Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Rodrigues, Pedro Gomes
Bárrios, Maria João

A sociedade portuguesa e o inverno demográfico : cinco estratégias de política social

http://hdl.handle.net/11067/5368
https://doi.org/10.34628/jcp8-3s04

Metadados

Data de Publicação 2019

Resumo O envelhecimento da população coloca vários desafios quer às famílias, quer à sociedade, muitos dos quais são atenuáveis com uma Política Social adequada. Neste policy brief organizamos a análise dessas intervenções considerando cinco estratégias: 1) investir na prevenção tanto da doença como da dependência; 2) adequar os cuidados integrados de longa duração e no fim da vida; 3) adaptar as condições de trabalho e dar aos mais velhos a oportunidade de participarem; 4) reduzir o idadismo, melh...

Population ageing poses several challenges not only to families, but also to society at large, many of which can be mitigated with an adequate Social Policy. In this policy brief we organize the analysis of such interventions by considering five strategies: 1) investing in the prevention not only of disease but also of dependency; 2) adjusting palliative and long-term care; 3) adapting working conditions and giving older people the opportunity to participate; 4) reducing ageism through bette...

Palavras Chave Portugal - Política social, Idosos - Portugal

Tipo article

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-FCEE] LEE, n. 27 (2019)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T03:19:46Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

A SOCIEDADE PORTUGUESA E O INVERNO DEMOGRÁFICO: CINCO ESTRATÉGIAS DE POLÍTICA SOCIAL

Pedro Gomes Rodrigues
Centro de Administração e Políticas Públicas
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
Universidade de Lisboa

Maria João Bárrios
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
Universidade de Lisboa

Resumo: O envelhecimento da população coloca vários desafios quer às famílias, quer à sociedade, muitos dos quais são atenuáveis com uma Política Social adequada. Neste *policy brief* organizamos a análise dessas intervenções considerando cinco estratégias: 1) investir na prevenção tanto da doença como da dependência, 2) adequar os cuidados integrados de longa duração e no fim da vida; 3) adaptar as condições de trabalho e dar aos mais velhos a oportunidade de participarem, 4) reduzir o idadismo, melhorando a governança e, por fim, 5) harmonizar todos os espaços frequentados pelos mais velhos, com particular destaque para a habitação.

Palavras-chave: Envelhecimento; Política social; Cuidados de longa duração; Idadismo.

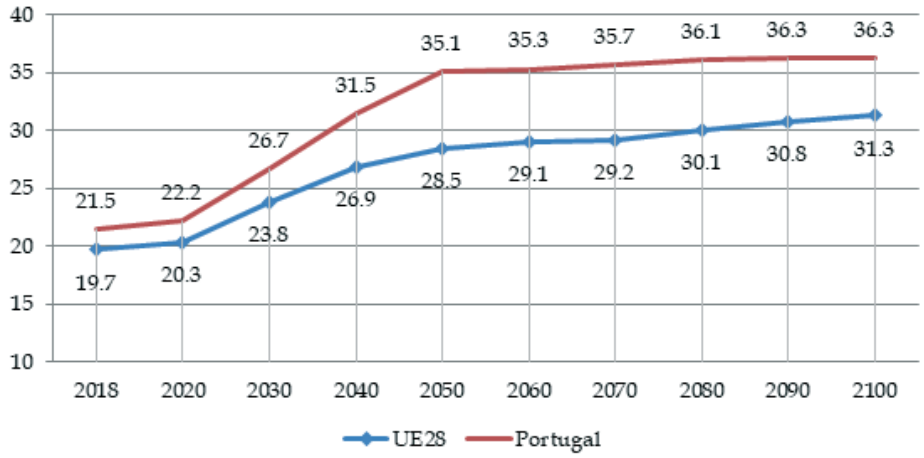
Abstract: Population ageing poses several challenges not only to families, but also to society at large, many of which can be mitigated with an adequate Social Policy. In this policy brief we organize the analysis of such interventions by considering five strategies: 1) investing in the prevention not only of disease but also of dependency, 2) adjusting palliative and long-term care, 3) adapting working conditions and giving older people the opportunity to participate, 4) reducing ageism through better governance and, finally, 5) harmonizing all spaces used by older people, with an emphasis on housing.

Keywords: Ageing; Social Policy; Long-term care; Ageism.

O 'inverno demográfico' avança rapidamente sobre a Europa e muitos já temem uma 'japanificação' das suas sociedades e das suas economias (Akram, 2014), uma transformação estrutural com muitas implicações e que persiste durante décadas. Em resultado da chamada 'transição demográfica' (Snopkowski & Kaplan, 2018), que chegou primeiro ao Japão (Kuroda, 1978), espera-se um envelhecimento acentuado nas próximas décadas em quase todos os países mais desenvolvidos.

Se em 2018 as pessoas com 65 e mais anos representavam já 19,7% da população da UE28, segundo o EUROSTAT, projeta-se que em 2050 este número atinja 28,5%. No caso de Portugal, espera-se que estas tendências demográficas sejam ainda mais rápidas e mais pronunciadas. Em 2018, Portugal era já o terceiro país mais envelhecido da UE, com 21,5% de pessoas com 65 ou mais anos, sendo apenas ultrapassado pela Grécia (21,8%) e pela Itália (22,6%). Segundo as projeções do Eurostat, em 2050, Portugal passará a ser o país com maior proporção de pessoas com 65 e mais anos (35,1%). Como mostra a Figura 1, Portugal será um país muito mais envelhecido que a média da UE28, algo que persistirá até ao fim deste século.

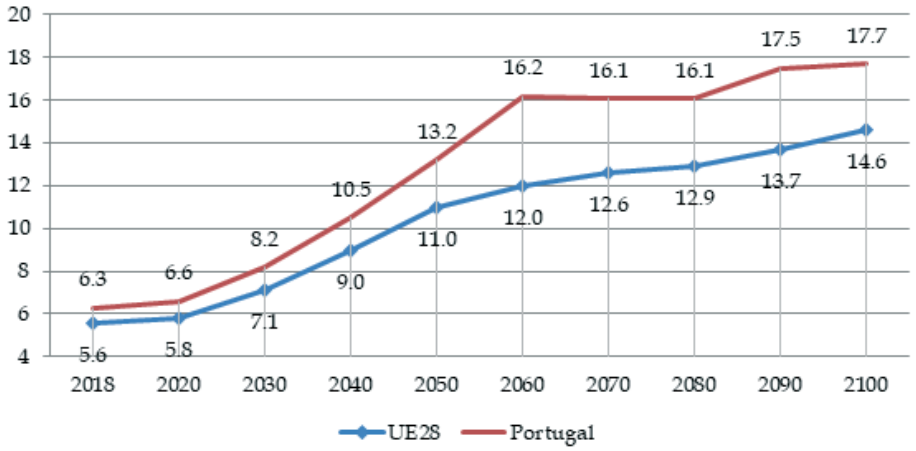
Figura 1 - Proporção na população total de pessoas com 65 e mais anos (%)



Fonte: EUROSTAT.

