



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA

Tesis Doctoral

IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DETERMINANTES DO  
ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO IDOSA  
DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO - PORTUGAL

-----

IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES  
DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA  
POBLACIÓN ANCIANA  
DE LA REGIÓN DE CASTELO BRANCO - PORTUGAL

Carlos Manuel Leitão Maia  
Badajoz, 2015

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA  
Departamento de Psicología y Antropología



Tesis Doctoral

IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DETERMINANTES  
DO ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO IDOSA  
DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO - PORTUGAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES  
DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA POBLACIÓN ANCIANA  
DE LA REGIÓN DE CASTELO BRANCO - PORTUGAL

Carlos Manuel Leitão Maia  
Badajoz, 2015



## Tesis Doctoral

IDENTIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES DETERMINANTES  
DO ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO IDOSA  
DO DISTRITO DE CASTELO BRANCO - PORTUGAL

IDENTIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES  
DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA POBLACIÓN ANCIANA  
DE LA REGIÓN DE CASTELO BRANCO - PORTUGAL

Visto Bueno para su defensa  
El Diretor de la Tesis

Visto Bueno para su defensa  
El Diretor de la Tesis

Fdo Florencio Vicente Castro

Fdo António M. Godinho Fonseca

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus orientadores Doutor Florencio Vicente Castro, Catedrático de Psicologia da Universidade de Extremadura e Doutor António Manuel Godinho da Fonseca, Professor Associado - Universidade Católica Portuguesa / Faculdade de Educação e Psicologia

À Prof<sup>a</sup> Doutora Sara Monteiro Morgado Dias Nunes

Aos colegas que colaboraram na colheita de dados

Aos meus pais, Vítor e Madalena

À Fátima, à Ana, à Inês e ao Carlos

Todos sabem porquê

## RESUMEN

Constituye un importante desafío en la actual sociedad portuguesa, caracterizada por el acentuado aumento del envejecimiento, asociar la longevidad a una vida activa y saludable. En consecuencia, los principales objetivos de esta tesis doctoral son caracterizar la funcionalidad de las personas mayores del distrito de Castelo Branco; relacionar la funcionalidad con los siguientes determinantes del envejecimiento activo: aspectos personales, aspectos comportamentales, ambiente social, ambiente físico, sistemas de salud y servicio social, económicos; e identificar los factores que en mayor medida contribuyen al envejecimiento activo, creando así un modelo de envejecimiento activo para la población del distrito de Castelo Branco. Hemos realizado un estudio descriptivo, analítico y transversal, que consta de una muestra de 306 personas mayores que viven en sus casas y cuya edad es igual o superior a los 65 años, seleccionados de forma no probabilística, por conveniencia y en red. Los datos han sido obtenidos por medio de diferentes instrumentos, siguiendo ante todo el *Proyecto DIA: De la incapacidad a la actividad, el desafío del envejecimiento*, desarrollado por la UNIFAI/ICBAS - UP. Los resultados demuestran que la capacidad funcional se encuentra preservada en la mayor parte de los elementos de la muestra. La autonomía física es el componente en el que se verifica el grado más elevado de independencia, mientras que en la movilidad se observa un mayor nivel de dependencia. Los individuos de más edad, de género femenino, viudos, con menos años de escolaridad y con peor percepción sobre su salud y condición física, que viven con sus hijos, y que, además, muestran los niveles más elevados de sufrimiento psicológico, son los que presentan los niveles más elevados de dependencia funcional. El modelo de envejecimiento activo para la población del distrito de Castelo Branco está constituido por seis componentes: psicológico, salud subjetiva, relaciones familiares, ambiente físico, funcionalidad, y relaciones con amigos. El principal componente de este modelo es el psicológico, lo que se explica por el hecho de que las personas mayores perciben la realidad social y personal a través de sus propios valores y necesidades. Las variables psicológicas adquieren, pues, una especial relevancia a la hora de determinar la adaptación individual al proceso de envejecimiento. Por su parte, la salud subjetiva se ha mostrado muy sensible al género y a la edad, como era de esperar, contribuyendo de forma independiente para el envejecimiento activo. Las relaciones sociales, sobre todo en el ámbito familiar, confirman la importancia de las redes sociales de soporte para el envejecimiento activo con éxito, funcionando así mismo como un factor determinante para la mayor o menor capacidad de adaptación a los desafíos del envejecimiento.

