

Estratégias para um Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento

Maria Eduarda Portela dos Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida

Orientadora:

Professora Doutora Sofia Marisa Alves Bergano

Bragança

Setembro, 2020



Estratégias para um Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento

Maria Eduarda Portela dos Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do
Grau de Mestre em Educação Social - Educação e Intervenção ao Longo da Vida

Orientadora:

Professora Doutora Sofia Marisa Alves Bergano

Bragança

Setembro, 2020

"- Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante. (...)
Ficas responsável para todo o sempre por aquilo que cativaste. Tu és responsável pela
tua rosa..." (Saint-Exupéry, 2018, p.74)

Dedicatória

Ao meu filho, com todo o amor de mãe

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Sofia Bergano, exprimo a minha gratidão pela sua valiosa contribuição na partilha do seu saber, empenho e apoio, o que permitiu a concretização desta difícil tarefa. Muito obrigada!

À coordenadora do Mestrado Professora Doutora Maria do Nascimento Mateus, muito obrigada pelo bom acolhimento, coordenação, experiência, distinção e sabedoria. Excelente profissional, de relações humanas exemplares, notável o conforto que transmite aos alunos, com o seu lado amigo, permite-lhes sentirem-se motivados para terminarem o seu percurso académico, com sucesso, na Escola Superior de Educação (ESE). No meu regresso às origens, depois de 30 anos de vida ativa, em Lisboa e Porto, recusei-me a parar no tempo. Precisava de algo mais que a vida quotidiana na minha terra me oferecia. Procurei a ESE com o intuito de abraçar uma nova etapa do meu ciclo de vida. Agradeço o acolhimento da Coordenadora do Mestrado, que desde início me fez sentir bem e atrevo-me a dizer “em casa”. Muito obrigada Professora Doutora Maria do Nascimento pela sua presença, empatia, disponibilidade, motivação e compreensão, pois sempre que a procurei me ofereceu o ânimo que precisava.

Agradeço à excelente organização da ESE e a todos os docentes que me lecionaram no 1.º ano do meu mestrado.

Gratidão especial às colegas do meu grupo de trabalho, assim como a todos (as) colegas em geral, pelo companheirismo, interajuda e pelo fato de me fazerem sentir dentro da mesma faixa etária. Vivi alegrias, partilhas, convívios e até as travessuras da idade e da vida académica! Com este alicerce foi mais fácil a concretização desta tarefa.

Agradeço o apoio manifestado por todos os meus familiares, de forma especial ao meu cunhado, sobrinha e irmã, que na qualidade de irmã mais velha sempre me protegeu, mimou e ensinou, oferecendo-me sempre o seu ombro protetor e carinhoso.

Aos meus pais agradeço os valores que me transmitiram e serviram de alicerce para enfrentar a vida com garra e resiliência.

Agradeço, de forma muito especial ao meu marido pelo apoio e compreensão pela minha indisponibilidade de não poder estar mais presente nas labutas do dia-a-dia e pelo seu companheirismo.

Agradeço à Lady Heidi e à Eva Joaquina, as minhas assíduas companhias ternurentas que me inspiravam durante os serões em que o silêncio da noite me permitia maior concentração.

Não poderia deixar de referir o meu profundo agradecimento ao primo Ernesto Albino Vaz, que um dia no adro da igreja, no decurso de uma conversa casual me disse *“Ainda és muito nova, eu também me reformei novo, como sabes, ainda me licenciiei e dei aulas durante 9 anos e continuo nas minhas pesquisas. Tu licenciada tens de ir fazer o mestrado, ali no IPB, não fiques por aqui na aldeia, ainda tens muito para dar! Força e ânimo, pensa nisso”*. Embora este objetivo já fizesse parte dos meus planos, o seu contributo acrescentou motivação e impulsionou a concretização deste final feliz. Muito Obrigada!

Filho, nesta caminhada cruzou-se comigo um colega, sozinho no país, algo envergonhado, desprotegido e carente um “menino grande” da tua idade! Quando o vi, tive a sensação de que irias gostar dele e, desde o primeiro momento, senti que se identificava contigo, no seu jeito de ser e de estar. Aproximei-me; e fiquei amiga do Micael, com quem ao longo de todo tempo partilhei momentos inesquecíveis, pois vi um pouco de ti neste menino cabo-verdiano a fragilidade de não ter por perto ninguém que o ajudasse. Prestei ajuda, solidariedade, dei carinho no sentido de colmatar algumas das suas necessidades especialmente afetivas.

Além do meu papel de mãe encontrei, na frequência deste mestrado, uma forma de me manter ativa, de estimular a minha mente e de descobrir que continuo a gostar da escola, do convívio, de ser ainda aluna e deste modo, também penso em ti.

Muito grata a todas as pessoas que colaboraram comigo, dando o seu contributo na grande adesão que obtive ao meu questionário, com 167 respostas, e aos elogios que recebi pelo mesmo.

Um agradecimento muito especial às minhas amigas (elas sabem quem são) pelo apoio e motivação incondicionais, pelo companheirismo e carinho, conseguindo tornar esta aprendizagem em sucesso e “o sucesso é chegar à meta”.

Aos diversos amigos que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho ou participaram da minha vida, a quem, porventura, me tenha esquecido de agradecer.

Resumo

Este estudo sobre Estratégias para um estilo de vida saudável no envelhecimento tem como objetivo verificar e conhecer a percepção de pessoas dos 50 aos 70 anos sobre o envelhecimento, a qualidade de vida e as estratégias que desenvolvem, num quadro de promoção do envelhecimento ativo e saudável, procurando compreender como percebem o envelhecimento e como preparam os anos vindouros e as suas perspetivas futuras.

Partimos da formulação do seguinte problema: As pessoas com idades compreendidas dos 50 aos 70 anos, percebem que a adoção de hábitos de envelhecimento de forma ativa e saudável lhes permite melhor qualidade de vida?

Tendo em vista responder à questão referida delineamos os seguintes objetivos: compreender a percepção que as pessoas em idade adulta (madura) têm sobre o seu próprio envelhecimento; analisar as atividades selecionadas por esta população para ocupar os seus tempos livres; conhecer a forma como as pessoas preparam as fases mais tardias do seu envelhecimento através das escolhas de atividades de tempo livre e lazer na faixa etária dos 50 aos 70 anos; refletir sobre a adequação das respostas sociais destinadas à população com idades mais avançadas às características e hábitos das pessoas que estão presentemente na faixa etária 50/70.

O modelo de investigação, trata de um estudo descritivo com carácter exploratório, é fundamentado numa metodologia de natureza quantitativa, com base na aplicação de um inquérito por questionário, administrado indiretamente via *online* do aplicativo do Google Forms (base de dados em Excel), disponibilizado através da internet e tratamento estatístico no *software* SPSS, versão 23.0.

A seleção dos indivíduos que participaram neste estudo foi constituída por uma amostra de conveniência, não probabilística, formada por 167 indivíduos com pelo menos 50 anos. Os resultados obtidos permitiram-nos verificar que os indivíduos revelam boa capacidade de percepção sobre a adoção de hábitos de envelhecimento de forma ativa e saudável e que percebem que esses hábitos lhes permitem melhorar a sua qualidade de vida a curto e longo prazo. Os hábitos que identificam como sendo os que mais podem contribuir para esta longevidade ativa e saudável, são a atividade psicológica e a atividade física regular.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo; Qualidade de Vida; Práticas de Envelhecimento Ativo; Educação Social.

Abstract

This study on healthy life strategies during the aging process aims to verify and get to know the perception of people between 50 and 70 years old about aging, quality of life and the strategies they develop, within a framework of promoting active and healthy aging. Observing how they perceive aging and how they prepare for years to come and their future perspectives. We started from the formulation of the following problem: Do people aged between 50 and 70 years perceive that the adoption of aging habits in an active and healthy way allows them to have a better quality of life?

In order to answer the question above, we outline the following objectives: understand the perception that people of adult (mature) age have about their own aging; analyze the activities selected by this population to occupy their free time; know how people prepare for the later period of aging through the choice of free time and leisure activities in the age group of 50 to 70 years; reflect on the adequacy of social responses aimed at the population with more advanced ages to the characteristics and habits of people who are currently in the 50/70 age group.

The research model, which is a descriptive study with an exploratory character, is based on a quantitative methodology, based on the application of a questionnaire survey, administered indirectly via the online Google Forms application (Excel database), available through the internet and statistical treatment using SPSS software version 23.0. The selection of individuals who participated in this study consisted of a convenience sample, non-probabilistic, consisting of 167 individuals aged at least 50 years.

The obtained results allowed us to verify that individuals show very good perception skills on the adoption of aging habits in an active and healthy way and that they perceive that these habits allow them to improve their quality of life in the short and long term. The habits that they identify as being the ones that can most contribute to this active and healthy longevity are psychological activity and regular physical activity.

Key-words: Active Aging; Quality of life; Active Aging Practices; Social Education.

Índice Geral

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vi
Índice Geral	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Tabelas	viii
Siglas	viii
Introdução	9
Capítulo I - Envelhecimento ativo	12
1.1. Definição do conceito.....	12
1.2. Envelhecimento ativo em Portugal	20
1.3. Organização do envelhecimento ativo: saúde; segurança e participação social	22
1.4. Tendências do envelhecimento ativo	23
1.5. Fatores fundamentais que contribuem para um envelhecimento ativo	25
Capítulo II - Qualidade de vida no processo de envelhecimento	27
2.1. Contexto histórico e definição do conceito	27
2.2. Qualidade de vida, envelhecimento e envelhecimento ativo.....	31
Capítulo III - Envelhecimento e uso do tempo: a importância das propostas socioeducativas	35
3.1. O processo de envelhecimento ativo em Portugal: a utilização do tempo, as atividades e condições de vida.....	35
3.2. O papel da educação social na promoção do envelhecimento ativo.....	39
Capítulo IV - Decisões metodológicas	43
4.1. Questão de investigação e objetivos do estudo	43
4.2. Estudo descritivo com carácter exploratório	44
4.3. Amostra	45
4.4. Instrumento de recolha de dados	46
4.5. Procedimentos de administração do questionário e questões éticas associadas	46
4.6. Técnicas e procedimentos de tratamento dos dados	47
Capítulo V - Apresentação e análise dos resultados	49
5.1. Apresentação dos resultados	49
5.2. Discussão dos Resultados.....	59
Considerações finais	63
Referências bibliográficas	67
Anexos	73

Lista de Figuras

Figura 1 – Fatores Relevantes para a Perceção sobre a Qualidade de Vida	52
Figura 2 – Caraterização da Qualidade de Vida	53
Figura 3 – Caraterização da Perceção dos Sinais de Entrada na Velhice	53
Figura 4 – Caraterização da Perceção da Reação à Mudança	54
Figura 5 – Caraterização da Perceção do Envelhecimento Ativo	55
Figura 6 – Caraterização dos Possíveis Equipamentos/Respostas Sociais a Frequentar na Velhice	56
Figura 7 – Caraterização das Estratégias Desenvolvidas na Promoção do Envelhecimento Ativo	56
Figura 8 – Caraterização das Atividades Cívicas	57
Figura 9 – Caraterização das Atividades Físicas Praticadas Habitualmente	57
Figura 10 – Caraterização das Atividades Culturais a que se Dedicam Habitualmente	58

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização Sociodemográfica	51
Tabela 2 - Caraterização Autoavaliação da Autonomia, Bem-Estar Físico e Autocuidado	54
Tabela 3 - Caraterização de Algumas Estratégias Desenvolvidas na Promoção do Envelhecimento Ativo	59
Tabela 4 - Caraterização da Relação Compreendida entre Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo	59

Siglas

AEEASG - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações

AVD - Atividades de Vida Diárias

EA – Envelhecimento Ativo

EU - União Europeia

PNA - Programa Nacional de Ação

QV – Qualidade de Vida

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

Introdução

Com este estudo sobre Estratégias para um Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento pretende-se verificar e compreender a perceção, de pessoas entre os 50 e 70 anos, sobre o envelhecimento, a qualidade de vida e as estratégias que desenvolvem, num quadro de promoção do envelhecimento ativo e saudável. Analisando como percebem o envelhecimento e como preparam os anos vindouros e as suas perspetivas futuras neste âmbito. Ao longo da história da humanidade os indivíduos têm vindo a desenvolver maior capacidade de conhecimento, maior aplicação da tecnologia e um desenvolvimento cultural que lhes permite alcançar algum conhecimento sobre a sua perceção evolutiva e a sua capacidade de prolongar a juventude e a sua longevidade. Atualmente os indivíduos têm maior capacidade de decisão sobre o modo como pretendem prolongar a sua juventude e cultivar o seu envelhecimento de modo saudável.

Nos dias de hoje assiste-se a um marcado envelhecimento da população em Portugal, sendo o índice de envelhecimento, em 2019, de 161,3%, de acordo com os dados da PORDATA¹. Ainda de acordo com a mesma fonte verifica-se uma tendência de aumento contínuo desse indicador ao longo das últimas décadas, o que indica maior resistência e longevidade das pessoas mais velhas. Os avanços na medicina, não só permitem potenciar a prevenção precoce de doenças, como também, atualmente adquiriram maior capacidade tecnológica de as curar. A revolução cultural no acesso alargado à informação e à educação para todas as classes sociais, também, permitiu criar uma população com nível de estudos mais elevados em relação às gerações anteriores e com maior capacidade de gestão dessa informação na sua vida pessoal e na sua evolução enquanto indivíduos. Esta capacidade alargada de gestão na escolha de diferentes estilos de vida, ou diferentes opções, que podem proporcionar uma vida saudável compõem atualmente a sociedade portuguesa. De acordo com Cabral (2013) estes são fatores atuais relevantes de grande complexidade de análise dos processos de envelhecimento que não se prendem apenas com a idade, mas, sobretudo, com opções e trajetos de vida diferenciados que influenciam os resultados de um envelhecimento ativo e é este o

¹ Fontes/Entidades: INE, PORDATA, última atualização: 2020-06-15, disponíveis em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>, acessado a 21 de setembro de 2020.

argumento fundamental para que esse estudo se foque nas pessoas com idade compreendida entre os 50 e os 70 anos de idade.

Este estudo está organizado em cinco capítulos, que são descritos de seguida.

No capítulo I - envelhecimento ativo, o enquadramento teórico permite-nos um posicionamento perante aspetos gerais sobre a definição do conceito de envelhecimento ativo; o envelhecimento ativo em Portugal; a organização do envelhecimento ativo: saúde; segurança e participação social; as tendências do envelhecimento ativo; os fatores fundamentais que contribuem para um envelhecimento ativo.

No Capítulo II, qualidade de vida no processo de envelhecimento, é abordado o contexto histórico e definição do conceito de qualidade de vida e a relação entre qualidade de vida, envelhecimento e envelhecimento ativo.

No capítulo III, envelhecimento e uso do tempo: a importância das propostas socioeducativas, é abordada a utilização do tempo por parte das pessoas mais velhas, ponto no qual se dá especial relevo à ocupação do tempo por parte da população portuguesa com mais de 50 anos e, para terminar procede-se a uma reflexão sobre o papel da educação social na promoção de respostas diversas no quadro da promoção de um envelhecimento ativo.

No capítulo IV, decisões metodológicas, são abordadas as questões de investigação, os objetivos do estudo, o tipo de estudo, a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de administração do questionário e questões éticas associadas, as técnicas e procedimentos de tratamento dos dados, a apresentação e discussão dos resultados e as considerações finais sobre a temática investigada em causa.

No capítulo V é realizada a apresentação e análise dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, que nos mostrará a caracterização sociodemográfica dos inquiridos e as respostas à questão:

As pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos percecionam que a adoção de hábitos de envelhecimento de forma ativa e saudável lhes permite melhor qualidade de vida?

Os resultados, obtidos através de uma análise de conteúdo de um questionário aplicado a indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos, permitem-nos considerar que os indivíduos percecionam que esses hábitos lhes permitem melhorar a sua qualidade de vida a curto e longo prazo. Os hábitos que identificam como sendo os que mais podem contribuir para esta longevidade ativa e saudável, são a atividade psicológica e a atividade física regular.

Nas considerações finais apresentaremos uma reflexão sobre a importância deste estudo, as suas limitações e potencialidades.

Por último, apresentamos as referências bibliográficas que fundamentam o enquadramento teórico e a investigação empírica, assim como os anexos desenvolvidos para a realização deste estudo.

Capítulo I - Envelhecimento ativo

As pessoas mais velhas, pela sua experiência, saber e contributos, são fundamentais à sociedade e às famílias, pelo que não podemos desperdiçar este valor em anos de vida com saúde conquistados no último século. A valorização das pessoas com idade mais avançada e o reconhecimento dos seus direitos e das suas especificidades têm contribuído para uma maior visibilidade desta categoria social, quer do ponto de vista da sociedade no geral, quer do ponto de vista da comunidade científica. Desta forma, neste primeiro capítulo é dado particular destaque ao Envelhecimento Ativo, no sentido que constituiu um marco significativo na construção e consolidação de um novo paradigma de interpretação do envelhecer e da pessoa mais velha. Neste capítulo serão abordados os seguintes tópicos: definição do conceito de envelhecimento ativo; envelhecimento ativo em Portugal; organização do envelhecimento ativo: saúde; segurança e participação social; tendências do envelhecimento ativo; fatores fundamentais que contribuem para um envelhecimento ativo.

1.1. Definição do conceito

A Organização Mundial da Saúde (2002), define Envelhecimento Ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. (WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, 2002). Neste sentido foram estabelecidos pela OMS (2002), fatores determinantes para o Envelhecimento Ativo. O conceito de Envelhecimento Ativo implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar de modo a alargar as possibilidades de informação e intervenção para a promoção da saúde das pessoas mais velhas.

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado.” (Kofi Annan, citado por Magalhães, 2005, p. 20)

No contexto das alterações demográficas atuais existem consequências e desafios implícitos ao envelhecimento demográfico que estimulam a ponderação sobre as dimensões atuais da sociedade na qual se apresenta o conceito de envelhecimento. É, por isso, necessário refletir, privilegiar e repensar a valorização do envelhecimento, nos seus

direitos e nas responsabilidades da sociedade e do Estado para com este grupo. A modificação de mentalidades sobre o processo de envelhecimento tem vindo a originar um novo paradigma fundamentado na eliminação de concepções antecipadas conferidas ao envelhecimento, designado de Envelhecimento Ativo.

Diferentes organismos sociais e governamentais sentiram necessidade de criar um conjunto de medidas que promovem programas de ação para melhorar a qualidade de vida do idoso. Assim sendo, nasceram várias perspetivas sobre o conceito de EA.

[...] the capacity of people, as they grow older, to lead productive lives in society and the economy. This means that people can make flexible choices in the way they spend time over life – learning, working, and partaking in leisure activities and giving care (OCDE, 2000, citada por Silva, 2015, p. 33).

