

Envelhecer no Lugar em Territórios de Baixa Densidade: Acesso a Cuidados de Saúde e Ordenamento da Floresta como Fatores Críticos Identificados em contexto de Coinvestigação

Aging in Place in Low-Density Territories: Access to Health Care and Forest Management as Critical Factors Identified through Co-Research

Paulo Nossa ^{*1}, Sofia Vale Pereira ^{**2}, Margarida Lima ^{***3}, Cristina C. Vieira ^{****4} e Anabela Mota-Pinto ^{*****5}

¹Faculdade de Letras, CEGOT, Universidade de Coimbra, Coimbra 3004-530, Portugal

²Faculdade de Medicina, CIMAGO/iCBR. Universidade de Coimbra, Coimbra 3004-530, Portugal

³Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, CINEICC. Universidade de Coimbra, Coimbra 3004-530, Portugal

⁴Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, CINEICC. Universidade de Coimbra, Coimbra 3004-530, Portugal

⁵Faculdade de Medicina, CIMAGO/iCBR. Universidade de Coimbra, Coimbra 3004-530, Portugal

Resumo

O envelhecimento demográfico acelerado e a crescente concentração de populações idosas em territórios de baixa densidade colocam desafios estruturais às políticas públicas de saúde, de coesão territorial e de participação social. Este artigo descreve e analisa o projeto County Reporters 55+ (CR55+), desenvolvido no concelho de Arganil, Portugal, aplicando metodologia de coinvestigação, com o propósito de envolver ativamente adultos mais velhos na identificação de necessidades não satisfeitas e na construção participada de propostas de mudança nos territórios de residência, para que possam envelhecer no lugar. Participaram 14 coinvestigadores voluntários, residentes em três freguesias, com idade média de 64,5 anos e equilíbrio entre sexos. Ao longo de sete fases sequenciais, os coinvestigadores receberam formação em técnicas de entrevista e escuta ativa, recolha de dados mediante entrevistas, registo fotográfico e análise colaborativa em grupo focal. Os coinvestigadores identificaram, por consenso, quatro categorias de necessidades não satisfeitas: acesso e cuidados de saúde; gestão e ordenamento da floresta e perceção do risco; vida no lugar e topofilia; e empoderamento comunitário, inclusão e participação. As duas primeiras foram hierarquizadas como prioritárias e apresentadas publicamente a decisores políticos e

Cadernos de
Geografia

doi: https://doi.org/10.14195/0871-1623_53_9

Recebido a:
3 de junho de 2026
Aprovado a:
22 de junho de 2026

*Email: paulonossa@fl.uc.pt

**Email: spereira@fmed.uc.pt

***Email: mplima@fpce.uc.pt

****Email: vieira@fpce.uc.pt

*****Email: apinto@uc.pt

institucionais por porta-vozes eleitos pelos próprios coinvestigadores, consubstanciando um processo de reequilíbrio de poder entre residentes e decisores. Os resultados são consistentes com a literatura sobre envelhecimento no lugar em territórios de baixa densidade. O projeto demonstra que a coinvestigação constitui uma abordagem válida, potencialmente replicável e de baixo custo para ampliar a voz das populações idosas e qualificá-las como protagonistas ativas na construção de soluções para os territórios onde residem e pretendem continuar a envelhecer.

Palavras-chave: Coinvestigação. Envelhecimento no lugar. Territórios de baixa densidade. Participação. Portugal.

Abstract

The accelerating pace of demographic aging and the growing concentration of older populations in low-density territories pose structural challenges to public policies on health, territorial cohesion, and social participation. This article describes and analyzes the County Reporters 55+ (CR55+) project, developed in the municipality of Arganil, Portugal, applying a co-research methodology with the purpose of actively engaging older adults in identifying unmet needs and collaboratively building proposals for change in their residential territories so that they can age in place. Fourteen volunteer co-researchers participated, residing in three parishes, with a mean age of 64.5 years and a balanced sex distribution. Across seven sequential phases, co-researchers received training in interview techniques and active listening, collected data through interviews and photographic records, and engaged in collaborative analysis in a focus group format. Co-researchers identified, by consensus, four categories of unmet needs: healthcare access and provision; forest management and risk perception; place attachment and topophilia; and community empowerment, inclusion, and participation. The first two were prioritized and publicly presented to political and institutional decision-makers by spokespersons elected by the co-researchers themselves, embodying a power-rebalancing process between residents and decision-makers. The findings are consistent with the literature on aging in place in low-density territories. The project demonstrates that co-research constitutes a valid, potentially replicable, and low-cost approach to amplifying the voice of older populations and positioning them as active protagonists in building solutions for the territories where they live and intend to continue aging.

Keywords: Co-research. Aging in place. Low-density territories. Participation. Portugal.

1. Introdução

O envelhecimento constitui um dos processos demográficos mais marcantes do século XXI, com implicações profundas no acesso aos cuidados de saúde, à proteção social e à organização territorial. Portugal apresenta-se como um caso paradigmático à escala mundial. O país ocupa o 4.º lugar no mundo com maior proporção de população idosa e o 2.º lugar na União Europeia (UE) atrás da Itália. Em 2024, o índice de envelhecimento atingiu o valor médio nacional de 192,4 idosos por cada 100 jovens, e a idade mediana da população residente subiu para 47,3 anos, ao mesmo tempo que a proporção de idosos com 65 ou mais anos passou a representar 24,3% da população total. Este valor contrasta de forma assinalável com os 9,7% registados em 1970, o que evidencia a celeridade com que ocorreu esta transformação estrutural na sociedade portuguesa (INE, 2025). De igual modo, a idade mediana da população

na UE aumentou, em média, 2,5 anos na última década, ao passo que em Portugal esse aumento foi de 4,7 anos, o mais acelerado entre todos os Estados-membros (Eurostat, 2023). As projeções demográficas para as próximas décadas não apontam para uma inversão desta tendência. De acordo com o cenário central das Projeções de População Residente do INE (2025-2100), o agravamento do envelhecimento demográfico só tenderá a estabilizar a partir de 2060, prevendo-se que a proporção de idosos atinja 37,3% da população em 2100, face aos atuais 24,3%. Para 2050, especificamente, a idade mediana deverá atingir 50,9 anos para os homens e 54,4 anos para as mulheres, e o rácio de dependência dos idosos poderá passar dos atuais 39 para 73 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

Perante isto, pesem alguns constrangimentos e custos de contexto, o envelhecimento deve ser assumido como uma conquista civilizacional que resulta da conjugação de múltiplos fatores: melhoria das condições higiénico-sanitárias e assistenciais, dieta alimentar mais adequada, avanços na qualidade da habitação, aumento do rendimento disponível, progressos na escolaridade e aumento significativo da autonomia da mulher (Nossa & Mota-Pinto, 2020). O facto de se alcançar no triénio 2023-2025 uma esperança de vida à nascença de 81,75 anos (masculino: 78,9 anos; feminino: 84,2 anos; INE, 2026) não anula o imperativo de ampliar a esperança de vida saudável após os 65 anos, que em Portugal é de apenas 8,4 anos (9,1 anos masculino; 7,8 anos feminino), contrastando com os valores máximos de 14 e 13,9 anos atingidos pela Noruega e Suécia, respetivamente (Eurostat, 2025). Assim, a abordagem à questão do envelhecimento demográfico não deve ser observada como um risco ou uma ameaça, mas antes como um importante desafio às políticas públicas. As estratégias para o *envelhecimento ativo* enfatizam significativamente o pilar da *saúde* que, sendo importante, necessita de ser enquadrado por ações concretas que promovam e reforcem, em igual proporção, os pilares da *segurança* e da *participação* (WHO, 2015; ENEAS, 2017).

Associado à dinâmica do envelhecimento, importa também discutir o conceito de envelhecer no lugar (*aging in place*), o qual deve ser entendido, no seu sentido mais amplo, como a possibilidade de as pessoas idosas poderem envelhecer no ambiente ou na comunidade que elas próprias escolhem, garantindo o apoio social necessário para viver com segurança e de forma independente (WHO, 2015). Fonseca (2020, p. 22) sublinha que permanecer em casa durante o envelhecimento, mantendo o máximo possível de independência, privacidade, segurança, competência e controlo sobre o meio ambiente, constitui o objetivo central, salientando que o termo *place* se refere não apenas ao lugar de habitação, mas também à comunidade, composta pelo ambiente físico (ambiente circundante e serviços locais disponíveis) e social (familiares, amigos, vizinhos). De acordo com a WHO (2015), o processo de *aging in place* deve contemplar os 5 P's: *People, Place, Products, Person-centered services, Policy* (WHO, 2015), reconhecendo a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana, sabendo-se que a maioria das pessoas idosas deseja permanecer num ambiente familiar, contactar com a mesma vizinhança e manter a filiação com a mesma comunidade (Iecovich, 2014).

