

GABRIELA MARGARIDA CORTÊS VIEIRA

**IMPACTO DO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA
DOMICILIÁRIA DO MUNICÍPIO DE FARO
NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

GABRIELA MARGARIDA CORTÊS VIEIRA

**IMPACTO DO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA
DOMICILIÁRIA DO MUNICÍPIO DE FARO
NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS**

Dissertação

Mestrado em Sociologia

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof. Doutor José de São José



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE ECONOMIA

2022

**IMPACTO DO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA
DOMICILIÁRIA DO MUNICÍPIO DE FARO NA QUALIDADE DE
VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS**

Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Gabriela Margarida Cortês Vieira

© **Copyright:** (*Gabriela Margarida Cortês Vieira*)

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

*Para a minha mãe, padrasto, irmãos, namorado
e a todas as pessoas mais velhas.....*

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de começar por dar um especial agradecimento à minha mãe por me ter motivado e dado a possibilidade de chegar a esta fase da minha vida, estando sempre disponível para me dar o ombro nos momentos de maior insegurança. Aos meus irmãos (Daniela, Micaela e Joel) e namorado, um grande obrigado por estarem sempre lá a dar-me a mão, incentivando-me a dar o melhor de mim e a não desistir.

Um agradecimento “saboroso” a mim mesma, por me ter permitido ouvir os que me são próximos, acreditar que sou capaz de alcançar os meus objetivos e, sobretudo, enfrentar obstáculos. Obrigada a mim, por me ter permitido chegar aqui e por ter agarrado com todas as forças esta oportunidade.

Gostaria de agradecer à Faculdade de Economia, da Universidade do Algarve, pela Bolsa de Mérito que me suportou as propinas durante os dois anos consecutivos do 2º ciclo de estudos do meu Mestrado em Sociologia, bem como a todos os meus professores que, ao longo de todo o meu percurso académico, me ensinaram os conhecimentos que me permitiram chegar a esta fase da minha vida, dando as principais ferramentas para desenvolver a investigação levada a cabo.

Quero agradecer sobretudo ao meu orientador, o Prof. Dr. José Manuel Sousa de São José, pela sua constante e significativa supervisão, mas também pelas suas pertinentes sugestões e encorajamento ao longo do trabalho desenvolvido. Agradecer também à responsável pelo Gabinete de Apoio ao Idoso, do Município de Faro, bem como ao responsável comercial e operacional da empresa “*Helpphone Portugal*”, que se disponibilizaram a facultar informações relevantes para o desenvolvimento e solidificação da estudo desenvolvido, relacionadas com o serviço de teleassistência.

Obrigada a todos os envolventes que permitiram, direta ou indiretamente, o desenvolvimento da minha dissertação, sobretudo aos beneficiários do serviço de teleassistência que aceitaram participar neste estudo.

Saber para prever, a fim de poder (Auguste Comte)

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Sociologia, a presente dissertação consiste no trabalho final para a obtenção do grau de mestre. Sendo que as tecnologias de apoio têm vindo a ser cada vez mais adotadas para permitir que os adultos mais velhos permaneçam e envelheçam nas suas comunidades/habitações, pelo máximo de tempo possível e em segurança, e existindo um interesse pessoal sobre a temática do envelhecimento, associado à qualidade de vida, o estudo levado a cabo teve como principal objetivo compreender as avaliações dos utilizadores (com 65 ou mais anos) sobre o serviço de teleassistência do município de Faro, bem como as perspetivas dos mesmos sobre o impacto do serviço na qualidade das suas vidas. Para a concretização dos objetivos do estudo, optou-se por uma Abordagem Qualitativa Genérica, que consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas a 21 beneficiários do serviço em análise, residentes em Faro, com 65 ou mais anos, que correspondeu a uma amostra de 30,9% da população-alvo. Os resultados obtidos permitem discutir os potenciais benefícios dos serviços de teleassistência, assim como as suas limitações, que deverão ser tidos em consideração pelos decisores políticos e profissionais com intervenção no terreno, numa ótica de promoção da qualidade de vida dos seus utilizadores.

Palavras-chave: tecnologias de apoio, envelhecimento ativo, qualidade de vida, pessoas mais velhas, envelhecer em casa/na comunidade.

ABSTRACT

This dissertation is the final work for obtaining the Master's degree. As assistive technologies have been increasingly adopted to allow older adults to remain and age in their communities/ dwellings for as long as possible and in safety, and as there is a personal interest in the topic of ageing, associated with quality of life, the study carried out had as its main objective to understand the assessments of users (aged 65 or older) about the telecare service of the Municipality of Faro, as well as their perspectives on the impact of the service on the quality of their lives. To achieve the objectives of the study, it was decided to use a General Qualitative Approach, which consisted of semi-structured interviews with 21 beneficiaries of the service under analysis, residents of Faro, aged 65 or older, which corresponded to a sample of 30.9% of the target population. The results obtained allow for discussing the potential benefits of telecare services, as well as their limitations, which should be taken into account by policymakers and professionals working in the field, with a view to promoting the quality of life of its users.

Keywords: assistive technologies, active aging, quality of life, older people, ageing in place

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO	8
1.1. Envelhecimento e Velhice	9
1.1.1. Envelhecimento Populacional: revolução demográfica.....	9
1.1.2. Envelhecimento Individual, Reforma e Velhice	14
1.1.2.1. Fragmentação das fases mais avançadas da vida	16
1.2. Políticas Sociais de Velhice	18
1.2.1. Envelhecimento Ativo.....	22
1.2.1.1. De que falamos quando falamos de envelhecimento ativo?.....	22
1.2.2. Envelhecer em casa/na comunidade	26
1.3. Sociedade em Rede, Literacia Digital e Desigualdades Sociais.....	31
1.3.1. Sociedade em Rede	31
1.3.2. Literacia digital	34
1.3.3. Literacia Digital da População Idosa e Divisão Digital	36
CAPÍTULO 2 – EXPLORAÇÃO	40
2.1. As tecnologias nas fases mais avançadas da vida: modelos	
teóricos/conceptuais	41
2.2. Tecnologias de necessidades especiais para pessoas mais velhas.....	46
2.3. Experiência das pessoas mais velhas no uso de tecnologia de necessidades especiais	50
2.3.1. Fatores intervenientes na aceitação e uso de Tecnologias	50
2.3.2. Eficácia das tecnologia de necessidades especiais	53
2.3.3. Falhas/ Limitações das tecnologia de necessidades especiais	54
2.4. Entrevistas exploratórias	54

2.4.1.	Serviço de teleassistência domiciliária do município de Faro	55
2.4.1.1.	Entrevista com a responsável pelo Gabinete do Apoio ao Idoso (GAI).....	55
2.4.1.2.	Entrevista com o responsável da empresa do serviço de teleassistência.....	59
2.4.1.3.	Entrevistas a alguns beneficiários do serviço de teleassistência.....	61

CAPÍTULO 3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLOGIA 63

3.1.	Perguntas de Investigação e Conceitos Centrais	64
3.1.1.	Orientação teórica/conceptual.....	64
3.2.	Método de investigação.....	66
3.2.1.	Técnicas de recolha de dados.....	68
3.2.2.	Amostra	68
3.2.2.1.	Critérios de Seleção, Técnicas e Processo de Amostragem.....	68
3.2.3.	Técnicas de análise dos dados.....	69

CAPÍTULO 4 –RESULTADOS..... 70

4.1.	Apresentação dos Resultados.....	71
4.1.1.	Composição e Caracterização da Amostra	71
4.1.2.	Transição para o serviço de teleassistência e seu uso.....	76
4.1.2.1.	Surgimento do serviço de teleassistência na vida dos seus utilizadores e tempo de uso.....	76
4.1.2.2.	Facilidade de utilização, utilização por iniciativa própria ou por iniciativa do serviço, e Tipo de utilização.....	78
4.1.2.3.	Propósito da utilização.....	80
4.1.3.	Benefícios da teleassistência, contributos para a qualidade de vida e aspetos a melhorar.....	82
4.1.3.1.	Benefícios.....	82
4.1.3.2.	Contribuição do serviço para a melhoria da qualidade de vida	85
4.1.3.3.	Aspetos a melhorar e satisfação com o serviço	88
4.2.	Discussão dos Resultados	90

CONCLUSÕES.....	93
LIMITAÇÕES DO ESTUDO E LINHAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS ...	98
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	114
ANEXOS	147

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO 1.

Figura 1.1. Distribuição percentual da população residente por grandes grupos etários, Portugal e NUTS II, 2020	9
Figura 1.2. População Residente por grandes grupos etários (milhares), Portugal, 1991-2019 (estimativas) e 2020-2080 (projeções).....	11
Figura 1.3. Pirâmides etárias, Portugal, 2019 (estimativas) e 2080 (projeções)	11
Figura 1.4. Determinantes do Envelhecimento Ativo	25
Figura 1.5. Evolução do número das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas Continente – 2000-2020	28
Figura 1.6. Unidade Residencial Madre Maria Clara em Outurela Arquitectura: CVDB arquitectos Conclusão da construção: 2007.....	29
Figura 1.7. Condomínio Residencial Domus Clube Junqueira, Lisboa. Arquitectura: Frederico Valsassina arquitectos. Conclusão da construção: 2004.....	29
Figura 1.8. Serviços de Internet utilizados para fins privados nos últimos três meses, 2007	38

CAPÍTULO 2.

Figura 2.1. Teoria da estruturação forte incorporando uma dimensão tecnológica	43
Figura 2.2. Modelo Teórico de Adoção e Uso de Tecnologia por pessoas mais velhas	45
Figura 2.3. Aparelhos de teleassistência da Helpphone (associados ao telemóvel e fixo).....	56

CAPÍTULO 3.

Figura 3.1. Modelo Interativo de Desenho de Investigação.....	67
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

CAPÍTULO 1.

Tabela 1.1. Estrutura etária da população residente por grandes grupos etários, Portugal e NUTS III, 2020 (%).....	10
Tabela 1.2. Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, 1999 e 2020, Portugal e NUTS II (milhares)	13
Tabela 1.3. Utilizadores de Internet, por grupo etário (%), 2011 e 2021	39
Tabela 1.4. Utilizadores de Internet, por nível de escolaridade (%), 2011-2021	39

CAPÍTULO 2.

Tabela 2.1. Tecnologias de apoio para pessoas mais velhas	46
Tabela 2.2. Objetivos e questões da entrevista exploratória realizada à responsável pelo GAI	55
Tabela 2.3. Objetivos e questões da entrevista exploratória realizada ao responsável do serviço de teleassistência	59

CAPÍTULO 4.

Tabela 4.1. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados.....	71
Tabela 4.2. Categorias e Dimensões dos problemas de saúde identificados	73
Tabela 4.3. Tipologia de padrões de utilização	82

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviação	Termo
EA	Envelhecimento Ativo
AiP	Ageing in Place
ERPI	Estruturas residenciais para pessoas idosas
SAD	Serviços de apoio domiciliário
RNCCI	Rede nacional de cuidados continuados integrados
AVD	Atividades de Vida Diárias
QDV	Qualidade de Vida
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TA	Tecnologia de Assistência
TAE	Tecnologia de Assistência Eletrónica
GAI	Gabinete de Apoio ao Idoso
UE	União Europeia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
UNECE	Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa
INE	Instituto Nacional de Estatística
PORDATA	Base de Dados Sobre Portugal e Europa
GNR	Guarda Nacional Republicana
PSP	Polícia de Segurança Pública
GPS	Sistema de navegação por satélite

INTRODUÇÃO

As alterações na composição por grupos etários da população residente em Portugal revelam o envelhecimento da população nos últimos anos, como também se tem vindo a observar na maioria dos países desenvolvidos. Como resultado da queda da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida à nascença nos últimos anos, em Portugal, observou-se, segundo o *European Parliamentary Technology Assesment Report* (Gil et al., 2019), uma queda na população jovem (0 a 14 anos) e na população em idade ativa (15 a 64 anos), a par de um aumento da população idosa (65 e mais anos). De acordo com dados do portal da PORDATA, em 2021, 2.435.388 de pessoas, isto é, 23,5% da população portuguesa, tinha 65 anos ou mais anos.

A proporção de pessoas mais velhas na população tem vindo a crescer e acredita-se que esta tendência se mantenha. De acordo com projeções nacionais, em 2030, espera-se que a população idosa represente, aproximadamente, 26% da população portuguesa, aumentando para 29% em 2060 (Gil et al., 2019). O número de pessoas com mais de 80 anos irá mais do que duplicar entre 2015 e 2060, e é expectável que aumente de 614 000 para 1 421 000 pessoas (Gil et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017), mais de 20% dos adultos com idade igual ou superior a 60 anos sofre de perturbações mentais ou neurológicas. As perturbações mentais e neurológicas mais comuns neste grupo etário são a demência e a depressão, que afetam aproximadamente 5% e 7% da população mundial mais velha, respetivamente (WHO, 2017). As perturbações de ansiedade afetam 3,8% dos adultos mais velhos, os problemas de uso de substâncias afetam quase 1%, e cerca de um quarto das mortes por automutilação estão entre as pessoas com 60 ou mais anos. Os problemas de abuso de substâncias entre pessoas mais velhas são frequentemente ignorados ou mal diagnosticados (WHO, 2017). Além disso, os problemas de saúde mental são sub-identificados pelos profissionais de saúde e pelas próprias pessoas mais velhas, e o estigma que envolve estas condições torna as pessoas relutantes em procurar ajuda (WHO, 2017).

A solidão é comum entre as pessoas mais velhas e está intimamente associada à degradação da qualidade de vida e ao declínio cognitivo (Tilvis et al., 2000; Peek et al., 2014); à fraca preocupação (e prevenção) com a saúde (Tijhuis et al., 1999); à incapacidade (Peek et al., 2014; Bisschop et al., 2003); à maior utilização dos serviços de saúde e sociais, e/ou aumento da mortalidade (Shiovitz & Ayalon, 2009; Holt-Lunstad, Smith, e Layton, 2010; Song et al., 2019). De referir que a solidão tem vindo a ser definida como uma experiência subjetiva de falta de satisfação com as relações humanas (Anderson, 1998; Khosravi et al.,

2016). Os adultos mais velhos podem ser particularmente vulneráveis à solidão devido a perdas, como a entrada na reforma, morte do cônjuge (muitas vezes a principal fonte de apoio e companhia), familiares e amigos, sendo mais provável que residam sozinhos e com menos relações de confiança (Victor & Bowling, 2012; Khosravi et al., 2016; Song et al, 2019).

As mudanças cognitivas, sensoriais e físicas, associadas à saúde mental e física, sentidas ao longo da vida do indivíduo, sugerem diferenças entre os adultos jovens e os mais velhos na capacidade em processar a informação (McCreadie & Tinker, 2005). Esta evidência, pode levar a uma diminuição no desempenho da comunicação em adultos mais velhos, do qual, resulta, normalmente, na diminuição das suas interações sociais, bem como na diminuição da sua saúde mental (Antunes et al., 2018).

De salientar que parece existir um grande desejo de envelhecer em casa/na comunidade (*aging in place*). No entanto, à medida que o processo de envelhecimento faz diminuir a funcionalidade e piorar o estado de saúde, os aspetos físicos de viver de modo independente podem criar algumas barreiras (Peek, et al., 2014; Karlsen, et al., 2017). O desejo de viver e envelhecer de modo independente é influenciado por fatores tais como o estado de saúde, idade e sexo (Sixsmith, A., & Sixsmith, J., 2008).

O envelhecimento em casa (*aging in place*) depende também dos apoios ao dispor das pessoas mais velhas, não só formais (prestados por instituições), mas também informais. Contudo, ambos os apoios estão, atualmente, sob fortes pressões, o que dificulta o desígnio do envelhecimento em casa (Gil, 2022). Por exemplo, no que diz respeito aos cuidados informais, mudanças registadas no mundo ocidental, tais como a diminuição da coabitação dos mais velhos com filhos adultos, o aumento de famílias unipessoais constituídas por pessoas mais velhas e a elevada participação feminina no mercado de trabalho, contribuem para uma diminuição do número de potenciais cuidadores informais das pessoas mais velhas (Gil, 2022).

Neste contexto, as tecnologias de apoio ou tecnologias de assistência (TA) (*Assistive Technology*), tem sido proposta como uma facilitadora da permanência dos mais velhos nas suas próprias casas e de participação na sociedade, durante o máximo de tempo possível (Pressler e Ferraro, 2010; Khosravi & Ghapanchi, 2016).

A expansão das TA decorre do enorme desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), que são hoje ferramentas importantes para os indivíduos/atores sociais se manterem “ligados” ao mundo. Com o advento da tecnologia móvel, a definição da comunicação e dos meios de interação social têm vindo a mudar

radicalmente (Shane, et al., 2011). Contudo, este avanço leva à distinção e exclusão de elementos da população, como pessoas com deficiência e os adultos mais velhos, que têm mais dificuldade em acompanhar estes novos avanços (Antunes et al., 2018).

De referir que, de acordo com Damant et al. (2017), tem-se vindo a afirmar cada vez mais que a qualidade de vida (QdV) das pessoas mais velhas melhora quando estas adotam as TIC tais como a Internet, telemóveis e/ou computadores. Pressupostos semelhantes são feitos sobre a utilização de cuidados baseados nas TIC por pessoas mais velhas, tais como os telecuidados/ teleassistência e a telesaúde (Karlsen et al., 2017). Os sistemas de teleassistência podem promover o envelhecimento em segurança na própria casa. No entanto, as experiências da utilização desta modalidade de cuidados são diversas, mostrando claramente que as necessidades individuais são diferentes (Karlsen et al., 2017).

De notar que, as TA referem-se a qualquer produto, equipamento e sistema que melhora a aprendizagem, o trabalho e a vida quotidiana das pessoas com incapacidades (ATIA, 2017), sendo adaptadas ou especialmente concebidas para melhorar as funcionalidades das mesmas (Song et al., 2019). Existem vários tipos de TA, desde uma simples cadeira de rodas a um robô inteligente (Song et al., 2019). Já a comunicação, seria aqui entendida como uma área coberta pela tecnologia de assistência, através de soluções acessíveis para superar dificuldades sentidas no dia-a-dia, permitindo a inclusão e uma vida independente (Silva et al., 2017). O desenvolvimento da mobilidade e da comunicação influenciam o processo de desenvolvimento do indivíduo e, para aumentar a sua competência, pode-se promover este processo utilizando dispositivos de comunicação aumentativa e alternativa (AAC) e dispositivos auxiliares que facilitam a relação com o ambiente em determinadas tarefas, tais como abordagens que podem ajudar a reforçar as relações de confiança e a ultrapassar barreiras na aprendizagem (Silva et al., 2017).

De referir que, existe ainda as tecnologias de assistência eletrónica (TAE), que consistem num subconjunto de uma gama mais vasta de produtos e serviços de TA, capazes de capacitar os indivíduos com incapacidade (Song et al., 2019). As TAEs têm sido amplamente utilizadas para ajudar as pessoas em reabilitação, cuidados a pessoas com demência, etc. Estas incluem serviços como teleassistência, aparelhos de monitorização, e assistências domiciliárias. Algumas das TAEs têm vindo a ser desenvolvidas como sistemas de produto-serviço, tais como o sistema de resposta a emergências pessoais, do qual um serviço pode ser acionado por um adulto mais velho em caso de emergência, devido a uma queda, por exemplo (Song et al., 2019).

Acredita-se que as tecnologias podem fornecer uma solução para alguns dos desafios enfrentados pelos indivíduos em idades mais avançadas. Particularmente, nos últimos tempos, muito esforço tem sido investido no desenvolvimento de tecnologias de apoio para um envelhecimento independente (Peek et al., 2014).

Com a população cada vez mais envelhecida, várias investigações têm vindo a ser feitas sobre as tecnologias de apoio/de assistência para as pessoas mais velhas, de modo a melhorar o seu bem-estar, permitindo um envelhecimento mais independente e em melhor qualidade. Algumas centram-se na descrição do uso das tecnologias de apoio/assistência (Antunes et al., 2018), outras na aceitação das tecnologias eletrónicas de apoio às pessoas mais velhas (Peek et al., 2014) ou nas experiências dos adultos mais velhos com a utilização de teleassistência nos serviços de cuidados ao domicílio (Karlsen et al., 2017), e ainda, o impacto das TIC no isolamento social dos adultos mais velhos (Khosravi et al., 2016), na sua qualidade de vida (Damant et al., 2017) e no apoio às pessoas mais velhas (Khosravi & Ghapanchi, 2016).

Contudo, várias das revisões sistemáticas revistas, indicam algumas limitações, tais como, a existência de poucos estudos sobre a eficácia das tecnologias de apoio junto dos adultos mais velhos (Khosravi & Ghapanchi, 2016); existência de poucos estudos qualitativos sobre as experiências e perspetivas dos utilizadores (Karlsen et al., 2017; Khosravi et al., 2016); necessidade de explorar os fatores de influência em múltiplas fases de utilização das tecnologias de assistência (Peek et al., 2014); necessidade de explorar, com mais profundidade, quais os fatores essenciais que são influentes para explicar a aceitação de múltiplos tipos de tecnologia (Peek et al., 2014), e ainda a necessidade de estudos que acompanhem e explorem o uso de tecnologia em tempo real (Karlsen et al., 2017). Além disto, o tema do envolvimento das pessoas mais velhas com a sociedade digital permanece largamente pouco pesquisado, existindo igualmente uma necessidade de mais atenção ao desenvolvimento de instrumentos de investigação adequados, e à inclusão dos adultos mais velhos que não utilizam as TIC, de modo a se poder fazer uma comparação da qualidade de vida entre os adultos mais velhos que as utilizam e os que não as utilizam (Damant et al., 2017).

Dito isto, o presente trabalho tem como principal objetivo compreender a avaliação do serviço de teleassistência da Câmara Municipal de Faro, realizada pelos seus beneficiários mais velhos (65 ou mais anos de idade), bem como as perspetivas dos mesmos sobre o impacto deste serviço na qualidade das suas vidas. Este aspeto é particularmente

relevante, uma vez que a evidência empírica sobre a eficácia das tecnologias de apoio na promoção da qualidade de vida dos seus utilizadores é inconclusiva.

Importa clarificar que não se procura realizar uma avaliação de impacto tradicional, em que se procura avaliar “a relação causal entre as ações de uma determinada intervenção e as alterações provocadas por estas nos indicadores e nos comportamentos dos beneficiários finais” (Amaral, 2013: 6). Procura-se, melhor clarificando, fazer uma avaliação geral do serviço de teleassistência do município de Faro e do seu contributo para a melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores, a partir das perspetivas destes últimos, mais especificamente dos que têm 65 ou mais anos de idade.

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos: contextualização (1), exploração (2), enquadramento teórico e metodologia (3) e resultados (4).

No primeiro capítulo apresenta-se uma contextualização dos conceitos¹-chave e sua definição, tais como o envelhecimento e os seus tipos, a velhice e como esta tem vindo a ser vista pela sociedade, políticas sociais de velhice, envelhecimento ativo e “*ageing in place*”, literacia digital e divisão digital, recorrendo, em alguns momentos, a dados estatísticos secundários. Neste capítulo é ainda mobilizada a “Sociedade em rede” de Manuel Castells (2007).

O segundo capítulo remete para a “exploração”, e, portanto, para a revisão de literatura, que consistiu na leitura de artigos e documentos anteriores, de modo a se obter conhecimento do que já existe sobre o tema e em explicitar o que aproxima e/ou distingue o presente estudo dessas correntes de pensamento. Além disso, este capítulo, recai também nas entrevistas exploratórias realizadas, que permitiram contextualizar o fenómeno em análise, mas também em identificar possíveis aspetos que pudessem complementar e reforçar o estudo a ser desenvolvido.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1995:50):

Quando um investigador inicia um trabalho, é pouco provável que o assunto tratado nunca tenha sido abordado por outra pessoa, pelo menos em parte ou de forma indireta... Todo o trabalho de investigação se inscreve num *continuum* e pode ser situado dentro de, ou em relação a, correntes de pensamento que o precedem e influenciam.

¹ “imagens mentais, formadas a partir da realidade... Servem para ligar o pensamento abstrato e a experiência sensorial, dado que eles resumem e definem as observações” (Fortin, 1999: 43).

Após a exploração, segue-se para o terceiro capítulo, do qual diz respeito ao Enquadramento teórico e Metodologia que, de modo a sistematizar e aprofundar o trabalho a desenvolver, consistirá no método de investigação, mais precisamente nos métodos e técnicas de recolha, tratamento e análise dos dados, bem como nos critérios de seleção da amostra, tipo de amostragem, apresentação das perguntas de investigação e clarificação dos conceitos e dimensões de análise. Além de ser preciso saber que tipos de dados deverão ser recolhidos, dever-se-á saber também a população-alvo e saber que ferramentas mobilizar para a observação e recolha de dados (Quivy e Campenhoudt, 1995)

De seguida, passar-se-á para o quarto capítulo, onde se apresentar-se-á os resultados obtidos, com recurso a alguns testemunhos dos entrevistados, e a sua discussão, auxiliada por alguns dos autores mobilizados. Por fim, passar-se-á para as conclusões do estudo, e de seguida, para a sua credibilidade, limitações e linhas futuras de investigação.

Importa referir que, no decorrer da presente dissertação, procurou-se evitar expressões como “idoso/idosos”, “idade idosa” ou “pessoas idosas”, sendo substituídas por “adultos mais velhos”, “idades mais avançadas” e/ou “pessoas mais velhas” e, portanto, por conceitos atualmente usados e aceites pelos gerontologistas e sociólogos (Settersen, 2011). Esta substituição, reflete uma noção crescente de que a idade é algo que pode ser desafiado ou transcendido, bem como a ênfase inerente entre os gerontologistas e a sociedade no envelhecimento bem-sucedido e nas imagens positivas do envelhecimento (Settersen, 2011). Quando usadas expressões como “pessoas idosas” e “idosos”, de modo a realçar as expressões usadas pelas várias entidades, autores, e os próprios participantes do estudo, estas serão usadas com aspas, ou em citações diretas.

CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. Envelhecimento e Velhice

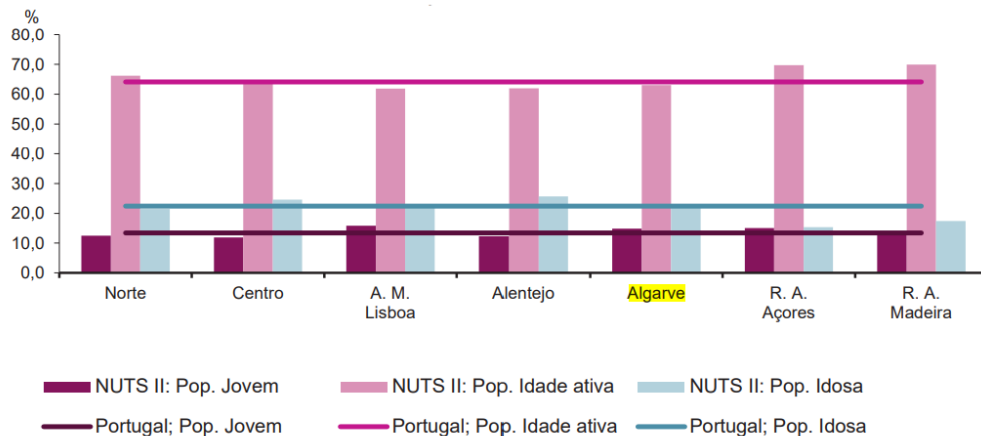
1.1.1. Envelhecimento Populacional: revolução demográfica

O Envelhecimento Populacional/demográfico remete para as alterações da estrutura etária de uma população, através do aumento da importância relativa dos indivíduos mais velhos – “envelhecimento no topo” ou da diminuição da importância relativa dos indivíduos mais jovens (“envelhecimento na base”) (Rosa, 1992:5), e, portanto, da diminuição das gerações mais jovens e do aumento das gerações mais velhas.

Em todos os países, tem-se vindo a verificar um aumento significativo da proporção de pessoas com 60 ou mais anos que ultrapassa todos os outros grupos etários (OMS, 2005; Fonseca, 2018; Bárrios, et al., 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), em 2050, existirá no mundo um total de 2 biliões de indivíduos com mais de 60 anos (80% nos países desenvolvidos). Neste sentido, estamos perante um envelhecimento da população que tenderá a persistir.

De acordo com os dados facultados pelo INE (Estatísticas Demográficas, 2020), em 2020, a população residente em Portugal correspondia a um valor de 10 298 252 pessoas (10,3 milhões), sendo 4 858 749 do sexo masculino e 5 439 503 do sexo feminino, o que corresponde a um aumento de 2 343 habitantes, desde 2019. Quanto aos grupos etários, esta é composta por 13,4% de jovens, 64,1% de pessoas em idade ativa e 22,4% de pessoas mais velhas, isto é, com 65 ou mais anos (2 309 648). Nesse mesmo ano, como observável na figura 1.1, a região Centro detinha a menor percentagem de jovens (11,9%) e o Alentejo a maior percentagem de “idosos” (25,7%).

Figura 1.1. Distribuição percentual da população residente por grandes grupos etários, Portugal e NUTS II, 2020



Fonte: Estatísticas Demográficas (2020).

Entre os anos 2015 e 2020, observou-se um decréscimo do número (nº) de jovens (de 14,1% para 13,4%) e da população ativa (de 65,2% para 64,1%), e um aumento do nº de “idosos” (de 20,7% para 22,4%) (Estatísticas Demográficas, 2020). Estas tendências são transversais a todas as regiões de Portugal (anexo 1).

Como observável na tabela 1.1., no que diz respeito à estrutura etária da população residente por grandes grupos etários (Portugal e NUTS III - Algarve), no ano de 2020, o município algarvio que apresentou a maior proporção de “idosos” foi Alcoutim (46,9%), estando de seguida Monchique (34,6%) e Castro Marim (29,9%), respetivamente. Por seu lado, o que apresentou uma menor proporção de pessoas mais velhas foi Albufeira (17,5%), estando de seguida Portimão (21,3%) e Olhão (21,6%). Quanto à maior proporção de jovens, Albufeira e Portimão (15,3%) foram os municípios que mais se destacaram em 2020, estando logo de seguida Olhão (14,9%). Já Alcoutim (6,7%) Monchique (10,0%) e Castro Marim (11,1%) foram os municípios com uma menor proporção de jovens nesse mesmo ano. No que diz respeito à população ativa, Albufeira foi a que apresentou um maior nº de pessoas em idade ativa, assumindo uma percentagem de 67,2%, enquanto Alcoutim (46,4%) foi o município que apresentou o valor mais baixo de pessoas em idade ativa.

Tabela 1.1. Estrutura etária da população residente por grandes grupos etários, Portugal e NUTS III, 2020 (%)

Territórios		Grandes grupos etários		
Âmbito Geográfico		0-14	15-64	65 ou mais
NUTS 2013	Portugal	13,4	64,1	22,4
NUTS III	Algarve	⊥ 14,2	⊥ 63,0	⊥ 22,8
Município	Albufeira	⊥ 15,3	⊥ 67,2	⊥ 17,5
Município	Alcoutim	⊥ 6,7	⊥ 46,4	⊥ 46,9
Município	Aljezur	⊥ 12,8	⊥ 58,5	⊥ 28,7
Município	Castro Marim	⊥ 11,1	⊥ 58,9	⊥ 29,9
Município	Faro	⊥ 14,6	⊥ 63,5	⊥ 22,0
Município	Lagoa	⊥ 14,0	⊥ 63,8	⊥ 22,2
Município	Lagos	⊥ 13,7	⊥ 63,3	⊥ 23,1
Município	Loulé	⊥ 14,3	⊥ 63,4	⊥ 22,3
Município	Monchique	⊥ 10,0	⊥ 55,4	⊥ 34,6
Município	Olhão	⊥ 14,9	⊥ 63,5	⊥ 21,6
Município	Portimão	⊥ 15,3	⊥ 63,4	⊥ 21,3
Município	São Brás de Alportel	⊥ 13,7	⊥ 62,1	⊥ 24,2
Município	Silves	⊥ 13,7	⊥ 62,0	⊥ 24,3
Município	Tavira	⊥ 12,3	⊥ 59,8	⊥ 27,9
Município	Vila do Bispo	⊥ 12,5	⊥ 60,4	⊥ 27,1
Município	Vila Real de Santo António	⊥ 14,1	⊥ 61,7	⊥ 24,2

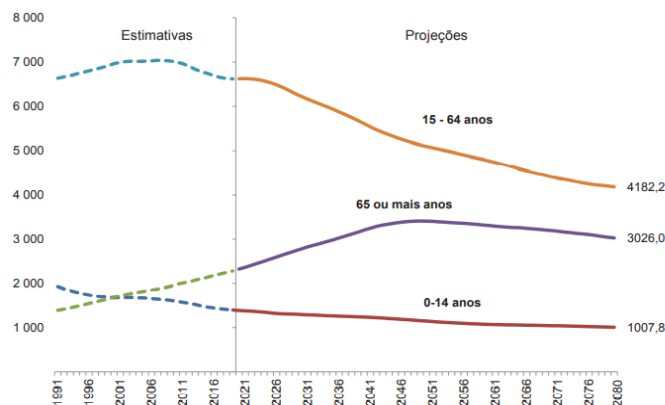
Legenda: ⊥ - representa uma quebra de série, que corresponde a Alterações metodológicas no que respeita ao plano de amostragem: a recolha da informação relativa aos agregados domésticos privados passou a ocorrer uma vez durante o ano ou de dois em dois anos, recorrendo a uma estratégia de subamostragem.

Fonte de dados: adaptado do INE, Pordata (2022a).

Neste sentido, através da tabela 1.1, é possível evidenciar que Albufeira, Portimão e Olhão são os municípios que apresentam uma estrutura demográfica mais jovem, uma vez que possuem uma maior proporção de jovens e pessoas em idade ativa, bem como uma menor proporção de pessoas mais velhas, comparativamente com os restantes municípios. No polo oposto, encontram-se os municípios de Alcoutim e Monchique, com uma proporção mais baixa de jovens dos 0-14 anos (6,7% e 10%, respetivamente) e dos 15-64 anos (46,4% e 55,4%, respetivamente), e uma maior proporção de pessoas mais velhas (46,9% e 34,6, respetivamente). De seguida, encontra-se o município de Castro Marim que, apesar de não se destacar na população em idade ativa, este realça-se na população dos 65 e mais anos, apresentando uma proporção significativa, comparativamente com outros municípios.

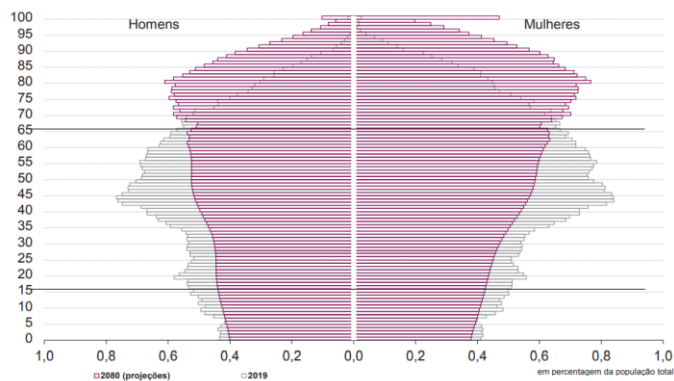
De acordo com as previsões do INE (Estatísticas Demográficas, 2019), visíveis na figura 1.2 e 1.3, o nº de “idosos” tenderá a subir até 2050 e a estabilizar nos anos seguintes, enquanto o nº de jovens e de pessoas em idade ativa tenderá a descer.

Figura 1.2. População Residente por grandes grupos etários (milhares), Portugal, 1991-2019 (estimativas) e 2020-2080 (projeções)



Fonte: Estatísticas Demográficas (2019).

Figura 1.3. Pirâmides etárias, Portugal, 2019 (estimativas) e 2080 (projeções)



Fonte: Estatísticas Demográficas (2019).

De realçar que, ao nível europeu, em 2018, a maior proporção de jovens na população encontrava-se na Irlanda (20,5%), e a menor em Itália (13,2%). Portugal apresentava uma proporção de jovens inferior à da UE28 e uma das mais baixas, comparativamente aos restantes países (Estatísticas Demográficas, 2019). A sociedade portuguesa ganha especial destaque no que diz respeito a este fenómeno, uma vez que, o grupo etário mais velho representa uma proporção considerável da mesma (Estatísticas Demográficas, 2019).

Segundo as Estimativas Anuais da População Residente (INE, Pordata, 2022a), em 2020 a população residente em Faro correspondia a um valor de 64 391 indivíduos, sendo 30 594 homens e 33 797 mulheres. Quanto à estrutura etária da população residente no concelho de Faro, 14,6% eram jovens, 63,5% eram pessoas em idade ativa e 22% eram pessoas com 65 e mais anos (tabela 1.1, p.10) o que corresponde a um valor de 14 166 pessoas mais velhas (6 731 homens e 7 435 mulheres).

De notar que, o envelhecimento da população resulta da diminuição do número de nascimentos e do aumento da esperança média de vida à nascença, no sentido em que as pessoas mais velhas tendem a viver mais, bem como dos fluxos migratórios (OMS, 2005; Bárrios, et al., 2020). Estima-se que, até 2025, “120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher)” (OMS, 2005:9).

Apesar do envelhecimento populacional representar os progressos realizados pela humanidade, tanto em termos económicos, como sociais e biomédicos (Cabral e Ferreira, 2013), sendo que permitiu o aumento da longevidade, este não é acompanhado pela boa saúde, o que leva a que os indivíduos vivam mais tempo, mas com problemas em termos de condições físicas e/ou mentais (OMS, 2005; Fonseca, 2020; Bárrios, et al., 2020).

Segundo os dados do INE, no período de 2018 e 2020, a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 81,06 anos (2019 - 80,93 anos) sendo 78,07 para os homens e de 83,67 para as mulheres, mantendo-se a tendência para o aumento da longevidade. Já a esperança média de vida aos 65 anos, para o total da população residente em Portugal, foi de 19,61 anos, dos quais, 17,76 anos para os homens e 21,11 anos para as mulheres (Estatísticas Demográficas, 2020).

Contudo, o mesmo não se pode falar da esperança média de vida saudável à nascença, sendo que, em 2019, o número de anos de vida saudável, em Portugal, foi estimado em 60,6 anos para os homens e 57,8 anos para as mulheres, situando-se abaixo do valor

médio para a UE27 (64,2 e 65,1 anos, respetivamente) (Estatísticas Demográficas, 2020). Curiosamente, o número de anos vividos com saúde é superior para os homens, sendo mais 2,8 anos do que as mulheres. Por sua vez, a esperança média de vida aos 65 anos é de 17,7 para os homens e de 21 para as mulheres, mas o número de anos de vida saudável aos 65 anos é de 7,9 para os homens e de 6,9 para as mulheres (INE, 2021). Isto quer dizer que aos 65 anos de idade, um homem pode esperar viver 7,9 anos com saúde e 9,8 anos com problemas de saúde, enquanto uma mulher pode esperar viver 6,9 anos com saúde e 14,1 anos com problemas de saúde. Isto quer dizer que a necessidade de cuidados por parte dos adultos mais velhos é, e tenderá a ser cada vez mais, uma questão de premente importância do ponto de vista das políticas públicas.

Viver as fases adiantadas da vida com problemas de saúde tenderá a ser mais problemático quando se vive sozinho. No que diz respeito à estrutura dos agregados domésticos unipessoais: total e com 65 e mais anos, visível na tabela 1.2., segundo os dados disponibilizados pelo INE, em 2020, Portugal detinha 853 mil agregados domésticos unipessoais, dos quais 487 mil eram compostos por pessoas com 65 e mais anos (57% do total de agregados domésticos unipessoais) (INE, Pordata, 2022b). Quanto aos municípios, a área metropolitana de Lisboa foi a que representou o maior número de agregados domésticos unipessoais de pessoas com 65 e mais anos, enquanto as regiões autónomas (Açores e Madeira), foram as que apresentaram os números mais baixos.

Tabela 1.2. Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, 1999 e 2020, Portugal e NUTS II (milhares)

Territórios		Agregados domésticos unipessoais			
		Total		65+ anos	
Âmbito Geográfico	Anos	1999	2020	1999	2020
NUTS 2013	Portugal	520,1	852,8	327,9	486,9
NUTS II	Norte	136,8	227,4	84,2	132,1
NUTS II	Centro	136,9	201,9	95,7	117,3
NUTS II	Área Metropolitana de Lisboa	154,2	282,6	83,3	157,9
NUTS II	Alentejo	54,1	72,7	40,3	43,9
NUTS II	Algarve	23,1	40,8	15,1	21,9
NUTS II	Região Autónoma dos Açores	6,8	11,2	4,1	6,0
NUTS II	Região Autónoma da Madeira	8,2	16,2	5,1	7,8

Fonte: adaptado do INE, Pordata (2022b).

No que concerne o Algarve, através da tabela 1.2, verifica-se que este apresentou, em 2020, um total de 21,9 mil agregados domésticos de pessoas com 65 e mais anos, sendo uma das regiões que menos se destaca a este respeito. Contudo, dever-se-á realçar que, quando

comparado o nº de agregados domésticos privados unipessoais de indivíduos com 65 ou mais anos, entre os anos 1999 e 2020, verifica-se um aumento significativo em todos os municípios.

Vale a pena salientar que, apesar do envelhecimento populacional apresentar desafios para os sistemas de segurança social e saúde, para a produtividade económica, para os cuidadores informais e para a gestão das cidades (adaptação e inclusão), este oferece oportunidades ao nível social (voluntariado, cuidados aos netos e inter-geracionalidade), bem como ao nível económico (novos produtos e serviços, e inovação tecnológica) (OMS, 2005).