Segundo este ponto de vista, ao longo do processo de envelhecimento, compete a cada sujeito a responsabilidade de investir o tempo, não só no trabalho, mas também na aprendizagem, no lazer e no cuidar. A realização de atividades produtivas para a economia e para a sociedade sendo que a distribuição de tempo entre essas atividades produtivas é uma opção do sujeito. Este ponto de vista é associado à economia e à produtividade com foco no prolongamento da vida laboral das pessoas mais velhas.

Na sequência da 2.^a Assembleia Mundial do Envelhecimento em Madrid, promovida pela ONU, a OMS (2002) adotou outra perspetiva do conceito, que teve como objetivo a revisão do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento anteriormente aprovado, em Viena (1982), pela 1.^a Assembleia Mundial das Nações Unidas que privilegiou o debate no sentido de analisar as causas, os efeitos e as consequências do aumento do envelhecimento demográfico e discutir quais as linhas orientadoras de ação a seguir.

O EA, integrado num modelo multidimensional é mais consensual, é determinado pela OMS como sendo:

“[...] the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. [...] Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well-being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while

providing them with adequate protection, security and care when they require assistance” (OMS, 2002, citada por Silva, 2015, p. 33).

Neste sentido, o EA solicita ações ao nível de três eixos da organização política, nomeadamente: a saúde, fundamentada na prevenção nos serviços de saúde preparados para diagnósticos de possíveis doenças que eventualmente poderão comprometer o EA do idoso; a segurança, ponderada no sentido da adequação do contexto e do meio ambiental físico e social no qual o idoso está inserido; a participação social, pautada pela prática da cidadania e pelas conexões sociais instituídas no contexto envolvente no qual o idoso se encontra.

No percurso da vida do sujeito, envelhecer corresponde a um processo que se desenvolve no decorrer da sua vivência e no qual cada etapa influencia o modo como esse envelhecimento é realizado, colaborando para uma apropriação mais ou menos auspiciosa no processo de envelhecimento. Visto que o EA remete para uma perspetiva única e individual em cada sujeito, considerando uma perspetiva de percurso de vida, que se molda consoante o seu processo de existência, são vários os fatores, representados como determinantes, que o podem comprometer. Nesse sentido, além dos três eixos do conceito de EA, anteriormente referidos, acrescenta-se ainda os seguintes determinantes (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 3):

- Determinantes de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos);
- Determinantes de ordem comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde);
- Determinantes de ordem económica, rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno;
- Determinantes do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros);
- Determinantes de ordem social (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso);
- Determinantes relativos aos serviços sociais e de saúde orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade.

O sexo, o contexto e a cultura, são, também, determinantes transversais que influenciam a promoção do EA e o modo como envelhecemos. As determinantes relativas ao envelhecimento estão inerentemente relacionadas às diferenças genéticas entre os sexos. Ribeiro e Paúl (2011), afirmam que:

[...] há um hiato de cerca de seis anos na esperança de vida de homens e mulheres, em prejuízo dos primeiros, havendo, contudo, menor mortalidade e dependência nos homens ao longo a vida. As mulheres vivem claramente mais anos (e que justificam a descrição do envelhecimento como fenómeno feminizado) chegam a uma proporção de cinco para um centenário e são, na generalidade, mais doentes e dependentes, e mais pobres e discriminadas (p. 5).

Atualmente, o caso da feminização é um fenómeno verificado no processo envelhecimento da população, pelo facto dos homens idosos terem maior propensão aos fatores de risco do envelhecimento por morrerem mais cedo do que as mulheres.

Outro fator a ter em consideração é a determinante cultural. Isto é, o meio no qual o sujeito envelhece influencia os seus comportamentos, valores, atitudes, experiências e a forma como reagem ao declínio do envelhecimento, ou seja, as vivências, recursos e estratégias de adaptação divergem de sujeito para sujeito conforme a cultura dominante. “Pessoas a viver em meios rurais ou urbanos, em países do Norte ou do Sul, europeus, americanos, asiáticos ou africanos, envelhecem igualmente, mas as suas vivências e estratégias de adaptação são diferentes, como são os seus recursos.” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 5). Neste contexto “[...] a cultura é vista como o conjunto abrangente dos recursos pessoais e sociais disponíveis, num dado momento histórico-espacial, aos indivíduos que partilham recursos e valores de uma comunidade.” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 6). Em seguida podemos observar “[...] como a cultura é uma arma poderosíssima na adaptação ao envelhecimento, que não só nos ajuda a compreendê-lo, como nos ajuda a compensar os declínios que lhe estão associados.” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 6).

Os conceitos de envelhecimento ativo e envelhecimento bem-sucedido apontam para um envelhecimento saudável. Este facto é reforçado pelo Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido preconizado por Baltes (1987; 1997), e explorado a partir de três eixos implícitos à sua conceptualização, concretamente: (i) balanço entre ganhos e perdas de carácter desenvolvimentista; (ii) recurso ao Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) como explicação básica do processo adaptativo inerente à

capacidade de envelhecer com êxito; e, (iii) modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal.

Segundo estes autores o envelhecimento bem-sucedido “[...] envolve a interação entre três componentes fundamentais: a seleção, a otimização e a compensação (Modelo SOC)” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 6). Estes três instrumentos psicológicos são utilizados assiduamente sempre que é realizada uma escolha em qualquer âmbito da vida. Quando é realizada uma seleção o indivíduo, por exemplo, escolhe realizar o desporto A em vez do B ou relacionar-se com a pessoa Y em vez da X, a fase seguinte consiste em aprofundar essa escolha, e caso exista uma perda na seleção realizada é compensada investindo noutra área ou noutra amizade. Ou seja, cada opção, trata de explorar o percurso selecionado e trata-se, sobretudo, de uma seleção de objetivos para posteriormente servirem de compensação num cenário que trata de equilibrar alguns desequilíbrios que vão surgindo no desempenho do indivíduo ao longo do envelhecimento. Na fase da vida adulta tardia predomina a fase da compensação de perdas através do “[...] recurso a um património de outras aprendizagens e práticas que simplificam processos e encontram caminhos alternativos de eficácia, menos dependentes das capacidades biológicas, em provável declínio.” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 6).

Segundo Fernández-Ballesteros (2009) cada um dos determinantes do envelhecimento ativo já referidos, fundamentam várias políticas implementadas pelos governos e instituições que se destinam a projetos coletivos, ou mais individualizados, com ações capazes de fomentar a tomada de consciência sobre o controlo que o indivíduo deve ter na sua vida. Este conjunto de fatores estabelecidos pela OMS são desenhados de uma forma circular, pois indicam as múltiplas direções em que os múltiplos sistemas atuam tanto ao nível pessoal do indivíduo quanto a nível externo.

Segundo Jacob e Fernandes (2011) a dedicação política em programas de desenvolvimento humano deverá considerar a promoção da saúde ao longo das várias etapas da vida, tendo em vista um EA em todas as suas vertentes: física, social, cognitiva, espiritual e produtiva, entre outras. A promoção da saúde em prol do envelhecimento bem-sucedido exige o desenvolvimento e a atualização dos modelos de atendimento, prevenção, cuidado e reabilitação, e de orientações que envolvam alternativas que permitam a participação na comunidade, a começar na defesa dos direitos sociais e da cidadania até à qualidade de vida.

Neste sentido, para além das determinantes já referidas, existem determinados conceitos-chave para compreender esta temática deste novo paradigma e a forma como

dependem, além das variáveis biologicamente determinadas, também de processos de autorregulação motivacional e emocional (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 3). Ribeiro e Paúl (2011), destacam os seguintes conceitos-chave do novo paradigma envelhecimento ativo:

- Autonomia, apresentada como o controlo individual e capacidade da tomada de decisão que o indivíduo detém sobre a sua vida;
- Independência, considerada no sentido da capacidade que o idoso tem de cuidar de si próprio não dependendo de outrem para a realização das Atividades de Vida Diárias (AVD);
- Expectativa de vida saudável, refletida na autonomia do idoso;
- Qualidade de vida, a nível da saúde física e psicológica, de dependência e das relações sociais do idoso.

A OMS acrescenta, ainda, que:

“The active ageing approach is based on the recognition of the human rights of older people and the United Nations Principles of independence, participation, dignity, care and self-fulfillment. It shifts strategic planning away from a “needs-based” approach (which assumes that older people are passive targets) to a “rights-based” approach that recognizes the rights of people to equality of opportunity and treatment in all aspects of life as they grow older” (OMS, 2002, p. 13 citado por Silva, 2015, p. 34)

Este novo modelo atribui uma importância fundamental à promoção dos direitos das pessoas mais velhas, admitindo os seguintes princípios fundamentais a ter em consideração: o princípio de autonomia, participação ativa, assistência (caso seja necessário), e a autorrealização da pessoa mais velha.

Segundo a visão da OMS (2002), existe paralelamente a responsabilidade individual e a responsabilidade coletiva. Dependendo o seu sucesso da existência de determinantes sociais, ambientais e económicas, o EA torna-se uma responsabilidade individual e coletiva, criando oportunidades necessárias à sua promoção, tendo como objetivo o avanço de ações que incentivem a interação social, a relação intergrupar e a participação ativa das pessoas mais velhas nos diversos âmbitos da sociedade, contribuindo, deste modo, para o bem-estar psicológico, físico e de autorrealização pessoal e social dos indivíduos mais velhos. Porém, é da responsabilidade do sujeito,

indicar informação sobre possíveis situações problemáticas que possam exigir a intervenção dos gestores ou políticos.

Sobre esta análise o EA pretende que a pessoa mais velha desenvolva capacidades e aprofunde o reconhecimento das suas potencialidades para promover o seu bem-estar mental, físico e social, projetando e dinamizando a sua própria qualidade de vida (QV). Segundo este ponto de vista é possível promover durante mais tempo, a autonomia, o envolvimento e a participação ativa do sujeito nos assuntos económicos, culturais sociais e cívicos, e a criação de oportunidades que as realizem, como por exemplo a frequência de Ginásios, Universidades, Universidades Seniores, entre outras atividades. Para além dos aspetos já referidos, a OMS foca-se, também, na reestruturação laboral adequada às características dos sujeitos idosos, mantendo, assim, o sujeito integrado no mercado de trabalho durante mais anos no caso de a atividade laboral responder a uma necessidade de autorrealização.

No âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento e da Solidariedade entre Gerações, em 2012, a União Europeia (EU) recomendou, referenciando o conceito de EA como (EU, 2012, p. 3 citado por Silva, 2015, p. 36):

- “Enabling both women and men to remain in employment longer – by overcoming structural barriers (including a lack of support for informal careers) and offering appropriate incentives, many older people can be helped to remain active in the labor market, with systemic and individual benefits;
- Facilitating active citizenship through enabling environments that harness the contribution that older women and men can make to society;
- Enabling both women and men to keep in good health and to live independently as they grow older, thanks to a life-course approach to healthy ageing combined with adapted housing and local environments that allow elderly people to remain in their own homes as long as possible”

Para a UE, a responsabilidade pelo EA é repartida, de igual modo, sendo individual e coletiva. A responsabilidade individual manifesta-se através da existência continuada de hábitos de vida saudável de um envolvimento ativo e atividades produtivas, favorecendo, também, deste modo os aspetos económicos. A responsabilidade coletiva, não só, mas também, se manifesta através da capacitação dos sujeitos para se manterem

durante mais tempo no mercado de trabalho, promovendo assim a sua cidadania ativa, valorização e independência.

A cidadania ativa, a responsabilidade coletiva e individual é simultaneamente uma responsabilidade da sociedade ao nível da promoção de oportunidades apropriadas para a promoção de um EA. A cidadania ativa deve fazer parte da vivência dos cidadãos, os que trabalham e dos que não trabalham, sendo extensiva a todos, aos mais velhos ou não. Contudo, há a percepção geral de que os cidadãos que trabalham participam de uma forma mais ativa na sociedade de modo mais continuado. No entanto, a cidadania não deve ser garantida apenas para quem trabalha, uma vez que existem outras formas de intervenção social que participam no bem comum e que estão ao alcance de pessoas de todas as idades, nomeadamente a participação cívica e comunitária, seja ela mais ou menos formal.

Para finalizar, as três conceções referidas acima, expostas pela OCDE (2000), OMS (2002) e UE (2012), têm pontos de convergência principalmente na predominância da responsabilidade individual do sujeito na promoção do seu EA. Porém, foram encontradas perspetivas divergentes nas conceções de EA.

A OCDE menciona o EA como uma responsabilidade de cada indivíduo, de executarem atividades produtivas na sociedade e na economia, com maior pertinência relacionada com a área económica no EA, enquanto a OMS e a UE mencionam o EA como uma responsabilidade individual, no entanto é simultaneamente uma responsabilidade da sociedade ao nível da promoção de oportunidades apropriadas para a promoção de um EA.

Para a OMS, a integração de um EA está sujeita à existência de determinantes ambientais, sociais e económicas que podem ou não ajudar a proporcionar o EA. A predominância de responsabilidade coletiva está relacionada com a noção da criação de oportunidades, meios, estruturas e condições, para propiciar a atuação do sujeito na comunidade e na família. Isto é, neste domínio, existe paralelamente a responsabilidade coletiva e a responsabilidade individual, sendo que a última passa pela contribuição das pessoas mais velhas em “[...] fornecerem informações e participarem no levantamento de situações problemáticas que possam resultar na criação de medidas ou de tomadas de decisão pelos gestores ou políticos.” (Silva, 2015:37)

Em paridade, a UE antevê que a responsabilidade coletiva se cruza com a existência de uma oferta de incentivos para que seja possível o sujeito manter a sua continuidade integrada no mercado de trabalho e na capacitação dos sujeitos

permanecerem o maior tempo possível no contexto laboral, promovendo deste modo uma cidadania ativa das pessoas mais velhas. Embora a cidadania não se esgote no trabalho, contribui em grande medida para a manter viva. Sobre este ponto de vista, a responsabilidade individual, privilegia a temática económica fundamentada na conservação de hábitos de vida saudável e na participação em atividades produtivas.

É um facto que no EA o sujeito pode manter-se ativo em contexto laboral, no entanto, existem outras formas de se manter socialmente ativo de forma saudável e poder usufruir vivências gratificantes da vida.

1.2. Envelhecimento ativo em Portugal

“A velhice é uma consequência da longevidade humana e o envelhecimento demográfico um fenómeno social das sociedades ocidentais contemporâneas, incluindo a europeia.” (PAAEEASG, 2012, p.6).

Com o objetivo de promover a criação de uma cultura de EA e uma melhor qualidade de vida (QV) no processo de envelhecimento, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia, no seguimento de apoiar os Estados-membros, consagrou o ano de 2012 como o “Ano do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações”, instituído na Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de setembro de 2011, no qual são reconhecidos os objetivos fundamentais eleitos e defendidos pela União Europeia. Tal como outros países da União Europeia, Portugal comprometeu-se a “[...] desenvolver uma série de iniciativas que estimulem o debate, o intercâmbio de boas práticas e a sensibilização da opinião pública para a mudança cultural” sobre a prática do EA (PAAEEASG, 2012, p.3). Em janeiro de 2012, foi desenvolvido o Programa Nacional de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (PNA-AEEASG), que pretendeu “[...] desenvolver medidas de política que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas e que, claramente pretendem promover o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida e reconhecer a importância dos seniores nas comunidades.” (PAAEEASG, 2012, p.6). Neste âmbito, Portugal, tem vindo a fortalecer medidas políticas que contribuem para o EA e para a QV dos sujeitos ao longo do seu processo de envelhecimento, que promovem o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida admitindo, assim, a relevância das pessoas mais velhas na comunidade (PAAEEASG, 2012, p.6). O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações

(AEEASG), em Portugal, teve como objetivo cooperar para a construção de uma cultura de EA. Este programa baseou-se em cinco eixos para a sua execução:

- Emprego, trabalho e aprendizagem;
- Saúde, bem-estar e condições de vida;
- Solidariedade e diálogo intergeracional;
- Voluntariado e participação cívica;
- Conhecimento e sensibilização social.

Segundo este propósito a “[...] a estrutura da organização portuguesa do Ano Europeu traduz a preocupação em fazer envolver todos os agentes relevantes que, num quadro de compromisso duradouro e estrutural, são chamados a gerar as mudanças necessárias para enfrentar os desafios do envelhecimento.” (PAAEEASG, 2012, p.9).

Podemos concluir, que no campo de ação do PNA-AEEASG (2012) as referidas medidas foram concretizadas e exigiram a participação de sujeitos na área privada e pública sem colocar de parte a sociedade civil.

Recentemente, segundo a Direção-Geral da Saúde (2017), com o mesmo objetivo de promover a criação de uma cultura de EA e uma melhor qualidade de vida (QV) no processo de envelhecimento adotou-se a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, nos termos do despacho n.12427/2016 de 17 de outubro e em cumprimento com os objetivos definidos, num trabalho de parceria interministerial e intersectorial no qual o Grupo de Trabalho propôs a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, de ora em diante designada por ENEAS (2017-2025). Os objetivos da ENEAS assentam na promoção da saúde e bem-estar das pessoas mais velhas, bem como no reconhecimento e na importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma “sociedade para todas as idades” (World Health Organization, 2002). Este programa baseou-se em quatro eixos estratégicos para a sua execução:

- **Saúde** - Promoção de iniciativas e práticas que reduzam a prevalência de doenças, adiar o seu aparecimento e controlar o seu agravamento e o impacto das doenças crónicas e da diminuição das capacidades físicas e mentais nas pessoas mais velhas e promover a sua autonomia;

- **Participação** – Promoção da educação e formação ao longo da vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e estímulo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas mais velhas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida;
- **Segurança** – Apoio a iniciativas e práticas que minimizem riscos e que promovam o bem-estar e a segurança das pessoas mais velhas;
- **Medição, monitorização e investigação** – Promoção da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável, promovendo o levantamento de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções e a propagação de boas práticas e da inovação.

1.3. Organização do envelhecimento ativo: saúde; segurança e participação social

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) para a promoção do Envelhecimento Ativo, existem três pilares fundamentais da estrutura política: saúde; segurança; participação social.

A saúde é fundamentada em diagnósticos médicos, ou percecionada pelo sujeito e trata-se de um ponto de vista central do envelhecimento ativo (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 3). A maioria dos fatores de risco e de proteção envolvem hábitos desenvolvidos pelo sujeito que são mantidos ao longo dos anos. Assim sendo, o sujeito deve cultivar hábitos de vida saudáveis para evitar condutas de risco que ponham em causa a sua saúde, (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 4).

A segurança é uma área que compreende o planeamento urbano, os lugares habitados, os espaços privados e um clima social equilibrado e sem distúrbios de violência na comunidade (Ribeiro & Paúl, 2011, p.4).

A segurança e o planeamento urbano dos espaços públicos e privados contribuem para um bom clima e um envelhecimento ativo e mais participativo nesses de modo integrado na comunidade.