Na categoria dos 80+, o crescimento será ainda mais pronunciado (Fernandes, 2016). Em 2018, este grupo etário representava já 6,3% da população portuguesa, sendo superior à média da UE28 (5,6%), apenas ultrapassado pela Grécia (6,9%) e pela Itália (7%). Em 2050, em Portugal, de acordo com o Eurostat, esta proporção atingirá os 13,2%, sendo apenas ultrapassado pela Itália (14,3%). Em comparação, como mostra a Figura 2, a média da UE28 ficará pelos 11%.

Figura 2 - Proporção na população total de pessoas com 80 e mais anos (%)

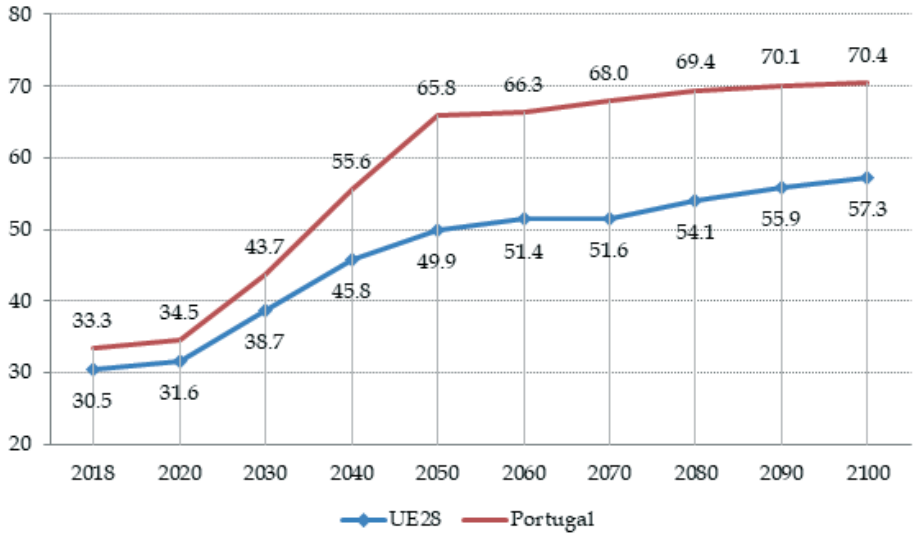


Fonte: EUROSTAT.

Estes dados ganham particular relevância em Política Social, ao constatar que o índice de dependência de idosos[1] tem vindo a aumentar (ver Figura 3), projetando-se que em 2050 seja também mais acentuado no caso Português. Para colocar estes números em perspetiva, Portugal passará de aproximadamente 3 ativos por cada idoso em 2018 para uma situação em que há apenas 1,52 ativos por idoso (65+) em 2050 (em comparação com um rácio de 2 na UE28 no mesmo ano). Assim sendo (analisando as Figuras 1, 2 e 3), podemos facilmente concluir que o 'inverno demográfico' não só chegará mais cedo a Portugal, como ainda será mais rigoroso que em muitos outros países europeus. E é neste desequilíbrio que reside o essencial da insustentabilidade dos sistemas de pensões (Fernandes, 2016) e que aumentam também as exigências quanto aos serviços de prestação de cuidados sociais e de saúde.

[1] Calculado como o rácio entre a população com pelo menos 65 anos, e a população entre os 15 e os 64.

Figura 3 – Projeção do índice de dependência de idosos



Fonte: EUROSTAT.

Feito este enquadramento prospetivo, conclui-se que o progressivo envelhecimento da população é uma tendência já em curso que é da maior importância para as políticas públicas. Não só será necessário, em tempo útil, encontrar respostas às novas necessidades da população, como no apoio às pessoas mais dependentes e nos cuidados de saúde, como haverá também que encontrar os meios para as financiar, de forma sustentável e sem grande prejuízo para a atividade económica. Mas os desafios das próximas décadas vão muito para além dos tradicionais domínios da proteção social, incluindo, por exemplo, como flexibilizar e adequar as condições de trabalho à maior participação das pessoas mais velhas, como promover a sua formação e aprendizagem ao longo da vida, como garantir o exercício pleno dos seus direitos e deveres cívicos, como combater o chamado idadismo,[2] e como adaptar as suas habitações e os espaços públicos que frequentarão. Estes são apenas alguns dos muitos desafios que em Portugal só agora começamos a equacionar.

Com base na literatura e nos exemplos de configuração de respostas dirigidas aos mais velhos, analisados por todo o mundo, é possível identificar um pequeno conjunto de boas práticas. Fruto de uma reflexão que é tanto académica quanto política, o objetivo desta breve nota é apresentar e discutir a relevância de cinco estratégias de Política Social concebidas para dar respostas aos desafios já elencados e que afetarão o dia-a-dia das organizações, das famílias e dos cidadãos.

[2] Estereótipos, preconceitos e/ou discriminação em relação à idade cronológica (Iversen, Larsen & Solem, 2009).

Este é um trabalho feito a partir do estudo das sociedades modernas, com vista a encontrar as melhores respostas para as necessidades emergentes de uma população em mutação. Trata-se, também, de uma reflexão inscrita no domínio da Política Social, que se quer integrada e que interliga as perspetivas social, económica e de saúde, em busca de potenciais soluções para melhorar o meio em que se envelhece.

Antes de detalhar cada uma das cinco estratégicas de Política Social para enfrentar com sucesso os múltiplos desafios relacionados com a profunda mudança demográfica já em curso, é imprescindível distinguir o conceito de 'envelhecimento de uma população' do conceito 'envelhecimento de um indivíduo'.

Do ponto de vista de um indivíduo que envelhece, com o passar dos anos, há alterações biológicas (físicas e cognitivas) relacionadas quer com a menor capacidade funcional dos organismos biológicos, quer com situações de morbilidade[3] que, ambos, levam muitas vezes a estados de incapacidade e de dependência (Kalache & Kickbush, 1997). Já numa perspetiva da população como um todo, o envelhecimento é um fenómeno duplo. Se, por um lado, por causa de uma menor fecundidade e baixa natalidade, se verifica na base da pirâmide etária uma redução do número de pessoas mais novas (0-15 anos), por outro lado, no topo da pirâmide, regista-se um maior número de pessoas mais velhas (65+ anos), sendo este crescimento mais acentuado nas pessoas com 85 e mais anos. Este aumento da proporção de pessoas mais velhas deve-se à redução da mortalidade em todas as idades, com o consequente aumento da esperança de vida. Esta decorre da melhoria das condições de vida, do progresso técnico na medicina, como também da maior literacia em saúde e estilos de vida comparativamente mais saudáveis por parte da população, quando comparados com o passado.

No que se segue, em jeito de *policy brief*, este apontamento apresenta e discute brevemente cinco estratégias de Política Social. São as cinco ideias-chave de intervenção que entendemos como determinantes para Portugal no futuro próximo, para este poder enfrentar com sucesso os múltiplos desafios que o envelhecimento da população coloca às políticas públicas.