**Palabras clave:** envejecimiento activo; calidad de vida; funcionalidad; personas mayores.

## ABSTRACT

Associating longevity to an active and healthy life constitutes an important objective associated to an on-going aging population in Portuguese society. The main objectives of this thesis are: characterise the functionality of the elderly in the district of Castelo Branco; relate functionality to the following determinants of active aging- personal aspects; behavioural aspects; social environment; physical environment; social and health service systems; economical; identify the determinants that most contribute to active aging, creating an Active Aging model for the population of the district of Castelo Branco. A descriptive, analytical and transversal study was carried out with a sample of 306 elderly persons from this district, with ages equal to or above 65. These were selected in a non-probabilistic manner, by convenience and on a network, living in their own homes. The data was collected using tools that were inspired in "**projeto DIA: Da Incapacidade à Atividade: o desafio do envelhecimento**" (*the project DIA: From Disability to Activity: the challenge of aging*), developed by UNIFAI/ICBAS - UP. The results show that the functional ability is maintained in the most part by the elements of the sample. The physical anatomy is the component in which there is a higher level of dependence. The most elderly individuals, females, widows, with lower educational levels, living with their children, with a lower perception of their state of health and physical condition, are those who show higher levels of functional dependency. The Active Aging model for the population of the district of Castelo Branco is made up of six components: psychological, subjective health, family relations, physical environment, functionality, and relationships with friends. The main component of the model is the psychological one, which can be explained by the fact that the elderly understand and measure the reality as to the social and personal conditions using their own values and needs, adding their real circumstances to the psychological value of what they are facing. This explanation reinforces the relevance of the psychological variables to determine the individual adaptation to the aging process. Subjective health was very sensitive as to gender and age, as expected, contributing in an independent manner to active aging. The social interaction, above all in a family context, confirms the importance of social support networks for successful active aging, also functioning as a determining factor for a better or worse adaptation to the challenges of aging.

**Keywords:** active aging; quality of life; functionality; elderly.

## RESUMO

Associar a longevidade a uma vida ativa e saudável constitui um importante objetivo associado ao envelhecimento populacional em curso na sociedade portuguesa. Esta tese tem como principais objetivos: caracterizar a funcionalidade das pessoas idosas do distrito de Castelo Branco; relacionar a funcionalidade com os seguintes determinantes do envelhecimento ativo – aspetos pessoais; aspetos comportamentais; ambiente social; ambiente físico; sistemas de saúde e serviço social; económicos; identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo, criando um modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco. Foi realizado um estudo descritivo, analítico e transversal, como uma amostra de 306 idosos deste distrito, com idade igual ou superior a 65 anos, selecionados de forma não probabilística, por conveniência e em rede, vivendo nas suas residências. Os dados foram obtidos através de instrumentos tendo por inspiração o **projeto DIA: Da Incapacidade à Atividade: o desafio do envelhecimento**, desenvolvido pela UNIFAI/ICBAS - UP. Os resultados demonstram que a capacidade funcional encontra-se preservada na grande maioria dos elementos da amostra. A autonomia física é a componente onde se verifica o grau mais elevado de independência, enquanto a mobilidade é a componente onde se verifica o maior grau de dependência. Os indivíduos mais idosos, do género feminino, viúvos, com menos anos de escolaridade, que vivem com os filhos, com pior perceção sobre a sua saúde e sobre a sua condição física e que apresentam níveis mais elevados de sofrimento psicológico, são os que apresentam níveis mais elevados de dependência funcional. O modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco é constituído por seis componentes: psicológica, saúde subjetiva, relações familiares, ambiente físico, funcionalidade, relações com amigos. A principal componente do modelo é a componente psicológica, o que pode ser explicado pelo facto dos idosos perceberem e avaliarem a realidade relativa às condições sociais e pessoais através dos seus próprios valores e necessidades, acrescentando às suas circunstâncias reais a valorização do que estão a enfrentar. Esta explicação reforça a relevância das variáveis psicológicas para determinar a adaptação individual ao processo de envelhecimento. A saúde subjetiva mostrou-se muito sensível ao género e à idade, como esperado, contribuindo de forma independente para o envelhecimento ativo. O relacionamento social, sobretudo no âmbito familiar, confirma a importância das redes sociais de suporte para o envelhecimento ativo, bem-sucedido; funcionando igualmente como um fator determinante para a maior ou menor capacidade de adaptação aos desafios do envelhecimento.