1.1.2. Envelhecimento Individual, Reforma e Velhice

O envelhecimento individual pode ser sociologicamente definido como um conjunto de processos biológicos, psicológicos e sociais que atinge os indivíduos à medida que estes vão envelhecendo (Giddens, 2009). Geralmente, estes processos remetem para a metáfora de três relógios que se interligam, nomeadamente, o biológico, que se refere às alterações físicas, o psicológico, que remete para as capacidades mentais, e o social, que representa as normas, mas também as expectativas sociais, de papéis culturalmente associados à idade cronológica (Giddens, 2009). Contudo, como se verá mais à frente, o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo.

Atualmente, no âmbito do processo de envelhecimento, a imagem muitas vezes associada à velhice, nas sociedades contemporâneas, traduz-se na decadência física e na ausência de papéis e funções sociais (“corte com o mundo”), do qual a pessoa mais velha deixa de ser valorizada pela sociedade, o que contribui para o surgimento de representações sociais negativas associadas à mesma (Fernandes, 1997:10; Cardoso et al., 2012).

Apesar disso, uma vez que o processo de envelhecimento biológico varia de indivíduo para indivíduo, considera-se que a idade atribuída como marca de entrada na reforma não deve ser reconhecida como a “tradução real de perda, ou redução de certos atributos físicos ou psicológicos”, mas antes, como uma “fase da vida convencional, em que as regulamentações sociais neutralizam as repercussões biológicas” distintas da idade (Cardoso et al., 2012:608). Assim sendo, o envelhecimento individual é um conceito psicossocial, do qual se deve ter em conta os aspetos biológicos, mas também os psicológicos e os sociais, remetendo para a ideia de que a idade cronológica em que se encontra o indivíduo, não determina a velhice (Cardoso et al., 2012).

Nas sociedades tradicionais, a velhice era vista com um enorme respeito, sendo que os mais velhos assumiam uma posição importante na discussão de assuntos referentes à comunidade (Giddens, 2009). No seio familiar, com o avançar da idade, a autoridade dos homens e mulheres tendia a aumentar. Contudo, nas sociedades contemporâneas, os mais velhos tendem a perder a autoridade, não só no seio familiar, mas também na comunidade social em que se inserem (Giddens, 2009). Nestas sociedades, a entrada na reforma pode significar a entrada na pobreza, na solidão e perda de estima social. A reforma representa não só o decréscimo do ordenado, mas também, a perda de estatuto social, podendo levar a que as pessoas mais velhas tenham dificuldade em ajustar-se (Giddens, 2009).

Nas sociedades modernas, muitos dos indivíduos entram precocemente na reforma, sendo que, a partir de certa idade, estes são obrigados a se aposentar, mesmo quando ainda possuem capacidades físicas e mentais suficientes para permanecerem no mercado de trabalho. Neste contexto, o “envelhecimento social” (Gaulier, 1988, cit. por Fernandes, 1997:9) inicia-se com a inatividade definitiva laboral (Cabral e Ferreira, 2013), devido sobretudo ao avanço tecnológico, que resultou em “situações paradoxais”, uma vez que alguns trabalhadores começaram a ser despedidos por serem considerados muito velhos para se adaptarem à tecnologia moderna, mas que não se podiam reformar por serem considerados muito novos (Cardoso et al., 2012:610). Desta forma, em termos biológicos, é-se jovem até cada vez mais tarde, mas em termos sociais, é-se velho cada vez mais cedo (Gaulier, 1988, cit. por Fernandes, 1997).

Segundo Cardoso et al. (2012:608), na atualidade, o conceito de velhice associa-se a uma identidade própria, possuindo “contornos nítidos e independentes em relação ao indivíduo”. As pessoas mais velhas são socialmente identificadas com um determinado grupo de idade, muitas das vezes designado por «Terceira Idade», com acesso por direito ao apoio/sustento social, e, portanto, a prestações financeiras como compensação pela perda do “estatuto de ativo” (Rosa, 1992:8; UNECE, 2012).

Esta conceção predominante da velhice em termos legislativos, denominada por Michel Loriaux (1991) de “velhice administrativa”, deve ter em conta dois aspetos, sendo esses o direito, que consiste numa garantia fundamental de inserção do indivíduo na sociedade, e a concretização desse direito, que corresponde à forma como o mesmo é praticado arbitrariamente, reconhecendo determinados critérios de idade e estatuto. Contudo, o reconhecimento do direito à reforma, que surgiu após a revolução de abril de 1974, muito

mais tarde do que noutros países da união europeia, é determinado pela opção da sociedade em termos legislativos e não pelas “reais capacidades do indivíduo” (Cardoso et al., 2012:610).

1.1.2.1. Fragmentação das fases mais avançadas da vida

Cada vez mais, se tem vindo a evidenciar um envelhecimento mais heterógeno. Deste modo, o envelhecimento não deve ser determinado pela idade cronológica ou pela entrada na reforma, uma vez que o processo de envelhecimento é vivido de diferentes formas pelos indivíduos (Cardoso et al., 2012). O modo como se envelhece depende de vários fatores, tais como a classe social, níveis de rendimento, género, tipo de agregado familiar, condições de habitação, densidade e afetividade dos laços sociais, e condições de saúde e de independência (Mauritti, 2004). Estes fatores diferenciam a experiência de envelhecer, não se podendo recorrer a generalizações quando se utilizam conceitos como “velhice” e “velho/idoso”.

Assim sendo, a velhice é vivida como uma experiência individual, determinada pelos estilos de vida e experiências vividas de cada indivíduo, bem como do contexto social e cultural em determinada época histórica (Fernandes, 1997). Este termo “velhice” muda no tempo e no espaço, sendo considerado uma construção social e cultural. De realçar que, a idade é vista como um princípio organizador da sociedade (infância, escola, trabalho e reforma), assumindo vários ciclos, como a infância, adolescência, casamento, parentalidade e velhice (Fernandes, 1997).

De notar que, atualmente, muitos investigadores tendem a distinguir três grupos de pessoas mais velhas, tais como “idosos jovens” (dos 65 aos 74 anos), “idosos velhos” (médios, 75 anos a 84 anos) e os “idosos mais velhos” (85+ anos), dos quais a perda da agência é mais comum nos últimos dois grupos mencionados (Schneider & Irigaray, 2008:586).

Terceira Idade e Quarta Idade

A ideia de um processo de envelhecimento diversificado resultou na divisão da velhice em terceira idade e quarta idade (Higgs e Guilleard, 2015). A noção de terceira idade passou a ser vista como um campo cultural, desenvolvido essencialmente no período de inatividade profissional. Esta exclui a “verdadeira velhice” e, portanto, os aspetos negativos a ela enraizados, e associa-se à autonomia, escolha, lazer, atividade, conforto e realização (Higgs e Guilleard, 2015). Nesta fase, os indivíduos sentem-se jovens o suficiente para desempenhar autonomamente as suas funções e deveres, bem como para aproveitar,

merecidamente, a sua vida o melhor possível (Higgs e Guilleard, 2015). Nesta fase da terceira idade, os indivíduos não querem envelhecer, não se sentem “velhos” e então, querem adiar ao máximo a entrada na “verdadeira velhice”. Já a quarta idade é considerada um imaginário social, não se associando, ao contrário da terceira idade, a um estilo de vida (Higgs e Guilleard, 2015). De acordo com Higgs e Guilleard (2015), esta, por sua vez, é impossível de se estudar e por isso, não se conhece, sendo que não existe qualquer retorno reflexivo por parte do indivíduo que nela entra, sendo apenas possível deduzir o que se passa nesta fase, através das suas projeções. Esta última fase da vida de um indivíduo é marcada pela perda de agência, pela fragilidade física e psicológica (cognitiva/mental), pela dependência (necessidade de ajuda nas atividades diárias e instrumentais e, portanto, de cuidados específicos), e pela abjeção (Higgs e Guilleard, 2015).

De modo resumido, a quarta idade é uma fase que apresenta aspetos meramente negativos. Nesta idade, encontram-se normalmente os “idosos mais velhos” (85+ anos), incapacitados e independentes (Higgs & Guilleard, 2015). É, portanto, uma posição indesejada e temida por qualquer indivíduo, aparentando ser desagradável para os que nela entram, sendo que parece ser um resultado individual infeliz, decadente e de perda de dignidade (Higgs & Guilleard, 2015). De referir que esta fase não sustenta qualquer conjunto de disposições culturais, nem apoia quaisquer formas subjetivamente interpretadas de diferenciação simbólica. Desta forma, a quarta idade age como uma espécie de “*black hole*” – buraco negro metafísico do envelhecimento, do qual, quando lá se entra, não existe hipótese de voltar, desaparecendo para sempre (Higgs & Guilleard, 2015:16).

In astronomy. A black hole creates a massive gravitational pull that sucks in everything that comes within range including light itself. This generates the phenomenon of the “event horizon” which is a point where light disappears completely. Any light emitted from beyond this horizon can never reach the observer (Higgs & Guilleard, 2015:16)².

² Em astronomia, um buraco negro cria uma enorme atracção gravitacional que suga tudo o que se encontra dentro do alcance, incluindo a própria luz. Isto gera o fenómeno do "evento horizontal", que é um ponto onde a luz desaparece completamente. Qualquer luz emitida para além deste horizonte nunca poderá alcançar o observador (tradução livre).

1.2. Políticas Sociais de Velhice

As políticas sociais de velhice, definidas como “o conjunto de intervenções públicas ou ações coletivas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre velhice e sociedade” (Fernandes, 1997:22), funcionam em redor de todo um trabalho constante sobre a realidade social da velhice, refletindo a forma de articulação, em constante tensão e transformação, entre a ordem do Estado e ordem das relações sociais (Guillemard, 1984; Fernandes, 1997).

As intervenções do Estado nas relações entre velhice e sociedade podem assentar em três eixos políticos essenciais no debate sobre a gestão pública da velhice (Fernandes, 1997). O primeiro remete para a velhice como um direito social à reforma, o segundo para a ideia de velhice como modo de vida específico, gerando conflitos entre os intervenientes (administração pública e a sociedade civil) sobre os modos de possíveis alojamentos e de cuidar dos adultos mais velhos e, por fim, o terceiro eixo recai sobre o nível e modo de participação dos mesmos no modo de produção (Fernandes, 1997).

A institucionalização do direito generalizado à reforma, articulado à edificação de um sistema de segurança social, ocorreu somente após a Revolução de abril de 1974 (Fernandes, 1997). Foi com a Constituição de 1976 que se consagraram as condições para a generalização do direito a uma reforma de velhice, e se passou a considerar socialmente esta fase da vida como a «Terceira Idade», e, portanto, como categoria social autónoma (Fernandes, 1997).

De acordo com o artigo 63.º da Constituição de 1976: “O Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e supere o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criar e desenvolver formas de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade” (Cardoso et al., 2012:613-614).

Desde o início da década de 70 que, no prosseguimento das políticas sociais de velhice, as instituições adotaram princípios de prevenção da dependência e de inclusão das pessoas mais velhas na comunidade (Fernandes, 1997).

Foi no XI governo que se propôs a agilidade da idade da reforma antecipada e de pré-reforma, na tentativa de gerir o final da carreira ativa dos trabalhadores mais velhos, segundo as necessidades do mercado de trabalho. Contudo, apesar desta tendência se ter

prolongado até ao final dos anos 90 do século XX, esta entrou em conflito, com a necessidade em preservar o Sistema de Segurança Social, no que diz respeito à sua sustentabilidade financeira (Fernandes, 1997).

Acredita-se que o envelhecimento populacional pressione as políticas públicas a mudar, no que toca à idade da reforma, principalmente se as pessoas mais velhas permanecerem capacitadas e motivadas para continuar a trabalhar. Deste modo, a idade não deverá ser mais considerada como um fator predominante para a decisão de aposentamento no mercado de trabalho (Cardoso et al., 2012).

Com o aumento da esperança média de vida, a terceira idade será cada vez mais vista como uma etapa da vida de enriquecimento pessoal: “A maior disponibilidade temporal deve ser livremente fruída e aproveitada em *prol* da comunidade, de acordo com as apetências de cada um, mediante um conjunto de iniciativas de ocupação social e dinamização interpessoal que constituam fonte de motivação e de qualidade de vida” (Governo de Portugal, 2019:122).

Deste modo, segundo o *Programa do XXII Governo Constitucional de 2019 a 2023* (Governo de Portugal, 2019:122-123), o Governo compromete-se a:

1. definir um plano de ação para o envelhecimento populacional, com um leque estruturado de respostas para as transformações que ocorrem nesta fase da vida;
2. apostar na criação de um mecanismo de reforma a tempo parcial, como forma de promoção do envelhecimento ativo e de permanência no mercado de trabalho, num quadro de desagravamento das horas de trabalho;
3. definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública;
4. conceber diversos programas de dinamização para cidadãos seniores, em função de distintos perfis, que permitam ao indivíduo definir projetos de vida para a sua reforma, colocar a sua disponibilidade de tempo ao serviço da comunidade e, deste modo, encontrar novas formas de realização pessoal;
5. promover programas de voluntariado sénior, bem como apoiar iniciativas da sociedade civil como as Universidades Sénior;
6. criar formas de atendimento personalizado para cidadãos seniores na prestação de serviços públicos, nomeadamente através da prestação destes serviços em local escolhido pelo cidadão;

7. aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão, prevendo um conjunto diversificado de medidas, ajustadas aos diferentes contextos demográficos e meios socioeconómicos, para atenuar este flagelo social que afeta sobretudo os mais velhos.

Na tentativa em garantir a qualidade de vida nas fases adiantadas da vida (Governo de Portugal, 2019:123-124), sendo que não se pode desejar aumentar a esperança média de vida e adiar a morte, sem que se aumente igualmente as condições de vida das pessoas à medida que envelhecem, o Governo irá:

1. promover uma maior integração de cuidados, centrada nas pessoas, através de um plano individual de cuidados que permita, relativamente a cada paciente, o acompanhamento das suas múltiplas patologias e a tomada de decisões partilhadas;
2. implementar a figura do gestor do doente crónico, através de projetos-piloto, prevenindo descompensações e hospitalizações evitáveis;
3. incentivar as boas práticas nas unidades de cuidados primários e hospitalares, tendo em vista a redução de internamentos hospitalares evitáveis e dos efeitos adversos relacionados com os cuidados de saúde (infeções, quedas, úlceras de pressão, etc.);
4. duplicar o ritmo de investimento nas respostas de cuidados continuados integrados, garantindo a disponibilização de mais camas de internamento e a implementação de todas as tipologias previstas na rede até ao final da legislatura;
5. dinamizar o cluster da saúde, estimulando a inovação e criando condições para alavancar soluções de assistência à autonomia no domicílio, em estreita ligação com a Segurança Social;
6. melhorar as respostas públicas de cuidados domiciliários, nomeadamente através da modernização e reforço dos meios ao dispor dos profissionais de saúde que os asseguram;
7. reforçar as respostas de cuidados continuados, em articulação com o setor social;
8. promover respostas de saúde e bem-estar integradas e inteligentes, através da aposta na cooperação entre o SNS e a Segurança Social;

9. reforçar as soluções de transporte de doentes, nomeadamente promovendo parcerias estratégicas entre os serviços centrais e locais de saúde, autarquias e setor social;
10. investir numa maior literacia em saúde por parte da população com mais de 65 anos de idade, capacitando-a para a gestão da sua saúde e para a utilização efetiva dos recursos e respostas existentes no SNS.

No que diz respeito à proteção das pessoas em idades mais avançadas, em situação de dependência ou isolamento, do qual exige uma capacidade de reorientação dos sistemas de proteção social (Governo de Portugal, 2019:124-125), o Governo irá:

1. criar um sistema de identificação e sinalização das pessoas a viver em situação de vulnerabilidade associada ao envelhecimento, para efeitos de vigilância específica sediada nos cuidados de saúde primários;
2. inovar nas respostas para as questões da dependência e do isolamento, tanto em contexto urbano como rural, reforçando não apenas a rede de equipamentos e serviços já existentes, de preferência em contexto intergeracional, mas também apostando na criação de modelos intermédios de apoio, que respeitem a autonomia potencial das pessoas, mas garantam redes de acompanhamento, quer de proximidade, quer de contacto à distância, combinando os modelos formais com os cuidados informais;
3. desenvolver um sistema integrado de sinalização de “idosos” isolados, associado a uma “garantia de contacto” regular, em parceria e estimulando o voluntariado social;
4. desenvolver, no âmbito do apoio à dependência, modelos de assistência ambulatória e ao domicílio, em parceria com a saúde;
5. criar um novo serviço no SNS, nomeadamente através da utilização de novas tecnologias para a monitorização do estado de saúde de pessoas idosas para, numa base estritamente voluntária e com absoluta proteção da privacidade, assegurar um acompanhamento de proximidade e de emissão de alertas de urgência relativamente à saúde de pessoas idosas que habitem em situações de isolamento;
6. assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.

1.2.1. Envelhecimento Ativo

1.2.1.1. De que falamos quando falamos de envelhecimento ativo?

O paradigma do envelhecimento ativo é, hoje em dia, dominante no domínio das políticas direcionadas para a população idosa e para o envelhecimento demográfico (São José e Teixeira, 2014). O conceito de envelhecimento ativo (EA) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005:13). O termo “ativo”, permite que a pessoa mais velha participe nas questões sociais, económicas, culturais, civis e espirituais, para além da capacidade física e da capacidade de continuar a fazer parte da força de trabalho. Por outras palavras, esta abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas, bem como nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela OMS (OMS, 2005). Os adultos mais velhos, apesar de estarem a envelhecer e, por vezes, a verem-se obrigados a se aposentar, continuam a ser humanos e a necessitar de compreensão, respeito, reconhecimento e todos os outros valores que qualquer ser humano necessita.

Contudo, dever-se-á ter em conta que existem diversas conceções de envelhecimento ativo, propostas pela OMS, OCDE e UE (São José e Teixeira, 2014). Enquanto que, a conceção de EA, proposta pela OCDE, corre algum risco de reducionismo, sendo que é “individualista e tendencialmente economicista”, responsabilizando unicamente o indivíduo e enfatizando as atividades produtivas, a conceção da OMS é “solidária, multidimensional, humanista e sensível aos contextos de vida”, na medida em que, reconhecendo que o EA implica uma responsabilidade individual, esta concebe-o também como uma responsabilidade coletiva, que inclui a “Otimização de oportunidades”, “Facilitação da realização do potencial individual”, “Prestação de apoios”, e uma “Abordagem baseada nos direitos das pessoas idosas”. Já a conceção da EU, é “solidária, tendencialmente economicista e instrumental, e menos sensível aos contextos de vida” (São José e Teixeira, 2014:40-42). Verifica-se, no entanto que, as três organizações estão em sintonia, no que diz respeito à ideia de que “envelhecer ativamente” implica realizar atividades produtivas, sejam de utilidade económica e/ou social (São José e Teixeira, 2014:40).

Privilegiando a conceção proposta pela OMS, o EA visa aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas mais velhas, sobretudo as mais frágeis (com incapacidades físicas e com necessidades de cuidados) (OMS, 2005).

O conceito de qualidade de vida é um conceito amplo que incorpora não só a saúde física, como também o estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças e relação com o ambiente (OMS, 2005). A expectativa de vida saudável remete para uma expressão normalmente utilizada como sinónimo de “expectativa de vida sem incapacidades físicas” (OMS, 2005:14), ou seja, para o tempo de vida que um indivíduo pode viver sem precisar de cuidados de saúde. De realçar que, segundo a OMS (2005), a qualidade de vida de uma pessoa mais velha dependerá dos riscos e oportunidades que esta experienciou ao longo das fases da sua vida, bem como do modo como as gerações seguintes irão oferecer ajuda e apoios mútuos.

Acredita-se que, existindo um bem-estar pessoal físico e mental, poderá haver, igualmente, uma maior capacidade de se ser menos dependente e mais contributivo para a vida em sociedade (UNECE, 2012). Dever-se-á destacar que, o termo “saúde” não remete apenas para o físico, mas também para o mental e social. Desta forma, a promoção da saúde mental e relações sociais possuem o mesmo peso de importância que a promoção da saúde física (OMS, 2005).

A interdependência e a solidariedade entre gerações, assumem um papel fulcral para o envelhecimento ativo. Deste modo, espera-se que o filho e/ou neto cuide do avô como o mesmo cuidou dele em criança- consubstanciando trajetórias de cuidar do tipo “peregrinação”, marcadas por um dever filiar incondicional (São José, 2012). Como é afirmado pela OMS (2005:13), é “uma via de mão dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe”.

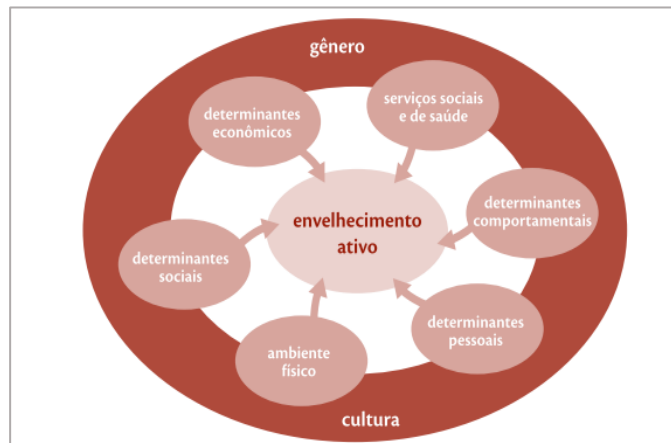
Contudo, programas e políticas de envelhecimento ativo reforçam a necessidade de incentivar a responsabilidade pessoal, ou seja, a necessidade das pessoas mais velhas se sentirem responsáveis na sua saúde física, mas também mental e social, e, portanto, no seu próprio processo de envelhecimento ativo (OMS, 2005; UNECE, 2012; Cabral e Ferreira, 2013). Tanto os adultos mais velhos, como as famílias em geral, devem planear a velhice, mas sobretudo, esforçar-se em adotar hábitos de vida saudáveis em todas as etapas da sua vida (OMS, 2005).

De considerar que, não deixa de ser pertinente encorajar os Estados-membros a moldar estruturas políticas, legais e sociais apropriadas, que permitam maiores oportunidades para um envelhecimento ativo (UNECE, 2012; Cabral e Ferreira, 2013).

Determinantes do envelhecimento ativo

De acordo com a OMS (2005), o envelhecimento ativo depende de diversos fatores “determinantes”, que envolvem tanto os indivíduos, como as famílias e países. Deste modo, existe uma necessidade em esclarecer e especificar o papel de cada fator determinante, bem como a interação entre cada um, no processo de envelhecimento ativo. Dever-se-á ainda ter em conta a influência destes fatores durante o percurso de vida do indivíduo. A OMS (2005) refere que existem evidências de que o estímulo e as relações afetivas seguras influenciam a capacidade individual de aprendizagem e de convívio em sociedade, em todas as fases de vida de qualquer indivíduo, enquanto o emprego assume-se como um fator que determina toda a vida de um adulto e o modo de preparação financeira para a velhice (sobretudo, quando se entra na reforma).

Como visível na figura 1.4, o EA abrange dois fatores determinantes transversais, que abarcam todos os outros fatores, sendo esses a cultura e o género. Os valores culturais, bem como as tradições, assumem um forte peso no modo como uma sociedade percebe as pessoas mais velhas e a “velhice” (OMS, 2005). Estes vão também influenciar a procura e adoção de comportamentos mais saudáveis. De notar que, existe uma complexa variedade de culturas dentro de países e entre regiões e países, que leva a que o envelhecimento seja percebido e vivido de modo diferente em culturas diferentes. É neste contexto que as políticas e programas devem respeitar e se adaptar a culturas e tradições, mas também desmistificar estereótipos e informações erróneas (OMS, 2005). No que toca ao género, este influencia também as aspirações e experiências relacionadas com o envelhecimento (OMS, 2005). De referir ainda que, em muitas sociedades, as desigualdades de género tendem a persistir, influenciando também o modo de envelhecer. As mulheres continuam a ser os principais cuidadores informais, o que pode contribuir negativamente para o aumento da pobreza e de problemas de saúde, quando mais velhas. Apesar disso, os homens, tanto jovens como adultos, estão mais expostos a lesões incapacitantes ou até mesmo morte, devido sobretudo à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio, mas também a comportamentos considerados de maior risco, como fumar, consumo de drogas e bebidas alcoólicas (OMS, 2005).

Figura 1.4. Determinantes do Envelhecimento Ativo

Fonte: OMS (2005:19).

Outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (visíveis na figura 1.4), podem ser, determinantes económicos (renda, trabalho, proteção social), pessoais (genética, fatores psicológicos, como a inteligência e capacidade cognitiva), comportamentais (estilos de vida) e sociais (relacionado com o ambiente social, no que toca ao apoio social, educação e alfabetização), determinantes relacionados com os serviços sociais e de saúde (prevenção de doenças e garantia de acesso a medicamentos essenciais e seguros, assistência a longo prazo, formal ou informal, e serviços disponíveis de saúde mental), e o ambiente físico (tipo de habitação, se responde às necessidades de saúde e segurança das pessoas mais velhas) (OMS, 2005).

Dando especial destaque aos fatores determinantes relacionados ao ambiente social, dever-se-á destacar que a quebra de laços sociais, a solidão e interações conflituosas, refletem-se como as maiores fontes de *stress*, apresentando-se como um dos principais problemas sociais da velhice (OMS, 2005). De notar que, o isolamento social e a solidão na velhice contribuem fortemente para o declínio, tanto da saúde física, como mental, dos adultos mais velhos. Contudo, considera-se que, o trabalho voluntário, serviço comunitário, programas de interação entre as gerações, entre outros, sejam uma forma eficaz de as autoridades, organizações não governamentais, profissionais de serviço social e de saúde e indústrias privadas, promoverem redes de contactos sociais para as pessoas mais velhas (OMS, 2005). Crê-se que, as pessoas mais velhas podem e devem ser flexíveis e criativas, e que as gerações mais jovens podem ajudá-las e integrar-se no mundo moderno atual, marcado por um ritmo frenético e instável.

Dentro daquilo que é o ambiente social, é importante destacar também a violência e maus-tratos contra as pessoas mais velhas. Os adultos mais velhos que vivem sozinhos ou se encontram mais frágeis, tendem a sentir-se mais vulneráveis a situações de furto ou agressão. A violência mais comum é o “abuso do idoso”, pelos próprios familiares ou cuidadores formais, independentemente do contexto económico em que se encontram (OMS, 2005). Os maus-tratos contra as pessoas mais velhas podem ser físicos, psicológicos, financeiros e negligentes, sendo sentidos pelos próprios adultos mais velhos, uma vez que estes se sentem abandonados e excluídos (negligência), sem direitos humanos, legais e médicos (violação), bem como sem liberdade de fazer escolhas, tomar decisões e perda de estatuto, dinheiro e respeito (privação) (OMS, 2005:29).

Desta forma, o percurso de vida de um indivíduo, o seu estilo de vida, aliado à alimentação e atividade física, a sua capacidade económica, as condições habitacionais, as suas despesas, o seu trabalho, a sua rede social, o acesso a serviços sociais e de saúde, as suas crenças e valores, são fatores que determinam o modo de envelhecer de cada indivíduo.

1.2.2. Envelhecer em casa/na comunidade (Ageing in Place)

Com a dificuldade de respostas ao nível familiar nos cuidados das pessoas mais velhas, tem-se vindo a verificar um aumento da oferta de serviços de cuidados formais: um aumento do número de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)³, de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Bárrios et al., 2020)

Apesar destas evidências, é de notar que, segundo os relatórios da *American Association of Retired Persons* (AARP), cerca de 90% das pessoas mais velhas desejam viver em casa à medida que envelhecem, o maior tempo possível (*Right at home*, 2017), e, portanto, num ambiente que lhes é comum e transmita conforto e segurança (Matias, 2016; Bárrios, et al., 2020).

É neste sentido que surge o conceito de *ageing in place* (AiP), que é visto como uma alternativa à institucionalização precoce e, muitas das vezes, indesejada (Matias, 2016). Contudo, dever-se-á ter em conta a promoção de condições que permitam que estas pessoas permaneçam e envelheçam no seu próprio *habitat*. Assim sendo, poder-se-á afirmar que AiP

³ “Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos” (GEP e MTSSS, 2021:75).

remete para a oportunidade de viver e envelhecer na própria habitação e/ou comunidade onde sempre se viveu, com saúde, segurança e independência. Com isto, a casa e a comunidade envolvente são vistas como locais privilegiados do envelhecimento, devendo se adaptar às limitações físicas e/ou funcionais das pessoas mais velhas (Matias, 2016; Fonseca, 2018; Bárrrios, et al., 2020; *Right at home*, 2017).

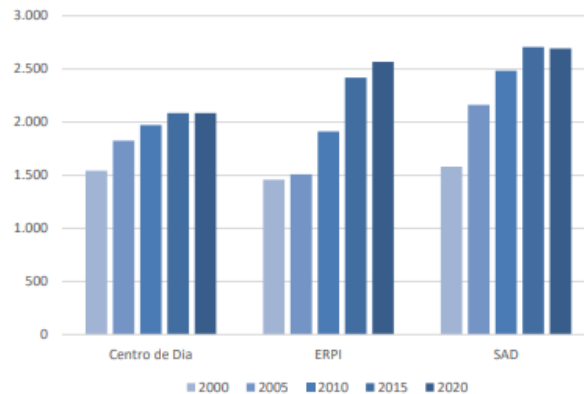
Atualmente, nos países mais desenvolvidos, quando os adultos mais velhos começam a perder a sua autonomia e independência, a institucionalização é, na maioria das vezes, a primeira opção, enquanto, nos países com atrasos de desenvolvimento, como é o caso de Portugal, “envelhecer em casa/na comunidade” não é, muitas das vezes, uma opção, mas uma inevitabilidade, devido à limitação dos sistemas de bem-estar social e à falta de alternativas institucionais (Fonseca, 2018; OMS, 2005). Do ponto de vista de Fonseca (2018), AiP não deve ser considerado como um recurso, mas sim como a primeira opção no envelhecimento, uma vez que permite a inclusão social, contribuindo como uma recompensa emocional para as pessoas mais velhas.

De considerar, no entanto que, o conceito de AiP representa, também,

um desafio acrescido atendendo, à diversidade das necessidades individuais e dos ambientes públicos e privados. De facto, deparamo-nos com necessidades específicas para cada indivíduo, com diferentes níveis de recursos, preferências e necessidades a nível de saúde e do ambiente da vizinhança (Matias, 2016:78).

É reconhecido que, ao envelhecer na comunidade envolvente os indivíduos irão permanecer, durante mais tempo, autónomos e independentes, uma vez que mantêm as suas redes de suporte social ativas (Bárrrios, et al., 2020). Já a institucionalização, para além de, eventualmente, causar-lhes, mais rapidamente, a perda de autonomia, sendo que as atividades de vida diárias (AVD), como cozinhar, cuidar da casa, etc., deixarão de existir, esta tende também a contribuir, indiretamente, para o enfraquecimento dos laços sociais das pessoas institucionalizadas (Bárrrios, et al., 2020). Tendo isto em conta, o SAD, com o objetivo de atrasar, ou até mesmo, evitar a institucionalização, tem vindo a fazer o seu caminho, tendo sido a resposta social que apresentou um maior crescimento no período de 2000-2020 (GEP e MTSSS, 2021; Fonseca, 2018).

De acordo com a GEP e MTSSS (2021), em 2020, contabilizaram-se cerca de 7 350 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondiam ao Serviço de Apoio Domiciliário (figura 1.5).

Figura 1.5. Evolução do número das principais respostas sociais para as Pessoas Idosas Continente – 2000-2020

Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social (2021).

De notar que, nas respostas ERPI, os serviços de fisioterapia, psicologia e de cabeleireiro têm vindo a ganhar expressão, enquanto nos SAD, para além dos serviços de base (higiene pessoal, tratamento de roupa, alimentação e limpeza habitacional), também já são disponibilizados serviços de animação, acompanhamento dos utentes na resolução de assuntos pessoais e obrigações legais, bem como reparações no domicílio e teleassistência (GEP e MTSSS, 2021). Crê-se que, o serviço de assistência domiciliar, conjugado com a teleassistência, seja um forte impulsionador para a autonomia das pessoas mais velhas, contribuindo para a sua qualidade de vida e concretização do seu desejo de «envelhecer em casa/na comunidade» (Matias, 2016).

De salientar que, apesar da vontade das pessoas mais velhas quererem viver, o maior tempo possível, na sua comunidade e habitação, estas não desprezam os serviços de cuidados formais, quando necessário (Bárrio et al., 2021). Por vezes, este desejo de envelhecer em casa e no bairro envolvente, nem sempre é possível, devido às condições físicas e de saúde, ou até mesmo ao contexto familiar, social e ambiental (Matias, 2016; Fonseca, 2020)

Os lares acolhem uma percentagem significativa de pessoas mais velhas que possuem ainda condições de saúde e de autonomia favoráveis que lhes permitiria viver numa “solução residencial” institucional, ou mesmo habitacional – com mais autonomia, privacidade e independência (Matias, 2016: 80). De acordo com Matias (2016:83), têm vindo a surgir novas soluções residenciais, desenvolvidas por entidades lucrativas, que se baseiam no “Modelo de Residência Assistida”, no sentido em que, através de tipologias de apartamentos, permitem que as pessoas mais velhas não se sintam numa instituição, mas sim, numa habitação, ao mesmo tempo que proporcionam um serviço que se adapte às progressivas necessidades dos seus moradores (figuras 1.6 e 1.7).

**Figura 1.6. Unidade Residencial Madre Maria Clara em Outurela Arquitectura: CVDB arquitectos
Conclusão da construção: 2007**



Fonte: Matias (2016:83)

**Figura 1.7. Condomínio Residencial Domus Clube Junqueira, Lisboa. Arquitectura: Frederico
Valsassina arquitetos. Conclusão da construção: 2004**



Fonte: Matias (2016:83)

Como afirma Bárrrios, et al. (2020:3), “envelhecer em casa e no seu bairro implica consciencialização e preparação abrangentes, sobretudo em dois níveis: (i) a adaptação do ecossistema das populações ao longo da vida e (ii) estratégias individuais”. De acordo com a OCDE (2002), AiP divide-se em quatro dimensões, nomeadamente, habitação, onde se deverá ter em conta certos aspetos, tais como a adaptação, acessibilidade, manutenção e alternativas habitacionais; os serviços integrados (cuidados integrados, como o SAD e RNCCI); transportes, que permitem a mobilidade das pessoas, podendo ser um fator limitador ou facilitador, e por fim, o bairro ou comunidade envolvente. Em consonância, Lecovich (2014) identifica quatro dimensões que se interligam entre si: física (lugar), social (relações pessoais), emocional e psicológica (sentimento de pertença) e cultural (valores e crenças atribuídos aos lugares).

Com isto, a possibilidade de se envelhecer no lugar/comunidade envolvente, leva à necessidade em considerar vários níveis de intervenção, tais como: a habitação, sendo que deve acompanhar as transformações elencadas ao processo de envelhecimento da pessoa mais velha; os serviços e recursos indispensáveis à vida diária (saúde, transportes,

compras, lazer, etc.), que deverão permitir a satisfação das necessidades individuais, bem como a concretização de oportunidades de carácter social, cívico e económico e, por fim, a inclusão social das pessoas mais velhas deve favorecer a participação em funções sociais úteis e reconhecidas (Fonseca, 2018).

Do ponto de vista económico, as políticas de “envelhecer em casa/na comunidade” são consideradas mais vantajosas do que as políticas que apostam em cuidados institucionais (Mostashari, 2011). Para além disto, vão ao encontro das preferências da maior parte das pessoas mais velhas, que preferem manter-se nas suas próprias casas (Bettio & Verashchagina, 2010; DeJonge et al., 2009). Apesar da visível expansão das respostas sociais para a população mais velha, já referida anteriormente, os cuidados formais e informais têm sido sujeitos a fortes constrangimentos. No campo dos cuidados formais têm existido fortes pressões orçamentais nos cuidados de saúde e de longa duração, às quais se acrescentam as dificuldades de recrutamento e de retenção de trabalhadores, principalmente no setor dos cuidados de longa duração (Fujisawa & Colombo, 2009). No campo dos cuidados informais tem-se assistido a uma diminuição de potenciais cuidadores, devido, essencialmente, ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (tradicionais cuidadoras). Espera-se que nos países da OCDE, o número de cuidadores informais, particularmente de filhos adultos, diminua no futuro (Colombo et al., 2011).

Segundo São José et al. (2019), é neste contexto, de pressão sobre os cuidados formais e informais das pessoas mais velha, que surgem as tecnologias de assistência/apoio, resultantes,

de uma oportunidade de mercado criada por um desajuste entre as políticas de «envelhecer no lugar» (*ageing in place*) que têm como objetivo manter as pessoas mais velhas nas suas comunidades/residências por um período de tempo o mais longo possível, e os apoios que efetivamente existem para possibilitar a concretização deste objetivo (*Idem.*, 2019:2).

Estas tecnologias apresentam, segundo diversos autores, múltiplas vantagens, sendo que contribuem para o “envelhecimento no lugar”, facilitam o combate ao isolamento social, promovem a qualidade de vida das pessoas, reduzem os custos com os cuidados de saúde e de longa duração, e reduzem as readmissões em hospitais e a duração dos internamentos (Khosravi & Ghapanchi, 2016; Vassli & Farshchian, 2017).

Contudo, estas tecnologias de apoio exigem que os seus utilizadores, nomeadamente as pessoas mais velhas possuam algumas competências digitais, o que não acontece junto de uma boa proporção destas pessoas, como se verificará mais abaixo.

1.3. Sociedade em Rede, Literacia Digital e Desigualdades Sociais

1.3.1. Sociedade em Rede

A transformação da "cultura material" nas sociedades modernas, operada por um novo modelo associado às novas TIC, traduz-se na necessidade de uma economia informativa, global e em rede (Castells, 2007). Neste novo paradigma social, Castells (2007) sublinha a racionalidade das "redes", que, segundo o autor, representam a nova organização social.

A sociedade em rede, surgida no período pós-industrial, também conhecido por alguns como a Sociedade da informação (Crawford, 1983), é também marcada por um notável aumento do nível de independência e reflexividade dos atores sociais (Castells, 2007). Nesta corrente de pensamento, tanto a Internet como as redes sociais são consideradas amplificadoras das redes de relações sociais, que implicam mudanças nas estruturas e organizações, nos indivíduos e modos de vida, e impulsionam os fluxos sociais e os planos de autonomia individual (*Idem*, 2007).

Segundo Castells, a tecnologia da informação proporciona a base substancial para a ampliação da sua "penetrabilidade em toda a estrutura social" (2007: 607), modificando "os resultados dos processos de produção, experiência, poder e cultura" (2007: 605). Desta forma, Castells salienta a influência que a tecnologia desempenha, de forma interna, em todos os sectores da sociedade.

De acordo com o XV e o XXI Governo Constitucional, como resultado do progresso da tecnologia digital e especialmente da Internet, a vertente da informação e conhecimento desempenha um papel dominante nas ações dos indivíduos, induzindo novas formas de organização da economia e da sociedade (XV CG, 2003), e implicando a necessidade de as pessoas terem a oportunidade de "viver com práticas cada vez mais desmaterializadas" (XXI CG, 2017:3). A comunicação, nomeadamente a comunicação tecnologicamente moderada, constitui igualmente um elemento-chave da sociedade em rede (Cardoso et al., 2015). A aparição de redes sociais virtuais tem vindo a assinalar a sociedade conectada em rede na última década (Cardoso e Lamy, 2011). As recentes redes sociais diferenciam-se pela vasta aderência e permanência da maioria da população nestas redes, pelo aumento das possibilidades e formas de interação social, e pela reprodução das formas de ligação da comunicação com as restantes (Cardoso, 2008).

As novas lógicas de comunicação caracterizam as atuais sociedades e variados formatos são articulados na denominada "comunicação em rede" (Cardoso, 2009:36;

Castells, 2011), permitindo uma maior autonomia comunicacional (Cardoso, 2009). Como referido por Cardoso et al. (2015:167), “a análise das relações de sociabilidade na sociedade em rede ocupa um lugar de destaque na conceptualização teórica desta forma de organização social”. Cardoso et al. (2005), através do seu estudo *A Sociedade em Rede em Portugal*, desmistificam a ideia de que a utilização da Internet fomentou o isolamento dos indivíduos e o rompimento dos laços sociais. Segundo Cardoso et al. (2015:174) as redes sociais são particularmente destacadas como "instrumentos que podem melhorar a multiplicação e reforço dos laços sociais”.

1.3.1.1. Desigualdades e Exclusão Digital

A visão da sociedade em rede é igualmente marcada pela questão das desigualdades. Cobo (2014) sublinha que as tecnologias facilitam os processos, contudo não são necessariamente agentes de mudança em si mesmas. Numa sociedade na qual nem todos possuem os mesmos recursos para usufruir das oportunidades proporcionadas pela sociedade digital, e na qual as iniquidades assumem uma amplitude multidimensional (Therborn, 2006 e 2013), alguns autores preveem a sua propagação ou mesmo o seu agravamento no novo modelo social.

Lapa (2018: 259) esclarece que as análises sobre os efeitos das TIC na sociedade repartem-se entre abordagens mais positivas, "compreender a Internet como uma tecnologia equalizadora", com traços que favorecem mudanças tangíveis no que diz respeito à divulgação e descentralização dos recursos de poder, tais como informação e conhecimento; abordagens mais moderadas, que defendem que a expansão tecnológica na sociedade "acompanha e reproduz os processos de estratificação e desigualdade relacional já em curso"; e abordagens mais negativas, que encaram as TIC como intensificadoras das desigualdades já existentes, criando deste modo novos processos de incompatibilidade social.

Segundo o projeto *Too old for technology?* (Neves, Amaro e Fonseca, 2013), focado nas pessoas mais velhas de Lisboa, os autores concluíram que existem outros fatores influenciadores do uso das TIC para além da idade. Como os autores mencionam, a escolaridade acaba mesmo por compensar o fator idade. Na mesma linha, Rodrigues e Mata (2003), baseando-se em dados estatísticos de 2002, identificaram na sociedade portuguesa um grande segmento de "utilizadores potenciais, cujos principais traços inibidores/bloqueadores do uso das TIC são o nível de qualificação e as exigências associadas ao desempenho profissional" (*Idem*, 2003:161).

