

Escola Superior de Educação

---

## **Envelhecimento ativo, trajetórias de vida e ocupações na reforma**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre na especialidade / área de Educação  
Social e Intervenção Comunitária**

**Ana Maria Miranda Rodrigues**

**Orientador**

**Prof. Doutor Paulo Coelho Dias**

**Abril, 2018**

**Escola Superior de Educação**

## **Envelhecimento ativo, trajetórias de vida e ocupações na reforma**

**Dissertação para a obtenção do grau de Mestre na especialidade / área de Educação  
Social e Intervenção Comunitária**

**Ana Maria Miranda Rodrigues**

**Orientador**

**Prof. Doutor Paulo Coelho Dias**

**Abril, 2018**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a sua realização fosse uma realidade.

Em especial, quero dedicá-lo aos que me são queridos, à minha família, pois sem o seu apoio não teria sido possível.

“Aqueles que têm um grande autocontrole, ou que estão totalmente absorvidos no trabalho, falam pouco. Palavra e ação juntas não andam bem. Repare na natureza: trabalha continuamente, mas em silêncio”.

Mahatma Gandhi



## **AGRADECIMENTOS**

O trabalho apresentado foi apenas concretizável devido à colaboração e apoio de algumas pessoas, às quais não posso deixar de prestar o meu reconhecimento.

Ao longo da realização deste trabalho, teria sido mais difícil o seu percurso se o tivesse realizado sozinha, caso não tivesse a compreensão e colaboração do meu Orientador, Professor Doutor Paulo Coelho Dias, a quem estou grata.

Aos meus pais, o meu total reconhecimento, pois a eles tudo devo e sem eles não teria chegado onde cheguei. Por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação de obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

Agradeço em especial ao meu filho, pela paciência que teve comigo, em momentos de exaustão.

Só a força dele, para me ajudar na conclusão deste trabalho.



## RESUMO

O envelhecimento da população tem vindo a aumentar nas últimas décadas a nível mundial. Em Portugal, de acordo com o Censo de 2011, é possível observar-se um aumento do envelhecimento da população entre 2011 e 2016, sendo que o Índice de Envelhecimento no nosso país era, em 2011 de 127,8 e em 2016 de 148,7. É neste contexto de envelhecimento que a Organização Mundial de Saúde reconhece, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002), a urgência de implementar estratégias para fazer face a este fenómeno, em prol de uma sociedade integrada, destacando a importância do conceito de envelhecimento ativo.

Este trabalho pretende debruçar-se sobre uma crescente realidade, a da população envelhecida e o impacto desse processo em etapas abruptas como o afastamento da vida laboral ativa. Assim, o objetivo do trabalho foi conhecer, caracterizar e analisar a perceção da população idosa do Concelho de Santarém face ao envelhecimento local.

Para esse efeito, selecionou-se uma amostra de 50 idosos do Concelho de Santarém, com um intervalo entre 65 a 87 anos, aos quais se aplicou um inquérito por questionário com questões referentes a valores culturais e tradições da sua localidade, determinantes pessoais, comportamentais e económicos, o papel das redes de apoio sociais, solidão, e ocupações na reforma.

Do estudo desenvolvido verificou-se que, embora os inquiridos não revelarem qualquer tipo de envolvimento em eventos/tradições locais, indicam que gostariam de participar mais em atividades culturais e recreativas. Relativamente à solidão, verifica-se que mais de metade dos idosos se sentem sós, sendo que 44% considera passar às vezes ou muitas vezes tempo sozinho. No entanto, verifica-se também que a maioria dos idosos (80%) se relaciona com um ou dois familiares por semana, e 70% referem que se relacionam com um ou dois vizinhos por semana. Apenas metade dos idosos estão razoavelmente satisfeitos como os apoios da Segurança Social.

Estes resultados vão, de certa forma, ao encontro às conclusões apresentadas pelo Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017, que referem alguns problemas relativos à população mais idosa do Concelho de Santarém, como o isolamento geográfico, a solidão e insuficiente flexibilidade das respostas sociais.

**Palavras-chave:** Envelhecimento ativo, Solidão da pessoa idosa, Proteção social, Rede de apoio informal, Ocupação/ Atividades na reforma.





## **ABSTRAT**

Population aging has been increasing in the last decades worldwide. In Portugal, according to the 2011 Census, it is possible to observe an increase in the aging of the population from 2011 to 2016, and the Aging Index in the country was 127.8 in 2011 and 148,7 in 2016. It is in this context of aging that at the Second World Assembly on Aging (2002), World Health Organization (WHO) recognizes the urgency of implementing strategies to address this phenomenon towards an integrated society, highlighting the importance of the concept of active aging.

This work intends to look at a growing reality, the aging population and the impact of this process in the various abrupt stages such as the removal of active working life. Thus, the objective of this study is to evaluate the perception of active aging and the interest in using community services.

Although respondents did not reveal any kind of involvement with local events / traditions, they indicate that they would like to participate more in cultural and recreational activities. Concerning loneliness, more than half of the elderly feel alone, and 44% consider spending time alone or often alone. Nevertheless, the majority of the elderly (80%) relate to one or two family members per week, and 70% report that they relate to one or two neighbors per week. Only half of the elderly are reasonably satisfied with Social Security supports.

These results are in line with the conclusions presented by the Social Diagnosis of the County of Santarém 2014/2017, which refer to some problems related to the elderly population of Santarém, such as geographic isolation, loneliness and insufficient flexibility of social policies responses.

**Keywords:** Active Aging, Loneliness, Social Protection, Informal Support Network, Retirement Occupation / Activities



## ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA .....	i
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	v
ABSTRAT .....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
SIGLAS E ABREVIATURAS .....	xv
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEORICO .....	3
1. Conceitos e Fatores – Fenómeno do envelhecimento.....	3
2. Envelhecimento – Portugal.....	7
3. Envelhecimento ativo .....	8
4. Determinantes do Envelhecimento Ativo .....	11
5. Respostas Sociais- Planos de Prevenção (promoção do envelhecimento ativo) .....	18
CAPITULO III – METODOLOGIA.....	22
1. <i>Locus</i> de Investigação.....	23
2. Tipo de Investigação .....	24
3. Opção Metodológica .....	24
4. Amostra.....	29
5. Objetivos do Estudo .....	30
CAPITULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	32
1. Contextualização do Fenómeno do Envelhecimento em Santarém.....	32
2. Análise e Apresentação dos Resultados do Inquérito por Questionário .....	36
2.1. Caraterização dos respondentes .....	36
2.2. Fatores determinantes do envelhecimento ativo .....	39
2.3. Perceção dos idosos face à proteção social e redes de apoio informal.....	46
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS - Inquérito por questionário .....	58



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1– Fatores que afetam o envelhecimento ativo.....	12
Figura 2 – Hierarquia das necessidades de Maslow .....	20
Figura 3 – Mapa das freguesias do Concelho de Santarém.....	32
Figura 4 - Distribuição da amostra por idades (em frequência) .....	37
Figura 5 - Distribuição da amostra por intervalos de idades, por género (em percentagem) .....	37
Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo com as habilitações literárias (em percentagem) .....	38
Figura 7 – Distribuição da amostra de acordo com a profissão (em frequência) .....	39
Figura 8 – Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre o seu estado de saúde (em percentagem) .....	40
Figura 9 – Perceção dos inquiridos sobre o grau de autonomia (em frequência absoluta)... ..	41
Figura 10 – Importância atribuída à atividade física pelos indivíduos inquiridos (em percentagem) .....	42
Figura 11 – Atividades e ocupações exercidas pelas mulheres (em percentagem) .....	42
Figura 12 - Atividades e ocupações exercidas pelos homens (em percentagem) .....	43
Figura 13 – Atividades e ocupações que as mulheres gostariam de exercer (em percentagem) .....	44
Figura 14 - Atividades e ocupações que os homens gostariam de exercer (em percentagem) .....	44
Figura 15 – Resposta à questão: Costuma sentir-se só?.....	45
Figura 16 - Índice de satisfação dos indivíduos inquiridos relativamente aos apoios da segurança social.....	47
Figura 17 - Escala de rede de apoio (em percentagem) dos idosos inquiridos .....	48
Figura 18 - Quantidade de tempo que os idosos inquiridos passam sozinhos (em frequência).....	49
Figura 19 - Qualidade do relacionamento dos idosos inquiridos com a Família .....	49



## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de dependência de idosos Santarém (em percentagem) .....	33
Tabela 2 - População residente com mais de 65 anos de idade .....	34
Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o género .....	36
Tabela 4 - Coabitação dos inquiridos (em percentagem) .....	41





## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CE** – Comissão Europeia

**M** – Média

**OCDE** - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**S** – Desvio Padrão

**WHO** - World Health Organization



## CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A terceira idade é uma etapa em que o indivíduo se sente desprovido de parcial ou mesmo total autonomia e suporte. Imperativamente, em muitos casos, o seu sedentarismo instala-se como resultado da diminuição das suas atividades, assim como da diminuição da autoestima, prevalecendo as suas angústias e os seus variados sentimentos relativamente à mudança de contexto e muitas vezes ao afastamento familiar, o que torna necessária a existência de estímulos que o motivem e lhe proporcionem uma vida mais ativa.

Desta forma, a rede de suporte apresenta-se como uma resposta imprescindível, permitindo a manutenção do seu bem-estar, tendo como objetivo a resolução de determinados problemas e a promoção e transformação das suas potencialidades através de ações e atividades preparadas e desenvolvidas por técnicos especializados. A intervenção nesta área apresenta-se com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade de vida dos cidadãos, destacando-se como uma ferramenta privilegiada para apoio face à mudança. Estes intervenientes possibilitam uma dinâmica importante pois vêm incutir e possibilitar movimento para que os idosos, envolvidos em vários projetos e ações, participem ativamente sentindo-se mais úteis, potenciando a sua autoestima e dando um novo desígnio ao fator envelhecimento, não se apresentando como um fim da vida pessoal, social, cultural e espiritual, mas, pelo contrário, encetando uma etapa diferente que lhes possibilite aprender a viver e a reinventarem-se, ultrapassando momentos menos positivos com uma maior qualidade de vida.

Face ao exposto, a presente Dissertação de Mestrado está subordinada ao tema *“Envelhecimento ativo, trajetórias de vida e ocupações na reforma”*.

A escolha deste tema decorre, por um lado, da vontade da respetiva autora em levar mais longe os seus conhecimentos em termos do contacto com idosos e, nomeadamente, no que respeita ao importante conceito de envelhecimento ativo, cada vez mais atual, dado o envelhecimento tendencial da população portuguesa; por outro lado, resulta da aplicação e demonstração de conhecimentos apreendidos o que, acrescido à forma como o autor os aplica numa análise sistémica, pretende-se que conduza à obtenção de dados úteis, possibilitando um saber cada vez mais capaz na resposta de maior qualidade e eficiência face às crescentes exigências dos serviços técnicos desta área. Este trabalho pretende, assim, ainda, levar mais longe o estado da arte neste âmbito. Mormente, este tema surge, por fim, na sequência da constatação de mudança de paradigma atual face à esperança média de vida que tem crescido nas sociedades ocidentais, sendo até já indicada a denominação de 4ª idade, devido ao grande número de idosos que vivem além dos 85 anos de idade e que precisam de respostas sociais adequadas às suas necessidades, com a agravante das famílias cada vez mais se desresponsabilizarem pelo cuidado dos mesmos.

O envelhecimento demográfico não é em si um problema social. O que constitui o verdadeiro problema social é a ausência, insuficiência e inadequação das respostas da organização social, para enfrentar as necessidades dos idosos e a falta de articulação dessas respostas com a sociedade civil. Assiste-se, ainda, a políticas sociais centradas, quase em exclusivo, ou na reparação da perda das capacidades físicas ou na reparação da perda dos recursos económicos ligados ao trabalho (Calado, 2004).

Assim, muitas vezes, devido às transformações que já descrevemos como ocorrendo nesta fase de certa forma frágil da sua vida, o idoso é levado a sentir-se excluído, abandonado, adotando um discurso como se se considerasse um peso para a família. Quando integra um contexto institucional, o idoso tende a sentir dificuldade na adaptação em lidar com as perdas, tendo de enfrentar problemas de saúde e de ordem económica, isolamento, rejeição, marginalização social, entre outras questões (Tavares, 2007).

Tendo em conta o que foi referido sobre as questões do envelhecimento ativo, e a importância sobre como os idosos perspetivam o envelhecimento ativo, avançou-se para a seguinte questão de estudo:

- Qual a perceção da população idosa do concelho de Santarém face ao envelhecimento ativo?

Face ao exposto, pretendemos nesta Dissertação:

- Conhecer, caracterizar e analisar a perceção da população idosa face ao envelhecimento ativo, comparando-a com o conceito de envelhecimento ativo;
- Identificar eventuais necessidades e lacunas no apoio ao envelhecimento local.

Este trabalho divide-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a escolha do tema, especificando-se o problema e os objetivos do estudo. O segundo capítulo será constituído pelo enquadramento teórico, onde se abordarão conteúdos relacionados com a temática e conceitos em análise: envelhecimento e redes de suporte comunitárias. O terceiro capítulo refere-se à metodologia adotada. No quarto capítulo apresentaremos e discutiremos os resultados obtidos, após aplicação de um inquérito à população alvo. Por fim, no quinto capítulo, terminaremos com a Conclusão.

## **CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. Conceitos e Fatores – Fenómeno do envelhecimento**

O processo de envelhecimento é um fenómeno intrínseco a todos os seres humanos. O ato de envelhecer inicia-se desde o momento da conceção do ser humano, e desenvolve-se ao longo da vida terminando com a morte. A lei natural da vida é nascer, crescer, envelhecer e, mais cedo ou mais tarde, morrer.

Para Fonseca (2004), o envelhecimento é “(...) um processo bio-psico-social de cariz individual (...), o envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe estão inerentes”. Neste sentido, parece-nos inevitável considerar o envelhecimento um fenómeno irreversível, já que é, no entender de Cancela (2007), responsável por uma multiplicidade de metamorfoses no ser humano, nomeadamente a nível biológico, psicológico e social.

Desta forma, pela sua vertente biológica, psicológica e social, não podemos definir com precisão quando é que o envelhecimento surge na vida de uma pessoa, uma vez que o seu início, progressão e ritmo, dependem do estado em que cada indivíduo se encontra, do seu estilo de vida, das patologias crónicas que comporta e das condições económicas e sociais em que se insere.

O início e a progressão do envelhecimento são profundamente influenciados pelos fatores supramencionados, embora existam outros que o potenciam e cujo controlo não está ao nosso alcance (Caetano, 2006 como citado em Fachine & Trompiere, 2012). Como constatamos, o envelhecimento e o declínio das faculdades de cada um podem começar a dar sinais em diferentes idades, tendo em conta o estilo de vida, assim como a maior ou menor predisposição para padecer de determinadas patologias ou perturbações.

Quando refletimos o conceito de velhice percebemos que o mesmo é relativamente moderno, definindo-se socialmente segundo o contexto, cultura e história de uma determinada população. Não se trata, portanto, de um conceito universal ao qual é atribuído um significado global a todas as sociedades, comunidades e indivíduos. Neste sentido, corroboramos a ideia de Fonseca (2004), da necessidade de conhecer e compreender os valores e princípios organizacionais que numa sociedade vão definindo a sua identidade.

Sendo o processo de envelhecimento visto como um processo natural a todos os seres humanos, o seu estudo começou a ganhar um estatuto científico a partir da década de oitenta, uma vez que surgiram os primeiros manuais com a sistematização dos conhecimentos sobre os idosos (Paúl, 2001, cit in Jacob & Fernandes, 2011). A partir desta altura a análise do processo de envelhecimento é objeto de uma abordagem transversal,

onde se podem cruzar áreas diversificadas como a medicina, a economia, a demografia, a bioquímica, o direito, a sociologia e a psicologia (Jacob & Fernandes, 2011). De acordo com Costa (2002) são três os critérios elementares que descrevem o processo de envelhecimento: o biológico, o cronológico e o pessoal. Relativamente ao critério biológico é importante referir que a idade biológica é sem dúvida a idade que o nosso organismo determina, ou seja encontra-se ligado ao envelhecimento orgânico das células. No que diz respeito ao critério cronológico é de salientar que este se prende com a idade cronológica do sujeito. Já o critério pessoal refere-se a um conceito de complexa definição, uma vez que é um critério que se desenvolve através de experiências e vivências pessoais ocorridas na vida de cada um.

Apesar desta categorização, podemos assumir que a mesma não deixa de ser um pouco redutora uma vez que todos sabemos que a velhice é um estado que vai muito mais além da idade cronológica. Existem indivíduos de idade bastante avançada que continuam jovens pelo seu estado físico e mental sadio e também pela jovialidade de espírito. Por outro lado, existem pessoas jovens que sofrem ou não de limitações físicas e perturbações mentais, que sentem mais o “peso” da idade.

Neste contexto, podemos referir que o idoso é uma pessoa que faz parte de um grupo de indivíduos que atingiu a “terceira idade” e que possui características semelhantes, mas no qual cada um é único e tem capacidades e limitações próprias, que se manifestam de acordo com a sua herança genética e/ou estilo de vida.

Socialmente, considera-se o idoso como um membro de um grupo que alberga, em si mesmo, características idênticas, distinguindo-se apenas na idade cronológica, embora esta visão seja, também, extremamente redutora.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), é considerado idoso o indivíduo que se encontra na faixa etária compreendida entre os 61 e os 75 anos. Nas últimas décadas, o fenómeno do envelhecimento tem atingido proporções jamais verificadas. As sociedades estão cada vez mais envelhecidas, e assiste-se a um duplo envelhecimento, uma vez que o aumento progressivo do número de idosos na última década em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 1999), tem vindo a evoluir a par da diminuição do número de jovens, conforme veremos mais à frente.

Enquanto fenómeno social, o envelhecimento da população e, consequentemente, das sociedades, impõem-se como um desafio no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos e esforços para ampliar a esperança média de vida.

Trata-se, portanto, de um percurso inevitável e irreversível que pode conduzir o indivíduo a uma situação de dependência e incapacidade, temporária ou permanente. Assim, Cabral

(2013, p. 11) refere que “(...) uma maior longevidade traz mudanças radicais do quadro de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social”.

Para este autor, uma maior longevidade do indivíduo significa, concomitantemente, uma exposição mais prolongada a doenças crônicas não transmissíveis. Esta visão parece contrariar a ideia de alguns autores que consideram que o processo de envelhecimento é começar a viver, ao contrário de outros que entendem tratar-se de um processo com início entre a segunda e a terceira décadas de vida, sendo que também muitos ainda defendem que o mesmo ocorre nas fases mais avançadas da vida humana, teoria esta que parece fazer sentido à generalidade da sociedade.

Pimentel (2001) refere ainda que, sendo o envelhecimento humano um processo progressivo, a definição de uma categoria específica que abranja a pessoa idosa, advém de uma organização mais abstrata e estruturada.

Impreterivelmente, no desenvolvimento do trabalho de investigação acerca do fenómeno do envelhecimento, cientistas, estudiosos e académicos, deparam-se com o carácter cronológico da questão, sendo, por isso, importante refletir sobre a análise do mesmo no sentido de estabelecer uma idade ou marco temporal do seu início.

Neste contexto, consideramos que não existem padrões ou conceitos universais que caracterizam o envelhecimento, até porque o mesmo sustenta uma série de ideologias socioculturais e políticas inerentes à sociedade em que o indivíduo se insere.