Tradicionalmente, de todas as rubricas da despesa social que é sensível ao envelhecimento da população, os economistas mais preocupados com a sustentabilidade a prazo das finanças públicas e ou com o desempenho macroeconómico tendem a pensar apenas nas pensões, ou eventualmente também nos cuidados de saúde. Isso é natural, dado o peso relativo que estas duas assumem, mas um dos pontos desta nota é que, para além das pensões e da saúde, há que identificar um conjunto mais alargado de circunstâncias onde a Política Social será (ou já é) chamada a intervir, com vista a promover o bem-estar de uma população a envelhecer rapidamente.

O interessante é que muitas destas iniciativas são verdadeiros investimentos, na medida em que agindo preventivamente, é possível não apenas promover uma melhor qualidade de vida a uma população frágil, mas também evitar ter de

[3] Pessoas com doença face à população total.

incorrer num aumento de despesa ainda maior no futuro, precisamente se a ação preventiva ou não foi concretizada, ou foi ineficaz.

1. Investir em ações de prevenção da doença e dependência ao longo da vida

A primeira estratégia da Política Social concebida para enfrentar os desafios do envelhecimento da população consiste em apostar em ações de prevenção, quer da dependência, quer da doença, seja esta crónica ou sujeita a episódios agudos. Em qualquer um dos casos, o fundamental é adotar uma perspetiva de ciclo de vida.

Nas sociedades atuais, a população tem características que resultaram de uma variedade de ações que, ao longo do tempo, contribuíram para a melhoria do perfil de saúde das pessoas. De particular relevância foi a aposta no tratamento e na cura de situações agudas que, juntos, permitiram reduzir a incidência[4] e o risco de doenças infeciosas. Em contrapartida, por causa de uma maior longevidade humana, regista-se um aumento da prevalência[5] de doenças crónicas, como as do foro cardiovascular, as doenças oncológicas, as pulmonares e as metabólicas. Embora seja cada vez frequente envelhecer em boas condições de saúde, quanto mais tempo se vive, mais provável se torna que estas doenças se manifestem. Além disso, os comportamentos de risco também induzem doenças crónicas em adultos jovens, aumentando assim tanto o risco de incapacidade na vida adulta, como a morte precoce, antes dos 65 anos (Walker, 2017). Por sua vez, a perda de funcionalidade com o avançar da idade não só aumenta a suscetibilidade a doenças crónicas, como também propicia situações de comorbilidade[6] e a ocorrência de episódios de agudização, que naturalmente exigem cuidados redobrados.

Esta alteração no perfil das principais causas de morte e de incapacidade e do crescimento da proporção de pessoas com doenças crónicas é da maior importância para as políticas públicas. Contudo, é sabido que os problemas de saúde e a incapacidade em todas as idades são os principais impulsionadores da despesa com saúde, e não a idade por si só (Barros, 1998). Com efeito, para se apurarem os custos com cuidados prestados às pessoas mais velhas, é fundamental perceber se as pessoas estão a viver um percurso de vida mais longo com melhor ou pior condição de saúde. Na verdade, o crescimento da esperança de vida, sobretudo para as mulheres portuguesas, não se tem feito acompanhar de saúde e de qualidade de vida. Segundo o Eurostat, em 2017, as mulheres apresentavam uma esperança de vida à nascença de 84,6 anos, apenas 57 dos quais de vida saudável (67,4%, como mostra a Figura 4). Do lado dos homens portu-

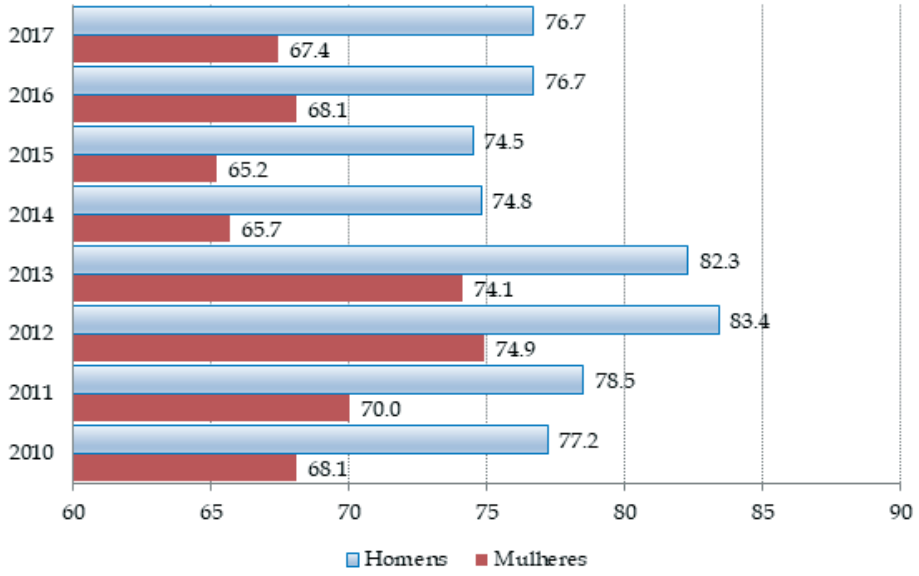
[4] Número de casos novos ocorridos num certo período numa população específica.

[5] Número de casos (novos e velhos) encontrados numa população definida num determinado ponto no tempo.

[6] Duas ou mais doenças, concomitantemente, num indivíduo.

gueses, a esperança de vida à nascença era mais reduzida de 78,4 anos, mas com um maior número de anos vividos com saúde, 60,1 anos (correspondendo a uma maior proporção, 76,7%, de anos de vida saudáveis no total esperado).

Figura 4 – Percentagem de anos de vida saudáveis no total de esperança de vida



Fonte: EUROSTAT.

Muitas das condições crónicas associadas à velhice podem ser prevenidas ou retardadas pela adoção de comportamentos mais saudáveis, mesmo em idades muito avançadas (Salsberg & Quigley, 2016). O incentivo a mudanças comportamentais pode ter efeitos significativos no atraso do início ou da progressão da doença, da incapacidade ou da dependência. Igualmente, outros problemas de saúde podem ser diagnosticados precocemente e, assim, facilitar a autogestão, i.e., um processo no qual o indivíduo se responsabiliza pela gestão da sua saúde e doença(s). Com efeito, este tipo de intervenções poderá ajudar a conter o aumento da despesa em saúde com os mais velhos (WHO, 2015).

Acresce que o sucesso destas medidas depende da adoção simultânea de uma abordagem de ciclo de vida. Esta convida ao abandono da divisão uniforme da trajetória de vida em três fases - educação, trabalho e reforma – para encarar o envelhecimento como um ciclo mais longo, mais dinâmico e mais flexível, enquanto é menos padronizado e mais como um processo contínuo e intermitente entre o lazer, a formação e a atividade (Fernandes, 2016). Cremos que poderá constituir uma orientação para a formulação de políticas facilitado-

ras de um envelhecimento saudável, ativo e menos segregacionista. Isso permitiria não apenas uma atitude mais inclusiva, integrada e verdadeiramente intergeracional, como potenciaria serviços focados em acompanhar mais de perto a forma como mudam ao longo da vida as necessidades das pessoas.