Este conceito adquire particular relevância em territórios de baixa densidade, como aquele onde foi realizada a investigação adiante apresentada, onde a desloca-

ção da pessoa idosa implica frequentemente a perda de relações sociais, mudanças nas rotinas diárias e alteração abrupta de estilos de vida (Costa-Font & Vilaplana-Prieto, 2022). Quando tal acontece, podemos estar no domínio do que Haesbaert (2004) denomina por *desterritorialização*, i.e., perda de referências espaciais (mas não a perda de espaço), que contribuem para um processo de desenraizamento involuntário, potenciador do enfraquecimento de autonomia e de liberdade, na apropriação simbólica e funcional do território. Segundo Fernandes (2008), o conceito de *desterritorialização* pode ser aplicado a contextos de efetiva instabilidade ou fragilização territorial, principalmente entre grupos socialmente mais excluídos ou profundamente segregados e, como tal, impossibilitados de construir e exercer efetivo controle sobre os seus territórios e sobre as suas vidas, empobrecendo assim a sua identidade.

A abordagem proposta neste artigo centra-se na temática da capacitação da pessoa idosa, especialmente da pessoa idosa residente em territórios de baixa densidade populacional e nos quais pretende continuar a residir, procurando reforçar o seu poder de participação, resultando na identificação de necessidades e prioridades auto-percebidas no acesso a serviços públicos de base local, com suporte no conceito de *co-research* discutido por Fudge et al. (2007), Buffel (2015, 2018, 2019) e James & Buffel (2022). A coinvestigação (*co-research*), enquanto abordagem metodológica, tem como propósito central possibilitar a participação ativa dos adultos mais idosos nos processos investigativos, capacitando-os para identificarem e transformarem os desequilíbrios de poder presentes nos seus territórios de pertença, com vista à melhoria das suas condições e qualidade de vida (James & Buffel, 2022).

No que concerne à acessibilidade a serviços, fator essencial para assegurar a possibilidade de permanência no lugar, Costa et al. (2020), retomando o modelo conceptual proposto por Penchansky e Thomas (1981), identificam cinco dimensões analíticas que estruturam este conceito: (1) disponibilidade; (2) acessibilidade; (3) custo; (4) comodidade e (5) aceitabilidade. A disponibilidade encontra-se condicionada pela oferta de serviços existente numa determinada área geográfica; a acessibilidade refere-se às barreiras de natureza física que se interpõem entre o utilizador e o serviço; o custo determina a capacidade efetiva de utilização por parte dos indivíduos; por sua vez, a comodidade e a aceitabilidade são influenciadas pelas expectativas dos utilizadores relativamente à oferta disponível (Palma, da Costa & da Costa, 2017).

Neste contexto, o presente artigo procurará responder à seguinte pergunta de investigação:

Em que medida a metodologia de coinvestigação, aplicada com adultos mais velhos residentes em territórios de baixa densidade, contribui para identificar necessidades não satisfeitas que obstaculizam o envelhecimento no lugar e mantêm um desequilíbrio de poder entre decisores e utilizadores de serviços essenciais locais?

1.1. Coinvestigação como estratégia de capacitação

Desde meados da década de oitenta do século XX, regista-se um interesse crescente pela metodologia de coinvestigação, a qual posiciona o sujeito como *parceiro*

ativo no processo de produção de conhecimento (Osborn, 1985). Fudge et al. (2007) procederam a uma análise sistemática de estudos que integraram pessoas idosas enquanto parceiros de investigação, no período compreendido entre 1995 e 2005, abrangendo domínios temáticos como quedas, tratamento da dor, acidente vascular cerebral e acesso a serviços de saúde digitais (e-health). Também os contributos de Buffel (2015, 2018, 2019) e de James e Buffel (2022) conferiram maior visibilidade e consolidação epistemológica a esta abordagem. No que respeita aos *macrofatores* que mais concorreram para a sua afirmação, Buffel (2019, p. 538) destaca: (i) o incremento de movimentos de “*self-advocacy*” orientados para a investigação em matéria de conceção e acesso a serviços; (ii) a crescente pressão para que os serviços de saúde comunitários adotem práticas mais inclusivas; (iii) a emergência de políticas enquadradas nos paradigmas do “envelhecimento ativo” (no contexto europeu) e do “envelhecimento bem-sucedido” (no contexto norte-americano) (Pruchno, 2015; WHO, 2015); e, por fim, (iv) a ênfase atribuída ao “envolvimento do utilizador” por parte dos organismos de financiamento e das instâncias de decisão política (Buffel, Skyrme & Phillipson, 2017).

A estes *macrofatores*, Buffel (2022) acrescenta *microfatores* de base local que reforçam a validade e a pertinência da coinvestigação: (i) a melhoria da adequação cultural dos instrumentos de recolha de dados; (ii) maior sensibilidade na interpretação dos resultados e na sua tradução em ação concreta; (iii) o potencial para promover o empoderamento de grupos em situação de marginalização; (iv) valorização da perspetiva dos utilizadores enquanto eixo estruturante do processo investigativo. Neste contexto, os participantes/investigadores não académicos afirmam-se como parceiros plenos do processo, na medida em que identificam e problematizam questões com impacto direto nas suas vidas, sinalizam e co-constroem potenciais soluções e, simultaneamente, ampliam os seus repertórios de conhecimento e fortalecem as suas redes sociais de proximidade (Littlechild, Tanner & Hall, 2015).

Não obstante os ganhos reconhecidos por esta abordagem, ainda que pouco aplicada em Portugal num passado recente, importa também referenciar o potencial risco que envolve este processo de coinvestigação. Hogg e Vaughan (2018) definem o *tokenismo* como uma forma de discriminação, dado que torna públicas pequenas ações de aparente valorização de um grupo minoritário que surgem apenas para mitigar imputações de discriminação. De igual modo, Littlechild, Tanner & Hall (2015) alertam para o risco de *tokenismo* associado a este tipo de investigação, situação em que o envolvimento das pessoas idosas se reduz a uma “abordagem simbólica”, destituída de influência real sobre o processo investigativo. Na mesma linha, Chen et al. (2020, p. 268) sublinham como absolutamente essencial assegurar uma distribuição equitativa do poder entre investigadores académicos e investigadores pares, condição indispensável à integridade e legitimidade do processo de coinvestigação:

Ao adotar uma abordagem de investigação por pares, o investigador profissional assume o papel de facilitador ou dinamizador, apoiando os pares na condução do processo investigativo. Na prática, é frequente que divergências nas preferências valorativas, no que respeita à tomada de

decisões, origem situações de conflito entre os parceiros de investigação (tradução dos autores).

A par dos riscos já enunciados, subsistem outras dimensões éticas e metodológicas que merecem igual atenção. O recrutamento de *investigadores pares* ocorre frequentemente mediante a técnica de amostragem em bola de neve, processo que tende a privilegiar indivíduos inseridos em redes sociais de proximidade dos investigadores académicos, ampliando a probabilidade de um recrutamento de natureza endogâmica. Esta dinâmica favorece o acesso de pessoas com perfis sociodemográficos homogêneos, ampliando o risco de exclusão de grupos em situação de maior vulnerabilidade, designadamente minorias étnico-raciais e adultos mais velhos com limitações de natureza física ou cognitiva (James & Buffel, 2022). Assim, no âmbito do processo de coinvestigação, torna-se imperativo assegurar um conjunto de princípios orientadores: (i) as pessoas idosas devem ser reconhecidas como partes interessadas em condições de igualdade relativamente aos demais intervenientes na investigação sobre o envelhecimento e a velhice; (ii) deve ser garantida igualdade de oportunidade de participação nas diferentes etapas do estudo; e (iii) os investigadores pares devem dispor de autonomia para se envolverem nas atividades de investigação que considerem mais relevantes para si (Chen et al., 2020).

O envolvimento de coinvestigadores mais velhos, não obstante as mais-valias já amplamente documentadas, introduz desafios específicos que importa antecipar, desde as fases iniciais do processo. Baldwin et al. (2018) e Gutman et al. (2014) sublinham a necessidade de os investigadores académicos atenderem a um conjunto de condicionantes que podem comprometer a participação sustentada deste grupo: (i) a dificuldade em manter o envolvimento continuado em tarefas de natureza diversa; (ii) um risco acrescido de abandono do estudo (*dropout*); (iii) a presença de limitações físicas ou funcionais; (iv) perceção de insuficiência das próprias competências, traduzida numa tendência para a automenorização; (v) dificuldades de transporte e mobilidade; e, por fim, (vi) necessidade de conciliar a participação com compromissos de ordem familiar, fatores que, no seu conjunto, podem condicionar de forma significativa a capacidade de envolvimento ao longo de investigação.