O envelhecimento é visto como um fenómeno coletivo e individualizado, procedente do processo biológico e desenvolvimental, desde o nascimento e através de comportamentos e maturações adquiridas, como as alterações psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Neste sentido, consideramos que o processo de envelhecimento deve ser refletido segundo uma abordagem holística que determine a análise deste conjunto de fatores e que poderão ser observados em indivíduos com idades biológicas distintas, assim como com idades cronológicas semelhantes.

Berger e Mailloux-Poirier (1995) distinguem claramente o envelhecimento humano, sustentando uma análise em dois processos fundamentais: o processo de envelhecimento primário ou de senescência normal e o processo de envelhecimento secundário, relacionado com patologias e lesões provocadas pelas mesmas que podem surgir com o avanço da idade. Os mesmos autores referem que “(...) o envelhecimento foi durante muito tempo percebido como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste do organismo e as sequelas das doenças da infância e da idade adulta.” (1995, p. 124-125).

Como referimos anteriormente, o envelhecimento é responsável por um conjunto de transformações a diversos níveis, atingindo com maior ou menor impacto todos os seres humanos com uma idade mais avançada. Com o passar dos anos, o envelhecimento

biológico é inevitável, pois, apesar do avanço da medicina que atualmente permite uma maior longevidade comparativamente à de outrora, até agora nada impede que as pessoas envelheçam.

O aumento da longevidade e a eterna juventude foi, desde sempre, uma preocupação do ser humano sendo várias as perspectivas relativas ao tema, consoante os diferentes teóricos e autores. A gerontologia nasce no século XVII, altura em que se reitera que o aumento da longevidade se devia a uma melhoria das condições sociais, de saúde e de higiene (Fernández-Ballesteros, 2004).

Os trabalhos da gerontologia passam a estar baseados nas características individuais (aspetos sensoriais, físicos e motores), sendo que a investigação científica veio trazer contributos importantes para a definição do que explicaria as diferentes mudanças e transformações nos idosos. Funda-se, desta forma, a Gerontologia numa perspetiva científica. A Gerontologia visa estudar o processo de envelhecimento nas suas diferentes dimensões levando em consideração aspetos físicos, psicológicos e sociais, preocupando-se também com questões culturais. Segundo Bass (2009), a Gerontologia caminha em direção a uma disciplina integrativa de caráter interdisciplinar.

O envelhecimento da população é visto como um fenómeno a nível mundial sendo uma das preocupações a pertinência de se determinar a idade cronológica em que as pessoas se tornam idosas, uma vez que o envelhecimento decorre desde o nascimento até à morte, associando-se a alterações e modificações comportamentais, psicológicas e fisiológicas que ocorrem ao longo da vida (Pimentel, 2001).

Trata-se, assim, de um estágio natural da fase final da vida do ser humano, que, de acordo com Costa (2002), envolve o desenvolvimento de uma sabedoria construída ao longo de toda uma vida. Segundo Cancela (2007), tendo em consideração a idade como uma variável quantitativa a partir dos 65 anos e até aos 75 anos, podemos qualificar este período da vida como terceira idade, sendo a quarta idade a partir dos 75 anos. Para este autor, o envelhecimento corresponde a um processo de degradação progressiva, ou seja, de senescência e que se caracteriza pelas perdas funcionais do organismo do indivíduo. O envelhecimento é, também, resultado do aumento da esperança de vida, aliado a uma redução do número relativo de jovens pelo declínio da natalidade, contribuindo para um aumento da população envelhecida (Tomassini & Lamura, 2009).

A delimitação do período em que a pessoa humana pode ser considerada como idosa afigura-se como sendo de difícil concretização, porque, apesar de se tratar de um fenómeno natural, universal com implicações a diversos níveis, não é uniforme para todos os sujeitos. Por razões, presumivelmente, de interesse administrativo, fixou-se a idade entre os 60 e os 70 anos para a reforma. A idade cronológica surge, aparentemente, como um marco e uma



forma relativos ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental e social. No entanto, esse desenvolvimento pode ser distinto entre os sujeitos. É frequente referir-se à idade dos sessenta e cinco anos como indiciadora do início do envelhecimento.

Assiste-se, assim, sobretudo nos países desenvolvidos, a um crescimento da população envelhecida, refletindo-se a nível Europeu e, mais especificamente, também em Portugal tendo-se agravado principalmente entre 1950 e 2011 (Bandeira et al., 2014).

## **2. Envelhecimento – Portugal**

O Ministério da Saúde (2004) define envelhecimento humano como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, desenvolve-se ao longo da vida” (p. 3).

O fenómeno do envelhecimento em Portugal traduz uma alteração demográfica e, de acordo com Bandeira et al. (2014), entre 1950 e 2011, assiste-se a uma diminuição de 30% para 15% no número de jovens, e a um aumento de 7% para 19 %, de idosos com mais de 65 anos, sendo que a percentagem de indivíduos com mais de 75 anos também aumentou significativamente. No que diz respeito às variações entre as regiões Portuguesas, e embora este fenómeno seja transversal a todo o país, existem diferenças significativas entre o Alentejo, que surge como a região mais envelhecida e, seguidamente, o norte do país, estando em último lugar a região da grande Lisboa.

Atualmente, sabe-se que a explosão demográfica da terceira idade teve como principal fator a diminuição da natalidade (Moura, 2009). Contudo, durante algum tempo pensava-se que a mesma era consequência do aumento da esperança média de vida da população. De acordo com o INE - Instituto Nacional de Estatística (2011), em 2020 a percentagem de idosos em Portugal deverá ser de 20,6%, e a de jovens de 12,6%. Entre 2010 e 2020 a previsão para Portugal é de uma população extremamente envelhecida com dois milhões de idosos. O Eurostat apresenta dados em que três em cada dez pessoas terão 65 ou mais anos, no ano 2050 (Ferreira, 2011).

No ano de 2011, os 27 países da União Europeia apresentavam um elevado índice de envelhecimento, sendo que Portugal ocupa agora o sexto lugar da tabela dos países da União Europeia com maior índice de envelhecimento. Contudo, na década de 50, Portugal era um dos países que apresentava uma população mais jovem relativamente aos restantes países da União Europeia, apresentando a maior taxa de envelhecimento entre 1990 e 2011 (Bandeira et al., 2014).

Durante a velhice assiste-se, normalmente, a um acentuar dos estados patológicos, que se caracterizam por alterações progressivas no organismo, quer a nível morfológico, quer a

nível funcional, evidenciando-se uma menor capacidade de adaptação e o aumento do risco de morbilidade e probabilidade de morte (Jacob, Santos, Pocinho, & Fernandes, 2013).

O envelhecimento das sociedades é um dos grandes desafios da humanidade e tem provocado grandes debates, não só a nível social, mas, também, a nível económico, e, apesar de a terceira idade ser muitas vezes alvo de exclusão, constitui, na verdade, uma importante estrutura para as sociedades.

O estudo do envelhecimento não ocorre apenas durante a infância e a adolescência, mas ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo. Existem diversos caminhos possíveis para o desenvolvimento, que se acentuam com o avanço da idade. Na verdade, à medida que as pessoas envelhecem os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, quer em consequência de diversos acontecimentos de vida que marcam as suas personalidades e comportamentos (Fonseca, 2005a).

O processo de envelhecimento é, em parte, demarcado pelo contexto social em que o indivíduo envelhece, ou seja, as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem manifestar-se com o envelhecimento podem ser amenizadas ou aumentadas pelo contexto social em que o idoso se encontra inserido. Dependendo das características de cada indivíduo, as características ambientais podem atuar como barreiras ou como facilitadoras de certos comportamentos (Teixeira, 2010).

Em modo de conclusão, depreende-se que o envelhecimento está também associado ao aumento do conhecimento nas áreas médicas, ao aumento da esperança média de vida, à diminuição da mortalidade, à melhoria das condições de vida e à diminuição da mortalidade infantil. Além disso, o planeamento familiar e a entrada das mulheres para o mercado de trabalho também geraram uma enorme diminuição da natalidade.

### **3. Envelhecimento ativo**

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma definição do conceito de *Envelhecimento Ativo* em que o idoso integra a sociedade e mantém a sua autonomia social, física e psicológica. Assim, este conceito tenderá a ser compreendido no âmbito da cultura e do género uma vez que a própria palavra “ativo” remete para a participação em questões económicas, culturais, sociais e civis.

O envelhecimento ativo prima por tentar retardar os efeitos mais negativos do avanço da idade, procurando perspetivar esta fase da vida numa perspetiva mais profícua. O envelhecimento ativo feito de forma saudável permite à pessoa usufruir da última etapa da vida em condições de segurança económica e pessoal, bem como ter uma participação

ativa na vida familiar e social com uma boa percepção da própria saúde. Instituições Internacionais, como é o caso da ONU, têm procurado chamar a atenção da comunidade internacional para a necessidade de se desenvolver um plano internacional de ação do envelhecimento. Referem ser importante que todos os governos tracem objetivos a nível do seu país para o desenvolvimento de ações em benefício da pessoa idosa e de respeito pelos seus direitos.

A OMS (2002) afirma que a aprendizagem ao longo da vida, as oportunidades, a paz e a proteção são importantes para atingir um envelhecimento ativo, pois estão associadas a um aumento do bem-estar geral e da saúde. A mesma fonte refere a importância dos aspetos económicos, uma vez que o valor da reforma condiciona o acesso aos cuidados de saúde e à alimentação, apresentando-se as mulheres mais vulneráveis. Por outro lado, a proteção social e o emprego são determinantes do envelhecimento ativo, uma vez que a pensão de reforma para a maioria dos idosos é a sua única fonte de receita para suportar todos os seus encargos. O prolongamento de tempo na vida laboral é uma forma de estabilizar e sustentar os encargos financeiros, aumentando as relações sociais, contribuindo para elevar o bem-estar psicológico, sendo por isso um dos condicionantes do envelhecimento ativo.

As diversas organizações internacionais apontam diferentes definições relativas ao envelhecimento ativo, enfatizando, por um lado, a necessidade de prolongar a carreira ativa, considerando que o facto da população usufruir de melhores condições de vida e de saúde lhes permite prolongar a atividade profissional. Desta forma, permite manter uma ligação ao mundo do trabalho, integrando-se de uma forma mais ativa na sociedade, adiando a passagem à reforma. Por outro lado, outras instituições, como por exemplo a OCDE (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico) considera o envelhecimento ativo como a capacidade das pessoas levarem uma vida produtiva com o avançar da idade, na sociedade e na economia, significando que as próprias pessoas deverão determinar a forma como repartem o tempo entre as atividades de aprendizagem, o lazer ou trabalho, etc. (OCDE,1998:2). A OMS enfatiza a “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo não se pode reduzir apenas a uma vertente económica e financeira, resultantes da necessidade de diminuir pressões sociais e económicas do sistema da segurança social, devendo ter em consideração o curso de vida das pessoas e a própria condição social de cada idoso. Deste modo, e em jeito de conclusão, o estudo do envelhecimento deve estar assente numa abordagem global considerando a multiplicidade de relações que o integram, tais como a familiar, social, a qualidade de vida, a educação, o emprego, entre outros aspetos (Naegele, 1999; Walker, 2002).

Recentemente, a OMS (2015) afirmou que é necessário implementar novas medidas a nível global, tendo em conta a diversidade existente entre as vidas mais longas e as desigualdades. Assim, aos três pilares básicos já referidos do envelhecimento ativo junta-se um novo pilar, a aprendizagem ao longo da vida que influencia o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a promoção de oportunidades, etc.

Na investigação sobre envelhecimento ativo, Paúl et al (2012), concluíram que o envelhecimento ativo é de carácter multidimensional e possui características objetivas e subjetivas. No entanto, os fatores comportamentais são muito importantes, sendo a situação económica e social relevante relativamente às características biológicas. Segundo os autores, este modelo baseia-se no envelhecimento saudável, com independência e implicação social. Para alcançar envelhecimento ativo é necessária saúde, qualidade de vida e envolvimento social. Em termos teóricos, os autores consideram que é mais difícil alcançar envelhecimento ativo em idades avançadas, de género masculino e nível socioeconómico baixo. É difícil definir o envelhecimento ativo, tendo em consideração a heterogeneidade e a variabilidade de trajetórias dos idosos.

O envelhecimento ativo tem, portanto, como fundamento o aumento da expectativa de vida saudável e da qualidade de vida, não só no âmbito do processo de envelhecimento, mas, também, destinado a pessoas incapazes, vulneráveis e frágeis. Este processo deve ocorrer no seio da família e amigos e ser concordante com a interdependência e a solidariedade entre gerações (Seixas, 2013).

Sequeira e Silva (2002) realizaram um estudo com o objetivo de quantificar e qualificar os fatores inerentes à satisfação com a vida num grupo de residentes em meio rural, concluindo, neste âmbito, que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento. Existem diversas vantagens no envelhecimento em meios rurais como, por exemplo, o facto do contexto físico permanecer estável durante longos períodos de tempo, sendo as mudanças implementadas gradualmente, o ritmo de vida é mais lento, existe uma maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção dos laços afetivos, uma maior rede social, um maior apoio emocional, prático e psicológico. O contexto promove o sentido de identidade, o sentimento de ser-se conhecido. Os meios rurais oferecem um ambiente menos restrito e de suporte quando as competências pessoais começam a declinar. Os autores supracitados mencionam que um meio que seja familiar e um meio com o qual o indivíduo tenha um vínculo de longa data, pode suportar o idoso de diversas formas, nomeadamente, conferindo-lhe a segurança de se conhecer e ser conhecido pelas outras pessoas, nem que seja de vista; conferindo-lhe a segurança de conhecer todo o meio ambiente envolvente, os melhores sítios para atravessar a estrada, atalhos, caminhos seguros, lugares com significado especial, podendo a familiaridade compensar, de certa forma, as perdas de audição e visão. Alguns estudos referidos por Melo e Neto (2003) e

Sequeira e Silva (2002) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, deve-se, essencialmente, à presença da atividade agrícola junto das pessoas mais idosas no meio rural. Esta é uma atividade que além de fazer com que o idoso se mantenha ativo, ainda o incentiva à sociabilidade, ou seja, é uma atividade que permite aos idosos uma participação ativa na comunidade. Além disso, sustenta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais à promoção da satisfação de vida. A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é considerada bom indicador de saúde mental e um ótimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida. Nesta comparação existe um certo grau de certeza que o nível educacional e a situação financeira são mais favoráveis nos meios urbanos, enquanto que o nível de autonomia e a rede social são mais favoráveis em contexto rural. O sentimento de solidão é similar em ambos os meios (Fonseca, 2005b).

Existem, contudo, aspetos inerentes aos meios rurais que são menos positivos. A título de exemplo, podemos afirmar que, geralmente, nas aldeias do interior do país, nem sempre se assiste a uma promoção das redes de relação, na medida em que as famílias se encontram longe, normalmente nos meios urbanos, deixando as aldeias despovoadas. Os jovens vão embora, e os idosos vão morrendo, pelo que “há como que um sentimento de fim, não só de vida mas de uma terra (...)” (Fonseca, 2005b, p. 106).

Concordamos que com o tempo o nosso corpo e a nossa mente sofrem algumas limitações, mas é sobretudo necessário que o sénior “[...] encare o envelhecimento como mais um ciclo de vida que se abre e que deve ser vivido por ele, não como um luto, mas, e antes de mais, como uma etapa a ultrapassar de forma positiva.” (Rodrigues, 2008, p. 22). Essas transformações não podem condicionar a participação ativa na sua vida, o idoso de acordo com as suas possibilidades e capacidades pode sentir-se ativo e valorizado. Estes são uns dos princípios do envelhecimento ativo. Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos idosos associa o envelhecimento ativo com a prática de atividade física, cerca de metade dos participantes referiu que para ter envelhecimento ativo era necessário estar mentalmente ativo, apenas uma pequena parte mencionou que para ter envelhecimento ativo é necessário ter pelo menos uma atividade social (estar com a família, estar com os amigos, frequentar clubes, ir à igreja, fazer voluntariado, praticar desporto e sair para fazer refeições fora de casa).

#### **4. Determinantes do Envelhecimento Ativo**

O envelhecimento ativo está dependente de fatores determinantes, tais como os serviços de saúde e os serviços sociais, mas também dos determinantes pessoais, económicos, etc. A intervenção destes fatores determinantes durante o percurso de vida de um indivíduo vai

estimular a possibilidade do mesmo para a participação e segurança na saúde (Figura 1).

**Figura 1** – Fatores que afetam o envelhecimento ativo



(Fonte: OMS, 2002)

O agrupamento dos fatores determinantes do Envelhecimento Ativo de acordo com a OMS (2002) é ilustrado em molde orbicular, indicando assim a direção da sua atuação a nível da promoção de um Envelhecimento Ativo. De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), cada determinante representado na Figura 1 desenvolve-se em várias características, assim sendo, o paradigma de Envelhecimento Ativo deverá ser desenvolvido através de atividades que sensibilizem a consciência dos indivíduos sobre a sua própria vida e sobre as diferentes dimensões que esta abarca.

Seguidamente irão ser apresentados de uma forma detalhada os oito fatores condicionantes do Envelhecimento Ativo.

#### *Determinantes transversais: Cultura e Género*

De acordo com a OMS (2002) a cultura influencia o modo como os indivíduos e as populações envelhecem, pois esta influencia todos os determinantes englobados no Envelhecimento Ativo, uma vez que se destaca como um determinante transversal ao longo de toda a vida.

As tradições bem como os valores culturais ilustram a maneira como a sociedade vê o processo de envelhecimento e os idosos. A cultura é vista como um pilar fundamental no convívio com as gerações mais novas dentro da mesma habitação. Existe uma grande variedade de culturas dentro dos países e entre as variadas regiões de cada país. São diversas as etnias que, por sua vez, veiculam uma multiplicidade de tradições, valores e atitudes em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento para além da cultura predominante de uma região ou de um país.

A questão do género é também vista como um fator transversal que proporciona variadas escolhas políticas adequando o resultado destas ao bem-estar de mulheres e homens. São vários os estudos que anotam impactos dissemelhantes acerca das vivências entre homens e mulheres, sobretudo na geração mais velha que por sua vez:

(...) experimentou, por mais espaço temporal, relações de poder e também naturalizou, mais intensamente, noções sobre papéis masculino/feminino calcadas num modelo tradicional de relações de género, em que havia o exercício da autoridade dos homens sobre as mulheres e os filhos no seio das famílias, ou seja, vivenciou uma assimetria relacional, o que pode influenciar, também de modo diferencial, o modo do idoso perceber e vivenciar a sua velhice, conforme a marca do seu género.

(Fernandes, 2009 como citado em Daniel et al., 2012, p.15)

Na maioria das sociedades, as jovens e as mulheres adultas possuem um reduzido papel social bem como um acesso mais limitado à educação, ao trabalho, aos serviços de saúde e aos alimentos nutritivos. Tradicionalmente, as mulheres possuíam como papel a responsabilidade com os cuidados da família. Certas mulheres são obrigadas a deixar o trabalho remunerado para cuidarem da sua família; no entanto, algumas mulheres nunca tiveram acesso ao trabalho remunerado uma vez que cuidam da sua família a tempo inteiro (OMS, 2002).

Assim, devido ao *stress*, associado ao papel de cuidadora, as mulheres poderão apresentar no envelhecimento uma plataforma de fragilidade económica diferente da dos homens. A este propósito Saraceno (2004 como citado em Pimentel, 2011) indica-nos que a condição de cuidadora, primeiramente de crianças e depois dos seus progenitores e maridos, reduz a possibilidade de acesso ao mercado de trabalho.