A participação social na comunidade na qual o sujeito está contextualizado é caracterizada pelas ligações sociais instituídas com os diversos subsistemas institucionais, tais como: a família; os grupos de pares; a prática da cidadania e a participação ativa nestes subsistemas (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 4). Neste domínio, a participação social está

diretamente ligada e sujeita aos processos emocionais, cognitivos e motivacionais e às habilidades sociais dos sujeitos.

É possível concluir que os pilares do EA fundamentam políticas públicas promotoras do EA.

1.4. Tendências do envelhecimento ativo

Jacob e Fernandes (2011), afirmam que

(...) “a transição de uma era de população jovem, em rápido crescimento, para uma era de população mais velha e muitas vezes em declínio requer um ajuste radical, não apenas nas nossas atitudes e expectativas. Uma nova era pede um novo estado de espírito” (p. 4).

Segundo referem Jacob e Fernandes (2011), sobre tendências do EA, são reconhecidas doze tendências fundamentais para o EA, nomeadamente:

- Segundo refere um estudo realizado nos EUA, os sujeitos têm vindo a praticar progressivamente mais atividade física, o desporto, o treino específico e a reabilitação traduzem um aumento progressivo da longevidade dos sujeitos à medida que envelhecem. Nesse sentido, a prática de atividade física tem sido consistentemente associada beneficemente para a manutenção da funcionalidade, reduzindo os efeitos destrutivos causados pelo envelhecimento (OMS, 2005).
- As doenças crónicas e as deficiências físicas são indissociáveis do sistema de EA e são as que, cada vez mais, podem ser combatidas, prevenidas e controladas através da modificação do estilo de vida (Silva, 2014);
- A falta de equilíbrio muito verificada nos sujeitos que envelhecem está, cada vez mais, a ser substituída por uma redução de quedas relacionada com a crescente prática de exercício físico e até treinos específicos e reabilitação na redução de quedas nos sujeitos que envelhecem, sendo, que as clínicas especializadas no aumento da massa muscular e melhoramento da circulação sanguínea contribuem em larga medida para o equilíbrio e para a redução do recurso às urgências e hospitalizações devido a quedas desta natureza;
- Segundo refere a *American Association of Retired Person*, existem cada vez mais sujeitos a envelhecer que procuram soluções ativas com um estilo de vida

saudável que contribuem como fonte de energia ao longo do processo de envelhecimento, tal como a prática de exercício físico que combate a falta de energia produzida pela rotina, pelas alterações de medicamentos, pela má nutrição, pela depressão, ausência de sono e a falta de atividade física (Fernández-Ballesteros, 2002);

- Neste sentido, a medicina ganha um novo destaque devido ao aumento do consumo de medicamentos alternativos e de uma alimentação mais equilibrada através de alimentos funcionais;
- A crescente procura do médico de família e a utilização da *internet* como fonte de informação disponível para manter uma vida saudável no processo de EA. Segundo refere a OMS 2005, os adultos mais idosos usam as suas economias na saúde em vez de as usarem em outras atividades;
- Os termos Pré e Anti (antes e contra) têm vindo a ser motivo de destaque devido à crescente preocupação com a beleza de um modo geral nos sujeitos à medida que envelhecem;
- Um número crescente de programas tem vindo a oferecer momentos de apreciação de sons da natureza, cheiros de fragrâncias vindas de ambientes naturais, entre outros que têm como objetivo despertar os sujeitos para a sua própria sintonia com o tempo, a apreciação do momento, melhorando a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar de quem os pratica (Cabral et al., 2013);
- A modalidade de *Fitness Cerebral* contém uma larga oferta de exercícios para a prevenção de doenças de natureza psicológica, mantendo o alinhamento equilibrado entre o exercício físico e o exercício cerebral;
- Um conjunto alargado de tecnologias tais como: *wii sport*, *Nintendo wii*, *wii-hab*, *wii fit*, incentivam, atualmente, à prática de exercício físico (Cabral, 2013);
- Um dos fatores de maior relevância é a aprendizagem ao longo da vida, na qual o sujeito identifica atividades que se adequam ao estímulo da sua própria aprendizagem, tais como: reconhecimento das suas próprias capacidades, reconhecimento da sua missão e dos seus objetivos pessoais, estímulo na continuidade de querer aprender, aquisição de novos interesses, reconhecer o seu próprio plano de vida, cultivar *hobbies*, realizar voluntariado e envolver-se com o próximo e com a comunidade;

- Segundo a OMS até ao ano de 2020, a depressão tem tendência a ser uma das maiores causas de incapacidade e morte precoce ao nível mundial na saúde emocional, assim sendo, a maioria dos programas centram-se na melhoria da saúde emocional sobre o processo de envelhecimento dos sujeitos.

Nestas doze tendências globais do envelhecimento ativo os autores referidos (Jacob & Fernandes, 2011) traçam uma panorâmica do que em 2011 se antecipava como uma expectativa para o desenvolvimento do fenómeno do envelhecimento nos anos que se seguiram.

1.5. Fatores fundamentais que contribuem para um envelhecimento ativo

Envelhecimento ativo é o processo de otimização para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Jacob e Fernandes (2011) indicam 21 propostas, que designam como “ideias para um envelhecimento ativo”, que favorecem um EA de modo saudável, sendo que estas propostas se relacionam a quatro fatores fundamentais para proporcionar uma boa QV em qualquer idade, nomeadamente: assegurar boas condições económicas; o convívio social com outros sujeitos; manter a autonomia; executar atividades lúdicas que de algum modo sejam simultaneamente úteis (Jacob & Fernandes, 2011, p. 231); (Puig, Rodríguez, Farràs & Lluch, 2011); (Kleiber & Amigo, 2012).

1) Ser empreendedor e criar um projeto (social ou negócio) aplicando a própria experiência do sujeito e os seus conhecimentos adquiridos ao longo da sua vivência; 2) Agir como orientador apoiando outros sujeitos que se encontram na vida ativa, através da partilha de aprendizagens proporcionada pela sua própria experiência profissional; 3) Manter um trabalho contínuo; 4) Manter a atividade intelectual estudando ou aprendendo alguma matéria de interesse profissional ou pessoal (cursos, pós-graduações); 5) Realizar trabalho de voluntariado contribuindo para o bem-estar social e para a autorrealização pessoal de se sentir útil e integrado na sociedade; 6) Aproveitar o tempo livre para ser um sujeito ativo e empregá-lo na defesa da comunidade; 7) Experimentar novas formas de ser e de estar (dedicar-se ao artesanato ou à arte) para proporcionar a descoberta de novos interesses na vida; 8) Atualizar aprendizagens ao nível das novas tecnologias (*internet, word*, ou outras funcionalidades tecnológicas); 9) Manter a saúde realizando exercício físico, acompanhado de uma alimentação saudável e exames de rotina; 10) Manter o

hábito de realizar desporto e exercício físico com regularidade; 11) Manter hábitos de leitura e partilha de informação (livros, revistas, jornais, *internet*); 12) Passear ou viajar proporciona a descoberta de novos interesses; 13) Manter *hobbies* (jogar, colecionar, entre outros); 14) Manter o paladar ativo, saboreando, através de novas experiências gastronómicas; 15) Dedicar-se à jardinagem e ao conhecimento da mesma tratando de um terreno; 16) Adotar um animal de estimação e cumprir rotinas saudáveis com ele; 17) Manter o contacto com a geração mais jovem (por exemplo sendo avó/avô) proporcionando trocas de interesses fundamentais para um EA; 18) Manter uma vaidade saudável com a imagem, apreciando-se ao espelho diariamente; 19) Dedicar-se ao seu desenvolvimento pessoal, à descoberta interior e ao seu lado espiritual; 20) Redescobrir o amor e a possibilidade de voltar a amar e a namorar; 21) Treinar a mente para ver o lado positivo da vida, sendo otimista sobre o percurso que já realizou e o que ainda pretende realizar (Jacob & Fernandes, 2011).

Sobre este assunto, de acordo com Jacob e Fernandes (2011), é possível concluir que o EA é um processo de adaptação contínua do funcionamento físico (incluindo a saúde), motivacional, social, cognitivo e emocional, que acontece continuamente ao longo da vida. Assim sendo, o sucesso do EA advém da melhoria das condições já referidas por intervenções físicas, psicológicas, socioambientais e biométricas. Porém, não podemos deixar de referir que o EA conta com um aspeto fundamental que é a prevenção de doenças, de incapacidades e de melhoria do bem-estar e da QV nos sujeitos mais velhos (Jacob & Fernandes, 2011; Irigaray & Trentini, 2009).

Capítulo II - Qualidade de vida no processo de envelhecimento

O conceito de Qualidade de Vida não é um conceito construído pela sociedade moderna atual, segundo indica Bowling (2001) não é fácil demarcar a sua origem (citado por Barata 2009, p. 77). Contudo, a preocupação com a qualidade de vida tem sido crescente, e este domínio de investigação tem contribuído de uma forma significativa para a melhoria das condições de vida e para a implementação de medidas públicas especialmente no que concerne a populações em situação de uma certa fragilidade social como a população idosa. Neste capítulo abordaremos o contexto histórico e definição do conceito de qualidade de vida; e qualidade de vida, envelhecimento e envelhecimento ativo.

2.1. Contexto histórico e definição do conceito

Segundo Seidl e Zannon (2004) “[...] há indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da QV.” (p. 2) Estes estudos estavam relacionados com o domínio da medicina e focados na melhoria das condições higiénico-sanitárias tendo em vista o aumento da esperança média de vida dos indivíduos. Em 1960, através do Relatório da *Comission on National Goals*, Comissão de Metas Nacionais do Presidente dos EUA², existiu uma grande progressão na investigação científica sobre este conceito, fundamentado na procura do desenvolvimento da QV dos indivíduos e numa perceção mais concreta sobre a QV e a sua aplicação social, cultural e biológica.

Entre os finais do século XVIII até ao século XX o conceito foi integrado como fazendo parte do vocabulário comum do quotidiano dos indivíduos, atingindo, assim, uma banalização do mesmo. Apenas a partir do século XX, o conceito e o interesse na análise e avaliação da QV, passou a ser mais investigado nas disciplinas sociais (medicina, economia, política). Segundo refere Mesquita (2007), “[...] até ao Séc. XX [a QV foi

² A Comissão de Metas Nacionais do Presidente dos EUA foi organizada em fevereiro de 1960 como um órgão não oficial, cujo objetivo era desenvolver um amplo esboço de objetivos e programas nacionais para a próxima década e mais. A comissão operou sob os auspícios da Assembleia Americana (estabelecida por Dwight D. Eisenhower na Universidade de Columbia em 1950 como uma organização educacional não partidária) e foi financiada por fontes privadas através da Assembleia. (Assembleia americana, 1960)

considerada] como sendo o resultado da capacidade humana para a fazer uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas [...] visando o desenvolvimento equilibrado da sociedade e o escrupuloso respeito pelo universal direito à vida.” (p. 90). Hoje em dia, esta temática está relacionada com a procura de melhoria das condições de vida dos indivíduos nomeadamente da sua componente física, psicológica, social e ambiental. Porém, atualmente, apesar das inúmeras publicações científicas desenvolvidas nas duas últimas décadas e das inúmeras definições sobre QV, não existe um consenso entre autores sobre a definição deste conceito (Pereira & Teixeira, 2012). O modo como esta temática é abordada é tendenciosa devido aos indicadores estarem diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada um dos estudos na sua área da investigação, assim como as suas possibilidades de operacionalização e análise.

Segundo Fuhrer (2000) “Constata-se, que o conceito de QV tem sido utilizado em diferentes e variados contextos, sendo por este motivo esperado que o seu significado possa diferir consoante o enquadramento da sua aplicação.” (Fuhrer, 2000, citado por Barata, 2009, p. 74). E acerca do que já foi referido sobre a dificuldade de definir o conceito de QV, Chambel (2004), em meados dos anos 70, afirma que “[...] qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é.” (Seidl & Zannon, 2004, p. 2).

A definição admitida pela OMS (2002), que surgiu de encontros realizados por diversos especialistas na área da saúde e QV com o objetivo de ampliar o conhecimento científico e desenvolver instrumentos de avaliação da QV numa perspetiva transcultural, é a “[...] perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Sobre esta perspetiva de análise existe alguma concordância entre os investigadores desta área, nomeadamente em dois aspetos essenciais: (1) na subjetividade do conceito, devido a observar a perceção do indivíduo sobre as diversas áreas do seu próprio contexto de vida, sabendo-se que essa perceção pode variar de indivíduo para indivíduo, consoante o seu ambiente e até, mesmo, entre dois indivíduos que vivenciam um contexto idêntico; e (2) na multidimensionalidade do conceito, visto que é do entendimento comum que este modelo fundamentado na observação, criado para relacionar essa observação com um enquadramento teórico, composto por diversas dimensões sendo estas dimensões positivas e negativas.

Segundo indicam os autores Minayo, Hartz e Buss (2000), o conceito de QV relaciona-se com o plano individual essencialmente a três níveis, citado por Pereira; Teixeira; Santos, 2012, p. 244):

- Histórico, ou seja, em determinado contexto específico temporal o desenvolvimento económico, tecnológico e social de uma determinada sociedade tem princípios de QV que divergem da mesma sociedade noutra fase histórica;
- Cultural, isto é, em relação aos costumes, tradições, práticas e necessidades adquiridas de modo hierárquico e distinto por cada uma das sociedades;
- Estratificação social, isto é, a noção que a QV está relacionada com a classe social elevada.

A ideia de QV referente à saúde tem vindo a ser utilizada de modo mais geral. Porém, “[...] as abordagens médicas tratam, principalmente, da questão de oferecer melhorias nas condições de vidas dos enfermos” (Minayo; Hartz; Buss, 2000, citado por Pereira; Teixeira; Santos, 2012, p. 242) ” Segundo esta perspetiva de análise podemos referir a seguinte definição de QV, “[...] é a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspetos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.” (Guiteras, Bayés 2000, p. 179 citado por Silva, 2014, p. 27). Ou seja, nesta perspetiva, a QV é referente às repercussões que o estado de saúde tem na aptidão do individuo viver em plenitude uma vida saudável. Os instrumentos de cálculo da QV na saúde preservam o carácter multidimensional e avaliam a compreensão geral da QV, no entanto, esta análise tende a incidir sobre a avaliação das incapacidades, dos sintomas ou limitações originadas por doenças. Fleck (2008) refere que os conceitos de QV e saúde estão relacionados entre si, como sinónimos, e indica que “[...] os termos de qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida não deveriam ser usados como sinónimos” (p. 33). Contudo, existe um consenso por parte de muitos investigadores desta área, afirmando que a avaliação de QV não deve abranger apenas a saúde, tendo em consideração que a perceção dos indivíduos deve incluir outros elementos fundamentais no meio envolvente do indivíduo.

Para outros investigadores, tais como Gill e Feinstein (1994) e Fleck (2008) a QV é divergente de saúde pois “[...] é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu *status* de saúde e com outros aspetos não médicos de sua vida [...]” (Gill & Feinstein, 1994, citado por Fleck, 2008, p. 21).

Relativamente ao desenvolvimento de instrumentos de medição da QV podemos diferenciar duas fases:

- A primeira geração de instrumentos para medir a QV foi desenvolvida pela OMS em 1948 e foi a primeira experiência de conceptualização do construto. De acordo com Fayer e Machin (2002), não eram bem aplicados devido à validade do construto.
- A segunda geração de instrumentos para medir a QV foi desenvolvida entre os anos 70 e 80 do século XX e relaciona a QV com a capacidade de funcionamento e com o impacto no estado de saúde, avaliando o funcionamento físico (sintomas físicos e psicológicos), o impacto da doença e a satisfação com a vida.

Deste modo, o desenvolvimento de instrumentos de medição da QV não são rigorosos e não fornecem indicadores precisos do nível de QV apesar dos mesmos medirem o nível de funcionamento físico e reconhecerem pontos desfavoráveis à QV do indivíduo (Fayer & Machin, 2002).

Podemos concluir que até ao fim do século XX a QV era um conceito banalizado no quotidiano dos indivíduos e era avaliado segundo indicadores económicos, e que a partir da segunda metade do século XX essa situação foi modificada, o conceito de QV foi mais investigado nas disciplinas sociais (medicina, economia, política) tornou-se fundamental encontrar outros indicadores, devido à compreensão dos indivíduos dos seus direitos individuais e do seu envolvimento ativo ao longo da sua vida. Hoje em dia, a maioria dos instrumentos que medem a QV têm atributos similares e atribuem a importância principal à individualidade e subjetividade do indivíduo cuja QV está a ser avaliada, no entanto podemos reconhecer instrumentos genéricos e específicos.

Instrumentos genéricos são utilizados para analisar indivíduos da população em geral ou grupos específicos e podem abranger uma descrição de saúde ou não, de natureza multidimensional realçando os domínios: físicos, psicológicos, nível de independência ou ideias sobre o bem-estar e relacionamentos sociais, representando um determinado contexto de vida do indivíduo. Os instrumentos genéricos têm a desvantagem de não identificar dados particulares e específicos da QV de determinada condição de vida do indivíduo analisado.

Instrumentos específicos são utilizados de modo geral para analisar a noção de QV, destacando sintomas como incapacidades e limitações do indivíduo. Os instrumentos específicos têm a vantagem de identificar singularidades da QV em

determinadas situações, através de uma avaliação individual de aspetos do contexto de vida do indivíduo. Porém, Fayers e Machin (2002), indicam que existe a incapacidade de compreender o fenómeno e aprovar as particularidades psicométricas do instrumento por causa da reduzida dimensão das amostras.

Por último, verifica-se que estudos atuais revelam que os instrumentos utilizados com maior frequência são os genéricos por avaliarem a QV de modo mais alargado, sendo que nestes casos as questões específicas são descuradas, outras vezes a utilização dos instrumentos genéricos são combinados com questionários específicos.

Neste sentido, a procura da operacionalização da QV deve levar em consideração que a perceção da QV sofre alterações consoante as diversas fases da vida, tendo em conta o contexto cultural, social e a narrativa de vida do indivíduo cuja QV está em vista avaliar.

Podemos concluir que a QV é um constructo multidimensional, multidisciplinar, individual e subjetivo, referido repetidamente em ambientes distintos, com significados diversificados, o que demonstra que o constructo é diferenciado e complexo (Llobet et al., 2011). Apesar dos grandes desenvolvimentos sobre esta temática este conceito precisa de retificação e permanente discussão a par do progresso do conhecimento e da sociedade.

2.2. Qualidade de vida, envelhecimento e envelhecimento ativo

A ocorrência do envelhecimento demográfico e o crescente aumento da longevidade da população, têm manifestado os seus efeitos ao nível global pelo mundo e este fator tem sido notado especialmente nos países industrializados. Assim, existe uma preocupação e um interesse na QV das pessoas mais velhas. Porém, sobre este assunto temos, ainda, claramente conhecimento e informação insuficiente visto ser um fenómeno relativamente recente. Sobre este assunto, segundo afirma Fleck (2008) as “[...] populações compostas por um grande número de pessoas idosas são eventos recentes. Ou seja, paradoxalmente, a velhice é jovem e é o período etário sobre o qual dispomos de menos conhecimentos.” (p. 219).

