pode ser claro para um profissional e dizer muito pouco a outra pessoa. A linguagem técnica é necessária entre profissionais, o problema surge quando atravessa intacta a fronteira: **é também responsabilidade do profissional comunicar de forma compreensível**. E há uma pergunta que quase nunca fazemos. Em vez de *percebeu?*, a que é fácil responder *sim*, perguntar: **só para confirmar se expliquei bem, consegue dizer-me como vai fazer quando chegar a casa?** Não é um exame à pessoa, é verificar se a comunicação funcionou. Se não funcionou, a responsabilidade não é automaticamente de quem recebeu: explica-se de novo, de outra forma, por escrito, com um

esquema. As receitas carregadas no SNS 24 com SMS para a farmácia não facilitam o diálogo, mas, havendo dúvidas, perguntar ao farmacêutico é outra possibilidade.



Compreender é parte do cuidado.

Figura 15 — Linguagem técnica e linguagem quotidiana.

8.3. Medicamentos, suplementos e *natural não é seguro*

A medicação é um dos melhores exemplos. À medida que aumentam as doenças crónicas pode aumentar a complexidade terapêutica, e a pergunta não deveria ser só *toma os medicamentos?*, mas **sabe para que serve cada um?** Conhecer a finalidade ajuda a compreender a importância e a conversar com os profissionais. Controlar a polimedicação é fundamental para a defesa da saúde, e continuo a defender que os gerontólogos podem ser úteis na monitorização, acompanhando as pessoas às consultas.

Suplementos, produtos naturais, vitaminas, plantas medicinais: o facto de se venderem sem receita ou de serem *naturais* não os torna seguros nem inúteis, e podem interagir com medicamentos (cf. Duarte, 2024). A pergunta é a mesma de qualquer intervenção: **o que sabemos realmente sobre benefícios, riscos e adequação a esta pessoa?** Literacia em saúde é também não substituir um dogma por outro: nem tudo o que é farmacológico é mau, nem tudo o que é natural é bom. Acredito que a falta de evidência para alguns produtos pode estar associada ao desinteresse da indústria farmacêutica por aquilo que não gera produtos lucrativos, e que os estudos pequenos, muitas vezes promissores, merecem atenção, mas sem serem apresentados como prova.

8.4. Informação, desinformação, internet e inteligência artificial

A internet democratizou a informação e democratizou o erro. Uma pessoa recebe um diagnóstico e, minutos depois, pode procurar tudo sobre ele, mas encontra também curas milagrosas, testemunhos apresentados como prova, publicidade disfarçada de informação, profissionais sem qualificação, informação desatualizada. Informação não é conhecimento: **como sabemos em que confiar?** Quem escreveu, com que objetivo, qual é a fonte, é opinião ou evidência, está atualizado, há conflito de interesses, há outras fontes que confirmem, utiliza um caso individual para afirmar uma regra geral?

Quanto maior a quantidade de informação, maior a importância de a avaliar. E hoje o digital é conhecimento de cidadania: marcar consultas, ver resultados, aceder a serviços. **A exclusão digital transforma-se em risco de exclusão social**, mas a solução não é obrigar todos a serem digitais, é garantir que quem quer ou precisa aprenda e preservar alternativas acessíveis. **A inovação deixa de ser progresso quando produz novas formas de exclusão.**

A inteligência artificial acrescenta uma nova pergunta. Pode explicar o que significa um resultado, para que serve um medicamento, que perguntas fazer ao médico, numa linguagem simples: um enorme ganho de literacia, sobretudo para quem tem dificuldade com a linguagem técnica. Mas pode errar, inventar, simplificar, reproduzir preconceitos e apresentar um erro numa linguagem tão convincente como um acerto, e não conhece toda a situação clínica da pessoa. Em saúde deve ser uma ferramenta para **melhorar perguntas e compreensão**, não uma autoridade a quem entregamos decisões clínicas. Talvez uma das melhores utilizações seja não perguntar *o que devo fazer?* mas **ajude-me a perceber o que preciso de perguntar ao profissional de saúde**. Saber usar a tecnologia sem lhe entregar por completo o nosso julgamento é uma nova competência.

8.5. Literacia não é obediência nem culpa; também há geografia e sistemas iletrados

Uma pessoa com elevada literacia em saúde não é a que cumpre tudo o que lhe dizem: é a que compreende o suficiente para decidir de forma informada, e pode decidir seguir ou discordar. É capacidade de **dialogar com o sistema de saúde**. Isto coloca a cidadania dentro da saúde. Mas há uma armadilha: quanto mais falamos de estilos de vida e autocuidado, mais facilmente concluímos *se ficou doente, não se cuidou*. A saúde é influenciada por comportamentos, mas também pela genética, pelo trabalho, pelo rendimento, pela educação, pela habitação, pelo ambiente, pelo acesso a cuidados. Promover literacia é aumentar possibilidades de ação, não atribuir culpa: **responsabilizar não pode significar, culpabilizar**.

A saúde acontece num lugar. Uma pessoa pode saber que precisa de acompanhamento e não ter transporte, conhecer a importância da atividade física e viver onde caminhar é difícil: o conhecimento encontra condições territoriais para se transformar, ou não, em ação. Não basta ensinar a cuidar da saúde, é preciso perguntar **se o território o permite**. E habitualmente falamos de pessoas com baixa literacia, mas talvez devêssemos perguntar também se existem **sistemas pouco preparados para diferentes níveis de literacia**: uma carta incompreensível, um formulário complexo, uma plataforma digital difícil, uma consulta demasiado rápida, uma explicação cheia de siglas.

8.6. Literacia emocional e literacia do cuidado

Envelhecemos também emocionalmente: perdas, medos, transições, mudanças de papel, viuvez, reforma, doença própria ou de pessoas próximas. A capacidade de reconhecer emoções, falar sobre elas, pedir ajuda e encontrar estratégias integra uma conceção ampla de saúde, e por isso, nas propostas do *Estudo de Avaliação Multidimensional*, defendi ações de educação para a saúde que não se limitassem ao corpo (Marques, 2022). E quem cuida precisa de informação: um familiar pode tornar-se cuidador de um dia para o outro, sem preparação. **Cuidar por amor não significa saber**

cuidar, e reconhecê-lo não diminui o cuidador: significa reconhecer que cuidar também exige aprendizagem, para cuidar sem produzir dano, nem à pessoa cuidada nem a quem cuida.

8.7. Antes da consulta: três perguntas, uma ficha e um *passaporte de saúde*

Uma ferramenta simples: preparar três perguntas antes de entrar numa consulta. **O que tenho? O que devo fazer? Porque é importante fazê-lo?** Podem juntar-se outras: que alternativas existem, o que devo vigiar, quando volto, que efeitos adversos importam. A ideia é chegar à consulta como participante e não como destinatário: levar uma lista atualizada de medicamentos e suplementos, registar sintomas, anotar dúvidas, pedir que expliquem os termos desconhecidos e, no fim, confirmar o que ficou decidido.

Pode ser útil uma **Ficha de Monitorização Clínica**, preenchida com apoio qualificado: dados gerais (altura, peso, atividade física, alergias), comorbilidades, medicação crónica (princípio ativo, dose, frequência), suplementação e contacto do responsável pela Ficha. E um pequeno **passaporte pessoal de saúde**: uma página, em papel ou digital, que a própria pessoa consegue consultar e atualizar, com os principais problemas, medicamentos, alergias, profissionais, exames, vacinas, contactos de emergência e perguntas por fazer. A saúde deixa de ser acontecimentos dispersos entre consultas e passa a ser também uma história que a pessoa consegue acompanhar.

O meu passaporte pessoal de saúde

☐	Diagnósticos relevantes
☐	Medicamentos e doses
☐	Alergias e reações
☐	Contactos de referência
☐	Preferências e informação útil

Uma síntese simples pode melhorar comunicação, segurança e autonomia.

Figura 16 — O pequeno passaporte pessoal de saúde.

8.8. Capacitar, não apenas informar; também os profissionais aprendem

Há uma diferença entre informar e capacitar. Entregar um folheto é informar; confirmar se a pessoa compreendeu e consegue usar o que aprendeu aproxima-nos da capacitação. A pergunta mais importante é: **o que conseguem agora as pessoas fazer, compreender ou decidir que antes não conseguiam?** Mas a aprendizagem ao longo da vida não é só das pessoas mais velhas, é também de quem trabalha com elas: nenhuma formação inicial consegue antecipar várias décadas de

transformação social e científica. E nem toda a aprendizagem deve começar pelos conteúdos: às vezes deve começar pelas pessoas, o que querem saber, o que já sabem, que dificuldades sentem, que linguagem usam. Um programa fechado ensina o que consideramos importante sem perceber o de que as pessoas necessitam.



A informação só ganha valor quando pode ser compreendida e usada.

Figura 17 — Literacia é processo.

8.9. Prevenir sem medo; literacia em envelhecimento; uma comunidade competente em saúde

Prevenir exige compreender o risco sem viver com medo: rastreios, vacinação, atividade física, nutrição, sono, prevenção de quedas. Mas **viver saudavelmente não pode significar, viver obcecado com a possibilidade de adoecer: a saúde deve servir a vida, não transformar-se na própria vida.**

Envelhecemos todos, mas recebemos muito pouca educação sobre o que isso significa. Talvez devamos desenvolver uma **literacia em envelhecimento**: o que muda normalmente e o que não deve ser atribuído à idade, que direitos existem, que formas de habitação considerar, como preparar a reforma, como reconhecer o idadismo, como procurar apoio e antecipar cuidados (Marques, 2022). E, como o envelhecimento começa muito antes da velhice, ela não deveria começar aos 65 anos: **deveria fazer parte de uma educação para o curso de vida.**

As crianças aprendem que envelhecer é natural, os jovens compreendem o idadismo, os adultos pensam prevenção e segurança financeira, quem se aproxima da reforma prepara a transição. No estudo defendi um **Programa de Educação para a Saúde** desde o início da escolaridade e ações locais integradas nos **Planos Gerontológicos Locais** (Marques, 2022). Há ainda uma dimensão cívica: uma democracia pressupõe cidadãos capazes de compreender, questionar e participar, e isso não termina com a reforma. E a literacia não é só individual: uma comunidade pode facilitar ou dificultar escolhas saudáveis, e a pergunta passa a ser **que capacidade tem esta comunidade para ajudar as pessoas a compreender, decidir e cuidar.** É conhecimento individual transformado em **capacidade coletiva.**

8.10. Do conhecimento à autonomia

Receber uma receita, ouvir um diagnóstico, escolher um alimento, pesquisar um sintoma: nenhum destes atos é extraordinário, mas a literacia altera **a posição da pessoa dentro da sua própria saúde.** De destinatária passiva pode tornar-se participante; de recetora de instruções, interlocutora; de alguém que cumpre, alguém que compreende porque cumpre ou que pergunta porque não deveria. A pergunta que fica: **quando saio de uma consulta, sei mais sobre a minha saúde e estou mais capaz**

de participar nas decisões sobre ela? Se a resposta for sim, aconteceu alguma coisa importante, não apenas informação: **capacitação**.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Prepare três perguntas antes da consulta, leve a lista de medicamentos e suplementos e confirme o que ficou decidido.
ERPI e Centro de Dia	Ajudem cada pessoa a ter o seu <i>passaporte</i> de saúde e a compreender os seus medicamentos. Formem profissionais para comunicar sem siglas.
Técnicos de associações	Promovam sessões de literacia em saúde e em envelhecimento, começando pelo que as pessoas querem saber.
Técnicos municipais e freguesias	Integrem a educação para a saúde no Plano Gerontológico Local e simplifiquem cartas, formulários e plataformas.
Saúde, farmácias, GNR	Verifiquem se a pessoa compreendeu (<i>consegue dizer-me como vai fazer em casa?</i>) e estejam atentos a suplementos e interações.

9. Quando a memória falha: compreender as demências

Há esquecimentos que fazem parte da vida: onde pusemos as chaves, o nome de alguém que demora a chegar, a matrícula da viatura, uma palavra *na ponta da língua*. Com o envelhecimento podem tornar-se mais frequentes e geram uma pergunta inquietante: **estarei a ficar com demência?**

O medo é compreensível, porque poucas condições têm uma representação tão assustadora. Mas compreender as demências começa por contrariar duas ideias. **Nem todo o esquecimento é demência.** E uma pessoa com demência **não deixa de ser pessoa.**

9.1. Demência não é envelhecimento normal, nem é só memória

A primeira ideia de literacia a disseminar: **a demência não é uma consequência inevitável de envelhecer.** O envelhecimento pode trazer alterações na velocidade de processamento ou na facilidade em fazer várias tarefas ao mesmo tempo, mas uma demência é uma condição clínica em que as alterações cognitivas interferem de forma significativa com o funcionamento habitual. A pergunta não é só *esquece-se?*, é **o que mudou relativamente à forma como esta pessoa funcionava?** Quem sempre foi esquecido com datas pode continuá-lo a ser sem doença; quem sempre geriu as finanças e começa a cometer erros importantes merece atenção. A chave está numa **mudança persistente**, e não num episódio isolado.

Associamos demência quase só à memória, sobretudo por causa da doença de Alzheimer. Mas as demências podem afetar a linguagem, a orientação, a capacidade de planear, tarefas antes simples. Reduzir a demência a *perder a memória* dificulta a compreensão e pode atrasar o pedido de ajuda.

9.2. Observar a mudança sem vigiar, e um diagnóstico que não apague a pessoa

Conhecer sinais de alerta não deve transformar-nos em vigilantes da memória: todos falhamos e todos temos períodos de cansaço, stress ou mau sono que afetam a concentração. Um sintoma isolado não permite um diagnóstico, nem um teste da internet, nem a opinião de um familiar. Quando há alterações persistentes ou progressivas que interferem com a vida quotidiana, é a avaliação profissional que pode compreender o que se passa. A literacia deve aproximar-nos dessa avaliação, não nos transformar em diagnosticadores.

O diagnóstico é importante: orienta cuidados, permite planear, aceder a tratamentos e apoios. Mas há um risco: a pessoa entra no consultório com nome, profissão, relações e história, e sai com uma palavra, **Alzheimer**, e tudo passa a ser visto através dela. Já o dissemos no capítulo 4: primeiro a pessoa, depois a condição. A pessoa **tem** uma doença; não **é** a doença.

9.3. Comunicar com a pessoa

Uma das primeiras perdas sociais acontece muito antes de a comunicação acabar: os outros começam a falar com o acompanhante. *Como é que ela está?*, perguntam ao familiar, com a pessoa à frente. Como demora a responder, respondemos por ela; como procura uma palavra, completamos a frase. Pouco a pouco, uma dificuldade de comunicação transforma-se em **retirada de voz. Enquanto a pessoa conseguir participar, precisamos de lhe dar tempo para participar.** Isso exige aprender a

esperar. Wendy Mitchell, que viveu a demência *a partir de dentro*, mostra como *despacha-te* ou *deixa-me fazer, é mais rápido*, retiram espaço às capacidades que ainda existem. Há uma diferença entre ajudar porque a pessoa não consegue e substituir porque nós conseguimos mais depressa. Escreve ela: «É triste que alguém desista de falar comigo só porque já não consigo falar de volta» (Mitchell, 2023, p. 78).

Comunicamos antes e depois das palavras: com o olhar, a expressão, o toque, a postura, o tom, o silêncio. Em vez de *porque não responde?*, talvez perguntar **de que forma está a responder?** Corrigir também nem sempre é comunicar: perante quem pergunta pelo marido que morreu há anos, responder *já morreu, não se lembra?* pode ser dar-lhe a notícia outra vez. Estar factualmente certo não é o único objetivo de uma relação humana; às vezes é mais respeitador compreender a emoção subjacente e redirecionar. E a emoção pode permanecer quando o acontecimento desaparece: a pessoa pode não recordar a visita e ficar tranquila depois dela. **Esquecer não significa deixar de sentir.** Por isso um comportamento é também uma mensagem. O que está esta pessoa a tentar comunicar: dor, medo, fome, ruído, cansaço, um ambiente que já não compreende? Passamos de controlar para tentar compreender.

9.4. O ambiente, a casa, os sentidos e a atitude de quem está à volta

Aqui a Geografia entra no livro de forma quase inevitável. Parte do funcionamento resulta da relação entre a pessoa e o ambiente (cf. Lawton & Nahemow, 1973). Pisos com padrões podem confundir, superfícies brilhantes parecer água, portas de vidro desaparecer. Mitchell descreve alterações sensoriais que os próprios especialistas desconheciam, e pequenas adaptações que fazem diferença, como degraus com as extremidades marcadas em amarelo (Mitchell, 2023, pp. 34, 38): contrastes, iluminação, percursos simples, objetos familiares. A capacidade não está apenas na pessoa; **também resulta da relação entre a pessoa e o lugar.**

A casa é uma acumulação de referências: sabemos onde está o interruptor sem pensar, reconhecemos sons, cheiros, objetos, a luz de uma janela. Mudar de casa pode ser necessário, mas não é só uma deslocação física: é perder as referências que durante décadas permitiram funcionar quase automaticamente. **O território conhecido tem valor cognitivo, emocional e identitário.** E existe outro ambiente: o ambiente humano, o tom, a pressa, a impaciência, a expressão facial. Podemos facilitar uma tarefa com um espaço adaptado e destruí-la com uma atitude impaciente. Ambiente, emoções e atitude formam uma tríade que não controla a progressão da doença, mas pode influenciar profundamente **a experiência quotidiana de viver com ela.**

9.5. Preservar capacidades, atividades com sentido e biografia

A relação familiar não deve transformar-se numa sucessão de testes (*Lembras-te de quem esteve cá ontem? Eu já te disse, não te lembras?*). A estimulação cognitiva adequada pode ter valor, mas a pessoa precisa também de conversas em que possa simplesmente **estar**, sem demonstrar desempenho.

Uma das mudanças mais importantes é trocar *o que já não consegue fazer?* por **o que ainda consegue fazer?** Pode já não preparar a refeição toda, mas ajudar numa parte; não gerir dinheiro, mas escolher

o que quer comprar; não recordar nomes, mas reconhecer afetos. Isto não nega a doença nem a romantiza: procura o que ainda pode ser vivido. E *manter a pessoa ocupada* só vale se for ocupada com sentido: dobrar roupa, regar plantas, folhear fotografias, uma música familiar. **Uma atividade torna-se significativa quando reconhecemos nela alguma coisa da pessoa que sempre existiu.** Para isso é preciso conhecer a biografia: a profissão, onde viveu, a música de que gosta, o que a tranquiliza, o que sempre detestou. Em contexto institucional, a pessoa pode tornar-se *a senhora do quarto 12* ou *o Alzheimer*. Qualquer uma das designações é uma falta de respeito para com a pessoa. **A história não é decoração biográfica; é informação para o cuidado.**

9.6. Família, cuidadores e autonomia

As famílias ocupam frequentemente o centro do cuidado, muitas vezes sem preparação: de um momento para o outro, alguém gere consultas, medicação, segurança, comportamento, finanças. **Ser familiar não significa saber cuidar.** O afeto é indispensável, mas não substitui o conhecimento; formação, apoio profissional e descanso são componentes de um cuidado sustentável, e não sinais de incapacidade. Os gerontólogos podem ter aqui um papel relevante e, em Portugal, estão subaproveitados. E quem cuida também pode desaparecer: deixa atividades, reduz relações, dorme pior, adia as suas consultas, sente culpa até por estar cansado. **Cuidar do cuidador é proteger a continuidade do próprio cuidado.**

À medida que a doença evolui, a preocupação com a segurança cresce: condução, dinheiro, fogão, medicação, saídas, quedas. Por vezes será preciso limitar atividades, mas recordamos a pergunta do capítulo 4: **qual é o mínimo de autonomia que precisamos de retirar para garantir a segurança necessária?**

A alternativa mais simples é retirar tudo, e é segura, mas pode deixar de ser uma vida reconhecida como própria. A autonomia também não desaparece de uma vez: uma pessoa pode não perceber um contrato financeiro e continuar capaz de escolher a roupa, não gerir a medicação e decidir o que quer comer. **Apoiar decisões quando necessário é diferente de substituir todas as decisões.** E a amizade também é cuidado: muitas relações desaparecem por falta de compreensão, aceitação ou compaixão (Mitchell, 2023), mas basta adaptar a relação, aceitar silêncios e repetições, uma caminhada, uma música. **A amizade não precisa de curar nada. Precisa apenas de não desaparecer quando a doença chega.**

9.7. A demência é também uma questão comunitária

Quando alguém com demência deixa de se orientar no bairro, a questão não é só da família: o comerciante que não compreende por que alguém demora a pagar, o motorista que não sabe lidar com uma pessoa desorientada, os vizinhos que reconhecem o risco e sabem a quem recorrer. Uma comunidade preparada pode prolongar a participação e a pertença; uma comunidade impreparada pode produzir exclusão muito antes de a doença a impor.

Há situações em que permanecer em casa deixa de ser possível ou seguro, e a entrada numa estrutura residencial pode ser necessária. Mas mudar de residência não deve significar, sair da sociedade. **Uma instituição não pode transformar-se num mundo fechado:** as pessoas continuam a precisar de

exterior, visitas, passeios, contacto com várias gerações, atividades com significado e relações individualizadas. O risco são rotinas demasiado padronizadas e isolamento. Uma instituição pode oferecer segurança, mas segurança sem pertença não é suficiente (voltaremos a isto no capítulo 11, a propósito das ERPI e dos Centros de Dia). E há uma dupla redução: primeiro pela idade (*já é velho*), depois pelo diagnóstico (*tem demência*). Combater o idadismo e combater o estigma das demências são, aqui, a mesma tarefa.

9.8. Não existe *a* pessoa com demência

Tal como não existe *a* pessoa mais velha (já esclarecemos que utilizamos a designação por oposição a idoso ou idosa), duas pessoas com o mesmo diagnóstico podem ter capacidades, sintomas, histórias e trajetórias profundamente diferentes. O diagnóstico informa, mas não explica tudo. A Gerontologia volta sempre à mesma pergunta: **quem é esta pessoa e como está a viver esta situação?**

Há livros que explicam doenças e testemunhos que nos obrigam a perceber o que significa viver dentro delas. Os relatos de Wendy Mitchell mostraram que a doença não afeta só a memória: afeta a relação com o espaço, os sentidos, o tempo, as relações, a comunicação. E que, afinal, «tinha muito menos a temer do que pensava» (Mitchell, 2023, p. 11), porque as pessoas continuam a ter humor, sentimentos e capacidade de contribuir. Talvez a maior lição seja esta: não perguntar apenas o que a doença retirou, mas continuar a procurar **o que a pessoa ainda nos pode dar**.