**Palavras-chave:** envelhecimento ativo; qualidade de vida; funcionalidade; idosos.

# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
<b>1 O ENVELHECIMENTO COMO UM ACONTECIMENTO INDIVIDUAL E UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL</b> .....	<b>6</b>
1.1 ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E DEMOGRÁFICO.....	6
1.2 PERCEÇÕES DE ENVELHECIMENTO E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE.....	13
<b>2 ENVELHECIMENTO, SAÚDE E FUNCIONALIDADE</b> .....	<b>20</b>
2.1 ESPERANÇA DE VIDA E FUNCIONALIDADE.....	20
2.2 ASPETOS BIOPSIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO .....	26
<b>3 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO</b> .....	<b>34</b>
3.1 ENVELHECIMENTO E CICLO DE VIDA.....	34
3.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO .....	38
3.3 ENVELHECIMENTO ATIVO: CONCETUALIZAÇÃO .....	44
3.4 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO: UM PARADIGMA DE INTERVENÇÃO SOCIAL.....	50
<b>4 DETERMINANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO</b> .....	<b>53</b>
4.1 INTRODUÇÃO .....	53
4.2 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS PESSOAIS .....	54
4.3 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS COMPORTAMENTAIS .....	58
4.4 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE SOCIAL .....	61
4.5 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE FÍSICO .....	65
4.6 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM OS SISTEMAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL .....	67
4.7 FATORES DETERMINANTES DE NATUREZA ECONÓMICA .....	70
<b>PARTE II - OBJETIVOS DO ESTUDO E METODOLOGIA</b> .....	<b>73</b>
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	<b>74</b>
<b>6 TIPO DE ESTUDO</b> .....	<b>76</b>
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	<b>77</b>
7.1 POPULAÇÃO.....	77
7.2 AMOSTRA.....	79
7.2.1 <i>Caraterização geral</i> .....	79
7.2.2 <i>Género e grupo etário</i> .....	81
7.2.3 <i>Género e estado civil</i> .....	81
7.2.4 <i>Género, grupo etário e escolaridade</i> .....	82
7.2.5 <i>Escolaridade e local de residência</i> .....	82
7.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	83
7.3.1 <i>Instrumento de recolha de dados</i> .....	83
7.3.1.1 <i>Atividades da Vida Diária</i> .....	84
7.3.1.2 <i>General Health Questionnaire</i> .....	85
7.3.1.3 <i>Saúde e Estilos de Vida</i> .....	85
7.3.1.4 <i>Escala de Rede de Apoio Social</i> .....	86
7.3.1.5 <i>Subescala de Ambiente Físico-WHOQOL-Breve</i> .....	87
7.3.1.6 <i>Inventário de Satisfação com a Vida (Fonseca, Silva, Teixeira &amp; Paúl, 2010)</i> .....	87
7.4 TRATAMENTO DOS DADOS .....	87