O complexo conceito de QV abrange múltiplas dimensões objetivas e subjetivas, por esse motivo a sua interpretação é diferente de indivíduo para indivíduo mediante a altura da vida na qual cada indivíduo se encontra e na sociedade na qual está inserido e a sua aplicação não pode ser generalizada. Neri (2000), refere que “[...] definir QV na velhice não é tarefa fácil, pois tanto a velhice quanto a QV são eventos dependentes do tempo.” (Neri, 2000, citado por Irigaray & Trentini 2009, p. 298). Sobre esta recente

temática do conceito da QV parece existir concordância entre os investigadores que admitem a ideia de subjetividade e referem ser necessário enriquecer o nosso conhecimento sobre a percepção que as pessoas mais velhas têm da QV, fundamentando que cada indivíduo tem as suas necessidades particulares e as suas preferências e, por isso, tem, o seu próprio conceito de QV. Esta procura de conhecimento, através da análise da percepção que os idosos têm sobre o seu próprio processo de envelhecimento com QV, fornece informação importante que contribuí significativamente para os estudos nesta área e para a criação de estratégias de ação com capacidade de oferecer os meios para que as pessoas mais velhas tenham capacidades para atingir os seus objetivos e aspirações de vida. É fundamental compreender o que as pessoas mais velhas valorizam e como experienciam as suas questões de saúde, as suas relações sociais, o trabalho, o lazer e o acesso às suas necessidades básicas, pois esta compreensão fornece competência e informação necessária para trabalhar a promoção de um envelhecimento ativo com QV. Estas informações beneficiam, não só, as pessoas mais velhas da atualidade como, as pessoas mais velhas das futuras gerações a orientar a sua vida e para planearem a fase mais tardia das suas vidas.

Segundo Fleck, Chachamovich e Trentini, (2003), a QV das pessoas mais velhas demonstrou ser uma construção multidimensional e multideterminada, citados por Irigaray & Trentini 2009, p. 301). Lawton (1991), vai mais longe e acrescenta que a QV é concretizada a partir de critérios intrapessoais e socio normativos, ou seja, o indivíduo e toda a sua envolvência nos diferentes períodos da sua vida. Sucintamente Lawton (1991), enfatiza que a QV está sujeita a dinâmicas e variados elementos relacionados com valores individuais e sociais, interligados entre si, que vão sendo demarcados mediante o modo como os indivíduos e a sociedade evolui, sendo que estes estão em alterações permanentes ao longo do tempo (Lawton 1991, citado por Irigaray & Trentini 2009, p. 301).

Devido a existirem tantas variáveis específicas diferenciadoras das pessoas mais velhas, não existe um acordo entre os autores relativamente às dimensões da QV nesta população. No entanto, de acordo com o modelo de Lawton (1983), ressalta a hipótese de que a avaliação da QV nas pessoas mais velhas acontece sobre quatro fatores relacionados, dos quais depende a funcionalidade das pessoas mais velhas, tais como (citado por Irigaray & Trentini 2009, p. 289):

- Condições ambientais;

- Competências comportamentais;
- QV percebida;
- Bem-estar psicológico ou subjetivo.

Segundo a referida pesquisa os fatores determinantes mais vezes mencionados pelos autores que investigam esta temática na área do envelhecimento com QV são os seguintes: a saúde (capacidades funcionais); a autonomia e independência; as redes sociais e familiares; os meios financeiros; a sensação de utilidade e pertença social. Um estudo desenvolvido por Bowling, Banister e Sutton, (2003) sobre a percepção que as pessoas mais velhas têm relativamente a este conceito, indicou que os indivíduos estudados reconheceram os seguintes determinantes para um envelhecimento com QV (citados por Fralda, 2013, p. 44):

- Bom relacionamento com familiares e amigos;
- Atividade e participação nos papéis sociais, (como por exemplo voluntariado);
- Boa saúde e funcionalidade;
- Viver numa boa casa e ter bons vizinhos;
- Pensamento positivo em relação à vida, manter o controlo e independência.

Ou seja, os estudos nacionais e internacionais desenvolvidos sobre esta temática têm o propósito de investigar a percepção que as pessoas mais velhas têm sobre o sentido de QV, e também, acrescentar informação sobre quais são os determinantes da QV das pessoas mais velhas. Neste sentido, destacam-se os seguintes exemplos para a avaliação da QV das pessoas mais velhas:

- A partir do instrumento WHOQOL-100, a OMS desenvolveu o módulo WHOQOL-OLD, que efetua uma avaliação específica sobre a QV das pessoas mais velhas;
- A *Geriatric Quality of Life Questionnaire*, produzido por Fleck et al. (2000), com a coordenação da OMS e a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (1982).

Para Jacob (2008) o EA possibilita “[...] o bem-estar físico, social e mental [...] e inclui a participação ativa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais.” (p. 20) e tem como propósito “[...] aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida.” (Jacob, 2008, p. 20). Este paradigma alarga a visão sobre a QV para todos os indivíduos mediante o seu envelhecimento e segundo as suas limitações e possibilidades. Assim sendo, o EA é o somatório das atitudes e ações que os indivíduos podem ter para prevenir ou retardar os efeitos que o envelhecimento acarreta para propiciar um envelhecimento com maior qualidade de vida. Sendo a QV o conceito deste novo paradigma, podemos referir seis domínios que o integram, nomeadamente:

- Físico;
- Psicológico;
- Independência;
- Relações sociais;
- Ambiente;
- Aspetos espirituais.

Para definirmos QV é fundamental considerarmos quais os aspetos que as pessoas mais velhas valorizam, tal como o ambiente físico e social no qual estão contextualizadas. As práticas que proporcionam um EA e um aumento da QV podem prevenir declínios precoces e favorecem o desempenho de papéis significativos aos indivíduos mais velhos, com a intenção de proporcionar a integração no seu contexto social e potenciar o seu desenvolvimento pessoal. A QV e o EA são conceitos que se complementam, pois, um EA tenciona “[...] aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida.” (Jacob, 2008, p. 21). Nesta perspetiva de análise, possuir QV modifica o modo como os indivíduos vivem o processo de envelhecimento. O EA é constituído por um conjunto de práticas, de atitudes e ações, que se devem desenvolver com o objetivo de precaver e adiar os problemas relacionados com o envelhecimento, possibilitando um envelhecimento com QV. Este conceito invoca a importância fundamental dos indivíduos perceberem o seu potencial e promoverem a sua QV. Assim sendo, podemos concluir que qualquer empenho na promoção de um EA terá como resultado a melhoria da QV de todos os indivíduos.

Capítulo III - Envelhecimento e uso do tempo: a importância das propostas socioeducativas

No terceiro capítulo do enquadramento teórico deste trabalho foca-se a utilização do tempo por parte das pessoas mais velhas, ponto no qual se dá especial relevo à ocupação do tempo por parte da população portuguesa com mais de 50 anos e, para terminar, procede-se a uma reflexão sobre o papel da educação social na promoção de respostas diversas no quadro da promoção de um envelhecimento ativo.

3.1. O processo de envelhecimento ativo em Portugal: a utilização do tempo, as atividades e condições de vida

Neste subcapítulo analisamos os resultados do estudo levado a cabo por Cabral (2013) sobre a utilização do tempo, as atividades e condições de vida de pessoas com mais de 50 anos de idade. Este trabalho contribui de forma muito ampla para a compreensão sobre como estas pessoas investem o seu tempo, em que atividades o investem e qual a relação deste envolvimento com os processos de envelhecimento ativo. Neste processo de reflexão são também convocadas as contribuições de outros autores que possibilitam a compreensão da relação entre a participação e diversas variáveis sociodemográficas como a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, entre outras.

Segundo referem Kohli, Hank e Künemund (2009) existe uma relação entre os níveis de bem-estar resultantes das atividades relacionadas com a participação social ativa. A participação social está relacionada com a pertença associativa, a participação em atividades organizadas para pessoas mais velhas (reformados e terceira idade), a participação informal inserida nos grupos de convívio e a prestação voluntária de cuidados a crianças e idosos. Segundo estas referências é possível identificar padrões de participação social formais e informais relacionados com a idade, tais como: os indivíduos mais velhos são menos participativos em relação aos indivíduos mais novos. No entanto, os indivíduos reformados são os que mais participam devido à sua disponibilidade de tempo e à necessidade de reestruturação de uma nova etapa das suas vidas. Esta modificação é perceptível na escolha do tipo de associações e entidades às quais os indivíduos aderem ao longo da vida, tais como: associação a sindicatos, associações profissionais, associações de pais entre outras associações com carácter similar. Posteriormente à reforma as atividades são reestruturadas de modo diferente e é mais

comum a adesão a associações de caráter desportivo, cultural e de solidariedade social. Esta vinculação está interrelacionada com a oferta existente de atividades direcionadas para reformados promovidas pelas Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, entidades religiosas e coletividades recreativas. A participação formal e informal está, também, relacionada com a idade dos indivíduos e a sua situação profissional. A participação informal e os cuidados prestados a crianças e adultos diminuem nos indivíduos mais velhos.

O estado civil reflete variações nos níveis de participação, pois os indivíduos viúvos, sobretudo mulheres, são menos participativas refletindo maior tendência para o isolamento, enquanto os indivíduos casados são mais ativos na sua participação formal e informal. Relativamente ao sexo, a participação masculina evidencia-se nas atividades formais, enquanto as mulheres participam mais informalmente em ambientes locais e familiares, sobretudo nos cuidados prestados a crianças e adultos. Ou seja, existe claramente a confirmação de papéis atribuídos socialmente ao longo da vida a mulheres e homens mantendo-se os mesmos após a reforma. Também os níveis de escolaridade influenciam os níveis de participação formal e informal, os indivíduos com maior nível de escolaridade são aqueles que mais participam em atividades formais. Já o convívio informal é influenciado pela composição e tamanho das redes de convívio.

As redes interpessoais são, também, fatores fundamentais das atividades desenvolvidas. A caracterização sociodemográfica das redes interpessoais, as relações de apoio emocional, instrumental e de aconselhamento assumem funções tipológicas das redes interpessoais, enquanto as relações de vizinhança constituem elos de ligação à comunidade. Relativamente às redes interpessoais destacam-se as famílias, marido e filhos numa rede de proximidade emocional e de interconhecimento entre eles. São redes mais fortes de ligação entre todos os indivíduos, no entanto são mais fechadas e pouco abertas ao exterior. Segundo Putnam (2000) as redes fechadas reforçam a exclusividade e a identidade dos elementos familiares que a constituem, assim como a solidariedade e a reciprocidade entre os mesmos e são estas que muitas vezes constituem o único apoio dos indivíduos mais velhos em Portugal (Putnam, 2000, p. 22-23).

Relativamente à caracterização sociográfica as redes interpessoais são constituídas por três indicadores: a escolaridade, o estado civil e o trabalho. (Liberatos, Link, & Kelsey, 1988; Grundy & Holt, 2001; Utz et al., 2002; Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005). O sexo e o lugar de residência são fatores que afetam a composição das redes interpessoais. A dimensão das redes interpessoais está relacionada com os níveis de

escolaridade, as redes mais pequenas são associadas a níveis baixos de escolaridade e a classes sociais mais desfavorecidas, enquanto as redes extensas são associadas a níveis elevados de escolaridade e a classes sociais mais altas.

Quanto à composição das redes interpessoais podemos referir redes familiares (casamento ou coabitação) e não-familiares (divórcio). A densidade das redes é referente ao grau de conhecimento entre os indivíduos que a compõem. As redes mais densas (mais fechadas nas quais todos os elementos se conhecem) são associadas a níveis de escolaridade mais baixos, à conjugalidade, às domésticas e aos inativos, enquanto as redes pouco densas (mais abertas) são associadas aos níveis de escolaridade mais elevado, nos solteiros, à vida a sós e aos ativos.

Segundo Allen (2000) podemos concluir que existe uma configuração das relações de apoio emocional, instrumental e de aconselhamento com as redes interpessoais. As redes interpessoais de grande dimensão e a composição familiar das redes interpessoais têm um papel fundamental no apoio social. A tipologia das redes interpessoais afeta as relações de apoio emocional e de apoio de aconselhamento. Os filhos e o conjugue são os principais apoios emocionais, logo seguidos dos netos. Enquanto as redes não-familiares caracterizam-se por, apenas, receber apoio instrumental, as redes familiares caracterizam-se por proporcioná-lo. Nas redes não-familiares o apoio instrumental tende a ser crescente consoante o aumento da idade dos indivíduos e sobretudo nos indivíduos do sexo masculino com mais idade e assume particular relevância no apoio nas tarefas domésticas. Nas redes familiares o apoio instrumental e social são garantidos sobretudo pelos filhos e amigos. Segundo vários autores (Liberatos, Link & Kelsey, 1988; Grundy & Holt, 2001; Utz et al., 2002; Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005) em complementariedade aos relacionamentos familiares estão os relacionamentos de amizade, os que mais contribuem para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos mais velhos.

De acordo com Fernandes (2001) é importante sublinhar que os elos de solidariedade podem ser ao nível intergeracional (pais, filhos e netos) e intrageracional (conjugue, amigos e vizinhos) implícitos nas relações de apoio social. Para finalizar, as relações de vizinhança têm um elevado interconhecimento e frequentes contactos entre os mesmos, e segundo Attias-Donfut, (1995), Kohli, Hank e Künemund (2009), tal como as relações não-familiares também mobilizam um sentimento de pertença social que contribuem para maximizar a participação na comunidade e ajudam a superar os diversos processos de envelhecimento nos indivíduos portugueses.

Segundo demonstra a revisão da literatura, as práticas culturais, sociais, expressivas físicas e instrumentais desenvolvem efeitos positivos, ao longo do tempo, na saúde e bem-estar dos indivíduos. Neste sentido, é possível identificar um padrão de atividades que ocupam os tempos livres dos indivíduos mais velhos em Portugal.

Da mesma forma que os indivíduos do sexo masculino mantêm uma participação mais ativa ao nível formal, também verificamos que os indivíduos do sexo masculino realizam uma maior quantidade de atividades quando comparados com o número de atividades realizadas pelas mulheres. O sexo feminino ainda mantém maior destaque nas atividades instrumentais, tais como: tarefas domésticas, artesanato e reparações caseiras.

O fator da idade, escolaridade, estado civil e situação profissional traduzem algumas mudanças na escolha das atividades realizadas e no número de vezes e frequência que são efetuadas, no entanto a frequência de realização das mesmas vai diminuindo consoante a idade vai aumentando.

O nível de escolaridade também é um fator influenciador na prática destas atividades, quanto mais escolarizados os indivíduos são, maior é a tendência para a prática de atividades. Os viúvos desenvolvem menos atividades e têm maior tendência para o isolamento.

A situação profissional é outro fator que influencia a prática de atividades entre o grupo dos ativos, empregados e desempregados, e os inativos, domésticos e reformados. Os ativos têm menor disponibilidade de tempo, no entanto realizam mais atividades. Ou seja, quem realiza mais atividades manifesta maior satisfação, sendo estes mais frequentes nos indivíduos do sexo masculino, mais novos e com mais escolaridade, casados e ativos empregados. As atividades, mais frequentes, realizadas pelas pessoas mais velhas são, sobretudo, realizadas dentro de casa, tais como: ler, ver televisão, ouvir rádio, entre outras similares, e são identificadas como atividades mais passivas, fisicamente desenvolvidas em maior número.

Os fatores sociodemográficos são aqueles que têm um papel com maior relevância, nomeadamente: a escolaridade, a idade, o rendimento, o estado de saúde e as formas de participação social formais. Assim sendo, os homens mais novos, com maior escolaridade e de boa saúde participam mais ativamente nas práticas de envelhecimento ativo. As atividades individuais e coletivas diferem segundo o género, os homens participam mais socialmente através do associativismo na prática de atividades individuais e coletivas diversificadas, as mulheres destacam-se mais no envelhecimento

ativo através da escolaridade, da participação social informal e ao nível do convívio com vizinhos.

Para concluir de acordo com Moody, (2006) o EA pretende estabelecer uma abordagem positiva sobre o envelhecimento para incentivar o desenvolvimento humano e lutar contra a discriminação devido à idade, que segundo referem Biggs et al., (2006), conduz a um novo olhar sobre o entendimento do envelhecimento. Apesar deste novo paradigma construir potencialidades antes não exploradas, atualmente, na sociedade portuguesa ainda não foi suficientemente desenvolvido e mantém a incapacidade de abranger a generalidade da diversidade social, que muitas vezes tende a exercer o efeito contrário acentuando a marginalização dos indivíduos mais velhos.

Assim sendo, o efeito positivo que as práticas de EA deveriam ter na qualidade de vida dos indivíduos está distribuído entre as pessoas mais velhas de modo desigual discriminando os mais pobres, os mais velhos e os menos escolarizados. O fator mais positivo revela-se entre os indivíduos da faixa etária entre os 50 e os 54 anos pois são aqueles que tendem a adotar práticas relacionadas ao EA que no futuro irão revelar-se no seu estado de saúde.

3. 2. O papel da educação social na promoção do envelhecimento ativo

Segundo refere Caride (2005) a educação social, fundamentalmente, remete para o âmbito do saber prático integrado como o objeto de estudo da Pedagogia Social que é a referência do saber profissional dos educadores sociais. Na perspetiva do mesmo autor, a mesma, procura responder a um conjunto de carências sociais dos indivíduos, ao longo da vida quotidiana, através da restituição e alargamento de oportunidades educativas dos indivíduos e dos grupos sociais, com o objetivo de os habilitar com recursos apropriados para solucionarem desafios no contexto em que se encontram, contribuindo desse modo para a sua inclusão social, cultural e económica. Ou seja, contribuindo para a sua inclusão global e para a sua realização pessoal na qualidade de seres sociais.

Carvalho e Baptista (2004) referem que em Portugal a Educação Social é relativamente recente, que surge devido à tomada de consciência política sobre o alargamento, cada vez mais significativo, da exclusão social e do isolamento dos procedimentos de intervenção e de assistência tradicionais. Os mesmos autores referem problemáticas concretas que se colocam, atualmente, aos Educadores Sociais, tais como: ações das autarquias relacionadas à segurança social e instituições de Solidariedade

Social, que podem avançar no sentido de desenvolverem atividades de caráter educativo, cultural e recreativo na perspetiva de ocupar e preencher, com significado, o tempo livre de pessoas mais velhas e até mesmo de crianças e jovens.

Carvalho e Baptista (2004) explicam, também, que a participação da Educação Social nas presentes problemáticas que caracterizam o contexto social atual, acompanhando o aumento dos fenómenos de exclusão social dos últimos anos em Portugal é fundamental para o desenvolvimento da Educação Social enquanto área de saber. Atualmente, devido ao número crescente de pessoas mais velhas, é importante salientar o trabalho que pode vir a ser desenvolvido junto da população como um desafio importante para a Educação Social. Este fator do envelhecimento contemporâneo tem desencadeado preocupação e interesse sobre os seus efeitos e as suas oportunidades.