9.9. Compreender, ciência e prevenção

As demências assustam também porque sabemos pouco sobre elas, e o que desconhecemos o imaginário preenche: *vai deixar de reconhecer toda a gente, já não vale a pena explicar, não sente*. Afirmarções absolutas são perigosas: as trajetórias são diferentes, e algumas dimensões da pessoa podem permanecer muito para além do que quem observa imagina. A literacia não elimina a dureza da doença, mas substitui parte do medo por compreensão.

A investigação avança de forma extraordinária, mas continuamos longe de ter todas as respostas, e reconhecer as lacunas é uma característica da boa ciência. Os novos medicamentos que atuam sobre a beta-amiloide, como o lecanemab, mostraram um benefício clínico limitado e exigem vigilância apertada; em Portugal o Infarmed não os participou (NiT, 2026; DN, 2026), o que torna o acesso muito desigual e levanta uma discussão legítima sobre custo, benefício e equidade. Num campo com promessas frequentes de prevenção absoluta, reversão ou cura, esperança e rigor não são adversários.

Sabemos que fatores modificáveis ao longo da vida estão associados ao risco, como a atividade física, a saúde cardiovascular, a aprendizagem e as relações, e que uma parte dos casos poderá ser prevenível ou adiável (Livingston et al., 2024). Mas **reduzir risco não significa controlar destino**. Uma pessoa pode ter estilos de vida saudáveis e desenvolver demência, outra pode ter vários fatores de risco e não a desenvolver. Prevenção não deve virar culpabilização retrospectiva (*teve Alzheimer porque não fez...*). Promovemos saúde porque aumenta possibilidades, não porque dá garantias.

9.10. Planear e viver bem com demência

O diagnóstico pode ser devastador, mas também uma janela para planear, sobretudo enquanto a pessoa decide: onde gostaria de viver, quem a apoiaria, que valores devem orientar as decisões futuras, como organizar as questões patrimoniais, o que considera essencial preservar. Falar disto é difícil, mas não falar pode significar que outros decidam depois sem conhecer o que a pessoa desejaria.

O diagnóstico não deve retirar imediatamente o futuro.

A própria pergunta *o que é viver bem com demência?* pode incomodar. Mas viver bem não é negar a doença nem estar permanentemente feliz: é conservar relações, segurança, momentos de prazer, atividades com sentido, um ambiente compreensível, cuidado competente, respeito e presença. O foco muda, de procurar uma vida sem doença para procurar **a melhor vida possível com a doença que existe.**

9.11. Quando a memória falha, a pessoa permanece

A frase pode sugerir que tudo começa a desaparecer. Mas uma pessoa é muito mais do que memória: é relação, corpo, emoção, história, preferências, gestos, afetos. Mesmo quando várias destas dimensões se transformam, o princípio ético permanece. **Há alguém ali**, alguém que pode precisar cada vez mais dos outros e que talvez deixe de conseguir contar a própria história. Por isso temos uma responsabilidade maior: **não deixar que a doença conte a história toda.** Quando a memória falha, não devemos deixar falhar o reconhecimento da pessoa.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Falem com a pessoa e não sobre ela, deem-lhe tempo, adaptem o ambiente e peçam apoio para quem cuida.
ERPI e Centro de Dia	Conheçam a biografia de cada pessoa, abram a instituição ao exterior e perguntem o que ela ainda consegue e quer fazer.
Técnicos de associações	Formem comunidades menos ignorantes perante a demência: comerciantes, vizinhos, transportes.
Técnicos municipais e freguesias	Adaptem espaço público e serviços (sinalização, contrastes, percursos simples) e incluam as demências no Plano Gerontológico Local.
Saúde, farmácias, GNR	Não decidam pela pessoa em frente dela. Expliquem com calma, e aprendam a reconhecer e encaminhar uma pessoa desorientada.

10. A Geografia da vida

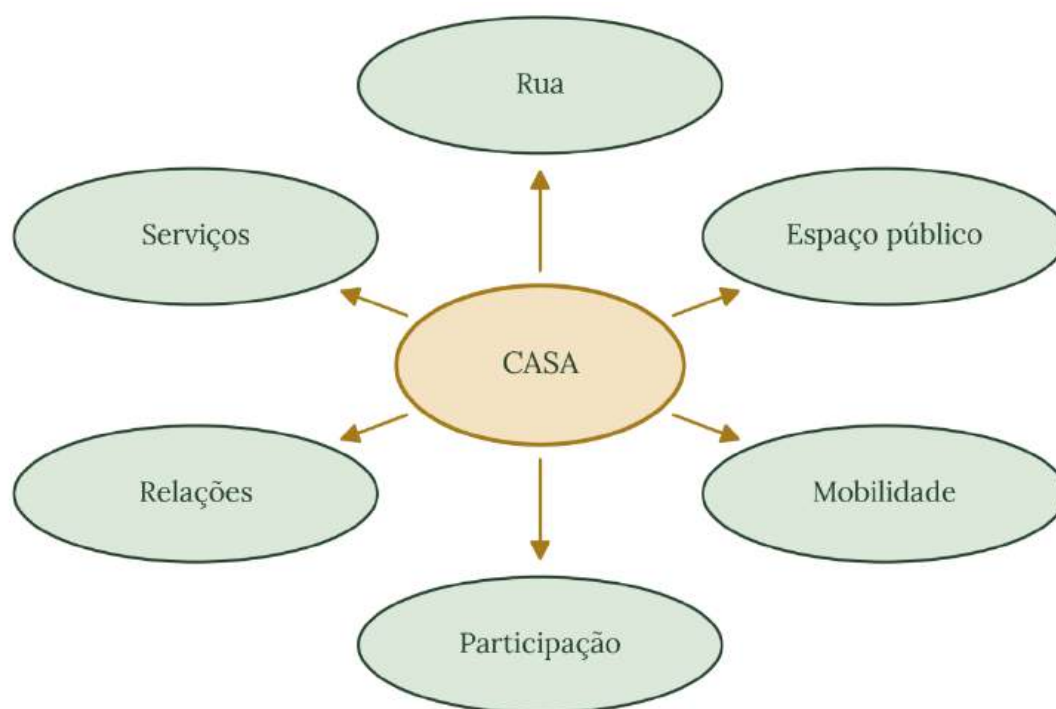
Ninguém envelhece no vazio. Envelhecemos numa casa, numa rua, num bairro, numa aldeia, numa cidade, num território onde existem, ou não, transportes, comércio, serviços de saúde, espaços verdes, vizinhos, associações e lugares de encontro. Envelhecemos com escadas ou com elevador, com passeios ou sem eles. A biologia envelhece, a pessoa envelhece, mas **o lugar onde a pessoa vive também participa nesse envelhecimento.**

E quando nos é retirado o lugar? Durante a escrita deste livro, no final de setembro de 2026, Maricarmen Abascal, uma mulher de 87 anos com deficiência, foi despejada em Madrid, do apartamento onde vivia há 71 anos. Chegou a ser anunciado um acordo para regressar (SIC Notícias, 2026), mas faleceu a 7 de outubro, sem ter voltado a casa (Costa & Cunha, 2026). Um lugar não é só uma morada.

10.1. O território não é o cenário; a geografia da autonomia

É fácil imaginar o território como cenário, um espaço onde as coisas acontecem. Mas o território cria oportunidades, impõe obstáculos, aproxima, afasta, protege, expõe, liga, isola. Um passeio rebaixado permite continuar a deslocar-se; uma escada pode transformar uma limitação ligeira numa dependência grave. O território não está à volta da pessoa: **entra na sua capacidade de viver** (cf. Lawton & Nahemow, 1973).

A mesma pessoa pode ser autónoma num lugar e dependente noutro. Alguém com dificuldade de mobilidade que vive num rés-do-chão, com bons passeios, comércio, centro de saúde, transporte e vizinhos faz grande parte do quotidiano sozinha; transposta para um andar alto sem elevador, numa zona sem serviços, **a capacidade física não mudou, mas a autonomia mudou profundamente.** Às vezes atribuímos à pessoa uma incapacidade que é, em parte, produzida pelo ambiente. Em vez de *já não consegue sair*, talvez perguntar: **o que existe entre a porta de casa e o lugar onde gostaria de ir?** Podemos falar numa **geografia da autonomia**: uma decisão aparentemente individual contém uma infraestrutura territorial invisível. **Querer é individual. Poder é também territorial.**

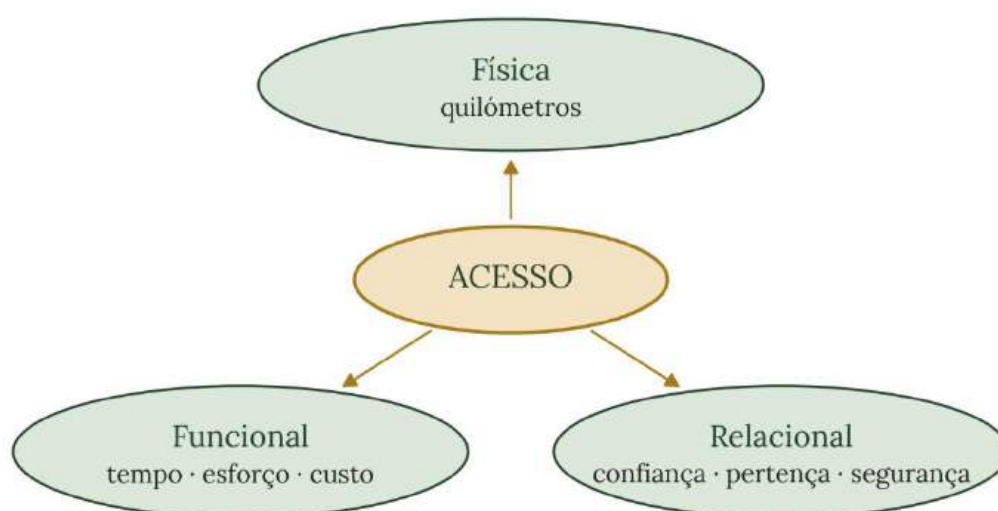


Querer é individual. Poder é também territorial.

Figura 18 — A autonomia também depende do território.

10.2. Distância, conduzir e território vivido

Distância física e distância real não são a mesma coisa. Cinco quilômetros são pouco para quem conduz e enormes para quem não conduz nem tem transporte; quinhentos metros podem ser intransponíveis com um passeio degradado ou uma subida. Por isso não basta mapear equipamentos: é preciso perceber **quem consegue utilizá-los**. A pergunta não é só *onde está o serviço?*, é **quanto custa, em tempo, esforço e dependência, chegar até ele?**



A distância é multidimensional.

Figura 19 — A distância é multidimensional.

Deixar de conduzir é uma transição reveladora: administrativamente nada aconteceu, geograficamente aconteceu quase tudo. **O território vivido encolheu.** E o território vivido não coincide com o administrativo: ninguém vive *num município* em abstrato, vivemos numa rede de lugares (a casa, o café, a farmácia, a casa de um familiar, o centro de saúde, os trajetos entre eles). Duas pessoas da mesma freguesia podem ter territórios vividos completamente diferentes. Os indicadores territoriais ajudam, mas não chegam: precisamos de perceber como as pessoas **usam, sentem e experimentam** o território.

10.3. A casa, a rua e envelhecer no lugar

Antes da cidade existe a casa, para muitas pessoas o espaço mais importante do envelhecimento: objetos, memórias, rotinas, privacidade, identidade. Mas a casa também pode tornar-se um problema (escadas, banheira difícil, portas estreitas, má iluminação) quando a relação entre a pessoa e a casa mudou. Não se trata de classificar uma habitação como boa ou má, mas de **perguntar se continua adequada à pessoa que lá vive.**

Há uma valorização compreensível do envelhecimento no domicílio, e esse desejo merece ser levado a sério. Mas envelhecer em casa não pode significar apenas *não ser institucionalizado*: uma pessoa pode estar em casa e profundamente isolada, com habitação, mas sem mobilidade, com apoio domiciliário algumas horas e solidão o resto do dia. **Envelhecer em casa só é verdadeiramente envelhecer no lugar quando a casa permite que a pessoa continue ligada à comunidade** (cf. Wiles et al., 2012). E a rua também envelhece connosco: um passeio irregular, uma passadeira distante, poucos bancos, uma iluminação imperfeita ganham outro peso com problemas de mobilidade, visão ou equilíbrio. Um passeio é instrumento de autonomia; um banco pode determinar até onde alguém vai.

10.4. Mobilidade, serviços e o digital

Mobilidade não é apenas transporte: é **liberdade territorial**. Quem deixou de conduzir e não tem transporte público depende de filhos, vizinhos ou plataformas para sair de casa. A pessoa pode manter intacta a capacidade de decidir, mas cada decisão depende da disponibilidade de outro: *levas-me ao médico?, consegues vir buscar-me depois da atividade?* A dependência começa muitas vezes assim, não por perda de capacidade de escolher, mas por perda de capacidade de transformar a escolha em deslocação. Por isso transportes e mobilidade são política gerontológica. E pergunto-me sempre até que ponto as Bolsas Locais de Cuidadores formados e certificados, cuja constituição tenho defendido, de natureza associativa, privada ou pública, poderiam fazer a diferença.

Os serviços só existem verdadeiramente quando são acessíveis, e isso depende de localização, horários, transportes, barreiras físicas, custos, informação e competências digitais. Contar equipamentos é fácil; compreender a acessibilidade real é muito mais difícil. Em muitos territórios fecham pequenos comércios, balcões bancários, correios, extensões de saúde. Cada encerramento pode ser explicado economicamente, e cada centralização produz ganhos de eficiência e **perdas de proximidade**: precisamos de saber medir ambos. O digital aproxima e afasta: o balcão fecha porque o serviço está *online*, mas quem não tem equipamento, ligação, competências ou confiança fica com a

distância física reduzida a zero e a distância funcional enorme. **A exclusão digital cria distância sem acrescentar quilómetros.**

10.5. Relação, pertença e memória dos lugares

Seria um erro reduzir a geografia da vida a infraestruturas: o território é também feito de pessoas, vizinhos, comerciantes, associações, lugares onde somos reconhecidos. Uma pessoa pode viver num território muito bem equipado e sentir-se só. **Uma comunidade onde alguém repara que uma pessoa não apareceu durante alguns dias possui uma forma de proteção que nenhuma infraestrutura, isoladamente, cria.**

Quem viveu cinquenta ou sessenta anos no mesmo lugar conhece as ruas, as histórias, as famílias, o que existia onde agora há um prédio. O território torna-se parte da identidade (cf. Rowles, 1978). Uma mudança pode aumentar a segurança e a qualidade de vida, mas deve ser compreendida como **transição territorial e biográfica**, não apenas imobiliária. Os lugares funcionam como arquivos biográficos: uma rua lembra uma pessoa, uma praça um acontecimento, uma paisagem uma infância. São geografias afetivas, que não são menos reais por isso.

10.6. Rural e urbano; o código postal

Há duas tentações: idealizar a aldeia (comunidade, vizinhança, segurança) ou a cidade (serviços, transportes, oportunidades). Ambas contêm alguma verdade e simplificam. Um território rural pode ter fortes relações de proximidade e grandes dificuldades de mobilidade e acesso; uma cidade pode concentrar hospitais e comércio e produzir anonimato, custos de habitação e isolamento. A questão não é decidir se se envelhece melhor no campo ou na cidade, é perguntar **que recursos e que barreiras existem neste lugar concreto para esta pessoa concreta.**

O código postal pode influenciar o envelhecimento: o lugar condiciona o acesso a serviços, transportes, qualidade ambiental, espaços públicos, cuidados, oportunidades culturais, redes, habitação, tecnologia e participação. O território não determina sozinho o resultado, mas condiciona oportunidades. As desigualdades territoriais são também **desigualdades no envelhecimento**, e por isso os meus trabalhos têm insistido na *geografia do envelhecimento* e nas diferenças inter-regionais, nomeadamente em mobilidade e transportes.

10.7. Política nacional, município e Plano Gerontológico Local

As políticas são muitas vezes concebidas à escala nacional, mas são vividas localmente: a mesma medida produz efeitos diferentes conforme a densidade populacional, a rede de serviços, os transportes, a capacidade institucional, as associações, a habitação e os recursos municipais. Uma política universal não tem de ser territorialmente cega, e as comunidades acrescentam o que nenhuma estrutura administrativa produz sozinha: **relações.**

Por isso defendo os **Planos Gerontológicos Locais** (Monte, 2023). O município tem uma escala suficientemente ampla para mobilizar recursos e suficientemente próxima para conhecer as especificidades do território, e pode trabalhar mobilidade, habitação, espaço público, cultura, desporto, participação, apoio social e intergeracionalidade. **A política gerontológica local não deve**

ser apenas política social. É política territorial, embora, na prática, ainda seja inexistente em termos formais.

10.8. Da Geografia do desenvolvimento à *geogerontologia*

Convém tornar explícita a ligação ao meu percurso. Existe uma Geografia Gerontológica, ou Geografia do Envelhecimento, desenvolvida por geógrafos como um campo da Geografia Humana (cf. Rowles, 1978; Andrews & Phillips, 2005). O meu caminho foi outro: a minha especialidade em Geografia é o desenvolvimento local, e só depois da pós-graduação em Gerontologia passei a ligar as duas ciências, sendo a Gerontologia o que domina hoje a minha reflexão. Na investigação do final dos anos 1990, defendia que o desenvolvimento local devia ser construído com a participação dos cidadãos (Marques, 2000), e durante muitos anos avalei projetos de desenvolvimento rural no âmbito da Iniciativa LEADER. Ao aproximar-me da Gerontologia, percebi que uma pergunta semelhante continuava por responder: **que lugar ocupam as pessoas mais velhas na construção dos territórios onde envelhecem?**

Foi deste cruzamento que comecei a usar, quase como brincadeira académica, a palavra **geogerontologia**. Não a apresento como disciplina nova, nem ignoro a investigação existente sobre ambiente, lugar e envelhecimento: é uma palavra autoral para nomear o ponto de encontro de duas lentes, **a Geografia olha para a vida dos territórios; a Gerontologia, para o processo de envelhecimento das pessoas**. E pergunta: o que acontece quando observamos simultaneamente a pessoa que envelhece e o território onde envelhece? Deve também ajudar a agir: onde estão as barreiras, que diferenças existem dentro do município, que pessoas têm menor acesso, que serviços desapareceram, que redes existem e, sobretudo, **o que dizem as pessoas que vivem essas realidades?** Hoje acrescentaria que um território desenvolvido tem também de ser **um bom lugar para envelhecer**.

10.9. Da incapacidade individual à barreira territorial

Esta lente muda as perguntas. Uma pessoa não sai de casa: podemos concluir ***está menos ativa***, ou perguntar se há transporte, se o passeio é acessível, se há para onde queira ir, se se sente segura. Participa pouco: ***não tem interesse***, ou foi convidada, existe transporte, a atividade corresponde aos seus interesses? Depende da família: ***perdeu autonomia***, ou que serviços existem e que distância tem de percorrer? Isto não elimina a responsabilidade nem a condição individual: impede apenas que vejamos **como problema da pessoa o que pode ser, em parte, problema do lugar**.

10.10. Cartografar a vida quotidiana; perguntar às pessoas

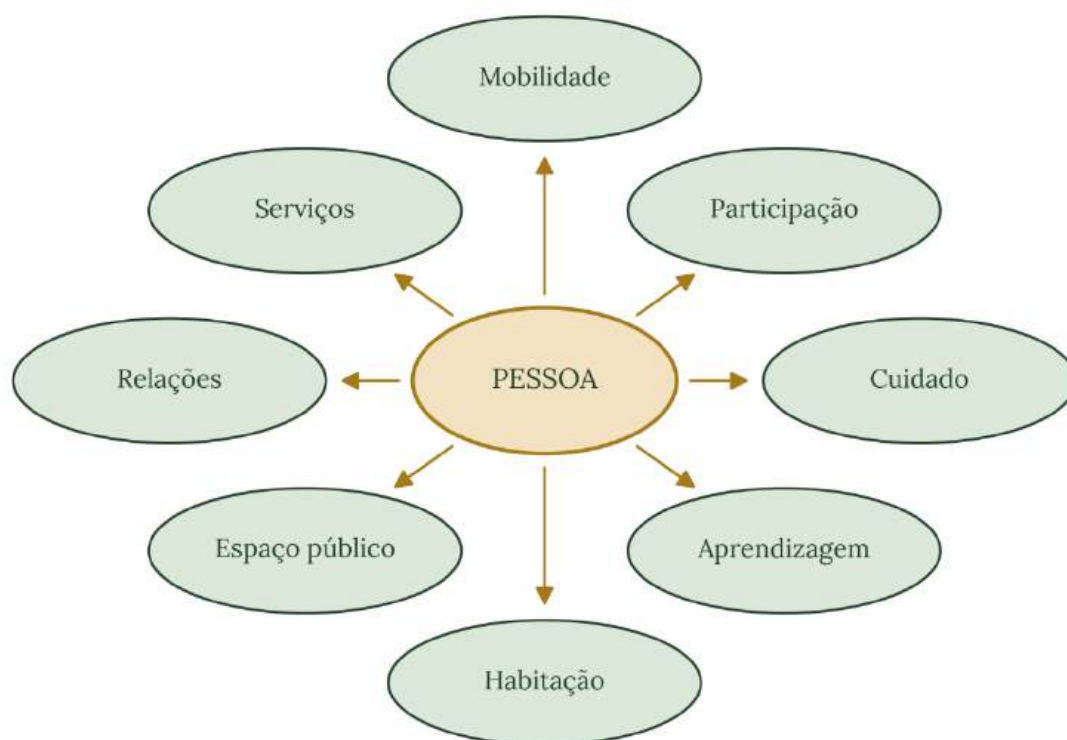
A escala pode ser ainda mais pequena: a cozinha, a casa de banho, o corredor também são território, e **a autonomia tem também metros quadrados**. A geografia do envelhecimento pode começar numa planta da casa. E o território da vida quotidiana pode ser cartografado: pedir a uma pessoa para desenhar os lugares que usa numa semana, como chega, com quem vai, que lugar deixou de frequentar, onde gostaria de ir. O resultado é uma representação territorial da autonomia. Em vez de perguntar onde vive, perguntar: **onde vive a sua vida?**

Uma autarquia tem cartografia, equipamentos, vias, redes de transporte, e um técnico pode concluir que o território está suficientemente servido. Mas a pessoa tem outro mapa: o caminho onde tem medo de cair, a paragem sem banco, a rua que evita, a farmácia onde conhece alguém, o autocarro cujo horário não serve. **O mapa técnico mostra o que existe; o mapa vivido mostra o que é possível.** Precisamos dos dois, e por isso **perguntar às pessoas** é também fazer Geografia, sem esquecer que observar com atenção é um instrumento privilegiado do geógrafo. Em Arraiolos, a mobilidade e os transportes apareceram entre os problemas quotidianos identificados, a par da participação, da saúde, do isolamento e das relações, e a observação local permitiu perceber que sem o apoio do Monte haveria pessoas excluídas por falta de transporte (Monte, 2023). A experiência não substitui os dados, completa-os.