Na ótica de Vasconcelos (2002 como citado em Pimentel, 2011) a participação dos homens na prestação de cuidados aos familiares é feita ocasional e habitualmente em articulação com as mulheres, assumindo, assim, uma posição secundária ou mesmo ausente de prestador de cuidados. No ponto seguinte irão ser descritos os determinantes relacionados com os Serviços Sociais e de Saúde.

### Determinantes relacionados aos Serviços Sociais e de Saúde

No que diz respeito aos Serviços Sociais e de Saúde estes necessitam de estar coordenados, acessíveis e integrados, não devendo haver discriminação de idade na administração dos serviços, tornando-se obrigatório respeitar as pessoas de todas as idades (OMS, 2002).

Neste sentido, Marques (2011) refere que as pessoas idosas propendem a sofrer de diversas doenças, possuindo maiores riscos de efeitos secundários, afirmação esta comprovada pelos dados do inquérito Nacional de Saúde nos anos de 2005 e 2006 quando anunciam que em Portugal o número de consultas médicas mensais das pessoas idosas é superior ao número de consultas médicas mensais de pessoas mais jovens. É importante referir também que o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas aprovado em 2004 pela Direção Geral da Saúde assenta na melhoria dos cuidados de saúde, adequando estes às divergentes necessidades dos idosos. Dentro dos determinantes relacionados com os serviços sociais e de saúde podem destacar-se a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; os Serviços Curativos; o Tratamento a Longo Prazo; e os Serviços de Saúde Mental. A Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças é vista como um sistema que, por sua vez, faculta o controle da saúde. A prevenção de doenças engloba, por si, o controle e a prevenção das situações anormais à medida que as pessoas envelhecem. A prevenção pode atuar em três tipos, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Todas estas prevenções colaboram na redução do risco de doenças. No que se refere aos Serviços Curativos é de mencionar que a grande maioria destes serviços deverá ser oferecida pelos Centros de Saúde ou pelas Unidades de Saúde Familiar.

O Tratamento a longo prazo engloba sistemas de apoio informais e formais. Os sistemas de apoio formais incluem uma diversificada multiplicidade de serviços comunitários como cuidados básicos, serviços de reabilitação, tratamento domiciliar bem como o tratamento institucional em hospitais e lares; e, por fim, os Serviços de Saúde Mental que são considerados fundamentais no desenvolvimento do Envelhecimento Ativo pois constituem uma parte fundamental no tratamento de longo prazo (OMS, 2002).

O ponto seguinte do nosso trabalho menciona os fatores determinantes Pessoais do Envelhecimento Ativo.

### Determinantes Pessoais

No que respeita aos determinantes Pessoais de Envelhecimento Ativo encontram-se divididos entre a biologia e a genética e os fatores psicológicos (OMS, 2002). No que concerne à Biologia e Genética é de salientar que os genes poderão ser os causadores de várias doenças. O trajeto de saúde e da doença de um idoso é, sem dúvida, o efeito de um



conjunto genético e do estilo de vida que possui. Relativamente aos Fatores Psicológicos destacamos que a capacidade cognitiva e a inteligência são fortes determinantes de longevidade e de Envelhecimento Ativo. No entanto, alguns declínios cognitivos têm origem nos fatores psicológicos, nos fatores sociais e nos fatores comportamentais (OMS, 2002).

Neste seguimento, iremos abordar os fatores determinantes comportamentais inerentes a um Envelhecimento Ativo.

### Determinantes Comportamentais

Como temos vindo a referir são vários os fatores que determinam o comportamento no Envelhecimento Ativo e agora faremos referência aos determinantes comportamentais, tais como o desenvolvimento de uma alimentação saudável, o uso de medicamentos, o envolvimento em atividades físicas, a abstinência do álcool e do consumo tabágico.

Estes fatores, por um lado, poderão prevenir o declínio funcional e diversas doenças; por outro lado, proporcionam uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (OMS, 2002).

No que diz respeito à Alimentação Saudável é de referir que executar dietas que não possuem uma quantidade suficiente de vitaminas, fibras e cálcio poderá originar determinados problemas na saúde dos idosos, tais como doença cardiovascular, artrite, hipertensão, diabetes e as fraturas.

Já a participação dos idosos em Atividades Físicas poderá reduzir os problemas cardíacos, promover os contactos sociais, diminuir o risco de quedas, melhorar a saúde mental e proporcionar a independência. No que diz respeito aos Medicamentos algumas vezes os idosos deixam de comprar os medicamentos prescritos pelo seu médico, uma vez que estes possuem um baixo rendimento para os adquirir. Relativamente ao Álcool são várias as doenças a que os idosos se tornam mais suscetíveis aquando da ingestão de álcool, tais como doenças relacionadas com o fígado, o estômago e o pâncreas. Por fim, fumar poderá aumentar o risco de perdas de capacidade funcional e acelerar a perda da força muscular nas pessoas idosas (OMS, 2002). No ponto seguinte serão mencionadas as características dos fatores determinantes Económicos ligados ao Envelhecimento Ativo.

### Determinantes Económicos

Relativamente aos determinantes Económicos são três os aspetos predominantes no Envelhecimento Ativo: o Trabalho, o Rendimento Salarial, e a Proteção Social (OMS, 2002).

No que concerne ao Trabalho pode mencionar-se que a necessidade de auxílio na

prestação produtiva e ativa dos idosos no trabalho formal e informal e as ocupações voluntárias, têm vindo a ser reconhecidas por todo o mundo. Nos países menos desenvolvidos, os idosos mantêm-se ativos economicamente na velhice pelas suas necessidades. Entretanto, a adoção de novas tecnologias e da industrialização têm vindo a ameaçar o trabalho tradicional dos idosos, sobretudo nas áreas ditas rurais. Nos países desenvolvidos quando a taxa de desemprego se encontra elevada existe, por vezes, uma inclinação para se diminuir o número de trabalhadores mais velhos como método de se gerar emprego para os mais jovens.

No entanto, esta prática tem demonstrado que a reforma antecipada não é vista como uma resolução segura para o problema do desemprego jovem (OCDE, 1998 como citado em OMS, 2002).

No que diz respeito à Proteção Social pode constatar-se que aquando do desenvolvimento das sociedades, os países estão mais responsáveis no desenvolvimento de estratégias e estruturas que facultem proteção social aos idosos que se encontrem vulneráveis e sozinhos. Nos países ditos em desenvolvimento, os idosos que necessitam de ajuda propendem em se apoiar nas economias pessoais e na ajuda dos seus familiares. Já nos países desenvolvidos, as medidas de segurança social incluem projetos de pensão de reforma para a velhice, pensão, fundos compulsórios de poupança e programas de seguro para deficiências, incentivos para a poupança voluntária e tratamentos a longo prazo (OMS, 2002).

Já no Rendimento Salarial as estratégias de Envelhecimento Ativo cruzam-se com projetos amplos que têm como objetivo reduzir a pobreza. A grande maioria dos idosos, nomeadamente mulheres, vive sozinha sem rendimentos suficientes. Este facto poderá diminuir o acesso a cuidados de saúde, a alimentação e a uma residência adequada.

Os mais vulneráveis a esta situação são idosas e idosos que não possuem pensão, não possuem poupança, ou que fazem parte de famílias com baixo rendimento salarial (OMS, 2002).

No parecer de Mendes (2011), a Segurança Social deve garantir à 3ª idade pensões de sobrevivência para o cônjuge e seus descendentes em caso de morte de um dos cônjuges antes do período de reforma e pensões de velhice que por sua vez substituam os rendimentos de trabalho.

No entanto, também deve prestar apoios através de serviços que, por sua vez, possam combater a pobreza e a exclusão social. Seguidamente, daremos ênfase aos determinantes Sociais essenciais para a promoção de um Envelhecimento Ativo.

### Determinantes Sociais

É importante referir que são múltiplos os fatores que proporcionam um bom ambiente Social tais como: as Oportunidades de Educação, o Apoio Social, e a Proteção contra a violência (OMS, 2002). No que diz respeito à Educação e Alfabetização salientamos que o analfabetismo, bem como os baixos níveis de educação, encontra-se ligado a riscos elevados de morte e deficiências no decorrer do envelhecimento. Aprender com as diferentes gerações visa promover o valor de todas as idades, melhorando assim a transmissão de culturas e valores (OMS, 2002).

No que concerne ao Apoio Social é importante referir que os idosos que perderam familiares e amigos encontram-se com mais vulnerabilidade para enfrentar o isolamento social e a solidão. Cabe aos técnicos sociais e de saúde a promoção de redes que, por sua vez, mantenham os contactos sociais, proporcionando programas em que interajam com as diferentes gerações. Relativamente à Violência e abuso ao idoso é de sublinhar que os idosos que vivem sós poderão sentir-se mais vulneráveis a furtos, agressões ou crimes. Os maus tratos aos idosos tendem a ocorrer em diversas famílias com níveis sociais diferentes.

Os maus tratos podem ser psicológicos, físicos, sexuais e financeiros. A violência e o abuso perante os idosos são encarados como uma violação dos direitos humanos.

Neste seguimento, iremos abordar os fatores determinantes do Ambiente Físico ligados ao Envelhecimento Ativo.

### Determinantes do Ambiente Físico

Os determinantes relativos ao Ambiente Físico englobam uma moradia segura e a diminuição do risco de quedas nos idosos. O contexto físico determina a independência e dependência das pessoas idosas. Alguns riscos provocados pelo ambiente físico poderão causar ferimentos e lesões nos idosos (OMS, 2002).

Ter uma moradia segura é fundamental para o quotidiano do idoso. Esta deverá estar próxima da moradia dos familiares, bem como dos serviços de transporte.

A existência de barreiras existentes em determinados espaços físicos, aumentam o risco de queda nos idosos. Dentro destas barreiras podem destacar-se a falta de iluminação, e os pisos escorregadios. É de notar que este risco de quedas ocorre usualmente dentro da residência dos idosos (OMS, 2002).

## **5. Respostas Sociais- Planos de Prevenção (promoção do envelhecimento ativo)**

No que diz respeito à intervenção com vista a um envelhecimento ativo, existem inúmeras possibilidades para que se consiga realizar uma intervenção adequada, tornando-se necessário realizar uma Avaliação Gerontológica Multidimensional (Rodrigues, 2009), possível através de instrumentos e escalas próprias para o efeito. Com esta avaliação pretende-se efetuar um diagnóstico do estado físico, cognitivo e funcional, bem como uma avaliação dos recursos sociais, de forma a se prestar cuidados à população de idosos que levem à diminuição da sua deterioração a nível físico e cognitivo, reduzindo os serviços domiciliários (Rodrigues, 2009).

Araújo e Melo (2011), de acordo com os vários estudos acerca da promoção do envelhecimento ativo, defendem que a prática de exercício físico contribui para a prevenção de doenças, sendo um dos determinantes fundamentais para a preservação do funcionamento cognitivo, promovendo, desta forma, a integração na sociedade. Segundo os mesmos autores as atividades físicas devem obedecer a planos específicos de desporto direcionados a idosos no combate à inatividade. As propostas destes autores para a promoção do envelhecimento ativo, passam por integrá-los em atividades recreativas, viagens, convívios intergeracionais, universidades seniores, e, também, ações como o voluntariado e o próprio cuidado dos netos (Araújo & Melo, 2011).

A OMS reconhece a participação social como fundamental para o envelhecimento ativo, na medida em que consolida laços sociais e relações familiares, possibilitando aos idosos novas experiências e vivências, potenciando o convívio social, contrariando desta forma o isolamento social, aumentando as suas redes sociais e contribuindo com benefícios emocionais e afetivos.

Outro dos pilares propostos pela OMS, para o envelhecimento ativo, é a segurança, que, segundo Duarte e Barbosa (2011), deve ser garantida prevenindo acidentes domésticos. Desta forma, devem ser realizadas ações com vista à diminuição da vulnerabilidade dos idosos, contribuindo também para a diminuição da insegurança e para o aumento da qualidade de vida através de uma maior autonomia, independência e da autoestima. Para tal é também necessária a intervenção física em espaços, nomeadamente no domicílio, através de adaptações e alterações ambientais, por forma a que se possa prevenir quedas e outros acidentes (Duarte & Barbosa, 2011).

No que diz respeito ao emprego, e um pouco por toda a Europa, assiste-se à promoção do envelhecimento ativo. Nos países da OCDE são as próprias entidades empregadoras que assumem os custos da formação profissional para os trabalhadores mais velhos. Desta forma, o aumento das oportunidades de formação melhora a empregabilidade dos

trabalhadores (Hessel, 2008).

Segundo este autor, o papel dos parceiros sociais é ir ao encontro das necessidades de formação dos adultos, através de protocolos que contribuam para a eficácia da aprendizagem no local de trabalho, por meio de ações de formação. A capacidade de aprendizagem relaciona-se com os meios laborais, sendo a reciclagem de conhecimentos essencial para os trabalhadores mais velhos, traduzindo-se num aumento da produtividade do próprio trabalhador, adiando a idade da reforma e, conseqüentemente, promovendo o próprio envelhecimento ativo.

Araújo e Pereira (2015), com base na ideia de envelhecimento ativo proposta pela OMS, apresentam um programa para todas as idades, tendo em consideração que as mudanças tanto a nível físico, como psicológico ou social variam de indivíduo para indivíduo, considerando-se por isso multidirecionais e multidimensionais. Este programa é composto por três fases e tem por nome “Andar, Aprender, Amar: um programa de envelhecimento ativo para todas as idades” (Araújo & Pereira, 2014). Este programa visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

Sendo o envelhecimento da população uma preocupação que necessita de soluções sustentáveis para que a população idosa se mantenha, durante o máximo de tempo possível, ativa e independente, foram criadas as cidades amigas dos idosos contribuindo desta maneira para a implementação e execução de ações (a nível físico e social) para todas as gerações. Em Portugal, o programa de inclusão social Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre gerações (AEEASG, 2012) tem desenvolvido iniciativas ao nível da saúde, ao nível da acessibilidade, segurança social, aprendizagem e tecnologias. Foram também criadas, linhas de apoio, atividades intergeracionais, e um projeto VIP – Voluntariado Intergeracional de Proximidade. O objetivo deste programa (AEEASG, 2012) visa a facilitação de uma cultura de envelhecimento ativo em toda a Europa com a definição de vários eixos, nomeadamente emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida, saúde, bem-estar e condições de vida, solidariedade e diálogo intergeracional, voluntariado e participação cívica e finalmente o conhecimento e sensibilização social.

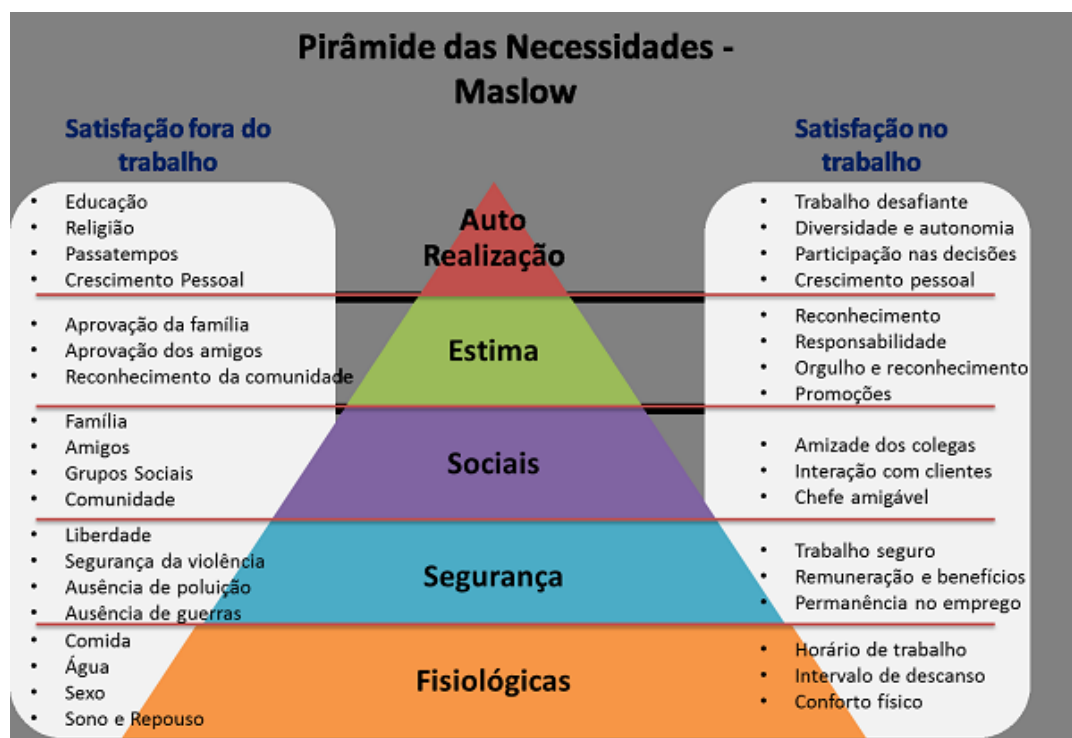
O objetivo principal do programa de ação do AEEASG (2012) foi cooperar na facilitação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, tendo definido para o efeito cinco eixos: emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida; saúde, bem-estar e condições de vida; solidariedade e diálogo intergeracional; voluntariado e participação cívica; e, por último, o conhecimento e sensibilização social.

O estado de saúde não influencia apenas as perceções do bem-estar, mas as sensações de

bem-estar das pessoas também influenciam os comportamentos relacionados com a saúde. São muitos os fatores que alteram a saúde, nomeadamente: a opinião das pessoas sobre a importância da saúde, a capacidade de controlar as suas vidas e a sua autoconsciência, autoestima e estado de saúde percebido têm uma relação direta com a probabilidade de que eles tomem atitudes para manter a saúde e prevenir doenças (Spirduso, 2005). Pode-se afirmar que são vários os fatores que alteram a saúde, nomeadamente a opinião das pessoas sobre a importância da saúde, a autoconsciência, a capacidade de controlo sobre as suas vidas, a autoestima e, por fim, o estado de saúde percebido que tem uma relação direta com a probabilidade de que elas tomem atitudes para manter a saúde e prevenir doenças (Spirduso, 2005).

Doyal e Gough (1992 como citado em Squire, 2005) entendem que a necessidade básica das pessoas, ou o seu objetivo maior, é a participação adequada na sociedade, sendo que, para que tal aconteça, é necessário haver autonomia e saúde física. A clássica hierarquização das necessidades de Maslow (Green, 2000) é, ainda na atualidade, reveladora disso mesmo (Figura 2).

**Figura 2** – Hierarquia das necessidades de Maslow



(Fonte: Squire, 2005, p.170)

De acordo com a psicologia humanística de Maslow, a Hierarquia de necessidades representa-se por uma pirâmide, que se consubstancia numa base, onde se realizam as

necessidades de natureza fisiológica, e, no topo, estão associadas as necessidades de natureza psicológica, destacando-se a autoatualização (por tradução de *self-actualization*). Neste processo, destacam-se experiências de pico (por tradução de *peak experiences*), nas quais o nível de felicidade atinge valores máximos (Caleiro, 2011).

### CAPÍTULO III – METODOLOGIA

A palavra metodologia tem a sua génese na Grécia antiga pela união de duas palavras “*methodos*” (organização) e “*logo*” (palavra, estudo e razão), tendo como significado “*estudo da organização*” (Reis, Costa, Mendes, & Lopes, 2010).