As organizações internacionais têm vindo a destacar a emergência da promoção da inclusão digital de modo que todos os indivíduos tenham a oportunidade em aderir à sociedade da informação. Segundo a União Europeia, a inclusão digital implica o acesso às tecnologias, a possibilidade de acesso e utilização de ferramentas e serviços digitais, bem como a capacidade e habilidade de todos os indivíduos para usufruir dessas ferramentas (Eurostat, 2016). Considerando que algumas pessoas em idades mais avançadas carecem de apoio e formação para adotar e/ou continuar a utilizar as TIC (CGF e AI, 2010), torna-se essencial que se desenvolvam e apoiem práticas que adotem modos eficazes para as estimular e auxiliar no acesso e utilização das TIC, promovendo, ao mesmo tempo, uma utilização eficiente e segura das mesmas (Milligan & Passey, 2011; Colombo et al., 2015).

Contudo, importa considerar que alguns adultos mais velhos podem ter transtornos funcionais, bem como constrangimentos ao nível de alfabetização que comprometem a aceitação e uso das tecnologias por parte dos mesmos, sendo desta forma crucial que se pondere o desenvolvimento de tecnologias mais "amigáveis", e, portanto, mais adaptadas às capacidades e necessidades dos mesmos (Milligan & Passey, 2011).

Gil (2016b) argumenta que a tecnologia digital deve desenvolver aparelhos mais eficientes, adaptáveis e simples para os indivíduos mais velhos. Livingstone et al. (2005) preveem que, se as tecnologias forem bem concebidas para os utilizadores, as exigências de literacia necessárias para o seu uso serão reduzidas. Sayago e Blat (2009), através de um estudo etnográfico da interação quotidiana das pessoas mais velhas com as TIC, confirmam que, quando as estas são fáceis de utilizar, as pessoas mais velhas aparentam ser utilizadores autónomos, e as experiências de uso são positivas.

Além disso, recomenda-se o próprio envolvimento dos adultos mais velhos nas escolhas do design, orientações de utilização e aspetos funcionais, uma vez que poderá atribuir maior interesse às novas tecnologias a eles direcionadas (Milligan & Passey, 2011). Em consonância com esta perspectiva, Selwyn et al. (2003) defendem que dever-se-á procurar envolver as pessoas mais velhas, de modo que contribuam para mudar as TIC, tornando-as, conseqüentemente, mais atrativas, interessantes, adequadas e úteis. Gil e Amaro (2011) realçam ainda a importância em envolver as pessoas em idades mais avançadas em processos de investigação.

Numa investigação acerca da utilização das TIC por parte dos indivíduos mais velhos, Dias (2012) sublinha um vasto leque de motivações. Este estudo, recorrendo a uma análise em profundidade, através da realização de entrevistas com pessoas em idades

compreendidas entre os 55 anos ou mais, e um inquérito por questionário a utilizadores de Internet e frequentadores de centros de emprego, realça que os adultos mais velhos, sobretudo homens, que utilizam menos a Internet para fins profissionais, utilizam-na para obter informação, comunicação, entretenimento, lazer e interação com as gerações mais jovens (como crianças e netos). As pessoas mais velhas, sobretudo mulheres e mais jovens, distinguem-se na sua utilização para a comunicação e interação com a família e amigos. Além disso, o estudo referido destaca outras desigualdades de idade e género entre a população com 65 ou mais anos, tais como a utilização mais comum da Internet pelos homens ou a aquisição de telemóveis de gerações tecnologicamente mais avançadas (e a sua utilização para outros fins) pelos “idosos” mais jovens.

Gil e Amaro (2010) sintetizam os domínios em que a investigação tem encontrado vantagens para os mais velhos na aprendizagem da utilização das TIC, nomeadamente, comunicação, amizade e ligação; emprego; entretenimento; e comércio. Helsper, van Deursen, e Eynon (2015) conceptualizam quatro tipologias de efeitos da utilização da Internet, nomeadamente económicos (ex. rendimento, bens, emprego e educação), pessoais (ex. saúde, lazer e realização pessoal), culturais (sentimento de pertença e identidade), e sociais (vínculos informais, ligações formais/cívicas, relações políticas/participação). Os autores salientam que os resultados variam entre os mais velhos e que as competências determinam a sua realização. A promoção de uma vida independente e saudável, através das TIC em fases mais avançadas da vida e num contexto de crescente envelhecimento populacional, tem sido igualmente alvo de reflexão, conceptualização e investigação científica. De acordo com Amaro e Gil (2011), existe um consenso de que as TIC permitem a melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas, contribuindo para que estas se mantenham mais saudáveis e que vivam de modo independente durante o máximo de tempo possível.

1.3.2. Literacia digital

Com a evolução das TICs, cada vez mais os indivíduos se deparam com a tecnologia no seu dia-a-dia. Neste sentido, existe a necessidade em se adquirir um conjunto de competências adicionais às exigidas pelas tecnologias.

É de suma importância que o indivíduo desenvolva um conjunto de competências relacionadas com o manuseamento da Internet, para se incluir na sociedade da informação, sendo que a mesma tem sido cada vez mais utilizada pela maioria da população em todo o mundo (Loureiro & Barbas, 2014). Com isto, evidencia-se que a literacia digital e a

literacia informacional são os requisitos mais exigidos neste novo mundo moderno (Loureiro & Barbas, 2014).

A literacia digital refere-se à capacidade que uma pessoa tem de executar, eficazmente, tarefas em ambientes digitais - incluindo a capacidade de ler e interpretar suportes para reproduzir dados e imagens através da manipulação digital, e avaliar e aplicar novos conhecimentos em ambientes digitais (Paul Gilster, 1997; Loureiro & Barbas). Por seu lado, a literacia informacional remete para a adoção de comportamentos de informação adequados para identificar, através de qualquer canal ou meio, informação bem-adaptada às necessidades de informação, conduzindo a uma utilização sensata e ética da informação na sociedade (Webber & Johnston, 2003:336). Deste modo, enquanto a primeira remete para as competências que um indivíduo deve possuir para manusear as TICs, a segunda destaca a importância do acesso à informação, bem como a avaliação e o uso ético dessa informação.

Segundo Lankshear e Knobel (2008:2), as definições conceituais de literacia digital, para além de possíveis aptidões específicas, remetem para aspetos cognitivos e socioemocionais para “atuar num ambiente digital”, como a consciência, a compreensão e as avaliações reflexivas. Já as definições normalizadas operacionais, assumem uma vertente comercial, na medida em que descrevem como ser “digitalmente letrado”, no que se refere a tarefas, demonstração de aptidões e desempenho, promovendo estes elementos “como um *standard* para uma adoção generalizada”. De destacar, contudo, que, de acordo com o autor supracitado, vários autores têm vindo a utilizar, ao longo dos tempos, o conceito de literacia digital para designar um conceito mais alargado (Lankshear & Knobel, 2008).

Para Ala-Mutka (2011:30), a literacia pode ser vista como um conceito básico em compreender a informação e comunicar com símbolos e regras culturalmente aceites, Segundo o autor, esta é fundamental e sustenta todas as outras literacias existentes, tais como “*Internet literacy*”, “*information literacy*”, “*ICT literacy*” e “*media literacy*”⁴.

Desta forma, Lankshear e Knobel (2008) consideram mais apropriado falar de “literacias digitais”, uma vez que dá a ideia da existência de várias literacias ou conjunto de competências que se devem relacionar com o intuito de se ser bem-sucedido na nova realidade das sociedades contemporâneas - a era digital.

Segundo Buckingham (2007), os indivíduos possuem diferentes níveis de acesso à tecnologia, pois o acesso à mesma depende sobretudo da classe social em que se inserem,

⁴ Alfabetização na internet; Literacia de informação, Literacia em TIC e Literacia mediática (tradução livre).

bem como do género. Desta forma, o acesso universal à literacia digital seria crucial para o combate à infoexclusão, sendo que cada vez mais, as TICs são usadas como meios de desenvolvimento económico, social, cultural e tecnológico. Para além da sua universalidade, a literacia digital deve conciliar conteúdos teóricos e práticos que garantam progressos no exercício ativo e crítico de todos os cidadãos (Buckingham, 2007).

Deste modo, para um indivíduo ser considerado digitalmente letrado, este deve ter a capacidade de saber quais as informações a aceitar e quais não aceitar, saber avaliar, comparar e interpretar a informação de diferentes fontes, criar novos conhecimentos, adaptando as informações, e divulgar informações para diferentes audiências (Lankshear e Knobel, 2008).

1.3.3. Literacia Digital da População Idosa e Divisão Digital

Apesar da literacia digital e a informação digital serem consideradas os requisitos mais exigidos pelas sociedades modernas, nem todos os indivíduos conseguem acompanhar totalmente esta evolução, principalmente os mais velhos (Loureiro & Barbas, 2014).

O grupo dos adultos mais velhos situa-se no lado negativo da “divisão digital. Este termo, não só identifica quem utiliza ou não a Internet, como também as gradações de exclusão digital, ou seja, a complexidade, profundidade, e variedade de utilização da Internet. As taxas mais baixas de utilização de computadores e da Internet entre as pessoas mais velhas assumem importantes implicações e custos sociais (McDonough, 2016). À medida que a Internet se torna mais integrada na vida quotidiana, os indivíduos que não a utilizam têm mais probabilidade de se tornarem mais marginalizados e desfavorecidos (McDonough, 2016).

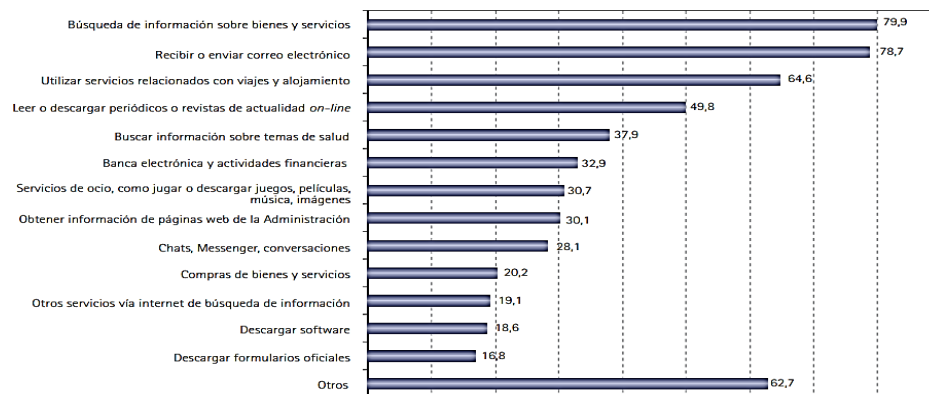
McDonough (2016) refere que a literatura atribui a divisão digital às características dos mesmos mais velhos, tais como níveis mais baixos de literacia informática, tecnofobia, falta de perceção da utilidade, bem como défices físicos e cognitivos. Já no que respeita aos jovens e jovens adultos, estes têm mais facilidade no manuseamento de novas tecnologias, sendo que já cresceram inseridos nesta nova realidade, enquanto os adultos mais velhos tiveram de aprender a se adaptar já em idades mais avançadas. Neste sentido, o autor supracitado acredita que o fator histórico seja a principal causa da divisão digital.

De acordo com Porter e Donthu (2006), com a idade os indivíduos mais velhos tendem a notar uma redução nas suas capacidades cognitivas para aprender e a ter perceções mais baixas da autoeficácia, no que diz respeito ao funcionamento cognitivo. Tendo em conta que, muitos dos indivíduos mais velhos têm uma experiência limitada na utilização de computadores e da Internet, é provável que tenham preocupações de autoeficácia relacionadas com a

aprendizagem no modo de utilização da Internet. Da mesma forma, as pessoas mais velhas tendem a ter crenças auto-referentes sobre as mudanças sentidas, relacionadas com a sua capacidade de desempenho, devido ao seu envelhecimento (Porter & Donthu, 2006),

Segundo Hertzog e Hultsch (2000:440), estas “crenças metacognitivas” podem afetar a decisão de um indivíduo mais velho em se envolver ou em evitar situações cognitivamente exigentes. Neste sentido, uma vez que muitos indivíduos mais velhos têm uma experiência limitada na utilização de computadores e da Internet, é provável que, aprender a utilizá-la, possa causar ansiedade, devido à ideia da dificuldade relacionada com a tarefa (Porter & Donthu, 2006). A decisão individual em adotar uma nova tecnologia, está relacionada com a quantidade de conhecimento e informação que se tem sobre como a utilizar adequadamente (Rogers, 1983). Indivíduos com um menor nível de educação, que é o caso da grande maioria dos adultos mais velhos, tendem a ter menos conhecimento de “como fazer” (Rogers, 1983), ou seja, não estão instruídos para saber manusear adequadamente as novas tecnologias. Este fator, associado à idade e, por consequência, às limitações físicas e cognitivas, leva a que as pessoas mais velhas se sintam receosas em aprender algo novo e complexo (McDonough, 2016). Além disso, é de realçar que, alguns dos adultos mais velhos optam por não utilizar computador ou não aceder à Internet por não verem relevância/utilidade (Schreurs et al., 2017). Contudo, há adultos mais velhos que mostram interesse e entusiasmo em descobrir novos meios de comunicação e informação, mas que não sabem como o fazer e têm dificuldade em encontrar quem os ajude (Schreurs et al., 2017). Apesar disso, Schreurs et al. (2017) referem que existem adultos mais velhos que utilizam computadores e Internet, muitas das vezes através do suporte familiar.

De acordo com o estudo intitulado “*Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*” (IMSERSO, 2009:299), os principais serviços digitais usados pelos adultos mais velhos são: a pesquisa de informação (79,9%) e emails (78,7%). Além disto, existem funções que poderão ser consideradas como úteis para este grupo social, como encontrar informações sobre problemas de saúde (37, 9%), obter informações através de *websites* sobre as autoridades (30,1%) ou descarregar formulários oficiais (16,8%) (figura 1.8).

Figura 1.8. Serviços de Internet utilizados para fins privados nos últimos três meses, 2007

Fonte: INE (2007) in IMSERSO (2009:299).

Focando nos métodos de aquisição de conhecimentos informáticos, 75,5% eram autodidatas, 60,6% tinham aprendido através de pessoas no seu ambiente social e 30,9% em centros de cursos para formação de adultos (IMSERSO, 2009).

O relatório da EPTA (Gil et al., 2019), no que diz respeito a Portugal, também identifica algumas razões pelas quais os adultos mais velhos utilizam o computador e a Internet, sendo essas, para obter informações sobre as notícias (78,06%), para adquirir novos conhecimentos e competências (72,26%), para comunicar com a família e amigos (61,29%), para lidar com a solidão (60,00%), para entretenimento (56,13%), para monitorizar o modo de vida moderno (45,16%) e, por último, para manter a autonomia (36,77%)

Apesar do uso das TIC ter vindo a aumentar entre as pessoas mais velhas, ainda existe uma diferença significativa entre esta faixa etária e as faixas etárias mais jovens (Song et al., 2021). Mais recentemente, como foi possível verificar, no que se refere à utilização das tecnologias durante a pandemia da COVID-19, os adultos mais velhos foram largamente excluídos da sociedade virtual, devido à divisão digital relacionada com a idade (Song et al., 2021), sendo que muitos não têm *smartphones* e/ou *Internet* em casa. O acesso ao uso das TIC é influenciado por variáveis tais como o rendimento, a educação e a participação no mercado de trabalho, o que pode explicar alguma da desigualdade entre os mais jovens e os mais velhos, mas também entre os próprios adultos mais velhos (Song et al., 2021).

Em Portugal, segundo os dados do INE (Pordata, 2022c), no ano 2021, como observável na tabela 1.3., a maior percentagem de indivíduos utilizadores de Internet localizava-se no grupo etário dos 16-24 anos (99,7%) e os 25-34 anos (98,4%), enquanto a menor percentagem encontrava-se no grupo etário dos 65+ anos (47,7%). Contudo, quando comparada a utilização da Internet por grupo etário, entre 2011 e 2021, verifica-se um aumento

significativo nos grupos etários em idades mais avançadas, tendo-se observado um aumento de 42,5%, no grupo etário dos 45-54 anos, 42,7% no grupo dos 55-64 anos e 35,2% no grupo dos 65 e mais anos. Deste modo, é possível afirmar que, o uso da Internet decresce à medida que a idade aumenta.

Tabela 1.3. Utilizadores de Internet, por grupo etário (%), 2011 e 2021

Anos	Utilização de Internet por grupo etário						
	Total	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
2011	55,3	92,7	82,1	70,6	45,7	28,3	12,5
2021	82,3	99,7	98,4	96,4	88,2	71,0	47,7

Fonte de dados: adaptado do INE, Pordata (2022c).

Ao nível europeu, segundo Abad (2014), os dados referentes aos Indicadores da Agenda Digital 2011, no qual o Pilar 6 foi dedicado à competência digital, permitem evidenciar que, enquanto 90% dos indivíduos com idades entre os 16 e 24 anos eram utilizadores regulares da Internet, apenas 46% das pessoas entre 55 e 64 o eram. Esta proporção estaria a diminuir para 25% entre as pessoas dos 65 aos 74 anos. Este segmento, por sua vez, reduz-se até menos de 20%, quando se trata de pessoas entre os 55 e 74 anos com baixos níveis de educação. Com base nestes dados, é possível afirmar que existia uma fratura digital geracional, definida como "diferenças no acesso e utilização das TIC em diferentes ambientes sociais" (Abad, 2014:175).

No que concerne à utilização da Internet por nível de escolaridade, de acordo com os dados disponibilizados pelo INE (2022d), visíveis na tabela 1.4, em 2021, a maior percentagem de utilizadores localizava-se em indivíduos com ensino superior (98,7%), estando de seguida os com o ensino secundário (96,9%) e os com o ensino básico (63,3%), respetivamente. De notar, no entanto, que as percentagens entre o ensino secundário e o ensino superior estão muito próximas, não apresentando diferenças significativas. Além disso, verifica-se que, entre 2011 e 2021, houve um aumento de uso da Internet nos três níveis de escolaridade, sobretudo no ensino básico.

Tabela 1.4. Utilizadores de Internet, por nível de escolaridade (%), 2011-2021

Anos	Utilização de Internet por nível de escolaridade			
	Total	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
2011	55,3	37,3	93,3	94,8
2021	82,3	63,3	96,9	98,7

Fonte de dados: adaptado do INE, Pordata (2022d)

Deste modo, evidencia-se, através das tabelas 1.3 e 1.4, um decréscimo do uso da Internet à medida que a idade aumenta e o nível de escolaridade diminui.

CAPÍTULO 2 – EXPLORAÇÃO

2.1. As tecnologias nas fases mais avançadas da vida: modelos teóricos/conceituais

Nas últimas décadas, várias tecnologias de necessidades especiais foram desenvolvidas com o objetivo de apoiar as pessoas mais velhas (Azimi et al., 2016; Khosravia e Ghapanchi, 2016; Padilla, 2008), incluindo a "Internet das coisas". Segundo Giusto et al. (2010, in Azimi et al., 2016: 2787), a "Internet das coisas" refere-se para a (...) *pervasive presence around us of a variety of things or objects – such as Radio-Frequency Identification (RFID) tags, sensors, actuators, mobile phones, etc. – which, through unique addressing schemes, are able to interact with each other and cooperate with their neighbors to reach common goals*⁵. Azimi et al. (2016), baseando-se na “Internet das coisas”, agrupam as diversas aplicações e serviços em cinco categorias, tais como (1) a monitorização da saúde (ex. monitorização de medicamentos), (2) monitorização da nutrição (ex. monitorização do peso), (3) monitorização da segurança (ex. deteção de quedas); (4) localização e navegação (ex. localização interior e planeamento de percursos, e (5) redes sociais (ex. compras online).

A revisão de literatura desenvolvida por São José et al. (2015), identifica os principais modelos teóricos/conceituais adotados na investigação empírica sobre o tema das tecnologias nas fases mais avançadas da vida: a Teoria Unificada de Aceitação e Uso de Tecnologia; o Modelo Teórico para Explicar os Comportamentos de Adoção de Tecnologia Inteligente por parte de Consumidores mais Velhos; o Modelo Teórico de Adoção e Uso de Tecnologia de Apoio por Parte de Pessoas Mais Velhas; o Novo Enquadramento para Teorizar e Avaliar a Não-adoção, Abandono, e Desafios para a Ampliação, Disseminação e Sustentabilidade das Tecnologias de Saúde e Cuidados.

2.1.1. Teoria Unificada de Aceitação e Uso de Tecnologia

A Teoria Unificada de Aceitação e Uso de Tecnologia (*The Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* - UTAUT) (Venkatesh et al., 2012), surge como uma das teorias mais utilizadas e conhecidas nos estudos sobre as tecnologias nas fases mais avançadas da vida (Tan & Chan, 2018). Esta teoria remete para o uso efetivo de uma tecnologia específica e a intenção de usar uma determinada tecnologia. Na primeira característica, fazem parte: a expectativa de desempenho; expectativa de esforço; influência

⁵ presença generalizada à nossa volta de uma variedade de coisas ou objetos - tais como etiquetas de identificação por radiofrequência (RFID), sensores, atuadores, telemóveis, etc. - que, através de esquemas de identificação únicos, são capazes de interagir uns com os outros e cooperar com os seus vizinhos para alcançar objetivos comuns (tradução livre).

social; condições facilitadoras; motivação hedonista; valor do preço, e hábito (Venkatesh et al., 2012). De acordo com a lógica de Venkatesh et al. (2012), no que toca à expectativa de desempenho, esta refere-se à percepção dos benefícios que o uso de uma tecnologia trará para a realização de certas atividades. A expectativa de esforço consiste no grau de esforço exigido para o uso de uma tecnologia. Já a influência social, remete para situações em que outras pessoas, sobretudo familiares e amigos, influenciam o consumidor a usar uma determinada tecnologia. As condições facilitadoras incluem recursos e apoios disponíveis para usar uma determinada tecnologia. A motivação hedonista remete para o possível prazer ou satisfação retirado do uso de uma tecnologia. O valor do preço é definido como a troca entre os benefícios e o custo monetário do uso de determinada tecnologia. De modo mais específico, o valor do preço é positivo quando os benefícios retirados do uso de uma tecnologia são percebidos como sendo superiores aos custos do uso. Por último, o hábito refere-se, sobretudo, a usos anteriores de tecnologias. De notar que esta teoria inclui, ainda, três variáveis moderadoras, nomeadamente a idade, género, e experiência.

Apesar do seu largo reconhecimento, esta teoria tem sofrido várias críticas, sendo a negligência dos aspetos contextuais a que mais se destaca. Estes aspetos, tanto de natureza micro, como meso e macro, podem influenciar o uso de tecnologias (Tan & Chan, 2018) e remetem para o nível de educação e de rendimentos, a rede de suporte familiar e os contextos político e económico. Segundo Tan e Chan (2018), esta limitação aponta para a necessidade de se mobilizar uma perspetiva mais estrutural no desenvolvimento de modelos conceptuais, em futuras investigações sobre a aceitação e uso de tecnologias.

2.1.2. Modelo Teórico de Adoção e Uso de Tecnologia por pessoas mais velhas

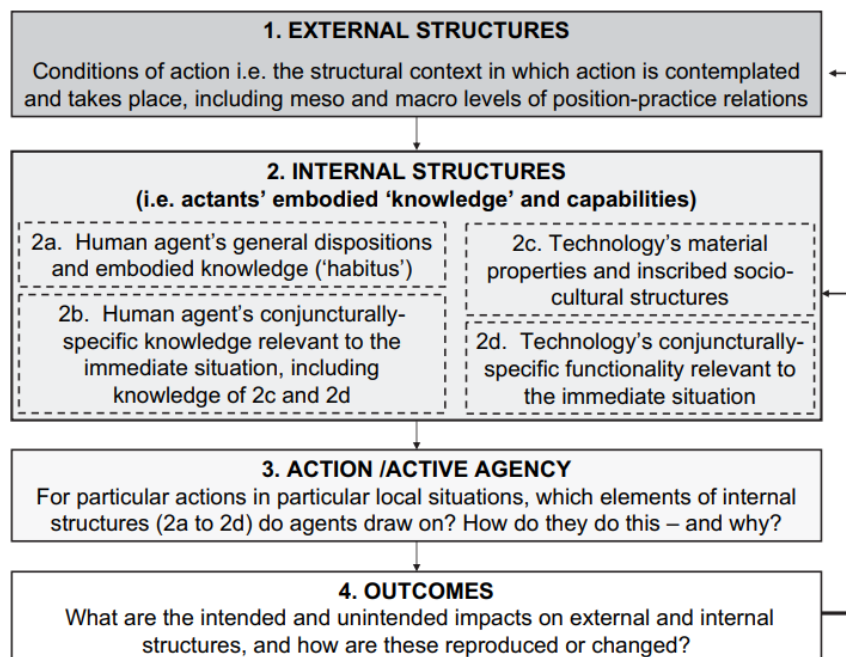
No domínio da saúde e dos cuidados prolongados, Greenhalgh et al. (2013) propuseram um Modelo Teórico de Adoção e Uso de Tecnologia por pessoas mais velhas que tomou como ponto de partida a noção de Sayer: "o que é importante para as pessoas", especialmente as histórias pessoais, configurações materiais, e redes de relacionamentos dentro das quais as vidas das pessoas são vividas e fazem sentido (Sayer, 2001 em Greenhalgh et al 2013: 88). Para além desta noção, Greenhalgh et al. (2013) mobilizam a perspetiva fenomenológica de Merleau-Ponty, que sugere que a incorporação é a base para a experiência (subjéctiva) e que a percepção corporal é a base para a ação concreta. Merleau-Ponty (1962, em Greenhalgh et al 2013:88) propôs a centralidade de um "esquema corporal" (um esquema dinâmico que se refere à capacidade de se envolver física e cognitivamente com o mundo, de modo a tornar as ações possíveis, em que o

corpo é "polarizado pelas suas tarefas"; e a "intencionalidade motora" (um corpo pré-reflexivo e inteligente da consciência de si e do ambiente). O esquema corporal, bem como as formas mais reflexivas de intencionalidade, permitem às pessoas mais velhas, uma vez doentes ou incapacitadas, participar no mundo.

Relativamente à tecnologia, esta é entendida por Greenhalgh et al. (2013) como mediadora da relação entre o indivíduo e o mundo. De acordo com Brittain et al. (2010:274), se a tecnologia estiver avariada ou em falta, a sua "transparência fenomenológica" é alterada e pode funcionar como uma interferência opaca entre a pessoa e o mundo. Por conseguinte, as tecnologias podem ser capacitantes e incapacitantes, fortalecedoras e enfraquecedoras. Importa referir que, segundo estes autores, as tecnologias não são neutras, mas situadas dentro de contextos específicos (*Idem*, 2010).

Greenhalgh et al. (2013) adotaram ainda a Teoria da Estruturação Forte desenvolvida pelo sociólogo Rob Stones, adaptada de modo a considerar a dimensão tecnológica (Greenhalgh & Stones, 2010). Greenhalgh e Stones (2010) realçam uma das principais características da Teoria da Estruturação Forte, nomeadamente a relação recorrente entre estrutura e ação, uma vez que a estrutura, além de ser uma condição da ação, é também um resultado da ação. Além disso, os autores distinguem estruturas externas de estruturas internas – figura 2.1.

Figura 2.1. Teoria da estruturação forte incorporando uma dimensão tecnológica



Fonte: Greenhalgh e Stones (2010:1290, adaptado de Stones, 2005).

As estruturas externas remetem para as condições da ação, e portanto, o contexto estrutural em que a ação é ponderada e ocorre, assumindo meso e macro níveis de redes de posições-práticas (ex. rede de posições, ocupadas por indivíduos e tecnologias, e relações entre posições) (Greenhalgh & Stones, 2010). Por seu lado, as estruturas internas remetem para as disposições gerais (mentais e corporais) e o conhecimento incorporado, que corresponde à ideia de “*habitus*” desenvolvida pelo sociólogo Pierre Bourdieu (*Idem*, 2010).

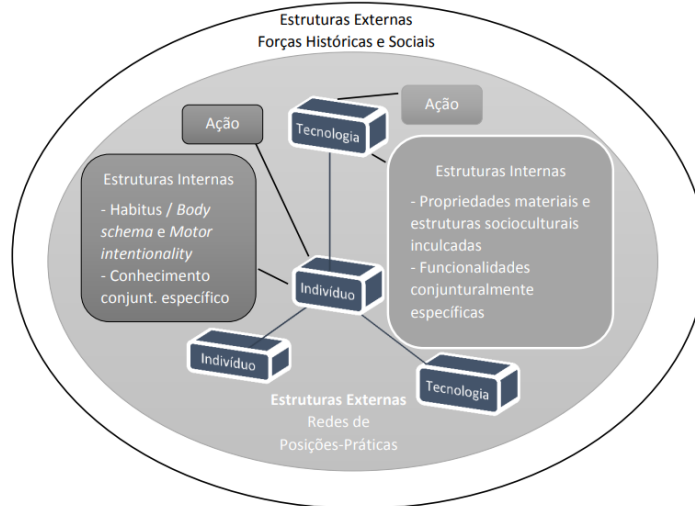
O conhecimento conjunturalmente específico pode ser pensado em termos da terminologia amplamente citada (mas altamente abstrata) originalmente utilizada pelo sociólogo Anthony Giddens (1984): o conhecimento das estruturas de significação (esquemas interpretativos); das normas e expectativas sociais (estruturas de legitimação); e da distribuição do poder (estruturas de dominação), presentes em cada situação de interação social. Ao nível da tecnologia, este conhecimento remete para o conhecimento das propriedades materiais das tecnologias e das estruturas socioculturais nestas inscritas (ex. modelos de decisão e acessos privilegiados), e das suas funcionalidades (funcionalidades relevantes em cada situação) (Greenhalgh & Stones, 2010).

A ação mencionada no modelo referido remete tanto para os indivíduos como para as tecnologias, embora os autores (*Idem*, 2010) defendam que os indivíduos e as tecnologias não atuam do mesmo modo.

As estruturas sociais são incorporadas e reproduzidas tanto por agentes sociais como por tecnologias. Os indivíduos utilizam as tecnologias de formas particulares, criando, assim, uma tecnologia em uso através da qual são constituídos tanto um contexto particular como um significado social. As tecnologias também desempenham o seu papel na reprodução e mudança das estruturas sociais em duas vertentes. Primeiro, a Teoria da Estruturação Adaptativa, do qual as estruturas sociais podem ser construídas e incorporadas na tecnologia de uma forma muito concreta e material, como domínios de dados e modelos de decisão (DeSanctis & Poole, 1994). Outra vertente é a Teoria da Estruturação Tecnológica que considera como os atores organizacionais, trabalhando em torno de objetivos comuns, se envolvem num processo de adaptação do significado, propriedades e aplicações das tecnologias a um determinado contexto, e num processo paralelo de adaptação do contexto à tecnologia; este processo está aninhado na dualidade global entre estrutura e agência (Orlikowski et al., 1995).

Para sumarizar e clarificar o Modelo Teórico de Adoção e Uso de Tecnologia por pessoas mais velhas, São José et al. (2019) desenvolveram o seguinte esquema:

Figura 2.2. Modelo Teórico de Adoção e Uso de Tecnologia por pessoas mais velhas



Fonte: São José et al. (2019:8).

Tendo em consideração a Teoria da Estruturação Forte, Greenhalgh et al. (2013: 89) propõem cinco questões para orientar a análise da adoção e uso de tecnologias de apoio pelas pessoas mais velhas:

1. Qual é o contexto social, cultural e histórico em que o participante está a experienciar o envelhecimento e a doença crónica?
2. Qual é a sua experiência de doença, envelhecimento e (se apropriado) declínio e morte iminente? Em particular, o que se pode dizer sobre a sua existência no mundo e sobre o seu esquema corporal e intencionalidade motora?
3. O que é importante para o participante? Quais são as suas principais relações e com quem ou o que mais lhes interessa?
4. Quais são as tecnologias-chave na sua casa e na sua vida? Até que ponto, e de que forma, estas tecnologias estão materialmente "prontas para serem utilizadas" (permitindo e capacitando)? Se não estão "a funcionar", porquê?
5. O que acontece particularmente em situações da vida real quando o participante contempla (ou poderia contemplar) a utilização de uma tecnologia de assistência e quais são as consequências disso para eles e para as pessoas que lhes interessa? Em tais situações, como é que eles se aproveitam das suas disposições culturais enraizadas e esquemas de corpo ("*habitus*") e sobre a materialidade de tecnologias disponíveis para alcançar o que é importante para eles? Se optarem por não utilizar uma tecnologia de assistência, como se explica isto com referência ao hábito e materialidade?

2.2. Tecnologias de necessidades especiais para pessoas mais velhas

O desenvolvimento da chamada “tecnologia convencional” ou das TIC gerais tem sido acompanhado pelo desenvolvimento de tecnologia direcionada para segmentos da população com necessidades especiais (onde se incluem as pessoas mais velhas), a que McCreadie (2010) dá o nome de “tecnologia de necessidades especiais” (*special needs technology*). Esta tele-cuidados (*telecare*) (McCreadie, 2010).

A tecnologia de apoio consiste em “*products and services designed with the aim of promoting independence for older people and people with disabilities*”⁶ (McCreadie, 2010: 608). De acordo com Lansley e colaboradores (2004), esta tecnologia distribui-se por três grandes tipos: a) portátil (ex. cadeira de rodas e andarilhos); b) fixa (dispositivos instalados em alojamentos, como por exemplo elevadores e rampas); c) eletrónica (dispositivos que requerem energia elétrica ou energia armazenada em baterias, tais como alarmes e aparelhos de abertura de portas).

Os contínuos avanços tecnológicos têm vindo a permitir, cada vez mais, que as pessoas mais velhas se mantenham seguras e confortáveis em casa, ao mesmo tempo que proporcionam a “paz de espírito” aos membros da família (*Right at home*, 2017). O acompanhamento tecnológico domiciliário, tem vindo a tornar-se mais acessível e fácil de usar. Os sensores, os dispositivos robóticos de saúde, monitorização por vídeo, telemedicina, aplicações móveis, automação doméstica, dispositivos sensoriais de quedas, são alguns dos dispositivos tecnológicos domiciliários (tabela 2.1) que permitem que as pessoas mais velhas envelheçam na sua casa /comunidade, indo ao encontro do desígnio do AiP (*Right at home*, 2017).

Tabela 2.1. Tecnologias de apoio para pessoas mais velhas

Sensores	A instalação de sensores em casa pode detetar uma alteração de rotina, movimentos anormais e quedas. Os tapetes sensoriais debaixo dos colchões, monitorizam os padrões de sono, ritmo cardíaco e respiração.
Dispositivos robóticos de saúde	Tecnologia centrada na saúde usada através de pulseiras, camisas biométricas, óculos de proteção e outras medidas.
Monitorização por vídeo	Os adultos mais velhos podem comunicar com os familiares e amigos através de câmaras de vigilância ou videoconferência.
Telemedicina	Através de smartphones e outros dispositivos móveis, as aplicações podem lembrar os adultos mais velhos para tomarem os seus medicamentos, ou medir a glicose ou a temperatura do corpo no local, ou ajustar o volume da audição.

⁶ produtos e serviços concebidos com o objetivo de promover a independência das pessoas mais velhas e das pessoas com deficiência (tradução livre).

Aplicações Móveis	Os dispositivos robotizados permitem aos médicos completar remotamente as consultas médicas em tempo real. À distância, os clínicos podem também seguir os percursos do ritmo cardíaco para pacientes mais “idosos” com doenças cardíacas ou que estão em risco de acidente vascular cerebral ou ataque cardíaco.
Automação Doméstica	Dispositivos inteligentes de autodefinição simplificam as tarefas diárias, tais como abrir ou fixar janelas e portas, desligar certos aparelhos, baixar as bancadas e prateleiras, e ajustar a temperatura da casa.
Sensores de Quedas	PERS (<i>personal emergency response system</i>) e sensores passivos detetam e avaliam uma queda e alertam a mesma à rede de suporte próxima do utente ou as autoridades.

Fonte: adaptado de *Right at home* (s/d).

Várias revisões sistemáticas da literatura apontam as tecnologias mais usadas pelos adultos mais velhos: TIC gerais (Khosravi & Ghapanchi, 2016); Robótica (Khosravi & Ghapanchi, 2016; Khosravi et al., 2016; Damant et al., 2017; Song et al., 2019); Telemedicina (Khosravi & Ghapanchi, 2016; Damant et al., 2017; Karlsen et al., 2017); Teleassistência (Khosravi et al., 2016; Damant et al., 2017; Karlsen et al., 2017); Tecnologia sensorial (Khosravi & Ghapanchi, 2016); Aplicações de gestão de medicamentos (Khosravi & Ghapanchi, 2016); Videojogos (Khosravi & Ghapanchi, 2016; Khosravi et al., 2016). Como tecnologias de assistência à comunicação, Antunes et al. (2018) identificam quatro categorias, nomeadamente a tecnologia de assistência para pessoas com problemas de fala; robôs ou sistemas de videoconferência; TICs, e outros tipos de tecnologia de assistência para comunicação, tais como aparelhos auditivos e livros de recortes.

A categoria das TIC gerais inclui tecnologias como, a utilização do computador e a Internet. Os estudos selecionados na pesquisa realizada por Khosravi et al. (2016) centram-se na forma como a utilização destas tecnologias tem impacto nos diferentes aspetos da vida do adulto mais velho. O estudo desenvolvido, pelo autor supracitado, permitiu que o mesmo verificasse que as pessoas mais velhas usam estas tecnologias para comunicar com a família e amigos ou para lidar com mudanças no estilo de vida.

A telemedicina serve para proporcionar consultas especializadas à distância, incluindo diagnósticos e tratamentos que são feitos através de dispositivos de telecomunicação. Esta é utilizada num sentido mais restritivo em casa e envolve a utilização das TIC para monitorizar e gerir o estado do doente à distância (Acero et al., 2015).

Segundo o relatório *Barómetro da Adopção da Telesaúde e Inteligência Artificial no Sistema de Saúde* (BTIA), a telesaúde/telemedicina, como componente dos cuidados de saúde digitais, é adotada pela maioria das instituições/organizações que prestam serviços de saúde (Magalhães, 2019). Os serviços de telemedicina mais fornecidos, como as consultas médicas e monitorização, ocorrem em tempo real (Magalhães, 2019). De

acordo com a grande maioria dos profissionais de saúde que participaram neste estudo, a tele saúde tem um papel fulcral na monitorização remota dos utilizadores com doenças crónicas, na partilha de dados clínicos que contribuem para um nível mais elevado de conformidade do utilizador com as terapias prescritas, e para o decréscimo do número de readmissões hospitalares. Além disso, evidenciou-se ainda que 47% dos respondentes acredita que a telemedicina melhora a relação entre os seus utilizadores e os profissionais (Magalhães, 2019).

De notar que o estudo referido identificou também algumas perspetivas dos profissionais de saúde, no que diz respeito às principais barreiras à implementação dos serviços de tele saúde, nomeadamente a redução da cobertura da Internet de banda larga e acesso à Internet, baixo nível de literacia dos utilizadores do serviço, baixo nível de profissionais de saúde e de motivação para utilizar a tele saúde (Magalhães, 2019). Segundo o Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, em 2006, apenas 0,3% dos respondentes usaram serviços médicos/saúde online (Cardoso e Espanha, 2007).

Por seu lado, a teleassistência é entendida como um apoio remoto 24 horas por dia, sendo a assistência prestada através de alarmes e equipamentos de monitorização (por exemplo, alarme pendente, almofada de enurese), permitindo a deteção, bem como a resposta imediata a emergências/necessidades pessoais (ex., queda) ou eventos domésticos adversos (ex., inundação, fumo) (Karlsen et al., 2017; Cruz Vermelha Portuguesa, 2022). De notar que este serviço pode ser utilizado em casa, mas também na rua. Este conceito compreende várias tecnologias que promovem a segurança e proteção das pessoas em casa.

Esta tecnologia de apoio, segundo Stowe et al. (2010), pode ser classificada em três categorias: primeira geração, segunda geração e terceira geração. Os dispositivos de primeira geração, são a forma mais simples de teleassistência, sendo que incluem um botão de alarme que é acionado pelo utilizador (alarmes ativos) e usado no pulso (mais popular) ou pescoço; os sistemas de teleassistência de segunda geração utilizam uma gama de sensores que detetam perigos específicos, e não exigem que os utilizadores os acionem (alarmes passivos); e os de terceira geração, possuem capacidades mais complexas que se constituem na "monitorização do estilo de vida", em que os dados são enviados para um portal de Internet que pode ser supervisionado e avaliado pelos prestadores de cuidados (Stowe et al., 2010).

Estes dispositivos de alarme pessoal para pessoas mais velhas permitem que estas carreguem no botão de pânico localizado frequentemente no pulso, em forma de relógio, sempre que necessário. Quando pressionado, a chamada é automaticamente atendida por um operador

da central, com formação na área social de socorrismo, emergência, gerontologia, informática, telemarketing e no contacto direto com dependentes (Cruz Vermelha Portugal, 2022).

A Tecnologia sensorial é concebida para identificar e alertar os prestadores de cuidados e pacientes sobre eventos críticos tais como, quedas. O rápido desenvolvimento de vários tipos de tecnologias sensoriais, deveu-se à ideia de uma vida independente e de prevenção de quedas (Karlsen et al., 2017).