2. Desenho e Método

Para a concretização do projeto de investigação *County Reporters 55+ (CR55+)*, foi constituída uma parceria entre a Universidade de Coimbra e a Cáritas Coimbra, atuando a última como prestadora de serviços com relevância social junto de populações idosas no território de investigação. Esta parceria tinha como objetivo identificar e mobilizar agentes detentores de capital social capazes de promover localmente uma cidadania ativa, sinalizando potenciais cenários de isolamento e marginalização da pessoa idosa. Neste contexto, foi dada particular atenção ao reforço do pilar da *participação*. Para além das barreiras físicas à participação, que frequentemente estão presentes em territórios de baixa densidade, com maior ênfase no acesso à saúde, decorrentes de inadequação de edifícios, da baixa frequência dos transportes e dos horários disponibilizados (Palma; da Costa & da Costa, 2017), interessava também perceber a existência de potenciais barreiras associadas à forma como se observa o

envelhecimento na idade mais avançada e se tratam as pessoas idosas, bem como a existência de barreiras ao envelhecimento no lugar (WHO, 2015).

A metodologia participativa aplicada neste projeto partiu das estratégias e recomendações produzidas por Buffel et al. (2015), na cidade de Manchester, que foram localmente adaptadas às necessidades de um território de baixa densidade.

2.1. Área de estudo, amostragem e procedimentos de investigação

A escolha do concelho de Arganil para a execução do projeto CR55+ resulta de uma avaliação territorial. O concelho está localizado na Região Centro de Portugal, no interior do distrito de Coimbra, e evidencia uma baixa densidade populacional (Figura 1) e um elevado índice de envelhecimento (317,8, INE, 2023), realidade que se agrava nas três freguesias envolvidas na investigação: Pomares, Pombeiro da Beira e São Martinho da Cortiça (Figura 2; Tabela 1).

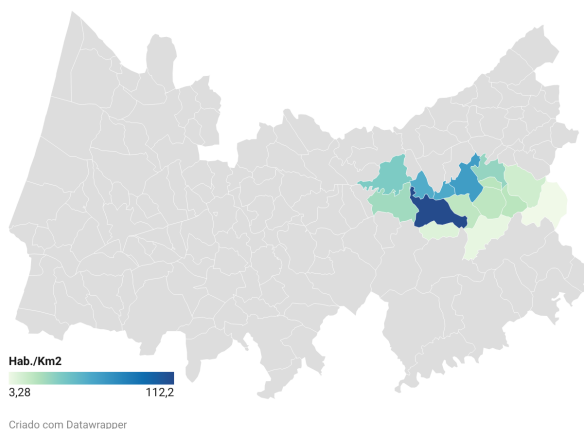


Figura 1. Densidade populacional por freguesia no concelho de Arganil.
Fonte: INE (2021).

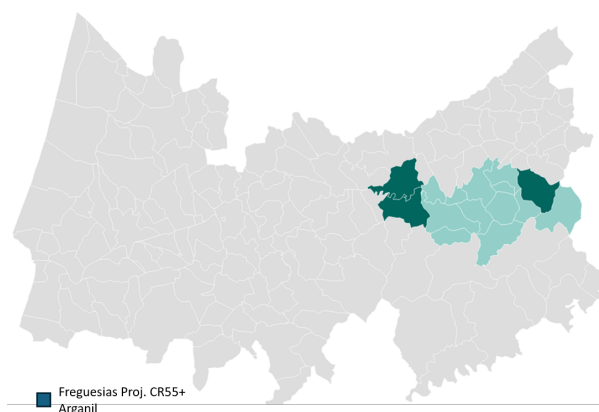


Figura 2. Freguesias associadas ao projeto CR55+.

Tabela 1. Indicadores de envelhecimento

Território	Pop. ≥ 65 anos (%)	Ind. Envelhecimento
Portugal	23,4	192,4
Região Centro	27,0	246,3
Arganil	26,1	316,3
Pomares (Freg.)	43,6	447,6
Pombeiro da Beira (Freg.)	41,1	522,5
São Martinho da Cortiça (Freg.)	31,9	285,0

Fonte: INE (2023).

No que respeita à divulgação do projeto, inicialmente foi produzida uma curta apresentação, com o objetivo de o consórcio de investigação publicitar o projeto localmente, em centros comunitários e junto da rede social, tendo como alvo o recrutamento de participantes (*coresearchers*), com idade compreendida entre os 55 e os 85 anos. A intenção de envolver na amostra sujeitos com idade inferior a 65 anos deriva da necessidade de sensibilizar e qualificar atores, cuja idade é anterior à definição estatístico-administrativa de idoso, mas que, num intervalo de tempo relativamente curto atingirão esta meta. O limite máximo de 85 anos resultou da necessidade de garantir que os *coresearchers* evidenciavam um estado de saúde autoavaliado, que poderia variar entre razoável e muito bom (Tab. 2), disponibilidade de participação, capacidade de mobilidade para participar ativamente nas diversas fases do projeto a dinamizar em diferentes lugares do concelho. A seleção da amostra de *coresearchers*, bem como as fases de desenvolvimento do projeto (Fig. 3), seguiu as recomendações apresentadas por Buffel (2015; 2018), com pequenas adaptações à realidade local, associando um desenho de amostragem intencional, combinando três estratégias para recrutar potenciais coinvestigadores: amostragem de critério, amostragem por critérios, amostragem em bola de neve e variação máxima.

Os *coresearchers* foram recrutados a partir de uma série de redes, desde utilizadores de serviços locais da Cáritas, organizações de voluntariado da igreja local e grupos comunitários de apoio social. Como critério principal, para além do critério etário, era obrigatório residir permanentemente numa das três freguesias identificadas, evidenciar boa capacidade de comunicação e de escuta, assumir o compromisso de participação em ações de formação, investigação e recolha de informação no âmbito do projeto, com duração prevista de 14 meses, compromisso formalizado através do preenchimento de um formulário de consentimento informado e esclarecido assinado por cada um dos coinvestigadores aderentes.

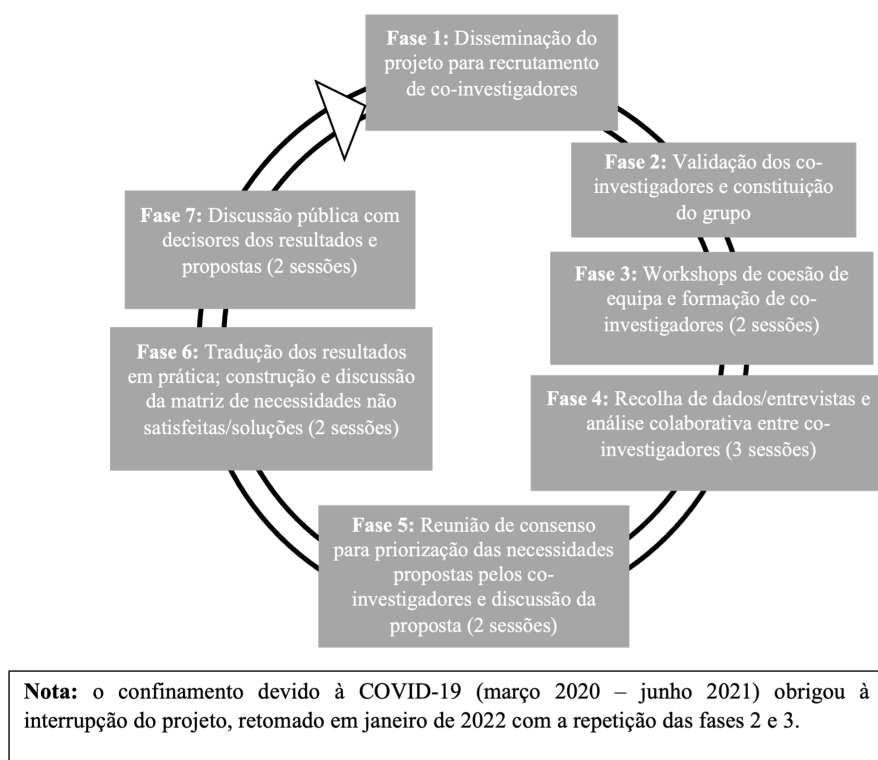


Figura 3. Freguesias associadas ao projeto CR55+.