Cabral (2013) refere que os fatores que mais contribuem para a queda da natalidade e o aumento da esperança de vida são, principalmente, de origem social e económica, assim como, a emigração em Portugal nas décadas de 1960 e 1970. Segundo o INE (2011), a população de pessoas mais velhas tem cada vez maior preponderância na sociedade, representando 19% da totalidade da população e menos 15% do crescimento da população jovem. O INE (2009), refere, ainda, que a percentagem tende a aumentar a diferença entre pessoas mais velhas e pessoas jovens, indicando a estimativa de um índice de envelhecimento da população de 271 no ano de 2060 com a diminuição de jovens para 11,9% e o aumento de pessoas mais velhas para 32,3%.

Segundo Paúl (2005) os sistemas de apoio possibilitam colmatar o aumento da vulnerabilidade psicológica, física e social através das redes de apoio, com acesso ao apoio instrumental (ajuda), emocional (afeto) mas sobretudo através da valorização das pessoas mais velhas e do respeito por parte de outros indivíduos da rede de apoio. Ainda segundo o mesmo autor, estes são recursos fundamentais para que o indivíduo ultrapasse o *stress* e as perturbações associadas aos acontecimentos relacionados com o envelhecimento.

Fernandez-Ballesteros (2002) indica que as pessoas mais velhas representam um recurso valioso para as famílias, comunidades e sociedades devido à sua larga experiência e conhecimento e à sua disponibilidade com a passagem para a reforma. Minguéz (2004) refere que através da aprendizagem e atualização de conhecimentos, atitudes e competências para uma participação e visibilidade social mais ativa das pessoas mais velhas a educação atinge um valor indiscutível. Carvalho e Baptista (2004) indicam que as pessoas mais velhas podem estar mais propensas à exclusão social devido a limitações

que podem surgir no contexto de envelhecimento e por esse motivo é importante desenvolver ações interventivas que preservem o bem valioso da sabedoria adquirida pela sua experiência de vida como que um contributo benéfico para a sociedade. Tendo, claramente, como ponto de partida os fundamentos da Educação Social já descritos, a educação deve considerar a realidade das pessoas mais velhas desenvolvendo ações educativas que conduzam à sua participação ativa valorizando o contributo que os mesmos podem oferecer à sociedade.

Neste sentido, o Educador Social tem um papel fundamental no contributo de oportunidades para que a sociedade seja mais integradora das pessoas mais velhas dando-lhes meios para que possam ter posições mais ativas. É nesta sequência, quanto ao papel que a educação ocupa no trabalho social, que é importante refletir e contextualizar o papel do Educador Social no que concerne ao conjunto de potencialidades que a natureza da sua formação possui para intervir significativamente junto das pessoas mais velhas. A Educação Social, como um espaço formal, para obtenção de conhecimentos inserida num contexto prático possibilita a cada aluno, não só, o seu desenvolvimento pessoal, como também a mobilização de competências de relacionamento com os outros. Partindo do reconhecimento da importância da educação no trabalho social e, mais concretamente, na intervenção da população mais velha, este estudo ambiciona explorar o impacto do Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento ativo e a qualidade de vida da População mais Velha em Portugal.

Capítulo IV - Decisões metodológicas

De modo a ser possível desenvolver o estudo empírico para dar resposta aos objetivos do trabalho, foi necessário tomar decisões sobre o plano de investigação implementado.

Neste sentido, este capítulo aborda as questões de investigação, os objetivos do estudo, o tipo de estudo, a amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de administração do questionário e questões éticas associadas, as técnicas e procedimentos de tratamento dos dados, a apresentação e discussão dos Resultados e as considerações finais sobre a temática investigada em causa.

4.1. Questão de investigação e objetivos do estudo

A questão de investigação que orienta o presente trabalho é a que a seguir se enuncia:

As pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos, percebem que a adoção de hábitos de envelhecimento de forma ativa e saudável lhes permite melhor qualidade de vida?

Tendo em conta os objetivos traçados e o quadro teórico de suporte, este estudo ambiciona:

- (i) Compreender a perceção que as pessoas em idade adulta (madura) têm sobre o seu próprio envelhecimento;
- (ii) Analisar as atividades selecionadas por esta população para ocupar os seus tempos livres;
- (iii) Conhecer a forma como as pessoas preparam as fases mais tardias do seu envelhecimento através das escolhas de atividades de tempo livre e lazer na faixa etária dos 50 aos 70 anos;
- (iv) Refletir sobre a adequação das respostas sociais destinadas à população com idades mais avançadas às características e hábitos das pessoas que estão presentemente na faixa etária dos 50 aos 70 anos.

4.2. Estudo descritivo com carácter exploratório

Segundo Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição de características de um determinado fenómeno ou população, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Selltiz, Wrightsman e Cook (1965), explicam que a pesquisa descritiva procura descrever um fenómeno em detalhe e permite abranger com alguma exatidão as características de um individuo, situação ou grupo, assim como descobrir a relação entre as circunstâncias. De acordo com Aaker, Kumar e Day (2004), a pesquisa descritiva, geralmente, utiliza dados dos levantamentos e caracteriza-se por hipóteses investigativas que não particularizam relações de causalidade. A preparação das questões da pesquisa obriga a um maior conhecimento do problema a ser pesquisado. “O pesquisador precisa saber exatamente o que pretende com a pesquisa, ou seja, quem (ou o que) deseja medir, quando e onde o fará, como o fará e por que deverá fazê-lo” (Mattar, 2001, p. 23).

Assim sendo, o estudo descritivo é usado quando o propósito da investigação é entender um grupo de indivíduos de uma determinada faixa etária, as suas características, os seus valores e problemas, tentando compreender através da interpretação de dados recolhidos a análise das experiências através dos conhecimentos e perspectivas sobre as perceções individuais da presente temática.

Selltiz, Wrightsman e Cook (1965) integram na categoria de estudos exploratórios todos aqueles que procuram compreender e adquirir maior familiaridade com o fenómeno pesquisado. Do mesmo modo, segundo Gil (1999) a pesquisa exploratória tem como objetivo fundamental desenvolver, clarificar e transformar conceitos e ideias, tendo em conta a formulação de hipóteses precisas pesquisáveis para estudos posteriores. Ainda segundo o mesmo autor, estas pesquisas são planeadas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, aproximada, sobre determinado assunto. Tal como refere Malhotra (2001), a pesquisa exploratória é utilizada em casos nos quais é importante definir o problema com maior exatidão, sendo o seu objetivo promover critérios e compreensão sobre determinado assunto. Para Zikmund (2000), os estudos exploratórios são proveitosos para diagnosticar situações e explorar alternativas na descoberta de novas ideias.

4.3. Amostra

Na pesquisa quantitativa, a composição e o tamanho da amostra de conveniência é um procedimento fundamental na análise estatística, no entanto, por ser uma amostra de conveniência, não tem garantidos os critérios de representatividade.

Podemos considerar que se levantam algumas questões em torno da seleção da faixa etária deste estudo: pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos. Segundo a revisão da literatura aos 50 anos não podemos considerar os indivíduos idosos enquanto que a partir dos 65 anos podem ser considerados como tal (Schneider & Irigaray, 2008), o que poderá constituir uma dificuldade, sobretudo, na comparação dos resultados obtidos com os outros estudos que considerem outras faixas etárias. Contudo, mesmo o artigo indicado alerta para a imprecisão destes limites uma vez que a idade cronológica das pessoas pode não corresponder ao seu estado físico e mental.

Num outro sentido, e segundo Cabral (2013), podemos considerar os 50 anos como uma idade de transição e de preparação para o envelhecimento numa fase mais tardia. O motivo da opção de considerar a faixa etária dos 50 a 70 anos fundamentou-se no pressuposto de que o EA se prepara numa fase da vida anterior ao eventual declínio físico e psicológico relativo ao processo natural de envelhecimento que se pretende prevenir e retardar.

Assim, considerámos que, em idade adulta (madura) prévia ao que se considera a categoria de idoso se pode (e talvez deva) começar a preparar os anos vindouros e, por isso estabelecemos como idade mínima os 50 anos. Por outro lado, com o aumento da qualidade de vida, com o avançar da idade de saída do mercado de trabalho considerámos que poderia fazer sentido enquadrar neste grupo pessoas até aos 70 anos.

Salienta-se ainda que, apesar de não ser comum no nosso país, existem estudos sobre envelhecimento que consideram, na sua amostra, pessoas com 50 ou mais anos (por exemplo Cabral, 2013). Considerando que nesta idade se inicia um processo de transição quer do ponto de vista familiar, quer do ponto de vista profissional, como justificação os autores referem que a diversidade das pessoas inquiridas não se prende apenas com a idade mas também com percursos e trajetórias de vida diferenciados, que incluem a possibilidade de reformas/aposentações antecipadas ou, em sentido contrário, o prolongamento para a pós-reforma da manutenção da atividade profissional, entre muitos outros fatores relevantes na compreensão destes fenómenos na atualidade tão diversa e complexa.

4.4. Instrumento de recolha de dados

Para o processo de recolha de informação foi realizado um inquérito por questionário, com o objetivo de reunir, com maior precisão e clareza, toda a informação dos participantes neste estudo. Neste contexto podemos definir questionário como: “[...] um meio de obter respostas às questões por uma fórmula que o próprio informante preenche” (Cervo & Bervian, 2002, p. 48). Este pode abranger perguntas abertas e/ou fechadas. As perguntas abertas proporcionam respostas mais ricas e variadas e as fechadas maior facilidade na quantificação das respostas dadas e de organização dos dados e possibilita a sua sistematização através da realização de tabelas e gráficos.

O questionário estruturado pode ser definido como uma “[...] série ordenada de perguntas, respondidas por escrito sem a presença do pesquisador” (Marconi & Lakatos, 1996, p. 88). Entre algumas vantagens do questionário, podemos destacar as seguintes: possibilita um alcance mais alargado no número de indivíduos que participam no estudo; a sua aplicação é mais económica; a padronização das questões facilita uma interpretação mais uniforme dos indivíduos que respondem às questões facilitando a compilação e comparação das respostas recolhidas, para além de garantir o anonimato aos indivíduos questionados.

O questionário elaborado neste estudo, abrangeu aspetos relacionados com a temática do EA e QV de cada um dos participantes. Assim sendo, o questionário foi organizado em duas partes. O questionário utilizado para esta investigação é composto por dois grupos de questões, a saber: (i) o grupo de questões de identificação constituído por itens de caracterização sociodemográfica; (ii) o grupo de questões de informação relativas, neste caso, às perceções sobre envelhecimento ativo e qualidade de vida.

4.5. Procedimentos de administração do questionário e questões éticas associadas

As estratégias e procedimentos de recolha de dados para a concretização do estudo empírico desta dissertação, desenvolveu-se em 6 fases: (i) desenvolvimento da questão de investigação e objetivos do estudo; (ii) construção do questionário como instrumento de recolha de dados; (iii) teste do questionário; (iv) reunião com a orientadora para algumas reformulações e correções finais do questionário; (v) reunião com a orientadora para definição da estratégia de aplicação do questionário; (vi) apresentação e aplicação

do instrumento (questionário) *online* do aplicativo do Google Forms (base de dados em Excel), disponibilizado através da internet e tratamento estatístico no *software* SPSS versão 23.0. O processo de validação do questionário foi sujeito à revisão, aprovação e sugestão de melhorias por duas especialistas. Para a obtenção de respostas foram enviadas mensagens de correio eletrónico convidando os indivíduos a participar no estudo e foram, também, utilizadas as redes sociais de modo a maximizar a taxa de resposta ao questionário. Foi ainda feito o apelo a quem respondeu que procedesse à divulgação do questionário junto de outras pessoas que cumprissem os critérios de inclusão no estudo.

A participação dos indivíduos neste estudo foi livre e voluntária, foi ainda garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

4.6. Técnicas e procedimentos de tratamento dos dados

Os dados recolhidos através dos questionários foram tratados com recurso ao programa estatístico SPSS, versão 23.0. O recurso à estatística descritiva permitiu o cálculo das frequências absolutas e relativas de resposta dadas. A informação é apresentada no ponto seguinte com recurso a tabelas e gráficos. A informação recolhida através das questões abertas foi tratada recorrendo à análise de conteúdo.

Capítulo V - Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da administração do questionário num primeiro momento e, posteriormente, proceder-se-á à discussão dos resultados confrontando-os com a revisão da literatura. Com intenção de facilitar a organização e a leitura dos dados e a sua interpretação será seguida a lógica de organização do questionário.

5.1. Apresentação dos resultados

Participaram no estudo 167 indivíduos com pelo menos 50 anos. Pela tabela 1 verifica-se que 77,8% (130) eram do sexo feminino; 40,7% (68) tinham idade entre os 50 e 55 anos; 33,5% (56), 56 e 60 anos e 25,8% (43) mais de 60 anos. Quanto ao estado civil observa-se que a maioria, 65,9% (110) estavam casados ou em união de facto e 21,0% (35) eram divorciados/separados. No que trata as habilitações literárias a maioria, 68,9% (115) tinham formação superior e 15,6% (26) tinham concluído o secundário. Relativamente à situação profissional a maioria, 62,3% (104), era empregado; 8,4% (14) trabalhavam por conta próprio; 22,2% (37) estavam reformados e 7,2% (12) encontravam-se desempregados. No que trata a coabitação verifica-se que a maioria, 61,1% (102) viviam com o cônjuge/companheiro; 18,0% (30) viviam sozinhos; 18,0% (30) viviam em família alargada.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa	
Sexo	Masculino	37	22,2%
	Feminino	130	77,8%
	Total	167	100%
Idade (anos)	De 50 a 55 anos	68	40,7%
	De 56 a 60 anos	56	33,5%
	De 61 a 65 anos	27	16,2%
	De 66 a 70 anos	16	9,6%
	Total	167	100%
Estado civil	Solteiro	12	7,2%
	Casado/União de facto	110	65,9%
	Divorciado/Separado	35	21,0%
	Viúvo	10	6,0%
	Total	167	100%
Habilitações literárias	1º ciclo	3	1,8%
	2º ciclo	3	1,8%
	3º ciclo	10	6,0%
	11º ano	10	6,0%

	Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
	Secundário	26	15,6%
	Superior	115	68,9%
	Total	167	100%
Situação Profissional	Desempregado	12	7,2%
	Empregado	104	62,3%
	Trabalhador por conta própria	14	8,4%
	Reformado	37	22,2%
	Total	167	100%
Com quem vive	Sozinho	30	18,0%
	Cônjuge/Companheiro	102	61,1%
	Cônjuge/filhos	5	3,0%
	Família alargada	30	18,0%
	Total	167	100%

Na figura 1 apresentam-se os fatores relevantes identificados pelos inquiridos sobre a perceção individual sobre a qualidade de vida. Observa-se que dos 167 inquiridos 92,22% (154) referiram o “bem-estar psicológico”; 91,62% (153) indicaram a “saúde do ponto de vista físico”; 60,48% (101) referiram as “relações interpessoais saudáveis”; 51,50% (86) indicaram a “realização pessoal”; 36,53% (61) focaram o poder económico e 6,59% (11) a “felicidade”.

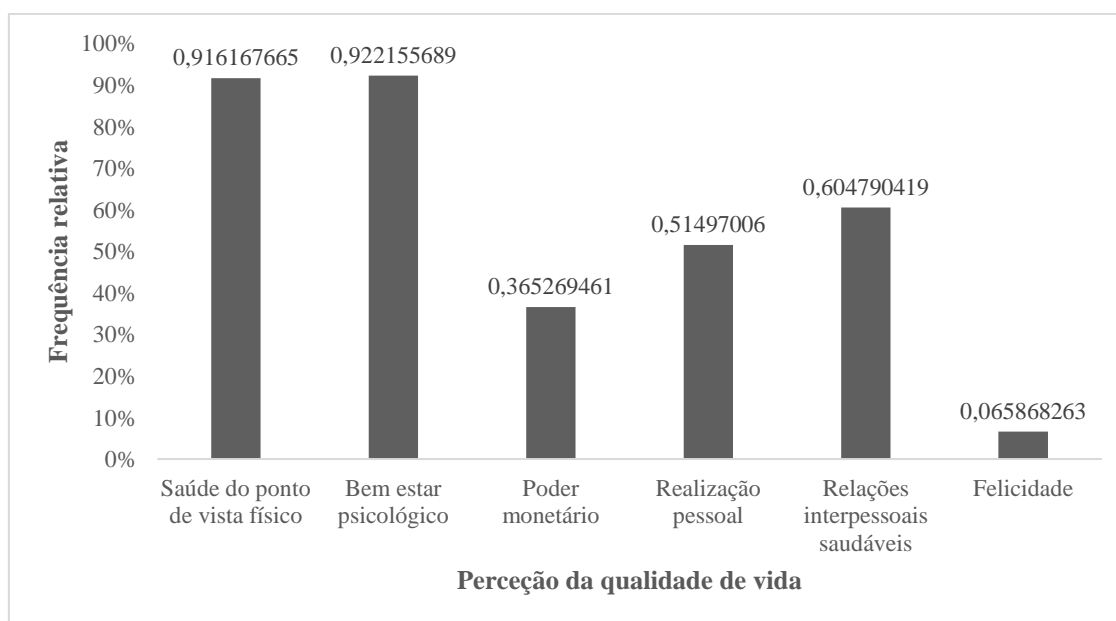


Figura 1 – Fatores relevantes para a perceção sobre a qualidade de vida

A maioria, 75,45% (126), classificou a qualidade de vida como boa; 16,2% (27) afirmaram ser não é boa nem má e 8,4% (14) referiram que era muito boa.