Já as intervenções robóticas, ajudam a dar um sentido de presença social e comunicação (Beer & Takayama, 2011). No estudo desenvolvido por Khosravi e Ghapanchi (2016) foram identificados dois sistemas diferentes, a partir de quatro estudos incluídos nesta categoria. O primeiro consiste num robô de estimação, que oferece as mesmas vantagens que têm sido encontradas na terapia assistida por animais, tais como a redução da solidão e isolamento social, sem o risco de infeção. Já o segundo remete para um robô que fala, proporcionando diferentes abordagens na redução da solidão e/ou do isolamento social. De notar que seis dos sete estudos nesta categoria relataram uma diminuição do isolamento social e da solidão entre os mais velhos. De acordo com Khosravi e Ghapanchi (2016), os robôs respondem às necessidades individuais, no caso dos adultos mais velhos, estes são utilizados para manter a mobilidade ou a ligação social.

As pessoas em idades mais avançadas, especialmente com doenças crónicas, enfrentam a complexa tarefa da gestão de medicamentos. Neste sentido, para aumentar a precisão da administração de medicamentos, as aplicações de gestão de medicamentos são concebidas através de serviços de lembrete, podendo incluir dispensadores de medicamentos e aplicação de telefone inteligente (Khosravi & Ghapanchi, 2016).

Existem ainda, segundo Khosravi e Ghapanchi (2016), os videojogos (de natureza interativa) que são vistos como um instrumento terapêutico de relaxamento e entretenimento (Khosravi & Ghapanchi, 2016). De acordo com o estudo levado a cabo pelos autores supracitados, várias investigações mostram que utilizar videojogos tem um efeito positivo na estimulação cognitiva e física dos indivíduos. Segundo Schoene et al. (2013), um novo *exergame* (*exercise game*) envolvendo formação por etapas, pode proporcionar uma alternativa de exercício agradável para prevenir quedas em pessoas mais velhas. Videojogos interativos, baseados no exercício (*exergames*) que combinam o movimento do jogador, envolvendo recreação, feedback de desempenho e conectividade social através de competições, têm demonstrado a promoção da motivação e da aderência para o exercício físico entre as crianças e jovens adultos (Maddison et al., 2007; Baranowski et al., 2008).

De referir que as tecnologias, como a robótica, sensores e telemedicina, são as que mais têm sido aplicadas para ajudar as pessoas mais velhas a viver de forma independente (Khosravi & Ghapanchi, 2016). A robótica e as TIC gerais estão entre as tecnologias concebidas para ajudar as pessoas mais velhas na melhoria do seu nível de atividade física e redução do isolamento social. Estas tecnologias assumem, desta forma, um impacto positivo sobre os aspetos sociais e emocionais, bem-estar e isolamento social dos adultos mais velhos, contribuindo para o aumento da sua ligação com a sociedade (Khosravi & Ghapanchi, 2016; Khosravi et al., 2016).

2.3. Experiência das pessoas mais velhas no uso de tecnologia de necessidades especiais

2.3.1. Fatores intervenientes na aceitação e uso de Tecnologias

A aceitação e uso de tecnologias de apoio depende de fatores que podem ser vistos como motivadores ou limitadores.

Aceitação e uso de tecnologias

O estudo realizado por De San Miguel et al. (2015) evidencia que, quanto aos compradores do alarme, estes classificaram como razões importantes para a compra de um sistema de alarme: o medo de cair e não conseguir levantar-se (89%), viver sozinhos (83%) e por desejo da família (80%), Para os não-compradores, o custo elevado foi a principal barreira (77%). De notar que os compradores de um alarme (média = 82,6 anos) eram significativamente mais velhos e dependentes do que os não-compradores (média = 79,3 anos) (de San Miguel et al., 2015). Num outro estudo, 90% dos participantes utilizaram as tecnologias de apoio para manter a sua independência e minimizar o risco inesperado (McKenna et al., 2015). De referir que, os membros da família também desempenham um papel importante na adoção destas tecnologias (Luijckx et al., 2015).

Contudo, De San Miguel et al. (2015), no seu estudo, verificaram que as atitudes em relação às tecnologias de assistência eletrónica são diferentes, sendo que, os inquiridos que tiveram um alarme pessoal sublinharam a sensação de segurança, mas muitos dos não-compradores mencionaram que se sentiriam realmente “velhos” se sentissem a necessidade de um alarme pessoal.

O desejo de envelhecer em casa, ou pelo menos na comunidade onde se vive, de modo independente, enquanto possível, por vezes leva à aceitação das tecnologias de assistência que permitem a sua realização, mas não em todos os casos (Steggel et al.,

2010). Outros fatores prendem-se com a familiaridade do adulto mais velho com a tecnologia eletrónica moderna e a correspondência entre o tipo de habitação e certos tipos de tecnologia (Steggel et al., 2010). Finalmente, há a questão de saber se a tecnologia é compatível com os antecedentes culturais do adulto mais velho: “Um valor exclusivamente coreano emergiu na discussão do monitor do sono. Morrer enquanto dorme é considerado uma grande sorte na tradição coreana. Os participantes estavam preocupados que a tecnologia pudesse interferir com a sua sorte” (Steggel et al., 2010: 442).

De referir que, segundo Peek et al. (2014), existem três variáveis que não estão presentes nas investigações qualitativas revistas, e que influenciam a aceitação de dispositivos eletrónicos de segurança, tais como a idade (influência negativa), nível de escolaridade (influência positiva), e residência rural (influência positiva).

Vassli e Farshchian (2017), na sua revisão sistemática da literatura sobre a aceitação das TIC direcionadas para a saúde por parte das pessoas mais velhas que vivem na comunidade, concluíram que, de modo geral, estas revelam uma posição positiva em relação às TIC. Contudo, dever-se-á considerar alguns fatores que influenciam o nível de aceitação destas tecnologias por parte das pessoas mais velhas. Deste modo, estas só aceitam usar as tecnologias mencionadas se: a) promoverem a independência; b) promoverem a segurança (*security*) e a proteção (*safety*); c) permitirem socializar e gerir o estado de saúde; d) possibilitarem o acesso a informação online; e) auxiliarem nas atividades quotidianas ; f) auxiliarem na resolução de possíveis problemas com o uso; g) garantirem o acesso a formação adequada.

De notar que, a aceitação da tecnologia também dependerá, segundo Selwyn (2004), do nível de envolvimento das pessoas mais velhas no processo de elaboração das tecnologias, sendo que poderá permitir que estas vejam a sua utilidade.

Greenhalgh et al. (2013:87) referem que, tanto a aceitação como o uso de tecnologias pela população mais velha dependerão do significado cultural de cada tecnologia. Esta evidência pode ser vista, por exemplo, nalgumas tecnologias (como os *iPads*) que representam o “estatuto social, independência, modernidade e juventude”, enquanto outras, nomeadamente os alarmes ou detetores de incontinência, já simbolizam precisamente o oposto, como o “estigma, dependência, decadência e perda de juventude”.

Charness (2003) identifica cinco condições para o uso bem-sucedido das tecnologias por parte de pessoas mais velhas, nomeadamente o *design*, o acesso, a motivação/atitude, a habilidade e a formação.

Barreiras à aceitação do uso de tecnologia de necessidades especiais

Peek et al. (2014), evidenciou, na sua revisão sistemática da literatura, algumas barreiras à aceitação das tecnologias. O custo foi a preocupação mais significativa para os participantes mais velhos. A privacidade foi outra preocupação mencionada em metade dos artigos revistos por Peek et al. (2014), embora (alguns) participantes de diferentes estudos terem mencionado que estariam dispostos a abdicar da privacidade, desde que a utilização da tecnologia fosse benéfica para eles.

Steele e Gray (2009), através do seu estudo verificaram que uma vasta gama de preocupações está relacionada com a usabilidade, no sentido em que pessoas mais velhas mencionaram ter receio que a tecnologia pudesse ser difícil ou impraticável. Alguns participantes mostraram-se preocupados em não ter qualquer controlo sobre a ativação e desativação da tecnologia. Além disso, os participantes expressaram, regularmente, preocupações quanto às consequências da utilização da tecnologia, tal como o fardo que esta pode representar para os seus filhos no seu papel de cuidadores familiares, ou os possíveis efeitos negativos para a sua saúde pessoal: “Podem as ondas do rádio sensor dar cancro? Penso que é com isto que eu estaria preocupado” (2009:793). Outros estavam preocupados que a utilização da tecnologia não permitisse atingir o seu objetivo e ser ineficaz. Quanto ao aspeto da tecnologia, os adultos mais velhos expressaram ainda a preocupação de a tecnologia poder ser demasiado perceptível ou intrusiva nas suas casas (Steele e Gray, 2009).

No estudo de Porter (2005:31) os participantes estavam preocupados que as pessoas pudessem aperceber-se de que estão de má saúde ou fragilizados, uma vez que são vistos a usar uma tecnologia específica para os “mais frágeis”. Este medo de estigmatização pode ser a barreira mais poderosa para a não aceitação do uso das tecnologias de apoio. Um dos utilizadores de alarme pessoal afirmou que é como usar um “distintivo de desonra” (2005:31). Além disso, quando os adultos mais velhos pensam em usar alarmes pessoais ou sensores de monitorização de saúde, estes ficam preocupados em se esquecer de os usar, perdê-los ou usá-los acidentalmente (Porter, 2005).

Gil et al. (2019), na sua revisão da literatura, também destacaram como barreiras à aceitação das TIC: a violação da privacidade; perda de proteção (*safety*); dificuldades cognitivas (como por exemplo, perdas de memória), e estigmatização (associação destas tecnologias a dependência, velhice, doença e institucionalização).

2.3.2. *Eficácia das tecnologia de necessidades especiais*

Damant et al. (2017), na sua revisão sistemática da literatura, verificaram que os impactos das novas TIC na vida dos adultos mais velhos não são claros, existindo opiniões tanto positivas como negativas.

De referir que, segundo o estudo de Khosravi e Ghapanchi (2016), as tecnologias como a robótica, monitorização e telemedicina são as que têm sido mais aplicadas para ajudar as pessoas mais velhas a viver de forma independente. Estas mostraram ser eficazes, contudo a tecnologia de sensores e a telemedicina mostraram resultados mais promissores. De referir que as TIC gerais e a robótica foram aplicadas em duas áreas problemáticas, nomeadamente, no isolamento social e bem-estar. Neste sentido, foi demonstrado que as TIC gerais (computador e Internet) têm melhores resultados na redução do isolamento social e no aumento do bem-estar. Segundo Khosravi (2016) as tecnologias TIC destinadas a aliviar a solidão e o isolamento social da população idosa são consideradas como sendo significativas na expansão e manutenção do contacto social, e na melhoria do bem-estar emocional.

De modo geral, no que toca aos efeitos benéficos dos *robots* e videoconferência para a comunicação entre adultos mais velhos, foi revelada uma redução da solidão e isolamento (Savolainen et al., 2008), uma melhoria do bem-estar social, uma maior independência em casa (Seelye et al., 2012), bem como uma maior perceção da qualidade de vida (Chou et al., 2013). De destacar ainda que, Torta et al. (2014), através do seu estudo, averiguaram que a maioria dos participantes apreciou a utilização destes dispositivos, confiou neles e não sentiu qualquer ansiedade durante a interação.

Contudo, Greenhalgh et al. (2013) destaca que as tecnologias de apoio satisfazem um conjunto limitado de necessidades das pessoas mais velhas. Este estudo realça que a “estandardização de soluções tecnológicas choca, muitas vezes, com as especificidades e singularidades das necessidades das pessoas mais velhas” (São José et al. 2019:13).

Ainda relativamente à eficácia das tecnologias de apoio, várias revisões da literatura (Brandt et al., 2011; Cruz et al., 2014; McLean et al., 2013; Ward et al., 2012) têm concluído que a evidência empírica sobre a eficácia das tecnologias de apoio na promoção do bem-estar e qualidade de vida dos seus utilizadores é inconclusiva.

É visível que o número de estudos sobre este tema aumentou nos últimos anos, o que sugere que esta área está a atrair cada vez mais a atenção de académicos e profissionais, devido sobretudo ao crescimento de população mais velha. Contudo, é de salientar que a maioria dos estudos incluídos na revisão sistemática levada a cabo por Khosravi e Ghapanchi

(2016:19), foram realizados na América do Norte (N = 23, 49%), sobretudo no Canadá, e na Ásia (N = 12, 26%), e foram poucos os que foram realizados na Europa (N = 8, 17%) e Austrália (N = 4, 8%). Os autores supracitados acrescentam que, os estudos que avaliam a eficácia das tecnologias de apoio são pobres do ponto de vista teórico e limitados do ponto de vista empírico (amostras de pequena dimensão).

2.3.3. Falhas/ Limitações das tecnologia de necessidades especiais

Vários estudos detetam algumas limitações das tecnologias de apoio. No estudo de McKenna et al. (2015), 25% dos participantes de um *focus group* e 10% dos participantes em entrevistas concordaram que os sistemas de alarme podem ser acionados por acidente. Outro estudo realizado por Lexis et al. (2013), relata que, durante um período de 36 meses, os sistemas de alarme implantados geram, por mês, e por cliente, uma média de 1,5 alertas vermelhos (alarme de primeiro nível) e 7,7 alertas amarelos (alarme de segundo nível). A maioria dos alertas vermelhos deve-se a falhas do sistema, ou seja, erros inexplicáveis na unidade da estação base (43,9%) (Lexis et al., 2013). Problemas semelhantes foram encontrados no estudo de Tomita et al. (2007), uma vez que este verificou que, após 2 anos, apenas 65% dos participantes (n=34) estavam a utilizar o *software* para controlar a função *SmartHome* (Automatização Doméstica), do qual a principal razão para a “não utilização” dos restantes participantes, foi o seu fracasso. Segundo o autor supracitado, essas falhas não foram necessariamente devido a um mau funcionamento do sistema, mas à falta de familiaridade com o mesmo. Uma outra limitação detetada por este autor, é o facto de as tecnologias de assistência não serem personalizadas, sendo que as situações e necessidades diferem de um adulto mais velho para outro (Tomita et al., 2007).

2.4. Entrevistas exploratórias

Esta etapa de exploração surgiu com o objetivo de obter informações sobre o serviço de teleassistência, facultado pela câmara municipal de Faro a indivíduos com necessidades de apoio, sobretudo a pessoas mais velhas, bem como em facilitar a estruturação e consolidação do guião das entrevistas realizadas a alguns utilizadores desse serviço. Assim sendo, foram realizadas entrevistas exploratórias ao responsável da empresa do serviço de teleassistência, à responsável pelo gabinete de apoio ao “idoso” (GAI), via zoom (por ser mais acessível), e a três beneficiárias do serviço de teleassistência, recomendadas pela responsável do GAI, via telefone (por ser mais acessível e seguro, tendo em conta o contexto pandémico).

2.4.1. Serviço de teleassistência domiciliária do município de Faro

2.4.1.1. Entrevista com a responsável pelo Gabinete do Apoio ao Idoso (GAI)

A presente entrevista exploratória, realizada à coordenadora do Gabinete de Apoio ao Idoso (GAI)⁷, realizou-se com o principal intuito de conhecer melhor a origem do serviço de teleassistência em Faro e alguns aspetos do mesmo. Procurou-se também identificar qual o número de utilizadores do serviço com 65 ou mais anos e os critérios de adesão ao serviço, de modo a conhecer também algumas características da população-alvo – Tabela 2.2.

Tabela 2.2. Objetivos e questões da entrevista exploratória realizada à responsável pelo GAI

Objetivo Central	Objetivos específicos	Questões
<p>CONHECER A ORIGEM E ALGUNS ASPETOS DO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA EM FARO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar o motivo que levou o Município de Faro a decidir oferecer o serviço de teleassistência. 2. Compreender o funcionamento deste serviço. 3. Identificar os critérios exigidos para se poder beneficiar deste serviço. 4. Identificar quantos utilizadores com 65 ou mais anos utilizam este serviço. 5. Perceber se os utilizadores solicitaram este serviço por iniciativa própria. 6. Perceber, na opinião da responsável do GAI, se o serviço contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários e em que aspetos. 7. Identificar se o GAI apoia na utilização do serviço. 8. Identificar possíveis aspetos propostos pela responsável para melhoria do serviço. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porque é que o Município de Faro decidiu oferecer o serviço de teleassistência? 2. Como é que funciona este serviço? Tem sido sempre assim? 3. Quais são os critérios para se poder beneficiar deste serviço? 4. Quantos beneficiários com idades a partir de 65 anos utilizam o serviço de teleassistência? 5. Foram os atuais utilizadores deste serviço que o solicitaram ou foi o Município que lhes propôs o serviço? 6. O serviço influencia positivamente a qualidade de vida dos seus beneficiários? Em que aspetos? 7. O GAI dá apoio no modo como o serviço pode ser utilizado? 8. Existe algum aspeto deste serviço que poderia ser melhorado? Qual?

Fonte: Elaboração Própria.

⁷ O Gabinete de Apoio ao Idoso (GAI), foi inaugurado em 2012 com o objetivo de prestar auxílio às pessoas mais velhas do concelho de Faro, que se encontram em situação de risco. Este articula-se com várias entidades parceiras que procuram desenvolver um sistema de informação que permita a identificação de pessoas mais velhas em situações de isolamento, abandono e violência. Preveem acionar e providenciar medidas que vão de encontro ao bem-estar físico e emocional do indivíduo mais velho, desenvolvendo respostas adequadas face às necessidades individuais de cada um (Site do Município de Faro).

Atualmente, a coordenadora do GAI acompanha 370 pessoas em idades mais avançadas, estando muitas delas a viver sozinhas, sem uma rede de suporte familiar e social e apresentando vários problemas graves de saúde. Tendo em conta as fragilidades das pessoas acompanhadas e a mais-valia do serviço de teleassistência, a câmara municipal de Faro, após lhe ter sido apresentado o serviço e as suas vantagens (em 2018), não hesitou em disponibilizar gratuitamente esta medida para as pessoas mais velhas do concelho de Faro. Esta medida, implementada em 2019, surgiu de um Projeto-Piloto de Teleassistência Domiciliária, a título gratuito, direcionado apenas para os residentes mais velhos do concelho de Faro e resulta de uma parceria entre o Município de Faro e a empresa *Helpphone*.

De acordo com a responsável pelo GAI, este serviço é composto por um equipamento que é transportado pelo “idoso”. No início, este era uma pulseira com o telemóvel associado por *Bluetooth*. Muito recentemente, a empresa modernizou o equipamento: passou a ter localização GPS e passou a colocar-se ao pescoço, sendo discreto e pequeno, do qual é só preciso clicar no botão e a pessoa entra logo em contacto com a central e teleassistência (figura 2.3)⁸.

A coordenadora do GAI considera o serviço bastante completo, sendo que, além de este proporcionar um acompanhamento e monitorização, este ainda se apresenta como uma mais-valia para situações de emergência, no sentido em que, se a pessoa cair, se sentir mal ou com medo e estiver sozinha, basta clicar no botão e a chamada é logo atendida por um operador que escolherá o meio que mais se adapte à situação ocorrida. Esta acrescentou ainda que, a central também costuma ligar para o utente para felicitá-lo pelo seu aniversário.

Figura 2.3. Aparelhos de teleassistência da Helpphone (associados ao telemóvel e fixo)



Fonte: *Helpphone* Portugal (responsável comercial/operacional).

⁸ A demonstração do serviço de teleassistência da empresa *Helpphone* encontra-se no código de barras observável em anexo- Anexo 3.

Apesar do município de Faro facultar gratuitamente este serviço às pessoas mais velhas que deste necessitem, estas devem corresponder a alguns critérios para poderem beneficiar do mesmo. Neste sentido, têm de ser “idosos” – 90% da população em Faro que o possui, tem 65 ou mais anos. Contudo, existem alguns casos excecionais em que a pessoa, mesmo não tendo 65 ou mais anos, pode usufruir do serviço (por exemplo, uma pessoa sem mobilidade ou que se encontra de cadeira de rodas e vive sozinha, encontrando-se também numa situação de carência económica). Nestes casos, a responsável pelo GAI faz uma análise da situação, verificando se a pessoa cumpre com os critérios exigidos, passando seguidamente uma informação social e propondo superiormente que aquela pessoa, mesmo não tendo 65 ou mais anos, venha a beneficiar deste serviço. Além do critério da idade, a pessoa tem de se encontrar sozinha em alguma parte do dia (pelo menos 4h), estar recenseada no concelho de Faro há pelo menos 5 anos, ter algum tipo de incapacidade que comprometa, de algum modo, a sua mobilidade, e ter um rendimento *per capita* igual ou inferior ao indexante do apoio social.. De acrescentar que existem situações em que o próprio adulto mais velho, apresentando um rendimento *per capita* superior ao indexante do apoio social, tem o equipamento a título particular, pagando a mensalidade à empresa.

Podem beneficiar deste serviço todos os idosos, com mais de 65 anos, que se encontrem numa situação de vulnerabilidade social, ou se encontrem sozinhos em alguma parte do dia/noite por um período igual ou superior a 4 horas diárias. Para poderem beneficiar desta resposta, os munícipes idosos deverão dirigir-se ao Gabinete de Apoio ao Idoso do Município de Faro, sito na xxxx , onde podem preencher o necessário requerimento que depois, caso a caso, será avaliado para verificar se reúne os critérios para beneficiar do Serviço de Teleassistência, suportado pelo Município (Site do Município de Faro).

De momento, existem 68 equipamentos instalados em Faro. Os equipamentos, normalmente, só são retirados por motivo de falecimento do “idoso”, por integração em estrutura residencial para pessoas idosas, ou por situações em que a pessoa mais velha passa a viver com a rede de suporte familiar, não se encontrando mais isolado ou sozinho durante quatro ou mais horas por dia. Segundo a última atualização dada pela coordenadora do GAI, vão ser instalados mais 10 equipamentos, brevemente.

Quando questionada se foram os atuais utilizadores do serviço que o solicitaram ou se foi o município que lhes propôs, a entrevistada afirmou que existem situação variadas, uma vez que, existem sinalizações de entidades, como serviços de apoio domiciliário, como centros de dia, em que o “idoso” deixou de frequentar e foi para casa. Neste contexto, a própria instituição sinaliza à responsável do GAI, solicitando o serviço e a sua análise,

de modo a verificar se a pessoa mais velha reúne os critérios exigidos para lhe ser atribuído o serviço. Existem também situações em que os próprios familiares residem fora do concelho de Faro, que sabem desta medida e contactam o GAI para verificar se é possível que o familiar “idoso” tenha acesso a este equipamento, e situações em que os próprios “idosos” pedem o serviço.

A responsável pelo GAI acredita que este serviço é uma mais-valia para a melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas, proporcionando-lhes um sentimento de segurança, no sentido em que podem contactar o serviço caso precisarem de algum auxílio/apoio. De acordo com a responsável do GAI, o serviço permite também combater a solidão, sendo que permite ao idoso ligar as vezes que quiser para a central, apenas para conversar, através do serviço “voz amiga”. De salientar que, todos os meses a empresa envia um relatório de ocorrência mensal à coordenadora do GAI, relativo aos 68 utilizadores (com 65 ou mais anos) do serviço em Faro, informando se o beneficiário acionou o equipamento e qual o motivo (se foi por queda, se está bem...) e quando foram contactados.

... já me informaram através do serviço de “voz amiga”, que ligou ao idoso e depois informam-me que está hospitalizado, portanto, há sempre uma ótima ligação com a empresa e estamos sempre a par dos acontecimentos (Responsável pelo Gabinete de Apoio ao Idoso).

De referir que o equipamento é normalmente instalado pela coordenadora do GAI. Deste modo, quando o equipamento chega ao município, é esta profissional que procede à realização da visita domiciliária, no sentido de instalar o equipamento, explicar ao utente como é que este funciona e verificar se este percebeu o procedimento de ativação do equipamento.

No que toca aos aspetos do serviço a melhor, a entrevistada referiu estar satisfeita com o mesmo, sendo que tem recebido um ótimo feedback da empresa, as pessoas da central são escolhidas “a dedo” e muito profissionais, possuindo um perfil específico para este tipo de população. Contudo a coordenadora do GAI, destacou que acompanha “idosos” que poderiam beneficiar muito com este serviço, mas apresentam dificuldades auditivas e/ou visuais que lhes dificulta ou mesmo impossibilita o seu uso.

Quando perguntado se o município está a ponderar estratégias para permitir que pessoas com dificuldades auditivas e/ou visuais usufruam do serviço de teleassistência, a inquirida afirmou que tem havido várias apresentações de múltiplos serviços com outros

tipos de respostas (ex. chamada por vídeo). Apesar disso, esta acrescentou que, nos dias de hoje, as normas de confidencialidade dos dados dificultam a adoção e aceitação destas tecnologias de apoio. Para além disto, a maioria dos utentes do GAI não possuem condições para adquirir equipamentos que suportem este tipo de aplicações.

2.4.1.2. Entrevista com o responsável da empresa do serviço de teleassistência

A entrevista exploratória realizada ao responsável comercial e operacional da empresa “*Helpphone Portugal*”, que fornece o serviço de teleassistência à Câmara Municipal de Faro, teve como objetivo conhecer melhor alguns aspetos do serviço de teleassistência. Outros objetivos podem ser observáveis na tabela 2.3.

Tabela 2.3. Objetivos e questões da entrevista exploratória realizada ao responsável do serviço de teleassistência

Objetivo Central	Objetivos Específicos	Questões
CONTEXTUALIZAR O SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar há quanto tempo esta empresa presta o serviço de teleassistência 2. Identificar o que é que motivou a oferta deste serviço 3. Identificar quais são os compradores deste serviço 4. Identificar qual é a população que mais pode beneficiar com este serviço 5. Compreender se o serviço pode ser usado por todas as pessoas, independentemente do nível de educação, capacidades psico-motoras, etc. 6. Identificar quais são os principais benefícios individuais do uso deste serviço 7. Identificar se este serviço contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde há quanto tempo é que esta empresa presta o serviço de teleassistência? 2. O que é que motivou a oferta deste serviço? 3. Quais são os compradores deste serviço? Entidades coletivas ou entidades individuais? 4. Qual é a população que mais pode beneficiar com este serviço? 5. O serviço pode ser usado por todas as pessoas, independentemente do nível de educação, capacidades psico-motoras, etc.? 6. Quais são os principais benefícios individuais do uso deste serviço? 7. O serviço contribui para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários?

Fonte: Elaboração Própria.

Segundo o entrevistado, a empresa “*Helpphone Portugal*”, apostando na simplicidade de uso, foi criada em 2001 e presta serviços no âmbito da teleassistência⁹ de forma contínua. Esta ideia e conceito, pouco existente e debatido em Portugal, nasceu de uma experiência pessoal de um dos administradores da empresa e que teve conhecimento deste serviço no estrangeiro aquando de um familiar direto passou por uma situação de emergência sozinho em casa. Apesar de, nos primeiros anos esta empresa ter tido algumas dificuldades, pelo facto de o serviço ser muito pouco conhecido, ao longo dos 20 anos da sua existência tem vindo a ganhar cada vez mais relevância e reconhecimento. De realçar que esta empresa é certificada pela SGS, no âmbito da qualidade e integridade, desde 2006, estando a prestação de serviço de acordo com as necessidades do terreno, uma vez que a avaliação dos utentes tem sido sempre positiva, rondado os 95% de satisfação.

No que toca ao tipo de compradores do serviço de teleassistência da empresa *Helpphone*, estes são tanto clientes individuais/particulares, como de entidades públicas, nomeadamente Santas Casas da Misericórdia, centros sociais, centros paroquiais, juntas de freguesia e IPSS’s. De notar que este serviço pode ser usado por qualquer pessoa que necessite de algum apoio, seja por deficiência, acidente e/ou solidão, independentemente da idade. Apesar disso, de acordo com o responsável comercial e operacional, 90% dos utentes têm idades entre os 70 e os 80 anos.

Quanto ao modo de funcionamento, existem terminais próprios para a prestação de serviços na área da teleassistência, sejam terminais fixos ou terminais móveis, do qual têm sempre associado um “botão de pânico”. Quando pressionado, a chamada vai à central de atendimento (no Porto), num espaço de aproximadamente 20/30 segundos, o operador atende a chamada, identifica a pessoa que carregou no botão e procede ao atendimento em alta voz. No caso em que a pessoa não responda e, portanto, não atenda a chamada em alta voz, a central contacta a rede de suporte (normalmente familiar) para ir lá a casa ver o que se passa, por sua vez, se este contacto não for bem-sucedido, são seleccionados os meios de socorro, como a GNR ou PSP. Deste modo, o utente tem sempre uma garantia de apoio e segurança.

No decorrer da entrevista, o responsável pelo serviço destacou que, por vezes recebem alarmes falsos que não são propriamente falsos, sendo que as pessoas se enganam todos os dias à mesma hora e, portanto, ligam apenas para falar, por quererem companhia. A voz amiga solidária é precisamente uma das mais valias do serviço.

⁹ Em anexo, encontra-se um código de barras da apresentação do serviço de teleassistência da empresa *Helpphone Portugal*, numa reportagem realizada pela RTP1- Anexo 4

De notar que, a maioria dos utilizadores do serviço da *Helpphone* (80%), de acordo com o entrevistado, carregam muitas vezes no botão apenas para falar, sobretudo no tempo da pandemia, do qual o número de incidências de apoio e acompanhamento nas situações de solidão dispararam desde o início da mesma. Além dos utentes ligarem, a central também faz questão de ligar para os mesmos, uma vez por semana, bem como na altura do Natal para desejar votos de um feliz Natal. Portanto, evidencia-se que a *Helpphone* Portugal proporciona aos seus utentes um acompanhamento muito direto, não só como “voz amiga”, mas também de monitorização/prestação de serviços.

Quando perguntado se existem casos em que são os próprios utentes a querer o serviço por iniciativa própria, este referiu que, apesar de ainda haver uma grande percentagem (60/70%) de familiares que procuram estes serviços para os familiares diretos mais velhos, já vai existindo uma percentagem de utentes que procuram diretamente por este serviço.

Neste momento, com as novas tecnologias, às vezes recebemos *emails* a solicitar o nosso serviço de pessoas que quando a gente liga “ ah tenho 85 ou tenho 90 anos”, e portanto, neste momento esse paradigma está a ser um bocadinho alterado em função daquilo que é o conhecimento tecnológico deles, de eles procurarem informação na Internet e pesquisarem no *google*, os próprios Facebook`s é muito normal os utentes dizerem que têm Facebook, criam o Facebook para acompanharem as notícias, aquelas coisas todas (...). Hoje em dia, uma pessoa com 70/75 anos é uma pessoa completamente capaz, lúcida e, portanto, quer é por ela própria dar disponibilidade da sua autossegurança (Responsável comercial e operacional da empresa *Helpphone* Portugal).

De modo resumido, segundo o responsável do serviço, as principais características e vantagens em utilizar um serviço de teleassistência, aliado à simplicidade de uso, são a segurança, a tranquilidade e conforto em saber que, com um clique num botão têm de imediato alguém que possa ajudar, tendo a garantia que os vão ajudar e que têm sempre uma “voz amiga” do outro lado.

2.4.1.3. Entrevistas a alguns beneficiários do serviço de teleassistência

Através das três entrevistas exploratórias realizadas como pré-teste para preparação das entrevistas semiestruturadas, foi possível verificar que, as questões estavam bem estruturadas e eram de fácil compreensão para os entrevistados. De notar, no entanto que uma das entrevistadas perguntou, algumas vezes, de qual equipamento a pergunta se referia, sendo que já não utiliza nenhum, pois foi-lhe retirado já há algum tempo (Mulher, 76 anos, Divorciada).

No modo como o guião da entrevista está estruturado, foi possível verificar e confirmar o que já tinha sido referido pela coordenadora do gabinete do apoio ao idoso e pelo responsável pela empresa da *Helpphone*. Deste modo, verificou-se que, as três entrevistadas vivem sozinhas, sem apoio familiar regular e com problemas de mobilidade (dificuldade em andar). Duas delas afirmaram ser divorciadas, e uma não referiu o seu estado civil, apenas referiu ter perdido o filho há dois anos. Apenas uma da entrevistadas referiu ter algum tipo de apoio familiar (70 anos, divorciada), no entanto, todas referiram ter contacto com a família através do telemóvel. Verificou-se que, as entrevistadas utilizam o serviço da empresa *Helpphone* apenas para companhia, no combate à solidão, nunca tendo sido preciso usá-lo para pedir ajuda.

Todas referiram que o serviço é de fácil uso e realmente funciona, uma vez que, sempre que precisam de falar com alguém, carregam no botão e automaticamente alguém fala com elas. Desta forma, sentem-se seguras, caso algo aconteça, sabem que alguém as vai ajudar, carregando no botão próximo a elas, não mencionando necessidade de melhorias no serviço.

De notar que, uma das entrevistadas mencionou que preferia um apoio presencial, alguém que estivesse lá com ela (87 anos, divorciada). Além disso, uma entrevistada mostrou não ter condições no prédio onde vive, sendo que é um prédio muito antigo e não possui elevador. Apesar de viver num 1º andar, a inexistência de elevador reduz-lhe a possibilidade de sair à rua mais vezes do que deseja, uma vez que, esta tenta evitar sobrecarregar a perna onde tem dores, na subida e descida de escadas (70 anos, divorciada). Contudo, apesar de ainda se sentirem sozinhas, sendo que, como qualquer ser humano, necessitam de um contacto mais direto, estas sentem-se mais acompanhadas, tendo referido a “companhia” como o benefício e contributo do serviço para a melhoria da sua qualidade de vida.

De modo geral, através destas entrevistas exploratórias, verificou-se que o guião estava devidamente elaborado, permitindo deste modo que os utilizadores do serviço de teleassistência expressassem a sua opinião, no que diz respeito ao seu uso, contribuindo deste modo, para a concretização dos objetivos do presente estudo.

CAPÍTULO 3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLOGIA

3.1. Perguntas de Investigação e Conceitos Centrais

Como referido anteriormente, o principal objetivo deste estudo consiste em compreender a avaliação que os utilizadores mais velhos do serviço de teleassistência fazem deste serviço, assim como as suas perspetivas sobre o impacto deste serviço na qualidade das suas vidas.

Decorrente deste objetivo, procurou-se responder às seguintes perguntas de investigação:

- a) Como é que se deu a transição para a utilização do serviço de teleassistência por parte das pessoas mais velhas?
- b) Quais são os padrões de utilização deste serviço e com que propósitos é utilizado?
- c) Do ponto de vista dos utilizadores, quais são os benefícios da utilização do serviço?
- d) Será que o serviço, do ponto de vista dos utilizadores, contribui para melhorar a qualidade das suas vidas? Em caso afirmativo, de que modo é que este contributo se dá?
- e) Quais são os aspetos que, na ótica dos utilizadores, poderão ser melhorados no equipamento/serviço?
- f) Qual é o nível de satisfação geral dos utilizadores?
- g) Será que o perfil sociodemográfico dos utilizadores molda as formas de transição para a utilização do serviço, os padrões de utilização, as avaliações do serviço e do seu impacto na qualidade de vida, e os níveis de satisfação?

Considerando que a evidência empírica sobre a eficácia das tecnologias de apoio na promoção da qualidade de vida dos seus utilizadores ainda é inconclusiva (Greenhalgh et al. 2013), a presente investigação afigura-se como relevante, dado que contribuirá para esclarecer este aspeto.

3.1.1. Orientação teórica/conceptual

Esta pesquisa será necessariamente sensível aos modelos teóricos/conceptuais que se debruçam sobre a questão das tecnologias nas fases avançadas da vida, em particular ao Modelo de Adoção e Uso de Tecnologia de Apoio por parte de Pessoas Mais Velhas – página 45 (Greenhalgh et al., 2013). Este modelo é suficientemente abrangente, propondo 5 questões particularmente relevantes para se analisar a adoção e uso de tecnologias de apoio por parte dos mais velhos. A quarta e quinta perguntas são de particular relevância para esta pesquisa, pois vão ao encontro da maior parte das perguntas de investigação anteriormente formuladas. A quarta pergunta (*What are the key technologies in their home and life? To what extent, and in what way, are these technologies materially 'ready-to-hand' (hence enabling and*

empowering)? *If they are 'not working', why?*) vai ao encontro, sobretudo, das perguntas de investigação sobre os padrões de utilização e dos benefícios. Por seu lado, a quinta pergunta (*What happens in particular, real-life situations when the participant contemplates (or might be expected to contemplate) the use of an assistive technology and what are the consequences of this for them and for the people they care about? In such situations, how do they draw on their culturally shaped dispositions and body schemas ('habitus') and on the materiality of available technologies to achieve what matters to them? If they choose not to use an assistive technology, how is this explained with reference to habitus and materiality?*) remete mais diretamente para as perguntas de investigação sobre os benefícios e o impacto percebido do uso do serviço de teleassistência na qualidade de vida. Na discussão dos resultados e nas conclusões as cinco perguntas enunciadas por Greenhalgh e colaboradores (2013) serão tidas em consideração.

O conceito de “influência social”, desenvolvido no quadro da Teoria Unificada de Aceitação e Uso de Tecnologia (Venkatesh et al., 2012) também é relevante no âmbito desta pesquisa, pois remete para o papel de terceiros na adoção do serviço de teleassistência.

Um dos aspetos que se pretende explorar, é o impacto percebido do uso do serviço de teleassistência na qualidade de vida dos participantes. A este respeito, e tal como já foi referido na introdução, não se pretende realizar um estudo de impacto tradicional, mas apenas captar as perspetivas, necessariamente subjetivas, dos utilizadores do serviço de teleassistência sobre os pontos positivos e negativos deste serviço (incluindo os benefícios percebidos e os aspetos do serviço a melhorar), bem como sobre a experiência da sua utilização, onde se inclui também a perceção do contributo da utilização do serviço para a qualidade das suas vidas. Como não se pretende realizar uma avaliação/medição da qualidade de vida dos participantes, não há necessidade de operacionalizar o conceito de qualidade de vida, mas apenas defini-lo. Os conceitos de qualidade de vida e de qualidade de vida na velhice, são conceitos multidimensionais e complexos. Walker e Mollenkopf (2007: 8-9) definem qualidade de vida na velhice da seguinte forma:

A qualidade de vida deve ser vista como um conceito dinâmico, multifacetado e complexo, que deve refletir a interação de influências objetivas, subjetivas, macro, micro, positivas e negativas. (...) Qualidade de vida na velhice é o resultado da combinação interativa de fatores do curso de vida e fatores situacionais imediatos. (...) quando se trata de comparações entre

jovens e idosos, saúde e capacidade funcional alcançam uma avaliação muito superior entre estes últimos. (...) as fontes de qualidade de vida na velhice costumam diferir entre os grupos de idosos. (...) autoavaliações subjetivas de bem-estar psicológico e saúde são mais poderosas do que fatores econômicos ou sociodemográficos objetivos para explicar variações nas classificações de qualidade de vida (...).

Por último, convém lembrar que os serviços de teleassistência são conceptualizados como tecnologias de apoio, que consistem em qualquer produto, equipamento e sistema, que melhora a aprendizagem, o trabalho e a vida quotidiana das pessoas com incapacidades ou necessidades especiais (ATIA, 2022; Song et al., 2019).

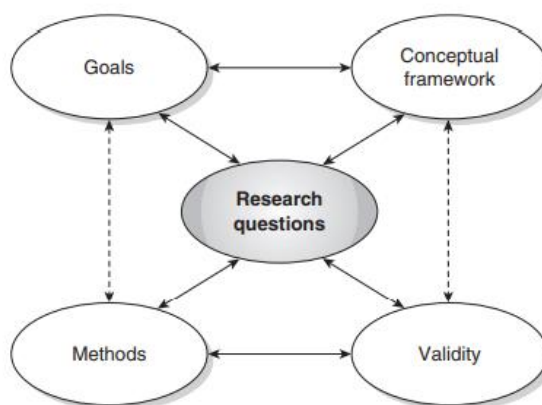
3.2. Método de investigação

Na presente dissertação, optou-se por uma Abordagem Qualitativa Genérica (*Generic Qualitative Approach*), definida por Caelli et al. (2003: 2) da seguinte forma: “(...) *we define generic qualitative research as that which is not guided by an explicit or established set of philosophic assumptions in the form of one of the known qualitative methodologies*¹⁰.”

Por outras palavras, esta abordagem pressupõe a adoção de procedimentos genéricos de recolha e análise de dados sem a adesão a uma das principais metodologias qualitativas, nomeadamente etnografia, investigação narrativa, fenomenologia, teoria fundamentada nos dados (*grounded theory*), etc. Esta investigação, ao assumir uma abordagem qualitativa, pressupõe, segundo Fortin (1999), uma compreensão em profundidade do fenómeno em estudo, prestando-se particular atenção à perspetiva dos atores sociais.

Sempre que se opta por uma Abordagem Qualitativa Genérica, Kahlke (2014) faz duas recomendações: adotar um modelo de desenho de investigação e utilizar um referencial de avaliação da qualidade da investigação qualitativa. Com o intuito de se seguir estas recomendações, na presente pesquisa adotou-se o Modelo Interativo de Desenho de Investigação – Figura 3.1, desenvolvido por Maxwell (2009), bem como os critérios para uma excelente pesquisa qualitativa propostos por Tracy (2010).

¹⁰ definimos investigação qualitativa genérica como aquela que não se orienta por um conjunto explícito ou estabelecido de pressupostos filosóficos, sob a forma de uma das metodologias qualitativas conhecidas (tradução livre).

Figura 3.1. Modelo Interativo de Desenho de Investigação

Fonte: Maxwell (2009:217)

De modo abreviado, os objetivos de investigação remetem para aquilo que se pretende alcançar, e, portanto, para o propósito da investigação. O enquadramento conceptual inclui as teorias e conceitos que guiam a investigação. Por seu lado, as questões de investigação dizem respeito à operacionalização dos objetivos de investigação, dando conta daquilo que mais especificamente se pretende esclarecer/compreender. Os métodos dizem respeito à estratégia metodológica geral, bem como às técnicas de recolha e análise de dados. Por fim, a validade remete para os procedimentos adotados para assegurar a credibilidade dos resultados.