Após a fase inicial de recrutamento, na qual se alcançou a adesão de 8 participantes, foi perguntado aos *coresearchers* se conheciam outras pessoas que se enquadrassem nos critérios descritos (e.g.: amostragem em bola de neve). Foi também utilizada uma estratégia de amostragem de variação máxima para garantir uma diversidade de coinvestigadores, refletindo a variabilidade social, académica, profissional e de género dos *coreserachers*. O cronograma inicial do projeto previa o seu arranque em fevereiro de 2020, com uma primeira etapa de 4 semanas para divulgação (estadio 1), seguida de uma etapa de validação (estadio 2) e formação dos coinvestigadores no domínio de técnicas de entrevista e escuta ativa (estadio 3).

Devido ao *lockdown* sanitário por causa da pandemia por COVID-19, com início em março de 2020, cuja prorrogação se estendeu em Portugal até ao primeiro semestre de 2021, o arranque do projeto foi recalendarizado para janeiro de 2022, com necessidade de recrutar e validar novos membros, uma vez que, na amostra inicial constituída por 18 elementos, se observou um *dropout* de 5 elementos por degradação da sua mobilidade e condição de saúde ocorrida durante o *lockdown*.

O projeto reiniciou a sua atuação no território em fevereiro de 2022 (estadio 3), com a participação final de 14 coinvestigadores (Tab. 2), com uma idade média de 64,5 anos, com equilíbrio entre sexos (50% masculino; 50% feminino), todos voluntários, tendo o desenho de estudo sido aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra (Ref.: CEDI/FPCEUC:63/1).

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos coinvestigadores

M	65	Casado/União de facto	Secundário	Razoável	Operário (pré-reforma)
M	60	Casado/União de facto	Secundário	Boa	Gestor comercial
M	64	Solteiro	2.º ciclo	Razoável	Pasteleiro
F	66	Casado/União de facto	Secundário	Razoável	Operário qualificado (reformado)
F	64	Casado/União de facto	Secundário	Boa	Reformada
M	71	Casado/União de facto	3.º ciclo	Razoável	Reformado
M	63	Casado/União de facto	1.º ciclo	Razoável	Mecânico
F	60	Casado/União de facto	2.º ciclo	Boa	Desconhecida
F	53	Casado/União de facto	3.º ciclo	Razoável	Doméstica
F	70	Casado/União de facto	4.º ciclo	Razoável	Reformada
F	58	Casado/União de facto	Licenciatura	Razoável	Fotógrafa
F	64	Casado/União de facto	1.º ciclo	Razoável	Doméstica

Todas as sessões correspondentes às Fases 3 a 7 contaram com a presença da totalidade dos coinvestigadores, dos membros da equipa da Universidade de Coimbra (1 geógrafo, 2 médicos e 2 psicólogos), bem como da equipa técnica da Cáritas Coimbra, integrada por 2 técnicos de serviço social, tendo todos desempenhado funções de facilitação. Cada sessão teve uma duração aproximada de quatro horas.

As Fases 4 a 6 foram conduzidas em formato de grupo focal (*focus group*), com recurso a um guião de discussão estruturado, no âmbito do qual foram sinalizados e debatidos problemas e necessidades não satisfeitas, procedendo-se à hierarquização das mesmas mediante votação. Na Fase 6, foram elaboradas propostas de solução para as necessidades previamente identificadas e priorizadas. Relativamente à Fase 7, correspondente à discussão pública com decisores políticos e institucionais, os co-investigadores elegeram, entre si, um porta-voz para cada uma das categorias de problemas identificados, ficando a seu cargo a apresentação e condução da discussão pública.

No decurso da primeira sessão de formação (Fase 3), para além das atividades de desenvolvimento e coesão da equipa (*team building*) envolvendo a totalidade dos coinvestigadores, foi disponibilizado a cada coinvestigador equipamento digital, especificamente um *tablet* com funcionalidades de registo de som e imagem, tendo sido explicado o seu potencial de utilização em contexto de entrevista e de documentação de necessidades, através da produção de registos fotográficos, sonoros ou videográficos.

cos realizados pelos próprios coinvestigadores. Na sessão subsequente, foi ministrada formação em técnicas de entrevista e em procedimentos de confidencialidade, abrangendo especificamente os seguintes domínios: formulação de perguntas, gestão do tempo de resposta do entrevistado, abordagem de temáticas sensíveis, importância do seguimento de pistas emergentes no discurso, e salvaguarda da confidencialidade dos dados recolhidos. Mediante técnicas de *role-play* e *role-taking*, foram igualmente explorados os desafios potenciais a enfrentar em contexto de trabalho de campo, com particular incidência nas objeções e dificuldades antecipadas pelos próprios coinvestigadores. Ambas as sessões contaram com a participação da totalidade dos investigadores e coinvestigadores, tendo a sua dinamização sido assegurada por uma investigadora académica com especialização em psicologia do desenvolvimento na idade adulta.

No que respeita à Fase 5 – Reunião de consenso e priorização de necessidades não satisfeitas, as imagens trazidas por cada coinvestigador foram discutidas e categorizadas em problemas tipo, por consenso, contando com a ajuda dos investigadores académicos para a sua codificação, existindo triangulação entre codificadores, alcançando-se a fiabilidade inter-codificador através do consenso de descritores comuns. No que diz respeito à Fase 6 – Discussão da matriz de necessidades e hierarquização das mesmas, o processo ocorreu mediante votação até à obtenção de consenso maioritário, dispondo cada coinvestigador de um voto.

3. Resultados

Os dados apresentados resultam do trabalho realizado pelos coinvestigadores nos estádios 4 a 6 do projeto. A totalidade dos documentos produzidos e analisados permitiu a construção, por consenso, de 4 categorias de problemas/necessidades não satisfeitas: (i) Saúde: acesso e cuidados; (ii) Gestão e ordenamento da floresta: riscos percebidos; (iii) Habitar o lugar: topofilia; (iv) Capacitação comunitária: inclusão e participação.

Os coinvestigadores elegeram e categorizaram, com igual nível de prioridade, as duas primeiras categorias de problemas: i) Saúde: acesso e cuidados; (ii) Gestão e ordenamento da floresta: riscos percebidos. É sobre esta simultaneidade de prioridades que a discussão de resultados vai incidir, uma vez que, de uma forma clara, os dois principais domínios eleitos foram classificados como ameaça severa ao envelhecimento no lugar, com particular potencial para comprometer a segurança física e mental dos residentes.

Importa desde já sublinhar que esta hierarquização de prioridades é coerente com os dados da literatura. Conforme documentado por Tavares et al. (2019), as assimetrias territoriais no acesso a cuidados de saúde penalizam precisamente as regiões com maior índice de envelhecimento, como é o caso de Arganil. Por seu turno, Tedim et al. (2012) demonstram empiricamente a correlação entre a extensão florestal sem gestão e o risco de incêndio, sendo que Fidalgo (2012) estima que territórios com as características de Arganil – dispersão de povoamento, monoculturas de pinheiro e eucalipto e baixa densidade demográfica – apresentam uma exposição ao risco consideravelmente superior à que os indicadores formais sugerem.

3.1. Saúde: acesso e cuidados

No domínio *Saúde: acesso e cuidados*, os coinvestigadores caracterizaram o cenário local de fraquezas e necessidades não satisfeitas e construíram oportunidades e soluções (Tab. 3). Entre as principais fraquezas identificadas destacam-se: o elevado número de residentes reformados com baixos rendimentos; a rede de transporte público não equitativa; a dificuldade em atrair recursos humanos qualificados no setor da saúde; a baixa literacia em saúde; a elevada prevalência de doenças crónicas; e o isolamento social de alguns idosos.

Entre as necessidades não satisfeitas registam-se: dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários (marcação de consultas, cuidados de saúde e serviços farmacêuticos) com elevados tempos de espera; elevados tempos de deslocação aos serviços de emergência (50-60 minutos); inexistência ou debilidade dos serviços de apoio domiciliário em saúde; impossibilidade de estabelecer comunicações móveis em algumas zonas; e baixo nível de recursos de apoio em saúde mental.

Estes resultados estão em linha com as conclusões de Marques da Costa et al. (2020), que demonstram que os fatores condicionantes da acessibilidade aos cuidados de saúde primários se acentuam na população idosa em virtude do menor rendimento e menor mobilidade. A condição de isolamento residencial, com elevada percentagem de idosos a viverem sozinhos ou apenas com o cônjuge, amplifica esta vulnerabilidade, na medida em que a ausência de suporte familiar limita a capacidade de mobilização para deslocações a serviços de saúde. O modelo dos “cinco A do acesso” de Penchansky & Thomas (1981), conforme já mencionado, permite compreender como as dimensões de acessibilidade física e de custo são as mais penalizantes para a população idosa residente em territórios de baixa densidade com rede de transporte público deficiente.