10.11. O território também envelhece e pode acrescentar capacidade

Também os territórios mudam: perdem ou ganham população, fecham serviços, recebem infraestruturas, alteram o comércio e as redes familiares. A aldeia da juventude pode não ser a mesma aos 80 anos. Por isso o *ageing in place* não é envelhecer num lugar imóvel: a pessoa e o lugar envelhecem e transformam-se juntos.

Em vez de classificar territórios como *bons* ou *maus*, talvez seja mais útil perguntar se **acrescentam ou retiram capacidade**: acrescentam quando facilitam mobilidade, acesso, segurança, relações, aprendizagem, participação, cuidado e escolha; retiram quando criam barreiras, distâncias excessivas, isolamento, dependência evitável, exclusão digital, insegurança e falta de alternativas. **Um bom território não faz tudo pela pessoa; cria condições para que ela possa continuar a fazer, por si e com os outros, aquilo que valoriza.** Preparar territórios para a longevidade não é criar territórios *para velhos*: é criar **territórios para o curso de vida**, e uma habitação acessível, bons transportes ou espaços públicos seguros beneficiam pessoas mais velhas, pessoas com deficiência, famílias com crianças e quem tem mobilidade temporariamente reduzida.



Um bom território acrescenta capacidade.

Figura 20 — Um território de bem-estar.

10.12. A Geografia da vida

Porque chamar a este capítulo *Geografia da vida* e não *Geografia do envelhecimento*? Porque não estamos apenas a localizar pessoas mais velhas num mapa, nem a saber onde há maior índice de envelhecimento. Queremos compreender **como o espaço entra na vida**: como uma casa influencia a autonomia, uma rua a mobilidade, um transporte a participação, um vizinho a proteção, uma distância a dependência. A Geografia dá-nos mapas; a vida obriga-nos a perguntar o que acontece dentro deles. Não é uma nova fronteira disciplinar, é uma forma de recordar que **não basta saber como envelhece a pessoa: é preciso compreender onde a vida dessa pessoa acontece**. E a pergunta mais simples é também a mais reveladora: **este lugar ajuda esta pessoa a continuar a viver a vida que deseja, ou começa a impedi-la?**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Desenhe os lugares que usa numa semana e diga quais deixou de frequentar e porquê. Esse mapa é um ponto de partida para pedir mudanças.
ERPI e Centro de Dia	Conheçam o território vivido de cada pessoa antes e depois da entrada, e mantenham-na ligada aos lugares que lhe importam.
Técnicos de associações	Cartografem com as pessoas a vida quotidiana e levem esses mapas ao Plano Gerontológico Local.
Técnicos municipais e freguesias	Meçam acessibilidade real (tempo, esforço, custo), não apenas equipamentos. Tratem mobilidade e habitação como política gerontológica.
Saúde, farmácias, GNR	Perguntem como a pessoa chega até vós e o que a impede de vir. Barreiras territoriais também são barreiras de saúde.

11. Comunidades que cuidam

Às vezes, o cuidado começa antes de alguém lhe chamar cuidado. Uma vizinha repara que as persianas continuam fechadas. O funcionário da mercearia nota que uma cliente habitual não apareceu. Uma farmácia conhece a medicação habitual de uma pessoa. A GNR referencia. Uma junta de freguesia sabe quem poderá precisar de apoio durante uma vaga de calor. Nada disto é um hospital, e nenhuma destas pessoas substitui um profissional de saúde. Mas estas pequenas relações podem fazer uma diferença enorme. É neste espaço entre a vida privada e os grandes sistemas formais que encontramos **a capacidade de uma comunidade para cuidar.**

Acredito, sinceramente, que os **Planos Gerontológicos Locais** podem funcionar como um **chapéu do envelhecimento local**, sob o qual todas as entidades — câmara, juntas de freguesia, centros de saúde, farmácias, GNR, ERPI, Centros de Dia, associações —, independentemente do seu domínio de intervenção, contribuem para um bem comum: uma Política Gerontológica Local que promova um bom envelhecimento. Sentar todos à mesma mesa não é fácil, muitas vezes por egos científicos ou políticos, mas temos de acreditar que é possível: todos juntos seremos sempre mais úteis do que cada um a trabalhar só por si.

11.1. O que é uma comunidade que cuida

A expressão sugere serviços: apoio domiciliário, centros de dia, profissionais, equipamentos. Todos podem ser necessários, mas uma comunidade que cuida mede-se também pela capacidade de reconhecer pessoas, identificar situações, mobilizar ajuda, articular recursos e não deixar ninguém desaparecer silenciosamente. **Serviços prestam cuidados; comunidades acrescentam proximidade.** Precisamos dos dois.

Durante muito tempo associámos cuidado à doença e à dependência: higiene, refeições, medicação, um penso. É fundamental, mas existe uma dimensão anterior. A pessoa continua a ter alguém com quem falar? Consegue sair de casa? Sente que pertence ao lugar? Há alguém que percebe se alguma coisa muda? Pode pedir ajuda sem sentir que incomoda? Uma comunidade que cuida atua também aqui, para **evitar que algumas vulnerabilidades se transformem em crises.**

11.2. Redes: a infraestrutura que não vemos

Vemos estradas, centros de saúde, lares, paragens de autocarro. Não vemos facilmente uma amizade, uma relação de vizinhança, um telefonema diário, alguém que guarda uma chave. **As redes são a arquitetura invisível do envelhecimento.** Quando funcionam, raramente reparamos nelas; quando desaparecem, percebemos o que faziam.

As redes formais (serviços de saúde, respostas sociais, apoio domiciliário, autarquias, associações) e as informais (família, amigos, vizinhos, comerciantes) cruzam-se na vida real. O que importa é perceber se **comunicam entre si**. Um território pode ter centro de saúde, IPSS, universidade sénior, apoio domiciliário e projetos de voluntariado e funcionar de forma fragmentada: cada entidade conhece uma parte e ninguém vê o conjunto. **Uma soma de serviços não é necessariamente uma rede.** E as pessoas vivem problemas sem departamentos: a mesma pessoa pode precisar de médico,

apoio na higiene, adaptação da casa, transporte, informação sobre uma prestação e apoio ao cuidador, e tem de descobrir sozinha como ligar tudo. Uma comunidade que cuida melhora também a capacidade de navegação entre respostas.

11.3. Proximidade: o campo e a cidade

Proximidade é mais do que quilómetros. Um serviço a quinhentos metros pode ser relacionalmente distante: a pessoa não sabe a quem se dirigir, é tratada como um número, tem de marcar tudo digitalmente. **Estar perto não significa ser próximo.**

Os territórios rurais mostram o paradoxo: forte conhecimento entre as pessoas e, ao mesmo tempo, serviços distantes, transportes escassos, população dispersa. A rede social pode ser próxima e a funcional estar longe. *Toda a gente se conhece* não significa que todas as necessidades estejam respondidas, e há rural e rural: quando em 2002 estudei os montes isolados do que viria a ser a área do Alqueva, a alguns nem de jipe se acedia facilmente. Na cidade o paradoxo inverte-se: farmácia a duzentos metros e ninguém conhece o vizinho. As políticas urbanas têm de trabalhar o microterritório: o prédio, o quarteirão, o bairro. E antes de trocar a cidade pelo campo, num *sonho* só alcançável numa idade mais avançada, convém perguntar se faz sentido ir para um local com menos apoios ou ficar numa cidade que já conhecemos, mesmo mudando de casa, mais perto dos serviços de saúde.

11.4. Vizinhança, família e cuidador

Nos territórios onde realizei o *Estudo de Avaliação Multidimensional* (Marques, 2022), 86,6% das pessoas inquiridas afirmaram ter uma relação próxima e amigável com os vizinhos, que *estão mesmo ali ao lado*. Um vizinho pode reparar numa alteração, ouvir um pedido, ajudar numa pequena emergência. **Mas o vizinho não é um profissional.** Valorizar redes informais não é transferir-lhes responsabilidades como administrar medicação complexa, prestar cuidados íntimos ou assumir vigilância permanente. A informalidade tem força porque nasce da relação; se a transformarmos em obrigação, podemos destruí-la. Como apoiar a solidariedade existente sem a explorar?

O mesmo vale para a família. Em Portugal, grande parte do apoio é assegurado por familiares, mas a família não é um serviço gratuito garantido: nem todos têm filhos, nem todos vivem perto, nem todas as relações foram boas, e nem todos têm tempo, saúde ou competências. **Amar alguém não significa saber cuidar dessa pessoa.** Há ainda uma segunda pessoa cuja vida está a ser reorganizada: o cuidador, que reduz trabalho, perde relações, dorme pior, adia os seus próprios cuidados. A comunidade não cuida verdadeiramente se sustenta uma pessoa através do esgotamento silencioso de outra.

11.5. Apoio domiciliário e permanecer em casa

O apoio domiciliário é uma das respostas mais importantes para quem quer permanecer em casa, mas o desafio não é só prestar tarefas: é entrar num espaço íntimo, onde os objetos têm lugar e as rotinas têm história. **Como levar cuidado para dentro da casa sem retirar à casa o seu carácter de lar?** Isso implica flexibilidade, escuta e respeito pelas preferências, dentro das condições de segurança. Em Arraiolos perguntei às pessoas mais velhas se queriam ter apoio em casa 24 horas por dia, por

cuidadores certificados em turnos de permanência. Há sempre alguma desconfiança em partilhar o que é nosso com os outros. Mas se a alternativa for ir para uma ERPI, viver com quem não conhecemos, a proposta passa a ser mais bem equacionada.

E permanecer em casa exige mais do que apoio domiciliário: uma pessoa pode receber apoio para a higiene e as refeições e passar vinte horas por dia sozinha. Envelhecer no lugar (*ageing in place*; Wiles et al., 2012; Fonseca, 2018) deve significar, permanecer **em casa e continuar em relação com o lugar**.

11.6. Isolamento e solidão

Nem todas as pessoas querem uma vida social intensa. Há quem valorize o silêncio, a casa, a leitura, poucas relações. **Estar sozinho não é necessariamente sentir-se só**, e ter muita gente à volta não impede a solidão. O *isolamento social* é a escassez objetiva de contactos; a *solidão* é a experiência subjetiva de falta ou inadequação dessas relações (Perlman & Peplau, 1981; Courtin & Knapp, 2017). Situações diferentes pedem respostas diferentes. Uma comunidade que cuida não invade: mantém portas abertas, cria contacto quando desejado, identifica sofrimento quando possível e respeita o direito à reserva.

E não transforma a solidão numa falha da pessoa (*tem de sair mais, tem de fazer amigos*). Talvez não haja transporte, talvez tenha perdido o cônjuge, talvez haja poucos espaços de encontro ou as atividades não lhe digam nada. A pergunta deixa de ser *porque é que esta pessoa não convive?* e passa a ser **o que aconteceu à rede desta pessoa e que possibilidades existem agora?**

11.7. Lugares de encontro e comércio local

Um café, um banco de jardim, um mercado, uma associação, uma pequena loja são lugares de reconhecimento: *Bom dia. Hoje veio mais tarde. Há uns dias que não via esta pessoa*. Produzem pertença. O encerramento de um pequeno comércio pode significar perda de contacto quotidiano, e substituir um balcão por uma aplicação pode retirar uma das poucas interações do dia. A infraestrutura social não aparece nos mapas, mas existe.

Quem trabalha na farmácia, na mercearia, no cabeleireiro, no café ou nos correios nota mudanças. Isso é um potencial comunitário, mas sem transformar comerciantes em vigilantes nem criar sistemas de denúncia informal. O que podemos construir é uma cultura de **atenção responsável**: saber onde pedir orientação perante uma preocupação séria e reconhecer sinais evidentes de emergência.

11.8. Cuidar sem controlar

Quanto mais falamos de sinalização, monitorização, visitas e tecnologia, mais facilmente atravessamos a fronteira entre cuidado e controlo. Uma pessoa mais velha não perde a privacidade nem o direito ao risco porque vive sozinha, e não perde o direito de recusar visitas ou de decidir com quem partilha informação. **O cuidado precisa de consentimento sempre que a situação o permita**. Segurança não pode ser argumento automático para retirar liberdade.

Os sistemas de sinalização são úteis, mas **sinalizamos uma situação, não definimos uma pessoa**: ninguém deve transformar-se numa ficha de *isolado*, *dependente* ou *em risco*. O objetivo é abrir uma possibilidade de contacto e resposta, e não produzir uma identidade administrativa. E quem sabe

primeiro que alguma coisa mudou? Pode ser um vizinho, a pessoa do apoio domiciliário, a farmácia, a Junta de Freguesia. O desafio é construir mecanismos éticos e proporcionais para que a informação chegue ao lugar certo sem transformar a comunidade numa rede de vigilância.

Por fim, os participantes mais visíveis são os que mais facilmente chegam até nós. Uma comunidade que cuida não deve avaliar apenas quantas pessoas frequentam os programas: deve perguntar **quem continua invisível?**

11.9. Coordenação, autarquias, freguesias e organizações locais

Parte da melhoria pode vir de usar melhor o que já existe: quem faz o quê, a quem encaminhar, que população fica sem resposta, que pessoa repete a mesma história em cinco serviços. Coordenar parece burocrático, mas, vista da perspetiva da pessoa, a coordenação é cuidado: reduz repetições, deslocações, portas erradas e abandono entre serviços.

As autarquias não prestam todos os cuidados, mas organizam muito do território do cuidado: mobilidade, espaço público, habitação, cultura, participação, apoio associativo, planeamento. O seu papel mais interessante não é fazer tudo, é criar condições para que o sistema local funcione melhor em conjunto, e os Planos Gerontológicos Locais podem facilitá-lo. As juntas de freguesia têm uma vantagem, a proximidade: conhecem ruas, famílias e associações, e são portas de entrada para informação e encaminhamento, sobretudo em territórios dispersos. Mas conhecer as pessoas não autoriza invadir a sua vida: proximidade sem ética transforma-se em paternalismo. As IPSS, as associações, as cooperativas e as universidades seniores sabem quem participa e que problemas se repetem, mas conhecem sobretudo quem chega até elas. Continuamos a precisar de procurar quem está fora.

11.10. Perguntar antes dentro da ERPI e do Centro de Dia

A mensagem que mais repito a quem dirige uma ERPI ou um Centro de Dia é simples: nas intervenções que desenham, tenham sempre em conta os destinatários e, por isso, **perguntem antes às pessoas**.

Acredito que, dentro destas respostas, perguntar antes pareça muitas vezes trabalhoso, e que se parta do princípio de que as pessoas estão mais disponíveis para receber do que para participar. É esta a batalha que mais me interessa: **toda a gente está disponível para partilhar, desde que tenha oportunidade e uma facilitação adequada**. A falta de disponibilidade raramente está nas pessoas, e quase sempre na forma como as convidamos e interagimos.

Perguntar antes não obriga a grandes processos. Pode começar numa atividade, num horário, numa refeição, na organização de um espaço, na escolha de uma saída. A diferença está em perguntar antes de decidir e em dizer depois o que se fez com o que se ouviu. Há dois cuidados: não confundir, perguntar com obrigar, porque há quem não queira participar; e adaptar a forma, porque as pessoas com mais limitações também têm voz.

A ERPI e o Centro de Dia não são ilhas. Fazem parte do território e cabem debaixo do *chapéu* do Plano Gerontológico Local, ao lado das juntas, da câmara, dos centros de saúde, das farmácias e das forças de segurança. E o *cuidar sem apagar* de que falámos no capítulo 4 começa por perguntar.

11.11. Cidadania, voluntariado e bolsas de cuidadores

No trabalho sobre desenvolvimento local defendia que o local devia ser um **espaço de afirmação cívica** (Marques, 2002). Aplicada ao envelhecimento, a ideia é concreta: uma comunidade que cuida continua a considerar as pessoas mais velhas cidadãs, pergunta, escuta, aceita crítica e permite que influenciem as respostas que lhes dizem respeito. Cuidado sem cidadania pode tornar-se paternalismo e idadismo. E há uma inversão possível: não só *como cuida a comunidade das pessoas mais velhas?*, mas *como podem elas continuar a cuidar da comunidade?*, numa associação, transmitindo memória, como guias locais, mentorando jovens. Participar não é apenas fazer voluntariado: é também integrar um conselho consultivo, avaliar um serviço, apresentar uma proposta na assembleia municipal, ou simplesmente ser presença regular na vida comunitária. As comunidades fazem-se também de pequenas reciprocidades.

A solidariedade é valiosa, mas **a comunidade complementa direitos; não deve ser usada para os substituir**. Não podemos depender de voluntários para substituir profissionais que faltam, de vizinhos para resolver a ausência de transporte, de famílias para compensar a insuficiência de cuidados continuados. O voluntariado também precisa de limites: conversar, fazer companhia, telefonar ou ler pode fazer qualquer pessoa solidária; a gestão terapêutica, os cuidados pessoais e o acompanhamento de condições cognitivas complexas exigem formação. **Quanto maior a complexidade, maior a necessidade de competência**. Não devemos confundir disponibilidade com qualificação.

É aqui que ganha sentido uma proposta que tenho defendido: as **Bolsas Locais de Cuidadores**, devidamente formados e certificados, organizadas territorialmente para aproximar procura e oferta de cuidado, com critérios de formação, confiança, supervisão e qualidade e com potencial de criar emprego local qualificado. Será que, com elas, a interiorização da dependência não diminuiria? O objetivo não é informalizar o cuidado, é precisamente o contrário: **profissionalizar a proximidade**. O estudo da ANIMAR (Marques, 2022) sugere ainda *bolsas de ouvintes*, pessoas dedicadas a conversar com quem está mais só.

11.12. Cuidado intergeracional e reciprocidade

Uma comunidade amiga do envelhecimento (World Health Organization, 2007) não é um espaço separado *para pessoas mais velhas*. O banco de jardim ajuda uma pessoa de 80 anos e uma grávida; a rampa serve uma cadeira de rodas e um carrinho de bebé. **É uma comunidade preparada para o curso de vida, não especializada numa idade**.

E *intergeracional* é recíproco: não são só os jovens a ensinar tecnologia e a fazer companhia (cf. Bexiga, 2023). As pessoas mais velhas transmitem conhecimentos, apoiam famílias, guardam a memória local, cuidam de netos. A dependência pode doer quando a pessoa sente que já só recebe, ela que durante décadas ajudou e agora precisa de pedir. A reciprocidade não exige equivalência: quem precisa de ajuda física pode continuar a oferecer escuta, conhecimento, companhia, memória, humor. **Uma comunidade que cuida também permite que quem recebe cuidado continue, se quiser, a cuidar de alguma coisa ou de alguém**.

11.13. Tecnologia e redes digitais

Uma aplicação lembra a medicação, um sensor deteta uma queda, uma videochamada aproxima a família. **Mas não devemos confundir conectividade com relação:** uma pessoa pode receber dez notificações por dia e continuar profundamente só. A tecnologia fortalece uma rede que existe; não cria automaticamente pertença. Também não devemos opor o digital ao humano: grupos digitais podem partilhar informação, organizar transporte e pedir pequenas ajudas. O desafio é que o digital expanda a comunidade sem excluir quem não o usa. Uma boa solução mantém mais do que uma porta de entrada.

11.14. Conflito, idadismo local e conhecimento

A comunidade não é ausência de conflito: há interesses, desigualdades, poder, solidariedade e egoísmo, proximidade e intrusão. Já os meus trabalhos sobre desenvolvimento local (Marques, 2000) reconheciam que a multiplicação de atores traz divergência de opiniões. Uma comunidade forte não é aquela onde todos concordam, é a que sabe **dialogar, negociar e construir respostas apesar das diferenças.**

Pode haver muitos serviços para pessoas mais velhas e continuar a haver idadismo: infantilizar, decidir por elas, tratá-las como um peso. A pergunta é: esta comunidade cuida das pessoas mais velhas porque as considera frágeis ou relaciona-se com elas porque as considera cidadãs? As duas coisas podem coexistir; a segunda não pode desaparecer por causa da primeira. E boa vontade não basta: é preciso alguma literacia, saber que demência não é envelhecimento normal, conhecer recursos e direitos, saber quando encaminhar. Não precisamos de transformar toda a gente em especialista, mas de criar comunidades **menos ignorantes perante o envelhecimento.**

11.15. Comunidades que cuidam

Há uma última cautela: uma comunidade extremamente protetora pode retirar autonomia. Levam-lhe tudo a casa, fazem as compras, resolvem os pagamentos, respondem sempre por ela, quando talvez a pessoa ainda pudesse fazer algumas dessas coisas. **Uma boa rede compensa o que falta e preserva o que existe.** Mede-se também pela capacidade de manter as competências e as decisões da pessoa.

Por isso, antes de construir redes e serviços há uma pergunta anterior: **é disto que as pessoas precisam? É desta forma que desejam receber apoio?** Em Arraiolos partimos do princípio de que as pessoas mais velhas devem ser «atores das suas iniciativas e não apenas consumidoras das ofertas técnicas locais» (Monte, 2023). Uma comunidade não cuida verdadeiramente **de** alguém se nunca aprende a cuidar **com** essa pessoa.

Uma comunidade que cuida não é aquela onde todos são cuidadores, nem a que substitui o Estado, a família ou os profissionais, nem a que controla. É a que tem capacidade para reconhecer, escutar, aproximar, articular, encaminhar, incluir, apoiar e respeitar. Onde pedir ajuda não significa perder dignidade, receber cuidado não significa perder cidadania, viver sozinho não significa estar abandonado. Uma comunidade onde cada pessoa pode sentir: **Se um dia precisar, existe alguém e existe algum lugar a que posso recorrer.**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Diga como quer ser apoiada e peça ajuda sem culpa. A família também precisa de apoio para não desaparecer dentro do cuidado.
ERPI e Centro de Dia	Abram-se ao território e entrem na rede e no Plano Gerontológico Local. Perguntem antes de mudar rotinas e preservem o que a pessoa ainda pode e quer fazer.
Técnicos de associações	Procurem quem não chega até vós. Sinalizem situações, não etiquetem pessoas, e usem o voluntariado com limites claros e formação.
Técnicos municipais e freguesias	Coordenem o que já existe antes de criar mais. Garantam consentimento e confidencialidade na sinalização.
Saúde, farmácias, GNR	Pratiquem a atenção responsável: reconheçam sinais, saibam a quem encaminhar e façam-no com respeito pela privacidade.