Os critérios de qualidade propostos por Tracy (2010) são os seguintes:

1. Tópico relevante (*worthy topic*) (social e cientificamente);
2. Rigor (*rich rigor*) (uso suficiente e apropriado de teorias e conceitos, amostra criteriosa, procedimentos rigorosos de recolha e análise de dados...);
3. Sinceridade (*sincerity*) (autorreflexividade, transparência metodológica...);
4. Credibilidade (*credibility*) (descrição densa, triangulação, verificação dos resultados pelos membros da população-alvo...);
5. Ressonância (*resonance*) (generalização dos resultados, resultados transferíveis...);
6. Contribuição significativa (*significant contribution*) (do ponto de vista teórico/conceptual, metodológico, prático...);
7. Ética (*ethical*) (respeito por princípios éticos);
8. Coerência significativa (*meaningful coherence*) (alcance dos objetivos, métodos e técnicas de investigação adequadas, boa articulação entre revisão da literatura, perguntas de investigação, resultados, e discussão dos resultados).

3.2.1. Técnicas de recolha de dados

Tendo em conta as características da população-alvo e o contexto pandémico até então vivido, e o tempo disponível, optou-se por recolher os dados através de entrevistas semiestruturadas por telefone. A entrevista semiestruturada consiste numa técnica de recolha de dados, que obedece a uma estrutura de tópicos predeterminados, sendo flexível, no sentido em que, caso haja necessidade, poderão surgir perguntas que não estão definidas no guião de entrevista, de forma a explorar novas dimensões (Bryman, 2016).

O guião das entrevistas¹¹ foi dividido em três partes, nomeadamente, perfil sociodemográfico e alguns aspetos de ego (1); transição para o serviço de teleassistência e o seu uso (2), e benefícios e contributos para a melhoria da qualidade de vida, e aspetos a melhorar (3), sendo constituído por 15 perguntas principais.

3.2.2. Amostra

3.2.2.1. Critérios de Seleção, Técnicas e Processo de Amostragem

Para a constituição da amostra, considerou-se como principais critérios de seleção dos entrevistados: ter 65 ou mais anos; ser utilizador do serviço de teleassistência do município de Faro; ter capacidade para prestar o consentimento informado e não estar com sintomas agudos de uma doença, e estar a beneficiar do serviço há pelo menos 6 meses. Assim sendo, uma vez que existe uma escolha deliberada dos critérios para compor a amostra, considerados, segundo Fortin (1999), como mecanismos não aleatórios de seleção, optou-se, então, pela amostragem pensada/ intencional (*purposive sampling*), tendo-se procurado assegurar um conjunto diversificado de participantes, principalmente em termos etários e de género. Babbie (2007:193) define a amostragem pensada/intencional como “*A type of nonprobability sampling in which the units to be observed are selected on the basis of the researcher’s judgment about which ones will be the most useful or representative*”¹².

Para a realização das entrevistas, foi pedido o favor à coordenadora do GAI que seleccionasse os beneficiários do serviço de teleassistência que correspondessem aos critérios de seleção anunciados e que estivessem potencialmente disponíveis para colaborar na pesquisa. Posteriormente, a coordenadora do GAI explicou os objetivos do estudo e o contexto em que estava a ser realizado, tendo pedido autorização aos selecionados para fornecer os respetivos contactos telefónicos à entrevistadora (autora da presente tese). Dos selecionados contactados

¹¹ Apêndice 1.

¹² Um tipo de amostragem não probabilística em que as unidades a observar são selecionadas com base no julgamento do investigador sobre quais serão as mais úteis ou representativas (tradução livre).

(38), nem todos se mostraram disponíveis para realizar a entrevista. Relativamente aos que se mostraram disponíveis para colaborar no estudo, a entrevistadora teve o cuidado de se apresentar, de explicar os objetivos do estudo, e de clarificar os direitos dos entrevistados, tendo pedido, ainda, o consentimento informado por telefone. As entrevistas foram gravadas com autorização prévia por parte dos utilizadores do serviço participantes no estudo, sendo de seguida integralmente transcritas. De referir que três dos 21 entrevistados responderam às questões desenvolvidas com auxílio dos filhos, o que pode ter, de algum modo, condicionado as suas respostas.

3.2.3. Técnicas de análise dos dados

As entrevistas foram integralmente transcritas. Para a sua análise, mobilizou-se a *Framework Analysis*, que é uma técnica de análise temática de conteúdo, particularmente indicada para a análise de texto (Spencer et al. 2014). Esta técnica permite uma análise sistemática e alargada dos dados, uma vez que todos os seus elementos são tratados de igual modo, permite uma análise dentro de cada caso, bem como uma análise entre casos, e garante a clareza de procedimentos (Spencer et al. 2014).

O processo analítico incluiu os seguintes procedimentos: múltiplas leituras das transcrições das entrevistas, de modo a identificar informações e temas emergentes relevantes (familiarização); construção de uma estrutura temática (lista de temas e subtemas); criação de matrizes temáticas¹³; sintetização dos dados; codificação dos dados (deteção de elementos, dimensões, categorias e classes), usando-se quer termos usados pelos inquiridos (códigos *in vivo*), quer termos concebidos pelo investigador, mas que enraizados nos dados; e identificação de ligações entre categorias, e entre categorias e perfis sociodemográficos, através da criação de uma matriz central¹⁴ que se assume, neste contexto, como a base de dados do projeto (Spencer et al. 2014).

De realçar que todo o procedimento de análise de dados foi realizado manualmente, isto é, não foi realizado com o auxílio de um *software* de análise qualitativa de dados.

¹³ Compostas por colunas (subtemas) e por linhas (casos) (ver apêndice 2).

¹⁴ Visível na Apêndice 3.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

4.1. Apresentação dos Resultados

4.1.1. Composição e Caracterização da Amostra

Ao se utilizar a entrevista semiestruturada, como técnica de recolha de dados, é preciso ter em conta que, nestes casos, alguns autores referem que, em termos gerais, é desejável ter entre 20 a 60 entrevistas. Ritchie et al. (2014) defendem no máximo 50 entrevistas, sendo que muito mais do que isso pode dificultar a análise. Com a colaboração da coordenadora do GAI, conseguiu-se selecionar 21 beneficiários do serviço de teleassistência. Desta forma, a amostra (21 entrevistados) corresponde a 30,9% da população alvo (21/68).

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica (tabela 4.1) dos 21 entrevistados, estes têm idades compreendidas entre os 65 e 85+ anos (assumindo uma média de 82,4 anos), dos quais quatro inserem-se no grupo etário dos 65-74 anos, oito dos 75-84 anos e nove dos 85+anos. Além disso, 14 são mulheres e 7 são homens, e no respeitante ao estado civil 10 são divorciados, 6 são viúvos, 3 são casados e 2 são solteiros.

Tabela 4.1. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

Nº	Est. Civil	Sexo	Grupo Etário
1	Viúvo	H	75-84
2	Divorciada	M	85+
3	Divorciada	M	85+
4	Divorciada	M	85+
5	Divorciada	M	75-84
6	Solteira	M	85+
7	Divorciada	M	75-84
8	Casada	M	75-84
9	Divorciada	M	65-74
10	Casada	M	65-74
11	Viúva	M	75-84
12	Casado	H	85+
13	Divorciada	M	85+
14	Divorciado	H	75-84
15	Viúvo	H	85+
16	Viúva	M	85+
17	Solteira	M	85+
18	Divorciado	H	65-74
19	Viúva	M	75-84
20	Divorciado	H	65-74
21	Viúvo	H	75-84

Fonte: Elaboração Própria

De notar ainda que a maioria (18) vive sozinha e apenas três vivem acompanhados (filho; marido e filha, e esposa). Mais de metade dos participantes tem filhos (15), dos quais apenas oito afirmam ter algum tipo de apoio familiar. Os restantes (6) não têm filhos, mas três desses afirmam ter algum tipo de apoio familiar- Apêndice 3.1.

Estado e problemas de saúde

Quando questionados sobre o estado de saúde, sete referiram que “está mal”, quatro “não está bem, nem mal”, três “ainda faz as suas coisas”, dois “está bem” e cinco não responderam.

No entanto, no que toca à existência de problemas de saúde, todos os entrevistados mencionaram um (n=7) ou mais (n=13) problemas. É expectável que este contraste entre a situação de saúde e a existência de problemas, poderia ser menos evidente se se tivesse obtido as cinco respostas em falta. De notar que, no que diz respeito à categoria “unimorbilidade”, que corresponde a sete respostas, apenas um homem mencionou ter um problema de saúde (Caso O), sendo os restantes seis do sexo feminino.

Quanto ao tipo de problemas de saúde, através das respostas dos entrevistados, foi possível criar 10 categorias (visíveis na tabela 4.2), de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – *Classification of Diseases* (ICD 10).

Deste modo, quando questionados pelos tipos de problemas, 13 mencionaram problemas relacionados com “sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular” (ex. dificuldade em andar), dez referiram ter “transtornos da densidade e estrutura óssea” (ex. dores nos ossos), cinco “transtornos mentais e comportamentais (ex. stress, demência), seis “doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários” (ex. diabetes, colesterol alto), quatro mencionaram ter “doenças de coração”, três afirmaram ter “transtornos visuais e cegueira, dois “transtornos da glândula tiroide”, um referiu ter “doenças do estômago”, um “disfunção renal” (tendo apenas um rim a funcionar), e um “transtornos da glândula prostática”.

Mais de metade dos utilizadores participantes (14) mencionou ter mais do que um problema de saúde (multimorbilidade). De realçar que, os transtornos que mais se realçam são os “sintomas e sinais relativos aos sistema nervoso e oste muscular” – 13 entrevistados (como a dificuldade em andar e cansaço) e os “transtornos da densidade e estrutura óssea” – 10 entrevistados (sobretudo, dores nos ossos).

Tabela 4.2. Categorias e Dimensões dos problemas de saúde identificados

PROBLEMAS DE SAÚDE	
<i>Categorias</i>	<i>Dimensões</i>
“Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular	Tem atestado de 85% de incapacidade (N); Cansa-se muito (M, Q, U); Ainda anda, mas cai muitas vezes e não se consegue levantar depois (Q); Umhas vezes anda bem, outras vezes anda mal (K);
“Transtornos da densidade e estrutura óssea”	Tem problemas na coluna (H, I, T); Tem uma deformação na sola do pé esquerdo (N); Dores nos ossos (B, D, E, F, Q, S); Dificuldades em andar (B, C, D, I, K, M, N, O, S, T)
“Transtornos mentais e comportamentais	Demência (P) - Tem a cabeça muito estragada (M) - Às vezes, sente-se nervosa (D, K)
“Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	Diabetes (A, G, K, N, T) Problemas de sangue (G, L, R) Colesterol alto (G)
“Doenças de coração”	Problemas do Coração (A, G, M, U)
“Transtornos visuais e cegueira”	Tem um quisto no olho (T); Vê mal (A, G)
“Transtornos da glândula tiroide”	Problemas na Tiroide (G, K)
“Doenças do estômago”	Problemas de Estomago (T)
“Disfunção renal”	Tem apenas um rim a funcionar (T)
“Transtornos da glândula prostática”.	Problemas da próstata (R)

Fonte: Elaboração Própria.

Além disto, é de notar que sete (7) dos 10 entrevistados que mencionaram ter “transtornos da densidade e estrutura óssea”, referiram também “sintomas e sinais relativos ao sistema nervoso e osteomuscular”, sendo evidente a existência de uma ligação significativa entre estes dois problemas de saúde (uma vez que, que problemas/deformações nos ossos podem levar a uma dificuldade acrescida em andar).

Tenho problemas a nível de dores e mobilidade... custa a andar
(**Natacha Rodrigues¹⁵, 89 anos, Divorciada**).

A idade... é dores nos ossos, tenho dificuldades nas pernas a andar e o sistema nervoso também complica com o resto das coisas (**Mariana Guerra, 87anos, Divorciada**).

Consigo andar encostado a uma companheira...tenho depois uma deformação na sola do pé esquerdo que agora eu tenho umas botas ortopédicas que são uns tamancos que nem queira saber, mas pronto, tem de ser... (**João Coelho, 82 anos, Divorciado**).

Considera-se pertinente destacar que, a categoria “Transtornos mentais e comportamentais” (referente, sobretudo, ao nervosismo, stress e/ou demência), foi apenas identificada nas mulheres (5), enquanto a categoria “Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários” é mais evidente nos homens (5 de 7).

É de referir que, os problemas de saúde mais prevalentes junto dos participantes (Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular, e transtornos da densidade e estrutura óssea) se coadunam com os critérios para beneficiar do apoio do serviço de teleassistência (ter a mobilidade comprometida).

Condições Habitacionais

No que toca às condições habitacionais, poucos foram os que se mostraram descontentes com a sua habitação e as condições proporcionadas pela mesma, tendo apenas seis (6) mencionado não ter condições habitacionais (ou não estar satisfeito com o bairro).

Não está adaptada a nada, não tenho condições nenhuma
(**Gonçalo Miguel, 89 anos, Viúvo**).

Mora muita ciganada lá ao pé e eu tenho medo. A esta minha vizinha (...) uma senhora sozinha, de 86 anos... e aqui há tempos, mesmo no meio da rua, um dos ciganos roubou 100 euros, ela ia às compras. Eles vivem logo pegados a mim, ocuparam uma casa que estava lá em ruínas, meteram se la dentro, e por mais que a gente tente empatar, não saem lá de dentro e ameaçam-nos. Além disso...muita droga, eu gostava muito de sair dali... é um bairro perigoso, não era antes da ciganada ir para lá... deveria haver mais autoridades aqui ao redor... (**Cristina Santos, 84 anos, Divorciada**).

¹⁵ De modo a preservar o anonimato, utilizou-se nomes fictícios.

Não, não, isto é uma casa velha, eu fui pedir uma casa à câmara e não me deram. Vai-se andando, não é por aí... **(Juliana Dias, 76 anos, Casada)**.

(...) já cai ali entre a porta há uns 15 dias que tive que ir ao hospital que foi mesmo nas fontes e tive que ir ao hospital para ver se tinha alguma coisa partida. Já me têm entrado aqui em casa e têm roubado certas coisas, isto é a falta de dinheiro. **(Margarida Vale, 87 anos, Divorciada)**.

Apesar da maioria ter afirmado ter condições habitacionais (15), cinco (5) destacaram alguns constrangimentos, relacionados sobretudo com a insegurança (receio de ser alvo de furto, receio de quedas).

... aparece-me aquela pessoa, mas não me lembrou que eu tinha lá os 40 euros, esgatanhou, esgatanhou, levou-me os 40 euros e levou-me mais o aparelho de medir os diabetes. Mas eu só encontrei falta do dinheiro à tarde, que tive de ir ao supermercado e o que tinha no bolso nem chegava, «mas eu tenho aqui mais dinheiro...ah, olha não tenho nada» depois lembrou-me, foi ela, teve aqui em casa... e pronto. A gente pensa que está lidando com pessoas sérias não é... ela até podia levar o bilhete de identidade ou qualquer coisa e fazer o que quisesse...sem uma autorização minha... e isto é um perigo, é um perigo” **(João Ramos, 82 anos, Viúvo)**.

Às vezes tropeço e caio... **(Dânia Olivais, 92 anos, Divorciada)**.

(...) ando com uma bengalinha e vou andando, mas pouco, só saio uma vez por dia, porque moro no 1º andar e então para não andar para baixo e para cima... *(Não tem elevador?)* Não tem não, filha, isto é prédio antigo” **(Joana Neves, 70 anos, Divorciada)**.

Desta forma, poder-se-á afirmar que, metade dos entrevistados (11 de 21) possui alguns constrangimentos relacionados com a habitação/bairro de residência, que proporcionam sentimentos como a insegurança e/ou medo.

4.1.2. *Transição para o serviço de teleassistência e seu uso*¹⁶

4.1.2.1. Surgimento do serviço de teleassistência na vida dos seus utilizadores e tempo de uso

No que concerne ao surgimento do serviço de teleassistência na vida dos seus utilizadores, a análise dos dados revelou duas formas de transição: por iniciativa de terceiros (15); por iniciativa própria (6). De entre os que transitaram para a utilização do serviço por iniciativa de terceiros, a maioria começou a utilizar o serviço por iniciativa do município de Faro (ou por sinalização de outros serviços ao município), e uma minoria por iniciativa dos filhos:

Foi alguma senhora [da câmara] que pediu, e eu quando caia não me podia levantar. Às vezes, ficava ali deitada até as pessoas passarem (**Rosalina Freitas, 85 anos, Solteira**).

...foi a assistente social do centro de saúde que me indicou os serviços sociais da camara também para ter assistência dos serviços sociais da câmara onde até à data tenho sido muito bem tratado e bem recebido..., entretanto o Dr. YYY, colega da Dra.XXX, começou a relacionar-se comigo e aparece... diz-me “olhe tem aqui um serviço de assistência e não sei quantos e é a Dra. XXX que trata disso e a Dra. foi-me apresentada” (**João Coelho, 82 anos, Divorciado**).

Foi a Dra. ZZZ... da câmara (*Então, explique-me lá a história...*) Ora a história foi assim, ela disse-me «você tinha muita falta dos aparelhos que dão uma grande ajuda...» e depois eu disse, «mas então como é que eu posso adquirir» e ela disse “deixe estar que eu vou ver se consigo» e de maneira que fomos à junta de freguesia, fomos ao escritório da Dra. XXX e ela conseguiu-me o aparelho, olhe... isto se não fosse este aparelho já eu não era vivo. (**Gonçalo Miguel, 89 anos, Viúvo**).

(Filho) eu acho que isto teve muito a ver com a procura de uma pulseira pró meu pai, tanto que você ontem falou no meu pai (*Sim, sim, mas como é que soube dessa pulseira?*) essa pulseira, porque ele uma vez se perdeu e a polícia foi levá-lo a casa, e eles falaram nisso, e depois eu tentei me informar onde é que poderia encontrar essa pulseira...E depois tivemos uma reunião com a Dra. XXX, precisamente para saber se poderia ser beneficiário desse programa (**Filho de Emma Faria, 79 anos, Viúva**).

(Filho) Fui eu que na altura, a minha mãe deu uma queda na rua e ficou sem mobilidade e depois como ela estava sozinha e ela não quer ir aos lares nem nada, então...então pronto...

¹⁶ Apêndice 3.2.

eu fui falar com a Dra. XXX, também para a pôr no centro de dia e a Dra., pronto recomendou isso para ela (**Filho de Emília Chumbinho, 87 anos, Viúva**).

A procura dos serviços por parte de familiares ocorreu, na maioria dos casos, na sequência de acidentes ou de situações que colocaram os participantes em risco.

Apenas seis (6) utilizadores contactaram com o serviço por iniciativa própria, sobretudo por motivos de solidão e/ou segurança.

Alguns testemunhos:

O aparelhinho fui eu que pedi à Dra. XXX/ Olha filha, eu um dia pronto, tive necessidade e fui à procura de ajuda e então fui atendida pela Dra. XXX, e depois como estava sozinha, completamente sozinha, a Dra. XXX arranjou-me esse aparelhinho (**Cristina Santos, 84 anos, Divorciada**).

Olhe, fui eu que ouvi falar nisto por intermédio de outros amigos...e depois fui falar com a Dra.XXX...comecei a falar com ela e depois perguntei-lhe como é que era isso da teleassistência que já tinha ouvido falar, e ela teve-me a explicar e eu disse se poderia adquirir e ela disse-me que sim e então puxou lá os papelinhos e fez o pedido” (**Joana Neves, 70 anos, Divorciada**).

“Eu um dia ouvi na televisão, qualquer coisa no rodapé que a câmara municipal tinha não sei quê para fazer sobre os idosos e eu passei ali pela alameda, numa parte que têm de serviços da câmara, passei por lá e depois disse que me queria informar sobre o que é que se estava a passar sobre a câmara. Depois a senhora dali, telefonou lá para os serviços lá da Dra. XXX lá do centro de apoio... depois eu marquei a entrevista, fui lá ter com a Dra. e disse que tinha visto aquele anúncio na televisão e foi a partir dai que comecei a ter conhecimento com a Dra. XXX, e a Dra. indicou todas estas coisas” (**Mariana João, 87 anos, Divorciada**).

Curiosamente, os utilizadores que referiram ter obtido o serviço por iniciativa própria são mulheres. Esta evidência pode ser devido à fragilidade que muitas mulheres se encontram, tendo uma maior facilidade em admitir que precisam de ajuda e em procurar por esta, enquanto os homens tendem a ser mais reservados, na ideia de se assumirem como “mais fortes” e não precisarem de ajuda, ou mesmo devido ao facto de as mulheres terem uma esperança média de vida saudável mais reduzida que a dos homens (Estatísticas Demográficas, 2020), levando-as a procurar mais cedo por este tipo de apoios. Além disso, à exceção de uma, estas são divorciadas ou viúvas, podendo estar mais sujeitas a sentimentos de vulnerabilidade e solidão.

Quanto ao tempo de uso, 13 dos 21 entrevistados utilizam este serviço entre 1 a 2 anos, sete (7) há mais de 2 anos e um (1) há menos de um ano (mas há mais de 6 meses) Podemos afirmar que a maioria são utilizadores de “média duração” do serviço.

4.1.2.2. Facilidade de utilização, utilização por iniciativa própria ou por iniciativa do serviço, e Tipo de utilização

No que se refere à facilidade em usar o equipamento, um vasto número de entrevistados (18 de 21) mencionou ser de fácil utilização, dois (2) referiram nalgumas coisas ter facilidade e noutras não, e um (1) referiu não ter facilidade.

Alguns testemunhos:

Aquilo é fácil sim senhor, se tomar bem atenção aquilo é fácil...aquilo é uma coisa que todos os idosos deviam ter **(Gonçalo Miguel, 89 anos, Viúvo)**.

É só carregar num botãozinho que tem aqui, já tive 3, os outros eram mais difíceis. Um era fixo, estava em casa, foi o primeiro, eu saía, pronto, apitavam para mim, não estava em casa. Depois foi um em sentido de relógio, usava no pulso e este agora trago-o pendurado aqui no peito... é muito mais fácil este que tenho agora e ando sempre com ele **(João Ramos, 82 anos, Viúvo)**.

Quanto à questão se a utilização é por iniciativa própria ou por iniciativa do serviço, ou seja, se são os utilizadores a usaram o serviço por sua iniciativa ou se o usam apenas quando o serviço as contacta, detetaram-se as seguintes situações: utilização por iniciativa própria (6), utilização por iniciativa própria, mas apenas para certos fins (7), e não utilização por iniciativa própria (8).

Na primeira situação, os entrevistados utilizam o serviço por sua iniciativa com mais do que um propósito. Poder-se-á observar os seguintes testemunhos:

(Já carregou alguma vez no botão?) Constantemente estou a carregar... quando me lembro carrego só para cumprimentar as pessoas que estão lá no Porto/ mas uma vez...deu-me uma dor muito forte, muito forte aqui no lado esquerdo, que me apanhava a perna, apanhava-me tudo e eu pedi o INEM (...) **(João Ramos, 82 anos, Viúvo)**.

(Já carregou alguma vez no botão?) Sim... tiveram aqui uns ciganos que queriam entrar aqui na minha casa à força e falaram-me mal, diz que passavam com o carro da mula por cima, e eu liguei... assim que eu liguei eles fugiram, tiveram medo, por acaso foi bom... *(Normalmente quando carrega é para falar com eles?)* Sim, quando carrego é para

falar com eles, para dizer se está tudo bem, bom dia, boa tarde, é assim (**Juliana Dinis, 76 anos, Casada**).

A segunda situação, corresponde aos entrevistados que utilizam o serviço, mas apenas para determinados fins, sobretudo, para falar (4) ou para pedir alguma ajuda (3).

Já carregou alguma vez no botão?) Três vezes, porque fazia-me falta, porque eu estava doente, eu pedi ajuda e vieram os médicos aqui a casa” (**Joel Arrais, 82 anos, Viúvo**).

Já carregou alguma vez no botão?) Já. *(Mas foi por algum motivo de emergência, para pedir ajuda...)* Não, não, é para falar com eles (**Joana Neves, 70 anos, Divorciada**).

Na terceira situação, fazem parte os entrevistados que só usam o serviço quando é a central a ligar. Alguns destes, referem não utilizar o equipamento por iniciativa própria, porque não querem incomodar (3), e/ou porque nunca precisaram (4). Há ainda um entrevistado que diz não se ter adaptado ao aparelho e outro que não vê utilidade no aparelho.

Eles é que perguntam, eu graças a deus ainda não tive necessidade de carregar (**Nardi Hussen, 68 anos, Divorciado**).

(mas nunca precisou?) Nunca precisei, nunca carreguei no botão *(são sempre eles que ligam?)* Sim, ainda a outra semana foi o senhor que ligou/ Eu não gosto de chatear ninguém e espero até ao último minuto... (**Laura Vera, 83 anos, Viúva**).

As três situações descritas podem ser categorizadas em dois tipos de utilização do serviço: utilização ativa e utilização passiva. Enquanto a utilização ativa agrega as duas primeiras situações, correspondendo aos entrevistados que referiram usar o equipamento por iniciativa própria, isto é, sem a intervenção da central (13), a utilização passiva diz respeito aos que referiram só usar o serviço quando é a central a ligar, ou a pedir-lhes para usarem o equipamento de modo a verificar se o sabem usar ou se o mesmo está a funcionar bem (8).

É interessante verificar que, todos os entrevistados que usam o equipamento por iniciativa própria afirmam utilizá-lo com facilidade.

4.1.2.3. Propósito da utilização

Quanto ao propósito da utilização, detetaram-se três principais tipos de propósitos: para falar (9), para pedir ajuda (8), e para reagir ao solicitado pela central (responder às perguntas e/ou seguir os pedidos) (8).¹⁷

De modo mais específico, alguns dos entrevistados que referem usar o equipamento para falar, acrescentam fazê-lo apenas para cumprimentar a central, outros para desabafar porque se sentem sozinhos, e outros apenas para informar que está tudo bem.

era uma pulseira que eu trazia aqui, e carregava no botão para falar com alguém, para desabafar e para não estar sozinha” (**Nicole Santos, 76 anos, Divorciada**).

... Quando me lembro carrego... só para cumprimentar as pessoas que estão lá no Porto, que é para lá que tenho de apitar e depois lá ligam para cá (**João Ramos, 82 anos, Viúvo**).

No que diz respeito ao propósito “para pedir ajuda”, este pode abranger, segundo as respostas obtidas, dois tipos de motivos, nomeadamente motivos de insegurança (ex. situações de ameaças) (2) e/ ou motivos de emergência (ex. quedas e/ou mal-estar físico) (6).

(Já carregou alguma vez no botão?) Sim... tiveram aqui uns ciganos que queriam entrar aqui na minha casa à força e falaram-me mal, diz que passavam com o carro da mula por cima, e eu liguei... assim que eu liguei eles fugiram, tiveram medo, por acaso foi bom... (**Juliana Dinis, 76 anos, Casada**).

Já chamei já.../ porque tinha caído...(**Conceição Palha, 94 anos, Solteira**).

(...) Aqui há tempos caí lá em casa, quis me armar em menina nova, vamos lá, subi para cima de uma cadeira e quando subo em cima de uma cadeira para limpar o armário em cima, caí, precisei de ir para o hospital e como a minha filha não está em condições de nada, de nada... esse aparelhinho foi a minha sorte. Carreguei no botãozinho e pedi ajuda, disse à menina que me atendeu o que é que me tinha passado, fiquei com uma perna sem poder andar, até pensei que a tivesse partido e ela mandou logo imediatamente a ambulância buscar-me. Já carreguei uma vez por uma aflição no coração, porque eu tenho arritmia e de vez enquanto o coração dispara e naquela vez vi-me muito aflita, muito aflita (**Cristina Santos, 84 anos, Divorciada**).

¹⁷ De realçar que existem entrevistados que referiram mais do que um propósito, sendo a soma das respostas superior ao número total de entrevistados.

Quanto ao propósito “para reagir ao solicitado pela central (responder às perguntas e/ou seguir os pedidos)”, normalmente este advém de pedidos da central para mostrar que sabe usar o equipamento ou que este está a funcionar bem (casos de utilização passiva):

(Então só tocou uma vez no botão?) Não, eles disseram, de vez enquanto para tocar para ver se estava a funcionar e eles todos os domingos de manhã às 10h15/10h30, eles telefonam (**Rui Freitas, 73 anos, Divorciado**).

(...) de vez enquanto eles querem que eu ligue para saber se o aparelho está a funcionar bem ou não... ligo às vezes, não é muitas, mas ligo às vezes” (**Mariana João, 87 anos, Divorciada**).

Todas as segundas-feiras, das 12h às 12h30 o Porto liga-me, ou seja, a assistência liga-me todas as semanas e eu em contrapartida, seja a várias horas, uma vez por semana ou por mês também ligo para eles para verem se tudo funciona, através do aparelho não do botão. E então, agora, segunda-feira, lá está, das 12h às 12h30 estão-me a ligar a perguntar se está tudo bem e tal, tal, tal” (**João Coelho, 82 anos, Divorciado**).

Importa referir que apenas uma pequena proporção de entrevistados (6) mencionou já ter usado o serviço com mais do que um propósito, dos quais quatro (4) usaram-no “para falar” e “pedir ajuda, um (1) “para falar” e “para mostrar à central o bom funcionamento/manuseamento do aparelho” e, o restante “para pedir ajuda” e “para mostrar à central o bom funcionamento/manuseamento do aparelho. Desta forma, pode-se verificar que, 2 dos entrevistados que utilizam o serviço de modo ativo, por vezes, por iniciativa própria, também utilizam o serviço para mostrar à central que sabem manusear bem o aparelho e/ou que este está a funcionar bem. Assim, sendo, enquanto os entrevistados que utilizam o serviço de modo passivo, utilizam-no apenas com a intervenção da central, reagindo aos pedidos, os entrevistados que utilizam o serviço com mais do que um propósito, sendo um deles para mostrar à central o bom funcionamento/manuseamento do aparelho, fazem-no por iniciativa própria.

Combinando os tipos de utilização (passiva; ativa) com os tipos de propósitos de utilização (falar; pedir ajuda; reagir à central), é possível criar uma tipologia de padrões de utilização: a) utilização ativa com propósito instrumental (pedir ajuda); b) utilização ativa com propósito emocional (falar); c) utilização ativa com duplo propósito (pedir ajuda; falar); d) utilização passiva com propósito reativo (reagir à central) (tabela 4.3).

Tabela 4.3. Tipologia de padrões de utilização

Propósito	Utilização	
	Ativa	Passiva
Pedir ajuda	Utilização ativa com propósito instrumental (M, Q, R, U)	
Falar	Utilização ativa com propósito emocional (E, I, J, L, N)	
Pedir ajuda e falar	Utilização ativa com duplo propósito (A, G, H, O)	
Reagir à central		Utilização passiva com propósito reativo (B, C, D, F, K, P, S, T)

Fonte: Elaboração Própria.

4.1.3. *Benefícios da teleassistência, contributos para a qualidade de vida e aspetos a melhorar*¹⁸

4.1.3.1. Benefícios

No que concerne aos benefícios do serviço da *Helpphone*, através das respostas obtidas pelos entrevistados, foi possível criar quatro categorias, nomeadamente, “segurança” (10); “apoio/auxílio” (8); “companhia” (8) e “sem benefícios” (2)¹⁹.

De realçar que, metade dos entrevistados que referiram a “segurança” como benefício do serviço, realçaram que este sentido de segurança advém do facto de saberem que podem pressionar no botão de emergência no caso de precisarem. Eis alguns testemunhos:

Então escute-me lá os benefícios que eu vou-lhe explicar...olhe, um dos benefícios, o primeiro por exemplo, é eu cair, dar cabo de uma perna, não poder andar, não poder levantar, não ter ninguém que me acuda, aquilo é o melhor que há, aquilo é só carregar no botão, carregar naquilo no pulso que estão logo a falar com a gente...ai já é uma grande coisa, se não tivesse aquele aparelho, quem é que me acudia?! Ninguém... Assim tenho aquilo e foi a melhor coisa que eu ainda usei (**Gonçalo Miguel, 89 anos, Viúvo**).

¹⁸ Apêndice 3.3.

¹⁹ Existem entrevistados que referiram mais do que um benefício, sendo a soma das respostas superior ao número total de entrevistados.

Teleassistência para mim, por exemplo, se... imagine, se o 112 não atende e vem a tempo e horas, estes serviços de teleassistência são muito rápidos (então sente-se apoiado, seguro...) Sim, sinto-me seguro sinto-me (**Nardi Hussen, 68 anos, Divorciado**).

Pela doença, traz de bom, olhe para mim já foi duas vezes, tava aqui em casa, carreguei no aparelho, porque já não podia me mexer, depois uma rapariga aqui ao lado tem o meu número e lá deles também, e eles quando eu chamo e não respondo, então eles ligam para a rapariga para vir aqui a casa para ver como é que eu estou/Sinto-me mais seguro, quando tiver doente... (**Joel Arrais, 82 anos, Viúvo**).

Dá jeito, de noite se me sinto muito mal e já não vejo o número de telefone eu chego ali e carrego no botão e eles atendem-me (**Margarida do Vale, 87 anos, Divorciado**).

Os entrevistados que referem sentir-se apoiados/auxiliados, sublinham o apoio efetivo que recebem do serviço. Não se trata tanto de um sentimento “se eu precisar eu tenho a quem recorrer”, mas sobretudo de um reconhecimento que estão efetivamente a ser auxiliados através do serviço de teleassistência. Eis alguns testemunhos:

Oh, pois, eu acho, desde agora que eu me sinta assim muito mal e não tenha ninguém que me ajude, é carregar no botão até que me deem alguma resposta, até que me atendam. Passei a sentir ter um auxílio...tenho alguma coisa que me possa recorrer (**Mariana João, 87 anos, Divorciada**).

Porque quando nos vemos à rasca, telefono para o Porto, até faz muita falta, falam comigo com uma simpatia que eu não sei...(..) sinto-me apoiado...havendo alguma coisa, e eu telefono para lá e eles dizem-me logo o que é que eu tenho de fazer (**Jaime Costa, 92 anos, Casado**).

olhe, um dos benefícios, o primeiro por exemplo, é eu cair, dar cabo de uma perna, não poder andar, não poder levantar, não ter ninguém que me acuda, aquilo é o melhor que há, aquilo é só carregar no botão, carregar naquilo no pulso que estão logo a falar com a gente... aí já é uma grande coisa, se não tivesse aquele aparelho, quem é que me acudia?! Ninguém... Assim tenho aquilo e foi a melhor coisa que eu ainda usei (**Gonçalo Miguel, 89 anos, Viúvo**).

No que diz respeito ao benefício “companhia”, os entrevistados que o referem usam a modalidade do serviço “voz amiga” quando se sentem sozinhos, e, portanto, ligam para a central, sendo recebidos por um operador que o utilizador já conhece e sente algum conforto, bem como familiaridade.

Pois, foi para falar com eles, são pessoas muito simpáticas. Eu gosto muito deles, lá no Porto aquilo é uma alegria. Falam sempre, tudo muito simpáticas (**Jaime Costa, 92 anos, Casado**).

Quando uma pessoa está às vezes assim... sozinha, muitas horas em casa, precisando de uma palavrinha amiga também costumava assim falar uma palavrinha amiga com ele (**Nicole Santos, 76 anos, Divorciada**).

É uma companhia realmente... porque acabando por estar sozinha, uma pessoa se sentir alguma coisa ligo para eles, falo e já fico mais aliviada do *stress* (**Juliana Dias, 76 anos, Casada**).

Note-se que, dois (2) entrevistados não mencionaram nenhum benefício. Num caso isto é justificado pelo facto de a entrevistada não se ter adaptado ao equipamento (“porque aquilo metia-me uma confusão muito grande. E andar com aquilo ao dependuro não dava muito jeito... não gosto dessas coisas, gosto de me sentir livre, à vontade”, **Dânia Olivais, 92 anos, Divorciada**). No segundo caso, o entrevistado referiu não achar que o equipamento valesse a pena, sendo que precisou de ajuda uma vez para que chamassem o INEM, por ter caído, e não lhe resolveram o problema (“Pra mim não, cheguei a um ponto que não... uma vez que me fez falta não consegui, eu desisto logo / Precisei deles uma vez, eu à espera de uma ambulância uma semana e um dia e eles não me conseguiram resolver o problema.../ Não, não traz nada”, **Rui Freitas, 73 anos, Divorciado**).

Olhando para a matriz central, verifica-se que apenas sete (7) dos 21 casos referiram mais do que um benefício: três (3) mencionam a “companhia” e o “apoio/auxílio” (ambas mulheres, divorciadas), três (3) o “apoio/auxílio” e a “segurança” (uma mulher e divorciada e dois homens e viúvos) e apenas um (1) a “companhia” e a “segurança” (mulher, divorciada).

De realçar que, sete dos oito entrevistados que tinham mencionado só usar o serviço quando a central liga ou quando esta pede para usarem o equipamento para verificar o bom funcionamento/manuseamento do equipamento, referiram alguns benefícios do serviço, tendo dois deles identificado mais do que um benefício. De modo mais específico, dois referiram a “segurança”, três referiram o “apoio/auxílio”, um a “segurança” e o “apoio/auxílio”, e um referiu a “segurança” e a “companhia” (“Sentia uma segurança com o aparelho ligado, o aparelho que parece um telemóvel está sempre ligado, porque é a minha companhia”, **Laura Vera, 83 anos, Viúva**).

Olhando para a tipologia de padrões de utilização e para os benefícios, é possível encontrar algumas ligações relevantes. Primeiro, é curioso constatar que os entrevistados

com o padrão de utilização passiva com propósito reativo identificam, mesmo assim, benefícios (todos exceto um caso que não identifica benefícios), sobretudo segurança. Segundo, curiosamente, os entrevistados com o padrão de utilização ativa com propósito instrumental identificam a segurança como benefício (exceto um caso que não identifica benefícios). Por último, os entrevistados com o padrão de utilização ativa com propósito emocional identificam a companhia como benefício (com a exceção de um caso que identifica a segurança). O facto de os entrevistados com o padrão de utilização ativa com propósito instrumental identificarem a segurança como benefício, e não o apoio/auxílio como seria de esperar, poderá ter a ver com a similitude entre a segurança e o apoio/auxílio.

4.1.3.2. Contribuição do serviço para a melhoria da qualidade de vida

No que toca à contribuição do serviço para a melhoria da qualidade de vida, 19 dos 21 utilizadores entrevistados reconhecem que este serviço de teleassistência tem contribuído para melhorar a qualidade das suas vidas.

(Acha que este serviço contribui para melhorar a sua qualidade de vida?) Exato, e devia haver mais... as pessoas idosas deviam ter este aparelho em casa (**Emma Freitas, 79 anos, Viúva**).

Acho, acho... acho que me faz falta, faz-me falta, sinto-me apoiado... (**Jaime Costa, 92 anos, Casado**).

A mim sim, digo-o de coração, a mim sim (**Cristina Santos, 84 anos, Divorciada**).

Sim, ajuda muito agente, porque tive muito mal e senti-me só, porque não tinha ninguém (**Laura Vera, 83 anos, Viúva**).

Isto se não fosse este aparelho já eu não era vivo. *(Então... porque diz isso?)* Porque não tinha a quem chamar para me acudir... (**Gonçalo Miguel, 89 anos, Viúvo**).

São várias as formas através das quais se tem dado este contributo: apoio/auxílio (10); segurança (8); companhia (4)²⁰. Os entrevistados que responderam que o contributo se tem dado através do “apoio/auxílio”, realçam a efetividade do apoio:

Alguns testemunhos:

Acho, acho... acho que me faz falta, faz-me falta, sinto-me apoiado... (**Jaime Costa, 92 anos, Casado**).

²⁰ Existem entrevistados que referiram mais do que uma forma de contributo, sendo a soma das respostas superior ao número total de entrevistados.

Sim, já me esta a faltar a vista e às vezes não vejo os números e então agarro-me ao telefone. É só carregar no botão e eles atendem logo. Perguntam-me sempre se não tenho nada ligado... estão sempre preocupados se tenho alguma coisa ligada (**Margarida do Vale, 87 anos, Divorciada**).

Por sua vez, os entrevistados que identificaram a “segurança” como a forma através da qual o serviço tem contribuído para melhorar as suas vidas, afirmam saber que basta pressionarem o botão do equipamento em caso de necessidade, pois alguém vai estar “do outro lado” para o que for necessário:

É muito bom, porque se eu me sentir mal e não puder telefonar, é só carregar o Botãozinho (*e quando está em casa, tem acesso fácil ao botão?*) Tenho isso é fácil, é só sair do quarto e está ali na sala... Às vezes quando venho deitar ponho na mesa de cabeceira. (**Joana Neves, 70 anos, Divorciada**).

Olahhh, 100% sinto-me mais seguro, quando tiver doente pois já sei que tenho de ligar, senão nada feito (**Joel Arrais, 82 anos, Viúvo**).

Por fim, os entrevistados que mencionaram a “companhia” como a forma através da qual o serviço se tem manifestado positivamente na qualidade das suas vidas, afirmam que, para além de poderem ligar para a central e falar com alguém sempre que quiserem, estes também recebem, por vezes, chamadas inesperadas dos operadores da central, fora da data previamente marcada com o utilizador:

E agora, quando eu fiz anos, nem esperava tão pouco, eu tava aqui...também me telefonaram dando-me os parabéns, pelo Natal, enfim... eu sempre que podia quando estou em casa, eu telefono sempre para lá, sempre, sempre, sempre (**Cristina Santos, 84 anos, Divorciada**).

(...) porque acabando por estar sozinha, uma pessoa se sentir qualquer coisa ligo para eles, falo e já fico mais aliviada do *stress* (**Juliana Dinis, 76 anos, Casada**).

De salientar que, apenas três (3) dos 21 entrevistados referiram mais do que uma contribuição, tendo dois (2) referido o “apoio/auxílio” e a “segurança” e um (1) referido a “companhia” e o “apoio/auxílio”.