O conjunto de propostas apresentadas pelos coinvestigadores para mitigar localmente o problema envolve: extensão a todas as freguesias de um sistema de transporte flexível adaptado às necessidades dos idosos, desenvolvimento de serviço de saúde itinerante com apoio domiciliário e diferenciação dos horários dos serviços públicos.

Tabela 3. Quadro conceptual construído pelos coinvestigadores para o domínio: *Saúde, acesso e cuidados*

Contexto socioterritorial	Fraquezas
Reduzido número de habitantes e povoamento disperso; Elevada percentagem de residentes idosos, com 65 ou mais anos; Desinvestimento progressivo nos serviços públicos, particularmente nos serviços de saúde.	Elevado número de reformados com baixos rendimentos; Oferta não equitativa de transportes públicos; Dificuldade em atrair recursos humanos qualificados no setor da saúde; Baixa literacia em saúde; Elevada prevalência de doenças crónicas e complicações de saúde; Exposição a incêndios florestais com risco para a vida; Isolamento social de alguns idosos; Possível existência de stress pós-traumático numa grande parte da população devido à exposição a incêndios florestais.
Necessidades não satisfeitas	Oportunidades e propostas
Dificuldade no acesso aos cuidados de saúde primários, incluindo marcação de consultas, cuidados de saúde e serviços farmacêuticos, com elevados tempos de espera; Algumas freguesias apresentam elevados tempos de deslocação para aceder aos serviços de urgência, entre 50 e 60 minutos; Serviços de saúde domiciliários inexistentes ou muito reduzidos; Impossibilidade de estabelecer comunicações móveis em algumas zonas do território; Baixo nível de recursos para apoio em saúde mental.	Alargar a todas as freguesias um sistema de transporte flexível adaptado às necessidades dos idosos; Desenvolver um serviço de saúde itinerante com apoio domiciliário baseado em boas práticas de vizinhança; Implementar discriminação positiva para atração local ou regional de recursos humanos na área da saúde; Criar horários diferenciados de serviços públicos adaptados às necessidades dos residentes; Ouvir os representantes da população idosa na conceção dos serviços.

Este leque de soluções construídas é convergente com as recomendações de Poulin, Skinner & Hanlon (2020), que sublinham a importância de desenhar serviços localmente adaptados às necessidades desta população, eliminando as barreiras geográficas através de serviços móveis de saúde, serviços de tele saúde e programas de assistência ao transporte. Freitas & da Costa (2021) corroboram esta perspectiva, demonstrando que em territórios de baixa densidade com elevada dispersão de povoamento a acessibilidade aos cuidados de saúde primários só é genericamente

adequada quando existe possibilidade de utilização de automóvel próprio, fator que amplia as desigualdades de acesso em função do rendimento e da condição funcional.

3.2. Gestão e Ordenamento da Floresta

No domínio *Gestão e ordenamento da floresta*, os coinvestigadores identificaram as seguintes fraquezas: fraco investimento na gestão da propriedade florestal; deficiente limpeza de terrenos florestais; aumento sazonal da população, incrementando o risco de incêndio; elevado número de incêndios com danos na economia, no ambiente e na saúde humana; e meios insuficientes de prevenção de incêndios.

Tabela 4. Quadro conceptual construído pelos coinvestigadores para o domínio: *gestão e ordenamento da floresta*

Contexto socioterritorial	Fraquezas
A economia do concelho é altamente dependente da exploração florestal, madeira e derivados; Elevada percentagem do uso do solo afeto à agricultura e à exploração florestal; Área florestal maioritariamente propriedade de particulares e empresas; Orografia montanhosa; População dispersa com elevado número de lugares com menos de 20 habitantes.	Fraco investimento na gestão da propriedade florestal, pública e privada; Deficiente limpeza dos terrenos florestais, facilitando a propagação de incêndios; Aumento sazonal da população no verão, aumentando o risco de incêndios florestais; Elevado número de incêndios causadores de danos na economia, no ambiente e na saúde humana; Meios insuficientes para a prevenção de incêndios.
Necessidades não satisfeitas	Oportunidades e propostas
Fraca aplicação dos instrumentos legais na gestão e ordenamento florestal; Baixo investimento na manutenção de estradas e aceiros; Fraca aplicação de medidas de mitigação de incêndios adaptadas à realidade local; Rede de comunicações móveis deficiente; Estratégias de mitigação de incêndios florestais subfinanciadas.	Expansão da rede de voluntários para a defesa da floresta, através da adoção de boas práticas de vizinhança; Gestão local de recursos técnicos e financeiros para a gestão florestal; Adaptação das estratégias de mitigação de incêndios às alterações climáticas; Formação eficaz de equipas de vigilância florestal, incluindo voluntários idosos.

Entre as necessidades não satisfeitas, os coinvestigadores identificaram: fraca aplicação dos instrumentos legais de gestão e planeamento florestal; baixo investimento na manutenção de estradas e aceiros; debilidade das medidas de mitigação de incêndios adaptadas à realidade local; deficiente rede de comunicação móvel; e estratégias de mitigação de incêndios florestais subfinanciadas.

Estes resultados são consistentes com a análise de Tedim et al. (2012), que verificaram uma correlação positiva entre a área florestal sem gestão e a extensão dos incêndios, bem como uma correlação negativa entre a presença efetiva de residentes e o número e densidade de incêndios. O abandono das práticas agrícolas e silvo-pastoris, diretamente associado ao êxodo rural e ao envelhecimento da população

e à alteração da estrutura económica local, potencia a expansão descontrolada do mato sobre antigas áreas cultivadas, eliminando as discontinuidades que funcionavam como barreiras naturais à propagação do fogo (Fidalgo, 2012).

A associação entre a ocorrência de incêndios florestais e danos graves em saúde, sobretudo ao nível da saúde mental, foi documentada por Bryant et al. (2014) a propósito dos incêndios *Black Saturday* na Austrália. Em Portugal, Pereira et al. (2021) rastrearam, após os incêndios de 2017, os mesmos referenciados e enfatizados por todos os coinvestigadores, 1828 jovens expostos a eventos traumáticos associados a incêndios, verificando que 4,6% evidenciavam perturbação de stress pós-traumático (PTSP). Heid et al. (2017) demonstram que adultos mais velhos expostos a desastres naturais particularmente violentos são igualmente suscetíveis de evidenciar sinais compatíveis com PTSP, variando a severidade na relação inversa dos níveis de coesão social existentes na comunidade. Neste contexto, ainda que sem recurso a qualquer instrumento diagnóstico, registámos a declaração de um coinvestigador que ilustra um cenário de possível perturbação de ansiedade que perdura no tempo:

Assim que chega o tempo quente é um desassossego. Não consigo dormir tranquilo... acordo várias vezes por noite e, junto da janela, procuro qualquer sinal de fogo ou de fumo. Ficámos como uma angústia indescritível até hoje! Ainda somos capazes de sentir o cheiro do fumo e os gritos de terror que ouvimos naquele dia.

Coinvestigador 009M

3.3. Habitar o lugar: topofilia

Na categoria *Habitar o lugar: topofilia*, os coinvestigadores refletiram sobre o nível de filiação que mantêm com o lugar onde residem e identificaram constrangimentos que têm tornado essa permanência progressivamente mais difícil. Entre as fraquezas identificam-se: isolamento noturno de pessoas que vivem sozinhas; má cobertura das redes de comunicação móvel; fraco apoio domiciliário para residentes com mobilidade reduzida; e forte perceção de insegurança sazonal, devida ao elevado risco de incêndios florestais.

O enfraquecimento das redes de solidariedade e de vizinhança torna as comunidades menos resilientes amplifica o risco de exclusão e compromete o direito de pertencer ao lugar. Buffel & Phillipson (2019, p. 989), citando May (2018), destacam que o sentido de pertença implica ser aceite por outros como parte integrante de uma comunidade ou sociedade, o que só é possível se o mundo permitir que essa conexão aconteça.