Durante o desenvolvimento de um estudo ou de uma pesquisa, torna-se necessário percorrer caminhos que podem subdividir-se em metodologias de investigação qualitativa e metodologias de investigação quantitativa.

Assim, entende-se por metodologia um conjunto de fases num determinado processo que tem como objetivo explicar o tipo de investigação, identificar a amostra em estudo, as questões da investigação, e o instrumento de recolha de dados.

A metodologia assenta no “*conjunto dos métodos e das técnicas, que guiam a elaboração do processo de investigação científica*” (Fortin, 2003).

A investigação, enquanto processo, é algo que se vai construindo ao longo do tempo, “[...] é algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica” (Quivy & Campenhoudt, 2005). Assim, para este trabalho teve-se em conta uma definição de investigação que, segundo Tuckman (2005), se caracteriza como um processo objetivo, uma vez que se evitam, na medida do possível, preconceitos, caracterizando-se por ser ordenado e sistemático, dando-nos de certa forma esta sistematização alguma validade repetível.

Na tradição de investigação em ciências sociais, a definição da problemática implica a inscrição do trabalho científico dentro de um perímetro preestabelecido. Parte-se das teorias e referências conceptuais para a construção de objetivos de investigação. Deverá esta ser pormenorizada de forma a possibilitar a replicação com base na informação (Oliveira, 2002).

Desta forma, a elaboração da metodologia de investigação permite construir os elementos que fazem parte da estrutura geral da pesquisa. Para Fortin (2003): “A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

Concluído o quadro de teórico de referência, avança-se para o momento destinado à escolha da metodologia de forma a possibilitar a aplicabilidade, tendo em conta a justificação do estudo, a sua finalidade, os objetivos e as questões de investigação, bem como a população e a amostra e os procedimentos possíveis para a realização da investigação.



Tendo por base a natureza do problema e as questões de investigação, a metodologia qualitativa de um trabalho tem carácter descritivo com o intuito de obter resposta às questões de investigação.

No nosso caso concreto, começámos por definir uma amostra estratificada em termos de género e idade. O Modelo de análise, por sua vez, é misto contendo tanto procedimentos de uma análise mais do tipo qualitativo e outros mais quantitativos. Em termos qualitativos, procedemos à análise contextual do local e das suas características demográficas; por sua vez, em termos quantitativos, recorremos à recolha e análise de dados através da aplicação de inquérito por questionário a 50 indivíduos de uma faixa etária entre 65 e 87 anos, com uma média de idade de 70 anos, em junho/julho de 2017.

Ao longo de uma investigação, a metodologia apresenta-se como uma fase determinante para o seu seguimento e conclusão, determinando métodos e instrumentos a utilizar de forma à obtenção de informação e respostas, indo ao encontro dos objetivos definidos.

Numa fase posterior, terminada a revisão bibliográfica, potenciadora de conhecimento acerca do tema que possibilitou a elaboração de uma base teórica de apoio a todo o trabalho e de acordo com o contexto do mesmo, torna-se premente descrever o percurso da investigação em si, assim como a elaboração da análise e interpretação dos dados aferidos. Desta forma, iremos passar a descrever, de uma forma mais detalhada, a forma como se desenrolou a investigação, indicando o contexto, definindo-se o objetivo, a população e o instrumento de recolha de dados.

## **1. *Locus* de Investigação**

Antes de se apresentar o contexto geográfico, e embora já se lhe tenha feito referência, é necessário esclarecer que o estudo se desenvolveu num contexto específico e de menor dimensão, no Concelho de Santarém a 50 idosos, não se configurando como um estudo a nível nacional. Santarém localiza-se no interior do país, contexto que possibilita uma maior aproximação às pessoas e onde é exequível proceder à análise da realidade local. No entanto, proceder a um estudo deste cariz em todo o país seria vantajoso e pertinente. Contudo, neste caso não se mostrou o mais adequado, podendo-se revelar ambicioso de mais, o que dificultaria a concretização do próprio estudo.

O estudo foi, assim, realizado no Município de Santarém e teve como principais objetivos a análise e reflexão acerca da perceção dos idosos face ao envelhecimento ativo e ao seu envolvimento contra a solidão e o sedentarismo.

## **2. Tipo de Investigação**

Sabendo-se que a investigação pode ser diferenciada ou caracterizada em função de vários critérios, importa clarificar que o trabalho a realizar será um estudo exploratório, pautado pela lógica indutiva, sobre a necessidade de implementação de um sistema de gestão da qualidade, mais especificamente, incidirá sobre a perspetiva que a população possui acerca do envelhecimento ativo, optando-se por uma metodologia qualitativa e quantitativa por nos parecer a mais indicada para o estudo em causa.

A investigação qualitativa assume, como base filosófica, o idealismo, defendendo uma visão anti positivista e uma ontologia pautada pelo nominalismo, voluntarismo, privilegiando uma metodologia ideográfica (Cohen & Manion, 1990). Ao apresentar-se enquanto uma dimensão subjetiva, tem como objetivos desenvolver conceitos sensíveis, com base numa teoria fundamentada e descrever realidades múltiplas, através da compreensão. O plano de investigação é emergente, progressivo, flexível e geral, sendo que a elaboração das suas propostas de investigação são breves e especulativas: “parcas em revisão de literatura, [com] uma descrição geral da abordagem.” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 73).

## **3. Opção Metodológica**

A investigação qualitativa é descritiva. A investigação qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994), surgiu no final do século XIX e início do século XX, atingindo o seu apogeu nas décadas de 1960 e 1970 por via de novos estudos e da sua divulgação. Clem e Kemp (1995) referem também que, nos anos cinquenta, a escola de gestão e administração de Harvard começou por definir o estudo de caso apenas como uma forma de relatório descritivo, mas, desde os anos 70, que tem vindo a ser reabilitado como um meio metódico de organização e tratamento de dados de investigação. Estes são essencialmente qualitativos, compreendendo tanto a observação sistemática como a informal, a entrevista, o questionário e os dados documentais.

Os dados têm como base as comunicações, sendo recolhidos em forma de palavras ou imagens e não de números.

Nas duas últimas décadas, assistiu-se a uma utilização crescente de abordagens de natureza qualitativa na investigação. A investigação qualitativa tem na sua essência, segundo Bogdan e Biklen (1994), cinco características:

- a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente na recolha desses mesmos dados;
- os dados que o investigador recolhe são essencialmente de carácter descritivo;

- os investigadores que utilizam metodologias qualitativas interessam-se mais pelo processo em si do que propriamente pelos resultados;
- a análise dos dados é feita de forma indutiva;
- o investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências.

Bogdan e Taylor (1986) referem que nos métodos qualitativos o investigador deve estar completamente envolvido no campo de ação dos investigados, uma vez que, na sua essência, este método de investigação baseia-se principalmente em conversar, ouvir e permitir a expressão livre dos participantes. Na mesma linha de pensamento, os autores atrás referidos dizem que a investigação qualitativa, por permitir a subjetividade do investigador na procura do conhecimento, implica que exista uma maior diversificação nos procedimentos metodológicos utilizados na investigação (Lopes, 2010).

Por sua vez, para Yin (2009), a investigação qualitativa possibilita ao investigador pesquisar organizações ou indivíduos em intervenções complexas, relacionamentos, comunidades ou programas. A investigação qualitativa tem como principais características, a flexibilidade do processo e a complexidade da realidade (Sousa & Baptista, 2011); pelo contrário, a investigação quantitativa mostra-se principalmente pela forma de dados, indicadores e características observáveis, por ser uma metodologia dedutiva porque a informação alcançada serve, fundamentalmente, para testar hipóteses. As principais características da investigação quantitativa são o método experimental e a formulação de hipótese (Sousa & Baptista, 2011).

Yin (2009) defende que estudo de caso serve para uma melhor compreensão de fenómenos da vida real, em que o seu contexto influencia tais fenómenos, ajuda a analisar uma amostra pré-definida, baseando-se em múltiplas fontes convergentes e beneficiando de desenvolvimentos teóricos anteriores para conduzir a investigação. Quando estamos perante as questões “*como?*” ou “*porquê?*” o estudo de caso é uma boa escolha porque investiga um fenómeno no seu contexto de vida real, pois os limites entre o fenómeno e o contexto não são claros (Yin, 2009).

Para Coutinho (2011) o estudo de caso classifica-se em múltiplo e único, sendo que o múltiplo analisa vários casos e o único apenas analisa um caso em concreto.

Para Flick (2005), a investigação não é baseada numa conceção teórica e metodológica unitária. A sua prática e as suas análises são caracterizadas por diversas abordagens teóricas e respetivos métodos.

Cabe ao investigador selecionar o método de recolha de dados que melhor responda às suas questões de investigação. No presente estudo, optámos pelo preenchimento de

inquéritos por questionário como método de recolha da informação, por nos parecer o mais adequado aos objetivos definidos.

Posto isto, conclui-se que o questionário seria a melhor ferramenta e aquela que permitiria:

- Obter informações sobre a forma como se iniciou a prospeção;
- Obter informações sobre o que já se conhece do estudo em análise;
- Obter informações sobre os resultados alcançados ou próximos de alcançar;
- Compreender as preocupações e eventuais limitações/dificuldades identificadas.

O inquérito por questionário é um dos instrumentos que nos possibilita, de forma mais rápida e extensiva, conhecer os indivíduos no que respeita às suas condições económicas, aos seus modos de vida, aos seus comportamentos, aos seus valores e às suas opiniões visando “a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem.” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p.188). O inquérito tem ainda como intuito obter informações que possam ser investigadas com o objetivo de extrair modelos de análise e posteriormente realizar comparações (Bell, 2010).

Por sua vez, para Ghiglione e Matalon (1993, p. 8) o inquérito pode ser definido como “uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar (...) [e onde] o investigador intervém colocando questões, mas sem intenção explícita de modificar a situação na qual actua enquanto inquiridor.” Deste modo, recorre-se ao inquérito para se obterem informações sobre a multiplicidade de comportamentos de um mesmo indivíduo. Este instrumento de recolha de dados permite-nos ainda compreender fenómenos, tais como as atitudes, as opiniões e as preferências, a que só acedemos de uma forma prática pela linguagem pois raramente se transmitem de forma espontânea. Tem como principal vantagem a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação.

No nosso caso concreto, para a recolha de dados elaborámos um questionário com questões, englobadas em blocos temáticos, que tiveram, como referência, os objetivos do estudo e as questões de investigação. A aplicação do questionário serviu de suporte e orientação, conferindo consistência na obtenção de informação, de forma a facilitar a posterior análise.

Pode-se referir que a análise de conteúdo aborda as seguintes etapas indicadas por Amado (2000) e que passamos a referir:

- **Definição de objetivos do trabalho:** é com base na definição dos objetivos centrais do estudo que se baseará tudo o resto;
- **Explicitação de um quadro de referência teórico:** a revisão bibliográfica tem como principal intuito permitir que se realize o trabalho explicativo e interpretativo do

investigador, sendo através do levantamento das principais teorias sobre o tema em estudo, que se vai realizar uma análise e compreensão mais aprofundada e detalhada sobre a área em estudo, bem como averiguar quais os fatores e variáveis que lhe estão associados;

- **Constituição de um “corpus” documental:** determina a razoabilidade do tamanho da amostra. Daval (1963, citado em Amado, 2000), preconiza “*que seja suficientemente grande a quantidade de textos a analisar*”, mas nem sempre esta exigência tem de ser satisfeita. Na constituição deste corpo há que ter em conta a:
  - Exaustividade: levantamento completo do material suscetível de ser utilizado;
  - Representatividade: os documentos devem ser um reflexo fiel de um universo maior;
  - Homogeneidade: os documentos devem referir-se a um tema e possuir outras características semelhantes, tais como, terem sido produzidos com a mesma técnica (por ex. entrevistas);
  - Adequação: devem ser adequados aos objetivos da pesquisa;
- **Leituras atentas e ativas:** várias leituras sucessivas, verticais, documento a documento, cada vez mais minuciosas, a fim de possibilitar destacar os temas mais relevantes, bem como, os conceitos mais utilizados. Parece ser ainda, nestas leituras que o investigador pode dar conta de um subconjunto de áreas temáticas que poderão dar diversos rumos à análise, sobretudo se o tema inicial for muito abrangente e a recolha de dados se traduzir em grande volume (como acontece, habitualmente numa observação participante ou em entrevistas semi-diretivas);
- **Formulação de hipóteses:** esta questão coloca-se se as hipóteses estiverem na base da codificação - estudos diferenciais e funcionais. Em estudos estruturais e exploratórios pode não haver lugar para a formulação de hipóteses prévias. Em qualquer dos casos é sempre necessário um profundo conhecimento teórico da temática em estudo. Relativamente a este estudo específico, como se trata de um estudo exploratório, que possui uma escassez de recursos bibliográficos, não se enunciaram hipóteses;
- **Codificador:** ou seja, “O processo pelo qual, os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo” (Holsti, 1969, citado em Bardin, 2004). É evidente que tem de se definir, com antecedência, o que vamos considerar como “*as características relevantes do conteúdo*”; e para tal é necessário recorrer ao quadro de referência teórico. Por sua vez, esta codificação é um processo faseado de decisões e ações que deve ser adaptado às características do material a estudar, dos objetivos do estudo, e das hipóteses formuladas (caso as haja). Trata-se de um processo de esquartejamento do texto e do seu sentido imediato, visível, com o objetivo de se

descortinarem outros sentidos. As fases da codificação consideradas, habitualmente, são as seguintes:

A- Determinar as Unidades de Registo ou de Significação. Há que tomar uma decisão (tendo em conta os objetivos do trabalho e, por consequência, também a natureza do material a analisar), sobre o que se vai procurar: palavras, proposições (leitura literal), temas (leitura interpretativa e acontecimentos (incidentes críticos). No primeiro caso podem ser todas as palavras de um texto, certas palavras-chave, ou certas categorias como verbos, substantivos, adjetivos, etc...

B- Determinar a Unidade de Contexto - O que permite apreender o significado exato da Unidade de Registo, sem que se deixem de revelar as opiniões, atitudes e preocupações dos seus autores.

C- Determinar a Unidade de Enumeração ou Contagem - Trata-se de definir os critérios que determinam o como contar (todas as vezes que a mesma unidade aparece no mesmo contexto? Ou uma só vez?), e o que contar (por exemplo, a presença ou a ausência de certas unidades de registo). É evidente que, tal como as frases anteriores, se trata de decisões que têm a ver com o plano e objetivos da investigação.

D- Categorização - Esta é como diz Bardin (1977), *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos”*. Destes critérios fazem parte as fases A, B e C e a definição de cada categoria, se elas já existirem previamente (“categorias a priori”); A palavra-chave que traduz a categoria deve ser escolhida de modo a representar, com exaustividade e precisão, o sentido dos indicadores, isto é, do item ou conjunto de itens que explicitam as características da comunicação a abranger nessa mesma Categoria - por isso o mesmo autor chama à A.C. “uma técnica de compressão dos dados”. A elaboração de um conjunto de subcategorias pode ser um recurso para explicar melhor todo o sentido da categoria (Amado, 2000).

Assim, a codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características de interesse relativo ao conteúdo (Bardin, 1977, citado em Lopes, 2010).

O trabalho de interpretação que é preciso fazer dos dados, quer no que respeita à delimitação da unidade de registo, quer na sua colocação sob certos indicadores e não noutros, exige muita atenção e boa memória.

Devido a estas dificuldades que traduzem a necessidade de rigor e de objetividade, existem autores que aconselham fazer tabelas de significações, com todas as unidades de registo e o indicador que as compreende, o que permite uma mais fácil comparação durante o

processo de análise; nas fases de síntese e de apresentação, estas tabelas, a existirem, contrariam a exigência de concentração dos dados. Da natureza dos indicadores, pelo que eles emprestam de sentido a comunicação, depende a maior ou menor riqueza do estudo.

#### **4. Amostra**

Para Fortin (2003) “a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção”. Por sua vez, o autor entende por população: o “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação”. Atendendo à extensa dimensão do nosso universo, idealmente fariamos uma amostra elevada. Contudo, não podendo, por questões operacionais de tempo e de capacidade de trabalho, constituir uma amostra exageradamente grande, situámo-nos num valor de 50 indivíduos que, não permitindo uma representatividade plena do nosso universo, ainda assim, constituem um número suficientemente elevado para refletir as questões de diversidade mais importantes sobre o fenómeno em estudo. Paralelamente, neste processo, o essencial é obter uma informação rica e útil que permita a concretização de um estudo em profundidade e que esclareça o fenómeno, uma vez que a riqueza dos dados nem sempre vem de alguém, habitualmente, designada por “expert”, mas de alguém com capacidade de refletir e descrever, pormenorizadamente, o fenómeno (Frias, 2003). Ao mesmo tempo, Polit e Hungler (1995) referem que a pesquisa qualitativa tende a produzir grandes quantidades de dados narrativos, tornando-se impraticável para o pesquisador utilizar amostras grandes e representativas para obter dados. Reforçando este ponto de vista, Polit, Beck e Hungler (2004) consideram que, “na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações”.

Assim, a população foi estratificada por sexo, idade, constituída por 50 residentes em Santarém com idade superior a 65 anos de idade.

Para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade  $\geq 65$  anos, não apresentar diagnóstico de demência e aceitarem voluntariamente participar no estudo.

Houve preocupação, relativamente à definição das idades dos inquiridos, de modo a se ter uma melhor análise da percepção da realidade, tanto no que toca a condições físicas como nos apoios sociais existentes. No entanto, a amostra não indica diferentes estratos económicos e sociais uma vez que se apresentou difícil a sua seleção dada a morosidade e oportunidade para a entrega e distribuição dos inquéritos, assim como foi verificada alguma resistência dos inquiridos face a perguntas percecionadas como de teor pessoal.

## **5. Objetivos do Estudo**

A identificação e a definição dos objetivos de investigação é um processo muito importante na medida em que exige um processo de reflexão, pois o estabelecimento dos objetivos permite perceber o tipo de trabalho a desenvolver, bem como o que se pretende através da investigação. Neste sentido, pode dizer-se que os objetivos representam metas e intenções, que apoiam a investigação a “desenvolver com maior qualidade e eficácia” (Zabalza, 1992).

Os objetivos constituem a finalidade de um trabalho científico, ou seja, a meta que se pretende atingir com a elaboração da pesquisa. São eles os indicadores que o investigador deseja alcançar. Neste sentido, a sua definição clara ajuda em muito na tomada de decisões que são necessárias adotar, ao longo da realização do trabalho, essencialmente no que respeita aos aspetos metodológicos da pesquisa, uma vez que todo o trabalho, desde a revisão da literatura até à seleção do instrumento a utilizar na recolha dos dados, é em tudo influenciado pelos objetivos previamente estabelecidos.

O presente estudo tem como objetivo geral perceber a perspetiva da população com mais de 65 anos face ao envelhecimento ativo e como atuam no seu dia a dia

Assim sendo, tendo em conta as metas orientadoras da investigação, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer, caracterizar e analisar a perceção da população idosa do Concelho de Santarém face ao envelhecimento ativo;
- Identificar eventuais necessidades e lacunas no apoio ao envelhecimento local.

## **6. Plano de observação**

Inquérito por Questionário.