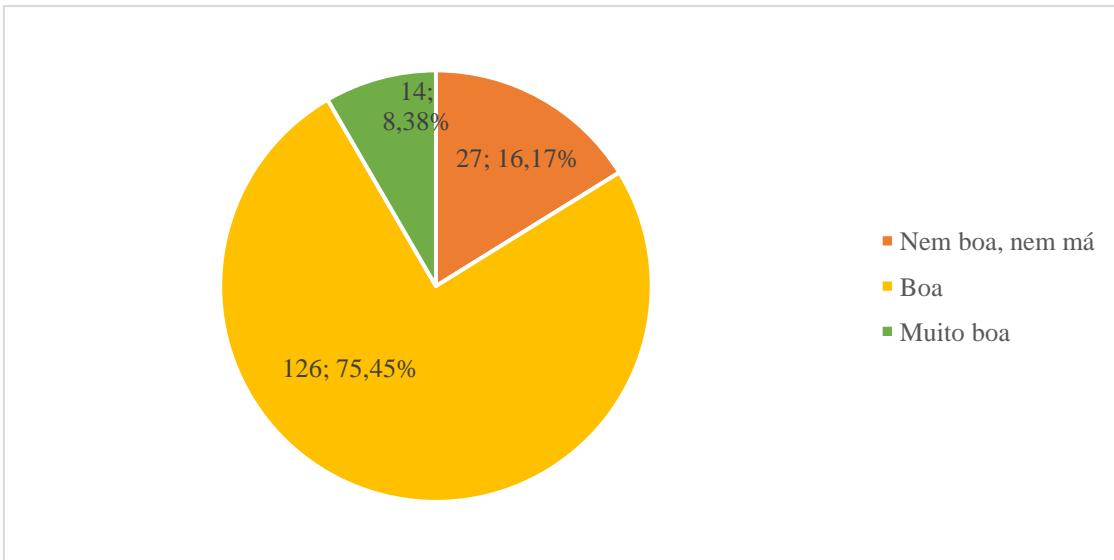


Figura 2 – Caraterização da qualidade de vida

Autoavaliação do envelhecimento, da autonomia, bem-estar físico

Relativamente à autoavaliação dos possíveis sinais de entrada no envelhecimento, figura 3, observa-se que 62,87% (105) focaram as dores físicas; 61,08% (102) a alteração de fisionomia; 46,11% (77) referiram a perda de memória; 11,38% (19) a perda de equilíbrio e 5,39% (9) a perda de autonomia.

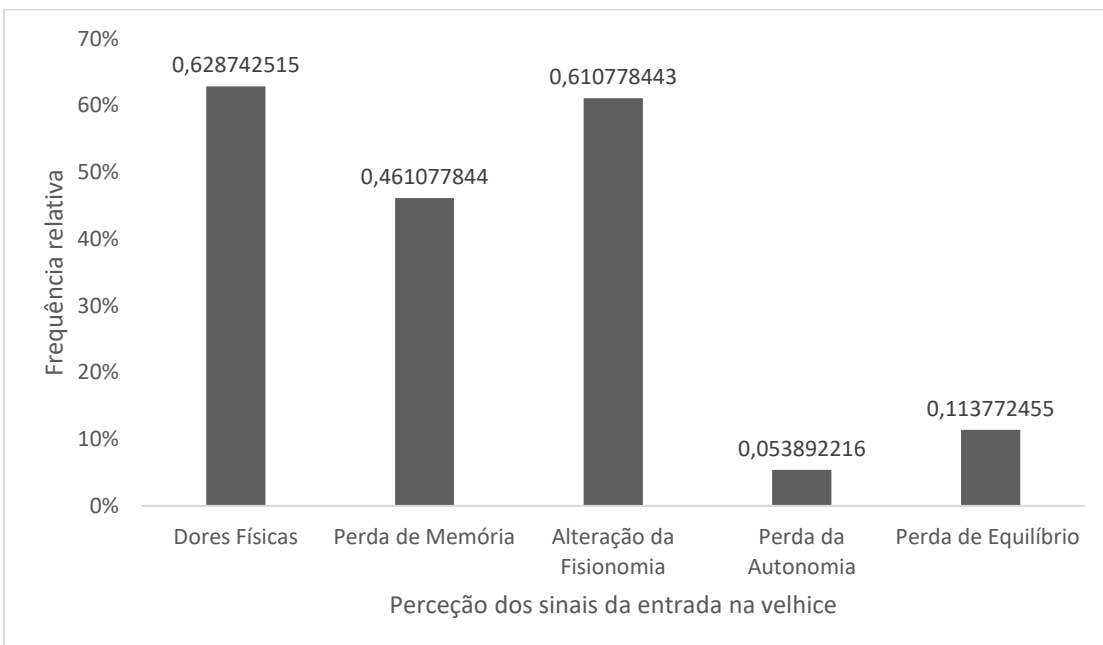


Figura 3 – Caraterização da percepção dos sinais de entrada na velhice

Quando questionados sobre o modo como encararam a mudança e possível entrada na velhice, 68,3% (114) afirmaram que encararam bem essa mudança, figura 4.

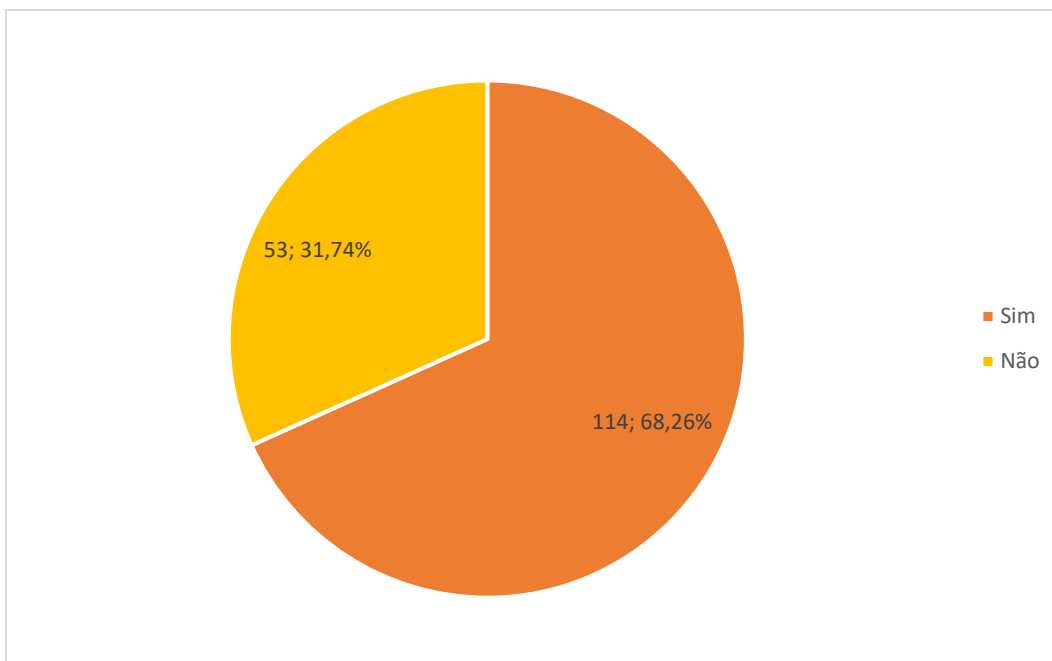


Figura 4 – Caraterização da percepção da reação à mudança

Na tabela 2 apresentam-se os resultados da caraterização da autoavaliação da autonomia, bem-estar físico e autocuidado. Verifica-se que 98,8% (165) dos inquiridos considera-se autónomo para a realização das suas tarefas do dia-a-dia. Por outro lado, 10,2% (14) dos inquiridos afirmou que as suas dores físicas o impedem de fazer as atividades de vida diária. Observa-se que 58,1% (97) referiram que praticavam regularmente atividade física; 89,8% (150) referiu que se alimentava de forma saudável e 73,7% (123) afirmou que vai ao médico com regularidade.

Tabela 2 - Caraterização Autoavaliação da Autonomia, Bem-Estar Físico

Variáveis		Frequência absoluta	Frequência relativa
Considera-se autónomo para a realização das suas tarefas do dia-a-dia?	Sim	165	98,8%
	Não	2	1,2%
	Total	167	100%
As suas dores físicas (caso se manifestem) impedem-no (a) de fazer as atividades de vida diária?	Sim	14	10,2%
	Não	150	89,8%
	Total	167	100%
Pratica regularmente atividade física?	Sim	97	58,1%
	Não	70	41,9%
	Total	167	100%
Alimenta-se de uma forma saudável?	Sim	150	89,8%
	Não	17	10,2%
	Total	167	100%
Vai ao médico com regularidade?	Sim	123	73,7%
	Não	44	26,3%
	Total	167	100%

Envelhecimento Ativo

Pediu-se aos inquiridos que respondessem o que entendiam por envelhecimento ativo, os resultados apresentam-se na figura 5. Observa-se que dos 167 inquiridos 90,41% (151) referiram que era manter-se fisicamente ativo; 89,2% (149) disseram que era manter-se psicologicamente ativo; 61,68% (103) referiram que consistia em participar em atividades educativas e de lazer; 49,10% (82) afirmaram que era participar na vida comunitária; 47,31% (79) disse que era trabalhar e 40,72% (68) referiu que deviam fazer exercício físico.

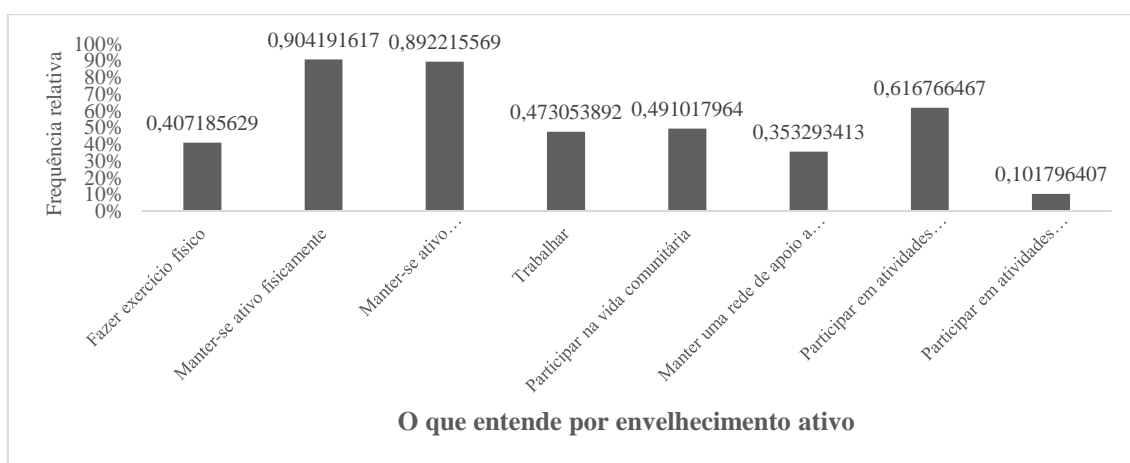


Figura 5 – Caracterização da perceção do envelhecimento ativo

Na figura 6 apresenta-se a caracterização das respostas dos equipamentos/respostas sociais que possivelmente os inquiridos podem frequentar na velhice. Observa-se que dos 167 inquiridos 50,9 % (85) referiu a Universidade Sénior; 58,68% (98) indicou o turismo sénior; 33,53% (56) afirmaram que viveriam em repúblicas com um grupo de amigos; 25,75% (43) referiram o apoio domiciliário; 17,37% (29) a estrutura residencial para idosos e 13,17% (22) o centro de dia.

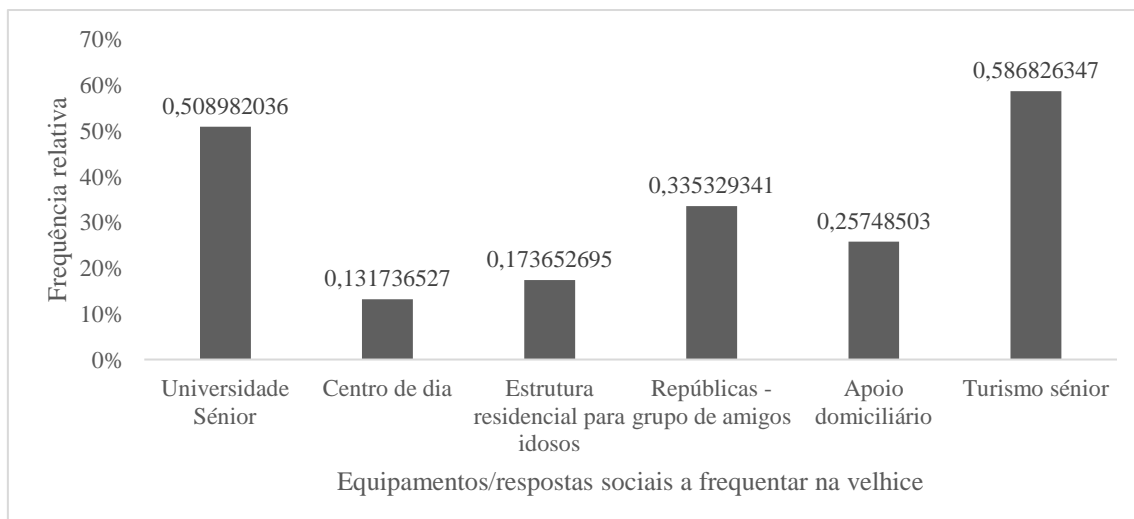


Figura 6 – Caraterização dos possíveis equipamentos/respostas sociais a frequentar na velhice

Estratégias desenvolvidas num quadro de promoção do envelhecimento ativo e saudável

Quanto às atividades de tempos livres, figura 7, observa-se que entre os 167 inquiridos as mais populares eram: as redes sociais com 67,66% (113) referências; ver televisão assinalada por 64,07% (107); executar trabalhos domésticos referida por 60,48% (101); fazer atividade física indicada por 59,88% (100) e o convívio social referenciada por 53,29% (89). As restantes ocupações: crochet, voluntariado, apoio familiar, ler o jornal e jogar cartas eram realizadas por menos de 50% dos 167 inquiridos cada uma delas.

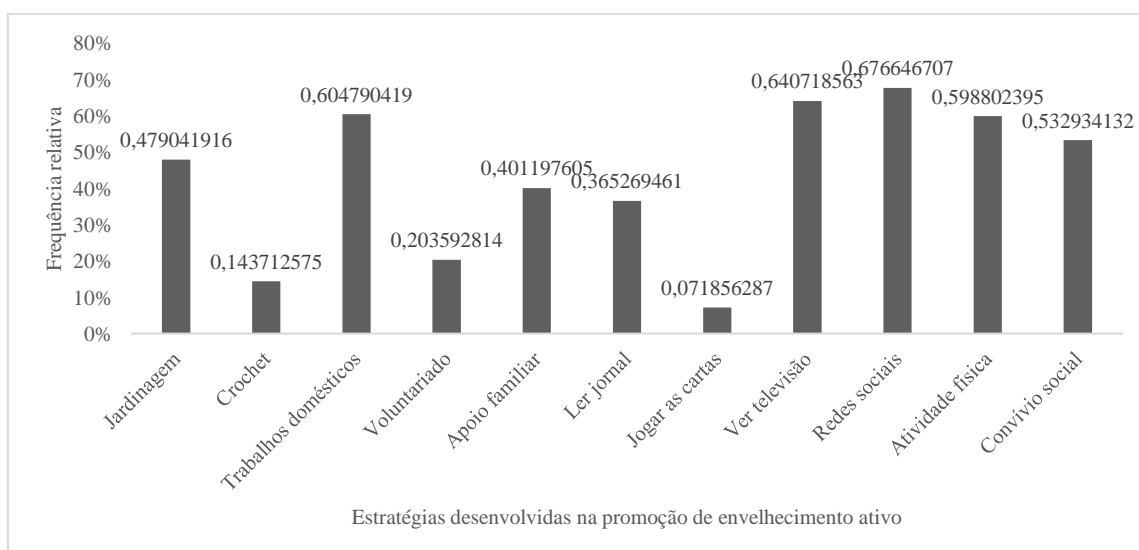


Figura 7 – Caraterização das estratégias desenvolvidas na promoção do envelhecimento ativo

Por análise da figura 8 observa-se que a atividade cívica que mais ocupa os inquiridos é o apoio familiar, pois 68,26% (114) dos 167 referiram-na. Por outro lado, dos 167 inquiridos cerca de 17% referiram as associações e o voluntariado.

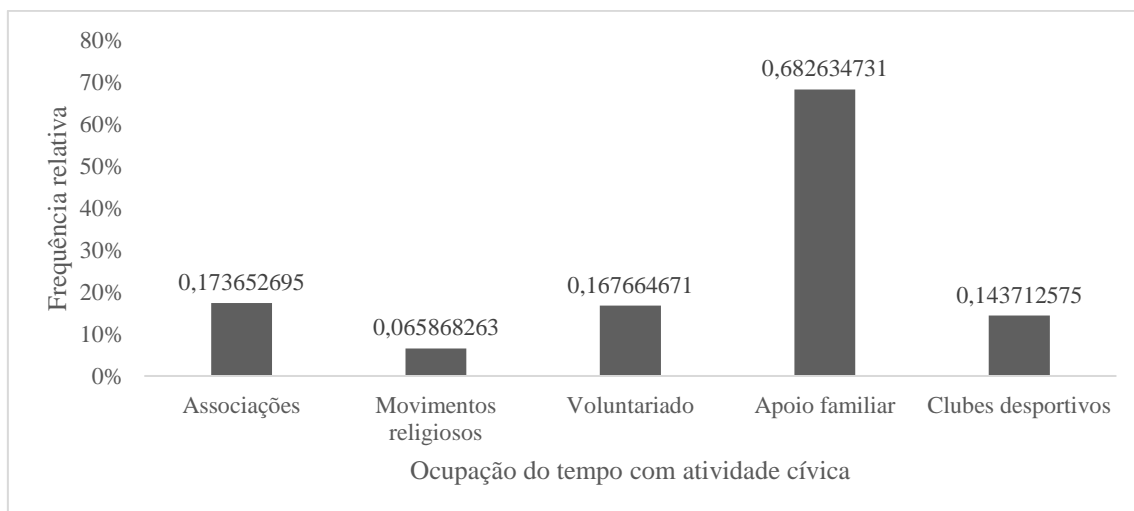


Figura 8 – Caraterização das atividades cívicas

A prática de exercício físico habitual por parte dos inquiridos encontra-se ilustrada na figura 9. Observa-se que a atividade mais popular são as caminhadas, praticadas por 82,04% (137) dos inquiridos. Observa-se ainda que dos 167 inquiridos 22,16% (37) afirmaram que frequentavam o ginásio; 13,77% (23) responderam que andavam na natação e o mesmo número de inquiridos também andava na dança.