7.4.1	<i>Aplicado ao Objetivo 1 - Caraterizar a funcionalidade das pessoas idosas</i>	88
7.4.2	<i>Aplicado ao Objetivo 2 - Relacionar a funcionalidade com determinantes do envelhecimento ativo</i>	88
7.4.3	<i>Aplicado ao Objetivo 3 - identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população do distrito de Castelo Branco</i>	89
<b>PARTE III - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b>		<b>90</b>
<b>8</b>	<b>CARATERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE</b>	<b>91</b>
8.1	MOBILIDADE	94
8.2	AUTONOMIA INSTRUMENTAL	95
8.3	AUTONOMIA FÍSICA	96
8.4	AMOSTRA GLOBAL	97
8.4.1	<i>Grupo etário</i>	98
8.4.2	<i>Género</i>	99
8.4.3	<i>Estado civil</i>	100
8.4.4	<i>Escolaridade</i>	100
8.4.5	<i>Local de residência</i>	101
8.4.6	<i>Agregado familiar</i>	102
<b>9</b>	<b>FUNCIONALIDADE E ENVELHECIMENTO</b>	<b>103</b>
9.1	FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS PESSOAIS	103
9.1.1	<i>Grupo etário</i>	104
9.1.2	<i>Género</i>	104
9.1.3	<i>Estado civil</i>	105
9.1.4	<i>Escolaridade</i>	105
9.1.5	<i>Local de residência</i>	105
9.1.6	<i>Agregado familiar</i>	106
9.1.7	<i>Funcionalidade</i>	106
9.2	FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS COMPORTAMENTAIS	107
9.2.1	<i>Autoavaliação de Saúde</i>	107
9.2.1.1	<i>Grupo etário</i>	109
9.2.1.2	<i>Género</i>	109
9.2.1.3	<i>Estado civil</i>	110
9.2.1.4	<i>Escolaridade</i>	111
9.2.1.5	<i>Local de residência</i>	111
9.2.1.6	<i>Agregado familiar</i>	112
9.2.1.7	<i>Funcionalidade</i>	113
9.2.2	<i>Capacidade Física</i>	114
9.2.2.1	<i>Grupo etário</i>	114
9.2.2.2	<i>Género</i>	115
9.2.2.3	<i>Estado civil</i>	115
9.2.2.4	<i>Escolaridade</i>	116
9.2.2.5	<i>Local de residência</i>	116
9.2.2.6	<i>Agregado familiar</i>	116
9.2.2.7	<i>Funcionalidade</i>	117
9.3	FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE SOCIAL	118
9.3.1	<i>Grupo etário</i>	119
9.3.2	<i>Género</i>	119
9.3.3	<i>Estado civil</i>	120
9.3.4	<i>Escolaridade</i>	121
9.3.5	<i>Local de Residência</i>	122
9.3.6	<i>Rendimento mensal</i>	122
9.3.7	<i>Funcionalidade</i>	123