Curiosamente, verifica-se que não existe uma correspondência perfeita entre os aspetos mencionados como benefícios do serviço e as formas através das quais o serviço contribui para melhorar a qualidade da vida dos seus utilizadores. Enquanto 15 entrevistados identificam os mesmos aspetos como benefícios e como forma através da

qual o serviço contribui para melhorar a qualidade da vida, quatro identificam um aspeto como benefício diferente do aspeto que apontam como forma através da qual o serviço contribui para melhorar a qualidade da vida (2 entrevistados não identificam benefícios).

É ainda interessante verificar que a “segurança” surge como o aspeto mais referido nos benefícios do serviço, enquanto o “apoio/auxílio” aparece como o aspeto mais referido nas formas através das quais o serviço contribui para melhorar a qualidade das vidas dos utilizadores. Contudo, em ambos os casos, as diferenças entre os primeiros e os segundos aspetos mais referidos são mínimas.

Existem, assim, três formas através das quais, na ótica dos entrevistados, a utilização do serviço de teleassistência contribui para a qualidade das suas vida: através do apoio/auxílio efetivo que este serviço assegura, sendo de destacar que para muitos dos entrevistados que vivem sozinhos este é o único tipo de apoio que têm (dado que os familiares não prestam apoio ou não prestam apoio com a mesma prontidão do serviço de teleassistência); através da segurança que proporciona, traduzindo-se não em práticas efetivas de apoio mas antes num sentimento, numa perceção subjetiva de que o apoio existe caso acha necessidade; e finalmente através da companhia que o serviço proporciona, aspeto particularmente salientado pelos entrevistados que residem sozinhos e que se aparentam sentir-se sós.

Analisando o modo como o padrão de utilização se articula com as formas através das quais a utilização contribui para a qualidade de vida dos utilizadores, encontra-se algumas ligações relevantes: a) os utilizadores com um padrão de utilização ativa com propósito emocional identificam, em igual número, a ajuda/apoio, a segurança e a companhia como formas através das quais a utilização se reflete positivamente na qualidade de vida; b) os que têm um padrão de utilização ativa com propósito instrumental identificam sobretudo a ajuda/apoio como forma através da qual a utilização promove a qualidade de vida, embora a segurança também seja mencionada por um entrevistado (num caso não se reportam benefícios).; c) os entrevistados com um padrão de utilização ativa com duplo propósito identificam, maioritariamente, a ajuda/apoio como forma através da qual a utilização promove a qualidade de vida, havendo apenas uma menção para a companhia e outra para a segurança; d) os entrevistados com um padrão de utilização passiva com propósito reativo mencionam sobretudo a segurança como forma através da qual a utilização se manifesta positivamente na qualidade de vida, havendo contudo 3 menções para a ajuda/apoio e apenas uma menção para a companhia (num caso não se reportam benefícios).

Verifica-se, assim, que a ajuda/apoio é a forma mais mencionada pelos entrevistados através da qual a utilização do serviço de teleassistência promove a qualidade de vida dos utilizadores, sendo seguida de perto pela segurança. A companhia é a forma menos mencionada (apenas 4 entrevistados).

4.1.3.3. Aspectos a melhorar e satisfação com o serviço

A grande maioria dos entrevistados (17) mencionou não ter opinião em relação aos aspetos do serviço que poderiam ser melhorados. Dos que manifestaram a sua opinião, os aspetos a melhorar identificados são a “confortabilidade do aparelho” e a “durabilidade do aparelho”. No que respeita à confortabilidade, é referido o desconforto provocado pelas pulseiras e o facto de o equipamento que é colocado ao pescoço bater frequentemente “nas coisas”:

Aquilo também era no pulso... também era no pulso e não tinha jeito nenhum” (**Dânia Olivais, 93 anos, Divorciado**).

(...) a pulseira, tiraram aquela que não aperta e eu tive que pôr aqui um coisinho para não perder. Deram-me uma que já não presta, tenho que pôr aqui uns ganchos para segurar a pulseira” (**Margarida do Vale, 87 anos, Divorciada**).

Não uso às vezes, porque não posso...aquilo bate-me nas coisas (**Natacha Rodrigues, 89 anos, Divorciada**).

Já no que respeita à durabilidade do equipamento, as principais “queixas” remetem para a duração das baterias:

(...) sabe que isto às vezes as pessoas de idade para ligar e desligar o telefone, as baterias às vezes são ali um bocadinho fustigadas ou qualquer coisa, nós tivemos já 3 meses à espera da substituição do aparelho, mas depois veio, de resto mais nada (**Filho de Natacha Rodrigues, 89 anos, Divorciada**).

O aparelho vai-se abaixo muitas vezes (**Conceição Palha, 94 anos, Solteira**).

Contudo, alguns entrevistados (4), apesar de não terem detetado nenhum aspeto a melhorar quando lhes foi perguntado, afirmando não ter opinião, identificaram, ao longo da entrevista, alguns aspetos menos positivos do equipamento/serviço, relacionados, sobretudo, com a confortabilidade do aparelho.

Como tenho o pulso magro fica largo (**Rosalina Freitas, 85 anos, Solteira**)

(O que achou da ideia de usar ao pescoço?) Acho que aquilo não era próprio para homem, aquilo devia ser mais era para senhora, mas aquilo no pulso era engraçado. *(Era*

desconfortável no pescoço?) Para mim é...agarrado às canadianas, com o corpo desequilibrado aquilo é um... é como andar ao pescoço de uma ovelha...aquilo andava de um lado para o outro (**Rui Freitas, 73 anos, Divorciada**).

Interessa referir que este último entrevistado associa o aparelho colocado ao pescoço a um dispositivo feminino, o que acaba por lhe gerar algum desconforto.

Outros entrevistados não identificaram propriamente aspetos a melhorar no equipamento/serviço, embora tenham referido as necessidades que este não permite satisfazer:

...gostaria de ter uma pessoa para estar sempre comigo, para estar acompanhada, mas como não tenho possibilidades para isso, tenho uma reforma pequenina, tenho de me ir contentando com aquilo que tem de ser (**Mariana João, 87 anos, Divorciada**).

Tenho de arranjar outra pessoa para ir comigo à farmácia, aos exames, depois para ir buscar, e eu não tenho ninguém, nem posso pagar, ninguém que faça esse favor e... a segurança social devia de dar uma ajuda, não dá...não dá, nem vale a pena que não dá (**Joel Arrais, 82 anos, Viúvo**).

O primeiro testemunho deixa transparecer que o serviço não é suficiente para satisfazer a necessidade de companhia. Refira-se, contudo, que o serviço de teleassistência aqui considerado não tem forma de satisfazer as necessidades acabadas de referir.

Para terminar a apresentação dos resultados, resta referir que os entrevistados, excetuando dois, estão globalmente satisfeitos com o serviço.

(Então está satisfeita com o serviço?) Eu sim, sim! Muito satisfeita! Parece que ainda foi, depois da velhice, a melhor coisa que me apareceu em casa, foi esse aparelhinho, digolhe já (**Cristina Santos, 84 anos, Divorciada**).

(Então está satisfeita com o serviço?) Estou, ah sim, estou, muito satisfeita (**Laura Vera, 83 anos, Viúva**).

(Então está satisfeito com este serviço?) Eu estou feliz com o serviço, eu estou satisfeito, estou mais seguro...(Nardi Hussen, 68 anos, Divorciado).

Além disso, todos estes entrevistados detetaram contribuições do serviço para a melhoria da qualidade das suas vidas.

No que toca aos dois entrevistados que se mostraram insatisfeitos com o serviço, os motivos referidos remetem para o desconforto causado pelo tipo de equipamento (no colar e pulso) e ausência de benefícios:

Precisei deles uma vez, eu à espera de uma ambulância uma semana e um dia e eles não me conseguiram resolver o problema... (*Carregou no botão para pedir ajuda...*) Sim, e eles do género «Hoje não conseguimos, amanhã não sei», olhe, foi passando o tempo e eu depois digo assim... isto para mim não vale a pena...isto é perder tempo./ Uma vez que me fez falta, não consegui, eu desisto logo./ A conversa é muito bonita na teoria, mas falha na prática” (**Rui Freitas, 73 anos, Divorciado**).

(...) aquilo metia-me uma confusão muito grande. E andar com aquilo ao dependuro não dava muito jeito... não gosto dessas coisas, gosto de me sentir livre à vontade/ Aquilo também era no pulso... também era no pulso e não tinha jeito nenhum (**Dânia Olivais, 92 anos, Divorciada**).

4.2. Discussão dos Resultados

A grande maioria dos entrevistados transitaram para a utilização do serviço de teleassistência do município de Faro por iniciativa de terceiros (familiares ou outros serviços), o que vai de encontro com a “influência social” desenvolvida no quadro da Teoria Unificada de Aceitação e Uso de Tecnologia (Venkatesh et al., 2012) sendo que remete para situações em que outras pessoas, sobretudo familiares e amigos, influenciam o consumidor a usar uma determinada tecnologia. Isto poderá indicar que a informação sobre estes serviços não estará a chegar a todos os potenciais utilizadores, ou que estes não percecionam este tipo de serviços como úteis ou adaptados às suas competências digitais.

Identificaram-se quatro tipos de padrões de utilização deste serviço, sendo um deles um pouco inesperado, nomeadamente o padrão de utilização passivo com propósito reativo. Enquanto alguns destes entrevistados adotam este padrão porque nunca precisaram de, voluntariamente, fazer uso do serviço, outros não se sentem confiantes para o fazer porque receiam poder incomodar os profissionais que estão na central. Esta falta de confiança poderá ter a ver com uma conceção tendencialmente assistencialista do serviço por parte dos entrevistados, que não concebem a sua utilização como um direito, mas sim como um certo “favor” que os profissionais lhes estão a fazer. Poderá, ainda, ter a ver com um certo conjunto de disposições adquiridas (*habitus*) que tendem a promover uma atitude passiva face aos serviços de apoio. Esta evidência vai ao encontro da quinta pergunta do modelo desenvolvido por Greenhald et al. (2013). No que respeita ao padrão de utilização do serviço, sobressai

ainda o facto de a maioria dos entrevistados adotar um padrão com um único propósito, pois apenas uma minoria se encontra no padrão de utilização ativa com duplo propósito.

Excetuando dois entrevistados, todos os restantes identificam benefícios na utilização do serviço de teleassistência. O sentimento de segurança que o serviço proporciona, o apoio/auxílio que efetivamente presta e a companhia, são os três tipos de benefícios referidos. Enquanto o primeiro benefício consiste numa perceção da existência de um apoio em caso de necessidade, os restantes consistem na existência, de facto, de dois tipos de ações efetivas, uma de natureza emocional e outra de natureza instrumental/prática. O sentimento de segurança foi o mais referido pelos entrevistados, o que poderá ter a ver com o facto de muitos deles (cerca de metade) ter manifestado sentimentos de insegurança relacionados com o receio de serem alvo de furtos ou de caírem em casa. É de acrescentar que, a segurança também foi referida pela responsável do GAI do município de Faro como uma das formas através das quais o serviço contribui para a qualidade de vida dos utilizadores. A segurança foi referida como um dos benefícios das tecnologias de apoio por outros estudos (ex.: De San Miguel et al., 2015; Vassli e Farshachian, 2017).

Olhando para o Modelo de adoção e uso de tecnologia de apoio por parte de pessoas mais velhas (Greenhald et al. 2013), é possível afirmar que o padrão de utilização do serviço e os benefícios que são retirados da sua utilização têm a ver, em grande parte, com o que Greenhald et al. (2013) designam por “aquilo que é realmente relevante para os adultos mais velhos” ou “aquilo que mais os preocupa”.

Todos os entrevistados, exceto dois, reconhecem que a utilização do serviço de teleassistência contribui para a qualidade das suas vidas, o que vai ao encontro de alguns estudos já realizados (ex.: Damant, et al., 2017; Karlsen et al., 2017). Este resultado está em consonância com aquele que nos revela que os entrevistados, também com a exceção de dois, estão satisfeitos com o serviço. Mas mais importante do que isto, é saber de que forma é que a utilização do serviço contribui para a promoção da qualidade de vida. A este respeito, verificou-se que existem três formas através das quais a utilização do serviço melhora a qualidade de vida dos utilizadores: a prestação de apoio/auxílio efetivo, o sentimento de segurança e também a companhia que proporciona, que correspondem aos três benefícios referidos anteriormente.

Quando se relaciona o padrão de utilização do serviço com as formas através das quais a sua utilização promove a qualidade de vida dos utilizadores, verifica-se que a ajuda/apoio, seguida pela segurança, são as formas mais mencionadas. Mesmo no padrão de

utilização ativa com propósito emocional, a ajuda/apoio e a segurança surgem com o mesmo número de menções do que a companhia. Desta forma, a promoção da qualidade de vida não é realizada tanto por via da companhia que o serviço proporciona, mas sobretudo pela ajuda/apoio que presta e pelo sentimento de segurança que gera. Isto está em linha com o referido por alguns entrevistados, de que o serviço não é suficiente para combater a solidão, uma vez que o ideal seria ter alguém fisicamente presente no dia-a-dia. O papel menos claro do serviço de teleassistência na promoção da companhia vai, de certo modo, contra os resultados de alguns estudos sobre o impacto das tecnologias, gerais e de necessidades especiais, no combate à solidão (ex.: Gil et al., 2019; Khosravi e Chapanchi, 2016).

Assim, estes resultados apontam no sentido de que o serviço de teleassistência do município de Faro, tal como é prestado, não é suficiente para combater eficazmente a solidão dos seus utilizadores. Para que tal fosse possível, as interações entre os profissionais e os utilizadores teriam de ser mais frequentes e, talvez, mais duradouras (mais tempo de conversação).

Os dois entrevistados que não identificam benefícios da utilização do serviço de teleassistência e que, por conseguinte, não reconhecem a importância deste serviço na melhoria da qualidade das suas vidas, justificam as suas perspetivas de forma distinta. Enquanto um justifica pela não satisfação de uma necessidade, o outro justifica pela não adaptação ao dispositivo que se coloca em torno do pescoço. Aliás, o aspeto do serviço a melhorar mais mencionado foi o da confortabilidade do aparelho. Os aspetos relacionados com o design/conforto dos dispositivos, são relevados por alguns estudos (ex.: Charness, 2003; Steele e Gray, 2001). É de acrescentar, com base no testemunho da responsável pelo GAI do município de Faro, que o serviço em análise não é adequado para pessoas com problemas auditivos e visuais.

Foi possível também confirmar a facilidade de uso destas tecnologias de apoio, uma vez que uma proporção significativa dos entrevistados referiu manusear facilmente o equipamento do serviço. Não obstante, importa lembrar que o serviço de teleassistência em análise é de primeira geração (Stowe et al., 2010), não sendo muito exigente do ponto de vista da usabilidade.

É de referir, por último, que não se detetou a influência inequívoca de certas estruturas sociais nas transições, padrões de utilização, benefícios e restantes aspetos, tais como o género e a idade.

CONCLUSÕES

Os cuidados/apoios para os mais velhos são um tema de grande relevância social e sociológica, pois tem-se vindo a assistir ao envelhecimento progressivo da população e ao aumento da longevidade. Tem-se vindo a acrescentar anos à vida, mas não necessariamente vida aos anos, dado que aos 65 anos, e especificamente em Portugal, os indivíduos podem esperar viver um número de anos de vida saudável inferior ao número de anos de vida não saudável. Isto quer dizer que, em média, espera-se que as fases mais avançadas da vida (grosso modo a partir dos 85 anos) sejam marcadas por problemas de saúde, tornando, assim, o imaginário social da quarta idade cada vez mais presente.

Deste modo, assiste-se a um aumento do número de adultos mais velhos a necessitar de cuidados/apoios, aumento este que não tem sido acompanhado por um igual aumento do número de prestadores de cuidados formais e informais, principalmente de cuidadores informais, devido às pressões a que as mulheres (tradicionalmente prestadoras de cuidados) estão sujeitas pelas dificuldades que enfrentam na conciliação entre o trabalho pago e trabalho não pago. Daí o reconhecimento do governo português de que é necessário desenvolver apoios para os mais velhos, particularmente para os que se encontram em situações mais vulneráveis (ex.: os que têm problemas de saúde e vivem sozinhos).

Neste contexto, as políticas de promoção do AiP (envelhecer em casa/na comunidade) têm vindo a ser a aposta de muitos governos, incluindo o governo português, dado que vão ao encontro do desejo da maioria dos adultos mais velhos de permanecerem nas suas residências/comunidades e, por outro lado, são consideradas mais económicas do que as políticas de promoção dos cuidados residenciais. As tecnologias de apoio surgem como uma das soluções que contribuem para a viabilidade dos mais velhos envelhecerem nas suas residências/comunidades.

Os resultados desta investigação permitem concluir que os utilizadores do serviço de teleassistência do município de Faro que fizeram parte da amostra avaliam positivamente este serviço (excetuando dois casos). Permitem concluir, também, que na perspetiva destes utilizadores (excetuando dois casos), o serviço contribui para melhorar a qualidade das suas vidas, sobretudo porque assegura algum apoio/auxílio efetivo e/ou porque promove um sentimento de segurança. Assim, ficou evidenciado que este serviço de teleassistência tem um papel positivo na promoção do envelhecimento em casa/na comunidade, uma vez que contribui para a satisfação de algumas necessidades dos seus utilizadores e para a criação de um sentimento de segurança (ter alguém a quem recorrer, em caso de necessidade). Porém, tal como é atualmente prestado, o serviço não é tão

eficaz no combate à solidão. Este é um aspeto a ter em consideração por parte dos decisores políticos e dos profissionais com intervenção no terreno.

Pode-se também concluir que, as questões relacionadas com o conforto proporcionado pelo uso do equipamento é um aspeto a ter em consideração por parte de quem desenvolve estas tecnologias, para alguns utilizadores o desconforto provocado pelo uso do equipamento poderá ser suficiente para a recusa em voltar a usá-lo.

É também importante sublinhar que, os participantes nesta investigação exibem um perfil geral de desvantagens sociais, sendo que apresentam problemas de saúde que condicionam tanto a sua saúde física, como, por vezes, a sua saúde mental, para além de sofrerem de carências económicas, solidão e isolamento social, tendo uma rede de suporte muito frágil ou mesmo inexistente. Isto quer dizer que a generalidade dos participantes nesta investigação têm vidas precárias, que condicionam a utilização que fazem do serviço de teleassistência, e que deverão ser alvo da prestação de outros serviços que vão além do serviço de teleassistência. São portanto, indivíduos que passam uma parte significativa do dia sozinhos, com a sua mobilidade comprometida, e com um rendimento baixo.

Dado o papel positivo que o serviço de teleassistência do município de Faro poderá ter na melhoria da qualidade de vida dos adultos mais velhos, seria importante que este serviço pudesse ser utilizado por um maior número de pessoas, pois de momento beneficia uma pequena proporção de pessoas com 65 ou mais anos residente em Faro..

Neste sentido, considera-se crucial a criação de estratégias eficazes que impulsionem a adoção e aceitação desta tecnologia de apoio domiciliário em Faro, tais como, um maior investimento numa publicidade mais interativa e atrativa da mesma em redes sociais, já que estas têm vindo a ganhar cada vez mais popularidade, sendo o meio de comunicação e informação mais usado; realização de *workshops* ou *palestras* em hospitais e centros de dias, de modo a que os profissionais de saúde e cuidadores formais adquiram o conhecimento adequado sobre o serviço, permitindo-lhes partilhar essa informação com as próprias pessoas mais velhas e/ou os seus familiares, bem como nas escolas. Acredita-se que esta proposta de estratégia é particularmente útil, uma vez que, através de uma “bola de neve” bem informada, o serviço tornar-se-á conhecido pelo máximo nº possível de pessoas que, por sua vez, irão informar outras e assim sucessivamente, chegando aos próprios adultos mais velhos ou mesmo aos seus familiares. Através dos familiares, crê-se ser mais fácil transmitir a utilidade destas tecnologias de apoios, levando as pessoas mais velhas a aceitar e a adotar este serviço, uma vez que estes se assumem como uma rede “próxima” e de confiança. Sendo

o custo elevado uma das barreiras de adoção das tecnologias de apoio, identificadas por Steele et al. (2009) e De San Miguel et al. (2015), é importante que se deixe bem claro que este serviço é oferecido pela câmara municipal de Faro a pessoas carenciadas e desfavorecidas, residentes no concelho.

De realçar ainda que, apesar do acompanhamento tecnológico domiciliário se estar a tornar cada vez mais acessível e fácil de usar (*Right at home*, 2017), contribuindo, de algum modo, para a redução de solidão e isolamento social, bem como ao aumento da segurança em casa, e, por sua vez, para a melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores, no que toca ao serviço de teleassistência, este assume algumas limitações que foram realçadas por alguns dos seus utilizadores, como o desconforto e o tempo de duração das baterias, do acompanhamento, bem como a necessidade de um apoio/acompanhamento mais próximo/presente. Deste modo, é importante que o equipamento seja devidamente adaptado às características físicas do utente e que lhe seja pedida opinião de escolha do tipo de equipamento que prefere (pulseira/relógio ou colar), bem como às suas necessidades específicas. De notar que, o uso do equipamento no pulso, parece ser a opção mais preferida pelos seus utilizadores, quando devidamente adaptado ao tamanho do pulso, de modo que não fique apertado ou largo. No que toca a um acompanhamento mais próximo, poder-se-ia atualizar o serviço de teleassistência, criando dois botões de cores diferentes no equipamento, um que serviria apenas como botão de pânico e outro para pedir alguém que fizesse as compras pelo adulto mais velho ou que o acompanhasse a ir às compras e/ou tratar de outros assuntos (ex. levá-lo a consultas).

Crê-se que, o serviço de teleassistência, aliado à assistência domiciliar, seja um forte impulsionador para a autonomia das pessoas mais velhas, contribuindo para a sua qualidade de vida e concretização do seu desejo de “envelhecer no lugar” (Matias, 2016). A institucionalização contribui para o enfraquecimento dos laços sociais (Bárrios, et al., 2020), podendo, por vezes, levar à depressão.

Seria interessante também que, a câmara municipal de Faro ponderasse a adoção dos robôs de estimulação, como aparelhos de companhia, sendo que, segundo a literatura revista, este contribui fortemente para a redução da solidão e isolamento social das pessoas mais velhas, sem o risco de infeção ou alergia (Khosravi & Ghapanchi, 2016). Além destes tipos de tecnologias de apoio mencionados, considera-se particularmente crucial que existam mais opções de tecnologias de apoio disponíveis pela câmara municipal de Faro para as pessoas mais velhas, tais como tecnologia sensorial (ex. medição do batimento cardíaco, oxigénio e

temperatura corporal) entre outras, que permitam ao adulto mais velho sentir-se ainda mais seguro, garantindo-lhe que, encontrando-se sozinho, mesmo se acontecer algo e este não tiver capacidade para carregar no botão (por motivos de desmaios, doenças crónicas, problemas auditivos/visuais, entre outros motivos), terá ajuda.

Acredita-se que, o estudo levado a cabo contribui para reforçar a temática da eficácia das tecnologias de apoio aos adultos mais velhos, bem como das experiências e perspetivas dos seus utilizadores, pouco desenvolvidas pela literatura (Khosravi & Ghapanchi, 2016; Khosravi et al., 2016; Karlsen et al., 2017), uma vez que permite a captação e compreensão das avaliações e perspetivas de alguns dos utilizadores, em idades mais avançadas, do serviço de teleassistência.

**LIMITAÇÕES DO ESTUDO
E LINHAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS**

No que toca à avaliação da qualidade de investigação, seguindo os pontos propostos por Tracy (2010) – página 67, considera-se que o tema da presente dissertação tem relevância, tanto ao nível social como científico; que se adotou processos rigorosos de recolha e análise dos dados, seguindo os objetivos do estudo e respeitando sempre os direitos dos entrevistados. As teorias e conceitos mobilizados foram os mais apropriados tendo guiado toda a investigação, contribuindo para a concretização dos objetivos do estudo. Foi realizada uma descrição densa dos resultados, de modo a evidenciar alguns aspetos dos mesmos, com uso parcimonioso de testemunhos dos entrevistados. Por fim, considera-se que, apesar de alguns constrangimentos sentidos, que se acredita terem sido fatores limitadores do estudo, os objetivos propostos foram alcançados, que a metodologia adotada foi a mais adequada tendo em conta as características do público-alvo e que houve uma boa articulação entre a revisão de literatura, perguntas de investigação e discussão de resultados.

A ideia inicial da investigação levada a cabo, consistia em obter as avaliações do serviço de teleassistência por parte de todos os seus utilizadores, de modo a permitir que todos expressassem a sua opinião, sendo que a população-alvo constitui apenas 68 utilizadores (com 65 ou mais anos), e portanto, um número relativamente reduzido e o seu contacto de fácil acesso. Contudo, só foi possível alcançar 21 dos 68 utilizadores, tendo se obtido uma amostra de apenas 30,9% da população-alvo. Isto ficou a dever-se à incompatibilidade dos critérios de seleção, sendo que alguns não tinham capacidade para prestar o consentimento informado e apresentavam sintomas agudos de uma doença, e à dificuldade em contactar alguns dos beneficiários do serviço recomendados. Além disso, três dos utilizadores selecionados, responderam às questões desenvolvidas com auxílio dos filhos, o que pode de algum modo ter condicionado as respostas dos entrevistados, e dois já não usufruíam do aparelho.

De realçar que, tendo havido dois entrevistados que se mostraram insatisfeitos com o serviço, sobretudo pela dificuldade em se adaptar ao mesmo, surgiu a hipótese de poder existir mais utilizadores com a mesma opinião, ficando-se sem saber quantos mais, dos 47 beneficiários em falta, poderiam ter a mesma avaliação e perspetiva.

Além disso, a amostra é constituída predominantemente por mulheres que assumem um peso significativo de 66,7% dos entrevistados (14), enquanto os homens apenas 33,3% (7). Isto limitou a possibilidade de se realizarem análises comparativas robustas com base no género.

Considerando que este estudo é de natureza qualitativa, não se podem fazer generalizações estatísticas para a população-alvo sobre o papel do serviço de teleassistência do município de Faro na promoção da qualidade de vida dos seus utilizadores. Existe, deste modo, a necessidade em se realizar um estudo que mobilize uma amostra maior (estudo quantitativo), bem como vários tipos de tecnologias de apoio, de modo a se obter uma visão aprofundada da situação e permitir que todos os utilizadores do serviço de teleassistência e de outras tecnologias de apoio tenham a mesma oportunidade de partilhar as suas opiniões.

Ponderou-se também adotar uma metodologia mista, combinando questionários com entrevistas semiestruturadas. Contudo, devido à demora na obtenção dos contactos dos entrevistados e na realização das entrevistas exploratórias, indispensáveis para o fortalecimento da base do presente estudo, não foi possível realizar os inquéritos por questionário, por falta de tempo.

No que toca ao processo de realização das entrevistas, acredita-se que, se estas tivessem sido realizadas presencialmente ou em qualquer ambiente que permitisse aos entrevistados conhecerem a voz por trás da chamada e vice-versa, ter-se-iam obtido dados mais robustos e eficazes, na medida em que, facilitaria ao entrevistador transmitir confiança aos entrevistados, bem como ao próprio entrevistado uma melhor compreensão das perguntas. No final de algumas entrevistas, ficou-se com a sensação de que, alguns dos entrevistados achavam que estavam a responder a perguntas de um colega da responsável pelo GAI ou de um operador do serviço de teleassistência, o que pode, de algum modo, ter influenciado as suas respostas. Houve ainda um participante que desistiu de responder às perguntas, a meio da entrevista, por se sentir inseguro e invadido, mesmo tendo sido explicado em que consistia a entrevista e se ter feito uma breve apresentação do entrevistador.

No futuro, seria importante perceber-se até que ponto é que o género e outras estruturas sociais influenciam as dinâmicas de utilização deste tipo de tecnologias, bem como as perceções sobre a eficácia destas na promoção da qualidade de vida e do bem-estar. Seria igualmente importante, em futuros estudos, compreender o que é que os adultos mais velhos mais valorizam e quais são as suas principais preocupações, e analisar se, e de que modo, as tecnologias de apoio permitem ir ao encontro das suas valorizações e mitigar as suas preocupações. Estes são aspetos salientados pelo Modelo de adoção e uso de tecnologia de apoio por parte de pessoas mais velhas (Greenhalgh et al., 2013).

Por último, seria ainda interessante, como é sugerido por Damant et al. (2017), a realização de estudos que integrem tanto utilizadores, como não utilizadores das tecnologias

de apoio, de modo a examinar com mais rigor o impacto das tecnologias de apoio na promoção da qualidade de vida dos utilizadores.

REFERÊNCIAS

- Abad, L. (2014) Media literacy for older people facing the digital divide: The e-inclusion programmes design, *Comunicar*, 21(42), 173–180. Disponível em: <https://doi.org/10.3916/C42-2014-17>
- Aceros, J.C., Pols, J. & Domènech, M. (2015) Where is grandma? Home telecare, good aging and the domestication of later life, *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 102-111 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.01.016>
- Ala-Mutka, K. (2011) Mapping digital competence: towards a conceptual understanding, JRC European Commission. Disponível em: https://www.academia.edu/42521335/Mapping_Digital_Competence_Towards_a_Conceptual_Understanding
- Amaral, P. (2013). Avaliação do Impacto: Breve Introdução, Documento de Trabalho n° 1/13. Lisboa: Camões, Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. Disponível em: https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/doc_trabalho8_2013.pdf
- Amaro, F., & Gil, H. (2011), ICT for Elderly People: ‘Yes, ‘They’ Can!’, 2011 e-CASE & e-Tech International Conference, Tóquio, Toshi Center Hotel, pp. 3792- 3803. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/820/1/Henrique%20Gil%203792.pdf>
- Andersson, L. (1998) Loneliness research and interventions: A review of the literature, *Aging and Mental Health*, 2(4), 264-274. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607869856506>
- Antunes, T.P.C., Oliveira, A.S.B., Hudec, R., Crocetta, T.B., Antão., J.Y.F.L., Barbosa, R.T.A., Guarnieri., Masseti, T., Garner, D.M., & Abreu, L.C. (2018) Assistive technology for communication of older adults: a systematic review, *Aging & Mental Health*, 3(4), 417-427 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1426718>
- Assistive Technology Industry Association - ATIA (2017) *What is AT? - Assistive Technology Industry Association*. Disponível em: <https://www.atia.org/home/at-resources/what-is-at/> (Acedido a 18 de julho de 2022).
- Azimi, I., Rahmani, A.M., Liljeberg, P. & Tenhunen, H. (2016). Internet of things for remote elderly monitoring: a study from user-centered perspective, *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, Vol. 8(2), pp.273–289. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12652-016-0387-y>
- Baranowski, T., Buday, R., Thompson, DI., & Baranowski, J. (2008). Playing for real: video games and stories for health-related behavior change, *Am J Prev Med*, Vol. 34 (1), pp. 74–82. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18083454/>
- Bárrios, M.J., Marques, R., & Fernandes, A.A. (2020) Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais, *Revista de Saúde Pública*, 54:129. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2016055001942err>
- Babbie, Earl. (2007) *The Practice of Social Research*, twelfth edition, international edition, Chapman University, WADSWORTH CENGAGE Learning. Disponível em: https://archive.org/details/isbn_9780495598428/page/n4/mode/2up
- Beer, J.M. & Takayama, L. (2011) ‘Mobile remote presence systems for older adults: Acceptance, benefits, and concerns’, in *HRI 2011 - Proceedings of the 6th ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction*. Disponível em: <https://doi.org/10.1145/1957656.1957665>
- Bettio, F. and Verashchagina, A. (2010) *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, EU Expert Group on Gender and Employment, Roma: Fondazione G. Brodolini. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6f79fa54-1199-45e0-bbf3-2619c21b299a/language-en>

- Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M.W., van Tilburg, T.G., Penninx, B.W.J.H., van Eijk, J.T.M. & Deeg, D.J.H. (2003) The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: The longitudinal aging study Amsterdam, *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(2), 164-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF03324496>
- Brandt, A., Samuelsson, K., Töytäri, O. & Salminen, A.L. (2011). Activity and participation, quality of life and user satisfaction outcomes of environmental control systems and smart home technology: a systematic review, *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, Vol. 6(3), pp.189–206. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21110728/>
- Brittain, K., Corner, L., Robinson, L., & Bond, J. (2010) Ageing in place and technologies of place: the lived experience of people with dementia in changing social, physical and technological environments, *Sociology of Health & Illness* Vol. 32 (2), pp. 272–287. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01203.x>
- Bryman, A. (2016) *Social Research Methods* (5th ed.), Oxford: Oxford University Press.
- Buckingham, D. (2007) Digital Media Literacies: Rethinking Media Education in the Age of the Internet, *Research in Comparative and International Education*, 2(1), 43-55. Disponível em: <https://doi.org/10.2304/rcie.2007.2.1.43>
- Cabral, M.V. & Ferreira, P.M. (2013) *Envelhecimento Ativo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23416/1/ICS_MVCabral_PMFerreira_Envelhecimento_LAN.pdf
- Caelli, K., Ray, L., Mill, J. (2003) 'Clear as Mud': Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research, *International Journal of Qualitative Methods*, 2(2), 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/160940690300200201>
- Cardoso, G., Costa, A.F., Castells, M., Gomes, C., & Conceição, C.P.(2005). A Sociedade em Rede em Portugal, Porto, Campo das Letras. Disponível em: https://www.academia.edu/es/24801785/A_Sociedade_em_Rede_em_Portugal_2005_Gustavo_Cardoso_Ant%C3%B3nio_Firmino_da_Costa_Manuel_Castells_Carmo_Gomes_e_Cristina_Palma_Concei%C3%A7%C3%A3o
- Cardoso, G., Costa, A.F., Coelho, A.R., & Pereira, A. (2015). A Sociedade em Rede em Portugal, Uma Década de Transição, Coimbra, Edições Almedina. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275953002_A_Sociedade_em_Rede_em_Portugal_Uma_Decada_de_Transicao
- Cardoso, G. & Espanha, R. (2007) Utentes e Saúde na Era da Informação: Internet, telemóveis e média, CIES/ISCTE, Fundação Calouste Gulbenkian – Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano. Disponível em: https://www.academia.edu/en/25682690/Utentes_e_Sa%C3%BAde_na_Era_da_Informa%C3%A7%C3%A3o_Internet_telem%C3%B3veis_e_media
- Cardoso, Gustavo (2008). From mass to networked communication: communicational models and the informational society, *International Journal of Communication*, Vol. 2, pp. 587-630. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14660/1/From%20mass%20to%20networked%20communication.pdf>
- Cardoso, Gustavo (2009), “Da Comunicação em Massa à Comunicação em Rede: Modelos Comunicacionais e a Sociedade de Informação”, Capítulo 1, em G. Cardoso, R. Espanha e V. Araújo (orgs.), *Da comunicação de massa à comunicação em rede*, Porto, Porto Editora, pp. 7-43. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/301789805_Da_Comunicacao_em_Massa_a_Comunicacao_em_Rede_Modelos_Comunicacionais_e_a_Sociedade_de_Informacao

- Cardoso, G., & Lamy, L. (2011). Redes sociais: comunicação e mudança, *JANUS.NET e-journal of International Relations*, Universidade Autónoma de Lisboa, Vol. 2(1), pp. 73-96. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13383/1/pt_vol2_n1_art6.pdf
- Cardoso, S., Santos, M. S., Baptista, M.I., Clemente, S. (2012) Estado e Políticas Sociais Sobre a Velhice em Portugal (1990-2008), *Análise Social*, 204, XLVII (3º), 606-630. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n204/n204a05.pdf>
- Castells, Manuel (2007 [2002]), *A Sociedade em Rede. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura* (3ª ed.), Lisboa, FCG.
- Castells, Manuel (2011), *Communication Power*, Oxford, Oxford University Press.
- Charness, N. (2003). Commentary: access, motivation, ability, design, and training: necessary conditions for older adults success with technology. In Charness, N. and
- Chou, C.-C., Chang, C.-P., Lee, T.-T., Chou, H.-F., & Mills, M. E. (2013) Technology acceptance and quality of life of the elderly in a telecare program, *Cin-Computers Informatics Nursing*, 31(7), 335–342. Disponível em: https://journals.lww.com/cinjourn/Abstract/2013/07000/Technology_Acceptance_and_Quality_of_Life_of_the_6.aspx
- Cobo, Cristóbal (2014), ¿Puede Internet Convertirse en una Herramienta de Cambio Social?, *Aprendizaje Colaborativo, Education and ICT, Futuro*. Disponível em: <https://www.cristobalcobo.net/blog/post/puede-internet-convertirse-en-una-herramienta-de-cambio-social>
- Colombo, F., Aroldi, P., & Carlo, S. (2015). New Elders, Old Divides: ICTs, Inequalities and Well-Being amongst Young Elderly Italians, *Comunicar*, n.45, Vol. XXIII, pp. 47-55. Disponível em: <https://doi.org/10.3916/C45-2015-05>
- Colombo, F. et al. (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Crawford, Susan (1983). The Origin and Development of a Concept: The Information Society, *Bulletin of the Medical Library Association*, Vol. 71(4), pp. 380-385. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6652297/>
- Cruz, J., Brooks, D., & Marques, A. (2014). Home telemonitoring effectiveness in COPD: a systematic review, *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 68(3), pp.369–78. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24472009/>
- Cruz Vermelha Portuguesa (2022) Teleassistência– Tecnologias de apoio à distância. Disponível em: <https://www.cruzvermelha.pt/sa%C3%BAde/%C3%A2mbito-nacional/teleassist%C3%A2ncia.html> (acedido a 25 de agosto de 2022).
- Damant, J., Knapp, M., Freddolino, P., & Lombard, D. (2017) Effects of digital engagement on the quality of life of older people, *Health and Social in the Community*, 25 (6), 1679-1703. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12335>
- DeJonge, K., Taler, G. and Boling, P. (2009) Independence at home: Community-based care for older adults with severe chronic illness, *Clinics in Geriatric Medicine*, 25 (1): 155–169. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2008.11.004>
- DeSanctis, G., & Poole, M.S. (1994). Capturing the Complexity in Advanced Technology Use: Adaptive Structuration Theory, *Organization Science*, Vol. 5, No. 2, pp. 121-147, published by INFORMS. Disponível em: <https://doi.org/10.1287/orsc.5.2.121>

Dias, Isabel (2012). O uso das tecnologias digitais entre os seniores: motivações e interesses, *Sociologia, Problemas e Práticas*, OpenEdition Journals, Vol. 68, pp. 51-77. Disponível em: <https://journals.openedition.org/spp/686>

Faria, P.M., Ramos., & Faria, Á. (2012) De que falamos quando falamos em literacia digital? um estudo exploratório baseado em revisão sistemática de literatura, *II Congresso Internacional TIC e Educação*, 419-436. Disponível em: https://www.academia.edu/62923360/De_que_falamos_quando_falamos_em_literacia_digital_Um_estudo_explorat%C3%B3rio_baseado_em_revis%C3%A3o_sistem%C3%A1tica_de_literatura

Fernandes, A.A. (1997) *Velhice e Sociedade*, Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal, 1ª edição, Celta Editora. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/294584077>

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. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publications/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/>

Fonseca, A.M. (2020) Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal, *Ageing in Place em Portugal, Public Sciences & Policies*, 6 (2), 21.39. Disponível em: <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>

Fortin, M.F. (1999) O Processo de Investigação: Da concepção à realização, 1ª Edição, Loures, LUSOCIÊNCIA- Edições técnicas e científicas.

Freitas, P. da C.B. de (2011) Solidão em Idosos. Percepção em Função da Rede Social, *Dissertações de Mestrado*, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8364>

Fujisawa, R. and F. Colombo (2009) *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand*, OECD Health Working Papers, No. 44, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/225350638472>

GEP & MTSSS (2021) *Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2020*, Carta Social, Disponível em: <http://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/81866/csosocial2020.pdf/df44fad-b9d1-40e6-af40-0bb96ead158f>

Gil, A. P. (2022) Os Cuidados (In)formais numa Sociedade Envelhecida. In: Ana Paula Gil, Helena Canhão, Jaime Cunha Branco, Pedro Pitta Barros (Coord.), *Desafios do Envelhecimento para a Saúde, a Economia e a Sociedade*, 127-144, Lisboa: Principia.

Gil, A., Moniz António., & de São José, J. (2019) Portugal, Technologies in care for older people, in *European Parliamentary Technology Assessment Report*, pp. 90-98, Disponível em: https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf

Gil, H., & Fausto, A. (2010). Active ageing and the role of ICT and assistive technologies: reflections and discussion for their use in Portugal, *International Conference on e-Commerce, e-Administration, e-Society, e-Education, and e-Technology*, Grand Lisboa, Macau, Vol. 1, pp. 2750-2760. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/819/1/Henrique%20Gil%202750.pdf>

Gilster, P. (1997) *Digital Literacy*, Nova Iorque: John Wiley.