2. Adequar os cuidados integrados de longa duração e no fim da vida

A segunda estratégia da Política Social para enfrentar com sucesso os desafios relacionados com o envelhecimento demográfico consiste em adequar corretamente os serviços de cuidados integrados, de longa duração, incluindo os cuidados paliativos, no sentido de melhorar as opções de tratamento próximo do fim da vida.

Os serviços de saúde também têm por objetivo promover o bem-estar das pessoas ao longo do processo de envelhecimento. Mas as novas configurações de saúde/doença das sociedades modernas, mais envelhecidas, requerem a adequação dos serviços de saúde. Isto porque os sistemas de saúde por todo o mundo (e Portugal não é exceção) são ainda, em grande parte, organizados para dar respostas a episódios agudos, usando uma abordagem biomédica que enfatiza o diagnóstico de um problema e o seu tratamento ou cura. Contudo, as necessidades de saúde das pessoas mais velhas são tipicamente mais complexas, de longo prazo e mais interligadas com as suas necessidades sociais. Exigem, assim, respostas focadas não só na manutenção da capacidade funcional (Salsberg & Quigley, 2016), como igualmente na monitorização de problemas crónicos.

Para colmatar estas falhas e efetivamente responder aos efeitos que o envelhecimento populacional produz na saúde, privilegia-se a provisão de cuidados de longa duração (LTC – *long term care*). Estes ocorrem nas modalidades formais e informais. No quadro de urgência de respostas de LTC, apela-se sobretudo à criação de serviços de cuidados formais, considerando a sua divisão em i) assistência médica e cuidados pessoais de apoio às AVD[7]; e ii) assistência social e ajuda na realização de AIVD[8] como refeições e tarefas domésticas (OECD, 2018).

Todavia, a importância de investir em LTC é também validada pelo facto de as respostas de cuidados integrados estarem a ser efetivadas de forma muito ancorada nas redes informais de solidariedade. Falamos dos cuidados informais, exercidos pelos elementos da esfera privada e familiar, que não podem ser negligenciados por preencherem lacunas ou complementarem os serviços formais (Hoffmann & Rodrigues, 2010). O predomínio destes mode-

[7] Atividades da Vida Diária, relacionadas com o cuidado diário, a alimentação, a higiene, a mobilidade, entre outros.

[8] Atividades Instrumentais da Vida Diária, relacionadas com a gestão da vida (por exemplo, gerir o orçamento, utilização de recursos, efetuar compras, tarefas domésticas, efetuar contactos).

los informais tem efeitos nas despesas com LTC, ao condicionar a participação na força de trabalho, o tempo de trabalho e a decisão de quando deixar de trabalhar (Kehusmaa, Autti-Rämö, Helenius & Rissanen, 2013). Traduz-se em oportunidades de emprego perdidas pelos cuidadores informais (grande parte destes cuidadores informais são idosos), no trabalho associado ao cuidado em si e no bem-estar emocional, físico e social (Lilly, Laporte & Coyte, 2007; Cylus, Normand & Figueras, 2018). No entanto, o estabelecimento de medidas de apoio ao cuidador informal, que podem regular os direitos e os deveres do cuidador, devem sempre garantir que as despesas (em saúde) inerentes são canalizadas para benefício do doente.

A coexistência de sistemas formais e informais permite reduzir os custos com a prestação de cuidados de saúde aos mais velhos. Outra área que promove a contenção da despesa é o desenvolvimento de alternativas de LTC distintas dos serviços curativos / hospitalares, para que os doentes crónicos não ocupem as instalações destinadas a tratamentos de doença aguda, de forma inapropriada. É, também, necessário entender que a maioria dos países da OCDE com dados disponíveis gasta menos de 2% do PIB com LTC, ainda que se espere um aumento, projetando-se que duplique até 2050 (Cylus, Normand & Figueras, 2018; Heger & Korfhage, 2018; De La Maisonneuve & Martins, 2013).

Em resumo, os baixos níveis de saúde são os principais fatores subjacentes à tendência em curso para o aumento da despesa com LTC. Mas a proximidade da morte exerce também a sua influência no recurso aos serviços. Um número crescente de estudos recentes defende que melhorar as opções e o padrão de qualidade dos cuidados paliativos (precoces, amplamente implementados e centrados no doente) pode reduzir os custos com internamentos, tratamentos e exames desnecessários, melhorar as experiências de pacientes e cuidadores e até contribuir para uma maior sobrevida (May et al., 2015).

É preciso olhar cuidadosamente para a forma como os recursos são usados, garantindo que se oferecem cuidados apropriados no fim da vida. Por um lado, não pode negar-se às pessoas os serviços com base na sua doença ou na sua idade. Por outro lado, é importante não sujeitar as pessoas a tratamentos caros e angustiantes que provavelmente pouco benefício trazem (Cylus, Normand & Figueras, 2018). Reconheçamos também que os incentivos à institucionalização dificultam o apoio aos familiares cuidadores e que o sucesso das intervenções no fim da vida depende, em muito, de um bom planeamento de alta/transferências de doentes entre diferentes configurações de cuidados (Cylus, Normand & Figueras, 2018).

Embora grande parte dos cuidados de saúde seja administrada no último ano de vida, ou através da hospitalização, ou através do consumo de medicamentos, esses gastos são menos significativos no caso das pessoas mais velhas e, com um aumento da esperança de vida, materializam-se mais tarde (Cylus, Normand & Figueras, 2018; Moore, Bennett & Normand, 2017; Polder, Barendregt & van Oers, 2006; Zweifel, Felder & Meiers, 1999).

3. Adaptar as condições de trabalho e criar oportunidades de participação dos mais velhos

A terceira estratégia no âmbito da Política Social concebida para lidar com o envelhecimento consiste em adaptar as condições de trabalho e dar aos mais velhos a oportunidade de participarem mais, realizando assim em pleno os seus direitos e deveres cívicos. Que incentivos à participação fazem mais sentido, como melhor flexibilizar as oportunidades de trabalho e como promover a aprendizagem ao longo da vida (o *lifelong learning*) num contexto de automatização crescente, onde as competências dos mais velhos correm o risco de ficarem obsoletas mais rapidamente são de seguida objeto de análise.

Ainda que o envelhecimento populacional esteja associado ao aumento da população reformada (ou porque assim o desejam, ou porque são forçados a isso sempre que a sua capacidade para trabalhar se degrada), muitas pessoas continuam ativas e remuneradas (por opção ou por necessidade). Mas manter pessoas mais velhas ao serviço depende de uma série de fatores pessoais, circunstanciais e preferenciais. Trata-se de uma matéria delicada do ponto de vista da Política Social, na medida em que o aumento da idade legal da reforma pode simplesmente desviar pessoas para outros programas sociais (como o de desemprego ou de invalidez) se a sua condição de saúde não for suficiente para continuarem a trabalhar de forma produtiva (Cylus, Normand & Figueras, 2018). As políticas adequadas a encorajar e permitir que as pessoas mais velhas trabalhem mais tempo precisam, portanto, de ultrapassar barreiras como a diminuição das condições de saúde, a responsabilidade de prestação de cuidados a familiares, as dificuldades de mobilidade/transportes e as práticas de idadismo (Haslam et al., 2012).