Tabela 5. Quadro conceptual construído pelos coinvestigadores para o domínio: *gestão e ordenamento da floresta*

Contexto socioterritorial	Fraquezas
A economia do concelho é altamente dependente da exploração florestal, madeira e derivados; Elevada percentagem do uso do solo afeto à agricultura e à exploração florestal; Área florestal maioritariamente propriedade de particulares e empresas; Orografia montanhosa; População dispersa com elevado número de lugares com menos de 20 habitantes.	Fraco investimento na gestão da propriedade florestal, pública e privada; Deficiente limpeza dos terrenos florestais, facilitando a propagação de incêndios; Aumento sazonal da população no verão, aumentando o risco de incêndios florestais; Elevado número de incêndios causadores de danos na economia, no ambiente e na saúde humana; Meios insuficientes para a prevenção de incêndios.
Necessidades não satisfeitas	Oportunidades e propostas
Fraca aplicação dos instrumentos legais na gestão e ordenamento florestal; Baixo investimento na manutenção de estradas e aceiros; Fraca aplicação de medidas de mitigação de incêndios adaptadas à realidade local; Rede de comunicações móveis deficiente; Estratégias de mitigação de incêndios florestais subfinanciadas.	Expansão da rede de voluntários para a defesa da floresta, através da adoção de boas práticas de vizinhança; Gestão local de recursos técnicos e financeiros para a gestão florestal; Adaptação das estratégias de mitigação de incêndios às alterações climáticas; Formação eficaz de equipas de vigilância florestal, incluindo voluntários idosos.

3.4. Capacitação comunitária: inclusão e participação

Colocado no terceiro nível de prioridade, muito associado à crise sanitária por COVID-19, os coinvestigadores identificaram no domínio *Capacitação comunitária: inclusão e participação*, que, após quase 18 meses de confinamento compulsivo, os níveis de empoderamento individual e comunitário, participação social e disponibilidade para atividades comunitárias ficaram fortemente comprometidos. O associativismo, as práticas religiosas e as celebrações da cultura local evidenciam baixos níveis de participação, dificultando a recuperação da dinâmica anterior à pandemia.

Tabela 6. Quadro conceptual construído pelos coinvestigadores para o domínio: *Capacitação comunitária, inclusão e participação*

Contexto socioterritorial	Fraquezas
Movimento de retorno populacional associado à reforma; Níveis satisfatórios de coesão social, associados à existência de grupos de voluntariado comunitário secular e religioso; Existência de comissões de melhoramentos locais, CML, que promovem eventos culturais, religiosos e desportivos.	Longos períodos de confinamento devido à Covid-19; Declínio da cultura associativa devido ao envelhecimento e ao despovoamento; Perda demográfica; Diminuição dos cultos religiosos em parte do território.
Necessidades não satisfeitas	Oportunidades e propostas
Ausência de políticas públicas orientadas para a atração de jovens; Encerramento de serviços públicos que desqualificam o território; Percurso não sinalizados, dificultando o pedestrianismo e atividades ao ar livre; Dificuldade em reorganizar os serviços públicos devido à pandemia de Covid-19; Práticas rigorosas de apoio ao realojamento após catástrofes que impedem a reconstrução em locais mais seguros.	Desenvolvimento de estratégias de marketing territorial com o apoio de especialistas; Possibilitar a participação da população idosa nas questões relacionadas com o realojamento e a reabilitação habitacional; Replicação de grupos de voluntariado comunitário, como clubes de leitura e recolha de memórias e tradições; Dinamização de percursos pedestres e divulgação do potencial turístico; Apoio a uma rede de transportes públicos flexível e acessível, alargada à vertente cultural; Aumento das práticas de intercâmbio cultural entre municípios.

4. Discussão

4.1. Acesso a cuidados de saúde como fator crítico para envelhecer no lugar

As necessidades e fraquezas identificadas no domínio *Saúde: acesso e cuidado* têm elevado nível de impacto no que respeita à prevenção em saúde e gestão da doença crónica, condicionando a expectativa de envelhecer no lugar. Bamba, Smith & Pearce (2019, p. 36) reconhecem que a saúde ao nível do lugar é determinada pela natureza do próprio lugar em termos do ambiente económico, social e físico, existindo efeitos diretos (poluição, tráfego) e indiretos (acesso a serviços, qualidade da vizinhança). Ferreira & Marques da Costa (2021) observaram que a população idosa com baixa instrução e residente em zonas de baixa densidade populacional

apresenta menores índices de acessibilidade a cuidados de saúde, numa situação duplamente desvantajosa. Tavares et al. (2019) demonstram de igual modo que as assimetrias territoriais no acesso a cuidados de saúde primários, embora ténues a nível nacional, penalizam precisamente as regiões com maior índice de envelhecimento, como é o caso do interior da Região Centro, onde se localiza Arganil.

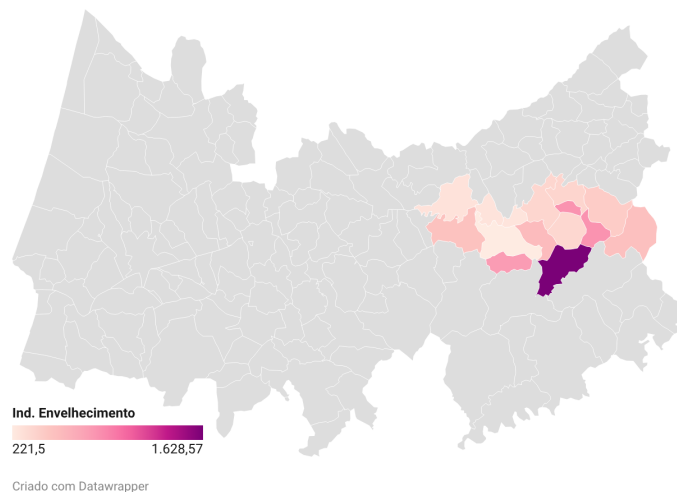


Figura 4. Índice de Envelhecimento por freguesias no concelho de Arganil.
Fonte: INE (2021).

No caso das três freguesias do concelho de Arganil, a gravidade da situação é acrescida porque alguns serviços de saúde, apesar de terem infraestruturas físicas adequadas, foram encerrados ou apenas funcionam de modo parcial alguns dias por mês, por escassez de técnicos qualificados que não são atraídos para o território, ou não são substituídos em caso de reforma, contribuindo para a desqualificação territorial e para o potencial de despovoamento. Tal como sugere Slater (2013), é necessário pensar o lugar também em termos de oportunidades de vida, compreendendo porque é que os indivíduos vivem onde vivem e porque é que esse lugar tem as características que tem.

A avaliação feita pelos coinvestigadores é consistente com a literatura: a crescente dificuldade de acesso aos cuidados de saúde primários resulta da conjugação de desinvestimento público continuado, rede de transportes inadequada, aumento das necessidades em saúde associadas ao envelhecimento e à ocorrência de eventos traumáticos (incêndios florestais), e diminuição progressiva do poder económico da população reformada. Esta multi-causalidade exige respostas igualmente integradas e não soluções sectoriais avulsas.

4.2. Gestão e ordenamento da floresta como fator crítico para envelhecer no lugar

A associação, enfatizada pelos coinvestigadores, entre as condições de saúde e o domínio da *Gestão e ordenamento da floresta*, é teoricamente fundamentada. Como

argumenta Fidalgo (2012), o abandono das práticas agrícolas e silvo-pastoris, diretamente associado ao êxodo rural e ao envelhecimento, cria novas áreas de interface urbano-florestal onde anteriormente existiam campos agrícolas, eliminando as descontinuidades naturais de contenção do fogo. O autor estima que cerca de 20% do território de concelhos com características semelhantes às de Arganil pode ser classificado como área de interface urbano-florestal, o que representa uma exposição ao risco consideravelmente superior à que os indicadores formais de “tecido urbano” sugerem.

Tedim et al. (2012) fornecem evidência quantitativa desta dinâmica: a correlação negativa entre o índice de envelhecimento e a densidade de incêndios florestais, combinada com a correlação positiva entre envelhecimento e área ardida, sugere que populações mais envelhecidas, com menor capacidade de gestão dos combustíveis florestais, estão associadas a incêndios de maior dimensão. Esta distinção entre frequência e extensão dos incêndios é relevante para a compreensão do risco real a que a população idosa está exposta.

A melhoria na prestação de cuidados de saúde primários a nível local é, como sublinharam os coinvestigadores, interdependente da implementação de políticas territoriais de discriminação positiva. A implementação eficaz destas políticas alavancaria condições promotoras de uma melhor qualidade de vida, incluindo atração de investimento, fixação de emprego e recursos humanos qualificados, reorganização de serviços públicos essenciais, e adequada gestão e ordenamento da floresta. Da Costa, Fumega & Louro (2013, p. 279) perspetivam esta integração:

A qualidade de vida é o objetivo central das comunidades sustentáveis, que devem procurar uma melhor qualidade de vida para todos os seus residentes, mantendo a capacidade de funcionamento da natureza ao longo do tempo, minimizando os resíduos, prevenindo a poluição, promovendo a eficiência e desenvolvendo os recursos locais para revitalizar a economia local

Fidalgo (2012) propõe que a mitigação do risco de incêndio exige uma abordagem integrada que articule medidas estruturais, como a criação de faixas de proteção em torno das habitações, a silvicultura preventiva e o ordenamento florestal com redução das monoculturas de espécies de elevada combustibilidade, articuladas com medidas não estruturais centradas na sensibilização e na capacitação das comunidades locais. Este argumento reforça a ideia de que o ordenamento da floresta não é apenas uma questão técnica, mas também uma condição social para a permanência segura dos idosos nos seus territórios.