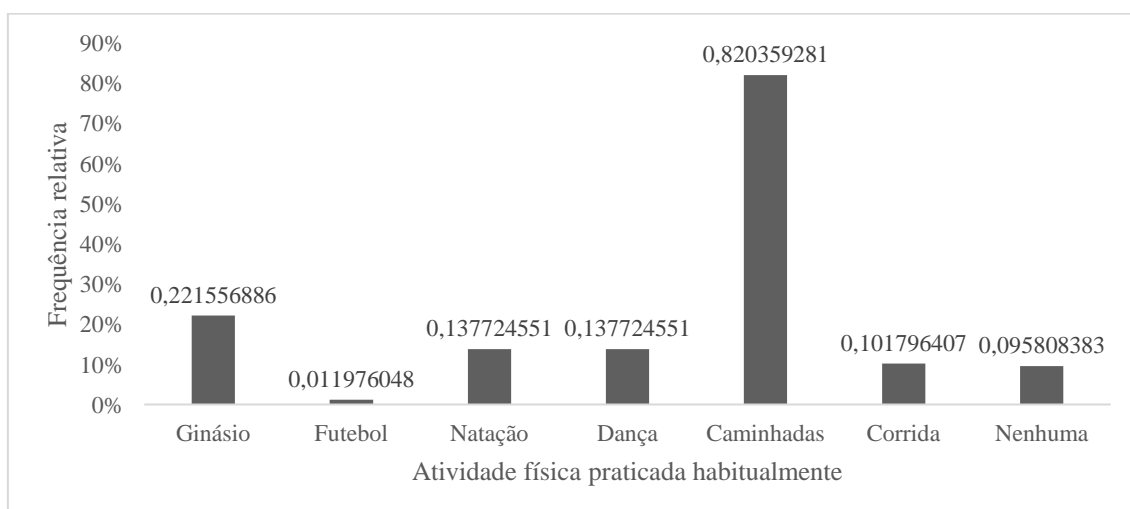


Figura 9 – Caraterização das atividades físicas praticadas habitualmente

Na figura 10 apresentam-se as atividades culturais a que os inquiridos se dedicam habitualmente. Observa-se que dos 167 inquiridos, 68,26% (114) referiram que costumam ler; 62,3% (104) afirmaram que ouvem música; 64,07% (107) disse que costuma utilizar as novas TIC; 34,13% (57) afirmou que assistia a cinema; 18,56% (31) disse que assistia a teatro; 20,96% (35) referiu que participava em formações e cerca de 6% dançavam.

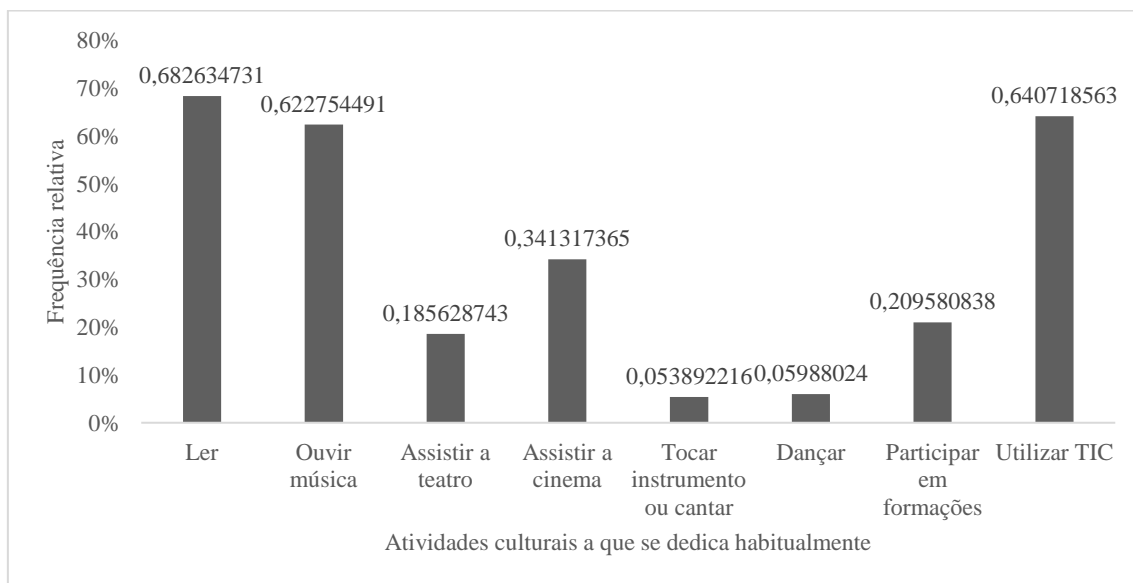


Figura 10 – Caraterização das atividades culturais a que se dedica habitualmente

Apresentam-se na tabela 3 algumas das estratégias desenvolvidas pelos inquiridos na promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Verifica-se que 12,6% (21) dos indivíduos afirmaram que tinham uma atividade que completava o rendimento auferido; a maioria, 65,3% (109) afirmou que investia em relações de vizinhança de proximidade; 78,4% (131) referiu que procurava o apoio de familiares e amigos; 85,6% (143) afirmou que prestava apoio a familiares e amigos e 52,1% (87) disse que se mobilizava intencionalmente para conhecer pessoas ou alargar o seu ciclo de amigos. Verificou-se ainda que 53,9% (90) referiu que procura ofertas formativas que lhe permitam desenvolver novas competências e que 94,0% (157) disse que gostava de partilhar conhecimento e experiência de vida com os mais jovens.

Tabela 3 - Caracterização de estratégias desenvolvidas na promoção do envelhecimento Ativo

Questões		Frequência absoluta	Frequência relativa
Exerce alguma atividade que complemente o rendimento auferido?	Sim	21	12,6%
	Não	146	87,4%
	Total	167	100%
Investe em relações de vizinhança de proximidade?	Sim	109	65,3%
	Não	58	34,7%
	Total	167	100%
Procura o apoio de familiares e amigos?	Sim	131	78,4%
	Não	36	21,6%
	Total	167	100%
Presta apoio a familiares e amigos?	Sim	143	85,6%
	Não	24	14,4%
	Total	167	100%
Mobiliza-se intencionalmente para conhecer pessoas?	Sim	87	52,1%
	Não	80	46,1%
	Total	167	100%
Procura ofertas formativas que lhe permitam desenvolver novas competências?	Sim	90	53,9%
	Não	77	46,1%
	Total	167	100%
Gosta de partilhar o seu conhecimento e experiência de vida com os mais jovens?	Sim	157	94,0%
	Não	10	6,0%
	Total	167	100%

Relação compreendida entre qualidade de vida e envelhecimento ativo

Na tabela 4 encontram-se os resultados da relação compreendida entre qualidade de vida e envelhecimento ativo. Observa-se que todos os inquiridos consideraram importante ter um envelhecimento ativo. A maioria, 95,2% (159) afirmou que se considerava uma pessoa ativa e 98,8% (165) confirmou que no seu entender a promoção de um envelhecimento ativo pode proporcionar uma melhor qualidade de vida, destes 72 afirmaram que tal promoção permitia ter um envelhecimento física e psicologicamente mais saudável.

Tabela 4 - Caracterização da relação compreendida entre qualidade de vida e envelhecimento ativo

Questões		Frequência absoluta	Frequência relativa
Considera importante ter um envelhecimento ativo?	Sim	167	100,0%
	Não	0	0,0%
	Total	167	100%
Considera-se uma pessoa ativa?	Sim	159	95,2%
	Não	8	4,8%
	Total	167	100%
Na sua opinião, a promoção de um envelhecimento ativo pode proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida?	Sim	165	98,8%
	Não	2	1,2%
	Total	167	100%

Relativamente à questão semiaberta relativa à relação compreendida entre a a qualidade de vida e envelhecimento ativo verificamos uma tendência de resposta que articula a qualidade de vida com a atividade no envelhecimento. A título de exemplo transcrevem-se as seguintes respostas:

“É importante estar em atividade pois o corpo e a mente também se mantêm ativos, não há tanta solidão.” (S 28)

“Sem qualidade de vida não podemos ter um envelhecimento ativo e saudável.” (S 41)

“Porque a atividade quer física quer mental, permite que me mantenha jovem por mais tempo” (S 58).

As respostas à questão *“Na sua opinião, a promoção de um envelhecimento ativo pode proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida? Porquê?”* reforçam as previamente dadas nas questões de escolha múltipla e, neste sentido, podemos afirmar que reforçam o que foi observado através da análise quantitativa dos resultados obtidos.

A última questão aberta - *“Para concluir, quais são as preocupações e planos para o futuro?”*- possibilita aos inquiridos responderem por suas palavras sobre as preocupações e planos para o futuro. O objetivo subjacente a esta questão prende-se com a intenção de verificar a relevância do tema em estudo e quais as principais preocupações que as pessoas têm em relação a uma fase da vida mais tardia. Transcrevem-se algumas das respostas dos inquiridos que são ilustrativas de alguma das suas preocupações e planos.

Para simplificar a leitura apresentamos, num primeiro momento as preocupações:

“perda de autonomia, doença, falta de suporte familiar, aumento das despesas com a saúde e a perda de autonomia financeira autonomia.” (S 74);

“A minha maior preocupação, é (por qualquer motivo), deixar de praticar o envelhecimento ativo.” (S 123);

“Perder família/amigos/isolamento.” (S 137);

“O ser humano, globalmente, não tem dado mostras de conseguir aprender com a História de forma a não repetir os erros do passado nem consegue desapegar-se do seu "eu" para conseguir ver o "nós", quer como espécie quer como um planeta que alberga múltiplas espécies de seres vivos. Atualmente as transformações processam-se muito rapidamente e existe um

grande desfasamento entre os ritmos da evolução tecnológica e científica e da evolução "moral" ou da consciência social, por outro. Ao nível pessoal as minhas preocupações prendem-se com o não conseguir cumprir os meus planos, quer por incapacidade minha, por problemas de saúde física e/ou mental; quer pela degradação ambiental e social que possa existir e que possa afetar e transformar este planeta que é a base de toda a nossa existência.” (S 151).

Das respostas dadas percebemos uma grande preocupação com a perda de autonomia (em diversas formas), a deterioração da saúde, o isolamento e a solidão. Relativamente aos planos que fazem para o futuro verificamos que são diversos e que tendem a focar-se na promoção do envelhecimento ativo e que também se orientam para os projetos familiares, como se ilustra de seguida:

“ver crescer o meu neto, pagar a casa, continuar a pintar, publicar um livro, poder beijar e abraçar e rir com os meus amigos.” (S 74)

“O meu plano para o futuro é, praticar o mais tempo possível uma atividade física, mental e social, que me garanta uma boa qualidade de vida e ser independente, o mais tempo possível.” (S 123)

“tenciono quando me reformar aproveitar o tempo disponível para continuar a aprender, frequentar cursos de formação e assistir a colóquios e conferências; ajudar os meus filhos; conviver com os amigos e família e viajar.” (S 151)

5.2. Discussão dos Resultados

Sobre a caracterização sociodemográfica, de acordo com Cabral (2013) e Schneider e Irigaray (2008), podemos considerar estudos sobre o envelhecimento nos quais a amostra é jovem, 50 ou mais anos, uma vez que se considera ser uma fase na qual se prepararam a fase posterior, pode ser considerada como uma idade de transição, sendo o envelhecimento numa fase mais tardia. A constituição da amostra do presente estudo reflete esta visão uma vez que uma parte considerável dos respondentes (40,7%) se encontra na faixa etária que se situa entre os 50 e os 55 anos de idade.

Ainda de acordo com Cabral (2013) e Schneider e Irigaray (2008), é importante considerar fatores relevantes atuais de grande complexidade de análise dos processos de envelhecimento que não se prendem apenas com a idade, mas, sobretudo, com trajetos de

vida diferenciados que influenciam os resultados de um envelhecimento ativo. Desta forma é pertinente a análise de outras características sociodemográficas da amostra deste estudo, assim acrescenta-se que 77% dos inquiridos são do sexo feminino, maioritariamente casados ou em união de facto (65,9%), escolarizados (68,9%) e com poder económico (62,3%) mantendo-se ativos e empregados. Características estas que podem ser relevantes na interpretação dos resultados obtidos.

De acordo com os autores Minayo, Hartz e Buss (2000), o conceito de QV está relacionado com a classe social elevada, ou seja, segundo os dados obtidos neste estudo a maioria dos indivíduos tem formação académica superior (68,9%). Também de acordo com vários autores (Liberatos, Link & Kelsey, 1988; Grundy & Holt, 2001; Utz et al., 2002; Ajrouch, Blandon & Antonucci, 2005), o trabalho influencia as redes interpessoais e o estado civil de casados ou uniões de facto refletem maior participação social e atividade, redes extensas são associadas a níveis elevados de escolaridade e a classes sociais mais altas, o que se verifica neste estudo uma vez que a maioria dos inquiridos está empregada, casada ou em união de facto e caracteriza-se por um nível social mais elevado.

Convém, também, referir que este estudo, por se tratar de uma amostra de conveniência, não é representativo desta faixa etária.

Relativamente à caracterização da autoavaliação da autonomia, bem-estar físico e autocuidado, salienta-se que, de acordo com a OMS (2002), e os autores Jacob e Fernandes (2011) e com Ribeiro e Paúl (2011), o princípio da autonomia e da participação ativa nas atividades do dia-a-dia são fatores fundamentais para a autorrealização ao longo do envelhecimento ativo, o que é visível nos resultados obtidos uma vez que 98,8% na nossa amostra considera-se autónomo, 89,8% de indivíduos que referem não ter dores físicas devido à sua participação ativa na vida diária contrariamente a uma percentagem reduzida de 10,2% afirmam sentir incapacidade para participar ativamente na vida diária. Como foi referido anteriormente, estes resultados estão relacionados com as características da amostra e vão na mesma linha do que tem sido apresentado na bibliografia de referência.

Segundo a OMS (2005), Fernández-Ballesteros (2002) e Silva (2014), a prática regular de exercício físico reduz os efeitos do envelhecimento e retarda fatores incapacitantes relacionados com o envelhecimento, na nossa amostra 58,1%, dos indivíduos afirmam que têm vindo a praticar com regularidade exercício físico o que, de alguma forma, traduz uma crescente consciência de que este tipo de atividade reduz os efeitos do envelhecimento.

De acordo com Ribeiro e Paúl (2011) a alimentação saudável e a manutenção da saúde, através de consultas de rotina e diagnósticos regulares constituem fatores relevantes para a promoção de um envelhecimento saudável. A este respeito, salientamos que na nossa amostra, 89,8% e 73,7% dos respondentes afirmam ter estes cuidados, o que revela também a percepção de que estes cuidados são necessários para a manutenção e promoção da saúde e do bem-estar.

Têm sido várias as estratégias apontadas como promotoras de envelhecimento ativo na bibliografia (OMS, 2002; Bowling, Banister & Sutton, 2003; Kohli, Hank & Künemund, 2009; PNA-AEEASG, 2012) como o emprego e aprendizagem a saúde, as condições de vida, a solidariedade e diálogo intergeracional e o voluntariado/participação cívica. Relativamente a esta questão verifica-se no nosso estudo que dos respondentes: 85,6% presta apoio ativamente a familiares ou amigos e 78,4% procura esse apoio. Um outro aspeto que se considera relevante é o investimento nas relações de proximidade como referem Attias-Donfut (1995) e Kohli, Hank e Künemund (2009) o que aparece também valorizado pelos respondentes no presente estudo uma vez que 65,3% procura investir em relações de proximidade e uma larga maioria de 94,0%, refere a importância da partilha e do diálogo intergeracional com indivíduos mais jovens como estratégias fundamentais para manter um envelhecimento ativo.

De acordo com Carvalho e Baptista (2004), Magalhães (2005) e Jacob e Fernandes (2011) a aprendizagem ao longo da vida, através de ofertas formativas, tem vindo a crescer na sua importância para os indivíduos, o que é visível também nos nossos resultados, uma vez que 53,9% dos respondentes a considera como estratégia para o EA na procura de autorrealização de objetivos pessoais e profissionais específicos de cada indivíduo. Ainda que mais de metade dos respondentes tenham considerado esta resposta salientamos a sua menor expressão quando comparada com outras estratégias de promoção de EA.

De acordo com vários organismos internacionais e nacionais como a OMS (2002), a OCDE (2000), a Direção-Geral da Saúde (2017) e, ainda, de acordo com a revisão bibliográfica (Irigaray & Trentini, 2009; Ribeiro & Paúl, 2011; Jacob & Fernandes, 2011; e Silva, 2015), podemos sustentar a ideia de que existe uma relação estreita entre qualidade de vida e envelhecimento ativo, o que é também visível na nossa amostra que refere 98,8% de indivíduos consideram que o envelhecimento ativo, engloba os níveis de saúde física e psicológica mais saudável, e é responsável pelo prolongamento da qualidade de

vida, o que ilustra uma maior consciência e sensibilização das pessoas nesta faixa etária para as questões do envelhecimento. Deste modo, é possível concluir que o EA é um processo de adaptação contínua do funcionamento físico (incluindo a saúde), motivacional, social, cognitivo e emocional, que acontece continuamente ao longo da vida, como um processo de otimização das oportunidades de manter a saúde e a qualidade de vida na fase mais tardia da vida dos indivíduos mais velhos.

O questionário utilizado neste estudo contém 1 questão semiaberta e 1 questão aberta (6.3 e 6.4, cf. Anexo 1). O objetivo destas questões foi, genericamente, identificar aspetos relevantes não previstos nas possibilidades de resposta dadas aos restantes itens do questionário.

Considerações finais

A investigação bibliográfica, que suportou teoricamente este estudo sobre Estratégias para um Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento permitiu a análise e a recolha de dados reais que demonstraram perspectivas e pontos de vista dos indivíduos envolvidos neste estudo.

A interação entre os indivíduos, a importância da partilha e do diálogo intergeracional, o emprego e aprendizagem, a saúde, as condições de vida, a solidariedade/voluntariado/participação cívica, a atividade física, motivacional, social, cognitiva e emocional, que acontece continuamente ao longo da vida, revelaram-se estratégias fundamentais para um processo de otimização das oportunidades de manter a saúde e a qualidade de vida numa fase mais tardia da vida dos indivíduos mais velhos. Uma vez que estes fatores permitem que o indivíduo se mantenha ativo, com um estilo de vida saudável e que melhore o seu processo de envelhecimento mantendo a qualidade de vida.

Após a análise e apresentação dos dados obtidos através da aplicação do inquérito por questionário, procedemos à discussão dos mesmos confrontados com o problema e os objetivos delineados no ponto 4.1 do capítulo IV. Os resultados globais possibilitam verificar que a questão de investigação formulada - As pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos, percebem que a adoção de hábitos de envelhecimento de forma ativa e saudável lhes permite melhor qualidade de vida? – e os objetivos propostos no sentido de identificar os fatores que levam os indivíduos cada vez mais cedo a identificar fatores que lhes permitem atrasar o envelhecimento e manter, até cada vez mais tarde, a sua qualidade de vida e autonomia, foram concretizados.

Assim, podemos considerar que o nosso estudo permitiu-nos concluir que os indivíduos acreditam ser fundamental ter um envelhecimento ativo. Ou seja, não restam dúvidas aos inquiridos sobre a importância fundamental da questão do envelhecimento ativo para proporcionar uma melhoria na sua qualidade de vida.

Destacamos que os fatores identificados pelos indivíduos para melhorarem e fomentarem a sua qualidade de vida são atribuídos, em primeiro lugar à prática de atividade física e intelectual. Ao bem-estar psicológico, a manutenção da saúde, as relações interpessoais saudáveis, a realização pessoal, o poder monetário e o estatuto social são fatores

destacados como sendo um conjunto importante que contribui significativamente para a qualidade de vida e para um envelhecimento positivo.