Na verdade, há um grande espaço nas configurações laborais para que as pessoas mais velhas possam continuar a contribuir significativamente para a economia, pois as variações de produtividade ao longo da vida dependem da ocupação exercida, com um declínio em ocupações que exigem esforço físico e um incremento nas que beneficiam de mais anos de experiência (Cylus, Normand & Figueras, 2018). As intervenções mais eficazes incluem ações desenvolvidas no local de trabalho como, por exemplo, a promoção e gestão da saúde (Poscia et al., 2016), mudanças no ambiente físico em termos de ergonomia e *design*, a facilitação das deslocações/transportes, a adaptação das ocupações e funções às condições físicas e cognitivas do indivíduo, a flexibilização dos horários e, ainda, o alargamento das opções quanto aos locais de trabalho (Haslam et al., 2012). São evidentes também as oportunidades de *coaching* e de *mentoring*.

Contudo, estas possibilidades são, em parte, dificultadas por práticas discriminatórias. Nas ocupações pouco qualificadas, os trabalhadores mais velhos podem ter menor acesso a formação tecnológica, conduzindo-os a menor produtividade ou mesmo ao abandono precoce do mercado de trabalho. Esta desvantagem está mais ligada ao idadismo que à própria incapacidade dos próprios (Cylus, Normand & Figueras, 2018). Neste sentido, pensar a continuidade das pessoas no mercado de trabalho, à medida que envelhecem, merece uma reflexão mais aprofundada em torno das características da sociedade pós-moderna, com a evolução

do conhecimento e o desenvolvimento da tecnologia, permitindo a formação de adultos. No mercado de trabalho, esta tornou-se não apenas um fundamento do crescimento económico pelos ganhos de produtividade, mas também algo de incontornável numa sociedade em mutação, onde o progresso técnico impõe uma atualização em contínuo das competências do trabalhador.

As políticas de *lifelong learning* incorporam um discurso hegemónico com base na globalização, focado na responsabilidade individual, onde apenas o resultado interessa, sem necessidade de infraestruturas ou educadores (Popovi & Koulaouzides, 2017). Nas pessoas mais velhas os efeitos destas estratégias refletem-se na manutenção das células cerebrais ativas, na redução da solidão, na melhoria da saúde mental e cognitiva, no adiamento dos primeiros sinais de demência, na melhoria da autoconfiança, e também na melhoria quer da empregabilidade, quer das relações sociais (Vyasamoorthy, 2018).

Os benefícios sociais e económicos proporcionados pelas populações mais velhas advêm também de contribuições reconhecidas como trabalho não remunerado, sendo o cuidado informal umas das formas mais relevantes. A contabilização dos cuidadores informais como população empregada teria um efeito substancial nas taxas de emprego das pessoas mais velhas. Além disso, os cuidados prestados por pessoas mais velhas têm repercussões nas taxas de emprego formal, sustentando a disponibilidade de trabalhadores remunerados, pois, ao cuidar dos netos ou dependentes, libertam os filhos para empregos remunerados (Cylus, Normand & Figueras, 2018).

As orientações que suportam o exercício de trabalho não remunerado salientam medidas que podem surgir sob formas diferentes, com efeitos e custos desiguais, incluindo: i) a formação e educação dos cuidadores; ii) a assistência financeira destinada a cuidados formais; iii) o apoio monetário a cuidadores informais que pode ter efeitos perversos ao constituir uma fonte de rendimento familiar adicional, tornando as pessoas com baixos rendimentos disponíveis para prestar cuidados, sendo um desincentivo ao emprego formal (Heger & Korfhage, 2018); e ainda iv) licenças remuneradas/não remuneradas que facilitam a combinação do trabalho e a prestação de cuidados e flexibilização das configurações de trabalho (Cylus, Normand & Figueras, 2018).

4. Melhorar a governança para combater o idadismo

A quarta estratégia da Política Social para enfrentar os problemas associados ao envelhecimento pretende reduzir o idadismo através de uma melhor governança[9].

O conceito de idadismo pode ser definido através de uma componente cognitiva, relacionada com os estereótipos (positivos ou negativos), uma componen-

[9] Maneira pela qual o poder é exercido na gestão dos recursos económicos e sociais (World Bank, 1992), que envolve os setores público e privado (Mollah, 2019).

te emocional, relativa aos preconceitos; e uma componente discriminativa, em termos comportamentais, contra ou em benefício das pessoas mais velhas, devido à sua idade biológica (Iversen, Larsen & Solem, 2009). Apesar de poder afetar qualquer faixa etária, as pessoas mais velhas estão mais sujeitas a consequências negativas, existindo evidência de que as crenças e atitudes idadistas prejudicam o seu desempenho cognitivo e funcional, pioram a saúde mental, aumentam a morbilidade, dificultam a recuperação de deficiências, estão associadas a uma vida mais curta, a sentimentos de angústia e solidão, bem como marginalização e exclusão de papéis significantes na sociedade (Ayalon et al., 2019).

O sucesso das políticas dirigidas ao envelhecimento depende da capacidade em derrubar as barreiras erguidas pelo idadismo, quer na sua forma mais hostil, quer na sua forma benevolente, evitando atitudes protetoras ou mesmo paternalistas. Ainda que positivas, estas atitudes são muitas vezes entendidas como uma falta de respeito para com os mais velhos, na medida em que lhes atribui menos competência (Swift, Abrams, Lamont & Drury, 2017).

A Política Social contribui para a reflexão e mudanças nas formas de encarar o envelhecimento, permitindo o equilíbrio entre os comportamentos atribuídos à idade e a responsabilidades do Estado, do Cidadão e das Organizações (Biggs, Phillipson, Money & Leach, 2006). Também os paradigmas orientadores de um ciclo de vida saudável pressupõem reconhecer que este resulta de uma trajetória de vida onde o indivíduo é responsável pela autogestão da sua saúde/envelhecimento. Com isto pretendemos alertar para que as respostas fomentem e, sobretudo, permitam o envolvimento individual, apostando em estratégias de empoderamento[10] (*empowerment*) e de capacitação em relação aos cuidados de que necessitam.

Além de repartirem a responsabilidade com o cidadão, todas as organizações devem agir de forma articulada, através de relações interdependentes, na procura de soluções efetivas para os problemas de domínio público relativos ao envelhecimento populacional. É neste âmbito que faz mais sentido a 'governança' como cooperação em rede, que não se confina à interação entre governo e sociedade, mas constitui um processo de equilíbrio que aceita a capacidade política de atores para além do Estado (Bernhard, 2013). As respostas concebidas ao nível da governança executam-se através de parcerias e relações horizontais de conjuntos de atores que se movimentam nos níveis local, nacional e supranacional.