9.4	FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE FÍSICO .....	124
9.4.1	<i>Funcionalidade</i> .....	125
9.5	FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM OS SISTEMAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL .....	126
9.5.1	<i>Grupo etário</i> .....	126
9.5.2	<i>Gênero</i> .....	127
9.5.3	<i>Estado civil</i> .....	127
9.5.4	<i>Escolaridade</i> .....	128
9.5.5	<i>Local de residência</i> .....	128
9.5.6	<i>Agregado familiar</i> .....	129
9.5.7	<i>Funcionalidade</i> .....	129
9.6	FATORES DETERMINANTES DE NATUREZA ECONÔMICA .....	130
9.6.1	<i>Grupo etário</i> .....	131
9.6.2	<i>Gênero</i> .....	131
9.6.3	<i>Estado civil</i> .....	132
9.6.4	<i>Escolaridade</i> .....	132
9.6.5	<i>Local de residência</i> .....	133
9.6.6	<i>Agregado familiar</i> .....	133
9.6.7	<i>Funcionalidade</i> .....	134
	<b>PARTE IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>142</b>
<b>10</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>143</b>
	<b>PARTE V - CONCLUSÕES .....</b>	<b>154</b>
<b>11</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>155</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>159</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>176</b>
	<b>ANEXO I .....</b>	<b>177</b>
	<b>INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>177</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da população com 65 e mais anos do distrito de Castelo Branco, por concelho e de acordo com o grupo etário e o género (INE, 2012) ...	78
<b>Tabela 2</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	80
<b>Tabela 3</b> - Distribuição do género por grupo etário .....	81
<b>Tabela 4</b> - Distribuição do género por estado civil .....	81
<b>Tabela 5</b> - Distribuição do nível de escolaridade por género e grupo etário .....	82
<b>Tabela 6</b> - Distribuição do nível de escolaridade por local de residência.....	82
<b>Tabela 7</b> - Escala das Atividades da Vida Diária .....	84
<b>Tabela 8</b> - Estatística Descritiva Básica relativa às Atividades da Vida Diária .....	92
<b>Tabela 9</b> - Matriz Fatorial obtida após a Rotação Varimax para as Atividades da Vida Diária .....	93
<b>Tabela 10</b> - Alpha de Cronbach para a totalidade dos itens em análise e respetivas subescalas .....	94
<b>Tabela 11</b> - Valores referentes aos itens da mobilidade .....	95
<b>Tabela 12</b> - Valores referentes aos itens da autonomia instrumental .....	96
<b>Tabela 13</b> - Valores referentes aos itens da autonomia física.....	97
<b>Tabela 14</b> - Estatística Descritiva Básica para as pontuações ponderadas relativas às dimensões em análise .....	98
<b>Tabela 15</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário .....	99
<b>Tabela 16</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	99
<b>Tabela 17</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	100
<b>Tabela 18</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	101
<b>Tabela 19</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	101
<b>Tabela 20</b> - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar.....	102
<b>Tabela 21</b> - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no GHQ-12.....	103
<b>Tabela 22</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário .....	104
<b>Tabela 23</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	104
<b>Tabela 24</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	105
<b>Tabela 25</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	105
<b>Tabela 26</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	106
<b>Tabela 27</b> - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar.....	106
<b>Tabela 28</b> - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre a funcionalidade e o sofrimento psicológico .....	107
<b>Tabela 29</b> - Distribuição da frequência de resposta para a perceção de saúde. 107	
<b>Tabela 30</b> - Distribuição da frequência de resposta para a perceção de saúde. 108	
<b>Tabela 31</b> - Distribuição da frequência de resposta para a perceção de saúde. 108	
<b>Tabela 32</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário .....	109
<b>Tabela 33</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário .....	109
<b>Tabela 34</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	109
<b>Tabela 35</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	110
<b>Tabela 36</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	110

<b>Tabela 37</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	110
<b>Tabela 38</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	111
<b>Tabela 39</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	111
<b>Tabela 40</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	111
<b>Tabela 41</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	112
<b>Tabela 42</b> - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar.....	112
<b>Tabela 43</b> - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar.....	112
<b>Tabela 44</b> - Estatística Descritiva Básica relativa à percepção sobre a saúde e a pontuação obtida na funcionalidade (escala completa e dimensões) .....	113
<b>Tabela 45</b> - Distribuição da frequência de resposta para a percepção da condição física .....	114
<b>Tabela 46</b> - Distribuição da frequência de resposta para a percepção da condição física .....	114
<b>Tabela 47</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário.....	115
<b>Tabela 48</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	115
<b>Tabela 49</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	115
<b>Tabela 50</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	116
<b>Tabela 51</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	116
<b>Tabela 52</b> - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar.....	116
<b>Tabela 53</b> - Pontuações obtidas na escala de Funcionalidade e nas subescalas Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física em função percepção da condição física .....	117
<b>Tabela 54</b> - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no ERAS .....	118
<b>Tabela 55</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário.....	119
<b>Tabela 56</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	120
<b>Tabela 57</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	121
<b>Tabela 58</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	121
<b>Tabela 59</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	122
<b>Tabela 60</b> - Estatística Descritiva Básica em função do rendimento.....	123
<b>Tabela 61</b> - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre as pontuações obtidas nas dimensões do ERAS e as pontuações obtidas nas dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física. ....	124
<b>Tabela 62</b> - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no WHOQOL.....	125
<b>Tabela 63</b> - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre a Funcionalidade e o WHOQOL.....	125
<b>Tabela 64</b> - Estatística Descritiva Básica relativa às pontuações médias obtidas no ISV.....	126
<b>Tabela 65</b> - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário.....	127
<b>Tabela 66</b> - Estatística Descritiva Básica em função do género.....	127
<b>Tabela 67</b> - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil.....	128
<b>Tabela 68</b> - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade.....	128