Tendo por base o questionamento anteriormente apresentado e os objetivos dele decorrentes foram desenvolvidas algumas questões. Para isso realizou-se um inquérito que foi aplicado a cinquenta idosos onde se formularam as referidas questões de investigação, com o objetivo de confirmar os pontos fracos e as suas particularidades de modo a que se possam tirar conclusões relativamente ao seu envolvimento perante o envelhecimento, utilizando-se, também duas escalas:

- **Questões:**
  - Melhor definição de Envelhecimento Ativo
  - Quais Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo
  - Qual a Ocupação /Atividades na reforma



- **Escalas:**

- Escala de rede de apoio (adaptação de Lubben, 1998)
- Escala de solidão (adaptado de Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006)

## CAPÍTULO IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1. Contextualização do Fenómeno do Envelhecimento em Santarém

Segundo o que nos mostra o Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017, a rede de equipamentos coletivos constitui uma componente fundamental na promoção do desenvolvimento sustentável e integrado nas suas diversas dimensões. O Concelho de Santarém constitui um território de charneira e de intermediação entre subsistemas territoriais e urbanos diferenciados, nomeadamente entre o Norte e o Sul do País e entre o Litoral (Oeste e Área Metropolitana de Lisboa) e o Interior (Figura 3).

**Figura 3** – Mapa das freguesias do Concelho de Santarém



(Fonte: Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017)

O Concelho de Santarém, registava, à data do XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação / 2011, um total de 62200 indivíduos residentes. Este valor representa um decréscimo populacional de 1363 indivíduos, relativamente ao momento censitário de 2001. Em 2011, 47% da população residente no Concelho era do sexo masculino e 53% do sexo feminino.

Em termos globais, observa-se no Concelho de Santarém, comparando 2001 e 2011, que o grupo etário com um maior decréscimo de efetivos (-28,42%) foi dos 15-24 anos, logo seguido do grupo dos 0-14 anos com -0,53%. De referir ainda, que só o grupo etário dos 65 ou mais anos teve, entre 2001 e 2011, uma taxa de variação positiva (8,53%), isto é, um aumento dos seus efetivos.

Quando se procura analisar a estrutura demográfica da população residente em 2011 *versus* 2001, em termos globais no Concelho, e segundo o peso de cada grupo etário nota-se que:

- 14% da população tem entre 0-14 anos em 2011 (mesma percentagem em 2001);
- 10% da população tem entre os 15-24 anos em 2011 (11% em 2001);
- 53% da população tem entre 25-64 anos em 2011(54% em 2001);
- 23% da população tem mais de 65 anos em 2011 (21% em 2001).

O índice de dependência de idosos, coeficiente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 15 e 64 anos, permite verificar, desde 2001, o aumento do peso do grupo etário dos 65 ou mais anos, que passou de 31,4%, em 2001, para 36,2% em 2011 (Tabela 1).

**Tabela 1** - Índice de dependência de idosos Santarém (em percentagem)

<b>Período de referência dos dados</b>	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2011
<b>Índice de idosos (%)</b>	31,4	31,7	31,5	31,9	32	32	32,3	36,2

(Fonte: Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017)

Em termos da natalidade no Concelho de Santarém verifica-se uma redução ao longo dos anos, assim como a taxa de fecundidade geral (número total de nados vivos numa determinada região, para determinado período de tempo, relativamente às mulheres em idade fértil – 15-49 anos de idade – estimadas para o meio do período considerado).

Relativamente à caracterização das famílias enquanto suporte aos mais idosos, é possível aferir que no Concelho de Santarém, em 2011, existiam 24941 famílias clássicas – “conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento” (INE, 2011). Em

termos de alojamentos familiares clássicos existiam, em 2011, 35098, isto é, o alojamento que normalmente se destina a alojar apenas uma família e não é totalmente utilizado para outros fins. A dimensão média da família no Concelho, em 2011, foi de 2,5 pessoas. Deve com isto salientar-se a evolução das famílias clássicas unipessoais, ou seja, famílias de pessoas independentes que ocupam uma parte ou a totalidade de um alojamento (INE, 2011). Este indicador inclui pessoas independentes não aparentadas, que partilham alojamentos, constituindo cada uma delas uma família clássica unipessoal. No Concelho, em 1960 eram 9,4% das famílias, sendo em 2011 de 23,7%.

Relativamente à população idosa, no Concelho de Santarém a população residente, com 65 e mais anos, tem vindo a crescer sistematicamente, tendo esta faixa etária, segundo o INE, Censos da População em 2011, 14228 indivíduos residentes, a maioria dos quais do sexo feminino (59,18%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - População residente com mais de 65 anos de idade

<b>Sexo</b>	<b>Grupo Etário</b>	<b>População Residente</b>
<b>HM</b>	Total	62200
	65 e mais anos	14228
<b>H</b>	Total	29455
	65 e mais anos	5808
<b>M</b>	Total	32745
	65 e mais anos	8420

Legenda: H – homens, M – mulheres; HM – homens e mulheres.

(Fonte: INE, Censos da População, 2011)

Através dos Censos de 2011 foi possível verificar que 65% dos indivíduos com 65 ou mais anos vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário e que 51% dos alojamentos com indivíduos destas idades só têm um habitante (vivem sozinhos).

Relativamente à rede solidária de apoio ao idoso no concelho de Santarém, para além das instituições de alojamento, existem algumas respostas sociais/projetos nesta área: Serviço de Teleassistência Domiciliária, Passeios dos Avós, Cartão Sénior Municipal, Programa Quarto Crescente, Voluntariado de Proximidade, GIAIS – Grupo Interinstitucional de Apoio a Idosos do concelho de Santarém, Projeto “Contadores de Memórias”, Universidade da Terceira Idade de Santarém (parceria entre a Câmara Municipal de Santarém, União de Freguesias de Santarém e Santa Casa da Misericórdia de Santarém).

Não obstante, foi identificado pelo grupo de parceiros locais, como consta no relatório social, um conjunto de problemas relativos à população mais idosa do Concelho, de onde se destaca (Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017):

- **Isolamento geográfico/ solidão** – devido ao défice de acompanhamento/apoio por parte das famílias, pela quebra das redes de vizinhança que se encontram diluídas, pelo apego à casa dos idosos com resistência ao apoio institucional, pela falta de locais de convívio e/ou pouco acessíveis, pelo povoamento disperso e pela falta de reconhecimento social, verificam-se situações de abandono, precariedade habitacional, problemas de saúde, destacando-se os de saúde mental (depressão). De referir ainda que os parceiros locais sinalizaram a rede de transportes públicos como sendo pouco adequada às necessidades dos idosos, nomeadamente em meio rural;
- **Dificuldades económicas** - Este problema tem implicações diretas na qualidade de vida desta população, nomeadamente no acesso à medicação, a uma dieta alimentar equilibrada, à aquisição de bens de reabilitação e outros de conforto (ex. aquecimento). As principais causas referem-se às baixas reformas, à falta de suporte familiar, aos custos elevados da saúde e medicação e aos encargos com a habitação e ou institucionalização. Por outro lado, assiste-se ao recurso a casas de acolhimento de idosos sem condições e sem cuidadores com formação específica (menor custo), à procura das instituições em situações limite (de urgência) e já quando há dependência ou grande dependência do idoso;
- **Falta de apoio familiar e violência** - Este problema tem como principais causas a indisponibilidade dos familiares por razões da sua empregabilidade, por razões de distância geográfica em relação ao idoso e pela diluição das relações de afetividade. Sublinhe-se, ainda, o aumento das situações de violência física, financeira, psicológica e de negligência. Outros fatores referem-se às situações de famílias desestruturadas, de saturação da relação familiar e de "cansaço" do cuidador;
- **Insuficiente flexibilidade das respostas sociais** - Foram sinalizadas as dificuldades de resposta, física e técnica, adequada à heterogeneidade da população idosa, cujo perfil se tem alterado nos últimos anos. Este fenómeno tem tendência a acentuar-se. A própria legislação, que tipifica os serviços, não se ajusta à diversidade de necessidades e expectativas desta população cada vez mais exigente. Estas dificuldades provocam a resistência à institucionalização e/ou processos difíceis de integração;

- **Más condições de habitabilidade** - Este problema tem impacto nas condições de vida, de segurança e de conforto da população. Esta realidade decorre, em muitas situações, da antiguidade das habitações e dos fracos recursos económicos da maioria para proceder a obras de reabilitação das habitações. Esta dificuldade potencia o medo de sair à rua e o isolamento da população idosa;
- **Analfabetismo e iliteracia** - Causados por questões culturais e das limitações das vivências rurais, em meios onde as pessoas começavam a trabalhar muito jovens e onde a sede de ensino era distante ou se verificava a ausência de acessos. Consequentemente, verifica-se um grande número de idosos com poucas competências funcionais e académicas;
- **Perspetiva social do idoso como pessoa sem direito de representação própria** - A despersonalização do idoso foi referenciada, levando mesmo à sua “infantilização” e à perda de direitos. Este processo é muitas vezes protagonizado pela própria família que desvaloriza as capacidades/opinião do familiar idoso, bem como pelas instituições. Nestas situações o idoso tem tendência a isolar-se e a perder autoestima, levando, não raras vezes, à desmotivação e apatia.

## 2. Análise e Apresentação dos Resultados do Inquérito por Questionário

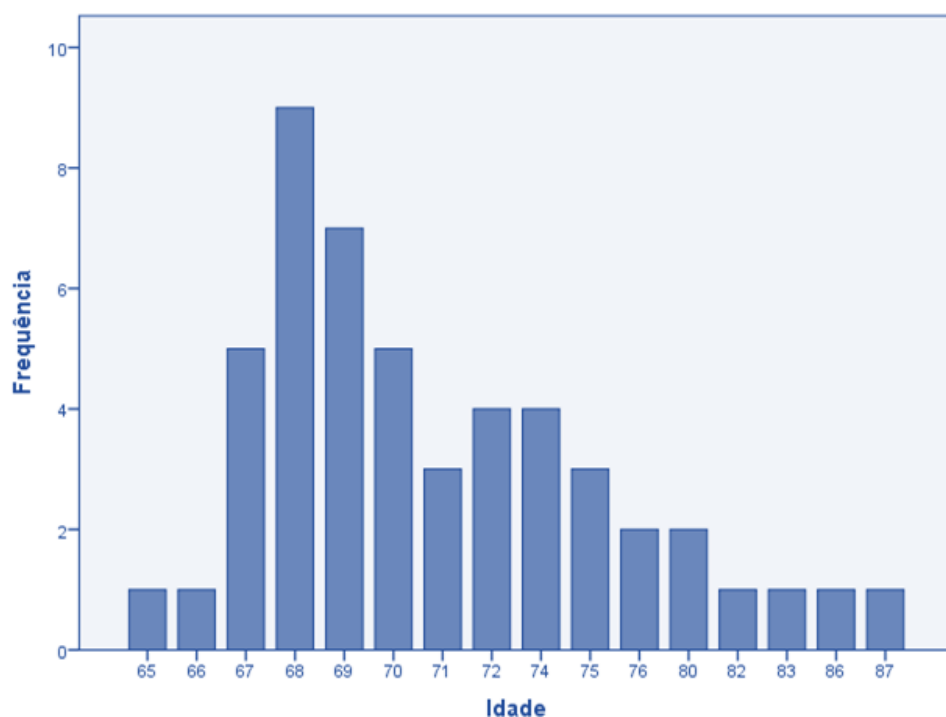
### 2.1. Caracterização dos respondentes

Como é possível observar na Tabela 3 e Figura 4, a nossa amostra é constituída por 50 pessoas idosas entre os 65 e 87 anos ( $M=71,66$   $S=26,107$ ) residentes no Concelho de Santarém, 56% do género feminino e 44% do género masculino.

**Tabela 3** – Distribuição da amostra de acordo com o género

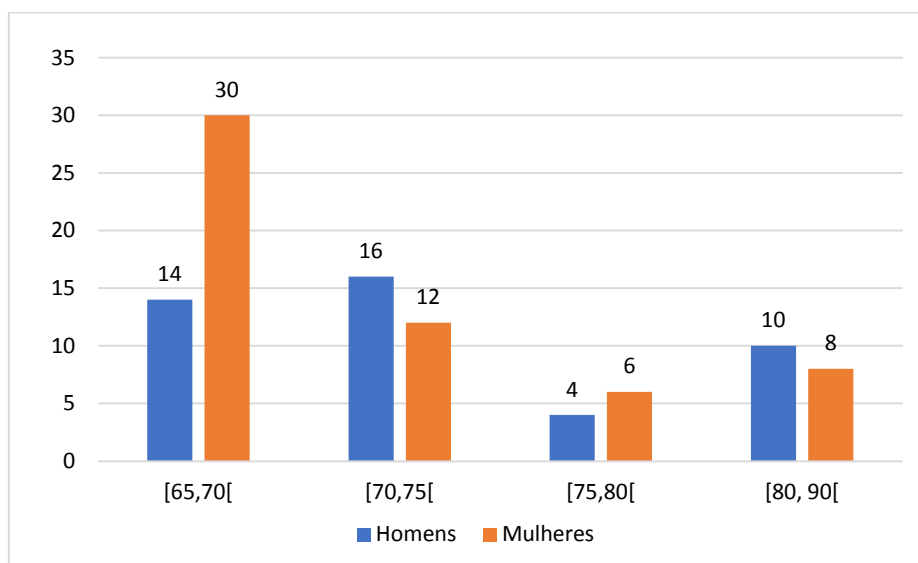
Género	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Masculino	22	44,0	44,0
Feminino	28	56,0	100,0
Total	50	100,0	

**Figura 4 -** Distribuição da amostra por idades (em frequência)



Efetuada a distribuição da amostra por intervalos de idades (Figura 5), verifica-se que as mulheres representam o grupo de idosos mais jovens, destacando-se a classe de [65, 70[ anos, como uma percentagem de 30%, e os homens apresentam um número próximo de indivíduos, nos intervalos [65, 70[ e [70, 75[ anos, com 14 e 16%, respetivamente. Para ambos os géneros, o intervalo de [75, 80[ anos é aquele que apresenta uma percentagem menor de indivíduos.

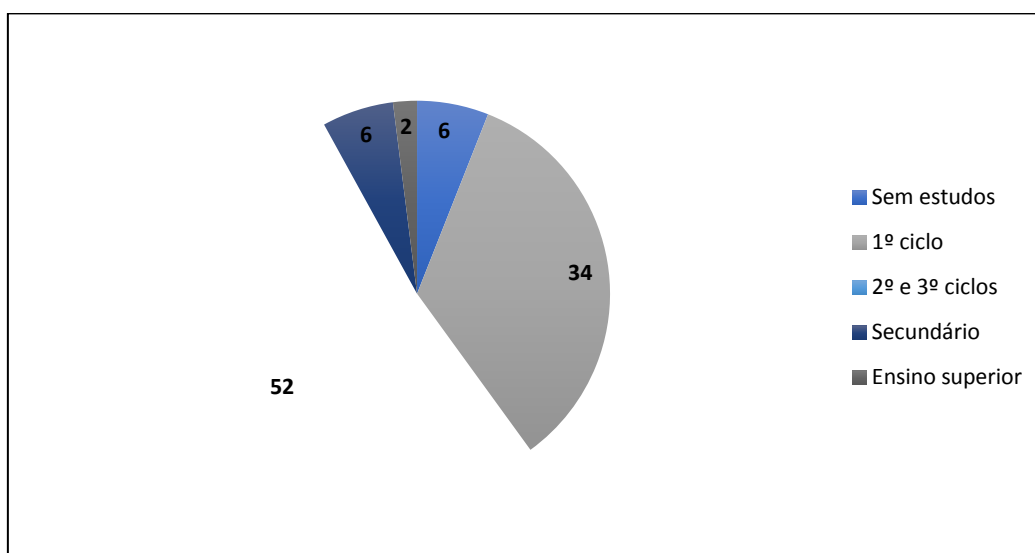
**Figura 5 -** Distribuição da amostra por intervalos de idades, por género (em percentagem)



Relativamente ao nível da escolaridade dos inquiridos, como demonstra a Figura 6, um grande número de inquiridos, 17 (correspondentes a 34% dos casos) apenas frequentaram o ensino básico, e apenas um detém uma licenciatura (2%). O grupo de maior percentagem, 52%, tem estudos entre o 5º e o 9º ano de escolaridade, 6% frequentaram o ensino secundário e 6% não tem qualquer estudo.

Analisando estes dados por género, verifica-se que são as mulheres que apresentam as maiores e menores habilitações literárias, ou seja, os indivíduos sem estudos são apenas mulheres e os indivíduos que frequentaram o ensino secundário ou superior são também apenas mulheres, verificando-se que as habilitações dos homens variam entre o 1º e 9º ano de escolaridade.

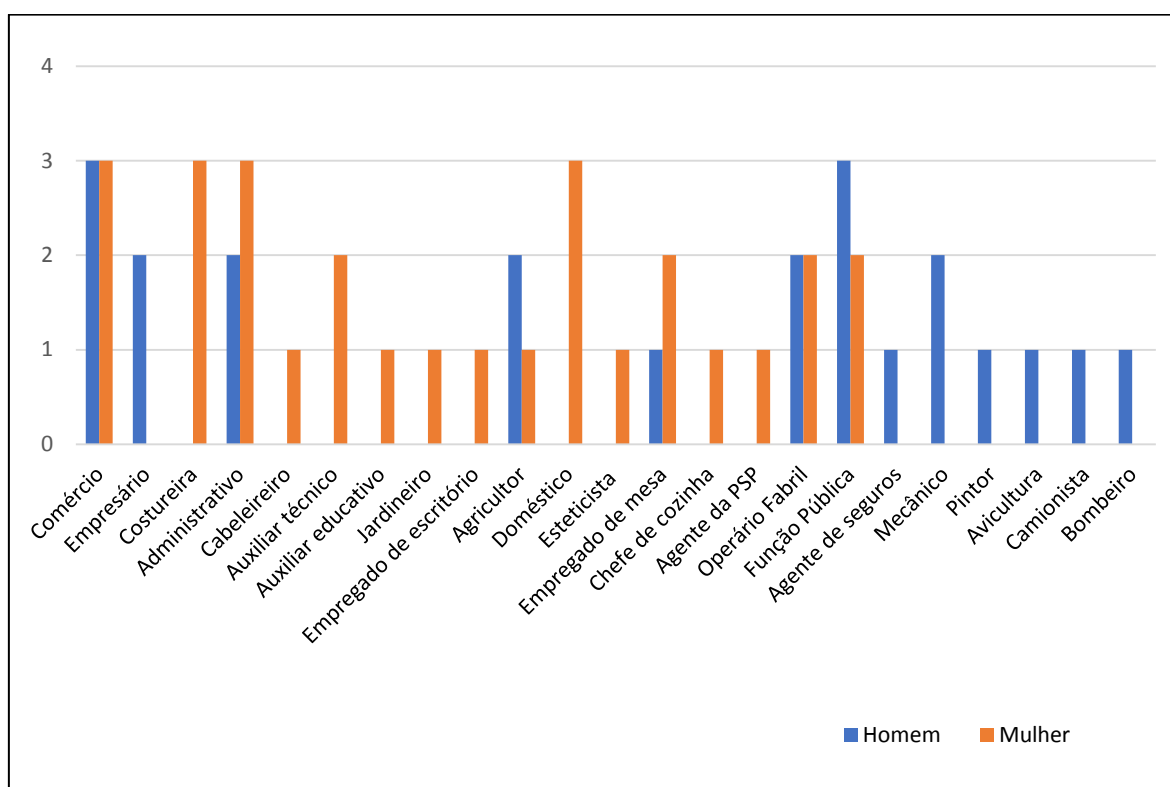
**Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo com as habilitações literárias (em percentagem)**



No que se refere à atividade profissional, verifica-se, na Figura 7, que as profissões mais desempenhadas pelos homens são na área do comércio e função pública, e pelas mulheres são na área do comércio, como costureira, administrativa e doméstica, todas elas com uma percentagem de 6%.