12. Perguntaram antes às pessoas?

Há perguntas simples que mudam a maneira de olhar para um problema. Esta é uma delas:

Perguntaram antes às pessoas?

Antes de criar uma atividade. Antes de desenhar um serviço. Antes de alterar um espaço. Antes de aprovar um plano. Antes de conceber uma política pública. Perguntaram às pessoas que vão viver as consequências da decisão?

A pergunta parece evidente, mas nem sempre a fazemos. Estudamos, diagnosticamos, reunimos técnicos, consultamos indicadores, definimos objetivos. E, muitas vezes, só depois perguntamos aos destinatários o que pensam, já com a solução praticamente escolhida. Nesse momento, aquilo a que chamamos participação pode ser apenas validação.

Decidir sem saber, quando existia o dever de saber, não é apenas uma falha técnica: é uma forma de abuso de poder.



Perguntar antes. Perguntar depois. Voltar a perguntar.

Figura 21 — Perguntar antes às pessoas.

12.1. Fazer para ou fazer com as pessoas

Fazer para nasce muitas vezes das melhores intenções: conhecemos um problema, temos competências e recursos, construímos uma resposta e depois procuramos pessoas que adiram. *Fazer com* começa de outra maneira: antes de fechar a resposta, tentamos compreender como o problema é vivido. Perguntamos. Escutamos. A decisão continua a exigir responsabilidade institucional, mas passa a ser informada por quem conhece a realidade por dentro.

As boas intenções não bastam. Uma atividade pode ter excelente qualidade técnica e pouca adesão. Um transporte pode existir e ter horários inúteis. Um espaço pode ser formalmente acessível e continuar difícil de usar. A competência profissional é indispensável, mas não dispensa uma pergunta anterior: **como é que esta realidade é vivida por quem está dentro dela?**

12.2. Quem vive sabe: a experiência não é uma opinião menor

Um técnico conhece políticas, um médico conhece medicina, um arquiteto conhece acessibilidade, um geógrafo conhece território. Mas quem vive todos os dias num lugar sabe onde tem medo de atravessar, que autocarro não consegue utilizar, a que horas fica sozinha, que serviço deixou de frequentar. Esse conhecimento não substitui o científico nem o técnico, mas revela dimensões que eles podem não alcançar.

Tendemos a hierarquizar os saberes: a ciência no topo, depois a técnica e, no fim, a *opinião das pessoas*. Mas a experiência vivida não é um comentário casual. Pode ser parcial, conter erros, contradizer a de outras pessoas. Por isso precisa de ser **recolhida, confrontada, organizada e interpretada**. Não deve ser romantizada. Deve ser tratada seriamente.

E escutar não é concordar com tudo. Perguntar não obriga a abdicar de critérios técnicos, legais, financeiros ou éticos. A participação não transfere automaticamente a decisão: melhora a base sobre a qual é tomada, e cria uma obrigação — **explicar o que aconteceu ao contributo recebido**.

12.3. Consultar não é participar

Informar é dizer o que vai acontecer. *Consultar* é perguntar o que pensam. *Participar* é permitir que esse conhecimento entre na construção da decisão. *Cocriar* é envolver as pessoas na definição do problema, das prioridades e das respostas (cf. Arnstein, 1969; Cornwall, 2008). Não precisamos de cocriar tudo, mas não devemos chamar participação a qualquer contacto com cidadãos. **Uma pergunta feita depois de a decisão estar tomada não torna essa decisão participada.**

Existe uma forma mais subtil de exclusão: **perguntar e depois ignorar**. Um questionário, uma sessão, um relatório — e nunca mais voltar às pessoas. Cria expectativa, e as pessoas ficam sem saber o que foi concluído, o que avançou, o que não avançou e porquê. As pessoas aprendem com as instituições: se participam repetidamente e nada acontece, concluem *não vale a pena*. Antes de perguntar *porque é que as pessoas não participam?*, talvez devamos perguntar **o que aconteceu das últimas vezes em que participaram?**

12.4. Quem define o problema já começou a decidir

Imaginemos uma autarquia que decide *combater a solidão das pessoas mais velhas com mais atividades* e depois pergunta que atividades gostariam de ter. Parece participação, mas uma parte importante da decisão já foi tomada: **definiu-se que o problema é a solidão e que a resposta são atividades**. Talvez as pessoas dissessem que o problema é o transporte, o luto, os serviços, o dinheiro, a falta de espaços de encontro. Ou que não se sentem sós.

É aqui que a pergunta do título ganha força: perguntar antes de definir o problema, antes de escolher a prioridade, antes de desenhar a solução, antes de decidir — e, como veremos, também antes de avaliar. Não é uma pergunta de abertura. É um princípio permanente.

12.5. Dar voz? As pessoas já a têm

Falamos muitas vezes em *dar voz* às pessoas. Compreendo a intenção, mas tenho reservas: **as pessoas já têm voz**. O problema talvez seja não a estarmos a ouvir, ou a estrutura não permitir que ela influencie decisões. Não oferecemos voz como quem oferece um benefício; reconhecemos o direito de a usar. Por isso a participação que me interessa não é apenas presença nas atividades, é capacidade de influência. Pergunto sempre: as pessoas estão nas decisões? Ajudam a avaliar os serviços? Participaram na identificação dos problemas a que as respostas pretendem responder?

Ouvir também exige aprender a ficar calado. Muitas reuniões ditas participativas são dominadas por quem as organiza: o técnico explica, contextualiza, interpreta, e quando chega a vez das pessoas o

tempo acabou. Escutar exige criar espaço e tolerar silêncio. **A qualidade da participação depende também da qualidade da facilitação.**

12.6. Quem participa, quem falta, quem não quer

Se convidarmos apenas membros de universidades seniores ou de associações, os contributos serão valiosos, mas estaremos a ouvir uma parte da realidade. A pergunta metodológica é sempre: **quem ainda falta nesta conversa?** As pessoas mais difíceis de alcançar — isoladas, sem transporte, cuidadoras permanentes, frágeis, sem tecnologia, desconfiadas das instituições, com dificuldades cognitivas, em lugares dispersos — podem ser aquelas cuja experiência revela os problemas mais importantes. Às vezes temos de levar a escuta até às pessoas.

Dentro do grupo, nem todos têm o mesmo poder: uns expressam-se com facilidade, outros julgam não ter *as palavras certas*. O facilitador deve reparar em quem fala muito, quem fala pouco, quem é interrompido, quem concorda por deferência. E convém não generalizar: vinte pessoas reunidas não são *as pessoas mais velhas*. **Aquelas pessoas disseram aquilo, num determinado contexto e território.** Se não existe uma única maneira de envelhecer, também não existe uma única *voz das pessoas mais velhas*.

Por fim, o direito de não participar. Podemos criar oportunidades, informar, convidar, facilitar. Mas participar não pode tornar-se uma obrigação moral: há quem prefira a família, quem queira descansar depois de uma vida de trabalho, quem prefira que outros decidam certas matérias. A participação vale porque é expressão de cidadania, e cidadania inclui liberdade.

12.7. Perguntar é ético, científico e territorial

Quando pedimos a alguém que partilhe a sua experiência, pedimos tempo, atenção, memória e, por vezes, sofrimento: uma perda, uma situação de dependência, uma experiência de discriminação. Não estamos apenas *a recolher dados*. Isso cria uma responsabilidade: a de não tratar esse conhecimento como descartável.

Perguntar também melhora o conhecimento. Um mapa mostra onde estão os transportes; as pessoas explicam porque não os usam. Uma estatística diz quantas vivem sozinhas; a experiência explica o que é viver sozinho naquele território. E o próprio método tem geografia: uma reunião na sede do concelho, um horário que exclui cuidadores ou uma plataforma digital podem reproduzir as barreiras que queremos estudar.

12.8. Três saberes, conflito e decisão

O conhecimento *científico* ajuda a compreender fenómenos; o *técnico* permite trabalhar com serviços, normas e recursos; o *experiential* mostra como a realidade é vivida. O erro seria escolher apenas um. Colocá-los em diálogo é o que nos levará à Inteligência Comunitária, no próximo capítulo.

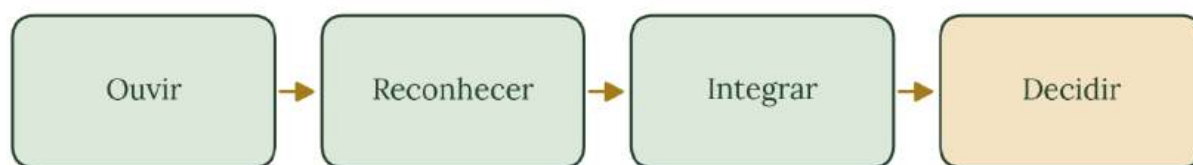
Quando perguntamos, não obtemos necessariamente consenso. Uma pessoa quer mais atividades, outra mais transporte; uma quer ficar em casa, outra mudar. Isso não é uma falha: é informação. **Ouvir bem também significa conservar discordâncias relevantes.** E participação não é votação permanente:

dez pessoas a preferir uma solução não anulam as três que talvez representem uma vulnerabilidade específica. A participação produz **conhecimento para a decisão**, não plebiscitos.

12.9. De destinatário a cidadão

Esta passagem atravessa todo o livro. Um *destinatário* recebe e adapta-se à resposta existente. Um *cidadão* participa: pergunta, propõe, avalia, critica, escolhe, recusa. Uma pessoa pode ser destinatária de um serviço, mas não deve ser reduzida a esse papel, sobretudo quando se decide sobre a sua própria vida. A fragilidade não elimina a cidadania: obriga a encontrar outras formas de a tornar possível. Enquanto existir possibilidade de expressar preferências, escolhas ou vontade, essa possibilidade deve ser valorizada.

O envelhecimento é um campo particularmente vulnerável ao paternalismo. Quanto mais uma pessoa envelhece, maior a tendência de outros assumirem que sabem o que é melhor para ela: famílias, profissionais, instituições, decisores. *É para o seu bem. Eles precisam é de atividades. Nesta idade gostam disto.* O paternalismo nasce da preocupação, mas retira espaço à pessoa. Em Arraiolos partimos de um princípio contrário: as pessoas mais velhas devem ser «atores das suas iniciativas e não apenas consumidoras das ofertas técnicas locais» (Monte, 2023).



Participar não é apenas estar presente: é poder influenciar.

Figura 22 — Participação: da voz ao poder.

12.10. Arraiolos: «fazer o que apetece»

Foi em Arraiolos, no âmbito do Projeto Gerar Identidades, que a pergunta ganhou forma no meu trabalho em Gerontologia. Participaram 52 pessoas, em duas fases, em *grupos de consciência multifocal* (a designação de então), para identificar com elas as dimensões do envelhecimento e integrá-las em estratégias, medidas e ações locais (Monte, 2023). Ainda não existia o **Método VIVA**, mas já havia o princípio: quem vive o envelhecimento deve participar na reflexão sobre o que se pretende fazer em relação a ele.

Não começámos por uma lista fechada de problemas. Perguntámos: **O que queremos para o nosso envelhecimento?** Perguntar apenas pelas carências dá um retrato deficitário; esta pergunta abriu futuro. As pessoas falaram de transportes, médicos, convívio, família distante, aprendizagem, voluntariado, preparação da reforma, discriminação pela idade. Disseram também o que gostariam de fazer: bordar, cozinhar, caminhar, jardinar, ler, pintar. E uma das pessoas mais velhas que participaram respondeu de forma simples: **«fazer o que apetece.»**

Há muita Gerontologia nesta frase. Fazer o que apetece é conservar margem de escolha, não ter todo o quotidiano definido por serviços, horários, doença e expectativas. **O envelhecimento também deve conservar espaço para o desejo.** E é difícil saber o que uma pessoa deseja sem lhe perguntar.

Um limite, com honestidade: o projeto dirigia-se a pessoas com 65 ou mais anos que não estavam institucionalizadas. O que aprendemos não foi, por isso, testado dentro das ERPI.

12.11. Perguntar para produzir conhecimento: método, registo e devolução

Não basta perguntar *do que precisa?*. Uma comunidade tem também recursos, competências, relações, ideias, pessoas disponíveis, memória. A boa participação pergunta ainda: **o que já existe aqui que podemos mobilizar?** (cf. Kretzmann & McKnight, 1993) E participar não é apenas expressar opinião: as pessoas contam experiências, descobrem que um problema individual é partilhado, identificam padrões, constroem prioridades. É aí que uma conversa começa a produzir uma leitura coletiva da realidade, e nos aproximamos da **Inteligência Comunitária**.

Para isso é preciso método: preparar as perguntas, registar, distinguir experiência individual de padrões coletivos, não apagar minorias, devolver resultados. O método serve para evitar que aquilo que foi dito desapareça. O registo exige cuidado: sistematizar sem esterilizar a experiência. E a **devolução** não é uma cortesia, é parte do processo: *Foi isto que compreendemos. Estas propostas avançaram; estas não avançaram, por esta razão. Este é o próximo passo.* Devolver resultados é também devolver capacidade de acompanhamento e escrutínio.

Deste percurso nasceu o **Método VIVA** (Vivências, Inovação, Voz e Ação; Marques, 2026), que apresento no próximo capítulo.

12.12. Prometer só o que se pode cumprir

Um processo sério é claro desde o início. Participar não significa que tudo será aceite, que haverá orçamento, que desaparecerão os conflitos ou que a mudança será rápida. Podemos prometer outra coisa: que a escuta será genuína, que chegará ao processo de decisão, que haverá devolução e que o que não puder avançar não desaparecerá no silêncio.

E o problema da participação não está só nos cidadãos que *não participam*. Está também nas instituições e nos facilitadores que podem não estar preparados para integrar o que escutam. Sem abertura para aceitar crítica, rever prioridades e explicar limites, o processo arrisca-se a ser uma **cerimónia participativa**.

12.13. O percurso: da democracia de proximidade à geogerontologia

Esta preocupação não nasceu na Gerontologia. Quando trabalhava em desenvolvimento local, defendia uma **democracia de proximidade**, com intervenções de baixo para cima e encontros regulares entre responsáveis municipais e habitantes. Aprendi muito com a Fondation Rurale de Wallonie, que acompanho desde os anos 80. A investigação sobre Santa Comba Dão (Marques, 2000) procurava perceber a disponibilidade das pessoas para participar num desenvolvimento com o cidadão e para o cidadão. Quando passei a trabalhar o envelhecimento, a pergunta era praticamente a mesma. Mudou o campo.

A *geocidadania* perguntava: como participa o cidadão na construção do território? A *geogerontologia* acrescenta: como participa a pessoa que envelhece na construção do território onde envelhece? E a Inteligência Comunitária leva a relação mais longe: como transformamos o conhecimento dessas pessoas em capacidade coletiva de compreender e agir? Não são ideias independentes: são etapas de um percurso. E a experiência vivida é o lugar onde biografia e geografia se encontram. Quando alguém diz *já não saio à noite ou não consigo ir ao centro de saúde*, há pessoa e há território.

12.14. Perguntar antes, perguntar depois

Durante muito tempo concentrei-me em perguntar antes de decidir. O desenvolvimento do **Método VIVA** mostrou que não chega: a realidade muda, as ações produzem efeitos, uma resposta pode resolver um problema e criar outro. Por isso: **perguntar antes, perguntar depois, e voltar a perguntar quando a realidade o exigir**. A participação deixa de ser um momento e passa a ser uma relação continuada.

Podemos usar a pergunta como teste. Foi criado um serviço, redesenhado um espaço, lançado um programa contra o isolamento, elaborado um Plano Gerontológico, alterada uma rotina numa instituição: **Perguntaram antes às pessoas?** E depois: **O que aconteceu ao que disseram?** Uma democracia participativa não se mede pelo número de vezes que pergunta, mas pela relação entre o que escuta e o que decide.

É uma pergunta científica, porque melhora o conhecimento; ética, porque reconhece a pessoa como sujeito e não como objeto da intervenção; democrática, porque distribui a possibilidade de participar; e territorial, porque toda a experiência é vivida num lugar. Não é uma técnica de facilitação nem uma frase de efeito. É uma forma de olhar para a intervenção.

Antes de decidir sobre as pessoas, perguntar às pessoas. Antes de procurar respostas, compreender a realidade que vivem. Antes de planear para uma comunidade, construir conhecimento com essa comunidade. Há uma palavra essencial nestas frases: **com**.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Peça para ser ouvida antes das decisões que a afetam e pergunte <i>o que aconteceu ao que eu disse?</i> . Participar é um direito; não participar também.
ERPI e Centro de Dia	Perguntem antes de mudar rotinas, horários, atividades ou espaços. Criem um momento regular de escuta, com facilitação, e digam depois o que foi feito.
Técnicos de associações	Perguntem quem ainda falta na conversa e levem a escuta a quem não vem. Registem sem apagar a voz e devolvam os resultados.
Técnicos municipais e freguesias	Não definam o problema antes de ouvir. Expliquem o que não pode avançar e porquê, e dêem continuidade ao processo para lá de um mandato.
Saúde, farmácias, GNR	Escutem quem vos procura no dia a dia e levem o que ouvem ao Plano Gerontológico Local. Recolher opiniões não é, por si só, participação.

13. Da experiência vivida à Inteligência Comunitária

No capítulo anterior ficou uma pergunta: **Perguntaram antes às pessoas?**

Mas perguntar é só o princípio. Depois, as pessoas respondem: contam experiências, expressam necessidades e desejos, discordam, identificam problemas, reconhecem recursos, propõem soluções. E surge uma nova pergunta: **o que fazemos com tudo aquilo que escutamos?**

É neste ponto que passamos da experiência vivida àquilo a que chamo **Inteligência Comunitária**.

13.1. Da experiência individual ao conhecimento partilhado

Nenhuma pessoa conhece completamente uma comunidade: nem quem lá vive há cinquenta anos, nem o presidente da Câmara, nem o técnico, nem o investigador. Cada uma conhece uma parte, a partir da sua posição. O desafio é colocar essas partes em relação.

Imaginemos que alguém diz: **Quase nunca vou à vila porque deixei de conduzir**. Outra responde: *Eu também. Há autocarro, mas o horário não serve*. Uma terceira: *O problema não é só ir. É voltar*. E outra: *À consulta ainda consigo, porque a minha filha me leva. Para outras coisas já não peço*. Já não estamos perante quatro histórias. Reconhecemos um problema que toca a mobilidade, a dependência familiar, o acesso a serviços e a autonomia. A experiência individual começou a produzir **significado coletivo**.

O conhecimento comunitário não existe apenas antes da reunião, à espera de ser recolhido. Também é produzido durante a interação: alguém reconhece-se, outro discorda, uma experiência que parecia individual revela-se partilhada. Num verdadeiro processo participativo não estamos apenas a extrair informação: criamos condições para que novo conhecimento seja construído **entre as pessoas**.

13.2. O que entendo por Inteligência Comunitária

Recolher muitas histórias não produz automaticamente conhecimento coletivo. Podemos gravar horas de conversas, reunir centenas de respostas e continuar sem perceber o que significam. A quantidade de informação não é inteligência: é preciso organizar, comparar, relacionar, reconhecer diferenças e preservar as exceções relevantes.

Uso a expressão **Inteligência Comunitária** para designar o conhecimento que emerge quando experiências, perceções, recursos e saberes de uma comunidade são colocados em relação, interpretados e transformados em capacidade coletiva de compreender uma realidade e orientar a ação. Não significa que a comunidade saiba tudo, que todos concordem ou que este conhecimento seja superior ao científico ou técnico. Significa que **uma comunidade possui conhecimento sobre si própria que não deve ser desperdiçado**.

Também não é o mesmo que inteligência coletiva espontânea, como a que as redes sociais geram (cf. Lévy, 1997). Exige uma comunidade e um território concretos, experiência vivida, organização do conhecimento, interpretação e possibilidade de informar a decisão. Foi para isto que construí o **Método VIVA** (Vivências, Inovação, Voz e Ação; Marques, 2026): um percurso para escutar as pessoas, produzir conhecimento com elas e levá-lo à decisão.

13.3. O território dá contexto; a experiência revela recursos

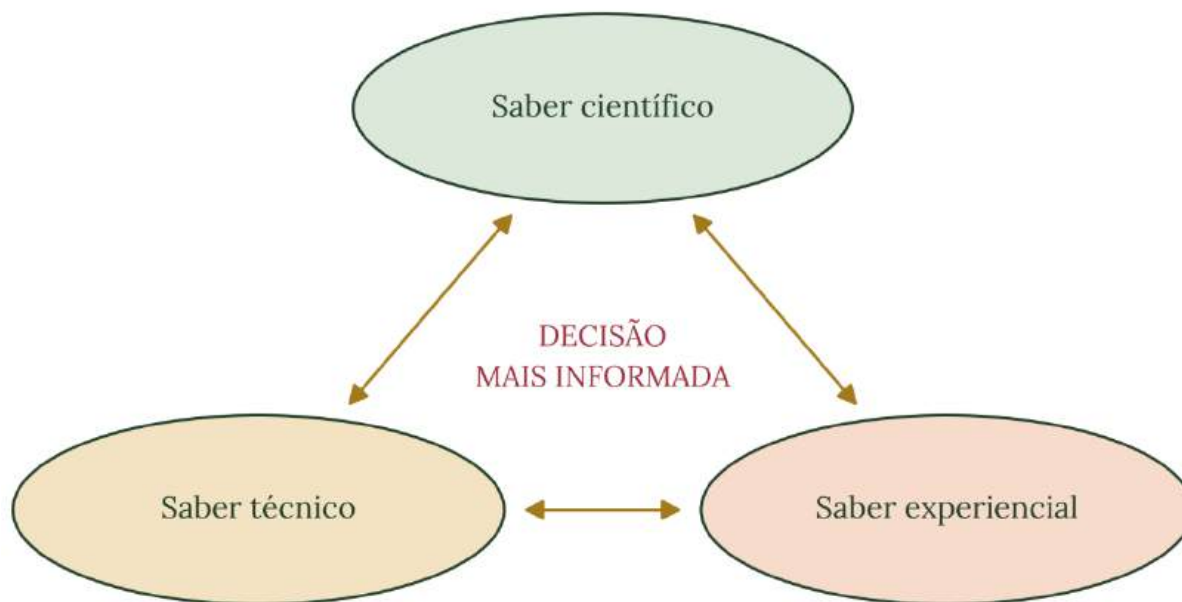
Há poucos transportes significa coisas diferentes em lugares diferentes: numa aldeia dispersa, a inexistência de alternativas ao automóvel; numa periferia urbana, uma rede que não liga serviços e residências; num centro histórico, a acessibilidade pedonal; noutro lugar, um transporte que existe, mas que as pessoas desconhecem. **Não basta saber qual é o problema. Precisamos de saber como acontece naquele lugar.** É por isso que a Inteligência Comunitária é territorial.