Governo de Portugal (2019) Programa do XXII Governo Constitucional: 2019-2023, *Governo Constitucional*. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABACzsDA1AQB5jSa9BAAA%3d%3d>

- Greenhalgh, T., & Stones, R. (2010). Theorising big IT programmes in healthcare: strong structuration theory meets actor-network theory, *Social Science & Medicine*, Vol. 70(9), pp. 1285-1294. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.034>
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Sugarhood, P., Hinder, S., Procter, R. & Stones, R. (2013) What matters to older people with assisted living needs? A phenomenological analysis of the use and non-use of telehealth and telecare, *Social Science and Medicine*, 93, 86-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.036>
- Guillemard, A.-M. (1984) Jalons pour une sociologie des politiques sociales – Le cas de la politique française de la vieillesse, *Sociologie et sociétés*, XVI (2), 119-128.
- Helsper, E.J., van Deursen, A., & Eynon, R. (2015). Tangible Outcomes of Internet Use, From Digital Skills to Tangible Outcomes Project Report, Oxford, Oxford Internet Institute. Disponível em: <https://research.utwente.nl/en/publications/tangible-outcomes-of-internet-use-from-digital-skills-to-tangible>
- Hertzog, C. & Hulstsch, D.F. (2000) Metacognition in adulthood and old age, F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 17–466. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232433155_Metacognition_in_adulthood_and_old_age
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2015) *Rethinking old age: Theorising the Fourth Age*, New York: Palgrave, Chapter 1, 1-19.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. & Layton, J.B. (2010) Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review, *PLoS Medicine* 7(7): e1000316. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- IMSERSO (2009) *Informe 2008, Las personas mayores en España, Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autonomas*, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Colección Documentos, Documentos Estadísticos, N.º 2201. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/informe2008_I.pdf
- INE (2020) Estatísticas Demográficas- 2019, *População e Sociedade*, Publicação periódica Anual, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2021) Estatísticas Demográficas- 2020, *População e Sociedade*, Publicação periódica Anual, Instituto Nacional de Estatística
- INE, Pordata (2022a) População Residente em Portugal, Estimativas Anuais da População Residente, *População e Sociedade*, Instituto Nacional de Estatística.
- INE, Pordata (2022b) Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, *População e famílias*, Inquérito de emprego, Instituto Nacional de Estatística.
- INE, Pordata (2022c) Indivíduos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos: por grupo etário, *Sociedade de Informação e Telecomunicações*, Instituto Nacional de Estatística.
- INE, Pordata (2022d) Indivíduos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos: por nível de escolaridade, *Sociedade de Informação e Telecomunicações*, Instituto Nacional de Estatística.
- Kahlke, R. M. (2014). Generic Qualitative Approaches: Pitfalls and Benefits of Methodological Mixology. *International Journal of Qualitative Methods*, 13, 37-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/160940691401300119>
- Karlsen, C., Ludvigsen, M.S., Moe, C.E., Haraldstad, K., & Thygesen, E. (2017) Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative

systematic review, *JBIG Database System Rev Implement Rep*, 15(12), 2913–298. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29219874/>

Khosravi, P., & Ghapanchi, A.H. (2016) Investigating the effectiveness of technologies applied to assist seniors: A systematic literature review, *International Journal of Medical Informatics*, 85, 17-26. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505615300034>

Khosravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016) The impact of technology on older adults' social isolation, *Computers in Human Behavior*, 63, Elsevier, 594-603. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.092>

Lankshear, C. & Knobel, M. (2008) *Digital Literacies: Concepts, Policies, and Practices* (New Literacies and Digital Epistemologies).

Lapa, T., Vieira J., Azevedo, J., & Cardoso, G. (2018). As desigualdades digitais e a sociedade portuguesa. Divisão, continuidades e mudanças, em Renato Miguel do Carmo, João Sebastião, Joana Azevedo, Susana da Cruz Martins e António Firmino da Costa (orgs.), *Desigualdades Sociais. Portugal e a Europa*, Lisboa, Mundos Sociais, pp. 257-270.

Lecovich, E. (2014) Aging in place: From theory to practice, *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21-32, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288116698_Aging_in_place_From_theory_to_practice

Lexis, M., Everink, I., van der Heide, L., Spreeuwenberg, M., Willems, C. & de Witte, L. (2013) Activity monitoring technology to support homecare delivery to frail and psychogeriatric elderly persons living at home alone, *Technology and Disability*, 25(3), 189-198. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/TAD-130377>

Livingstone, S., van Couvering, E., & Thumim, N. (2005) *Adult Media Literacy, A review of the Research Literature*, Department of Media and Communications, Londres, Ofcom. Disponível em: <https://dera.ioe.ac.uk/5283/1/aml.pdf>

Loureiro, A. & Barbas, M. (2014) Active ageing - Enhancing digital literacies in elderly citizens, in *Lecture Notes in Computer Science, International Conference on Learning and Collaboration Technologies, Learning and Collaboration Technologies, Technology-Rich Environments for Learning and Collaboration*, LNISA, volume 8524, 450–459. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-319-07485-6_44

Luijckx K., Peek S., & Wouters E. (2015) "Grandma, You Should Do It--It's Cool", Older Adults and the Role of Family Members in Their Acceptance of Technology, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (12), 15470-85. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph121214999>

Maddison, R., Mhurchu, CN., Jull, A., Jiang Y., Prapavessis H., & Rodgers A. (2007). Energy expended playing video console games: an opportunity to increase children's physical activity?, *Pediatr Exerc Sci*, Vol.19 (3), pp. 334–343. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18019591/>

Magalhães, T. (2019) Barómetro da adoção da telessaúde e inteligência artificial no sistema de saúde: resultados da 1ª edição, *Gestão Hospitalar*, (17), 48-54.

Matias, P. (2016) Ageing in place: Reflexões sobre o conceito e desafios para Portugal, in Estudos sobre a cidade, *Revista Espaços construídos, Espaços vividos*, 1 (3), 77-85. Disponível em: https://www.academia.edu/en/30615354/Ageing_in_place_Reflex%C3%B5es_sobre_o_conceito_e_desafios_para_Portugal_Ageing_in_place_reflections_on_the_concept_and_challenges_for_Portugal

- Mauritti, R. (2004) Padrões de vida na velhice, *Análise Social*, 171, xxxix (2.º), 339-36. Disponível em: https://www.academia.edu/2084411/Padr%C3%B5es_de_vida_na_velhice
- McLean, S., Sheikh, A., Cresswell, K., Nurmatov, U., Mukherjee, M., Hemmi, A., & Pagliari, C. (2013). The impact of telehealthcare on the quality and safety of care: a systematic overview, *PLoS ONE*, Vol. 8 (8): e71238. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071238>
- Milligan, C., & Passey, D. (2011), Ageing and the Use of the Internet. Current Engagement and Future Needs: state-of-the-art report, Educational Research, Lancaster University, Oxford, Nominet Trust.
- Maxwell, J. A. (2009) Designing a Qualitative Study. In: L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods*, Los Angeles: SAGE Publications, 214-253. Disponível em: https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/23772_Ch7.pdf
- McCreadie, C. & Tinker, A. (2005) The acceptability of assistive technology to older people, *Ageing and Society*, 25(1), 91-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X0400248X>
- McDonough, C.C. (2016) The Effect of Ageism on the Digital Divide Among Older Adults, *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2(1), 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.24966/GGM-8662/100008>
- McKenna, A.C., Kloseck, M., Crilly, R. & Polgar, J. (2015) Purchasing and Using Personal Emergency Response Systems (PERS): How decisions are made by community-dwelling seniors in Canada, *BMC Geriatrics*, 15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0079-z>
- Mostashari, F. (2011) *Aging in place: The national broadband plan and bringing health care technology home*, Technical report, Statement to the Senate Special Committee on Aging and the United States House of Representatives by the Senior Advisor to the Office of the National Coordinator for Health IT. Disponível em: <http://www.hhs.gov/asl/testify/2010/04/t20100422e.html>
- Neves, Bárbara B., Fausto Amaro, e Jaime R. S. Fonseca (2013), “Coming of (Old) Age in the Digital Age: ICT Usage and Non-Usage Among Older Adults”, *Sociological Research Online*, Vol. 18(2), pp. 1-14. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.5153/sro.2998>
- OECD (2002) Ageing, housing and urban development, Organisation for Economic Co-operation and Development (acedido a 25 de agosto de 2022). Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264176102-en>
- Orlikowski, W.J., Yates, J., Okamura, K., & Fujimoto, M. (1995). Shaping Electronic Communication: The Metastructuring of Technology in the Context of Use, *Organization Science*, Vol. 6 (4), pp. 423-444, published by INFORMS. Disponível em: <https://doi.org/10.1287/orsc.6.4.423>
- Porter, C.E. & Donthu, N. (2006) Using the technology acceptance model to explain how attitudes determine Internet usage: The role of perceived access barriers and demographics, *Journal of Business Research*, 59(9), 999-1007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2006.06.003>
- Porter, E.J. (2005) Wearing and using personal emergency response system buttons: older frail widows' intentions, *Journal of Gerontological Nursing*, 31(10), 26-33. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20051001-07>
- Peek, S.T.M., Wouters, E.J.M., Hoof, J.V., Luijckx, K.G., Boeije, H.R., & Vrijhoef, H.J.M. (2014) Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review, *International Journal of Medical Informations*, 83, 235-248. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505614000173?via%3Dihub>

- Pressler, K.A. & Ferraro, K.F. (2010) Assistive device use as a dynamic acquisition process in later life, *Gerontologist*, 50(3), 371–381, Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnp170>
- Quivy, R.& Campenhoudt, L. (1995) Manual de investigação em ciências sociais e humanas, *Gradiva Publicações*.
- Right at Home (2017) The Right Care, Right at Home®, *Aging-in-Place Guide, from Right at Home, With the Expert Advice of Dr. Rein*. Disponível em: <https://www.rightathome.net/resources/guides>
- Ritchie, J., Lewis, J., Elam, G., Tennant, R., & Rahim, N. (2014) Designing and Selecting Samples, In K. Metzler, A. Horvai, & I. Antcliff (Eds.), *Qualitative Research Practice* (2nd ed.), 111–145, London: Sage.
- Rodrigues, M.L., & da Mata, J.T. (2003), A utilização de computador e da internet pela população portuguesa, *Sociologia, Problemas e Práticas*, Vol. 43, pp. 161-178. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/297/1/n43a10.pdf>
- Rogers, E. (1983) *Diffusion of Innovation* (3rd Edition). New York: Free Press.
- Rosa, M.J.V. (1992) O Envelhecimento Demográfico da População do Continente Português e a Protecção Social dos Idosos, *Dissertação de Doutoramento em Sociologia*, Lisboa, FCSH – UNL. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/118447>
- de San Miguel, K., Lewin, G., Burton, E., Toyne, C., Boldy, D. & Howat, P. (2015) Exploring risk profiles and emergency frequency of purchasers and non-purchasers of personal emergency alarms: A prospective cohort study, *BMC Geriatrics*, 15(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0139-4>
- São José, J. (2012) Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* (2), 123-150. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10584.pdf>
- São José, J., & Teixeira, A.R. (2014) Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica, *Análise Social*, 210, XLIX(1.º), 201, 24-54. Disponível em: http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_210_a02.pdf
- São José, J., Amado, C., Sequeira, B., & Ventura, P. (2019) Programa Individual 3: Estudo de Campo em Portugal e Espanha - Revisão da Literatura, Faro: Universidade do Algarve.
- Savolainen, L., Hanson, E., Magnusson, L. & Gustavsson, T. (2008) An Internet-based videoconferencing system for supporting frail elderly people and their carers, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jtt.2007.070601>
- Sayago, S., & Blat, J. (2009). Older People and ICT: Towards Understanding Real-Life Usability and Experiences Created in Everyday Interactions with Interactive Technologies, in Stephanidis C. (ed.), *Universal Access in Human-Computer Interaction, Addressing Diversity*, UAHCI 2009, LNCS 5614, Heidelberg, Springer, pp. 154-163. Disponível em: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-02707-9_17.pdf
- Schaie, K. W. (eds.), *Impact of Technology on Successful Aging*, Chapter 1, 15-27. Disponível em: https://archive.org/details/impactoftechnolo0000unse_d5k1
- Schneider, R.H. & Irigaray, T.Q. (2008) O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais, *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2008000400013>
- Schoene, D., Lord, S.R., Delbaere, K., Severino, C., Davies, T.A., & Smith S.T. (2013). *A Randomized Controlled Pilot Study of Home-Based Step Training in Older People Using Videogame Technology*, *PLOS ONE*, Vol 8. (3). Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057734>

- Schreurs, K., Quan-Haase, A. & Martin, K. (2017) Problematizing the digital literacy paradox in the context of older adults' ICT use: Aging, media discourse, and self-determination, *Canadian Journal of Communication*, 42(2), 359-377. Disponível em: <https://doi.org/10.22230/cjc.2017v42n2a3130>
- Seelye, A.M., Wild, K. v., Larimer, N., Maxwell, S., Kearns, P. & Kaye, J.A. (2012) Reactions to a remote-controlled video-communication robot in seniors' homes: A pilot study of feasibility and acceptance, *Telemedicine and e-Health*, 18(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2012.0026>
- Selwyn, N. (2004) The information aged: A qualitative study of older adults' use of information and communications technology, *Journal of Aging Studies*, 18(4), 369-384 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.06.008>
- Selwyn, N., Gorard, S., Furlong, J., & Madden, L. (2003). Older adults' use of information and communications technology in everyday life, *Ageing and Society*, Vol. 23(5), pp. 561-582. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/abs/older-adults-use-of-information-and-communications-technology-in-everyday-life/1ED00D8474A73DD9B11D1CF3680E457D>
- Settersten, R.A.Jr. (2003) Invitation to the Life Course: The Promise, in Settersten, R.A.Jr. (Ed.), *Invitation to the Life Course, Toward new understanding of later life*, Amityville, New York: Baywood Publishing Company, 1-14.
- Shane, H. C., Blackstone, S., Vanderheiden, G., Williams, M., & DeRuyter, F. (2011) Using AAC technology to access the world, *Assistive Technology*, 24(1), 3–13. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Using-AAC-Technology-to-Access-the-World-Shane-Blackstone/f69f4e29a3ed110d355165f10d319cbc55a988ba>
- Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2010) Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality, *International Psychogeriatrics*, 22(3), 455-462, Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610209991426>
- da Silva, A.P., Bulle Oliveira, A.S., Pinheiro Bezerra, I.M., Pedrozo Campos Antunes, T., Guerrero Daboin, B.E., Raimundo, R.D., dos Santos, V.R. & de Abreu, L.C. (2018) Low-cost assistive technology to support educational activities for adolescents with cerebral palsy, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(7), 676–682. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1369590>
- Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2008) Ageing in place in the United Kingdom, *Ageing International*, 32(3), 219-235, Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12126-008-9019-y>
- Song, Y. & van der Cammen, T.J.M. (2019) Electronic assistive technology for community-dwelling solo-living older adults: A systematic review, *Maturitas*, Vol.125, 50-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.211>.
- Song, Y., Qian, C. & Pickard, S. (2021) Age-related digital divide during the covid-19 pandemic in China, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111285>
- Spencer, L., Ritchie, J., Ormston, R., O'Connor, W. & Barnard, M. (2014) *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students & Researchers* (2nd ed.), Los Angeles: Sage.
- Steel, D.M., & Gray, M.A. (2009) Baby boomers' use and perception of recommended assistive technology: A systematic review, *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4 (3), 129-133. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17483100902767175>
- Steele, R., Lo, A., Secombe, C. & Wong, Y.K. (2009) Elderly persons' perception and acceptance of using wireless sensor networks to assist healthcare, *International Journal of Medical Informatics*, 78(12), 788-801, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2009.08.001>

Stowe, S. & Harding, S. (2010) Telecare, telehealth and telemedicine, *European Geriatric Medicine*, 1(3), 193-197. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2010.04.002>

Tan, K.S.Y., & Chan, C.M.L. (2018). Unequal access: Applying Bourdieu's practice theory to illuminate the challenges of ICT use among senior citizens in Singapore, *Journal of Aging Studies*, Vol. 47, pp.123-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2018.04.002>

Therborn, Göran (2006). Meaning, mechanisms, patterns, and forces: an introduction, in Göran Therborn (org.), *Inequalities of the World*, London, Verso, pp. 1-58.

Therborn, Göran (2013), *The Killing Fields of Inequality*, Cambridge, Journal of Social Policy, Vol. 43 (4). Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/goran-therborn-2013-the-killing-fields-of-inequality-cambridge-polity-press-1499-pp-180-pbk/965EEB03C46B40DA8D1BDAB66D9C1916>

Tijhuis, M.A.R., de Jong-Gierveld, J., Feskens, E.J.M. & Kromhout, D. (1999) Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study, *Age and Ageing*, 28(5), 491–495. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/28.5.491>

Tilvis, R.S., Pitkala, K.H., Jolkkonen, J. & Strandberg, T.E. (2000) Social networks and dementia, *Lancet*, 356 (9223), 77-78. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)73414-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)73414-0)

Tomita, M.R., Mann, W.C., Stanton, K., Tomita, A.D. & Sundar, V. (2007) Use of currently available smart home technology by frail elders: Process and outcomes, *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(1), 24-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00013614-200701000-00005>

Torta, E., Werner, F., Johnson, D.O., Juola, J.F., Cuijpers, R.H., Bazzani, M., Oberzaucher, J., Lemberger, J., Lewy, H. & Bregman, J. (2014) Evaluation of a Small Socially-Assistive Humanoid Robot in Intelligent Homes for the Care of the Elderly, *Journal of Intelligent and Robotic Systems: Theory and Applications*, 76(1), 57-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10846-013-0019-0>

Tracy, S.J. (2010) Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research, *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>

UNECE (2012), *Resumo de políticas da UNECE sobre o envelhecimento, nº 13, Envelhecimento Ativo, Comissão Económica*. Disponível em: https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/Portuguese/PB6_V02.pdf

Venkatesh, V., Thong, J.Y.L. and Xu, X. (2012). Consumer acceptance and use of information technology: Extending the unified theory of acceptance and use of technology, *MIS Quarterly*, Vol. 36(1), pp. 157–178. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/41410412>

Victor, C.R. & Bowling, A. (2012) A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain, *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(3), 313-331. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>

Walker, A., & Mollenkopf, H. (2007). International and Multi-Disciplinary Perspectives on Quality of Life in Old Age: Conceptual Issues, in *Quality of Life in Old Age, Social Indicators Research Series*, Vol. 31, Springer. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4020-5682-6_1

Ward, G., Holliday, N., Fielden, S., & Williams, S. (2012). Fall detectors: a review of the literature, *Journal of Assistive Technologies*, Vol. 6, pp. 202–15. Disponível em: https://pure.coventry.ac.uk/ws/files/11999193/Ward_et_al_JAT_Fall_detectors_Review_of_Lit_erature_Paper_Final_Revision.pdf

Webber, S. & Johnston, B. (2003). Information literacy in the United Kingdom: a critical review. In: Basili, C., (ed.) *Information literacy in Europe: a first insight into the state of the art of*

information literacy in the European Union, Rome: Consiglio Nazionale delle Ricerche (Note di Bibliografica e di Documentazione Scientifica; LXVI), pp. 258-283.

WHO (2017) Mental health of older adults (accedido a 24 de agosto de 2022). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

APÊNDICES

Apêndice 1. Guião de Entrevista

O meu nome é Gabriela Margarida Cortês Vieira, sou aluna do Mestrado em Sociologia da Universidade do Algarve e estou a realizar a presente entrevista no âmbito da minha dissertação para a obtenção do grau de mestre, sob a orientação do Prof. José de São José.

O estudo em análise consiste em captar e compreender as avaliações dos utilizadores do serviço de teleassistência, com mais de 65 anos.

- Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos, garantindo deste modo o seu anonimato e confidencialidade. Não existem respostas certas ou erradas.

- Tem o direito de não responder a todas as perguntas colocadas e acabar a entrevista antes de abordarmos todos os pontos.

- Para que a conversa flua naturalmente, peço a sua autorização para usar um gravador.

A entrevista tem a duração de aproximadamente 10 minutos.

PARTE 1.

Perfil Sociodemográfico e alguns aspetos:

1. Nome (opcional)
2. Idade
3. Tem filhos?
4. Com quem vive?
5. Como sente que está a sua situação de saúde?
6. Sente que a sua habitação reúne as condições para se sentir seguro (a)?
7. Tem algum apoio/suporte familiar?

PARTE 2.

Transição para o serviço de teleassistência e o seu uso:

8. Como é que o serviço de teleassistência chegou a si? Foi à procura ou foi algum familiar/amigo?
9. Desde há quanto tempo é que beneficia deste serviço?
10. Acha que o equipamento seja de fácil uso? Sente alguma dificuldade no seu manuseamento?
11. Teve apoio na instalação e utilização do equipamento?
12. Já carregou alguma vez no botão? Qual foi a razão para carregar no botão do equipamento e acionar o serviço?

PARTE 3.

Benefícios da teleassistência e aspetos a melhorar:

13. Quais são os benefícios deste serviço para si?
14. Acha que o serviço de teleassistência contribui para melhorar a sua qualidade de vida ou o seu bem-estar? Se sim, como é que contribui?
15. Quais são os aspetos do serviço que acha que deveriam ser melhorados?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice 2. Matrizes Temáticas (MT)

Apêndice 2.1. MT Elementos

Tema 1. Características sociodemográficas e outros aspetos de ego								
	Subtemas							
Casos	Estado civil	Sexo	Idade	Filhos	Com quem vive	Condições habitacionais	Situação de saúde	Apoio familiar
A	Viúvo(a)	M	82	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Já foi vítima de furto.	- Vê mal. - Diabetes. - Problemas de coração; - Ainda vai conseguindo fazer a sua vidinha*. - Não tem quem faça as coisinhas* por ele.	- Não. - Gente da vida moderna*.
B	Divorciado(a)	F	89	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - O filho colocou apoios no W/C.	- Dores. - Problemas de mobilidade, - Cansa-se muito.	- Sim. - Filho. - O resto da família está em Portimão.
C	Divorciado(a)	F	92	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - A casa tem elevador. - Às vezes tropeça e cai em casa. - Tem medo que alguém entre pela casa adentro*.	- Não se sente assim muito mal*. - Ainda consegue andar sozinha, mas com custo.	- Não.
D	Divorciado(a)	F	87	Não	Sozinho (a)	- Sim. - Tem um polibã.	- Não está bem. - Dores nos ossos. - Dificuldades em andar. - O sistema nervoso também não ajuda.	- Não. - Os sobrinhos telefonam, porque estão longe e a trabalhar.
E	Divorciado(a)	F	76	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Tem dois elevadores, mas há sempre um que está avariado.	- Dor muito grande na anca que lhe apanha a perna esquerda.	- Não. - Filho de uma amiga quando precisa.
F	Solteiro(a)	F	85	Não	Sozinho (a)	- Sim. - Já caiu em casa.	- Dores nos joelhos e ombros. - Sente-se bem de saúde.	- Sim.
G	Divorciado(a)	F	84	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Vivem ciganos perto e já roubaram a vizinha; - Muita circulação de droga.	- Tem cataratas. - Diabetes - Tensão - Colesterol alto. - Problemas de coração, mas vai conseguindo controlar. - Problemas na tiroide, mas vai	- Não.

							conseguindo controlar. - Sente-se bem sozinha; - Faz as suas coisas.	
H	Casado(a)	F	76	Sim	Sozinho (a)	- Não. - É uma casa velha; - Vive no campo; - Ego já chegou a pedir uma casa à câmara.	- Nem boa, nem má. - Tem problemas na coluna*	- Não. - Filhos e netos fazem visitas às vezes.
I	Divorciado(a)	F	70	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Mora num prédio antigo, - Vive no 1º andar; - Sem acesso a elevador; - Evita ir à rua, para não andar a subir e a descer as escadas.	- Tem dores na perna que vem da coluna. - Anda de bengala.	- Sim.
J Filha	Casado(a)	F	73	Sim	Marido e filha	- Sim. - Tem polibã.	- Está grave. - Em princípio tem demência.	- Sim.
K	Casado(a)	F	79	Sim	Filho	- Sim. - A casa tem elevador - A casa tem polibã e banheira . - Não tem pegas de segurança, porque ainda não necessita.	- Problemas na tiroide; - Toma todos os dias um comprimido para andar; - Umás vezes anda bem, outras anda mal; - Há dias que anda mais nervosa que outros.	- Sim. - Filho (quando está de folga ajuda e faz companhia).
L	Casado(a)	M	92	Sim	Esposa	- Sim. - É uma casa da câmara.	- Não está lá muito jeitosa*. - Tem dificuldades em andar, anda com duas moletas. - Às vezes tem tonturas, por ser diabético.	- Sim. - Tem algum apoio da família, mas sobretudo de pessoas amigas. - Não se sente sozinho.
M	Divorciado(a)	F	87	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Vivem lá uns ciganos ao pé que já lhe roubaram a carteira e já lhe entraram em casa e roubaram-lhe coisas. - Já caiu em casa.	- Está mal. - Tem a cabeça muito estragada. - Tem de tomar comprimidos para o coração. - Consegue andar às vezes; - sente-se muito cansada.	- Não. - “São todos de longe”.
N	Divorciado(a)	M	82	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Vive num quarto alugado e considera a casa toda chique*. - As rampas de acesso são muito incómodas. - Vive no 2º andar; - Tem acesso a dois elevadores.	- Má. - Tem atestado de 85% de incapacidade. - Anda de bengala. - Tem diabetes. - Tem uma deformação na sola do pé esquerdo.	- Não.

O	Viúvo(a)	M	89	Sim	Sozinho (a)	- Não. - “Não está adaptada a nada, não tenho condições nenhuma”. - Já caiu em casa.	- Está escapatório. - Tem dores na perna, devido a um acidente.	- Sim.
P Filho	Viúvo(a)	F	87	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Vive num primeiro andar; - Sem acesso a elevador.	- Pensa sempre que está doente, mesmo não estando. - Tem demência. - Ainda consegue andar sozinha.	- Sim.
Q	Solteiro(a)	F	94	Não	Sozinho (a)	- Sim. - A casa é muito espaçosa, permite-lhe andar à vontade.	- Muitas dores nas pernas, nos braços e ossos. - Sente-se muito cansada. - Ainda anda, mas cai muitas vezes e não se consegue levantar depois.	- Sim, pouco. - Mais da vizinha que vai lá a casa, às vezes.
R	Divorciado(a)	M	73	Não	Sozinho (a)	- Não. - Casa sem condições nenhuma* - com pouca circulação de ar. - Já caiu em casa.	- Problemas de sangue. - Problemas da próstata.	- Sim. - Irmã que trabalha no centro de saúde.
S	Viúvo(a)	F	83	Sim	Sozinho (a)	- Sim.	- Não se sente muito mal. - Anda muito mal. - Dores na anca/Foi operada à anca, mas foi mal feita.	- Sim.
T	Divorciado(a)	M	68	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Vive numa casinha pequenina*, no r/c, ao pé do centro de saúde.	- Está má. - Só tem um rim a funcionar. - Só tem 10% de vida. - Tem um quisto no olho. - Tem problemas de estômago. - Tem problemas na coluna lombar. - Diabético Crónico. - Anda muito mal. - Muita vontade de viver*	- Não. - Neto de ego tem problemas e não quer dar mais trabalho.
U	Viúvo(a)	M	82	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Dificuldades em entrar na banheira (vai lá alguém todos os dias ajudá-lo).	- Está mal. - Consegue andar, mas cansa-se logo. - Problemas de coração; - Anda de andorilho, quando vai à rua.	- Não. - Só vêm visitar quando está no hospital*.

Tema 2. Transição para o serviço de teleassistência e o seu uso

Subtemas							
Casos	Surgimento do Serviço na vida dos seus beneficiários	Tempo de Uso	Facilidade de Uso	Apoio na instalação e utilização do serviço	Uso do serviço	Razão	Comentários
A	- Ego falou com a Dra. XXX e esta recomendou-lhe o aparelho.	3 anos	- Sim. - Ego diz que é só carregar num “botãozinho”. - Teve 3 aparelhos, mas os outros eram mais difíceis. - Agora, usa um aparelho pendurado ao pescoço e considera ser “muito mais fácil”.	- Sim. - Um senhor da câmara foi lá e explicou a ego como funcionava o aparelho.	- Sim. - Sempre que se lembra, carrega no botão.	- Para cumprimentar as pessoas da linha. - Para pedir o INEM e o médico a casa, porque teve uma dor muito forte.	
B	- Filho contactou a Dra. XXX e esta contactou Ego.	3 anos	- Sim. - Quando precisa toca no botão vermelho; - Quando não atende, a central liga para uma vizinha próxima que vai lá vê-la.	- Sim.	- Sim, raramente.	- Nunca foi preciso carregar no botão por emergência. - Já carregou uma ou outra vez para falar. - Normalmente não carrega, porque não quer incomodar.	
C	- A Dra. XXX falou do assunto a Ego.	3 anos	- Não. - O aparelho fazia muita confusão a ego*’ não percebia nada daquilo”; - Não dava jeito andar com o aparelho pendurado; - Gosta de se sentir livre e à vontade.	- Sim.	- Não.	- Não achou que o aparelho valesse a pena. - Não se adaptou ao aparelho. * - Só usava quando a central do Porto lhe ligava.	
D	- Foi a Dra. XXX.	3 anos	- Sim. - Ego diz que é uma espécie de telemóvel. - Às vezes tem dúvidas, mas vai conseguido manejar.	- Sim. - Ego ficou com dúvidas, mas tem sabido utilizar.	- Sim.	- Para informar que o aparelho está a funcionar.	
E	- Através de um doutor que a entrevistou e depois falou com a Dra. XXX.	3 anos	- Sim. - Quando o tinha usava no pulso; - Carregava no botão para falar com alguém.	- Sim. - Foi a Dra. XXX.	- Sim.	- Para falar/ desabafar com alguém, e não se sentir sozinha.	
F	- Foi uma senhora que pediu o serviço à câmara e esta contactou Ego.	3 anos	- Sim. - Como tem o pulso magro fica-lhe largo.	- Sim. - Foi a Dra. XXX	- Não.	- Não quer incomodar as pessoas.	

G	- Ego foi à procura de ajuda, por se sentir sozinha; - Dra. XXX recomendou o serviço.	3 anos	- Sim. - “aquilo é só apertar um botãozinho atrás”.	- Sim. - Foi a Dra. XXX e mais um senhor.	- Sim.	- Para desejar um bom fim de semana às pessoas da central. - Sempre que podia, ligava para lá, só para falar. - Para pedir auxílio médico*.	
H	- Pediu apoio à Dra. XXX, porque estava sozinha.	2 anos	- Sim.	-Sim. - A Dra. XXX foi a casa instalar.	- Sim.	- Para pedir ajuda (tiveram uns ciganos lá em casa que queriam entrar à força). * - Para falar com a central às vezes.	
I	- Ego ouviu falar do aparelho através de amigos e foi falar com a Dra. XXX.	2 anos	- Sim. - Parece um telemovelzinho pequenino*.	- Sim.	- Sim.	- Para falar com a central.	Na altura do covid, a Dra. XXX ajudou Ego pedindo a um senhor para lhe levar os medicamentos a casa “foi maravilhoso, ela é muito simpática”.
J	- Foi através da Dra. XXX, porque andava sozinha na rua.	2 anos	- Sim.	- Sim. - Foi lá a casa a Dra. XXX e outra Dra.	- Sim.	- Apenas para falar, quando se sentia mais em baixo. - Às vezes para mostrar que sabia usar o aparelho.	
k	- A polícia falou ao filho e este contactou a Dra. XXX para saber se a mãe poderia ser beneficiária.	2 anos	- Sim.	- Sim. - Foi a Dra. XXX e outra senhora.	- Sim.	- Para falar. - Normalmente espera que seja a central a ligar às quartas-feiras.	
L	- Foi a Dra. XXX.	2 anos	- Sim.	- Sim. - A Dra. XXX explicou tudo.	- Sim.	- Para falar às vezes.	
M	- Foi uma vizinha que lhe falou do aparelho e a Dra. XXX deu-lhe para se sentir mais segura. *	2 anos	- Sim. - Quando precisa liga para a central e eles respondem.	- Sim. - A Dra. XXX explicou-lhe tudo.	- Sim.	- Para chamar a polícia. - Normalmente, espera que a central ligue às segundas-feiras.	Uma vez ego teve um enfarte na rua, mas não tinha levado o aparelho “se eu tivesse esse aparelho eu tinha chamado a ambulância”.
N	- Foi através do Dr. Bruno, colega da Dra. XXX que lhe falou deste serviço.	2 anos	- Sim. - “transportado para as mãos de outros utentes não é fácil”	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim	- Para falar.	

O	- Foi a Dra. ZZZ que lhe recomendou o serviço.	2 anos	- Sim. - “Aquilo é uma coisa que todos os idosos deviam ter”.	- Sim. - A Dra. XXX e a Dra. ZZZ foram lá a casa.	- Sim.	- Pedir que chamassem o filho para ir lá a casa ajudá-lo. - Pedir ajuda, porque partiu a perna. - Para falar.	
P	- O filho falou com a Dra. XXX para pôr Ego num centro de dia, por estar sozinha, mas esta recomendou-lhe o serviço.	2 anos	- Ego não percebe muito do aparelho ou tecnologias, - Sabe que tem de carregar no botão, caso precise.	- Sim.	- Não.	- Nunca precisou. - Normalmente, a central é que liga para ego.	
Q	- As pessoas da Provetes é que lhe falaram do serviço e trataram de tudo.	2 anos	- Sim. - Toca na pulseira para chamar. - Sempre que está em casa tem o aparelho ao pé e tem sempre um aparelho no braço.	- Sim. - Foram lá a casa e explicaram tudo. - Ego diz que se esquece às vezes, mas que se vai orientando.	- Sim.	- Para pedir ajuda, porque tinha caído.	
R	- Através das pessoas da Provetes que iam lá a casa tratar de ego.	2 anos	- Sim.	- Sim, a Dra. XXX.	- Sim.	- Para chamar uma ambulância lá a casa. - Às vezes para mostrar que sabia usar o aparelho e que este funcionava bem.	
S	- Uma amiga falou do serviço e Ego foi falar com a Dra. XXX.	1 ano	- Sim. - É um tipo de relógio que usa ao pulso; - Tem ainda um aparelho na mesinha de cabeceira que parece um telemóvel*. - Quando precisa sabe que tem de carregar no botão vermelho.	- Sim.	- Não.	- Carregou uma vez, sem querer, encalhou com o aparelho em algo. - Não tem precisado. - Vai-se entretendo a ler e a fazer algum exercício. - Não gosta de chatear as pessoas, espera até ao último minuto - Espera que seja a central a ligar.	
T	- Bateram à porta de Ego e montaram-lhe o aparelho.	1 ano	- Sim. - Só usa o aparelho em casa. - Se tiver algum problema, ego carrega no botão verde do aparelho.	Sim, foi um senhor lá a casa montar e explicar como se usa.	- Não.	- Ainda não teve necessidade de ligar. - Espera que a central ligue no dia combinado.	
U	- Foi oferecido pela câmara.	5 meses	- Sim. - Anda ao peito; - Carrega no botão se precisar.	- Sim.	- Sim. - Três vezes.	- Estava doente e fazia-lhe falta. - Pedir ajuda médica.	

Tema 3. Benefícios da teleassistência e aspetos a melhorar

Subtemas						
Casos	Benefícios	Contribuição do serviço para melhorar a qualidade de vida/bem-estar	Modo de Contribuição	Aspetos do serviço a melhorar	Satisfação do serviço	Comentários
A	- Um bocadinho de conversa*. - Não tem benefício no sentido de segurança (sentir-se-ia mais seguro se a polícia tivesse sempre lá).	- <u>Não</u> . - Não vale a pena para uma urgência. - Já não é como antes, em que a polícia estava mais presente. * - Não tem ajuda para as despesas médicas. *	NÃO SE APLICA	- Não sabe. - Está bem com o serviço.	- Sim.	
B	- Um apoio. - Uma segurança de emergência.	- Sim.	- Segurança.	- O aparelho ao pescoço bate nas coisas, o que a impede de o usar em certas tarefas.	- Sim.	
C	- Ego acha que dava benefício. - Não se adaptou ao serviço.	<u>SEM OPINIÃO</u>	<u>NÃO SE APLICA</u>	- Não sabe. - Ego sente falta de alguém que o acompanhe na compra de medicamentos.	Não.	
D	- Um auxílio - ter alguém a quem recorrer.	- Sim. - Ego refere que gostava de ter um apoio familiar ou de alguém com ela.	- Um auxílio. - Ter alguém a quem recorrer.	- Não sabe. - Quando liga, sempre atendem.	- Sim.	
E	- Um apoio. - Uma companhia (quando se sentia sozinha, falava com a central).	- Sim.	- Sente-se mais segura; - Ter logo alguém a quem recorrer.	- Não sabe.	- Sim.	Ego, mesmo já não tendo o aparelho, ainda fala “muito” com a Dra. XXX quando precisa e a Dra. resolve-lhe os problemas.
F	- Segurança. - Nunca mais caiu na rua.	- Sim.	- Sente-se mais segura, se cair e não passar ninguém, ego carrega no botão e vem alguém.	- Não tem opinião.	- Sim.	
G	- Ter a quem recorrer. - Sente-se acompanhada/ uma “palavrinha amiga”.	- Sim.	- Ter a quem recorrer. - Sente-se acompanhada/ “uma palavrinha amiga”.	- Não tem opinião. - Tem tudo o que precisa.	- Sim. - A melhor coisa que lhe apareceu em casa, na velhice.	

H	- Sente-se acompanhada; - Sente-se aliviada do stresse.	- Sim. - É um bocadinho melhor*.	- Não se sente tão sozinha.	- Sem opinião.	- Sim.	
I	- Se sentir mal e não conseguir ligar, é só carregar no botão.	- Sim.	- Se precisar, há sempre quem acuda.	-Sem opinião. - Está tudo bem.	- Sim.	
J	- Animam uma pessoa*.	- Sim.	- Segurança.	- Sem opinião. - “Impecável”	- Sim.	
K	- No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sim. - Ego considera que devia haver mais pessoas idosas a beneficiar deste serviço.	- No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sem opinião.	- Sim.	
L	- Apoio.	- Sim. - Sente-se muito contente. “Acho que me faz falta”.	- São pessoas muito simpáticas. - Ego gosta muito deles. - Ego sente que a central olha sempre por ele e o estima* - Quando precisa, liga para a central e eles dizem o que ele tem de fazer.	- Sem opinião.	- Sim.	
M	- Sente-se mais segura. - Se sentir mal, carrega no botão e eles atendem.	- Sim.	- Já tem acudido ego, quando precisa.	- Não sabe. - A pulseira é larga*.	- Sim.	
N	- Companhia. - Se precisar de ajuda, carrega no botão e aparece alguém a perguntar o que precisa.	- Sim.	- Sente-se acompanhado.	- Que os aparelhos não avariassem nas mãos dos utentes*.	- Sim.	
O	- Ego considera que o aparelho é a melhor coisa que já usou. - Se não tivesse este aparelho, ninguém o ajudaria. ** - Já não era vivo.	- Sim.	- Sente-se mais seguro. - Não tinha a quem chamar para o acudir. - Mesmo magoado, consegue-se carregar no botão através de outras formas (“pôr em cima de um canhão”) e pedir ajuda.	- Não sabe. - Foi o único aparelho que usou. - Não tem queixas.	- Sim.	
P	- Caso liguem para Ego e não atenda, ligam logo para o filho.	- Sim. - “Todos os idosos deveriam ter isso”.	- Apoio - Segurança.	- Sem opinião. - Ego considera as pessoas da central simpáticas.	- Sim.	
Q	- Segurança. - Se ego se vir aflita, sozinha, com o aparelho consegue pedir ajuda.	- Sim.	- Pode ligar fora de horas, se precisar.	- O aparelho vai-se abaixo muitas vezes.	- Sim.	

R	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem benefícios. - Preciso de ajuda uma vez e não conseguiram resolver o assunto. - Não traz nada. 	- Não.	- Falha na prática. *	- Ego não está interessado.	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - Não é próprio para homem, aquilo devia ser mais era para senhora. Aquilo no pulso era engraçado. * 	Ego questionou à central como eles saberiam onde o encontrar caso ele tivesse num sítio e não conseguisse falar para lhes dizer a sua localização.
S	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança. - Companhia. 	- Sim.	- Ajuda muito na solidão.	- Não sabe.	- Sim.	
T	<ul style="list-style-type: none"> - Sente-se seguro. - Se o 112 não atender, ego carrega no botão e respondem rápido*. 	- Sim.	- Se acontecer algo, ego liga para a central do porto e eles chamam logo ajuda.	<ul style="list-style-type: none"> - Sem opinião. - Até agora, ego não teve razões de queixa. 	- Sim.	
U	<ul style="list-style-type: none"> - Um auxílio. - Uma segurança. 	- Sim.	- Sente-se seguro.	- Não sabe.	- Sim.	- Ego precisou de ajuda, carregou no aparelho e a central ligou para uma rapariga para ir lá a casa ver como ele estava.

Apêndice 2.2. MT Dimensões

Tema 1. Características sociodemográficas e outros aspetos de ego								
	Subtemas							
Casos	Estado civil	Sexo	Idade	Filhos	Com quem vive	Condições habitacionais	Situação de saúde	Apoio familiar
A	Viúvo(a)	M	82	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Já foi vítima de furto.	- Vê mal. - Diabetes. - Problemas de coração, - Ainda faz as suas coisas - Não tem quem lhe faça as coisas	- Não. - Gente da vida moderna*.
B	Divorciado(a)	F	89	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - O filho colocou apoios no W/C.	- Dores. - Dificuldade em andar. - Cansa-se muito	- Sim. - Filho. - O resto da família está em Portimão.
C	Divorciado(a)	F	92	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Tem cesso a elevador. - Já caiu em casa - Tem medo que alguém entre pela casa adentro*.	- Não se sente bem, nem mal - Dificuldade em andar	- Não.
D	Divorciado(a)	F	87	Não	Sozinho (a)	- Sim. - Tem um polibã.	- Está Má. - Dores nos ossos. - Dificuldade em andar. - Às vezes, sente-se nervosa	- Não. - Os sobrinhos telefonam, porque estão longe e a trabalhar.
E	Divorciado(a)	F	76	Sim	Sozinho (a)	- Sim. - Tem acesso a elevador.	- Dores nos ossos.	- Não. - Filho de uma amiga quando precisa.
F	Solteiro(a)	F	85	Não	Sozinho (a)	- Sim. - Já caiu em casa.	- Dores nos ossos - Está boa.	- Sim.