**Figura 7 – Distribuição da amostra de acordo com a profissão (em frequência)**



Apresentadas as características sociodemográficas da amostra de estudo, apresentar-se-á de seguida os resultados do estudo, no que diz respeito aos níveis percecionados de autonomia e integração familiar e/ou social-cultural dos idosos.

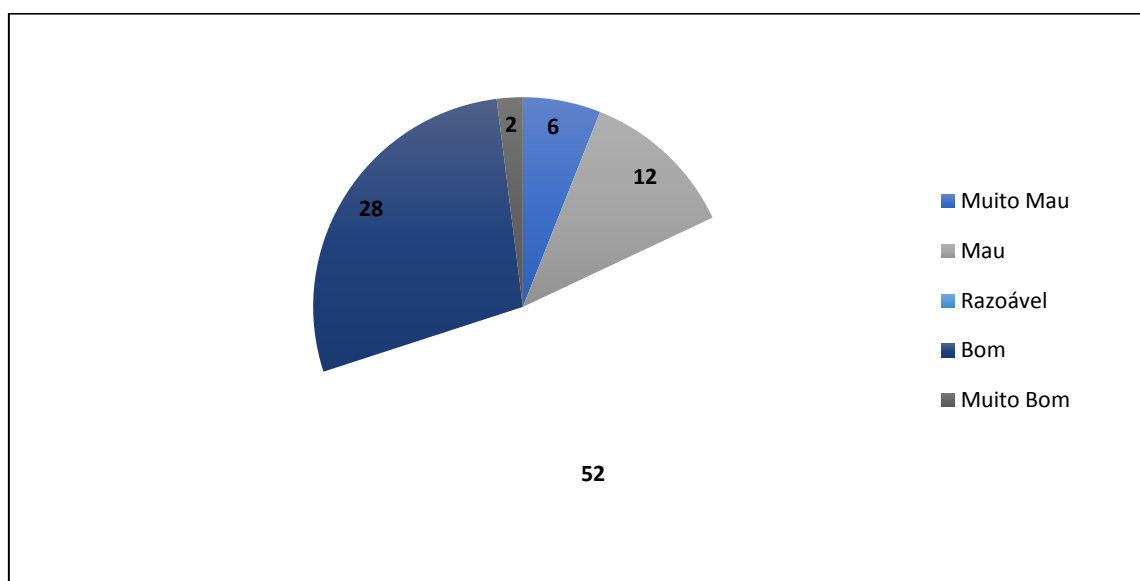
## **2.2. Fatores determinantes do envelhecimento ativo**

O conceito de Envelhecimento Ativo é definido como um processo em que o idoso integra a sociedade e mantém a sua autonomia social, física e psicológica (OMS, 2002), apresentando a capacidade de levar uma vida produtiva, e participar nas questões económicas, culturais, sociais e civis (OECD, 1998). O envelhecimento ativo está dependente de diversos fatores, como os serviços de saúde e os serviços sociais, mas, também, está diretamente relacionado com os determinantes pessoais, económicos, culturais e educacionais (CE, 2002; Naegle, 1999; Walker, 2002).

Desta forma, para se perceber como se processa o envelhecimento dos idosos da amostra selecionada no Concelho de Santarém, foram colocadas questões relacionadas com o estado de saúde, grau de autonomia, coabitação dos indivíduos, importância atribuída à atividade física, ocupações e atividades, valores culturais e tradições, solidão, determinantes económicos, rede de apoio e apoios da segurança social.

Sobre o estado de saúde dos indivíduos inquiridos verifica-se que a maioria (52%) considera a sua saúde razoável (Figura 8), verificando-se que os principais problemas são: dores nos ossos, dores corporais, doença pulmonar, sono perturbado, tensão alta, reumatismo e artrose, dores renais, cansaço, dores de cabeça, no caso das mulheres; e falta de forças e dores nos ossos, reumatismo, dor de pernas e corpo, acidente vascular cerebral, no caso dos homens.

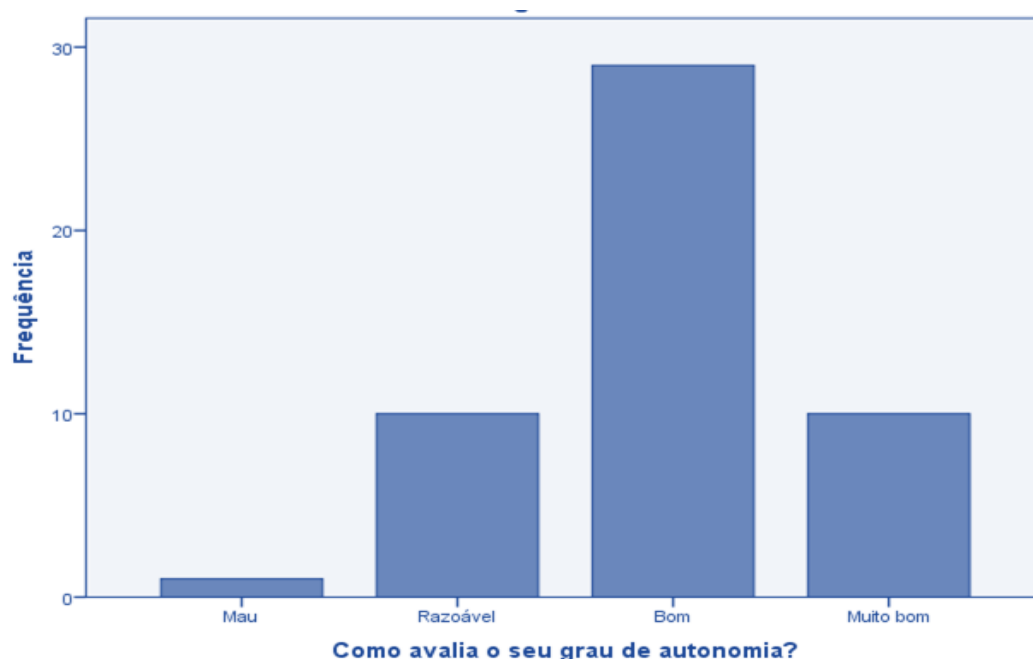
**Figura 8** – Distribuição da amostra de acordo com a opinião sobre o seu estado de saúde (em percentagem)



No que concerne à percepção de autonomia que possuem, a grande parte dos participantes considera o seu grau de autonomia Bom ou Muito bom, com uma percentagem acumulada de 22% do Mau ao Razoável (Figura 9), indicando que as razões associadas a esse grau de autonomia se relacionam com o facto de continuarem a possuir a capacidade de se movimentarem sozinhos e assegurar as necessidades básicas (comer, tomar medicação, vestir, ir às compras, preparar refeições).

Os problemas indicados pelos inquiridos que se relacionam com a sua menor autonomia são a necessidade de ajuda para tomar medicação, para tomar banho, vestir-se e lavar-se e a falta de agilidade para cozinhar.

**Figura 9** – Percepção dos inquiridos sobre o grau de autonomia (em frequência absoluta)



É de ressaltar que embora a maioria dos indivíduos considere que tem boa autonomia, 76% dos inquiridos habitam com o conjugue ou com familiares próximos (Tabela 4) de forma a usufruírem de um apoio de retaguarda e, ao mesmo tempo, indicam, curiosamente, na maioria, que se consideram autónomos e capazes.

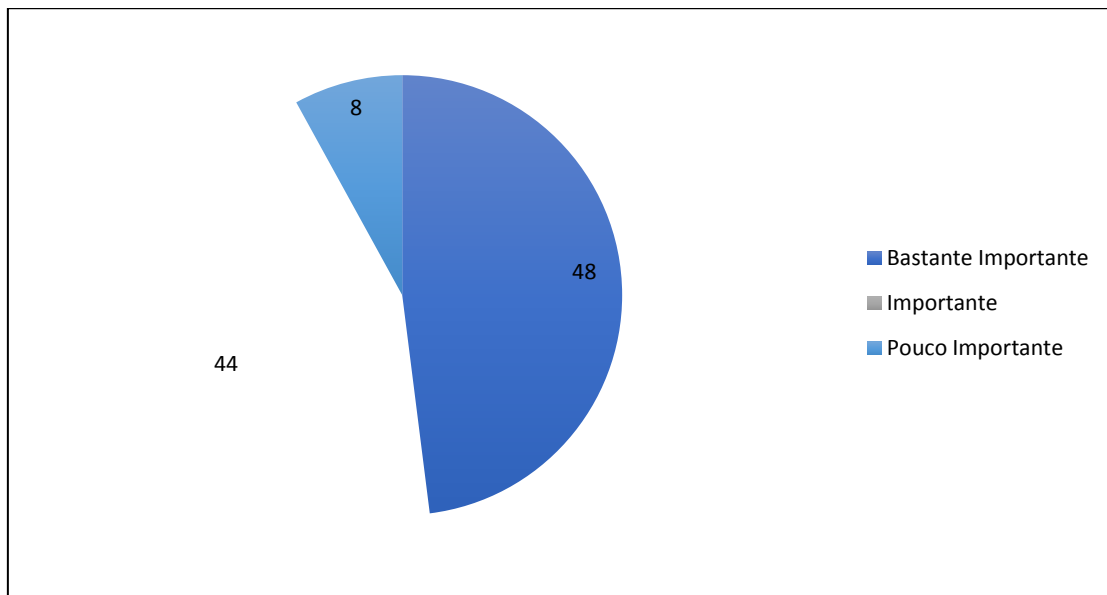
Estes resultados são um pouco distintos dos referidos no Censos de 2011, que referem que, em Santarém, 51% dos alojamentos com indivíduos com 65 anos ou mais vivem sozinhos (Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017).

**Tabela 4** - Coabitação dos inquiridos (em percentagem)

Coabitação	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Sozinho	12	24,0	24,0
Acompanhado	38	76,0	100,0
Total	50	100,0	

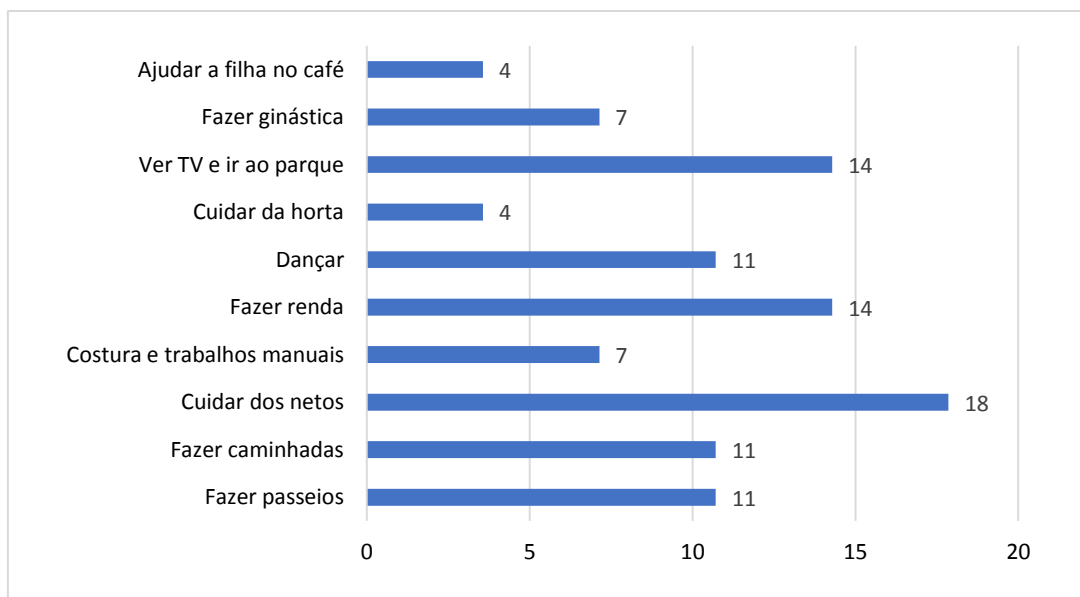
Sobre a importância da atividade física para a saúde, a maioria dos indivíduos considera que esta é importante ou bastante importante (92%) (Figura 10).

**Figura 10** – Importância atribuída à atividade física pelos indivíduos inquiridos (em percentagem)



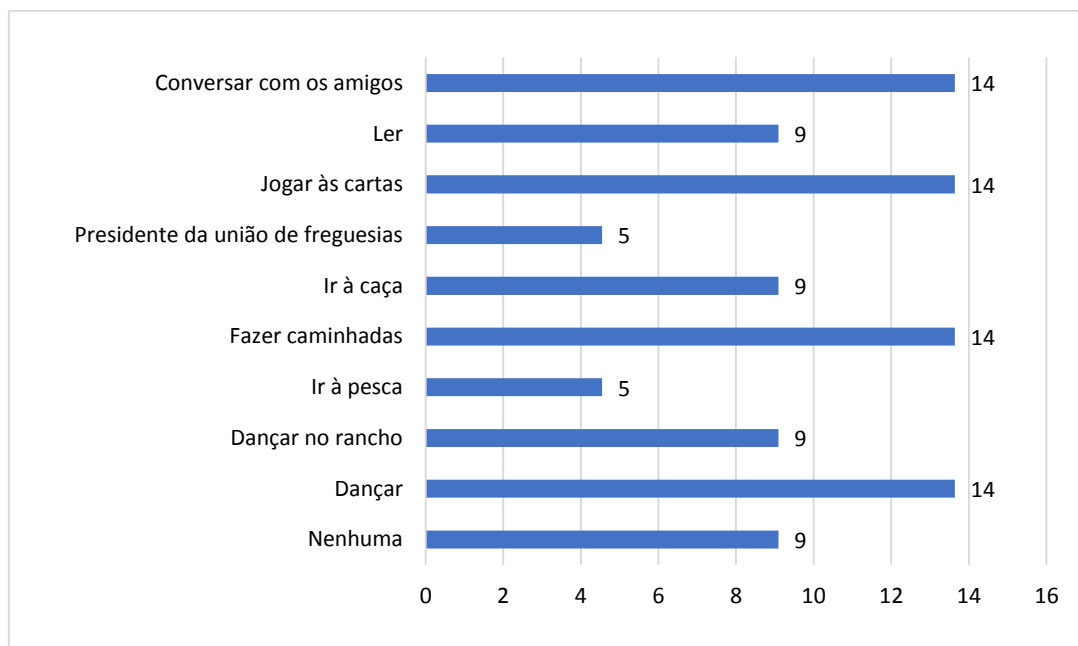
Sobre as atividades e ocupações, no caso das mulheres, as atividades preferidas (Figura 11) são, em primeiro lugar, cuidar dos netos (18%), seguindo-se fazer renda (14%), ver TV e ir ao parque (14%), sendo que atividades físicas como dançar, fazer caminhadas e passeios, e fazer ginástica apresentam uma percentagem considerável (no total de 40%), o que vai de encontro aos resultados apresentados na Figura 11.

**Figura 11** – Atividades e ocupações exercidas pelas mulheres (em percentagem)



No caso dos homens (Figura 12), verifica-se que as atividades preferidas são conversar com os amigos, jogar às cartas, fazer caminhadas e dançar (cada uma com 14%), ou seja verifica-se também, neste caso, a importância atribuída à atividade física, com uma percentagem total de 51%, uma vez que dançar no rancho (com 9%), ir à caça (com 9%) e ir à pesca (com 5%) também contribuem para esse resultado porque envolvem atividade física.

**Figura 12** - Atividades e ocupações exercidas pelos homens (em percentagem)



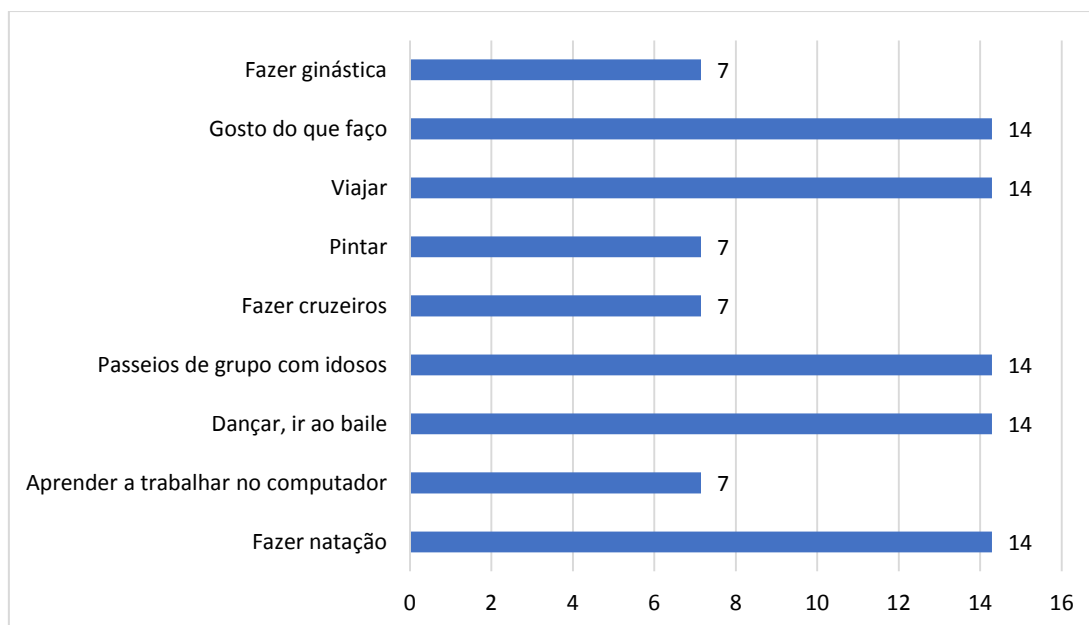
A promoção de um envelhecimento ativo relaciona-se de forma indiscutível com o envelhecimento saudável, uma vez que a realização de atividades ajuda a preservar e reforçar a saúde (CE, 2002).

Araújo e Melo (2011) defendem que um envelhecimento ativo através da prática de exercício físico contribui para a prevenção de doenças, influenciando, dessa forma, o funcionamento cognitivo, que contribui para uma melhor integração do idoso na sociedade.