Existem forças macro que são características das sociedades modernas e que facilitam o desenvolvimento da governança, como a globalização, as rápidas mudanças das TIC (Kapucu, Yuldashev & Bakiev, 2009), a alavancagem pública de recursos do mercado e os processos de descentralização. Na verdade, a preparação dos organismos responsáveis debate-se sobretudo a vários níveis da governança local. A autonomização do poder local como ator capaz de compreender

[10] Processo de melhoria individual, para que os grupos obtenham maior controle sobre a vida e o meio ambiente, obtenham recursos e direitos, alcancem objetivos importantes da vida e reduzam a marginalização social (Maton, 2008).

e responder aos desafios do envelhecimento nas comunidades (Barbosa, Feio, Fernandes & Thorslund, 2016) e especificidades territoriais, permite a sua ação como coordenador, criando ambientes sustentáveis, produzindo e gerindo os serviços comunitários (Ozanne, Biggs & Kurowski, 2014).

Nas circunstâncias em que decorrem as ações de governança que pretendem mitigar os efeitos negativos relacionados com o envelhecimento populacional, as políticas podem tirar partido das especificidades das organizações da sociedade civil, tendo em conta que são organizadas por redes horizontais de cidadãos, operando a diferentes níveis e beneficiando de coligações (Kapucu, Yuldashev & Bakiev, 2009). Podem ser parceiras no exercício de múltiplas funções, como por exemplo a promoção da saúde, a melhoria do ambiente físico, o apoio social, a promoção da segurança, o reforço da mobilidade e dos transportes, ou ainda o desenvolvimento de oportunidades de lazer com vista a estilos de vida saudáveis. Em todos em casos, cria-se ou reforça-se capital social, fortalecendo os laços sociais. Prestam ainda parte dos cuidados a pessoas mais velhas, podendo melhorar a qualidade das políticas públicas, ao darem voz aos *stakeholders* envolvidos (Corte & Verschuere, 2014).

Reconheça-se que, no desenvolvimento de recursos dirigidos aos mais velhos, os contornos entre as entidades públicas e privadas são cada vez mais ténues (Meehan, 2003), verificando-se uma dependência entre a pluralidade de atores das esferas política e empresarial. Além das contingências económicas e políticas que podem limitar a ação isolada do Estado, desviando a ação a favor das forças sociais, também o controlo da Política Social passou a ser exercido em conjunto com as organizações internacionais e as localidades descentralizadas, bem como com os organismos privados (Zito, 2005). No decurso destas interações e parcerias, salientamos ainda o envolvimento das instâncias de investigação em projetos de diagnóstico e intervenção com base na evidência (Healthy Aging Project, 2007).

5. Harmonizar a habitação e os demais espaços onde circulam os mais velhos

A quinta e última estratégia da Política Social para lidar com sucesso com os múltiplos desafios relacionados com a mudança demográfica em curso consiste em adaptar todo o ecossistema, preparando-o para as necessidades e as limitações inerentes a uma sociedade mais envelhecida. Isto vai para além das habitações, contemplando também todos os espaços públicos e privados frequentados pelas pessoas mais velhas.

As pessoas desejam envelhecer no seu *habitat*, beneficiando das vantagens que o seu bairro, a sua vizinhança e o conforto da sua habitação proporcionam. Este desejo vai ao encontro do conceito de *ageing in place* (AiP)[11], cujo discurso

[11] A pessoa permanecer na sua própria casa o maior tempo possível à medida que envelhece, mesmo que padeça de alguma doença funcional ou cognitiva (Timmermann, 2012).

está positivamente posicionado, idealizando a casa e a comunidade envolvente como locais privilegiados para envelhecer (Dalmer, 2019). Porém, quando aparecem situações de incapacidade/dependência, a prática do AiP pode não ser a opção mais apropriada, sendo a institucionalização a alternativa. Sem menosprezar a importância de respostas sociais de institucionalização de qualidade quando é necessário/ desejado[12], é aqui que têm lugar as intervenções necessárias à manutenção das pessoas nos seus ecossistemas. Estas medidas são baseadas em quatro pilares: serviços integrados; habitação; transporte e ambiente físico.

Assistimos neste momento ao início de uma mudança importante nas configurações de LTC, que é a aposta nos cuidados integrados domiciliares, permitindo que a pessoa idosa se mantenha na sua comunidade. O desenvolvimento destes modelos de LTC ajuda a atrasar a institucionalização e as admissões/readmissões hospitalares, revelando altos níveis de satisfação tanto para os doentes e os seus familiares como para os profissionais de saúde. No entanto, são sobretudo os cuidados informais que têm facilitado o AiP. Mas se os níveis de cuidados prestados pelos familiares diminuírem - em parte consequentes das alterações na estrutura e funcionamento das famílias - muitas pessoas idosas terão de deixar as suas casas e ser institucionalizados, algo que implicaria um aumento da despesa associada (Kehusmaa, Autti-Rämö, Helenius & Rissanen, 2013).

Por ser cada vez mais urgente explorar as formas mais eficientes de atender às necessidades de habitação da população mais velha, a boa prática consiste em providenciar habitações adequadas ao envelhecimento, i.e., que vão ao encontro das suas preferências e do seu estado de saúde e das suas limitações. Além de condições habitacionais adequadas, as boas condições de habitabilidade, relativas à forma como os indivíduos vivem nas suas casas, assumem, igualmente, uma importância acrescida pela capacidade que têm de contribuir para uma melhor qualidade de vida, permitindo não apenas uma vida mais independente (mesmo com alguma deterioração das condições de saúde), mas também para prevenir doenças, reduzir a pobreza e atenuar os efeitos das mudanças nos padrões climáticos (protegendo do calor, do frio e dos eventos extremos). É desta forma que contribuem para comunidades resilientes (WHO, 2018; Abramsson & Andersson, 2015).

Por outro lado, habitações mal-adaptadas - ou em termos de estrutura, de segurança, do contexto ambiental, ou mesmo em termos de acessibilidade física e financeira - podem expor as pessoas idosas a vários riscos como lesões, *stress*, isolamento ou o aparecimento de doenças, por passarem a maior parte do tempo em casa (WHO, 2018). Isto leva à necessidade de modificações muito dispendiosas ou torna-se uma razão para mudar de residência. Mas, para esta mudança ocorrer, é necessário que existam outras opções de alojamento disponíveis. Além dis-

[12] Segundo a Carta Social, as respostas sociais dirigidas à população mais velha têm crescido nas últimas duas décadas. Embora os SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) constituam a resposta com maior crescimento, paradoxalmente, a taxa de utilização deste tem vindo a decrescer, sendo sempre mais elevada para as ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) (superior a 90%).

so, as pessoas mais velhas são muito mais relutantes à mudança, possivelmente devido a menor disposição e maior ligação ao seu *habitat,* sendo naturalmente mais dependentes dos serviços de proximidade (Abramsson & Andersson, 2015).

Em termos práticos, as recomendações de governança passam por proporcionar diversas opções de habitação adequada, tanto em termos de espaço, de segurança e de acessibilidades, como em termos da qualidade do ambiente nas dimensões do ruído, do ar e da água. Passa, também, por apoiar as pessoas mais velhas para que as suas escolhas sejam adequadamente informadas, assim como auxiliar a adaptação das habitações com soluções destinadas a proprietários e arrendatários. Embora a melhoria da habitação possa não estar no topo da agenda política, esta deve ser uma prioridade de saúde pública, considerando a sua capacidade de reduzir a necessidade de cuidados e de atenuar a aceleração das despesas. Este é mais um exemplo de como uma política social preventiva tem características de um investimento.