Os diagnósticos tendem a procurar o que falta. Mas uma comunidade tem também recursos que podem ficar invisíveis: uma associação dinâmica, uma rede de vizinhança, um espaço subutilizado, pessoas disponíveis, uma escola aberta a projetos intergeracionais. A Inteligência Comunitária procura compreender **o que dificulta a vida e o que já existe para a melhorar.**

E o conhecimento experiencial não é infalível. Defender a experiência vivida não é idealizá-la: as pessoas podem ter informação incompleta, reproduzir preconceitos, defender interesses particulares; uma comunidade pode reproduzir idadismo, sexismo ou exclusão. Não se trata de aceitar tudo acriticamente, mas de levar seriamente esse conhecimento para o diálogo local.

13.4. Três saberes e a tarefa de organizar

Os três saberes de que falámos precisam de conversar. A ciência pergunta: *o que sabemos sobre este fenómeno?* A técnica pergunta: *o que podemos fazer?* A experiência pergunta: *como é isto realmente vivido aqui?* A decisão melhora quando consegue ouvir as três perguntas.



Três saberes que precisam de conversar.

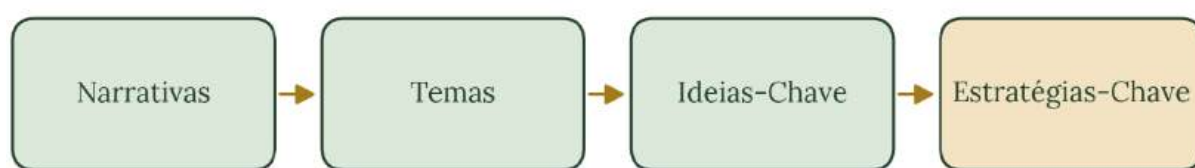
Figura 23 — Saberes que precisam de conversar.

Escutar não chega: é preciso organizar. Depois de uma sessão temos dezenas de contributos, e damos-lhes estrutura não para uniformizar as pessoas, mas para tornar o conhecimento utilizável: ideias recorrentes, relações entre problemas, recursos mencionados, diferenças territoriais, contradições,

propostas. Mas quem organiza também interpreta, e há aqui um risco: levar o que as pessoas disseram para um gabinete, codificar, agrupar, e regressar a dizer *foi isto que vocês disseram*. Talvez tenha sido, talvez não completamente. Por isso a interpretação deve conservar mecanismos de validação e devolução. **Reconhecem-se nesta leitura?** É uma pergunta metodologicamente muito poderosa.

13.5. Das palavras às Ideias-Chave, às Estratégias-Chave e ao compromisso

Num processo participativo surgem muitas palavras, mas algumas ideias atravessam diferentes intervenções. *Não tenho quem me leve. O autocarro é só de manhã. Deixei de ir ao mercado. Para ir ao médico dependo do meu filho.* Podemos reconhecer uma **Ideia-Chave** (Marques, 2026): *a mobilidade condiciona a autonomia das pessoas mais velhas no território*. Não é uma frase escolhida porque soa bem: é uma síntese interpretativa, sustentada pelo conhecimento produzido no processo.



Sistematizar não é apagar a diversidade: é tornar o conhecimento utilizável.

Figura 24 — Das palavras às Ideias-Chave.

Mas compreender ainda não é agir. Se a mobilidade condiciona a autonomia, perguntamos: *o que queremos transformar?* Talvez surja uma **Estratégia-Chave**: reforçar soluções de mobilidade de proximidade que permitam às pessoas manter acesso autónomo a serviços, relações e atividades. Ainda não é uma ação concreta; é uma orientação, uma ponte entre conhecimento e planeamento.

Uma comunidade pode identificar vinte problemas importantes, e nenhuma organização resolve tudo ao mesmo tempo. Priorizar também é decidir, e a prioridade não deve depender de quem falou mais alto, de quem tem mais poder ou do que é mais fácil de financiar. O conhecimento comunitário não elimina a decisão: **torna-a mais informada**.

Resta a distância entre *isto é importante e vamos fazer alguma coisa*: a distância do **compromisso**. Quem pode agir? O município, os serviços de saúde, uma associação, uma empresa, várias entidades em conjunto? **Participação sem compromisso corre o risco de produzir apenas um bom diagnóstico**.

13.6. O conhecimento precisa de encontrar quem decide

Muitos processos participativos produzem conhecimento num lugar e a decisão acontece noutro. A comunidade reúne, o relatório é entregue, o processo termina, e quem decide orçamento, mobilidade ou equipamentos nunca contacta com o que foi produzido. A Inteligência Comunitária precisa de uma **ponte institucional**.

Não podemos garantir que toda a participação produza mudança, mas podemos procurar que tenha consequência: ser analisada, entrar na decisão, receber resposta, regressar à comunidade pela

devolução. **Participação com consequência não significa que as pessoas obtenham sempre o que propõem. Significa que aquilo que produziram não desaparece.**

13.7. Aprender, dos dois lados

Quando as pessoas escutam outras experiências, podem alterar a sua interpretação da comunidade: alguém descobre que a dificuldade não é só sua, uma instituição conhece um recurso que desconhecia. **A comunidade não apenas informa quem decide. Também aprende sobre si própria.** E quem decide também deve aprender: se uma solução não funciona, é preciso ajustar; se uma política produziu consequências inesperadas, é preciso reconhecê-lo.

Uma comunidade não produz um diagnóstico definitivo sobre si própria. A realidade muda, e uma solução pode alterar o próprio problema. Por isso prefiro pensar em ciclo e não apenas em diagnóstico. Um diagnóstico tradicional segue *estudar* → *diagnosticar* → *planejar* → *executar*; uma comunidade viva obriga-nos a acrescentar *avaliar* → *aprender* → *voltar a escutar* (cf. Reason & Bradbury, 2008). **A Inteligência Comunitária precisa de continuar viva.**

13.8. O ciclo VIVA

O Método VIVA organiza esta lógica em sete momentos: a **Escuta Fundadora**, a **Organização do Conhecimento**, a **Inteligência Comunitária**, as **Ideias-Chave**, as **Estratégias-Chave**, o **Compromisso** e a **Transformação e Aprendizagem**, que conduz a uma **Nova Escuta**.



Figura 25 — O ciclo do Método VIVA.

Não é uma cadeia rígida nem uma sequência mecânica de sessões: é uma arquitetura de relação entre conhecimento e transformação. E há uma distinção importante: **o Laboratório é um momento; o Método é um percurso.**

13.9. Inteligência Comunitária, envelhecimento e geogerontologia

No envelhecimento, esta abordagem ganha particular significado. As pessoas mais velhas acumulam experiência sobre habitação, mobilidade, saúde, família, trabalho, cuidado, serviços e transformações dos lugares. Esse conhecimento não deve ser valorizado porque *os mais velhos sabem tudo*. Não sabem. Deve ser valorizado porque conhecem, por experiência, dimensões da realidade que importa colocar em diálogo com outros saberes.

Uma comunidade inteligente perante o envelhecimento não é a que tem apenas muitos serviços para pessoas mais velhas. É a que compreende como as pessoas estão a envelhecer, reconhece desigualdades, mobiliza recursos, antecipa mudanças, aprende com o que faz e integra as pessoas nas decisões. Não basta ter respostas: é preciso **capacidade coletiva de aprender sobre o envelhecimento**.

É também aqui que a *geogerontologia*, de que falei no capítulo 10, se torna clara. A Gerontologia ajuda a compreender os processos de envelhecimento; a Geografia, os lugares e as desigualdades territoriais onde acontecem; a Inteligência Comunitária acrescenta a experiência de quem vive essa relação. Como envelhecem estas pessoas? Como influencia este território esse envelhecimento? E o que sabem elas sobre essa relação que nos ajude a transformá-la?

13.10. Conhecimento para transformar

Não produzimos Inteligência Comunitária apenas para conhecer melhor. Conhecemos para decidir melhor, e decidimos melhor para aumentar a possibilidade de transformar. A Inteligência Comunitária situa-se entre duas coisas: **a experiência e a transformação**. Recebe conhecimento da vida real, organiza-o, coloca-o em diálogo e procura devolvê-lo à realidade sob a forma de decisões mais informadas.

Falta responder a uma pergunta concreta: **onde e como podemos criar condições para que este processo aconteça?** É essa a função do **Laboratório de Envelhecimento**.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	A sua experiência é conhecimento, mas não representa toda a comunidade. Partilhe-a e ouça a dos outros.
ERPI e Centro de Dia	Juntem as experiências de residentes, famílias e profissionais antes de decidir. O que se repete pode ser uma Ideia-Chave.
Técnicos de associações	Organizem o que escutaram sem apagar as exceções e perguntem sempre: <i>Reconhecem-se nesta leitura?</i>
Técnicos municipais e freguesias	Criem a ponte entre o que a comunidade produz e quem decide, e expliquem o que foi feito com cada contributo.
Saúde, farmácias, GNR	O que observam no dia a dia também é conhecimento. Tragam-no para a mesma conversa do Plano Gerontológico Local.

14. Laboratórios de Envelhecimento: experimentar para transformar

A palavra **laboratório** costuma transportar-nos para outro universo: batas brancas, instrumentos, experiências controladas. Mas há uma ideia no conceito que me interessa: **um lugar onde procuramos compreender alguma coisa experimentando, observando e aprendendo.**

É neste sentido que falo de **Laboratório de Envelhecimento**. Não para transformar as pessoas mais velhas em objetos de experiência, precisamente o contrário: para criar um espaço onde participem como sujeitos na compreensão e na transformação das realidades que dizem respeito ao seu envelhecimento.

14.1. Um laboratório sem cobaias

As pessoas não são o objeto do laboratório. O objeto é uma questão que queremos compreender: como melhorar a mobilidade neste território? Como reduzir o isolamento? Como favorecer o envelhecimento em casa? Como preparar melhor a reforma? As pessoas participam porque têm conhecimento relevante sobre a questão. Não experimentamos sobre as pessoas; experimentamos com elas formas de compreender e transformar a realidade.

Um laboratório pressupõe curiosidade, observação, pergunta, registo, aprendizagem, revisão. Uma política tradicional tende a implementar uma solução já definida; um laboratório permite dizer: **Ainda não sabemos completamente. Vamos compreender melhor antes de decidir.** Há humildade científica nesta posição, e também prudência política. Por isso não começamos pela solução. Muitas intervenções começam por *temos este projeto, como o implementamos?* O Laboratório começa antes: *o que está realmente a acontecer? O que queremos transformar? Que respostas poderão fazer sentido?*

14.2. O Laboratório VIVA: um momento dentro de um percurso

No Método VIVA, o Laboratório VIVA é o dispositivo central onde se criam condições para escutar, dialogar, confrontar experiências e construir conhecimento. Mas, como vimos, **o Laboratório é um dispositivo; o VIVA é o percurso mais amplo.** O Laboratório pode ser o lugar onde se escuta e se constrói conhecimento; a decisão pode acontecer numa autarquia, o planeamento numa equipa técnica, a ação em várias organizações. O importante é manter as ligações. O Laboratório de Envelhecimento é a aplicação deste dispositivo às questões do envelhecimento.

14.3. A sala, o facilitador e as perguntas

Para alguém partilhar verdadeiramente a sua experiência, não basta colocá-lo numa sala. Precisa de sentir que pode falar sem julgamento, sem medo de parecer ignorante, sem receio de contrariar o técnico, sem a sensação de que existe uma resposta certa. A confiança é uma infraestrutura invisível do Laboratório. Sem ela recolhemos palavras, mas talvez não cheguemos à experiência.

A sala também comunica poder. Uma mesa com os técnicos de um lado e os cidadãos do outro, um palco, uma apresentação de cinquenta diapositivos antes de alguém poder falar dizem: **Nós sabemos**

e vocês respondem. Uma disposição em círculo, sem barreiras, diz: **Estamos aqui para construir compreensão em conjunto.** O facilitador tem uma função exigente (preparar, perguntar, escutar, estimular, gerir tempos, equilibrar participação, registrar), mas deve evitar tornar-se a pessoa mais importante da sala. Um excelente facilitador cria condições para que o grupo produza conhecimento que, sem ele, talvez permanecesse disperso.

E perguntar bem é parte do método. *Concordam que precisamos de mais atividades para pessoas mais velhas?* contém praticamente a resposta. **O que dificulta hoje a participação das pessoas mais velhas nesta comunidade?** abre a realidade. *Gostariam de ter aulas de informática?* tem uma resposta; *em que situações a tecnologia vos facilita ou dificulta a vida?* tem muitas.

14.4. Começar pela experiência; conflito e exceção

Podemos começar por perguntas simples: como é envelhecer aqui? O que mudou nos últimos anos? O que facilita a vida e o que a dificulta? O que querem conservar e o que deveria mudar? O que querem para o vosso envelhecimento? Estas perguntas deslocam a conversa da abstração para a experiência. E não devem ser só sobre problemas: um laboratório orientado apenas para carências deixa a comunidade mais consciente das suas fragilidades e menos das suas capacidades. **Que redes existem? Que iniciativas resultaram? Que relações devemos proteger?** A transformação também começa na capacidade.

Uma pessoa pode contar uma história muito particular em que o grupo não se reconhece. Isso não lhe retira valor: talvez revele uma situação minoritária, uma vulnerabilidade, um problema emergente. O Laboratório procura padrões sem esmagar exceções: **aquilo que é raro pode continuar a ser importante.** E o conflito cabe no Laboratório. Um bom resultado pode ser descobrir duas visões incompatíveis, interesses diferentes entre lugares, experiências diferentes entre quem vive só e quem vive acompanhado. O conflito não é necessariamente uma falha do método: pode ser conhecimento.

14.5. Arraiolos e uma metodologia gerontológica

Em Arraiolos (capítulo 12) reconheço muitos destes princípios: as pessoas mais velhas não foram convocadas apenas para avaliar serviços existentes, foram envolvidas na construção de estratégias relacionadas com o próprio envelhecimento. Seria historicamente incorreto dizer que aplicava então o Método VIVA. **O Método nasceu de um percurso; não foi inventado retrospectivamente para explicar esse percurso.**

Uma metodologia gerontológica tem de respeitar três coisas. A primeira, a **multidimensionalidade** (Marques, 2022; Moraes et al., 2018): uma dificuldade de mobilidade pode ter a ver com saúde, habitação, rendimento, família, transportes, participação e território. O Laboratório resiste à tentação de transformar de imediato a realidade em setores administrativos, porque a vida não está organizada segundo os departamentos das instituições. A segunda, a **heterogeneidade**: não existe *a pessoa mais velha*, e reunir algumas pessoas não produz automaticamente uma visão representativa. A diversidade não é um problema a eliminar, é parte da realidade que queremos compreender. A terceira, a **adaptação**: uma pessoa prefere falar, outra escrever, outra escolher imagens; uma tem dificuldades

auditivas, outra mobilidade reduzida. **Se queremos inclusão, a metodologia tem de se adaptar às pessoas, e não o contrário.**

Isto vale também para as pessoas com demência. Um diagnóstico não significa o desaparecimento da capacidade de expressão: muitas pessoas continuam a manifestar preferências, expressar conforto ou desconforto, avaliar rotinas, escolher entre possibilidades (Kitwood, 1997; Mitchell, 2023). Excluí-las automaticamente seria reproduzir a redução da pessoa à doença que criticámos no capítulo 9. A participação deve ser ajustada à capacidade existente e nunca transformada numa prova cognitiva.

14.6. Ética e compromisso moral

Quando pedimos experiências, pedimos tempo, atenção e, por vezes, exposição pessoal. Precisamos de clareza sobre porque perguntamos, o que acontecerá à informação, quem terá acesso, como preservamos a confidencialidade e como devolvemos resultados. Participar não deve significar entregar experiência a uma caixa negra institucional. Cria-se uma expectativa, não necessariamente de execução, mas de consideração. Chamo-lhe um **contrato moral da participação**: não promete fazer tudo. **Promete não fingir que não ouviu.**

14.7. Registrar, relatório e da Ideia-Chave à ação

A memória de uma sessão é frágil: cada participante recordará coisas diferentes. Por isso precisamos de registo (notas, mapas, quadros, gravação quando autorizada, sínteses) que permita ao conhecimento sobreviver ao momento da conversa. Mas há um perigo conhecido: o Laboratório corre bem, produzimos um excelente documento, apresentamos, arquivamos. Terminou? Não. **O objetivo último não é produzir um relatório.** É permitir que o conhecimento influencie decisões e transformação.

Imaginemos a Ideia-Chave *a perda de mobilidade está a reduzir a participação e a autonomia*. Pode construir-se a Estratégia-Chave *desenvolver soluções flexíveis de mobilidade de proximidade*. Depois perguntamos: que soluções, para quem, onde, com que horários, quem pode financiar, como testamos, como avaliamos? A Inteligência Comunitária começa a entrar no planeamento.

14.8. Experimentar, falhar, avaliar

Aqui recupera-se o sentido da palavra laboratório. Nem todas as soluções precisam de começar grandes: podemos experimentar um percurso, um horário, uma atividade, uma rede de vizinhança, um serviço itinerante, e depois observar. Funcionou? Para quem? Quem ficou de fora? Experimentar permite aprender antes de generalizar.

Falhar também pode produzir conhecimento, o que é uma cultura difícil para as instituições: um projeto que não alcança os resultados é muitas vezes apresentado como sucesso parcial ou esquecido. Um laboratório permite perguntar **porque não funcionou?** O horário estava errado? O problema estava mal definido? Faltava confiança? Uma comunidade que aprende com o erro torna-se mais inteligente.

E avaliar com as pessoas. Podemos medir participantes, custos e utilização, mas devemos regressar à experiência: mudou alguma coisa na vossa vida? Funcionou como esperavam? Quem não conseguiu beneficiar? A avaliação volta ao princípio do capítulo 12: **perguntaram novamente às pessoas?**

14.9. Nova Escuta e infraestruturas de escuta

O ciclo não termina na ação, regressa à escuta: o propósito não é produzir uma fotografia definitiva da comunidade, mas manter a capacidade de compreender uma realidade que se transforma.

Continuamos a perguntar quando a realidade mudou?

Embora esta experiência tenha ganho particular desenvolvimento na Gerontologia, o princípio é mais amplo e pode aplicar-se à juventude, à saúde, à habitação, à mobilidade, à educação, ao desenvolvimento local. A pergunta: **perguntaram antes às pessoas?** não pertence à Gerontologia; pertence à maneira como entendemos participação e decisão. Mas o envelhecimento é um terreno particularmente fértil: atravessa quase todas as dimensões da vida, nenhuma instituição ou profissão domina todas, e nenhuma política o compreende sem escutar quem o vive. Exige por isso o que o Laboratório procura favorecer: **diálogo entre saberes.**

Podemos então pensar os Laboratórios para além de projetos pontuais: um município, uma freguesia, uma organização social, uma universidade, poderiam usá-los regularmente, como capacidade instalada de perguntar, escutar, interpretar, experimentar e avaliar. Construímos infraestruturas físicas para a circulação de pessoas; precisamos também de **infraestruturas de escuta** para a circulação de conhecimento.

14.10. Do Laboratório ao Plano Gerontológico e à corresponsabilidade

Um Plano Gerontológico Local não deve começar apenas numa secretária. Pode partir de conhecimento demográfico, de diagnóstico técnico e de evidência científica, mas precisa também de compreender como as pessoas vivem o envelhecimento naquele território. O Laboratório não substitui o planeamento: **alimenta-o**, e pode regressar para ajudar a avaliá-lo.

Há ainda uma evolução possível: a comunidade participa dizendo o que sabe, depois ajuda a interpretar, mais tarde colabora na construção de respostas. As associações, as instituições, as empresas e as autarquias assumem contributos diferentes, e a participação transforma-se em **corresponsabilidade**: não que todos sejam responsáveis por tudo, mas que diferentes atores reconheçam que a transformação depende de diferentes contributos. E o território importa: num lugar pode ser prioritário reforçar a participação social, noutro a saúde, a mobilidade ou o isolamento. O Laboratório não pergunta *qual é a melhor solução?*, pergunta **que solução faz sentido aqui, para estas pessoas, nestas condições?**

14.11. Transferir princípios; o que o Laboratório não é

Uma boa experiência realizada num município pode inspirar outro, mas não deve ser simplesmente reproduzida. Sempre defendi a demonstrabilidade e a transferibilidade, duas vertentes da metodologia da Iniciativa Comunitária LEADER (Ligação Entre Ações de Desenvolvimento da Economia Rural), em que trabalhei como avaliador de projetos durante a sua existência (1991–2013). Os

territórios, as populações, os recursos e as culturas locais diferem. O que se transfere são sobretudo princípios: escutar antes, integrar saberes, contextualizar, devolver, experimentar, avaliar, aprender.

E convém dizer o que o Laboratório não é: não é um lugar onde cada pessoa faz pedidos e a instituição toma nota, nem uma sessão de reclamações, nem uma votação de projetos, nem terapia de grupo, nem investigação académica disfarçada, nem animação sociocultural. Pode tocar em alguns destes domínios, mas a sua finalidade é outra: **produzir conhecimento colaborativamente para compreender uma realidade e apoiar a transformação**. Também não substitui a democracia representativa: quem tem mandato para decidir continua responsável pela decisão. O Laboratório melhora as condições em que a decisão é construída.

14.12. Uma comunidade que aprende

Durante muito tempo, a intervenção social funcionou assim: os especialistas estudam, as instituições decidem, os profissionais executam, as pessoas recebem. O Laboratório propõe uma relação mais complexa. Especialistas, instituições e profissionais continuam necessários, mas as pessoas deixam de aparecer apenas no fim da cadeia e entram também no início, **como produtoras de conhecimento sobre a realidade que vivem**.

Por isso este capítulo se chama *experimental para transformar*. Experimentar não é improvisar irresponsavelmente: é aceitar que não temos todas as respostas antes de começar, perguntar, testar, observar, aprender, corrigir e voltar a perguntar. Estamos a entrar numa realidade social, o envelhecimento demográfico, para a qual não existem respostas definitivas. O objetivo de um Laboratório não é produzir mais participação, nem mais reuniões, nem mais relatórios. É criar uma comunidade com maior capacidade de **escutar-se, compreender-se, decidir, experimentar, avaliar, aprender e transformar-se**. Quando isso acontece, a participação deixa de ser um evento e torna-se capacidade comunitária.