4.3. A Interdependência de dois fatores críticos para envelhecer no lugar

Em conjunto, os dois fatores críticos hierarquizados como prioritários pelos co-investigadores – acesso a cuidados de saúde e ordenamento da floresta –, não são independentes entre si, mas são facetas complementares de uma mesma fragilidade estrutural presente em territórios de baixa densidade: a incapacidade crescente de

reter população ativa apta para gerir o território e de aceder a serviços essenciais. O envelhecimento em contexto de isolamento geográfico configura uma condição de vulnerabilidade composta, em que a ausência de qualquer um destes fatores é suficiente para comprometer a viabilidade do *aging in place* como opção real e digna.

Do ponto de vista normativo, do Carmo (2016) sublinha que a Constituição da República Portuguesa impõe ao Estado a incumbência de promover coesão económica e social de todo o território nacional (artigo 81.º, alínea d) e de assegurar um correto ordenamento do território (artigo 9.º, alínea e), articulando esta coesão com a promoção do bem-estar, a efetivação dos direitos sociais e a promoção de ordenamento agrário e desenvolvimento florestal de acordo com condicionalismos ecológicos e sociais (artigo 93.º). A persistência destes dois fatores críticos como obstáculos ao *aging in place* em territórios de baixa densidade reflete, em larga medida, o défice de concretização prática de um quadro constitucional que, em teoria, os obrigaria a ser resolvidos.

Paralelamente, Araújo (2014) sublinha que o grande objetivo do planeamento e do ordenamento do território, independentemente da escala de intervenção, é contribuir para a coesão territorial numa perspetiva multiescalar. O eixo da *conexão territorial*, que implica a capacidade de correção das desigualdades de acesso a serviços essenciais, e o eixo da *cooperação*, que convoca a gestão partilhada de riscos que transcendem fronteiras administrativas, como os incêndios florestais, são as dimensões da coesão territorial diretamente implicadas nos dois fatores críticos identificados. A falta de democratização do debate e a prevalência de lógicas sectoriais continuam a condicionar a incorporação efetiva destes princípios nas políticas de ordenamento do território a nível local e regional, agravando o contexto de envelhecimento e despovoamento territorial.

No que respeita ao desenvolvimento da *Fase 7 – Discussão pública com decisores*, demonstrou-se que também nestes territórios é possível corrigir ou atenuar desequilíbrios de poder (James & Buffel, 2022), ampliando a voz dos residentes e qualificando-os como protagonistas da mudança. A entrega formal de um documento de reflexão, junto de gestores municipais e do poder desconcentrado do Estado, contendo áreas prioritárias de ação local e um conjunto de propostas discutidas, constituiu o marco mais significativo do projeto, contribuindo para um desejado (re)equilíbrio de poder entre atores, ampliando as possibilidades de uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa no lugar.

5. Conclusão

O projeto *County Reporters 55+ (CR55+)* demonstrou, de forma consistente, que a metodologia de coinvestigação constitui uma abordagem metodológica válida, eticamente fundamentada e empiricamente produtiva para envolver ativamente populações idosas residentes em territórios de baixa densidade na identificação de necessidades não satisfeitas e na construção participada de propostas de intervenção local. Ao longo do processo, os coinvestigadores não se limitaram a avocar o papel de informantes passivos, antes assumiram, progressivamente, o estatuto de agentes ativos de produção de conhecimento, ampliando as suas competências no domínio

da *self-advocacy*, questionando, de forma direta ou indireta, os processos de decisão e o modo como os serviços locais se organizam para dar resposta às necessidades das populações que servem.

Os dois domínios hierarquizados como prioritários pelos coinvestigadores – o acesso a cuidados de saúde e o ordenamento da floresta –, não constituem achados isolados ou idiossincráticos deste projeto. Pelo contrário, são consistentes com a literatura nacional e internacional sobre as condições estruturais do envelhecimento no lugar (*aging in place*) em territórios de baixa densidade (Tavares et al., 2019; Tedim et al., 2012; Fidalgo, 2012; Marques da Costa et al., 2020; Poulin, Skinner & Hanlon, 2020), e encontram fundamento normativo explícito no quadro constitucional português (do Carmo, 2016) e nos princípios europeus de coesão territorial (Araújo, 2014). Esta convergência entre os resultados empiricamente obtidos e o corpus teórico e normativo de referência confere robustez metodológica às conclusões do estudo e reforça a pertinência política das propostas construídas pelos próprios coinvestigadores, evidenciando que o conhecimento produzido a partir da experiência vivida possui uma validade que complementa e enriquece o conhecimento académico convencional.

O processo revelou, adicionalmente, um conjunto de condições facilitadoras, cuja consideração se afigura indispensável para a replicabilidade deste tipo de projeto. A presença de um parceiro local com capital social consolidado e reconhecimento comunitário, no caso presente, a Cáritas Coimbra, revelou-se determinante para o estabelecimento de relações de confiança com os coinvestigadores e para a mobilização da rede social local. A neutralidade da equipa académica face à hierarquização das necessidades identificadas, bem como o respeito pelos códigos sociais e pelos ritmos de vida das comunidades envolvidas, constituíram igualmente condições *sine qua non* para a legitimidade e a sustentabilidade do processo.

Do ponto de vista da transferibilidade, o modelo implementado demonstra que a coinvestigação com populações idosas em territórios de baixa densidade populacional é exequível com recursos financeiros modestos, desde que as autarquias e os agentes locais estejam disponíveis para abandonar os modelos tradicionais de participação, assentes na mera consulta pública administrativa de natureza formal, e para investir em processos de mediação e escuta ativa genuinamente inclusivos e não judicativos. A institucionalização deste tipo de abordagem participativa poderia constituir um contributo relevante para a territorialização das políticas de envelhecimento ativo em Portugal, promovendo simultaneamente a coesão social, o empoderamento das comunidades e a qualidade de vida das populações idosas que escolhem envelhecer no lugar.

Limitações do estudo

A presente investigação apresenta algumas limitações que importa reconhecer. A dimensão da amostra de coinvestigadores, composta por 14 participantes, ficou condicionada pelas características estruturais do território, nomeadamente a baixa densidade populacional e o elevado envelhecimento demográfico, bem como pelos constrangimentos operacionais impostos pelo contexto pós-COVID-19, que limita-

ram o recrutamento e a participação presencial. Embora a abordagem de coinvestigação e a utilização de grupos focais constituam metodologias reconhecidas pela sua capacidade de aprofundamento qualitativo, a baixa dimensão amostral não permite assegurar a saturação temática dos dados recolhidos, nem a representatividade estatística ou a transferibilidade direta dos resultados para outros contextos territoriais com características semelhantes. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados, sem que, contudo, comprometam a validade do processo participativo desenvolvido nem o valor heurístico das perspetivas e propostas emergentes.

Agradecimentos

Os investigadores académicos gostariam de agradecer a todos os coinvestigadores pela sua participação neste projeto. Gostariam também de agradecer aos membros da equipa da Cáritas Coimbra, bem como aos presidentes das juntas de freguesia, por disponibilizarem as instalações onde decorreram as diferentes fases do projeto CR55+.

Financiamento

Os autores declaram ter recebido o seguinte apoio financeiro para a investigação, autoria e/ou publicação deste artigo: Este trabalho foi financiado pela bolsa de investigação BPI-Rural: RP19-00058 [BPI-D-85437185]; *CHAngeing – Connected Hubs in Ageing: Healthy Living to Protect Cerebrovascular Function*, financiado pelo programa Horizonte Europa da União Europeia (Excellence Hubs HORIZON-WIDERA-2022-ACCESS-04-01) ao abrigo do acordo de subvenção n.º 101087071, e por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto [UIDB/04084/2025].

Declaração Ética

O estudo foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsínquia e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal (Ref.: CEDI/FPCEUC:63/1).