Acresce que, em Portugal, a política habitacional deveria assumir uma dimensão ainda mais relevante, considerando que o seu desenvolvimento, como um dos pilares do Estado Providência (*Welfare State*) em Portugal, foi tardio. O direito (social) à habitação só foi consagrado na Constituição de 1976 (Xerez, Rodrigues, Lima, & Cardoso, 2019). Associado a um lento crescimento económico, as respostas às necessidades de habitação (cada vez mais dependentes do mercado) não chegaram a evoluir e a solidificar-se no que respeita a adequação habitacional às necessidades familiares e à progressão da longevidade.

Além das condições habitacionais e de habitabilidade, a adaptação do ecossistema em que as pessoas envelhecem exige um olhar atento sobre os espaços públicos e os serviços de proximidade, dado que estes podem facilitar não apenas a mobilidade como a participação dos mais velhos. Tratam-se de focos interventivos que beneficiam toda a população, independentemente da faixa etária e condições de saúde, quer ao nível das organizações locais e serviços disponibilizados adequados às necessidades das pessoas ao longo da vida, quer em termos de características ambientais (por exemplo, transportes públicos, acessibilidade, tráfego, áreas verdes, segurança e iluminação, pavimento e mobiliário urbano) (Sutniko & Kurniawan, 2013). Estas medidas poderão ser capazes de orientar os comportamentos e estilos de vida, contactos intergeracionais e exercício da participação/cidadania. Satariano et al. (2010) apelam a uma concentração de esforços políticos e sociais, de diversas áreas disciplinares, no sentido de se detetarem lacunas e se adequarem os espaços às pessoas mais velhas, o que pode passar por simplificar o dia-a-dia e permitir a aplicação do conceito de *walkability*[13], com todos os efeitos positivos ao nível da saúde, que este permite (Cheong et al., 2016).

[13] Condições para realização do movimento simples e acessível "andar a pé", relacionado com a facilidade ou inadequação dos espaços e das estruturas, segurança e comodidade (Litman, 2004).

Reflexões finais

O conjunto de desafios apresentado neste *policy brief* tem implicações sobre como financiar as medidas de Política Social que foram elencadas e como repartir estes custos entre os envolvidos. O impacto do envelhecimento da população sobre as finanças públicas manisfestar-se-á de forma diferente consoante o tipo de despesa social em análise. Se no caso das pensões pagas pelo sistema público a proporção da população com 65 ou mais anos é um fator muito relevante, já o mesmo não pode dizer-se em relação à despesa pública com saúde ou mesmo com o LTC, i.e., os chamados cuidados de longa duração. É assim porque a reforma é um evento muito mais correlacionado com a idade do beneficiário do que a doença ou a necessidade de apoio à dependência (Cylus, Normand & Figueras, 2018). Simplesmente, cada vez mais, não existe uma idade a partir do qual uma pessoa mais velha começa a custar muito ao Estado, tanto em cuidados de saúde como sociais. É assim, porque apesar do processo de envelhecimento aumentar a suscetibilidade a doenças crónicas e episódios de agudização, necessitando de mais cuidados e, por sua vez, custarem mais, se as pessoas envelhecerem com boa saúde poderá adiar-se o tempo em que mais precisam de cuidados.

Vale a pena salientar que as pessoas mais velhas, se se mantiverem ativas e saudáveis, podem ainda contribuir económica e socialmente. A idade por si só não constitui um problema, nem determina automaticamente o aumento da despesa com saúde. O fator determinante é a fraca saúde, independentemente da idade. Acresce que muitas pessoas idosas, saudáveis, continuam a contribuir positivamente tanto para a economia como para a sociedade, trabalhando para além da idade legal de reforma. Embora não quantificado, o valor do trabalho não remunerado das pessoas mais velhas é considerável. Exemplo disso é a prestação de cuidados informais (Cylus, Normand & Figueras, 2018; WHO, 2015).

Neste *policy brief* foram analisados os múltiplos desafios que o envelhecimento demográfico já em curso começa a colocar, assim como as necessidades de intervenção social e os respetivos custos associados. Num futuro bem próximo, haverá que contar não só com o pagamento de pensões e de cuidados de saúde, mas também com uma variedade de iniciativas que terá de incluir: a disponibilização de cuidados de longa duração (que pelas suas características não devem ser providos em contexto hospitalar), a adaptação de todos os espaços – públicos e privados – às necessidades de uma população mais velha, a adequação das configurações do trabalho e ainda o investimento na aprendizagem ao longo da vida, num contexto de rápida evolução tecnológica onde, se por um lado a obsolescência é um risco, por outro, as sociedades precisam do contributo dos mais velhos. Este é o contexto onde se exigirá à Política Social respostas céleres e custo-eficientes com vista a aproveitar da melhor forma possível a boa nova que é vivermos até mais tarde.

Referências

Abramsson, A., & Andersson, E. (2015). Changing Preferences with Ageing – Housing Choices and Housing Plans of Older People, Housing. *Theory and Society*. Disponível em: https://doi.org/10.1080/14036096.2015.1104385

Akram, T. (2014). The Economics of Japan's Stagnation. *Business Economics* 49: 156. Disponível em: https://doi.org/10.1057/be.2014.19

Ayalona, L., Dolbergb, P., Mikulionien□c, S., Perek-Bia□asd, J., Rapolien□e, G., Stypinskaf, J., Willi□skag, M., & Fuente-Núñezh, V. (2019). A Systematic Review of Existing Ageism Scales. *Ageing Research Reviews, 54, 1009-19.*

Barbosa, C., Feio, P., Fernandes, A., & Thorslund, M. (2016). Governance Strategies to an Ageing Society – Local Role in Multi-Level Processes. *Journal of Comparative Politics*, 9(1), 4-18.

Barros, P. (1998). The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants. *Health Economics* 7(6), 533-544.

Bernhard, I. (2013). E-government and E-governance – Swedish Case Studies with Focus on the Local Level. KTH Architecture and the Built Environment. University West. Stockholm, Sweden. Disponível em: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:663249/FULLTEXT01.pdf

Biggs, S., Phillipson, C., Money, A-M., & Leach, R. (2006). The Age-Shift: Observations on Social Policy, Ageism and the Dynamics of the Adult Lifecourse. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 239–250.

Cheong, L., Bleish, S., Kealy, A., Tolhurst, K., Wilkening, T., & Duckham, M. (2016). Evaluating the Impact of Visualization of Wildfire Hazard Upon Decision-Making under Uncertainty. *International Journal of Geographical Information Science,* 30(7), 1377-1404.

Corte, J., & Verschuere, B. (2014). A Typology for the Relationship Between Local Governments and NPOS in Welfare State Regimes, The Belgian Case Revisited. *Public Management Review,* 16(7), 1011-1029.