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Aceite participar em conversas sobre o seu território e diga como prefere ser ouvida. A sua experiência é o objeto do Laboratório, não a sua pessoa.
ERPI e Centro de Dia	Experimentem em pequena escala (uma refeição, um horário, um espaço), perguntem a residentes e utentes antes e depois, e adaptem a forma de participar a cada pessoa, incluindo quem tem demência.
Técnicos de associações	Comecem pela pergunta e não pela solução. Cuidem da sala, da facilitação e do registo, e não deixem o relatório ser o fim.
Técnicos municipais e freguesias	Usem o Laboratório para alimentar o Plano Gerontológico Local e para o avaliar. Assegurem a ponte com quem decide.
Saúde, farmácias, GNR	Participem no Laboratório como fontes de conhecimento do terreno e comprometam-se com a corresponsabilidade nas ações.

15. Planear o envelhecimento do território

Também os territórios envelhecem, já o afirmei mais de uma vez. Mudam as estruturas populacionais, as redes familiares, as necessidades de habitação, a mobilidade, a procura de cuidados, o uso do espaço público, a participação. Os municípios também precisam de perguntar: **estamos a preparar-nos para a longevidade da nossa população?**

É aqui que entra o **Plano Gerontológico Local**: o chapéu sob o qual câmara, juntas de freguesia, centros de saúde, farmácias, GNR, ERPI, Centros de Dia e associações podem trabalhar para o mesmo fim.

15.1. Um Plano Gerontológico Local não é uma lista de atividades

Um município pode realizar ginástica, passeios, festas, universidade sénior, rastreios, atividades culturais. Tudo isso pode ter valor. Mas **uma política gerontológica não é a soma dessas atividades**. Um Plano deve procurar compreender de forma integrada quem envelhece, onde, em que condições, que desigualdades existem, que serviços, que lacunas, que recursos e redes, que futuro demográfico se antecipa e o que as próprias pessoas consideram importante. O trabalho que tenho desenvolvido sobre Planos Gerontológicos parte desta lógica participativa e propõe o Plano como instrumento que articula quem trabalha o envelhecimento, quem presta apoio e quem o vive (Monte, 2023).

15.2. Primeiro conhecer, depois perguntar, e participar até ao fim

Um plano sério começa por conhecer. Saber quantas pessoas têm determinada idade é importante, mas não diz como vivem, se estão sós, como se deslocam, que barreiras enfrentam, o que valorizam ou o que receiam. Por isso juntamos dados, cartografia, serviços, indicadores, conhecimento técnico e experiência vivida.

Depois, perguntar. Um Plano feito só por técnicos pode ser competente, mas não será verdadeiramente participado. **Nenhuma política gerontológica local deveria ser concluída sem participação relevante das pessoas a quem diz respeito**. E a participação não termina no diagnóstico: as pessoas podem contribuir para definir prioridades, avaliar propostas, identificar barreiras, acompanhar a execução e avaliar resultados. É a lógica do ciclo VIVA (capítulo 13): escutar, organizar o conhecimento, interpretá-lo, definir prioridades e estratégias, comprometer-se, agir, aprender e voltar a escutar. O Plano deixa de ser um documento terminado e passa a ser um **processo**.

15.3. Um plano precisa de visão

Diagnosticar problemas não basta. É preciso perguntar: **que território queremos construir para uma sociedade longa?** Um território onde seja possível continuar em casa quando desejado e viável, mudar quando necessário, circular, aprender, participar, receber e prestar cuidado, manter relações e continuar a ser reconhecido como cidadão. Uma boa visão mobiliza porque não descreve apenas o que queremos corrigir, descreve o que queremos tornar possível.

15.4. Todos os departamentos e todas as escalas

O envelhecimento não cabe apenas na ação social, nem apenas na saúde. Atravessa o urbanismo, a mobilidade, a habitação, a cultura, o desporto, a educação, a economia, o ambiente, a proteção civil, o digital, a participação. Se o Plano ficar isolado num departamento, perde parte da força: **o envelhecimento é transversal porque a vida é transversal.**

Dentro de um concelho existem também realidades muito diferentes: sede, aldeias, bairros periféricos, zonas turísticas, lugares dispersos. Um indicador médio pode esconder desigualdades importantes. A *geogerontologia*, de que falei no capítulo 10, é aqui útil: o Plano pergunta não apenas **o que acontece no concelho?**, mas **onde acontece e com que diferenças?**

15.5. O que um Plano Gerontológico Local integra

Mobilidade. Mobilidade é autonomia: de nada serve criar excelentes atividades se faltam transportes, se as paragens são inacessíveis, se faltam estacionamento ou se se espera que as famílias resolvam as deslocações. **Habitação.** Se queremos favorecer o *ageing in place*, temos de discutir onde e em que condições é possível: edifícios sem elevador, adaptações, soluções intermédias entre a casa tradicional e a estrutura residencial, habitação colaborativa. Programas de financiamento para adaptação das residências. **Cuidado.** A questão não é apenas aumentar lugares institucionais, é construir um *continuum* de apoio adaptável à evolução das necessidades, com cuidadores formados e descanso para os informais.

Participação. Um território amigo das pessoas mais velhas não é aquele que lhes oferece coisas, é aquele onde podem também influenciar o que lhes é oferecido, por conselhos, fóruns, laboratórios e devolução regular. **Idadismo.** Combater o idadismo também se planeia, com formação, linguagem adequada, intergeracionalidade e revisão de práticas. **Aprendizagem e trabalho.** Aprender deve ser possível a qualquer idade; quanto ao trabalho, a política deve aumentar a escolha e não criar uma nova norma de produtividade permanente.

15.6. O chapéu em prática: o Plano de Arraiolos

Em Arraiolos, o trabalho com as pessoas mais velhas, descrito no capítulo 12, deu origem a uma proposta de Plano Gerontológico Local organizada em cinco áreas e dezasseis medidas (Monte, 2023). Foi pensada para ser discutida com a autarquia e os parceiros locais, e não para ser entregue como solução fechada.

As medidas do quadro abaixo não são só atividades: incluem um Conselho Consultivo Local da Pessoa mais Velha, reflexão sobre idadismo, uma bolsa de ouvidores e uma bolsa de cuidadores certificados. O plano foi desenhado com pessoas que, em geral, não estavam institucionalizadas, e não foi testado dentro de ERPI.

Quadro 2 — Áreas e medidas do Plano Gerontológico Local de Arraiolos (Monte, 2023).

Pessoal e comportamental	Aprendizagem ao longo da vida; atividades de redução de stress e pessimismo; atividade de concentração e tomada de decisão; estratégias de promoção da literacia em saúde
Comunidade e social	Participação (estratégias de incentivo e reforço); Conselho Consultivo Local da Pessoa mais Velha; idadeismo (espaços de reflexão e debate); voluntariado; intergeracionalidade
Atividade sénior	Bolsa Local de Profissionais Seniores para atividades especializadas na comunidade; empreendedorismo sénior
Saúde e envelhecimento saudável	Programa Local sobre Envelhecimento Saudável; ações de educação para a saúde e promoção da literacia em saúde
Cuidado e segurança	Sensibilização para a adequação das habitações ao processo de envelhecimento; Bolsa de Ouvidores para as pessoas mais velhas; Bolsa Local de Cuidadores Certificados

15.7. Quem está debaixo do chapéu

Cada entidade tem um contributo próprio, e nenhuma o faz sozinha. A **câmara municipal** planeia e coordena a política; as **juntas de freguesia** têm a proximidade e funcionam como porta de entrada; os **centros de saúde** conhecem as condições de saúde e o acompanhamento; as **farmácias** estão perto das pessoas e conhecem a sua medicação; a **GNR** e as outras forças de segurança conhecem os territórios dispersos e quem vive mais isolado; as **ERPI** e os **Centros de Dia** guardam o conhecimento do cuidado e podem abrir-se ao território; as **associações** e as **IPSS** chegam a quem participa e podem procurar quem não chega. O que as une é uma regra simples: **perguntar às pessoas, partilhar o que se sabe, respeitar a privacidade e devolver o que se aprende.**

15.8. Governar, avaliar e aprender

Um problema frequente: produz-se um excelente documento, a equipa que o fez termina e o Plano perde-se. Por isso planear exige **governança**: quem acompanha, coordena, reúne os parceiros, monitoriza, comunica resultados e decide ajustamentos, e como participam as pessoas. Sem isso, um plano arrisca tornar-se memória institucional. Tenho experiência pessoal deste insucesso frustrante.

Os indicadores ajudam, mas não substituem a vida: podemos aumentar os participantes de uma atividade sem melhorar o sentimento de pertença, ou criar um transporte que quase ninguém usa. A avaliação deve combinar medidas objetivas com experiência. **O que mudou realmente na vida das pessoas?** E o Plano deve aprender ao longo do processo, experimentar, ajustar, abandonar uma medida, criar uma prioridade, em vez de esperar quatro anos para descobrir que alguma coisa não funcionou.

O envelhecimento demográfico ultrapassa os calendários eleitorais. Os eleitos têm legitimidade para definir orientações, mas convém que o Plano tenha uma base comunitária e institucional que lhe dê continuidade. E há uma divisão de tarefas: uma política nacional que crie direitos, recursos e enquadramento, como a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025

(Silva, 2017), e políticas locais que a adaptem, articulem e concretizem, porque a vida acontece localmente.

15.9. Planear é criar margem de escolha

Um Plano Gerontológico deveria ser também um **sistema local de Inteligência Comunitária sobre o envelhecimento**: manter a capacidade de escutar, interpretar, acompanhar, aprender e adaptar, em vez de fotografar a comunidade uma única vez.

Quando não planeamos, não ficamos sem decisões: as decisões acontecem em situação de crise. Uma queda decide a mudança de casa, uma hospitalização decide o apoio, a ausência de transporte decide o isolamento, uma crise municipal decide onde investir. Planear serve para tentar decidir **antes de a urgência retirar alternativas**. Não significa que uma boa velhice dependa de um bom plano, e seria injusto afirmá-lo. Significa aumentar, individual e coletivamente, a capacidade de antecipar. **Preparar o envelhecimento não é decidir hoje tudo o que faremos amanhã. É procurar garantir que amanhã ainda teremos alternativas entre as quais decidir.**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Participe nas sessões do seu território e pergunte o que aconteceu ao que disse. O Plano também é seu.
ERPI e Centro de Dia	Peçam um lugar na mesa do Plano Gerontológico Local e abram-se ao território. Levem o que aprendem ao ouvir residentes e utentes.
Técnicos de associações	Ajudem a conhecer quem não chega às respostas e acompanhem a execução do Plano.
Técnicos municipais e freguesias	Garantam governança, avaliação com as pessoas e continuidade para lá do mandato. O Plano atravessa todos os departamentos.
Saúde, farmácias, GNR	Partilhem o que veem no terreno, com respeito pela privacidade, e comprometam-se com uma medida concreta.

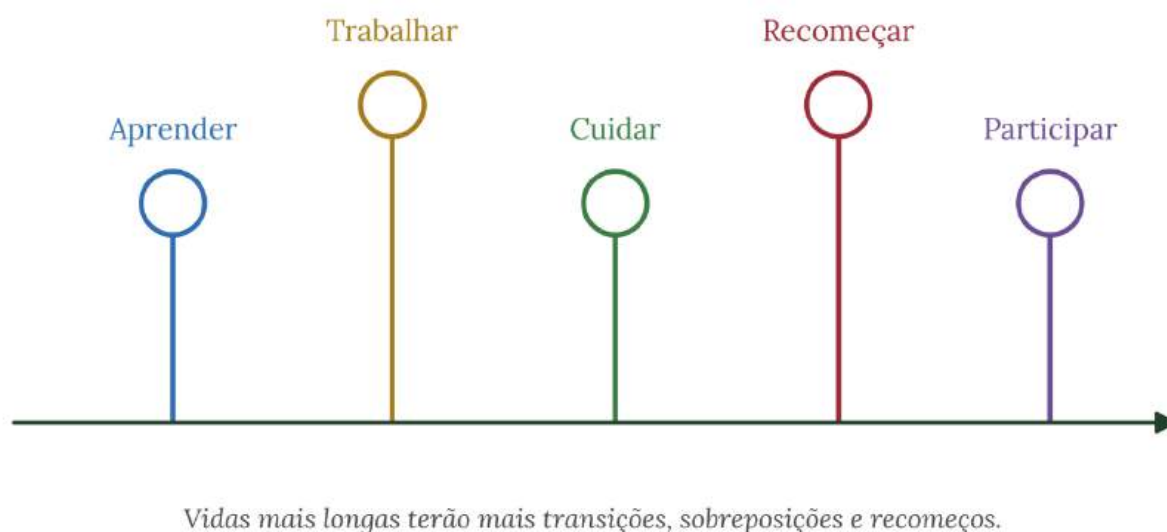
16. O futuro do envelhecimento

O futuro do envelhecimento não começa amanhã. Já começou. Está nas pessoas que vivem mais anos, nas famílias com quatro gerações, nas que deixam de conduzir, mas continuam autónomas, na teleconsulta, nos sensores instalados em casas, na inteligência artificial, na escassez de cuidadores, nos territórios que perdem população, nas cidades onde alguém pode estar rodeado de milhares de pessoas e sentir-se só. **O futuro não chegará de uma só vez. Está a entrar silenciosamente no presente.**

16.1. Antecipar, não prever

Há décadas que trabalho com prospetiva territorial, e uma das suas lições é que o futuro não se prevê com exatidão: exploram-se possibilidades, tendências, riscos, ruturas. Pensar o futuro do envelhecimento não é afirmar como será 2050. É perguntar: **que mudanças já conseguimos observar e que decisões devemos começar a tomar agora?**

A longevidade muda a arquitetura da vida. Durante muito tempo o percurso foi representado de forma simples: educação, trabalho, reforma, velhice. Uma vida mais longa torna estas fronteiras menos nítidas: várias formações e carreiras, interrupções, regressos ao trabalho, novos projetos depois da reforma, mudanças de casa, aprendizagem em idades avançadas. Talvez o futuro seja menos feito de três grandes fases e mais de **múltiplas transições**. E viver mais não pode significar apenas prolongar a última fase: uma etapa de 20 a 35 anos depois dos 65 já não é um epílogo. Será também mais heterogéneo, porque quanto mais longas as trajetórias, maior a acumulação de diferenças de rendimento, profissão, escolaridade, saúde, família, género e território.



Vidas mais longas terão mais transições, sobreposições e recomeços.

Figura 26 — O futuro não é linear.

16.2. O principal risco: a desigualdade

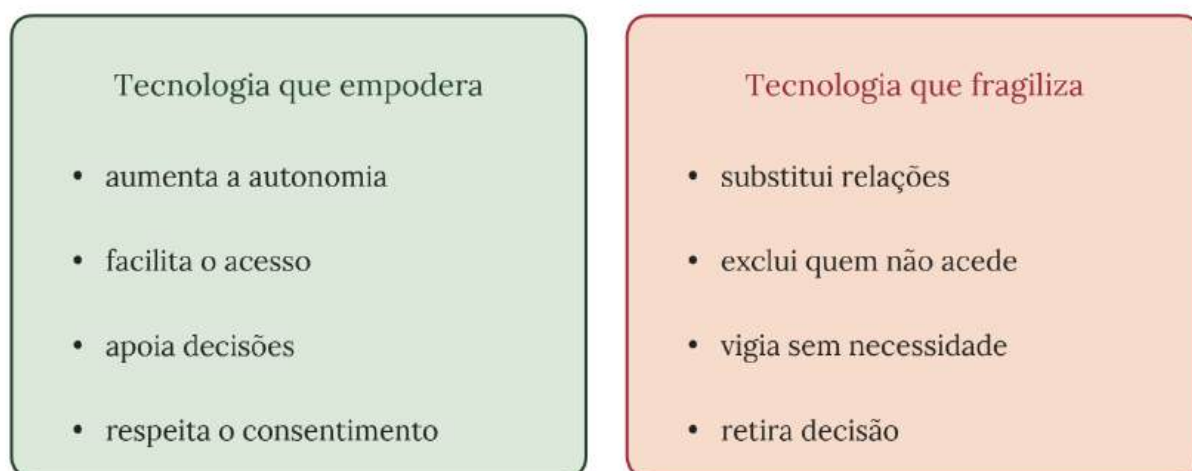
A ciência pode aumentar os anos de vida, a tecnologia pode aumentar a autonomia, as casas podem tornar-se mais inteligentes. **Mas quem terá acesso?** Se os benefícios da longevidade forem

distribuídos de forma muito desigual, teremos sociedades onde alguns vivem longamente com saúde, escolha e tecnologia, e outros acumulam incapacidade, pobreza e isolamento (cf. United Nations, 2023). Discutir longevidade sem discutir equidade é insuficiente: **o futuro do envelhecimento também será uma questão de justiça social.**

16.3. Tecnologia e inteligência artificial: autonomia, não substituição

Sensores, teleassistência, casas inteligentes, dispositivos vestíveis, robótica, inteligência artificial: o potencial é enorme, mas a pergunta nunca deve ser apenas **é possível tecnologicamente?** Deve ser também: **é desejável, para quem, em que condições e com que consentimento?** A inteligência artificial pode ajudar a explicar informação, apoiar profissionais e tornar interfaces mais acessíveis, mas há riscos: erros, dependência, privacidade, enviesamentos, exclusão de quem não a consegue usar. Uma sociedade longa precisa de inteligência artificial, mas precisa ainda mais de **inteligência sobre a forma de a utilizar.**

Um critério simples: a tecnologia acrescenta autonomia ou retira decisão? Um sensor que permite a uma pessoa continuar a viver em casa com segurança pode acrescentar autonomia; o mesmo dispositivo a monitorizar cada movimento sem consentimento, porque a família está preocupada, pode reduzi-la. A diferença está na necessidade, na proporcionalidade, no consentimento, na finalidade e na capacidade de escolha. **A ética continuará a ser tão importante como a inovação.**



A pergunta não é apenas o que a tecnologia consegue fazer, mas o que deve fazer.

Figura 27 — Tecnologia e ética.

16.4. A casa e o ageing in place

Talvez tenhamos construído durante demasiado tempo casas para uma fase relativamente estática da vida. **Uma sociedade longa precisa de habitação adaptável**, acessível, flexível, com proximidade e possibilidade de apoio, e de mais escolhas residenciais: habitação convencional adaptada, *cohousing*, habitação colaborativa, soluções intergeracionais, unidades de pequena escala, respostas assistidas. Permanecer na própria casa continuará a ser o desejo de muitos, mas não basta defender o princípio. Sem habitação adequada, serviços, apoio domiciliário, mobilidade, comércio, relações e cuidadores,

o *ageing in place* pode transformar-se em *ageing alone*. A permanência só é verdadeiramente escolha quando existem alternativas.

16.5. Cuidar e viver com demência

Mais longevidade pode significar mais tempo de convivência com doenças crônicas, fragilidade ou dependência, enquanto as famílias são menores, as distâncias maiores e as mulheres, historicamente grandes prestadoras de cuidado não remunerado, têm trajetórias profissionais próprias. O modelo baseado na disponibilidade quase automática da família ficará sob pressão. Precisamos de pensar o cuidado como **infraestrutura social essencial**: pessoas qualificadas, com formação, reconhecimento, remuneração e carreiras, e soluções locais como as Bolsas de Cuidadores, desde que a inovação não signifique precarização. E os cuidadores informais precisam de informação, formação, descanso, apoio emocional e reconhecimento: **não podemos construir a longevidade social sobre o desgaste invisível de milhões de horas privadas.**

As demências desafiarão a nossa ideia de comunidade. O futuro não é apenas uma questão de tratamentos: é também habitação, espaço público, comunicação, estigma. O desafio é construir comunidades onde uma pessoa não desapareça socialmente no momento do diagnóstico.

16.6. Um futuro cultural: idadismo e *peessoas eternamente jovens*

Talvez o futuro mais importante seja cultural. Podemos desenvolver excelente tecnologia e continuar idadistas (World Health Organization, 2021), criar serviços e continuar paternalistas, viver cem anos e continuar a pensar que depois dos 65 a pessoa entrou numa categoria social diferente. Quanto mais pessoas viverem mais tempo, mais absurdo será organizar a sociedade por fronteiras rígidas de idade: haverá pessoas de 70 ou 80 anos a trabalhar e outras reformadas, pessoas de 80 ou 90 independentes e outras dependentes aos 60, tudo simultaneamente.

Há uma dicotomia que pode acompanhar a longevidade: parecer ou não eternamente jovem? Admito que haja quem considere que uma sociedade fascinada pela longevidade pode cair numa contradição: querer viver mais, mas não querer parecer mais velha. Para mim, a liberdade é fundamental e por isso defendo que quem preferir parecer mais jovem também está no seu direito. Todavia, o objetivo deve ser permitir vidas mais longas com capacidade, dignidade e sentido, e a ciência da longevidade deve manter rigor sem promessas de imortalidade: redução de risco não é controlo de destino, e viver mais não é automaticamente viver melhor.

16.7. Trabalho, reforma, educação e intergeracionalidade

Aumentar as idades legais de reforma é o caminho administrativamente mais fácil, e também o mais perigoso, porque pode ocultar uma má política. Carreiras mais longas pedem melhores condições de trabalho, formação, transições, trabalho parcial, saúde ocupacional e combate ao idadismo laboral, e a reforma poderá deixar de ser uma fronteira abrupta para admitir transições. **O objetivo deveria ser aumentar as opções sustentáveis, não impor um modelo único.**

Se vivemos mais, os conhecimentos tornam-se obsoletos várias vezes durante a mesma vida: a aprendizagem passa a ser um direito contínuo e uma infraestrutura de autonomia, não uma atividade

recreativa para depois da reforma. E a mudança cultural mais profunda começa cedo: **uma sociedade preparada para envelhecer começa na escola**. Ensinar a jovens o curso de vida, a longevidade, o idadismo e o cuidado, e fazer intergeracionalidade a sério: com continuidade, reciprocidade e um objetivo comum, gerações a construir juntas algo que nenhuma construiria sozinha.

16.8. Cidades, territórios rurais, clima e espaço público

As cidades terão de aprender longevidade: passeios, sombra, bancos, transportes, casas de banho, comércio, segurança, espaços de encontro (World Health Organization, 2007). Mas uma cidade amiga da longevidade não deve ser segmentada por idade: o bom urbanismo para pessoas mais velhas é frequentemente bom urbanismo para todos. Os territórios rurais exigem inovação própria, porque não podemos importar automaticamente soluções urbanas, e o seu futuro dependerá de transformar a longevidade em parte da estratégia de desenvolvimento local e não apenas em sinal de declínio demográfico.