Apesar de os indivíduos inquiridos considerarem fundamental a atividade física para envelhecer com qualidade de vida e saúde, ainda é, apenas, uma pequena percentagem de cerca de pouco mais de metade dos inquiridos que pratica exercício físico como um hábito de vida regular (inscritos ou não em ginásios ou noutras instituições/organizações que permitam a prática regular e acompanhada de atividade física), embora a parte restante dos indivíduos indique que pratica atividade física não regular, no entanto afirma que pratica com regularidade caminhadas e, neste sentido, existe sempre um reconhecimento dos indivíduos sobre a importância da atividade física para manter a jovialidade. A restante parte dos indivíduos que não pratica atividade física para manter um envelhecimento ativo encontra resposta nas atividades de lazer, na participação da vida comunitária, no apoio a vizinhos, na participação de atividades educativas, na participação de atividades religiosas e, ainda, na atividade profissional.

Relativamente à atividade intelectual, já numa fase mais tardia, pós-reforma, é claramente notória uma procura, cada vez mais, acentuada, de modo quase igualitário, entre a frequência do turismo sénior e as ofertas educativas das universidades seniores. A procura de ofertas formativas que vá ao encontro dos interesses e enriquecimento pessoal dos indivíduos é cada vez mais acentuada e com tendência ao crescimento na procura da individualização das formações que pretendem frequentar para desenvolverem novas competências e aprofundarem áreas do seu interesse. Neste sentido, é importante refletir que os centros de dia, o apoio domiciliário e as residenciais para idosos, muito procuradas num passado próximo, são claramente respostas em declínio num futuro próximo, pouco procuradas e com tendência à caducidade devido a não preencherem os requisitos dos futuros “jovens idosos” que se enquadram num estilo de vida promotor de um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido é importante pensar nas respostas sociais para estes novos seniores, com perspetivas muito claras sobre a importância da atividade e da participação ao longo de toda a vida.

Torna-se evidente que as possibilidades económicas dos indivíduos influenciam as suas Estratégias para um Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento. É claro que os indivíduos que frequentam ginásios, espaços culturais, consultas médicas de rotina, universidades seniores e outras formações, têm inevitavelmente, um nível cultural e um poder económico superior aos demais indivíduos que não têm acesso facilitado e gratuito a esses espaços culturais, de lazer e saúde.

Mediante este cenário, e tendo em consideração que a maioria dos indivíduos analisados pertence a uma classe social marcada por algum tipo de privilégio (educacional, económico, ou ambos) e que na sua maioria são do sexo feminino, o Educador Social deve estar interessado em oferecer respostas sociais que se adequem ao nível social, à faixa etária e ao sexo em questão dos indivíduos inquiridos, ou seja, ajudar o indivíduo a ser um membro útil/ativo e válido para a sociedade, ajudando-o a desenvolver/manter as suas capacidades intelectuais assumindo as suas próprias escolhas e iniciativas nesta fase da vida. No sentido de maximizar o desenvolvimento da pessoa ao longo da vida e também de aproveitar, do ponto de vista comunitário, todas as potencialidades e saberes que caracterizam os cidadãos e cidadãs nestas faixas etárias.

O papel do educador no processo de envelhecimento ativo destes indivíduos deve diversificar as respostas sociais e enriquecer a oferta das mesmas. Atualmente esta população envelhece com maior qualidade de vida e de forma mais ativa, preparando-se melhor para um envelhecimento ativo quando chegam a uma eventual fase de maior declínio, sendo que as respostas sociais existentes não respondem às necessidades futuras desta geração que melhor se prepara e mais exige. As ofertas sociais existentes atualmente devem ser refinadas a outro nível promovendo por exemplo o acesso à internet, leituras, jogos interativos, atividades de culinária e hábitos alimentares, entre outras ofertas educativas e de lazer que satisfaçam as suas necessidades mais exigentes nos anos vindouros. O educador social deve ser capaz de conseguir mostrar à sociedade que faz a diferença relativamente à exigência das respostas sociais a serem criadas, para diferentes pessoas, tendo em conta as especificidades individuais, para satisfazer as necessidades sociais e individuais. Com a finalidade de contribuir de modo dinâmico para uma sociedade que se prepara cada vez mais para um envelhecimento ativo futuro.

Como desafio para esta investigação consideramos que determinados problemas sociais são, apenas, possíveis de resolver mediante estratégias de intervenção participativa, fundamentadas em parcerias, ou redes de intervenção e corresponsabilização. Atualmente, deve existir uma consciencialização, complementaridade e ajuste entre as ofertas educativas sociais e um conhecimento claro sobre o que, efetivamente, os “novos jovens idosos” procuram para satisfazer os seus interesses de crescimento intelectual. Este estudo permitiu, prestar um pequeno contributo no sentido de desvendar que existe, cada vez mais, por parte dos indivíduos, uma maior procura de respostas socioeducativas diversificadas adequadas à diversidade atual das exigências dos indivíduos mais velhos, e que certamente precisaram de continuar a ser

analisadas noutras investigações futuras, sobre as quais não existem as ofertas adequadas, ou são muito diminutas, para fazer face a essa procura de respostas socioeducativas na faixa etária aqui estudada.

Referências bibliográficas

- Aaker, D., Kumar, V., & Day, G. (2004). *Pesquisa de marketing*. Atlas.
- Ajrouch, K., Blandon, A., & Antonucci, T. (2005). Social networks among men and women: the effects of age and socioeconomic Status. *Journal of Gerontology*, 60B (6), S311-S317.
- Allen, D. (2000). Social networks and self-employment. *Journal of Socio-Economics*, 29, 487-501.
- Assembleia Americana (1960). *Metas para os americanos que compreendem o relatório da Comissão do Presidente sobre metas e capítulos nacionais submetidos à consideração da Comissão*. Nova York: Columbia University Press.
- Attias-Donfut, C. (Org.). (1995). *Les solidarités Entre Générations: Vieillesse, Familles, État*. Nathan.
- Barata, N. (2009). *Relação diádica e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia, Santiago de Compostela.
- Biggs S., Phillipson C., Money, A., & Leach, R. (2006). The age-shift: observations on social policy, ageism and the dynamics of the adult lifecourse. *Journal of Social Work Practice*, 20 (3), 239-250.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging & Human Development*, 56 (4), 269-306.
- Cabral, V. (Coord.). (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Caride, J. (2005). *Las fronteras de la pedagogia social. Perspectivas científica e histórica*. Editorial Gedisa.

Carvalho, A., & Baptista, I. (2004). *Educação Social. Fundamentos e estratégias*. Porto Editora.

Cervo, A., & Bervian, P. (2002). *Metodologia científica* (5.^a Edição). Prentice Hall.

Despacho n.º12427/2016 de 17 de outubro.

Direção-Geral da Saúde, (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, nos termos do despacho n.12427/2016 de 17 de outubro*. Em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> (Consultado no dia 20/04/2020).

European Commission (2016). *Eurostat: your key to European statistics*. Em <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>> (Consultado no dia 22/04/2020).

Fayers, P., & Machin, D. (2002). *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. John Wiley.

Fernandes, A. (2011). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo – Contribuciones de la Psicología*. Ediciones Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (Dir.), (2002). *Vivir con vitalidad*. Ed. Pirámide.

Fleck M., Louzada, S., Xavier M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L, *et al.*, (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista Saúde Pública*, 34(2), 178-83.

Fleck, M. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Artmed Editora.

Fleck, M., Chachamovich E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista Saúde Pública*, 40(5), 785-91.

- Fralda, L. (2013). *Envelhecimento ativo e serviço social: envelhecimento ativo e o seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos* (Tese de Mestrado em Serviço Social). Universidade Lusíada de Lisboa.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5.^a Edição). Atlas.
- Grundy, E., & Holt, G. (2001). The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 895–904.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=65946997&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt (Consultado no dia 23/04/2020).
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Resultados dos Censos 2011*. Em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao (Consultado no dia 22/04/2020).
- Irigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjectiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 26(3), 297-304 Em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03>>. (consultado no dia 22/04/2020).
- Jacob, L. (2008). *Animação de Idosos: atividades*. Edição Ambar.
- Jacob, L., & Fernandes, H. (2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Edição Rutis.
- Kleiber, D., & Amigo, F. (2012). La educación para el ocio como preparación para la jubilación en Estados Unidos y España. *Pedagogia Social Revista Interuniversitaria*, 20, 137-176.
- Kohli, M., Hank, K., & Künemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: patterns, dynamics and contexts. *Journal of European Social Policy*, 19 (4), 327-340.
- Liberatos, P., Link, B., & Kelsey, J. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10, 87–121.

- Magalhães (2005). *Envelhecimento demográfico novos desafios*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança.
- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing* (3.^a Edição). Bookman.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (1996). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados* (3.^a Edição). Atlas.
- Mattar, F. (2001). *Pesquisa de marketing* (3.^a Edição). Atlas.
- Mesquita, J. (2007). *A importância do suporte social na promoção da qualidade de vida dos residentes na comunidade* (Dissertação de mestrado em Serviço Social). Universidade Lusíada de Lisboa.
- Minayo, M. (2001). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (18.^a Edição). Vozes. Em http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf. (Consultado no dia 23/04/2020).
- Minguéz, J., (2004). *La Educación en personas mayores: ensayo de nuevos caminos*. Narcea.
- Moody, H. (2006). *Aging. Concepts and Controversies*. Pine Fore Press.
- Organização Mundial de Saúde (OMS), (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). *Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação*. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. Em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007. (Consultado no dia 23/04/2020).
- PNA-AEEASG, Programa Nacional de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações- (2012). *Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações: programa de ação, 2012: Portugal*. Em

<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.p>> (Consultado no dia 23/04/2020)

Puig Llobet, M., Rodríguez Ávila, N., Farràs Farràs, J., & Lluch Canut, M. (2011). *Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Em [http:// www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04)>. (Consultado no dia 23/04/2020).

Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento Ativo*. Edições Lidel.

Selltiz, C., Wrightsman, L., & Cook, S. (1965). *Métodos de pesquisa das relações sociais*. Herder.

Silva, J. (2015). *Envelhecimento ativo e qualidade de vida: uso do tempo e condições de vida dos idosos do Bonfim*. Universidade Fernando Pessoa.

Silva, R. (2014). *A qualidade de vida como constructo para compreensão do mal-estar docente*. (Tese de Mestrado). Universidade Cidade de São Paulo.

Utz, R., Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C. (2002). The effect of widowhood on older adults' social participation: An evaluation of activity, disengagement and continuity theories. *The Gerontologist*, 42, 522–533.

WHO, (2002). *Active Ageing: a policy framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, World Health Organization.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. Em [https://www.jstor.org/stable/41344692?seq=1#page scan tab contents](https://www.jstor.org/stable/41344692?seq=1#page_scan_tab_contents)>. (Consultado no dia 02/02/2020).

Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20:2, 580-588. Em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt>. (Consultado no dia 02/02/2020)

Zikmund, W. (2000). *Business research methods*. (5.^a Edição). Dryden.

Anexos

Anexo 1 – Inquérito por questionário e consentimento livre e esclarecido a indivíduos entre os 50 e os 70 anos de idade

Questionário sobre envelhecimento ativo e qualidade de vida

Este questionário é realizado no âmbito do processo de recolha de dados de uma dissertação de Mestrado em Educação Social - Educação e Intervenção ao Longo da Vida, cujo título é *Estratégias para um Estilo de Vida Saudável no Envelhecimento*. Este estudo propõe-se conhecer a perceção de pessoas entre os 50 e 70 anos sobre o envelhecimento, a qualidade de vida e as estratégias que desenvolvem, num quadro de promoção do envelhecimento ativo e saudável.

A sua resposta é muito importante para percebermos como percebe o envelhecimento e como prepara os anos vindouros. Na resposta ao questionário solicitamos a maior sinceridade e assinalamos que não há respostas certas ou erradas, uma vez que o que se pretende é conhecer as formas como ocupa, ou planeia ocupar, o seu tempo livre nesta fase da sua vida. A sua participação neste estudo deve ser livre e voluntária e é-lhe garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas, uma vez que os dados serão sempre apresentados de forma agrupada.

Parte I

Caracterização Sociodemográfica

Responda às questões seguintes selecionando a alternativa de resposta que melhor caracteriza a sua situação (assinale apenas uma alternativa de resposta).

1. Qual é a sua idade?

- a. 50 a 55 anos
- b. 56 a 60 anos
- c. 61 a 65 anos
- d. 66 a 70 anos

2. Sexo

- a. Masculino
- b. Feminino

3. Qual é o seu estado civil?

- a. Solteiro/a
- b. Casado/a /União de facto
- c. Divorciado/a /Separado/a
- d. Viúvo/a
- e. Se respondeu: opção c ou d; desde que idade? _____

4. Quais são as suas habilitações literárias?

- Sem escolaridade
- 3.º ano do Ensino Básico (antiga 3.ª classe)
- 4.º ano do Ensino Básico (antiga 4.ª classe)
- 6.º ano do Ensino Básico (antigo 2.º ano do Ciclo Preparatório)
- 9.º ano do Ensino Básico (antigo 5.º ano de escolaridade)
- 11.º ano (antigo 7.º ano de escolaridade)
- 12.º ano
- Ensino Superior

5. Qual a sua situação profissional atual?

- Desempregado (a)
- Empregado
- Trabalhador por conta própria/Trabalhador independente
- Reformado

6. Qual a última profissão que exerce/exerceu? _____

7. Com quem vive?

- a. Sozinho (a)
- b. Cônjuge/ Companheiro (a)
- c. Filhos
- d. Outros
- e. Com quem? _____

Parte II

Percepções sobre envelhecimento Ativo e qualidade de vida

1. Percepção individual sobre a Qualidade de Vida

1.1- Na sua opinião, quais das seguintes alternativas são relevantes para a sua percepção de qualidade de vida (pode, se assim o entender, assinalar mais do que uma alternativa de resposta):

- a. Saúde do ponto de vista físico
- b. Bem-estar psicológico
- c. Poder monetário
- d. Realização pessoal
- e. Relações interpessoais saudáveis
- f. Estatuto social
- g. Outra

Qual? _____

1.2 Como avalia a sua qualidade de vida? (selecione apenas uma alternativa de resposta)

- a. Muita má
- b. Má
- c. Nem boa nem má
- d. Boa
- e. Muito boa

3. Autoavaliação do envelhecimento, da autonomia, bem-estar físico e autocuidado

Nas questões seguintes selecione a alternativa de resposta que melhor caracteriza a sua situação.

3.1 Considera que se encontra numa fase que se sente envelhecer?

Quais os sinais que assinala como evidentes?

	Sim	Não
Dores Físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteração da Fisionomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de Autonomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de Equilíbrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quais? _____

3.2 Se respondeu sim à questão anterior, encarou bem essa mudança?

- Sim
- Não

3.3 Considera-se autónomo para a realização das suas tarefas do dia-a-dia?

- Sim
- Não

3.4 As suas dores físicas (caso se manifestem) impedem-no (a) de fazer as atividades de vida diárias?

- Sim
- Não

3.5 Pratica regularmente atividade física?

Sim

Não

3.6 Alimenta-se de uma forma saudável?

Sim

Não

3.7 Vai ao médico com regularidade?

Sim

Não

4. Envelhecimento Ativo

4.1 O que entende por envelhecimento ativo (pode, se assim o entender, assinalar mais do que uma alternativa de resposta):

a. Fazer exercício físico

b. Manter-se ativo fisicamente

c. Manter-se ativo psicologicamente

d. Trabalhar, ou seja, manter-se ativo no emprego

e. Participar na vida comunitária

f. Manter uma rede de apoio a vizinhos e familiares

g. Participar em atividades educativas

h. Participar em atividades de lazer

i. Participar em atividades religiosas

4.2 Numa fase tardia da sua vida, imagina-se a frequentar algum destes equipamentos/respostas sociais/ respostas educativas, destinadas à população sénior?

- a. Universidade Sénior
- b. Centro de dia
- c. Centro de noite
- d. Estrutura residencial para idosos
- e. Repúblicas - grupo de amigos que vivem em comunidades e apoiam-se mutuamente
- f. Apoio domiciliário
- g. Turismo sénior
- h. Outra

Qual? _____

5. Estratégias desenvolvidas num quadro de promoção do envelhecimento ativo e saudável

5.1. O que faz durante os tempos livres? Considere atividades pós-reforma, ou de lazer se ainda tem vida laboral (pode, se assim o entender, assinalar mais do que uma alternativa de resposta):

- a. Jardinagem, vida de campo
- b. Crochet/Tricô
- c. Trabalhos domésticos
- d. Voluntariado
- e. Apoio familiar
- f. Ler o jornal
- g. Jogar as cartas
- h. Ver televisão
- i. Redes sociais
- j. Atividade física
- k. Convívio social
- l. Outro

Qual? _____

5.2 Exerce alguma atividade que complemente o rendimento auferido pelo exercício atual da sua profissão ou algum trabalho que complemente o rendimento auferido na sua reforma?

a. Sim

b. Não

Se sim, qual? _____

5.3 Ocupa o seu tempo com alguma atividade cívica? (pode, se assim o entender, assinalar mais do que uma alternativa de resposta):

a. Associações

b. Movimentos religiosos

c. Voluntariado

d. Apoio familiar

e. Clubes desportivos

f. Outro

Qual? _____

5.4 Que atividades físicas pratica habitualmente? (pode, se assim o entender, assinalar mais do que uma alternativa de resposta):

a. Ginásio

b. Futebol

c. Natação

d. Dança

e. Caminhadas

f. Corrida

g. Nenhuma

h. Outro

Qual? _____

5.5 A que atividades culturais se dedica com maior frequência? (pode, se assim o entender, assinalar mais do que uma alternativa de resposta):

- a. Nenhuma
- a. Ler
- b. Ouvir música
- c. Assistir a teatro
- d. Assistir a cinema
- e. Tocar um instrumento ou cantar
- f. Dançar
- g. Participa num grupo de teatro
- h. Participa em seminários / formações
- e. Utiliza as novas Tecnologias de Informação e Comunicação
- f. Outra(s)

Qual/Quais? _____

5.6 Investe em relações de vizinhança de proximidade?

- Sim
- Não

5.7. Procura o apoio de familiares e amigos?

- Sim
- Não

5.8 Presta apoio a familiares e amigos?

- Sim
- Não

5.9 Mobiliza-se intencionalmente para conhecer pessoas ou alargar o seu ciclo de amigos e conhecidos?

- Sim
- Não

5.10 Procura ofertas formativas que lhe permitam desenvolver novas competências ou aprofundar áreas do seu interesse?

Sim

Não

Se sim, qual/quais? _____

5.11 Gosta de partilhar o seu conhecimento e experiência de vida com os mais jovens?

Sim

Não

6. Relação compreendida entre Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo

6.1 Considera importante ter um envelhecimento ativo?

Sim

Não

6.2 Considera-se uma pessoa ativa?

Sim

Não

6.3. Na sua opinião, a promoção de um envelhecimento ativo pode proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida?

Sim

Não

Porquê? _____

6.4 Para concluir, quais são as suas preocupações e planos para o futuro?

Agradecemos a sua colaboração!