Cylus,J., Normand, C., & Figueras, J. (2018). Will Population Ageing Spell the End of the Welfare State? A Review of Evidence and Policy Options. *The Economics of Healthy and Active Ageing Series.* European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization

Dalmer, N. K. (2019). A Logic of Choice: Problematizing the Documentary Reality of Canadian Aging In Place Policies. *Journal of Aging Studies*, 48, 40-49.

De La Maisonneuve, C., & Martins, J. O. (2013). Public Spending on Health and Long-Term Care: A New Set of Projections. A Going for Growth Report. *OECD Economic Policy Papers*, 6.

Fernandes, A. (2016). A Proteção Social na Velhice Estará em Risco? In, A. Fernandes, P. Albuquerque & A. Fonseca (Eds). *A (Re)forma das Reformas: Uma Análise Sociológica, Económica e Psicológica da Reforma e do Sistema de Pensões* (pp: 5-49). Lisboa: Almedina.

Haslam, C., Haslam, R., Clemes, S., Kazi, A., Duncan, M., Twumasi, R., & Kerr, L. (2012). Working Late: Strategies to Enhance Productive and Healthy Environments for the Older Workforce. *Proceedings of the Human Factors and*

Ergonomics Society 56th Annual Meeting, 56 (1), 140-143.
Healthy Ageing Project (2007). *Healthy Ageing: A Challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_26_frep_en.pdf
Heger, D., & Korfhage, T. (2018). Care choices in Europe: To Each According to His or Her Needs? *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1–16.
Disponível em: https://doi.org/10.1177/0046958018780848
Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). Informal Carers: Who Takes Care of Them? Policy Brief 4/2010. Vienna: European Centre.
Iversen, T.N., Larsen, L., & Solem, P.E. (2009). A Conceptual Analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61, 4.
Kalache, A., & Kickbush, I. (1997). A Global Strategy for Healthy Ageing. World Health Organization, 4, 4-5
Kapucu, N., Yuldashev, F., & Bakiev, E. (2009). Collaborative Public Management and Collaborative Governance: Conceptual Similarities and Differences. *European Journal of Economic and Political Studies*, 2(1), 39-60.
Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., & Rissanen, P. (2013). Does Informal Care Reduce Public Care Expenditure on Elderly Care? Estimates Based on Finland's Age Study. *BMC Health Services Research*, 13 (317). Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-317
Kuroda, T. (1978). The Demographic Transition in Japan. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology* 12 (pp. 451-457).
Lilly, M. B., Laporte, A., & Coyte, P. C. (2007). Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work. *Milbank Quarterly*, 85(4), 641– 690.
Litman, T. (2004). Economic Value of Walkability. *Transportation Research Board,* 10(1), 3-11.
Maton, K.I. (2008). Empowering Community Settings: Agents of Individual Development, Community Betterment, and Positive Social Change'. *American Journal of Community Psychology,* 41 (1/2), 4–21.
May, P., Garrido, M.M., Cassel, J.B., Kelley, A.S., Meier, D. E., Normand, C.; Smith, T. J., Stefanis, L., & Morrison, R.S. (2015). Prospective Cohort Study of Hospital Palliative Care Teams for Inpatients with Advanced Cancer: Earlier Consultation is Associated with Larger Cost-Saving Effect. *Journal of Clinical Oncology*, 33 (25), 2745–2752.
Meehan, E. (2003). From Government to Governance, Civic Participation and 'New Politics': The Context of Potential Opportunities for the Better Representation of Women. Centre for Advancement of Women in Politics School of Politics and International Studies, Queen's University Belfast, Occasional Paper No. 5.
Mollah, A. (2019). Governance. In S. Romaniuk et al. (Eds.), *The Palgrave Encyclopedia of Global Security Studies*. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-319-74336-3_578-1

Moore, P. V., Bennett, K., Normand, C. (2017). Counting the Time Lived, The Time Left or Illness? Age, Proximity to Death, Morbidity and Prescribing Expenditures. *Social Science and Medicine*, 184, 1–14.

OECD. (2018). *Accounting and Mapping of Long-term Care Expenditure Under SHA 2011*, Paris: OECD Health Division

Ozanne, E., Biggs, S., & Kurowski, M. S. W. (2014). Competing Frameworks in Planning for the Aged in the Growth Corridors of Melbourne. *Journal of Aging & Social Policy,* 26(1-2), 147-165.

Polder, J.J., Barendregt, J.J., & van Oers, H. (2006). Health Care Costs in the Last Year of Life – The Dutch Experience. *Social Science and Medicine*, 63(7), 1720–1731.

Poscia, A., Moscato, U., Milia, D., Milovanovic, S., Stojanovic, J., Borghini, A., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2016). Workplace Health Promotion for Older Workers: A Systematic Literature Review. *BMC Health Services Research*, 16 (Suppl 5) (329), 415-428.

Popovi, K., & Koulaouzides, G. (2017). Critical Thinking, Empowerment & Lifelong Learning Policy. In G. Koulaouzides & K. Popovi (Eds). *Adult Education and Lifelong Learning in Southeastern Europe A Critical View of Policy and Practice*. International Issues in Adult Education (pp: 1-16). Rotterdam: Sense Publishers.

Salsberg E., & Quigley, L. (2016). *Achieving Sustainable and Appropriately-Trained Health and Social Care Workers for Ageing Populations*. Policy Brief. Hight-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. World Health Organization.

Satariano, W., Ivey, S.L., Kurtovich, E., Kealey, M., Hubbard, A., Bayles, C. M., Bryant, L.L., Hunter, R.H., & Prohaska, T. R. (2010). Lower-Body Function, Neighborhoods,and Walking in an Older Population. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(4), 419–428.

Snopkowski, K., & Kaplan, H. (2018). Demographic Transition. *The International Encyclopedia of Anthropology*, H. Callan (Ed.) Disponível em: https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1932

Swift, H., Abrams, D., Lamont, R., & Drury, L. (2017). The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes Toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Social Issues and Policy Review*, 11 (1), 195–231.

Timmermann, S. (2012). To "Age in Place" or Not... That Is the Question. *Journal of Financial Service Professionals*, 66(1), 24–26.

Vyasamoorthy, P. (2018). Lifelong Learning for the Elderly. Paper based on a presentation made at18th AISCCON National Conference, Hyderabad 29th-30th Nov 2018

Walker, A. (2017). Why the UK Needs a Social Policy on Ageing. *Journal of Social Policy*, 1 – 21. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S0047279417000320

WHO (2015). World Report on Ageing and Health. Luxembourg: World Health Organization.

WHO (2018). WHO Housing and Health Guidelines. Geneva: World Health Organization.

World Bank. (1992). Governance and Development. Washington, DC: World Bank.

Xerez, R., Rodrigues, P. G., Lima, J. M., & Cardoso, F. D. (2019). Shifting From a Homeowner Society to a Rental Market? Over a Decade of Housing Policy in Portugal, 2007-2017. In E. Bargelli, T. Heitkamp, H. Simón-Moreno and C. Varela (Eds.). *Housing Policy and Tenure Types in the 21st Century: A Southern European Perspective* (pp: 13-52). Pisa: Pisa University Press.

Zito, A. T. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies*, 53(3), 477-496.

Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring? *Health Economics*, 8(6), 485–496.