As alterações climáticas também são uma questão gerontológica: ondas de calor, incêndios, cheias, condições habitacionais, isolamento afetam de forma desigual quem tem menos mobilidade ou saúde mais frágil. E se queremos que as pessoas continuem a participar, precisam de poder estar fora de casa: caminhar, sentar, encontrar, usar transportes. **Uma sociedade longa que confine o envelhecimento à esfera doméstica terá falhado uma parte importante da cidadania.**

16.9. Economia, dados, serviços e território

Uma população que vive mais cria necessidades e mercados em habitação, turismo, tecnologia, saúde, formação e cuidado. Há inovação nisso, e também um risco: transformar a longevidade em oportunidade comercial. **As pessoas mais velhas não são mercado sénior antes de serem pessoas.** Do mesmo modo, mais dados exigirão mais ética: não apenas o que conseguimos medir, mas **aquilo que temos o direito de medir.**

A pessoa não vive em setores, mas os sistemas continuam fragmentados. Não precisamos de uma megaestrutura, precisamos de mecanismos de articulação capazes de acompanhar trajetórias complexas. É aqui que a escala local ganha importância: o município e a comunidade podem não controlar os grandes sistemas, mas podem favorecer a articulação, a informação, o encaminhamento, a experimentação e a participação. Uma comunidade inteligente não é uma *smart city* cheia de sensores: **é uma comunidade capaz de pensar, decidir e agir sobre o seu próprio envelhecimento.**

16.10. Inteligência Comunitária e geogerontologia como lentes para o futuro

O futuro será incerto, e creio que sempre foi. Não conseguimos preparar uma resposta para todos os problemas, mas podemos criar comunidades com maior capacidade de perceber mudança, escutar, reunir conhecimento, experimentar, adaptar e aprender. Talvez esta capacidade seja mais importante do que possuir hoje um catálogo perfeito de respostas. Porque catálogos envelhecem. E o futuro do envelhecimento acontecerá em lugares: casas, bairros, cidades, aldeias, territórios digitais. É por isso que a *geogerontologia* (capítulo 10) é aqui, mais do que uma designação, uma lente útil.

16.11. O futuro é coletivo e começa hoje

Podemos medir o sucesso pela esperança de vida, pelos anos saudáveis, pelos custos. Mas talvez exista outra medida: até que ponto uma pessoa consegue continuar a escolher, aprender, relacionar-se, deslocar-se, participar, amar, contribuir, mudar, ter projetos e ser reconhecida. **No fim, é novamente a pessoa.**

Uma política de longevidade deve começar antes da velhice, na infância, na educação, na habitação, no trabalho, na saúde, nos rendimentos, no ambiente. As desigualdades acumulam-se e o envelhecimento torna-as visíveis, mas começaram décadas antes. E preparar o futuro é construir condições, não comportamentos obrigatórios: não uma uniformidade saudável, mas **diversidade com possibilidades**. Envelhecer acontece individualmente, mas as condições em que envelhecemos são profundamente coletivas: a tecnologia ajuda, mas não substitui relações; as políticas públicas são essenciais, mas precisam de território; as comunidades precisam de serviços, mas também de relações e participação.

Não conhecemos 2050, mas podemos decidir hoje se combatemos o idadismo, se adaptamos casas, se melhoramos a mobilidade, se investimos em cuidadores, se ensinamos envelhecimento nas escolas, se perguntamos às pessoas, se construímos Planos Gerontológicos, se criamos comunidades capazes de aprender. Isso já é construir futuro.

Depois de dezasseis capítulos e de múltiplas dimensões, talvez a pergunta continue a ser a mesma que atravessou este livro: **Perguntaram antes às pessoas?** Porque o futuro da longevidade será feito de tecnologia, ciência, políticas, urbanismo, cuidado, habitação e economia, mas continuará a ser vivido por pessoas. E nenhum futuro será verdadeiramente inovador se esquecer de lhes perguntar **como desejam viver nele.**

Em prática — o que este capítulo pede a cada leitor	
Pessoa mais velha e família	Pense hoje no que quer conservar (casa, relações, decisões) e converse sobre isso com quem lhe é próximo.
ERPI e Centro de Dia	Preparem-se para o futuro com as pessoas: casas adaptáveis, tecnologia só com consentimento e cuidado que preserve o que cada pessoa ainda faz.
Técnicos de associações	Acompanhem a mudança (tecnologia, cuidado, desigualdades) e defendam quem fica de fora.
Técnicos municipais e freguesias	Planeiem cidades e territórios para todas as idades, com espaço público, mobilidade e clima. Integrem as políticas em vez de as dispersar.
Saúde, farmácias, GNR	Exijam e usem tecnologia com ética, e conheçam a pessoa antes de decidir por ela.

Conclusão — Envelhecer é de todos

Comecei este livro com a ideia de que precisamos de reaprender a olhar para o envelhecimento. Chegado aqui, continuo a pensar o mesmo, mas agora sabemos melhor o que significa esse reaprender. Significa deixar de olhar apenas para a idade e olhar para a pessoa; deixar de olhar apenas para a pessoa e olhar também para o território e para as relações; deixar de olhar apenas para as necessidades e reconhecer capacidades; e deixar de imaginar o futuro como coisa distante, para começar a construí-lo. A tabela seguinte reúne, em poucas linhas, o que o leitor ou a leitora leva destas páginas.

O que levo deste livro	Capítulos
A pessoa vem primeiro, antes da idade, do diagnóstico, do serviço. Envelhecer não é tornar-se outra espécie de ser humano.	1, 4
Não existe um envelhecimento: existem envelhecimentos. Procurar condições para envelhecer de formas diferentes, com dignidade e escolha.	2, 3
Autonomia não é fazer tudo sozinho: é decidir. Ajudar sem apagar.	4
O envelhecimento ativo deve ser uma liberdade, não uma obrigação.	5, 6
O conhecimento é uma infraestrutura de autonomia, e os sistemas têm de ser compreensíveis.	7, 8
Quando a memória falha, a pessoa permanece. Não deixar que a doença conte a história toda.	9
Ninguém envelhece no vazio: o lugar cria ou destrói autonomia.	10
Uma soma de serviços não é uma rede. As comunidades acrescentam capacidade, sem substituir direitos.	11
Perguntar muda a relação, e a experiência vivida também é conhecimento (Inteligência Comunitária, Método VIVA).	12 a 14
Planear é preservar alternativas, e o futuro pertence também a quem hoje é jovem.	6, 15, 16

Viver mais é uma conquista

Não quero terminar este livro a transformar a longevidade numa ameaça. O envelhecimento demográfico coloca desafios enormes, na saúde, nos cuidados, nas pensões, na habitação, no trabalho, nos territórios, mas viver mais é também uma das grandes conquistas da humanidade. O problema não é as pessoas viverem demasiado: é termos de reorganizar sociedades construídas para vidas mais curtas. **Não precisamos de vencer o envelhecimento, precisamos de aprender a viver com ele**, com ciência, prevenção, cuidados, tecnologia, habitação, relações, literacia, participação, políticas e humanidade. Não precisamos de provar que continuamos jovens para conservar valor: podemos simplesmente continuar pessoas.

Envelhecer é de todos

Há pessoas mais velhas e pessoas mais jovens, mas não existem pessoas que envelhecem e pessoas que não envelhecem: a única diferença é o ponto do percurso onde cada uma se encontra. Por isso o

envelhecimento não é um setor. Não pertence apenas à Gerontologia, à Geriatria, à Segurança Social, aos municípios, às famílias ou às estruturas residenciais. **Pertence à sociedade, e pertence ao futuro.**

Talvez envelhecer com propósito não signifique encontrar uma grande missão para os últimos anos de vida. Pode ser mais simples: continuar a reconhecer alguma coisa pela qual vale a pena acordar, uma pessoa, uma tarefa, uma curiosidade, um lugar, um projeto, ou apenas a vontade de continuar a viver a vida segundo aquilo que valorizamos. Não quero prescrever esse propósito: cada pessoa terá o seu.

O lugar para onde este livro me trouxe

Comecei como geógrafo e encontrei a Gerontologia. Hoje, quando junto estas duas lentes, não consigo separar completamente uma da outra: cuidar da vida dos territórios sem cuidar das pessoas que neles envelhecem seria insuficiente, e estudar o envelhecimento sem compreender os lugares onde a vida acontece também. Entre ambas estão as pessoas, e talvez tenha sido sempre sobre elas que procurei trabalhar.

Um convite, não uma conclusão fechada

Prefiro que estas páginas terminem como um convite: a pensar o envelhecimento antes de ele ser visto apenas como problema, a preparar sem medo, a cuidar sem substituir, a aprender sem limite de idade, a construir comunidades que não deixem pessoas desaparecer, a usar a tecnologia sem perder humanidade, a combater o idadismo, a tratar os lugares como parte do envelhecimento, a reconhecer a experiência como conhecimento. E a perguntar. Quando estivermos a desenhar um serviço, uma política, um Plano Gerontológico, uma rua, uma atividade, uma casa, uma resposta para a demência, antes de decidir, façamos uma pequena pausa e perguntemos: **Perguntaram antes às pessoas?** E, depois de agir: **perguntaram novamente?** Porque as pessoas mudam, os lugares mudam, as necessidades mudam, e as boas respostas também precisam de aprender.

Estamos a escrevê-lo enquanto envelhecemos.

Anexo A — Glossário

Este glossário reúne os termos que uso com um sentido próprio ao longo do livro. Indica entre parênteses o capítulo onde cada um é explicado.

Termo	Significado neste livro
Autonomia e independência	Independência é a capacidade de executar; autonomia é a capacidade de decidir. Uma pessoa pode perder uma e conservar a outra (capítulo 4).
Bolsa Local de Cuidadores; Bolsa de Ouvidores	Duas medidas propostas no Plano Gerontológico de Arraiolos: cuidadores formados e certificados, organizados localmente, e pessoas dedicadas a conversar com quem está mais só (capítulo 11).
<i>Chapéu</i> do envelhecimento local	O Plano Gerontológico Local, sob o qual todas as entidades que trabalham o envelhecimento contribuem para um bem comum (introdução e capítulo 15).
Cuidar sem apagar	Cuidar preservando a identidade, a voz e as decisões da pessoa cuidada (capítulo 4).
Devolução	Apresentação à comunidade do conhecimento produzido, para o validar e ajustar. É uma obrigação ética e metodológica (capítulos 12 e 13).
Escuta Fundadora	Princípio de que o processo começa pela experiência vivida das pessoas: ouvir sem conduzir, sem antecipar, sem filtrar (capítulos 12 a 14).
Estratégias-Chave	Orientações coletivas sobre o futuro construídas com a comunidade. Não são planos de ação nem projetos (capítulo 13).
Experiência vivida	Vivências, práticas, percepções, tensões e significados que as pessoas constroem no quotidiano. Forma legítima de conhecimento, situada no território (capítulo 12).
Geocidadania	Como participa o cidadão na construção do território. Precede a <i>geogerontologia</i> no percurso do autor (capítulo 12).
Geogerontologia	Palavra do autor para o encontro entre a Geografia e a Gerontologia: um olhar sobre a relação entre pessoa, lugar, território e comunidade. Não é uma disciplina, e distingue-se da Geografia Gerontológica (capítulo 10).
Grupos de consciência multifocal	Designação dada, em Arraiolos, aos grupos de reflexão com pessoas mais velhas em que se identificaram dimensões do envelhecimento (capítulo 12).
Ideias-Chave	Sínteses interpretativas do significado produzido pela comunidade. Não são resumos, listagens nem frequências (capítulo 13).
Inteligência Comunitária	Conhecimento produzido por uma comunidade quando, através de escuta, diálogo e reflexão estruturados, interpreta a sua realidade e o mobiliza para orientar a ação (capítulo 13).
Laboratório de Envelhecimento (Laboratório VIVA)	Dispositivo participativo em que o Método VIVA se concretiza, aplicado ao envelhecimento. É um momento dentro de um percurso (capítulo 14).
Mapa de Significados	Representação estruturada do conhecimento produzido pela comunidade: núcleos de significado, padrões, tensões, recursos e oportunidades (capítulo 13 e Anexo B).
Método VIVA	Metodologia participativa (Vivências, Inovação, Voz e Ação) para a produção colaborativa de conhecimento e a sua mobilização na decisão (capítulos 12 a 14 e Anexo B).

Termo	Significado neste livro
Micro-mudanças	Pequenas alterações graduais e muitas vezes invisíveis do quotidiano (deixar de conduzir à noite, evitar uma escada) que reorganizam o espaço de vida (capítulo 1).
Nova Escuta	Novo momento de escuta que reabre o ciclo depois da ação (capítulo 13).
Pessoa mais velha	Expressão preferida a <i>idoso</i> : primeiro a pessoa, depois uma característica (capítulo 1).
Plano B	Reflexão antecipada sobre a vida depois da reforma e o envelhecimento. Não prevê o futuro: aumenta a capacidade de adaptação (capítulo 6).
Plano Gerontológico Local	Instrumento local e participativo que articula quem trabalha o envelhecimento, quem presta apoio e quem o vive (capítulo 15).
Território vivido	A rede de lugares que a pessoa realmente usa (casa, farmácia, centro de saúde, café), distinta do território administrativo (capítulo 10).

Anexo B — O Método VIVA em resumo

Este anexo resume o **Método VIVA** (Vivências, Inovação, Voz e Ação), apresentado nos capítulos 12 a 14. Baseia-se no Manual do Método e dos Laboratórios VIVA (Marques, 2026), que o descreve com mais detalhe. O método nasceu da pergunta que dá título ao livro, *Perguntaram antes às pessoas?*, e do trabalho em Arraiolos, no âmbito do projeto Gerar Identidades.

O que é. Uma metodologia participativa orientada para a produção colaborativa de conhecimento, a construção da Inteligência Comunitária e a sua mobilização para apoiar decisões, fortalecer comunidades e promover transformação. Parte de uma ideia: a experiência vivida é uma forma legítima de conhecimento, e deve ser integrada nos processos de decisão.

Oito princípios. A centralidade da pessoa, a Escuta Fundadora, a produção colaborativa de conhecimento, o empoderamento, a Inteligência Comunitária, a aprendizagem contínua, a transformação social e a integração dos saberes.

O ciclo. O método organiza-se num ciclo contínuo de sete momentos, que regressa sempre a uma Nova Escuta (Figura 25, no capítulo 13).

Momento	O que acontece	Produto
1. Escuta Fundadora	As pessoas falam da sua realidade, sem condução, a partir de perguntas abertas.	Registo fiel da escuta
2. Organização do Conhecimento	O que foi dito é registado, organizado e sistematizado, sem reduzir a diversidade das vozes.	Evidência organizada
3. Inteligência Comunitária	A comunidade interpreta a realidade, identifica padrões e tensões e constrói significados.	Mapa de Significados
4. Ideias-Chave	Os significados são sintetizados em formulações fiéis e rastreáveis.	Ideias-Chave
5. Estratégias-Chave	A comunidade escolhe direções para o futuro.	Estratégias-Chave
6. Compromisso	Definem-se responsabilidades e prioridades, da comunidade e das organizações.	Compromissos rastreáveis
7. Transformação e Aprendizagem	A ação transforma o território e produz nova evidência, que leva a uma Nova Escuta.	Aprendizagem e novo ciclo

O Laboratório VIVA

O Laboratório VIVA é o dispositivo onde o método ganha forma: um espaço de confiança em que as pessoas falam livremente da sua realidade, sabendo que o que dizem será tratado como conhecimento e não como opinião descartável. **O Laboratório é um momento; o método é um percurso.** Tem quatro dimensões: a metodológica (escuta, registo, interpretação coletiva, devolução), a relacional (confiança, respeito, ausência de julgamento), a ética (não condução, não apropriação, não instrumentalização, devolução obrigatória) e a territorial (o conhecimento emerge do território e reflete as relações locais).

A equipa tem três funções, que podem acumular-se: o **Facilitador VIVA**, guardião do método e não do conteúdo, que não interpreta nem decide por quem participa; os **Facilitadores de grupo**, que acompanham os grupos de trabalho; e os **Relatores**, eleitos no grupo, que registam as ideias e as evidências.

Instrumentos

O Manual inclui um conjunto de instrumentos de apoio: um Guia de Facilitação, uma Matriz de Registo da Escuta Fundadora, uma Matriz de Análise e Organização do Conhecimento, a estrutura do Mapa de Significados, matrizes de Ideias-Chave e de Estratégias-Chave, e uma estrutura de Devolução e Validação, além de fichas, listas de verificação (checklists) e guias rápidos para o facilitador.

Condições, riscos e fidelidade

O método pede algumas condições: uma organização disponível para escutar, facilitadores preparados, diversidade de participantes, registo rigoroso e rastreável, capacidade de dar consequência ao processo e compromisso ético com a devolução. Os riscos principais são conduzir a escuta, falta de diversidade, registo insuficiente, falta de devolução, interpretação técnica sem validação comunitária e falta de compromisso institucional. A **fidelidade metodológica** significa que o método se adapta sem se diluir: respeita a Escuta Fundadora, a autoria comunitária do conhecimento, a Inteligência Comunitária como núcleo analítico, as Estratégias-Chave construídas com a comunidade, o compromisso rastreável e o ciclo aberto.

Modalidades e inteligência artificial

O método pode ser aplicado em quatro modalidades, com profundidades diferentes mas a mesma identidade: **VIVA Essencial** (ciclo curto, centrado na escuta), **VIVA Desenvolvimento** (ciclo completo, com Estratégias-Chave e Compromisso), **VIVA Transferência** (formação e acompanhamento de equipas locais) e **VIVA Integral** (implementação plena, com autonomia futura).

Quanto à inteligência artificial, o método usa-a apenas como ferramenta de apoio à sistematização da informação, à organização dos registos e à identificação de padrões lexicais. **Não interpreta a realidade, não substitui a comunidade e não produz Inteligência Comunitária.**

Bibliografia de Apoio

Esta bibliografia reúne as obras que apoiaram o livro e que podem servir a quem queira aprofundar um tema. Está organizada por temas, e cada obra aparece uma só vez, na secção que lhe corresponde mais diretamente. Dentro de cada secção, a ordem é alfabética.

Envelhecimento, longevidade e demografia

Para compreender como e quanto as populações envelhecem, em Portugal e no mundo, e o que significa viver mais anos.

American Academy of Anti-Aging Medicine. (2026). About A4M.

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.

Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública [PLANAPP]. (2025). *Envelhecimento na população: Perceções, recursos de saúde e respostas sociais*.

Coelho, E., & Nunes, L. C. (2015). Evolução da mortalidade em Portugal desde 1950. *Revista de Estudos Demográficos*, 55, 5–30.

Instituto Nacional de Estatística. (1954). *Anuário Estatístico 1953*. Tipografia Portuguesa.

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *O que mudou em Portugal: 1935–2025*. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2026a). *Tábuas de mortalidade 2023–2025: Esperança de vida à nascença e aos 65 anos*. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2026b). *Anuário Estatístico de Portugal 2025*. INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2026c). *Estatísticas demográficas 2025*. INE.

Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Neri, A. L. (Org.). (2015). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Papyrus.

Netto, M. P. (2006). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas et al. (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2.ª ed., pp. 2–12). Guanabara Koogan.

Pereira, A. M. V. B., Schneider, R. H., & Schwanke, C. H. A. (2009). Geriatria, uma especialidade centenária. *Scientia Medica*, 19(4), 154–161.

PORDATA. (2026). *População residente: estimativas a 31 de dezembro, total e por grupo etário; População residente feminina: estimativas a 31 de dezembro, total e por grupo etário* [Séries de dados do INE]. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Silva, M. E. V. (2006). *“Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!”: Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice. Um estudo no Norte de Portugal* [Tese de doutoramento, Universidade Aberta].

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). (2024). *Levels & trends in child mortality 2024*. UNICEF; World Health Organization; World Bank; United Nations Department of Economic and Social Affairs.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World population prospects 2024: Life expectancy by country and global aggregates*. United Nations.

United Nations. (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. United Nations.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

Envelhecimento ativo, bem-estar e políticas

Conceitos, teorias e orientações de política sobre envelhecimento ativo e saudável, reforma, trabalho e bem-estar.

AGE Platform Europe. (2012). *Seniors actifs pour l'Europe: Guide de l'Union européenne*. Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle. Brochure financée par une subvention du Programme d'Action Communautaire pour l'Emploi et la Solidarité Sociale (PROGRESS).

Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT). (2022). *Chegou à idade da reforma? Escolher continuar a trabalhar*.

Azeredo, Z. (2018). Saúde e cidadania: Pilares de desenvolvimento e de envelhecimento ativo. In Z. Azeredo (Coord.), *Envelhecimento ativo: Processo sociocultural* (pp. 73–77). Edições Piaget.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *O envelhecimento activo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cavalcanti, A. D., Moreira, R. S., Barbosa, J. M. V., & Silva, V. L. (2016). Envelhecimento ativo e estilo de vida: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 21(1), 71–89.

Comissão das Comunidades Europeias. (2007). *Envelhecer bem na sociedade da informação: Uma iniciativa i2010. Plano de ação no domínio "Tecnologias da informação e das comunicações e envelhecimento"* (COM(2007) 332 final).

Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R. M., & Almeida, S. T. (2007). Atividade, desengajamento, modernização: Teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 12, 7–33.

Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131–138.

Lima, T. (2021). *O trabalho árduo sem salário e horas extras das donas de casa durante a pandemia*.

Matos, C. R. (2020). *Longevidade, aprendizagem ao longo da vida e intergeracionalidade: Um estudo exploratório* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].

Pänkäläinen et al. (2016). Pessimism and risk of death from coronary heart disease among middle-aged and older Finns: An eleven-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16, Article 1124. Citado em Rua, P. G. S. P. T. (2018, p. 74).

Passos, T. P. (2016). *Envelhecimento ativo e avaliação gerontológica: Um estudo de base comunitária em Valença* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.

Rua, P. G. S. P. T. (2018). *Perceção de saúde e otimismo em idosos no Grande Porto* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].

Silva, A. (Relatora). (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. Direção-Geral da Saúde.

United Nations. (2002). *Political declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. United Nations.

- Vilella, S. (2017). *A autoconfiança como sustentação para a longevidade*. LinkedIn.
- Wieczkowska, H. (2017). Correlations between satisfaction with life and selected personal resources among students of Universities of the Third Age. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1391–1399.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (Contribution to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002).
- World Health Organization. (2017a). *10 priorities: Towards a Decade of Healthy Ageing*.
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*.

Idadismo, linguagem e direitos

Idadismo, linguagem sobre a velhice, direitos e maus-tratos a pessoas idosas.