Bibliografia

- Araújo, J. D. S. (2014). *O conceito de coesão territorial e a sua relevância para o planeamento e ordenamento do território: Os casos da Estónia e Portugal* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa [Repositório da FCSH].
- Baldwin, J. N., Napier, S., Neville, S., & Wright-St Clair, V. A. (2018). Impacts of older people's patient and public involvement in health and social care research: A systematic review. *Age and Ageing*, 47(6), 801–809. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy092>
- Bambra, C., Smith, K. E., & Pearce, J. (2019). Scaling up: The politics of health and place. *Social Science & Medicine*, 232, 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.036>

- Blair, T., & Minkler, M. (2009). Participatory action research with older adults: Key principles in practice. *The Gerontologist*, 49(5), 651–662. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp049>
- Bryant, R. A., Waters, E., Gibbs, L., Gallagher, H. C., Pattison, P., Lusher, D., MacDougall, C., Harms, L., Block, K., Snowdon, E., Sinnott, V., Ireton, G., Richardson, J., & Forbes, D. (2014). Psychological outcomes following the Victorian Black Saturday bushfires. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 634–643. <https://doi.org/10.1177/0004867414534476>
- Buffel, T. (2019). Older coresearchers exploring age-friendly communities: An “insider” perspective on the benefits and challenges of peer-research. *The Gerontologist*, 59(3), 538–548. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx196>
- Buffel, T. (2015). *Researching age-friendly communities: Stories from older people as co-investigators*. The University of Manchester Library.
- Buffel, T. (2018). Social research and co-production with older people: Developing age-friendly communities. *Journal of Aging Studies*, 44, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2018.01.012>
- Buffel, T., Skyrme, J., & Phillipson, C. (2017). Connecting research with social responsibility: Developing “age-friendly” communities in Manchester, UK. Em D. Shek & R. Hollister (Ed.), *University social responsibility and quality of life* (pp. 235–252). Springer.
- Chen, K., Cheung, J. C. T., Wang, J. J., & Lou, V. W. Q. (2020). Older people as peer researchers in ageing research: Nuisance or necessity? Em T. Buffel, S. Handler & C. Phillipson (Ed.), *Researching ageing* (pp. 265–273). Routledge.
- Costa, E. M. d., Costa, N. M. d., Louro, A., & Barata, M. (2020). “Geographies” of primary healthcare access for older adults in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal. *Saúde e Sociedade*, 29(2), e200108. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200108>
- Costa-Font, J., & Vilaplana-Prieto, C. (2022). Housing satisfaction, housing conditions, and ageing in place. *Housing Studies*, 37(8), 1435–1451. <https://doi.org/10.1080/02673037.2020.1867833>
- Da Costa, E. M., Fumega, J., & Louro, A. (2013). Defining sustainable communities: Development of a toolkit for policy orientation. *Journal of Urban Regeneration and Renewal*, 6(3), 278–292.
- Direção-Geral da Saúde & Ministério da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável: 2017–2025 (ENEAS)*. DGS.
- Do Carmo, F. (2016). Princípios constitucionais do ordenamento do território. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (número especial), 99–121. <https://doi.org/10.7458/SPP2016NE10352>
- Eurostat. (2025). Healthy life years statistics. *European Commission*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat. (2023). Population structure and ageing. *European Commission*. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Fernandes, J. L. J. (2008). Implantação de projectos de desenvolvimento, desterritorialização e vulnerabilidade das populações: O caso da construção de barragens [CD-ROM. ISBN 978-84-691-1018-8]. *Cuarto Encuentro Internacional sobre Pobreza, Convergencia y Desarrollo*.
- Ferreira, R., Marques da Costa, N., & Marques da Costa, E. (2021). Accessibility to urgent and emergency care services in low-density territories: The case of Baixo Alentejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 1), 2483–2496. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.07242019>
-

- Fidalgo, E. S. (2012). Territórios em mudança e os incêndios na interface urbano-florestal: Estudo de caso em Baião. *Cadernos de Geografia*, 30/31, 87–98.
- Flemig, S., & Osborne, S. (2019). The dynamics of co-production in the context of social care personalisation. *Journal of Social Policy*, 48(4), 671–697. <https://doi.org/10.1017/S0047279418000582>
- Fonseca, A. M. (2018). *Boas práticas de ageing in place: Guia de boas práticas em Portugal*. Universidade Católica Portuguesa & Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. M. (2020). *Envelhecer em Portugal*. Pactor.
- Freitas, C., & da Costa, N. M. (2021). Accessibility to primary health care in low-density regions: A case study — NUTS III Baixo Alentejo, Portugal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26, 2497–2506. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.16032019>
- Fudge, N., Wolfe, C. D. A., & McKevitt, C. (2007). Involving older people in health research. *Age and Ageing*, 36(5), 492–500. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm029>
- Gondim, G. M. M., Monken, M., Iñiguez Rojas, L., Barcellos, C., Peiter, P., Navarro, M., & Gracie, R. (n.d.). O território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. *Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz*.
- Gutman, C., Hantman, S., Ben-Oz, M., Criden, W., Anghel, R., & Ramon, S. (2014). Involving older adults as coresearchers in social work education. *Educational Gerontology*, 40(3), 186–197. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.802185>
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Bertrand Brasil.
- Hayes, K., Blashki, G., Wiseman, J., Burke, S., & Reifels, L. (2018). Climate change and mental health: Risks, impacts and priority actions. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0210-6>
- Heid, A. R., Pruchno, R., Cartwright, F. P., & Wilson-Genderson, M. (2017). Exposure to Hurricane Sandy, neighborhood collective efficacy, and post-traumatic stress symptoms in older adults. *Ageing & Mental Health*, 21(7), 742–750. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1154016>
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2018). *Social psychology* (8ª ed.). Pearson Education.
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21–33.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025a). *Estimativas provisórias de população residente — Portugal, 2024*. INE. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Indicadores sociais 2021*. INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025b). *Projeções de população residente em Portugal — 2025–2100*. INE. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2026, maio). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2023–2025* (Destaque — Informação à Comunicação Social) (ISSN 2184-4534). INE. <https://www.ine.pt>
- James, A., & Buffel, T. (2022). Co-research with older people: A systematic literature review. *Ageing & Society*, 43(8), 1799–1825. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001604>
- Littlechild, R., Tanner, D., & Hall, K. (2015). Co-research with older people: Challenges and opportunities. *Qualitative Social Work*, 14(2), 150–166. <https://doi.org/10.1177/1473325014556987>
- Marques da Costa, E., Marques da Costa, N., Louro, A., & Barata, M. (2020). “Geografias” do acesso dos idosos aos cuidados de saúde primários na Área Metropolitana
-

- de Lisboa, Portugal — um território de diferenças. *Saúde e Sociedade*, 29(2), e200108. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200108>
- Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2020). Envelhecimento demográfico em Portugal: Desafios e oportunidades. Em A. Mota-Pinto (Ed.), *Envelhecimento na sociedade contemporânea* (pp. 15–42). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Osborn, M. (1985). A note on the participation of older people in research. *Ageing & Society*, 5(3), 345–347. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00013763>
- Palma, P., da Costa, E. M., & da Costa, N. M. (2017). Disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde em territórios de baixa densidade. Em B. Soares et al. (Ed.), *Construindo cidades saudáveis: Utopias e práticas* (pp. 453–487). Assis Editora.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Pereira, S., Figueiredo, C., Marques, M., Lopes, A., Pita, A., & Mota-Pinto, A. (2021). Impacto dos incêndios florestais de 2017 na saúde mental de crianças e adolescentes. *Acta Médica Portuguesa*, 34(3), 189–196. <https://doi.org/10.20344/amp.13515>
- Pisco, L. (2011). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 1189–1200. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>
- Poulin, C., Skinner, M., & Hanlon, N. (2020). *Rural health services: A guide to delivering services in small communities*. University of Toronto Press.
- Pruchno, R. (2015). Successful aging: Contentious past, productive future. *The Gerontologist*, 55(1), 1–4. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu158>
- Slater, T. (2013). Your life chances affect where you live: A critique of the “cottage industry” of neighbourhood effects research. *Health & Place*, 29, 166–173. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.09.004>
- Tavares, J., Gonçalves, L. J., & Santinha, G. (2019). Análise espacial da oferta de cuidados de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 54, 31–41.
- Tedim, F., Barros, I., Campos, P., & Carvalho, S. (2012). A relevância das variáveis demográficas na explicação dos incêndios florestais. Em F. Tedim & V. Miranda (Ed.), *A dimensão social dos incêndios florestais* (pp. 129–164). Universidade Fernando Pessoa.
- Verma, I., & Taegen, J. (2021). *Age-friendly environments in Europe: A handbook of domains for policy action*. WHO Regional Office for Europe.
- Villaverde Cabral, M., Ferreira, P. M., Silva, P. A. d., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Walker, A. (2007). Why involve older people in research? *Age and Ageing*, 36(5), 481–483. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm100>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press.
- Zuniga, S., Buffel, T., & Arrieta, A. (2021). Co-production and co-creation in aging research. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1851141>
-