G	Divorciado(a)	F	84	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Vivem ciganos perto que roubam; - Muita circulação de droga.	- Vê mal - Diabetes - Problemas de sangue - Colesterol alto. - Problemas de coração. - Problemas na tiroide, - Sente-se bem sozinha; - Ainda faz as suas coisas.	- Não.
H	Casado(a)	F	76	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Casa velha; - vive no campo; - Ego já chegou a pedir uma casa à câmara.	- Não está boa, nem má. - Tem problemas na coluna	- Não. - Filhos e netos fazem visitas às vezes.
I	Divorciado(a)	F	70	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Casa velha - vive no 1º andar, - Sem acesso a elevador - Evita ir à rua, para não andar a subir e a descer as escadas.	- Tem problemas na coluna - Dificuldades em andar	- Sim.
J Filha	Casado(a)	F	73	Sim	Acompanhado (a)	- Sim. - Tem polibã.	- Está Má - Demência	- Sim.
K	Casado(a)	F	79	Sim	Acompanhado (a)	- Sim. - Tem acesso a elevador - Tem polibã - Não tem pegadas de segurança, porque ainda não necessita.	- Problemas na tiroide; - Dificuldades em andar. - Umhas vezes anda bem, outras anda mal; - Às vezes, sente-se nervosa.	- Sim. - Filho
L	Casado(a)	M	92	Sim	Acompanhado (a)	- Sim. - É uma casa da câmara.	- Está Má - Dificuldades em andar. - Diabetes.	- Sim, pouco. - Não se sente sozinho.
M	Divorciado(a)	F	87	Sim	Sozinho (a)	- Não. - Vivem lá uns ciganos perto que roubam - Já caiu em casa.	- Está Má - Tem a cabeça muito estragada. - Problemas de coração. - Dificuldades em andar. - Cansa-se muito	- Não. - “São todos de longe”.

N	Divorciado(a)	M	82	Sim	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, mas. - Vive num quarto alugado e considera a casa toda chique*. - As rampas de acesso são muito incómodas. - Vive no 2º andar - Tem acesso a elevador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Está Má - Tem atestado de 85% de incapacidade. - Dificuldades em andar. - Diabetes. - Tem uma deformação na sola do pé esquerdo. 	- Não.
O	Viúvo(a)	M	89	Sim	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - Casa sem condições nenhuma. - Já caiu em casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Está boa. - Dificuldades em andar. 	- Sim.
P Filho	Viúvo(a)	F	87	Sim	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - Vive no 1º andar; - Sem acesso a elevador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensa sempre que está doente, mesmo não estando. - Demência. - Ainda consegue andar sozinha. 	- Sim.
Q	Solteiro(a)	F	94	Não	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - A casa é muito espaçosa, permite-lhe andar à vontade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dores nos ossos. - Cansa-se muito - Ainda anda, mas cai muitas vezes e não se consegue levantar depois. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim, pouco. - Mais da vizinha que vai lá a casa, às vezes.
R	Divorciado(a)	M	73	Não	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - Casa sem condições nenhuma* - com pouca circulação de ar. - Já caiu em casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de sangue. - Problemas da próstata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - Irmã que trabalha no centro de saúde.
S	Viúvo(a)	F	83	Sim	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não está boa, nem má. - Dificuldades em andar. - Dores nos ossos. 	- Sim.
T	Divorciado(a)	M	68	Sim	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - Casa pequena - Vive no r/c, ao pé do centro de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Está Má. - Tem problemas de estômago. - Tem problemas na coluna lombar. - Diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - Neto de ego tem problemas e não quer dar mais trabalho.

							<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades em andar. - Muita vontade de viver* 	
U	Viúvo(a)	M	82	Sim	Sozinho (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - Dificuldades em entrar na banheira (vai lá alguém todos os dias ajudá-lo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Está Má. - Cansa-se muito. - Problemas de coração. - Dificuldades em andar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - Só vêm visitar quando está no hospital*.

Tema 2. Transição para o serviço de teleassistência e o seu uso

Subtemas							
Casos	Surgimento do Serviço na vida dos seus beneficiários	Tempo de Uso	Facilidade de Uso	Apoio na instalação e utilização do serviço	Uso do serviço por iniciativa própria	Razão	Comentários
A	- Dra. XXX recomendou o aparelho.	3 anos	- Sim. - Quando precisa toca no botão - Teve 3 aparelhos, mas os outros eram mais difíceis. - Agora, usa um aparelho pendurado ao pescoço e considera ser “muito mais fácil”.	- Sim. - Foi um senhor lá a casa montar e explicar como se usa.	- Sim. - Sempre que se lembra, carrega no botão.	- Para falar/ desabafar com alguém, - Para pedir auxílio médico.	
B	- O filho falou com a Dra. XXX;	3 anos	- Sim. - Quando precisa toca no botão - Quando não atende, a central liga para uma vizinha próxima que vai lá vê-la.	- Sim.	- Sim, raramente.	- Nunca foi preciso carregar no botão por emergência. - Para falar/ desabafar com alguém, - Não quer incomodar as pessoas.	
C	- Dra. XXX recomendou o aparelho.	3 anos	- Não. - O aparelho fazia muita confusão a ego*/“não percebia nada daquilo”; - Não dava jeito andar com o aparelho pendurado; - Gosta de se sentir livre e à vontade.	- Sim.	- Não.	- Não achou que o aparelho valesse a pena. - Não se adaptou ao aparelho. * - Só usava quando a central do Porto lhe ligava.	
D	Dra. XXX recomendou o aparelho.	3 anos	- Sim. - É uma espécie de telemóvel. - Às vezes tem dúvidas, mas vai conseguido manejar.	- Sim. - Ego ficou com dúvidas, mas tem sabido utilizar.	- Sim.	- Para a central verificar que o aparelho estava a funcionar bem.	
E	- Através de um doutor que a entrevistou e depois falou com a Dra. XXX.	3 anos	- Sim. - Quando o tinha, usava no pulso; - Quando precisa toca no botão	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim.	- Para falar/ desabafar com alguém.	
F	- Foi uma senhora que pediu o serviço à câmara e esta contactou Ego.	3 anos	- Sim. - Como tem o pulso magro fica-lhe largo.	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Não.	- Não quer incomodar as pessoas.	

G	- Pediu apoio à Dra. XXX, porque estava sozinha e esta recomendou o aparelho	3 anos	- Sim. - Quando precisa toca no botão	- Sim. - Foi a Dra. XXX e mais um senhor.	- Sim.	- Para desejar um bom fim de semana às pessoas da central. - Para falar/desabafar com alguém, - Para pedir auxílio médico.	
H	- Pediu apoio à Dra. XXX, porque estava sozinha.	2 anos	- Sim.	-Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim.	- Para pedir ajuda (tiveram uns ciganos lá em casa que queriam entrar à força). * - Para falar/desabafar com alguém,	
I	- Através de amigos e depois foi falar com a Dra. XXX.	2 anos	- Sim. - É uma espécie de telemóvel.	- Sim.	- Sim.	- Para falar/desabafar com alguém.	Na altura do covid, a Dra. XXX ajudou Ego pedindo a um senhor para lhe levar os medicamentos a casa “foi maravilhoso, ela é muito simpática”.
J	- Dra. XXX recomendou o aparelho.	2 anos	- Sim.	- Sim. - Foi lá a casa a Dra. XXX e outra Dra.	- Sim.	- Para falar/desabafar com alguém, - As vezes para mostrar que sabia usar o aparelho.	
k	- Através da polícia que falou ao filho e este falou com a Dra. XXX;	2 anos	- Sim.	- Sim. - Foi lá a casa a Dra. XXX e outra Dra.	- Sim.	- Para falar/desabafar com alguém, - Espera que a central ligue no dia combinado.	
L	- Dra. XXX recomendou o aparelho.	2 anos	- Sim.	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim.	- Para falar/desabafar com alguém.	
M	- Foi uma vizinha que lhe falou do aparelho e a Dra. XXX deu-lhe para se sentir mais segura.	2 anos	- Sim. - Quando precisa liga para a central e eles respondem.	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim.	- Para chamar a polícia. - Espera que a central ligue no dia combinado.	Uma vez ego teve um enfarte na rua, mas não tinha levado o aparelho “se eu tivesse esse aparelho eu tinha chamado a ambulância”.
N	- Foi através do Dr. Bruno, colega da Dra. XXX que lhe falou deste serviço.	2 anos	- Sim. - “transportado para as mãos de outros utentes não é fácil”	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim	- Para falar/desabafar com alguém.	

O	- Foi a Dra. ZZZ que recomendou o serviço.	2 anos	- Sim. - “Aquilo é uma coisa que todos os idosos deviam ter”.	- Sim. - A Dra. XXX e a Dra. ZZZ foram lá a casa.	- Sim.	- Pedir que chamassem o filho para ir lá a casa ajudá-lo a levantar-se do chão - Pedir ajuda porque tinha caído - Para falar/desabafar com alguém	
P	- O filho falou com a Dra. XXX; - Dra. XXX recomendou o aparelho.	2 anos	- Ego não percebe muito do aparelho ou tecnologias, - Quando precisa toca no botão	- Sim.	- Não.	- Nunca precisou. - Só usava quando a central do Porto lhe ligava.	
Q	- As pessoas da Provetes é que lhe falaram do serviço e trataram de tudo.	2 anos	- Sim. - Toca na pulseira para chamar. - Sempre que está em casa tem o aparelho ao pé e tem sempre um aparelho no braço.	- Sim. - Foram lá a casa e explicaram tudo. - Ego diz que se esquece às vezes, mas que se vai orientando.	- Sim.	- Pedir ajuda porque tinha caído	
R	- As pessoas da Provetes é que lhe falaram do serviço e trataram de tudo.	2 anos	- Sim.	- Sim. - A Dra. XXX foi lá a casa.	- Sim.	- Para pedir auxílio médico. - Às vezes para mostrar que sabia usar o aparelho e que este funcionava bem	
S	- Através de amigos e depois foi falar com a Dra. XXX.	1 ano	- Sim. - É um tipo de relógio que usa ao pulso; - É uma espécie de telemóvel. - Quando precisa sabe que tem de carregar no botão vermelho.	- Sim.	- Não.	- Nunca precisou. - Vai-se entretendo a ler e a fazer algum exercício - Não quer incomodar as pessoas - Espera que a central ligue no dia combinado.	
T	- Bateram à porta de Ego e montaram-lhe o aparelho.	1 ano	- Sim. - Só usa o aparelho em casa. - Quando precisa toca no botão	- Sim - Foi um senhor lá a casa montar e explicar como se usa.	- Não.	- Nunca precisou. - Espera que a central ligue no dia combinado.	
U	- Foi oferecido pela câmara.	5 meses	- Sim. - Anda ao peito; - Quando precisa toca no botão	- Sim.	- Sim. - Três vezes.	- Estava doente e fazia-lhe falta. - Para pedir auxílio médico.	

Tema 3. Benefícios da teleassistência e aspetos a melhorar						
	Subtemas					
Casos	Benefícios	Contribuição do serviço para melhorar a qualidade de vida/bem-estar	Modo de Contribuição	Aspetos do serviço a melhorar	Satisfação do serviço	Comentários
A	- Companhia	- Não. - Não vale a pena para uma urgência. - Já não é como antes, em que a polícia estava mais presente. * - Não tem ajuda para as despesas médicas. *	NÃO SE APLICA	- Não sabe. - Está bem com o serviço.	- Sim.	Não tem benefício no sentido de segurança (sentir-se-ia mais seguro se a polícia tivesse sempre lá).
B	- Um apoio/auxílio. - Segurança	- Sim.	- Segurança	- O aparelho ao pescoço bate nas coisas, o que a impede de o usar em certas tarefas.	- Sim.	
C	- Ego acha que dava benefício. - Não se adaptou ao serviço.	<u>SEM OPINIÃO</u>	<u>NÃO SE APLICA</u>	- Não sabe. - Ego sente falta de alguém que o acompanhe na compra de medicamentos.	Não.	
D	- Um apoio/auxílio. - Ter a quem recorrer	- Sim. - Ego refere que gostava de ter um apoio familiar ou de alguém com ela.	- Um apoio/auxílio. - Ter a quem recorrer	- Não sabe. - Quando liga, sempre atendem.	- Sim.	
E	- Um apoio/auxílio. - Companhia	- Sim.	- Segurança. - Ter a quem recorrer	- Não sabe.	- Sim.	Ego, mesmo já não tendo o aparelho, ainda fala “muito” com a Dra. XXX quando precisa e a Dra. resolve-lhe os problemas.

F	- Uma Segurança. - Nunca mais caiu na rua.	- Sim.	- Segurança.	- Não tem opinião.	- Sim.	
G	- Ter a quem recorrer. - Companhia	- Sim.	- Ter a quem recorrer. - Companhia	- Não tem opinião. - Está bem com o serviço.	- Sim. - A melhor coisa que lhe apareceu em casa, na velhice.	
H	- Companhia; - Sente-se aliviada do stresse.	- Sim. - É um bocadinho melhor*.	- Companhia	- Sem opinião.	- Sim.	
I	- No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sim.	- Apoio/Auxílio	-Sem opinião. - Está bem com o serviço.	- Sim.	
J	- Animam uma pessoa*.	- Sim.	- Segurança.	- Sem opinião. - “Impecável”	- Sim.	
K	- No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sim. - Todos os idosos deveriam ter este aparelho.	-Apoio/Auxílio	- Sem opinião.	- Sim.	
L	- Um apoio/auxílio	- Sim. -Sente-se muito contente. “Acho que me faz falta”.	- Considera as pessoas da central simpáticas. - Ego gosta muito deles. - Ego sente que a central olha sempre por ele e o estima* - Apoio/Auxílio	- Sem opinião.	- Sim.	
M	- Sente-se mais segura. - No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sim.	- Apoio/Auxílio	- Não sabe. - A pulseira é larga*.	- Sim.	
N	- Companhia - No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sim.	- Companhia.	- Que os aparelhos não avariassem nas mãos dos utentes*.	- Sim.	
O	- Ego considera que o aparelho é a melhor coisa que já usou. - Se não tivesse este aparelho, ninguém o ajudaria. ** - Já não era vivo.	- Sim.	- Segurança. - Não tinha a quem chamar para o acudir. – Mesmo magoado, consegue-se carregar no botão através de outras formas (“pôr em cima de um canhão”) e pedir ajuda.	- Não sabe. -Foi o único aparelho que usou. - Está bem com o serviço.	- Sim.	
P	- Caso liguem para Ego e não atenda, ligam logo para o filho.	- Sim. - Todos os idosos deveriam ter este aparelho.	- Apoio/Auxílio - Segurança.	- Sem opinião. - Considera as pessoas da central simpáticas.	- Sim.	

Q	- Uma Segurança. - No caso em que se sintam mal, carrega no botão.	- Sim.	- Pode ligar fora de horas, se precisar.	- O aparelho vai-se abaixo muitas vezes.	- Sim.	
R	- Não tem benefícios. - Preciso de ajuda uma vez e não conseguiram resolver o assunto. - Não traz nada.	- Não.	- Falha na prática. *	- Ego não está interessado.	- Não. - Não é próprio para homem, aquilo devia ser mais era para senhora. Aquilo no pulso era engraçado. *	Ego questionou à central como eles saberiam onde o encontrar caso ele tivesse num sítio e não conseguisse falar para lhes dizer a sua localização.
S	- Uma Segurança. - Companhia.	- Sim.	- Companhia.	- Não sabe.	- Sim.	
T	- Uma Segurança. - Se o 112 não atender, ego carrega no botão e respondem rápido*.	- Sim.	- Apoio/Auxílio	- Sem opinião. - Está bem com o serviço.	- Sim.	
U	- Um auxílio. - Uma segurança. - Ego precisou de ajuda, carregou no aparelho e a central ligou para uma rapariga para ir lá a casa ver como ele estava.	- Sim.	-Segurança.	- Não sabe.	- Sim.	

Apêndice 2.3. MT Categorias

Tema 1. Características sociodemográficas e outros aspetos de ego								
	Subtemas							
Casos	Estado civil	Sexo	Idade	Filhos	Com quem vive	Condições habitacionais	Situação de saúde	Apoio familiar
A	Viúvo(a)	M	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Sim, mas	Tem múltiplos: - Doenças de coração - Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - Transtornos visuais e cegueira Ainda faz as suas coisas	- Não.
B	Divorciado(a)	F	85+	Sim	Sozinho (a)	- Sim.	Tem múltiplos - Transtornos da densidade e da estrutura óssea - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular.	- Sim.
C	Divorciado(a)	F	85+	Sim	Sozinho (a)	- Sim, mas	Tem essencialmente um: - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular. Não está bem, nem mal	- Não.
D	Divorciado(a)	F	85+	Não	Sozinho (a)	- Sim.	Tem múltiplos: - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular - Sintomas mentais e comportamentais - Transtornos da densidade e da estrutura óssea Está mal	- Não.
E	Divorciado(a)	F	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Sim.	Tem essencialmente um: - Transtornos da densidade e da estrutura óssea	- Não.
F	Solteiro(a)	F	85+	Não	Sozinho (a)	- Sim, mas	Tem essencialmente um: - Transtornos da densidade e da estrutura óssea Está bem	- Sim.

G	Divorciado(a)	F	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Não.	<p>Tem múltiplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doenças do coração - Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - Transtornos visuais e cegueira - Transtornos da glândula tireóide: <p>Ainda faz as suas coisas</p>	- Não.
H	Casado(a)	F	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Não.	<p>Tem essencialmente um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos da densidade e da estrutura óssea <p>Não está bem, nem mal</p>	- Não.
I	Divorciado(a)	F	65-74	Sim	Sozinho (a)	- Não.	<p>Tem múltiplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos da densidade e da estrutura óssea - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular 	- Sim.
J Filha	Casado(a)	F	65-74	Sim	Acompanhado (a)	- Sim.	<p>Tem essencialmente um:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sintomas mentais e comportamentais <p>Está mal</p>	- Sim.
K	Casado(a)	F	75-84	Sim	Acompanhado (a)	- Sim.	<p>Tem múltiplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos da glândula tireoide - Transtornos mentais e comportamentais - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular 	- Sim.
L	Casado(a)	M	85+	Sim	Acompanhado (a)	- Sim.	<p>Tem múltiplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular <p>Está mal</p>	- Sim, pouco.

M	Divorciado(a)	F	85+	Sim	Sozinho (a)	- Não.	Tem múltiplos: - Doenças do coração - Transtornos mentais e comportamentais - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular Está mal	- Não.
N	Divorciado(a)	M	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Sim.	Tem múltiplos: - Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - Transtornos da densidade e da estrutura óssea - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular Está mal	- Não.
O	Viúvo(a)	M	85+	Sim	Sozinho (a)	- Não.	Tem essencialmente um: - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular Está bem	- Sim.
P Filho	Viúvo(a)	F	85+	Sim	Sozinho (a)	- Sim, mas	Tem essencialmente um: - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular	- Sim.
Q	Solteiro(a)	F	85+	Não	Sozinho (a)	- Sim.	Tem múltiplos - Transtornos da densidade e da estrutura óssea - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular	- Sim, pouco.
R	Divorciado(a)	M	65-74	Não	Sozinho (a)	- Não.	Tem múltiplos - Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - Transtornos da glândula prostática	- Sim.

S	Viúvo(a)	F	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Sim.	<p>Tem múltiplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos da densidade e da estrutura óssea - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular <p>Não está bem, nem mal</p>	- Sim.
T	Divorciado(a)	M	65-74	Sim	Sozinho (a)	- Sim.	<p>Tem múltiplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doenças de sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários - Doenças do estômago - Disfunção renal - Transtornos visuais e cegueira - Transtornos da glândula tireoide - Transtornos da densidade e da estrutura óssea - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular <p>Está mal</p>	- Não.
U	Viúvo(a)	M	75-84	Sim	Sozinho (a)	- Sim, mas	<p>Tem múltiplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doenças do coração - Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular <p>Está mal</p>	- Não.

Tema 2. Transição para o serviço de teleassistência e o seu uso

Subtemas							
Casos	Surgimento do Serviço na vida dos seus beneficiários	Tempo de Uso	Facilidade de Uso	Apoio na instalação e utilização do serviço	Uso do serviço por iniciativa própria	Razão	Comentários
A	- Por iniciativa de terceiros	3+ anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para falar - Para pedir auxílio (por doença)	
B	- Por iniciativa de terceiros	3+ anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim, mas	- Nunca foi preciso carregar no botão por emergência. - Para falar - Não quer incomodar	
C	- Por iniciativa de terceiros	3+ anos	- Não tem facilidade em usar	- Sim.	- Não.	- Não achou que o aparelho valesse a pena. - Não se adaptou ao aparelho. - Apenas para reagir à central(responder às perguntas e/ou seguir os pedidos)	
D	- Por iniciativa de terceiros	3+ anos	- Tem facilidade em usar, mas	- Sim.	- Sim.	- Para a central verificar o bom funcionamento/manuseamento do aparelho	
E	- Por iniciativa própria	3+ anos	- Nalgumas coisas ter facilidade e noutras não	- Sim.	- Sim.	- Para falar	
F	- Por iniciativa de terceiros	3+ anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Não.	- Não quer incomodar - Apenas para reagir à central(responder às perguntas e/ou seguir os pedidos)	
G	- Por iniciativa própria	3+ anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para falar - Para pedir auxílio (por doença)	
H	- Por iniciativa própria	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para pedir ajuda (por insegurança) - Para falar	
I	- Por iniciativa própria	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para falar	Na altura do covid, a Dra. XXX ajudou Ego pedindo a um senhor para lhe levar os medicamentos a casa "foi maravilhoso, ela

							é muito simpática”.
J	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para falar - Para mostrar que sabia usar o aparelho ou que este funcionava bem	
k	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim, mas	- Para falar - Espera que a central ligue no dia combinado.	
L	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para falar	
M	- Por iniciativa própria	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim, mas	- Para pedir ajuda (por insegurança) - Espera que a central ligue no dia combinado.	Uma vez ego teve um enfarte na rua, mas não tinha levado o aparelho “se eu tivesse esse aparelho eu tinha chamado a ambulância”.
N	- Por iniciativa própria	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim	- Para falar	
O	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para pedir ajuda (por queda) - Para falar	
P	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Nalgumas coisas ter facilidade e noutras não	- Sim.	- Não.	- Nunca precisou. - Apenas para reagir à central(responder às perguntas e/ou seguir os pedidos)	
Q	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para pedir ajuda (por queda)	
R	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para pedir auxílio (por doença) - Para mostrar que sabia usar o aparelho ou que este funcionava bem	
S	- Por iniciativa própria	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Não.	- Nunca precisou - Vai-se entretendo a ler e a fazer algum exercício. - Apenas para reagir à central(responder às perguntas e/ou seguir os pedidos) - Não quer incomodar	
T	- Por iniciativa de terceiros	1-2 anos	- Tem facilidade em usar	- Sim	- Não.	- Nunca precisou. - Reagir à central	
U	- Por iniciativa de terceiros	- 1 ano	- Tem facilidade em usar	- Sim.	- Sim.	- Para pedir auxílio (por doença)	

Tema 3. Benefícios da teleassistência e aspetos a melhorar

Subtemas						
Casos	Benefícios	Contribuição do serviço para melhorar a qualidade de vida/bem-estar	Modo de Contribuição	Aspetos do serviço a melhorar	Satisfação do serviço	Comentários
A	- Companhia	- Não.	NÃO SE APLICA	- Sem opinião - Está bem com o serviço.	- Está satisfeito	Não tem benefício no sentido de segurança (sentir-se-ia mais seguro se a polícia tivesse sempre lá).
B	- Apoio/auxílio. - Segurança	- Sim.	- Segurança.	- Confortabilidade do aparelho	- Está satisfeito	
C	- Não se adaptou ao serviço.	- Não se adaptou ao serviço.	- Não se adaptou ao serviço.	- Falta de alguém que acompanhe na compra de medicamentos	- Não está satisfeito	
D	- Apoio/auxílio.	- Sim, mas	- Apoio/Auxílio	- Sem opinião. - Está bem com o serviço	- Está satisfeito	
E	- Apoio/auxílio. - Companhia	- Sim.	- Segurança.	- Sem opinião.	- Está satisfeito	Ego, mesmo já não tendo o aparelho, ainda fala “muito” com a Dra. XXX quando precisa e a Dra. resolve-lhe os problemas.
F	- Segurança	- Sim.	- Segurança.	- Sem opinião.	- Está satisfeito	
G	- Apoio/auxílio. - Companhia	- Sim	- Apoio/Auxílio - Companhia.	- Sem opinião. - Está bem com o serviço	- Está satisfeito	
H	- Companhia	- Sim. - É um bocadinho melhor*.	- Companhia	- Sem opinião.	- Está satisfeito	
I	- Segurança	- Sim.	- Apoio/Auxílio	- Sem opinião. - Está bem com o serviço	- Está satisfeito	
J	- Companhia	- Sim.	- Segurança.	- Sem opinião. - Está bem com o serviço	- Está satisfeito	
K	- Segurança	- Sim.	- Apoio/Auxílio	- Sem opinião.	- Está satisfeito	

L	- Apoio/auxílio.	- Sim.	- Companhia. - Apoio/Auxílio	- Sem opinião.	- Está satisfeito	
M	- Segurança	- Sim.	- Apoio/Auxílio	Confortabilidade do aparelho	- Está satisfeito	
N	- Companhia - Segurança	- Sim.	- Companhia.	- Durabilidade do aparelho	- Está satisfeito	
O	- Apoio/auxílio. - Segurança	- Sim.	- Segurança.	- Sem opinião - Está bem com o serviço.	- Está satisfeito	
P	- Segurança	- Sim.	- Apoio/Auxílio - Segurança.	- Sem opinião. - Está bem com o serviço.	- Está satisfeito	
Q	- Segurança	- Sim.	- Apoio/Auxílio	- Durabilidade do aparelho	- Está satisfeito	
R	- Não tem benefícios.	- Não.	- Falha na prática.	- Sem interesse de melhoria	- Não está satisfeito	Ego questionou à central como eles saberiam onde o encontrar caso ele tivesse num sítio e não conseguisse falar para lhes dizer a sua localização.
S	- Segurança - Companhia	- Sim.	- Companhia.	- Sem opinião	- Está satisfeito	
T	- Segurança	- Sim.	- Apoio/Auxílio	- Sem opinião. - Está bem com o serviço	- Está satisfeito	
U	- Apoio/auxílio - Segurança	- Sim.	-Segurança.	- Sem opinião.	- Está satisfeito	

Apêndice 3. Matriz Central (MC)

Apêndice 3.1. MC do Perfil Sociodemográfico e alguns aspetos de ego

Perfil Sociodemográfico	Entrevistados																				Média	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T		U
Idade	82	89	92	87	76	85	84	76	70	73	79	92	87	82	89	87	94	73	83	68	82	82,4
Sexo	M	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M	F	M	M	F	F	M	F	M	M	
Estado Civil	V	D	D	D	D	S	D	C	D	C	V	C	D	D	V	V	S	D	V	D	V	
Vive sozinho ou acompanhado	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Acompanhado	Acompanhado	Acompanhado	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	Sozinho	
Filhos	1	1	3				4	2	2	2	1	4		2	4	2			2	2	2	15
Tema 1: Aspetos de Ego																						
1.1. Condições habitacionais																					Total	
Sim		1		1	1					1	1	1		1			1		1	1	10	
Não							1	1	1				1		1			1			6	
Sim, mas	1		1			1										1				1	5	
1.2. Situação de saúde																						
Está bem						1									1						2	
Está mal				1						1		1	1	1						1	7	
Não está bem, nem mal			1					1				1							1		4	
Ainda faz as suas coisas	1						1									1					3	
Não respondeu		1			1				1								1	1			5	
a) Problemas de saúde																						
Unimobilidade			1		1	1		1		1					1	1					7	
Multimobilidade	1	1		1			1		1		1	1	1			1	1	1	1	1	14	
b) Tipos de Problemas de Saúde																						
Doenças de Coração	1						1						1							1	4	
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1						1					1	1		1			1		1	7	
Doenças do estômago																				1	1	
Disfunção renal																				1	1	
Transtornos visuais e cegueira	1						1													1	3	
Transtornos da glândula tireóide							1					1									2	
Transtornos da glândula prostática																		1			1	
Transtornos da densidade e da estrutura óssea		1		1	1	1		1	1					1			1		1	1	10	
Transtornos mentais e comportamentais				1						1	1		1			1					5	
Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular		1	1	1					1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	
1.3. Apoio Familiar																						
Sim		1				1	1		1	1	1				1	1		1	1		10	
Não	1		1	1	1			1					1	1						1	9	
Sim, pouco												1						1			2	

Apêndice 3.2. MC Transição para o serviço de teleassistência e o seu uso

Tema 2. Transição para o serviço de teleassistência e o seu uso																						
2.1. Surgimento do Serviço na vida das/ dos beneficiários																						
Por iniciativa própria					1			1	1	1				1						1		6
Por iniciativa do terceiro	1	1	1	1			1					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
2.2. Tempo de uso																						
1-1 ano																					1	1
1-2 anos									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
3+ anos	1	1	1	1	1	1	1	1													1	7
2.3. Facilidade de Uso																						
Tem facilidade em usar	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
Não tem facilidade em usar			1																			1
Nalgunas coisas tem facilidade, noutras não				1														1				2
2.4. Apoio na instalação e utilização do serviço																						
Sim	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
2.5. Uso do serviço																						
SIM																						
Resum																						
Para falar	1						1	1		1						1						5
Para pedir ajuda (por insegurança)								1														1
Para pedir ajuda (por queda)																1						1
Para pedir ajuda (por doença)	1							1											1			3
Para manter à central a bom funcionamento/manuseamento do aparelho										1									1			2
SIM, MAS																						
Resum																						
Apenas para falar				1					1				1									4
Apenas para pedir ajuda																			1		1	3
Tipos de ajuda																						
Para pedir ajuda (por insegurança)													1									1
Para pedir ajuda (por queda)																			1			1
Para pedir ajuda (por doença)																				1	1	1
NÃO																						
Resum																						
Não achou que o aparelho valia a pena			1																			1
Não se adaptou ao aparelho			1																			1
Apenas se a centralidade pela central (responder à pergunta ou fazer o pedido)		1	1	1			1					1						1		1	1	8
Não quer incomodar		1					1													1		3
Nunca foi preciso		1																1		1	1	4
Tipos de uso																						
Ativa	1				1			1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	13
Passiva		1	1	1			1					1					1			1	1	8
Propósito do uso																						
Para falar	1				1			1	1	1	1			1		1						9
Para pedir ajuda	1							1	1	1				1		1		1	1		1	8
Para se sentir acompanhado pela central (responder à pergunta ou fazer o pedido)		1	1	1			1						1					1		1	1	8

Apêndice 3.3. MC Benefícios da teleassistência e aspetos a melhorar

Tema 3. Benefícios da teleassistência e aspetos a melhorar																				
3.1. Benefícios																				
Companhia	1				1		1	1		1		1						1		8
Apoio/Auxílio		1		1	1		1			1	1		1						1	8
Segurança		1				1				1				1	1	1		1	1	10
Sem benefícios			1															1		2
3.2. Contribuição do serviço para melhorar a qualidade de vida/bem-estar																				
Sim	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
Não			1															1		2
3.3. Modo de Contribuição																				
Companhia							1				1		1					1		4
Apoio/Auxílio	1			1	1		1			1	1	1		1	1	1				10
Segurança		1				1			1	1				1	1			1	1	8
Não se aplica			1															1		2
3.4. Aspetos do serviço a melhorar																				
Sem opinião	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1			1	17
Está bem com o serviço	1			1	1		1	1	1	1	1	1			1	1			1	13
Falta de alguém que acompanhe na compra de medicamentos			1																	1
Confortabilidade do aparelho		1											1							2
Durabilidade do aparelho													1				1			2
Sem interesse de melhoria																		1		1
3.5. Satisfação do serviço																				
Sim	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	19
Não			1															1		2

ANEXOS

Anexo 1. População Residente, por sexo, Portugal e NUTS II, 202

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
População total (Nº)								
2015	10 341 330	3 603 778	2 256 364	2 812 678	724 391	441 929	245 766	256 424
2016	10 309 573	3 584 575	2 243 934	2 821 349	718 087	441 469	245 283	254 876
2017	10 291 027	3 576 205	2 231 346	2 833 679	711 950	439 617	243 862	254 368
2018	10 276 617	3 572 583	2 216 569	2 846 332	705 478	438 864	242 846	253 945
2019	10 295 909	3 575 338	2 217 285	2 863 272	704 558	438 406	242 796	254 254
2020	10 298 252	3 566 374	2 229 331	2 869 033	699 420	437 970	242 201	253 923
Homens (Nº)								
2015	4 901 509	1 709 888	1 069 996	1 320 895	348 859	211 884	120 352	119 635
2016	4 882 456	1 699 787	1 063 284	1 323 826	345 681	211 339	119 679	118 860
2017	4 867 692	1 692 442	1 056 975	1 328 244	342 912	209 898	118 810	118 411
2018	4 852 366	1 686 752	1 049 038	1 331 103	338 876	209 887	118 125	118 585
2019	4 859 977	1 687 717	1 051 358	1 337 420	337 966	208 963	117 884	118 669
2020	4 858 749	1 682 772	1 055 473	1 341 981	335 432	207 517	117 050	118 524
Mulheres (Nº)								
2015	5 439 821	1 893 890	1 186 368	1 491 783	375 532	230 045	125 414	136 789
2016	5 427 117	1 884 788	1 180 650	1 497 523	372 406	230 130	125 604	136 016
2017	5 423 335	1 883 763	1 174 371	1 505 435	369 038	229 719	125 052	135 957
2018	5 424 251	1 885 831	1 167 531	1 515 229	366 602	228 977	124 721	135 360
2019	5 435 932	1 887 621	1 165 927	1 525 852	366 592	229 443	124 912	135 585
2020	5 439 503	1 883 602	1 173 858	1 527 052	363 988	230 453	125 151	135 399

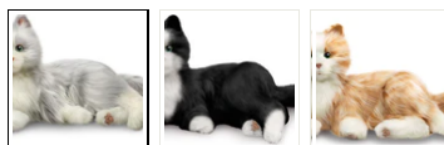
Anexo 2. Robô de estimação

Anexo 2.1. Robô Gato



The JOY FOR ALL Companion Pet cats look, feel and sound like real cats. But they're so much more than soft fur, soothing purrs and pleasant meows. These cats respond to petting, hugging and motion much like the real ones you know and love but don't require any special care or feeding. This personally rich experience can bring joy and comfort to aging loved ones without any vet bills to worry about.- Built-in sensors respond to motion and touch- Realistic, soft fur looks and feels like a real cat- Cat-like movements and sounds- VibraPurr sounds and feels like real purring- Batteries Included: 4 x 1.5V C Alkaline Batteries

COLOR — Silver with White Mitts



ADD TO CART

Fonte: Ageless (2020)

Anexo 2.2. Robô (Cão)



In between naps and being adorable real puppies require a lot of special attention. AGELESS INNOVATION'S JOY FOR ALL Companion Pet Pups have all the love in the world to give but it won't chew up your slipper! Thanks to built-in sensors and speakers the pup can recreate some of the more delightful moments of owning a dog including being a best friend for aging loved ones.- Built-in sensors respond to motion and touch- Feel the heartbeat with your calming touch- Lifelike coat and authentic sounds- Responds to your voice with BARKBACK technology- Batteries Included: 4 x 1.5V Alkaline Batteries

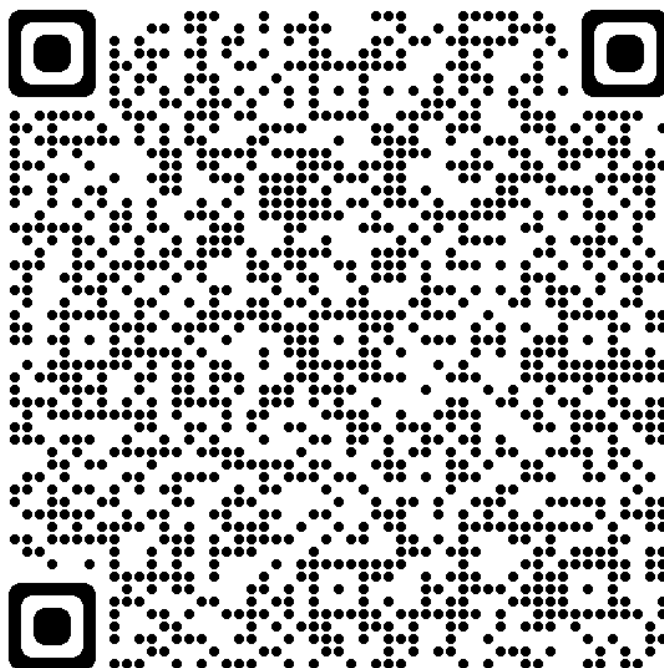
COLOR – Golden



ADD TO CART

Fonte: Ageless (2020)

Anexo 3. Código barras da apresentação do Serviço de Teleassistência da *HelpPhonPortugal*



Fonte: RTP (Rádio e Televisão de Portugal, 2022).

Anexo 4. Folhetos do serviço de teleassistência da empresa *HelpPhone* Portugal

Anexo 4.1. Terminal Rede Fixa, Glória + e Sara



Helpphone - Tecnologias de Comunicação, S.A.

TERMINAL REDE FIXA 1030, GLÓRIA + E SARA



Terminal CTC-1030



Terminal Glória+



Terminal Sara

Design moderno e elegante com a mesma simplicidade de utilização e segurança

Compatível com todos os operadores de rede fixa

Estes dispositivos distinguem-se por um **design mais moderno e apelativo**, e por incorporarem algumas melhorias ao **nível do intercomunicador e da compatibilidade com as linhas fixas baseadas em fibra**.

Os sistemas de Teleassistência Helpphone para redes Fixas estão desenhados para poderem operar eficazmente numa área de até **200m²**, assegurando a comunicação com o Utente independentemente de paredes e/ou portas. Uma vez activado o dispositivo, o mesmo estabelece **ligação imediata ao Centro de Atendimento Helpphone**.

A sua **Bateria interna** garante a operacionalidade em caso de falha de energia e o **Botão de alarme remoto à prova de água** permite a utilização sem qualquer constrangimento.

- ✓ Compatível com todos os operadores de rede fixa
- ✓ Equipamentos especificamente desenhados para a prestação do serviço de Teleassistência
- ✓ Simples de usar
- ✓ Botão de Pânico resistente à água
- ✓ Bateria Interna para funcionar em caso de falha de energia
- ✓ Design moderno



Rua Dr. Pedro de Sousa, 660 | 4100-389 Porto
Telf. 226 106 740 Fax. 226 106 741 | Linha Azul : 808 233 347
contacto@helpphone.pt - www.helpphone.pt
Contribuinte n.º 505 324 920 C.S. 300 600€ C.R.C. PORTO N.º 56442

Fonte: *HelpPhone* Portugal (responsável comercial/operacional)

Anexo 4.2. Terminal GSM Caremobile



Helpphone - Tecnologias de Comunicação, S.A.

TERMINAL GSM CAREMOBILE



Teleassistência Fixa equipado com tecnologia GSM sem necessidade de linha telefónica na residência

Robusto e simples

Com as mesmas características dos Terminais para linha fixa, este dispositivo comunica com o Centro de Atendimento da Helpphone através de comunicação GSM, acrescentando desta forma a possibilidade de utilização de Teleassistência na residência sem a necessidade de existência de linha fixa.

Simples e intuitivo, é o companheiro perfeito para quem queira ter a Teleassistência na residência apenas à distância de um botão.

- ✓ Desenhado para funcionar com tecnologia GSM
- ✓ Equipamentos especificamente desenhados para a prestação do serviço de Teleassistência
- ✓ Simples de usar
- ✓ Botão de Pânico resistente à água
- ✓ Bateria interna para funcionar em caso de falha de energia



Rua Dr. Pedro de Sousa, 860 | 4100-369 Porto
Telf. 226 106 740 Fax. 226 106 741 | Linha Azul : 808 233 347
contacto@helpphone.pt - www.helpphone.pt
Contribuinte n.º 505 304 920 C.S. 300 600E C.R.C. PORTO N.º 56442

Fonte: *Helpphone* Portugal (responsável comercial/operacional)

Anexo 4.3. Sensor de quedas Vibby Oak



Helpphone - Tecnologias de Comunicação, S.A.

SENSOR DE QUEDAS VIBBY OAK



Maior Segurança

Detecção de Quedas

O sensor de quedas Vibby Oak é um acessório complementar com pulseira antialérgica e compatível com a maioria dos nossos terminais de teleassistência fixos, tanto de rede fixa ou GSM. Do tamanho de um relógio de pulso, e resistente à água, este sensor permite detectar a queda do seu utilizador, activando automaticamente o alerta da unidade de teleassistência a que está associado (via comunicação por ondas de rádio) e notificando o centro de monitorização do sucedido. O botão possui um micro controlador e acelerómetro de 3 vias, anulando falsos alarmes se for detectado que o utilizador se levantou no espaço de 20 segundos. Adicionalmente, o botão pode ser utilizado como um normal botão de alarme, para activar e desactivar as chamadas da unidade de teleassistência.

- ✓ Compatível com terminais de rede fixa e GSM
- ✓ Detecção automática de queda
- ✓ Borracha hipoalergénica
- ✓ Aço inoxidável cromado hipoalergénico (FAD)
- ✓ Simples de usar
- ✓ Resistente à água
- ✓ Design moderno



Rua Dr. Pedro de Sousa, 660 | 4100-389 Porto
Telf. 226 106 740 Fax. 226 106 741 | Linha Azul : 808 233 347
contado@helpphone.pt - www.helpphone.pt
Contribuinte n.º 505 324 920 CS 300 600€ C.R.C. PORTO N.º 56442

Fonte: *Helpphone* Portugal (responsável comercial/operacional)