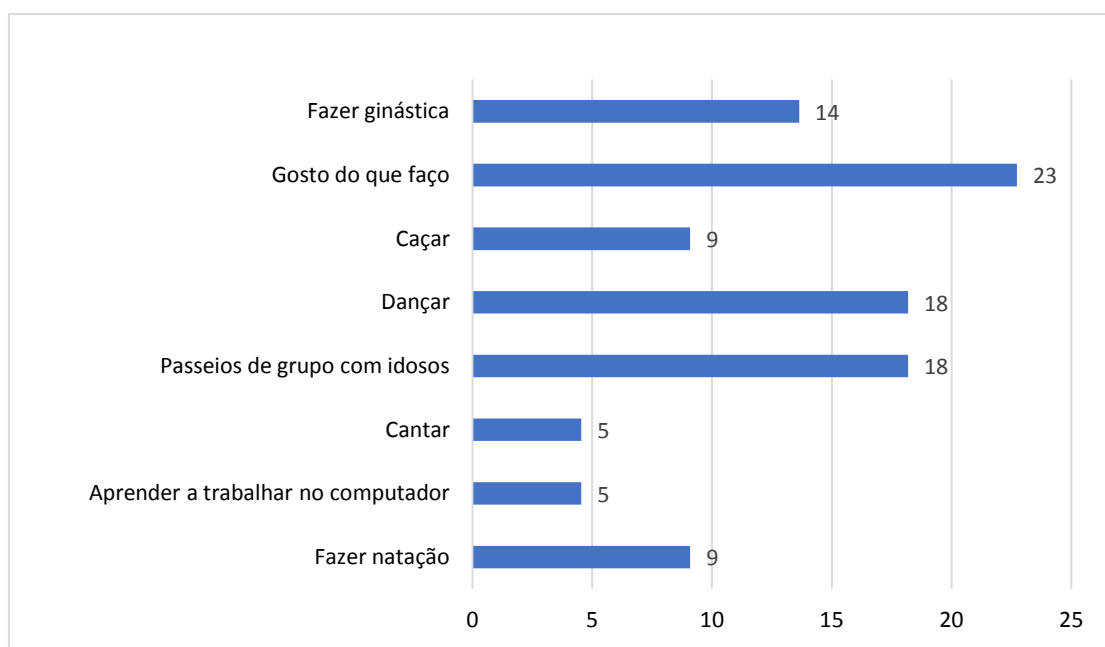
Embora todos os inquiridos considerem que os valores e tradições da localidade podem determinar a maneira como a população envelhece, também revelam não ter qualquer tipo de envolvimento com estes eventos/tradições locais. No entanto, apesar da falta de envolvimento destes indivíduos, tanto as mulheres como os homens gostariam de desenvolver mais atividades, tanto de caráter cultural, social e desportivo (Figuras 13 e 14). No caso das mulheres destaca-se o viajar, fazer passeios de grupo com outros idosos, dançar/ir ao baile e fazer natação (todas com 14%). Para os homens, apesar de 23% indicar gostar do que faz, destacam-se atividades como a dança e fazer passeios de grupo com idosos (ambos com 18%), aos quais se associa, sem dúvida, um caráter cultural e de

socialização. As atividades desportivas são também referidas, no caso das mulheres, a ginástica, dança e natação (no total com 35%), e no caso dos homens, a ginástica, caça e natação (no total com 32%).

**Figura 13 – Atividades e ocupações que as mulheres gostariam de exercer (em percentagem)**



**Figura 14 - Atividades e ocupações que os homens gostariam de exercer (em percentagem)**



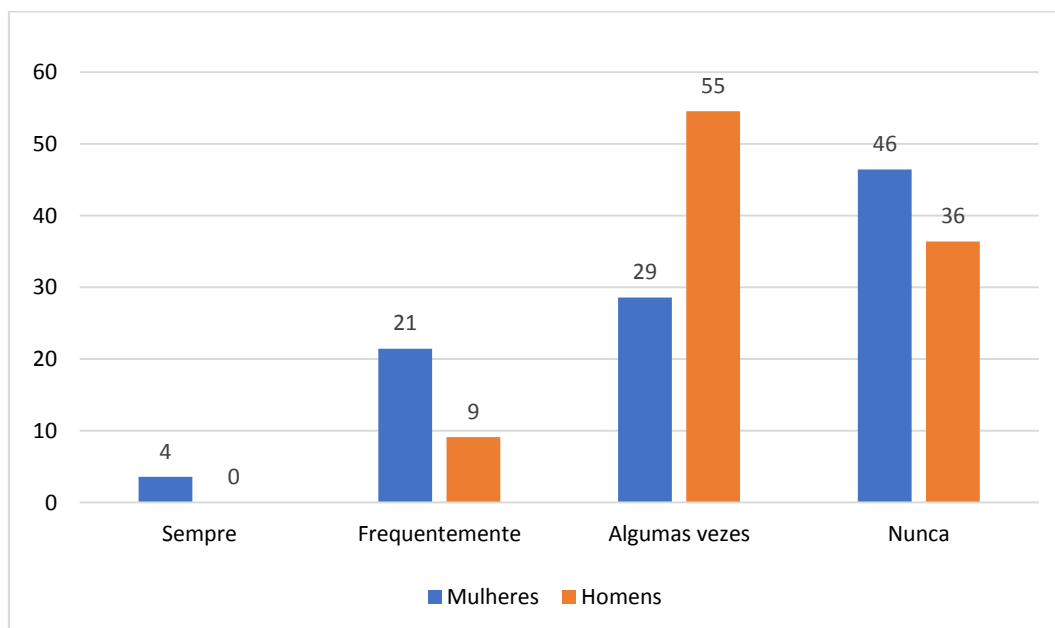
A OMS reconhece a interação social como fundamental para o envelhecimento ativo, uma vez que permite a criação de laços sociais, promove o convívio social, contraria o

isolamento social, contribuindo, desta forma, com benefícios emocionais e afetivos (Duarte & Barbosa, 2011).

Araújo e Melo (2011) referem também que a promoção do envelhecimento ativo, passa por integrar os idosos em atividades recreativas, viagens, convívios inter-geracionais, incentivar o gosto pelo estudo e a participação em ações como o voluntariado. Todas estas atividades e ocupações possibilitam aos idosos adquirir novas experiências e vivências, sentirem-se úteis, ativos e mais felizes.

Relativamente às questões relacionadas com a solidão (Figura 15) como resposta à questão: *Costuma sentir-se só?* Verifica-se um maior número de idosos que se sentem sós (sempre/frequentemente/algumas vezes) com uma percentagem total de 58% face aos que nunca se sentem sós (42%), sendo que 80% dos inquiridos indicam que este sentimento é equivalente ao que sentiram no ano anterior. No caso dos homens, a solidão parece ser mais sentida, uma vez que 64% dos idosos sentem alguma solidão em relação aos 36% que nunca sente solidão. Para as mulheres, a solidão é sentida por 54% dos inquiridos face aos 46% que nunca sente solidão.

**Figura 15** – Resposta à questão: Costuma sentir-se só?



Um estudo efetuado por Pereira (2013) sobre as causas da solidão dos idosos de Ponte de Lima, revelou que metade dos idosos respondeu que raramente sente solidão, 27% dos idosos referiu que algumas vezes sente solidão, 15% diz que nunca sente solidão, 7% declarou que muitas vezes sente solidão e apenas um idoso (3%) respondeu que sente sempre solidão. Comparando os nossos dados com estes de Pereira (2013), podemos verificar-se que a percentagem de idosos que sente solidão no Concelho de Santarém

(algumas vezes/frequentemente/sempre) é superior à do Concelho de Ponte de Lima, apesar de ambos os estudos apresentarem resultados preocupantes face ao problema da solidão nos idosos. Pereira (2013) apresenta como principais causas para esta solidão: as perdas económicas, perda de relação com os filhos, perda do conjugue; a carência de apoio nas atividades de vida diária; a identificação das situações de doença; a ausência de amigos, afastamento da família e a inexistência de vizinhos; o viver só; e a situação da reforma e da não ocupação dos tempos livres.

Um estudo efetuado no Centro de Referência de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense por Lopes, Lopes e Câmara (2009), com 132 pacientes com 60 anos ou mais, verificou que 83,3% dos entrevistados concordaram que viver sozinho pode diminuir a qualidade de vida; e que apesar da maioria dos entrevistados não morar sozinho (86%), cerca de 35% das mulheres e 22% dos homens sentiam-se solitários. As razões referidas para esta solidão foram a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono. Os autores concluíram também que a manutenção do convívio familiar e do trabalho parecem evitar o sentimento de solidão, sugerindo a construção de programas Interdisciplinares de promoção de saúde, que incluam educação em família e a inclusão social como uma forma de prevenção ou redução do sentimento de solidão nos idosos.

### **2.3. Perceção dos idosos face à proteção social e redes de apoio informal**

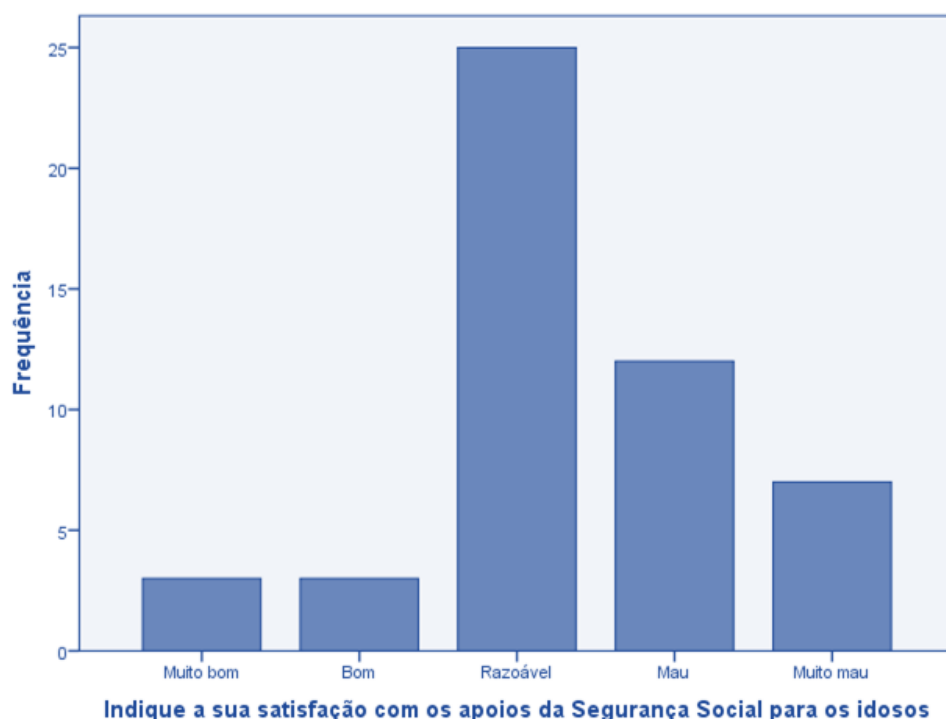
Relativamente ao grau de satisfação face aos apoios da Segurança Social para a sua faixa etária, 50% dos idosos considera razoáveis os serviços de apoio da Segurança Social, 24% Mau e 14% Muito Mau, como mostra a Figura 16.

Conforme refere a OMS (2002), o envelhecimento ativo está dependente, não só, de fatores decisivos, como os serviços de saúde e os serviços sociais, mas também de determinantes pessoais, económicos, entre outros; ou seja, a razoável satisfação de metade dos idosos, do presente estudo, com os apoios da segurança social é um resultado positivo, mas há muitos outros fatores que afetam o envelhecimento saudável, como já foi referido anteriormente, e que devem ser avaliados.

Da Figura 16 também se verifica que a percentagem de idosos que considera o apoio da segurança social mau ou muito mau ainda é considerável – 38%, concluindo-se que os serviços sociais podem não estar a chegar da mesma forma a todos os idosos que necessitam do seu apoio.



**Figura 16** - Índice de satisfação dos indivíduos inquiridos relativamente aos apoios da segurança social

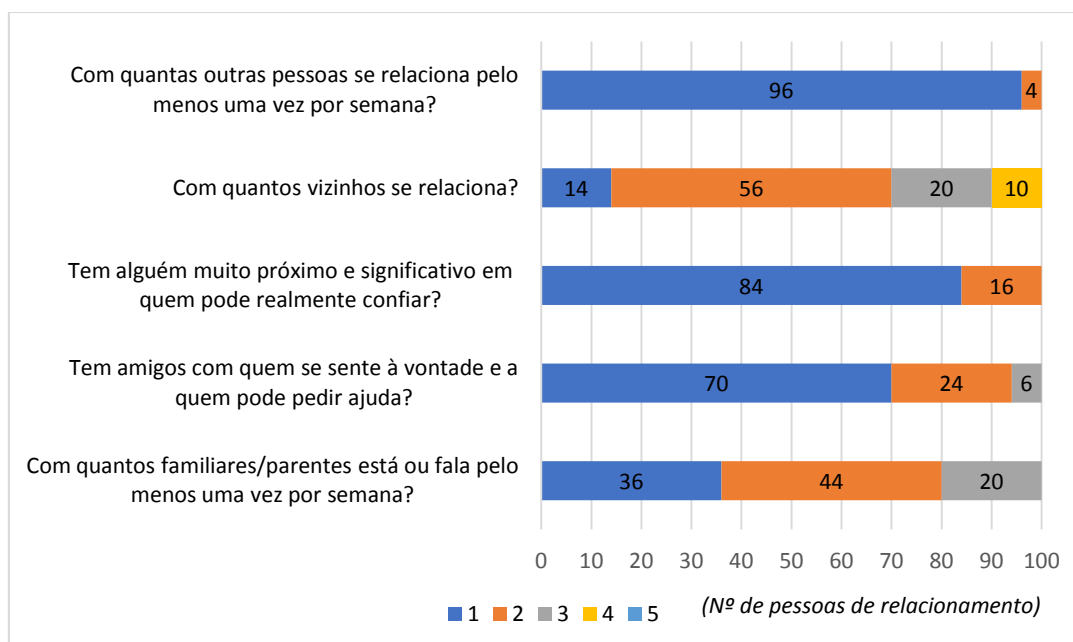


No que diz respeito à rede de suporte informal, quer familiar, de amigos, vizinhos e outras pessoas, verifica-se que o mais frequente é o relacionamento com uma ou duas pessoas. No caso da relação com familiares, verifica-se que a maioria dos idosos (80%) se relaciona com um ou dois familiares por semana, mas 70% referem que se relacionam com um ou dois vizinhos por semana (Figura 17).

Nas relações de amizade a quem pedir ajuda, os idosos podem contar na maioria (70%) apenas com um amigo; pessoas em quem confiar, 84% dos idosos refere que apenas podem confiar em uma pessoa, e em relação a outras pessoas como um padre ou um médico, os idosos, na grande maioria (96%) apenas se relacionam com uma pessoa por semana.

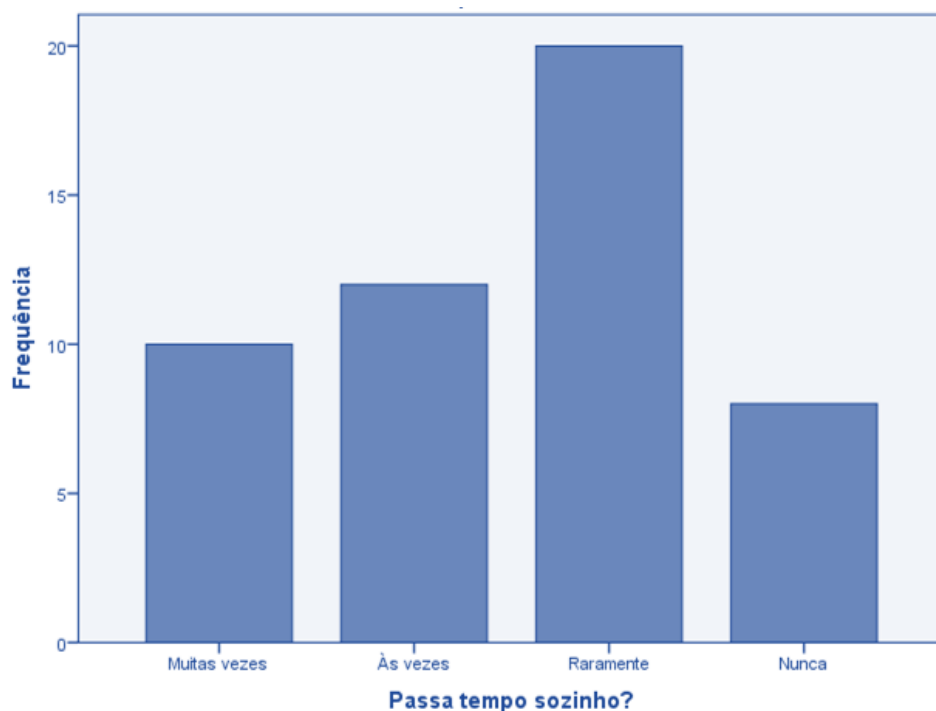
Apesar destes resultados indicarem que os idosos do estudo têm uma rede de apoio, que os coloca em contacto com familiares, vizinhos e outras pessoas, uma ou duas vezes por semana, este círculo de contactos não será o suficiente face aos sentimentos de solidão apresentados na Figura 15, como resposta à pergunta “Costuma sentir-se só?”, em que se verificou que 58% de idosos se sentem sós (sempre/frequentemente/algumas vezes).

**Figura 17** - Escala de rede de apoio (em percentagem) dos idosos inquiridos



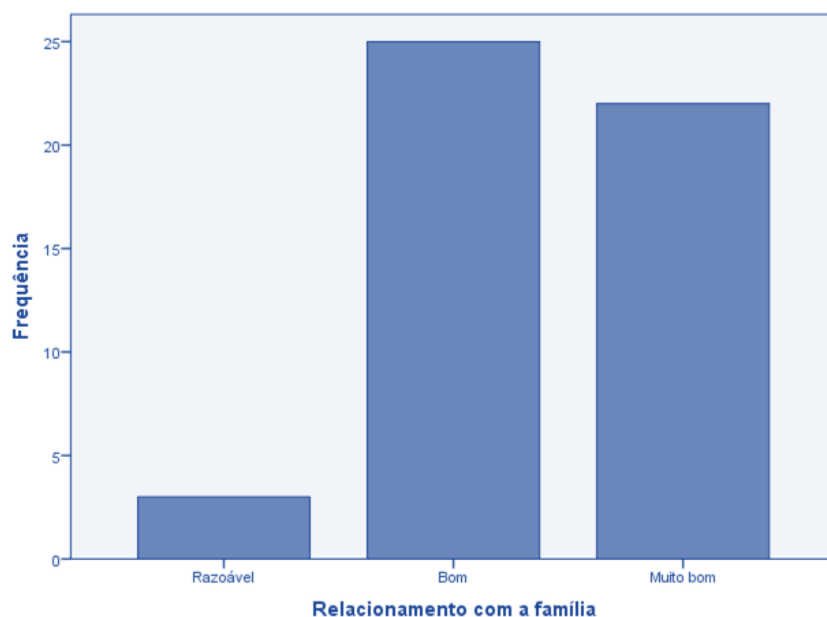
Quanto ao impacto que o tempo sozinho representa (Figura 18), os resultados indicam que, 44% considera passar às vezes ou muitas vezes tempo sozinho, o que pode, de alguma forma relacionar-se com os resultados da Figura 17, os quais indicam que a maioria dos idosos se relaciona com um número reduzido de familiares, vizinhos e outras pessoas.

**Figura 18** - Quantidade de tempo que os idosos inquiridos passam sozinhos (em frequência)



Apesar destes resultados refletirem alguma falta de apoio em relação à rede informal, que por vezes resulta em solidão e isolamento, conforme referido por alguns autores (Freitas, 2011; Lopes, 2015; Lopes et al., 2009; Pereira, 2013), a grande maioria dos idosos admite ter um bom (50%) ou muito bom (44%) relacionamento com a família (Figura 19), e um razoável (70%) ou um bom relacionamento (30%) com os vizinhos.

**Figura 19** - Qualidade do relacionamento dos idosos inquiridos com a Família



Estes resultados vão, de certa forma, ao encontro às conclusões apresentadas pelo Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017, que referem alguns problemas

relativos à população mais idosa do Concelho de Santarém, como o isolamento geográfico, a solidão, falta de apoio familiar, insuficiente flexibilidade das respostas sociais, o que se reflete na perspetiva social do idoso, como pessoa sem direito de representação própria. Ainda assim, como vimos, os nossos dados, não obstante confirmarem alguns desses problemas, nomeadamente ao nível da solidão, ainda assim, apresentam um número significativo de idosos com boas relações sociais e familiares.