- Avers, D., Brown, M., Chui, K., Wong, R., & Lusardi, M. (2011). Use of the term “elderly”. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34(4), 153–154.
- Barroso, R. A. D. (2014). Há direito dos idosos? *Revista Julgar*, 22. Coimbra Editora.
- Burston, G. R. (1975). Granny battering. *British Medical Journal*, 3(5983), 592.
<https://doi.org/10.1136/bmj.3.5983.592-a>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Part 1), 243–246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Costa, C. A., & Cunha, M. L. (2026, outubro 7). Morreu Maricarmen, a espanhola de 87 anos despejada que reacendeu a luta pela habitação em Espanha. Observador.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). (2014). *Projeto: Envelhecimento e violência*.
- Murphy, E., Fallon, A., Dukelow, T., & O’Neill, D. (2022). Don’t call me elderly: A review of medical journals’ use of ageist literature. *European Geriatric Medicine*, 13(4), 1007–1009.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (1991). *Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas* (Resolução 46/91 da Assembleia Geral, de 16 de dezembro de 1991). Ministério Público de Portugal, Procuradoria-Geral da República, Gabinete de Documentação e Direito Comparado.
- Palmore, E. (2000). Ageism in gerontological language. *The Gerontologist*, 40(6), 645.
- Paulino, M., & Costa, D. (Coords.). (2019). *Maus-tratos a pessoas idosas*. Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Programa Fronteiras XXI. (2019, 23 de outubro). *A idade é só um número?* [Programa de televisão]. RTP 3; Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ribeirinho, C. (2019). Violência contra pessoas idosas em contexto institucional: (Re)conhecimento e intervenção. In M. Paulino & D. Costa (Coords.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (pp. 119–142). Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Rodrigues, T. F., & Moreira, M. J. G. (2019). Ser velho em Portugal hoje: Conceitos e representações. In M. Paulino & D. Costa (Coords.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (pp. 3–18). Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Sani, A., & Ferreira, L. (2019). Violência contra pessoas idosas em contexto familiar. In M. Paulino & D. Costa (Coords.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (pp. 103–117). Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- World Health Organization. (2021). *Quick guide to avoid ageism in communication*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. World Health Organization.

Pessoa, autonomia, ética e cuidado

Ética do cuidado, autonomia e dignidade da pessoa que envelhece, e bioética.

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1978). *The principles of biomedical ethics* (1.^a ed.). Oxford University Press.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long-term care: Some crucial distinctions. *The Gerontologist*, 28(Suppl.), 10–17.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Budó, M. L. D., & Silva, F. M. (2011). A dádiva do cuidado: Estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(3), 533–540.
- Hall, G. S. (1922). *Senescence: The last half of life*. D. Appleton and Company.
- Hammerschmidt, K. S. A., Zagonel, I. P. S., & Lenardt, M. H. (2007). Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 362–367.
- Neri, A. L. (2016). Evolução histórica da gerontologia. In E. V. Freitas & P. Y. Py (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (4.^a ed., pp. 2–12). Guanabara Koogan.
- Neves, M. C. P. (1996). A fundamentação antropológica da bioética. *Revista Bioética*, 4(1), 7–16.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press. Citado em Zoboli, E. L. C. P. (2004). A redescoberta da ética do cuidado: O foco e a ênfase nas relações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 21–27 (p. 26).
- Santin, J. R., & Bettinelli, L. A. (2011). A bioética e o cuidado no envelhecimento humano: Um olhar a partir do princípio da dignidade humana e dos direitos fundamentais. *Revista do Ministério Público do RS*, 69.
- UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
- Veiga Júnior, C. L. da. (2016). *A (re)construção do direito da pessoa idosa: A ética do cuidado e o novo constitucionalismo latino-americano* [Tese de doutoramento, Universidade do Vale do Itajaí].

Demências, cognição e saúde mental

Doença de Alzheimer e outras demências (compreensão, diagnóstico, prevenção, políticas e testemunhos), cognição, depressão e saúde mental.

- Alzheimer's Association. (2019). *2019 Alzheimer's disease facts and figures*.
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2009). *Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo 2009: Resumo executivo*.
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2018a). *Informe mundial sobre el Alzheimer 2018: La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras*.
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2018b). *World Alzheimer report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers*.
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2024). *World Alzheimer report 2024: Global changes in attitudes to dementia*.
- Alzheimer's Disease International (ADI). (2025). *World Alzheimer report 2025: Reimagining life with dementia: The power of rehabilitation* (L. Clare & Y.-H. Jeon, Eds.).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed.

- André, C. (1998). Demência vascular: Dificuldades diagnósticas e tratamento. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(3A), 498–510.
- Apolinário, D., Araújo, I. M. Q., Chaves, M. L. F., Lopes, L. C., Okamoto, I. H., Ramos, A. M., Stein, A. T., & Andrade, N. C. (2011). *Doença de Alzheimer: Diagnóstico* (Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar). Academia Brasileira de Neurologia; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- Bernardo, L. D., & Raymundo, T. M. (2018). Ambiente físico e social no processo de intervenção terapêutico ocupacional para idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: Uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 463–477.
- Bredesen, D. E. (2018). *O fim do Alzheimer: O primeiro programa que previne e reverte o declínio da mente*. Lua de Papel.
- Bredesen, D. E. (2021). *The first survivors of Alzheimer's: How patients recovered life and hope in their own words*. Avery.
- Bredesen, D. E. (2025). *The ageless brain: How to sharpen and protect your mind for a lifetime*. Flatiron Books.
- Chaves, M. L. F., et al. (2011). Doença de Alzheimer: Avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(Suppl. 1), 21–33.
- Cruz, L. C. V. B., & Tavares, A. (2002). Aspectos clínicos da demência vascular. *Revista Médica de Minas Gerais*, 13(2), 115–120.
- DN/Lusa. (2026, 22 de julho). *Doentes querem novos medicamentos para Alzheimer compartilhados*. Diário de Notícias.
- EME Saúde. (2022). *Portugal é o 5.º país da União Europeia com mais pessoas que sofrem de ansiedade e depressão*.
- Fulgêncio, J. F. A. S. (2017). *Evolução dos métodos de diagnóstico na doença de Alzheimer* [Dissertação de mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz].
- Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (s.d.). *Programa de acesso precoce a medicamentos*.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Leuschner, A. (Coord.). (2017). *Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental.
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., . . . Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Lucas, C. O., Freitas, C., & Monteiro, M. I. (2013). A doença de Alzheimer: Características, sintomas e intervenções. *Psicologia.pt*. O Portal dos Psicólogos.
- Lusíadas Saúde. (2022). *Depressão na terceira idade*.
- Mitchell, W. (2023). *O que eu quero que todos saibam sobre demência*. Editorial Presença.
- Namorado, A. C. F. F. (2013). *Estados afetivo-emocionais em pessoas idosas institucionalizadas e em centro de dia do concelho de Condeixa-a-Nova* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Neto, J. G., Tamellini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119–130.

- Ojopi, E. P. B., Bertoncini, A. B., & Neto, E. D. (2004). Apolipoproteína E e a doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(1), 26–33.
- Oliveira, E. (2026, 23 de julho). *Infarmed recusa compartilhar medicamento que ajudaria doentes com Alzheimer*. NiT.
- Pereira, T. (2019). *A função cognitiva no envelhecimento* (pp. 179–194). Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC, Departamento de Fisiologia Clínica.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2026, 13 de abril). Despacho n.º 4762/2026: Aprova o modelo de governação do Plano Nacional da Saúde para as Demências (PNSD). *Diário da República*, 2.ª série(72).
- Radomski, M. V., & David, E. S. (2013). Otimização das capacidades cognitivas. In M. V. Radomski & C. A. T. Latham (Orgs.), *Terapia ocupacional para disfunções físicas* (pp. 749–773).
- Rutz, A. F. (2014). *O efeito do envelhecimento na impulsividade e tomada de decisão* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná].
- Sapo Lifestyle. (2022). Já ouviu falar de distímia? Saiba por que lhe chamam a depressão light. *Revista Prevenir*.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Psiquiatria geriátrica: Guia prático de medicina*. Climepsi Editores.
- World Health Organization. (2017b). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*.
- World Health Organization. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general* [World mental health report: Transforming mental health for all. Executive summary]. Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Literacia em saúde, nutrição e medicamentos

Literacia em saúde, nutrição, medicamentos e suplementos, vacinação e promoção da saúde.

- Associação Portuguesa de Nutricionistas (APN). (2013). *Alimentação no ciclo de vida: Alimentação na pessoa idosa* (Coleção E-books APN, n.º 31). APN; Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.
- Campos, L. F., & Nakasu, M. V. (2016). Efeitos da utilização da música no ambiente hospitalar: Revisão sistemática. *Revista Sonora*, 6(11).
- Campos, M. T. F. S., Monteiro, J. B. R., & Ornelas, A. P. R. C. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, 13(3), 157–165.
- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*, 20(1), 27–51.
- Coelho, M. P. (2016). *Chegar novo a velho: Medicina do futuro*. Prime Books.
- Coelho, M. P. (2022). *Seja um super-humano!* Manuel Pinto Coelho & Oficina do Livro.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020* (Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República, 2.ª série, n.º 28, de 10 de fevereiro).
- Duarte, M. S. (2024). *Interações entre suplementos alimentares e medicamentos* [Trabalho final de mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia].
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada.
- Nunes, J. G. (2019). *Noctúria: Etiopatogenia e terapêutica*. Associação Portuguesa de Urologia.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., & Franceschini, S. C. C. (2006). Fatores associados ao estado nutricional no envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 16(3), 160–164.
- Silva, A. L. M. R. (2013). *A importância da alimentação no envelhecimento saudável e na longevidade* [Trabalho final de mestrado integrado em Medicina, Universidade de Coimbra].
- Silva, J. L., Marques, A. P. O., Leal, M. C. C., Alencar, D. L., & Melo, E. M. A. (2015). Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 443.
- Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG). (2021). *Vacinação das pessoas idosas: Recomendações da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG)*.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP). (2020). *Portugal alcança meta de 75% de taxa de vacinação da gripe proposta pela OMS*.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, Article 80.
- Unilabs. (2021). *Quanta água devo beber por dia? Conheça a sua dose certa*.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion* (First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986).

Solidão, relações e sexualidade

Solidão e isolamento social, redes de apoio, relações e sexualidade na velhice.

- Bernardes, S. F., Matos, M., & Vauclair, C.-M. (2023). *Isolamento involuntário, solidão e relações sociais em Cascais*. Iscte – Instituto Universitário de Lisboa.
- Bexiga, M. M. F. M. (2023). *Entrelaçar gerações: Os avós do coração. Projeto intergeracional: Os benefícios mútuos da interação entre crianças do pré-escolar e idosos* [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41–67. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002594>
- Clara, J. G. (2016, 15 de junho). Sexualidade sénior: O desejo não tem prazo de validade. *Revista Saúde*.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging*, 28(5), 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Dornelas, K. C. A., Silva, M. R., & Almeida, T. F. (2021). As representações sociais da solidão em diferentes níveis etários. *MSR Review*, 6(1), 45–58.
- Faquinello, P., & Marcon, S. S. (2011). Amigos e vizinhos: Uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 345–352.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 56, 1617–1628. Citado em Ramos, C. I. C. F. (2018).
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

- Interreg Europe. (2024). KORALE – Towards a community of practice and Knowledge On pReventing and tAckling Loneliness from public policiEs. European Union. interregeurope.eu
- Lima, E. L. Q. de, Pinheiro, G. C. C., Freire, I. F. de Q., Sousa, M. E. S. de, & Sousa, M. N. A. de. (2024). Solidão na pessoa idosa: Fatores de risco, impactos e intervenções. *Revista Científica e-Locução*, 1(25), 108–135.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O’Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–774.
- Marcelino, K. G. S., Braga, L. S., Lima-Costa, M. F., & Torres, J. L. (2024). Características da família e solidão entre adultos mais velhos: Evidências do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, Artigo e240054. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240054.2>
- Monteiro, M. H. L., et al. (2021). A sexualidade de idosos em meio aos riscos e tabus: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14692–14704.
- Moura, M. N., Silva, C. F. T., & Santos, F. F. (2019). *A sexualidade na terceira idade: O tabu que envolve os idosos* [Comunicação em congresso]. 22.ª Semana de Mobilização Científica (SEMOC), Universidade Católica do Salvador.
- Pereira, G. L. (2025). *Solidão em perspectiva: Características e determinantes em diferentes faixas etárias* [Trabalho de conclusão de curso, Bacharelado em Psicologia, Universidade Estadual do Piauí].
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: 3. Relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- Pocinho, R., et al. (2015). Redes de amigos e vizinhança como fator de proteção social para pessoas idosas isoladas: Estudo piloto em aldeias do concelho da Guarda. *Polêmlca*, 15(3), 11–24.
- Pontes, Â. F. (2011). *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: Implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto].
- Ramos, C. I. C. F. (2018). *Saúde sexual e envelhecimento: O papel dos fatores psicológicos e crenças sexuais* [Dissertação de mestrado integrado, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação].
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156–175.
- Rodrigues, R. M. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5). <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Victor, C. R., & Pikhartova, J. (2020). Loneliness, social isolation and social relationships. In J.-P. Michel, J. D. Walston, J. E. Morley, B. Vellas, & T. van der Cammen (Eds.), *Oxford textbook of geriatric medicine* (3rd ed.). Oxford University Press.
- World Health Organization. (2023). *Social isolation and loneliness: Health risks and interventions*.
- World Health Organization. (2025). *From loneliness to social connection: Charting a path to healthier societies*.

Território, lugar e habitação

Relação entre pessoa e lugar, ageing in place, habitação e cidades amigas das pessoas idosas, e geografia do envelhecimento.

- Andrews, G. J., & Phillips, D. R. (Eds.). (2005). *Ageing and place: Perspectives, policy, practice*. Routledge.
- Arentshorst, M., Kloet, R., & Peine, A. (2019). Intergenerational housing: The case of Humanitas Netherlands. *Journal of Housing for the Elderly*, 33, 244–256. <https://doi.org/10.1080/02763893.2018.1561592>

- Fonseca, A. M. (2018). *Boas práticas de ageing in place: Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian; Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10044-020>
- Martins, J. E. (2007, junho). *Aldeias Lar: Um futuro para o interior de Portugal* [Comunicação em seminário internacional]. Rede Europeia Anti Pobreza (REAP), Beja, Portugal.
- Novo, A., et al. (2009). *Aldeias Lar: Novas casas para velha sabedoria* [Comunicação em congresso, p. 13]. Congresso de Enfermagem e Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rowles, G. D. (1978). *Prisoners of space? Exploring the geographical experience of older people*. Westview Press.
- SIC Notícias. (2026, 28 de setembro). *Idosa de 87 anos despejada em Madrid vai poder regressar a casa após acordo*.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*.

Participação, comunidade e planeamento local

Participação, comunidades que cuidam, respostas sociais, planeamento colaborativo e planos locais.

- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Barrette, C. (2018). *Un Québec pour tous les âges: Le plan d'action 2018-2023*. Secrétariat aux aînés, ministère de la Famille; Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Chichorro, A. M. (Coord.). (2006). *Respostas sociais: Nomenclaturas/conceitos*. Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- Cooke, B., & Kothari, U. (Eds.). (2001). *Participation: The new tyranny?* Zed Books.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘participation’: Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283.
- Fingal County Council. (2026). *Fingal age friendly strategy 2026–2030*. Age Friendly Ireland.
- Gaventa, J. (2006). Finding the spaces for change: A power analysis. *IDS Bulletin*, 37(6), 23–33.
- Healey, P. (1997). *Collaborative planning: Shaping places in fragmented societies*. Macmillan.
- Innes, J. E., & Booher, D. E. (2010). *Planning with complexity: An introduction to collaborative rationality for public policy*. Routledge.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications.
- Lévy, P. (1997). *Collective intelligence: Mankind's emerging world in cyberspace*. Perseus Books.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2008). *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed.). SAGE.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.

Métodos, estatística e trabalhos do autor

Métodos de investigação e avaliação, estatística, e trabalhos do autor (inclui o Plano Gerontológico Local de Arraiolos).

- Guariento, M. E., Neri, A. L., Fattori, A., & Pereira, A. A. (2013). Pesquisa em gerontologia. In E. V. Freitas, L. Py, et al. (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (3.ª ed.). Guanabara Koogan.
- Guimarães, R. C., & Sarsfield Cabral, J. A. (1997). *Estatística*. McGraw-Hill.
- Marques, R. J. (1999a). A organização política do território. In X. M. Souto González (Coord.), *A História no Eixo Atlântico* (pp. 199–272). Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular.
- Marques, R. J. (1999b). A vontade política de crear un espacio europeo. In X. M. Souto González (Coord.), *A História no Eixo Atlântico* (pp. 10–71). Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular.
- Marques, R. J. (2000). *Desenvolvimento local em espaço rural e novas competências: A participação dos cidadãos no concelho de Santa Comba Dão*. Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.
- Marques, R. J. (2001). A globalização e os processos de regionalização: Do Arco Atlântico ao Eixo Atlântico. *Minus, IX*, 217–231.
- Marques, R. J. (2002). O local enquanto espaço de afirmação cívica: Uma condição para o desenvolvimento. In *Olhares sobre o território e a espacialidade* (pp. 57–72). Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa, Linha de Ação de Geografia Humana e Regional.
- Marques, R. J. (2003). O desenvolvimento local: Conceito e experiências conhecidas. In X. M. Souto González & R. J. Marques (Coords.), *Participación cidadá e desenvolvimento local no Eixo Atlântico: Monforte e Chaves* (pp. 87–145). Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular.
- Marques, R. J. (2005). O dinamismo do sistema urbano e o desenvolvimento local. In X. M. Souto González (Coord.), *Segundos estudos estratégicos do Eixo Atlântico* (Libro 1, pp. 39–108). Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular.
- Marques, R. J. (2007). Administração do território, população e povoamento. In J. A. Rio Fernandes & X. M. Souto González (Coords.), *Atlas básico do Eixo Atlântico: Euro-região Galiza e Norte de Portugal*. Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular.
- Marques, R. J. (2009). Ordenamento do território e governo das áreas urbanas em Portugal. In X. M. Souto González (Coord.), *Áreas metropolitanas galegas* (pp. 153–239). Xunta de Galicia.
- Marques, R. J. (2019a, 14 de novembro). *Envelhecimento ativo: Dinâmicas sociais e desenvolvimento local* [Comunicação em congresso]. 1.º Congresso Internacional Comunidades Envelhecidas: Desafios para o Desenvolvimento, Castelo Branco, Portugal. UID Comunidades Envelhecidas Funcionais (Age.Comm), Instituto Politécnico de Castelo Branco. *Livro de resumos*.
- Marques, R. J. (2019b, 14 de novembro). *O envelhecimento da população nos programas eleitorais: Eleições legislativas portuguesas de 6 de outubro de 2019* [Comunicação em congresso]. 1.º Congresso Internacional Comunidades Envelhecidas: Desafios para o Desenvolvimento, Castelo Branco, Portugal. UID Comunidades Envelhecidas Funcionais (Age.Comm), Instituto Politécnico de Castelo Branco. *Livro de resumos*.
- Marques, R. J. (2022). *Avaliação multidimensional do envelhecimento ativo e saudável*. ANIMAR – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local.
- Marques, R. J. (2023a). Descripción de la política portuguesa con las áreas intermunicipales. In X. M. Souto González (Coord.), *Criterios de delimitación de las áreas funcionales en Galicia* (pp. 31–56). Eixo Atlântico do Noroeste Peninsular.
- Marques, R. J. (2023b, setembro). A importância da participação comunitária das pessoas mais velhas: Empoderar para inovar! *Revista Gerar Identidades*, 10–13. Monte – Desenvolvimento Alentejo Central, ACE.

- Marques, R. J. (2024). Consciencializar para o idadismo: Uma reflexão. In Grupo de Trabalho Envelhecimento e Desenvolvimento Local da Animar, *As pessoas mais velhas não são descartáveis: Glossário anti-idadismo*. ANIMAR – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local.
- Marques, R. J. (2026). *Método VIVA: Vivências, Inovação, Voz e Ação* [Documento metodológico não publicado].
- Marques, R. J., & Souto González, X. M. (2014). Planeamiento territorial a diferentes escalas: Eixo Atlântico do noroeste peninsular y bacia do Guadiana. In M. T. Ayllón Trujillo (Ed.), *Conflictos de poder sobre el espacio: Manual de ordenación territorial a diferentes escalas*. Eumed.net.
- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales: Pratique des études de terrain*. Presses Universitaires de Rennes.
- Monte – Desenvolvimento Alentejo Central. (2023, setembro). Relatório do Plano Gerontológico Local de Arraiolos: Projeto Gerar Identidades. *Revista Gerar Identidades* (Edição especial).
- Moraes, E. N., Pereira, A. M. V. B., Azevedo, R. S., & Moraes, F. L. (2018). *Avaliação multidimensional do idoso*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde.
- Pereira, A. (2003). *Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (4.ª ed.). Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3.ª ed.). Edições Sílabo.
- Stafford, J., & Bodson, P. (2006). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Presses de l'Université du Québec.
- Vicente, F. R. (2012). *Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].

Levar estas ideias para o seu território

Este livro termina, mas a pergunta continua. Se, ao lê-lo, sentiu vontade de perguntar antes às pessoas — na sua instituição, na sua freguesia, no seu concelho —, posso ajudar a transformar essa vontade em prática.

O que posso fazer consigo

Formação. Sessões e percursos de formação sobre envelhecimento, idadismo, autonomia, literacia em saúde e participação, para equipas técnicas, dirigentes, cuidadores e pessoas mais velhas.

Método VIVA e Laboratórios de Envelhecimento. Aplicação do Método VIVA — Vivências, Inovação, Voz e Ação — para ouvir a comunidade, organizar o conhecimento que dela nasce e transformá-lo em Ideias-Chave, Estratégias-Chave e compromissos.

Plano Gerontológico Local. Apoio à conceção, elaboração e acompanhamento de Planos Gerontológicos Locais participados, que juntem debaixo do mesmo chapéu todos os que trabalham com o envelhecimento no território.

Para quem

Câmaras municipais e juntas de freguesia, associações de desenvolvimento local, IPSS, ERPI, Centros de Dia, serviços de apoio domiciliário, grupos de pessoas mais velhas e todas as organizações que queiram construir respostas com as pessoas, e não apenas para elas.

Sobre o autor

Raul Jorge Marques é geógrafo, com especialização em desenvolvimento local, e tem formação avançada pós-universitária em Gerontologia Aplicada. Coordena o Grupo de Trabalho Envelhecimento e Desenvolvimento Local da ANIMAR — Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local. Coordenou o Estudo de Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo e Saudável (ANIMAR, 2022), é autor do Método VIVA, participou no processo de preparação do Plano Gerontológico Local de Arraiolos e escreve regularmente no blogue Envelheceres.com.

Contactos

Blogue: Envelheceres.com

Email: rauljmarques@sapo.pt

Antes de decidir, pergunte às pessoas.