As redes de apoio informal são fundamentais para assegurar a autonomia, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, aspetos fulcrais para um envelhecimento saudável. Estas necessidades de associação estão relacionadas com as necessidades dos indivíduos em termos sociais, e que englobam relacionamentos baseados em emoções, como a amizade, intimidade, convivência social, família e organizações.

Godoy (2009 como citado em Freitas, 2011) refere que logo depois das necessidades fisiológicas e de segurança, surgem as necessidades de associação (terceira camada da pirâmide de Maslow) que, caso estejam ausentes na vida de uma pessoa, originam solidão, ansiedade e depressão.

Lopes (2015) desenvolveu um estudo em Portugal, no concelho de Vila do Bispo, com 82 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, com o objetivo de verificar se a satisfação com o suporte social influenciava a solidão sentida pelos idosos. A autora utilizou um questionário de caracterização sociodemográfica, uma Escala da Solidão e um Escala de Satisfação com o Suporte Social. Os principais resultados mostraram a existência de relações estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e a solidão sentida pelos idosos, ou seja, quanto maior era a satisfação dos idosos com o suporte social, menor eram os sentimentos de solidão. A autora concluiu também no seu estudo que: “o apoio da família, dos amigos e a participação em atividades sociais são aspetos considerados com uma enorme relevância para a qualidade de vida do indivíduo”.

Diversos autores referem o efeito protetor e conservador das redes sociais e das relações sociais significativas no processo de envelhecimento, na saúde mental dos idosos e na sua satisfação e qualidade de vida (Lopes et al., 2009; Paúl, 2005; Pereira, 2013; Resende, Bones, Souza, & Guimarães, 2006). Neste âmbito, Osório (2007 como citado em Lopes, 2015) refere que os idosos que vivem no seio familiar se encontram mais satisfeitos, destacando-se o seu bem-estar físico e mental. Verificam-se resultados igualmente positivos em idosos que se mantiverem na sua comunidade onde passaram grande parte das suas vidas, dada a presença de amigos, familiares e vizinhos que podem dar apoio, bem como facilitar e incentivar o acesso a atividades de recreio, ócio e, em geral, de integração social.

Todos estes estudos refletem a necessidade de uma intervenção integrada e adequada na sociedade atual, com vista à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Os apoios

sociais formais, bem como os relacionamentos sociais, com os filhos, netos, colegas e amigos, são fundamentais para o bem-estar físico e mental na velhice, e para que se alcance a meta de envelhecer livre de sentimentos de solidão e de isolamento e com uma boa qualidade de vida.

## CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final deste trabalho, em modo conclusivo, torna-se possível apresentar um diferente olhar face ao paradigma do envelhecimento ativo, como o motor para a promoção de qualidade de vida e potenciador de bem-estar físico e emocional até ao final da vida do indivíduo.

Não obstante, esta análise reveste-se de alguma contrariedade, uma vez que se torna necessário que a percepção não passe disso mesmo e se torne eficazmente uma realidade no que diz respeito ao envolvimento ativo dos idosos, deixando de ser apenas o que se demonstra no estudo em se apresentar somente como uma intenção.

Deve, pois, a velhice ser trabalhada como uma etapa acrescida do percurso da vida plena e não uma preocupação ou inquietude, tanto para os próprios como para a sociedade. O envelhecimento ativo tem, pois, essa responsabilidade de assegurar níveis de saúde, autonomia e inserção, considerados harmoniosos de forma a integrar os idosos na sociedade, potenciando-os para a vivência de experiências que se entendam como renovadoras e partilhadas.

Neste âmbito, as políticas sociais e de saúde devem adotar, como linha de conduta, uma ação com vista a capacitar o envelhecimento com saúde, participação, segurança e atividade. Podendo permitir-se avançar para uma reestruturação de estratégias no campo social e simultaneamente através da adoção de uma cultura de cuidar e de incluir, em que a família e o próprio idoso se apresentem como parceiros das decisões.

Atualmente vivemos cada vez mais numa sociedade global em que urge a adoção de um novo olhar relativamente às relações sociais e afetivas como alicerce para o desenvolvimento de recursos de bem-estar e de equilíbrio socio emocional.

Face a isto, deverá criar-se um ambiente integrador de proteção para um envelhecimento capaz e reforçado tornando-se este um desafio para uma sociedade melhor e inclusiva criando momentos, estratégias e dinâmicas que cheguem aos idosos e que não se esteja a aguardar que parta dos mesmos a iniciativa de os procurar uma vez que, tal como decorre do presente estudo, é possível perceber que uma coisa é a sua percepção acerca dos recursos e a outra, o real usufruto que lhes dão que, muitas vezes, é nulo.

Estamos atualmente, dado o aumento da esperança de vida, a tornarmo-nos cada vez mais uma sociedade envelhecida, em que o número de idosos aumenta em relação aos jovens. É, pois, de extrema importância que se avancem com diferentes ações potenciadoras e promotoras de atividade, participação e de inclusão social. Necessita-se de políticas e estratégias globais que apliquem os princípios do envelhecimento ativo, em todas as dimensões do cuidar com ou sem retaguarda.

Com a realização deste estudo foi possível observar indicadores ao nível da perceção e usufruto de estruturas ou momentos que os mais idosos possam usufruir assim como da rede de suporte que possuem, dos recursos socio-emocionais e da utilização e necessidade de alguns recursos sociais. Assim, no sentido de contribuir para uma alteração de paradigma nas políticas municipais e nacionais que promovam o envelhecimento ativo, enumeram-se algumas estratégias sugestivas:

- Criação de um Espaço Potenciador Do Envelhecimento Ativo, visto que Santarém apresenta um elevado índice de envelhecimento (número de idosos por 100 jovens) e em crescimento exponencial como refere a literatura (INE, 2011);
- Criar Grupo de Proximidade e Avaliação Gerontológica a Nível Nacional, com o intuito de encontrar estratégias municipais uniformizadas e potenciadores de envelhecimento ativo indo ao encontro das reais necessidades da população alvo;
- Criar Equipas Multidisciplinares Informais e mesmo de Caráter Voluntário com Formação Específica, dando resposta e alargando o espectro dos cuidadores para além dos cuidadores familiares, levando a saúde a casa e as respostas aos problemas ao contrário de esperar o inverso;
- Criar Planos de Hábitos Saudáveis através de iniciativas comunitárias, como participação em atividades recreativas de lazer e culturais, alargando o âmbito mais formal do que há conhecimento e tornando esses programas respostas mais práticas e de contacto com a natureza e com o outro, como é o exemplo da jardinagem, loga, TaiChi, meditação, etc.

Como estudos futuros sugere-se avaliar outros parâmetros numa amostra mais alargada de idosos do Concelho de Santarém, como a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo, a autoestima e a qualidade de vida.

Seria interessante efetuar um estudo comparativo com amostras de outros Concelhos de Portugal, por forma a analisar fatores que podem ser determinantes no envelhecimento ativo, como o estado de saúde, grau de autonomia, coabitação dos indivíduos, importância atribuída à atividade física, ocupações e atividades, valores culturais e as tradições, solidão, determinantes económicos, rede de apoio e apoios da segurança social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelman, C.; Kemp, A. (1995). Estudo de caso e investigação-ação. In: Kemp, Anthony E. (Ed.). *Introdução à investigação em educação musical*. (Tradução de Ilda Alves Ferreira e Fernanda Magno Prim). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amado, J. S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- Araújo, C. & Pereira, S. (2014). *Andar, Aprender, Amar – Um programa de envelhecimento activo para todas as idades*. Braga: Misericórdia de Braga, 10, 165-183.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 13-38). Lisboa: Lidel.
- Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M., Moreira, M., & Cabral, M. V. (2013). Saúde e incapacidade. In: Instituto Nacional de Estatística (Org.), *Portugal Social – 1991-2001* (pp. 179-196). Lisboa: INE.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª. ed). Lisboa: Edições 70.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 347-374). NY: Springer Publishing Company.
- Bell, J. (2010). *Como realizar um projecto de investigação* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Calado, D. (2004). Velhice – Solidão ou vida com sentido?. In M. Quaresma, *O sentido das idades da vida: Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 51-72). Lisboa: Cesdet Edições.
- Caleiro, A. (2011). Desemprego e Felicidade em Portugal. *Documento de Trabalho Nº 2011/05*. Évora: Universidade de Évora, Departamento de Economia.
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia. Universidade Lusíada do Porto.
- Censos da População (2011). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística (INE). Disponível em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_indicadores](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores). Consultado a 28 de julho de 2017.
- Cohen, L. & Manion, L. (1990). Introducción: La Naturaleza de la Investigación. In: *Metódos de Investigación Educativa* (pp. 23-74). Madrid: Ediciones La. Muralla.
- Comissão Europeia (2002). *La Réponse de l'Europe au Vieillissement de la Population Mondiale. Promouvoir le Progrès Économique et Social dans un Monde Vieillissant*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Comissão Europeia (2010). *Proposta de decisão do parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Ano Europeu do Envelhecimento (2012)*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Daniel, F., Simões, T., & Monteiro, R. (2012). Representações sociais do envelhecer no masculino e do envelhecer no feminino. *Ex æquo*, 26, 13-24. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n26/n26a03.pdf>. Consultado a 11 de agosto de 2017.
- Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017. Santarém: Divisão de Ação Social e Saúde / Câmara Municipal de Santarém.
- Duarte, N. & Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In: O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 13-38). Lisboa: Lidel.
- Esteves, M. (2006). Análise de conteúdo. In: J. Á. Lima & J. A. Pacheco (Orgs.), *Fazer investigação* (pp. 105-126). Porto: Porto Editora.
- Fechine, B. R. A. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 1(7), 106-132. DOI 10.6020/1679-9844/2007
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Una Introducción. In: R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, P. (2011). Envelhecimento Activo e Relações Intergeracionais. *Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia*. Curitiba: Sociedade Brasileira de Sociologia. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/6091>. Consultado a 11 de agosto de 2017.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1ª ed.). Lisboa: Monitor, Lda.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento, Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Campus do Saber.



- Fonseca, A. M. (2005a). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005b). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca, A. (coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da Conceção à Realização* (3ª ed.). Lusociência: Loures
- Freitas, P. C. B. (2011). *Solidão em idosos. Percepção em Função da Rede Social* (Tese de Mestrado). Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Frias, C. D. (2003). *A Aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito - Teoria e Prática*. (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 45 (3), 157-177.
- Jacob, L. & Fernandes H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: Edição Rutis.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e Economia Social: perspectivas atuais*. (1ª ed.). Viseu: Psicosoma.
- Lopes, N. (2010). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*. Porto: Edições Afrontamento.
- Lopes, R. F., Lopes M. T. F., & Camara, V. D. (2009). Entendendo a Solidão no Idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6 (3), 373-381.
- Lopes, N. F. L. (2015). A solidão nos idosos em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo (Tese de mestrado). Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação, Escola Superior de Saúde, Faro.
- Lubben (1998). Escala de Rede de Apoio Social (ERAS). In: UNIFAI, Projeto DIA. Porto: UNIFAI.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos/Relógio D'Água Editores.
- Green, C. D. (2000). *Theory of Human Motivation*. Psychclassics. Disponível em: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>. Consultado em 18 de setembro de 2017.
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos Psicossociais dos Idosos em Meio Rural: Solidão, Satisfação com a Vida e Locus de Controlo. *Revista de Psicologia Educação e Cultura*, 7, 107-121.
- Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos/ Relógio D'Água Editores.
- Moura, C. (2009). Século XXI – século do envelhecimento. *Estudos*, 36 (1/2), 235-253.
- Naegele, G. (1999). *Active Strategies for an Ageing Workforce*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition.
- OMS (2003). *Promovendo Qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XXV, 275-287. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>. Consultado em 15 de junho 2017.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-10.
- Paúl, Fonseca, C. Ribeiro & Teles (2006). *Escala de Solidão*. In UNIFAI, Projeto DIA. Porto: UNIFAI.
- Pereira, F. C (2013). *Causas da Solidão dos Idosos de Ponte de Lima* (Tese de Licenciatura em enfermagem). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pimentel, G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Programa de Ação do AEEASG (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*. Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>. Consultado a 13 de junho de 2017.

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4.<sup>a</sup> ed.) Lisboa: Gradiva.
- Reis M., Costa C., Mendes R., & Lopes S. (2010) The funding system and incentives in Portuguese hospitals. *BMC Health Services Research*, 10 (Suppl 2), A19. DOI 10.1186/1472-6963-10-S2-A19.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicología para América Latina*, 5, 1-15. Disponível em <http://www.psicolatina.org/Cinco/rede.html>. Consultado em 15 de junho de 2017.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos. Avaliação geriátrica multidimensional*. Coimbra: Edições Mar da Palavra.
- Rodrigues, S. (2008). Mitos e preconceitos na velhice. In: EAPN, *Rediteia 41 – Envelhecimento Activo* (pp. 21-22). Disponível em [http://www.eapn.pt/publicacoes\\_visualizar.php?ID=123](http://www.eapn.pt/publicacoes_visualizar.php?ID=123). Consultado em 2 de setembro de 2017.
- Sequeira, A., & Silva, N. (2002). O Bem-Estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 505-516.
- Seixas, E. (2013). *A Satisfação com a Vida em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*. (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Instituto Superior de Serviço Social. Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento* (1<sup>a</sup>ed). Brasil: Editora Manule Ltda.
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Ed. Pastor.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – fundamentos básicos para a prática* (Hugo Godinho e Joana Barros trad.). Loures: Lusociência.
- Tavares, L. (2007). *Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas* (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção* (Tese de Mestrado Integrado em Psicologia: Secção de Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Tomassini, C. & Lamura, G. (2009). Population ageing in Italy and Southern Europe. In P. Uhlenberger (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 69-89). USA: Springer.
- Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2007). A análise de conteúdo, In A. S. Silva & J. M. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais* (14.<sup>a</sup> ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55 (1), 121-140.
- Yin, R. K. (2009). *Doing case study research* (4th ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.



## ANEXOS - Inquérito por questionário

### Questionário - Envelhecimento ativo, trajetórias de vida e ocupações na reforma

O presente questionário tem como objetivo obter dados que permitam realizar a investigação para o Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária subordinada ao tema “Envelhecimento ativo, trajetórias de vida e ocupações na reforma”. Envelhecimento ativo é viver a velhice com qualidade de vida, mantendo-se ocupado. A investigação trata-se de um instrumento de recolha de dados aplicados a vários idosos residentes no concelho de Santarém. O anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos são garantidos, sendo de exclusivo uso na presente investigação e apresentados na Escola Superior de Educação de Santarém. Agradeço desde já a sua atenção e colaboração!

#### I. Caraterização Socio Demográfica

Idade \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias \_\_\_\_\_ Profissão que exerceu \_\_\_\_\_ Coabita com: \_\_\_\_\_

#### I. Envelhecimento Ativo

Diga o que entende por envelhecimento ativo?

---

---

---

---

#### II. Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo

##### - Cultura

. Considera que os valores culturais e as tradições que se mantêm na sua localidade podem determinar a maneira como população envelhece? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

. Habitualmente participa em eventos/tradições da sua localidade? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

### **-Serviços Sociais e de Saúde**

. Tendo em conta a sua idade como considera o seu estado de saúde?

Muito Mau \_\_\_\_ Mau \_\_\_\_ Razoável \_\_\_\_ Bom \_\_\_\_ Muito Bom \_\_\_\_

Porquê? \_\_\_\_\_

.Na minha família todos envelhecem bem.	Sim ____ Não ____
.Resolvo a maioria dos meus problemas.	Sim ____ Não ____
.Nunca fumei.	Sim ____ Não ____
. Nunca consumi bebidas alcoólicas	Sim ____ Não ____
.Pratico exercício físico regularmente.	Sim ____ Não ____
.Movimento-me muito durante o dia.	Sim ____ Não ____
.Tenho uma alimentação cuidada	Sim ____ Não ____
.Vou ao médico com regularidade.	Sim ____ Não ____
.Tomo os medicamentos nas doses certas.	Sim ____ Não ____

### **- Determinantes Pessoais:**

#### **.Autonomia**

Como avalia o seu grau de autonomia? Muito Mau \_\_\_\_ Mau \_\_\_\_ Razoável \_\_\_\_ Bom \_\_\_\_  
Muito Bom \_\_\_\_

Porquê? (assinalar com um X)

\_\_\_\_ Sou autónomo  
\_\_\_\_ Sou dependente  
\_\_\_\_ Necessito de ajuda de terceiros  
\_\_\_\_ Consigo movimentar-me e sair de casa;  
\_\_\_\_ Consigo ir às compras e saber selecionar de forma adequada os produtos;  
\_\_\_\_ Consigo preparar as várias refeições diárias  
\_\_\_\_ Consigo vestir e despir o vestuário;  
\_\_\_\_ Consigo assegurar a minha higiene diária/pessoal;  
\_\_\_\_ Consigo administrar os medicamentos;

## **- Determinantes Comportamentais**

### **.Atividade Física**

Considera a prática do exercício físico para a sua saúde: Bastante Importante\_\_\_\_  
Importante\_\_\_\_ Pouco Importante\_\_\_\_ Nada Importante \_\_\_\_

## **-Determinantes Económicos**

### **.Proteção Social**

Indique a sua satisfação com os apoios da Segurança Social para os idosos (Pensão por velhice, pensão por invalidez, complemento solidário para idosos). Muito Bom\_\_\_\_ Bom\_\_\_\_  
Razoável \_\_\_\_Mau\_\_\_\_Muito Mau\_\_\_\_

### **-Papel das Redes de Apoio Informal**

. Passa tempo sozinho? Sempre\_\_\_\_ Muitas Vezes\_\_\_\_ Às Vezes \_\_\_\_ Raramente\_\_\_\_  
Nunca\_\_\_\_

.Tem com a sua família um relacionamento: Muito Mau \_\_\_\_Mau\_\_\_\_ Razoável \_\_\_\_ Bom \_\_\_\_  
Muito Bom \_\_\_\_

.Tem com os seus vizinhos um relacionamento: Muito Mau \_\_\_\_Mau\_\_\_\_ Razoável\_\_\_\_ Bom \_\_\_\_  
\_\_\_\_  
Muito Bom\_\_\_\_

### **Escala de rede de apoio (adaptação de Lubben, 1998)**

	1	2	3	4	5
Com quantos familiares / parentes está ou fala pelo menos uma vez por semana?					
Tem amigos com quem se sente à vontade e a quem pode pedir ajuda?					
Tem alguém muito próximo e significativo em quem pode realmente confiar?					
Com quantos vizinhos se relaciona?					
Com quantas outras pessoas se relaciona pelo menos uma vez por semana (padre, médico, instituição...)?					

**Escala de solidão (adaptado de Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006)**

Costuma sentir-se só?	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Nunca

Comparando com o passado ano sente-se	Mais só do que há um ano	Menos só do que há um ano	Nem mais nem menos só do que há um ano

**Ocupação /Atividades na reforma**

Quais as ocupações/atividades da sua preferência? \_\_\_\_\_

Quais as ocupações/atividades que que exerce? \_\_\_\_\_

Que ocupações/atividades gostaria de usufruir? \_\_\_\_\_

Muito Obrigada!