<b>Tabela 69</b> - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência .....	129
<b>Tabela 70</b> - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar .....	129
<b>Tabela 71</b> - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre as pontuações obtidas nas dimensões do ISV e as pontuações obtidas nas dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física .....	130
<b>Tabela 72</b> - Distribuição do rendimento mensal por grupo etário .....	131
<b>Tabela 73</b> - Distribuição do rendimento mensal por género .....	131
<b>Tabela 74</b> - Distribuição do rendimento mensal por estado civil.....	132
<b>Tabela 75</b> - Distribuição do rendimento mensal por anos de escolaridade.....	132
<b>Tabela 76</b> - Distribuição do rendimento mensal por local de residência .....	133
<b>Tabela 77</b> - Distribuição do rendimento mensal por agregado familiar .....	133
<b>Tabela 78</b> - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida nas dimensões em análise em função do rendimento mensal dos inquiridos .....	134
<b>Tabela 79</b> - Matriz Fatorial obtida após a Rotação Varimax.....	135
<b>Tabela 80</b> - Alpha de Cronbach para a totalidade dos itens em análise e respetivas subescalas .....	136
<b>Tabela 81</b> - Coeficientes Estimados (Path Coefficients e Outer Loadings), Coeficientes de Determinação ( $R^2$ ), Fiabilidade Composta ( $\rho_c$ ) e Variância Média Extraída (AVE).....	139

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Fig. 1</b> - Modelo conceptual das relações existentes entre as componentes do Envelhecimento Ativo .....	137
<b>Fig. 2</b> - Modelo estimado para as relações existentes entre as componentes do Envelhecimento Ativo .....	138

## INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por profundas alterações demográficas, particularmente nos países ocidentais, determinadas pela queda da taxa de mortalidade e redução da taxa de fecundidade, verificadas a partir da década de 1960, resultando num número crescente de pessoas idosas. A redução das taxas de mortalidade e o aumento da esperança de vida, fruto dos progressos no campo da saúde pública e biomedicina, fizeram com que os indivíduos com mais de 65 anos tivessem uma representação cada vez maior na pirâmide etária, gerando um aumento de interesse em governantes e na comunidade científica em estudar o envelhecimento e a velhice (Depp & Jeste, 2009; Fernandes, 2014; Lupien & Wan, 2004). A partir de meados do séc. XX assiste-se, pois, a uma grande proliferação de estudos na área da gerontologia e da geriatria (Papaléo Netto, 2002), originando nos Estados Unidos da América a criação da *Gerontological Society of America* e o aparecimento dos primeiros grupos de pesquisa longitudinal, tanto nos EUA (como o *Baltimore Longitudinal Study of Aging* ou o *Normative Aging Study* em Boston), como na Europa (de que o *Bonn Longitudinal Study of Aging* é o exemplo mais antigo).

Esta forte dinâmica de investigação sobre o envelhecimento e a velhice provocou um intenso debate sobre as características do envelhecimento do ponto de vista biológico, psicológico e social, bem como sobre as modalidades de promoção de um envelhecimento com qualidade, resultando num aumento exponencial de produção científica na área da gerontologia. “Entre 1969 e 1979 a pesquisa neste domínio aumentou 270%” (Papaléo Netto, 2002, p.3) e Aitken e Rudolf (2011) referem que no mesmo período foram propostas para cima de 300 teorias sobre o envelhecimento. Enquanto as teorias biológicas procuravam estabelecer as bases biológicas do envelhecimento, determinando a sua “causa” e os seus “efeitos”, as teorias psicossociais visavam essencialmente explicar a variedade de comportamentos observados na população idosa, salientando fatores promotores ou inibidores da qualidade de vida nesta faixa etária.

Apesar destes esforços de cariz científico, continua porém a verificar-se uma tendência generalizada para que a representação social dominante da pessoa idosa seja marcada por um carácter improdutivo, doente e dependente. Os governos encaram com apreensão o fenómeno do envelhecimento populacional, temendo uma escalada de custos com despesas de saúde, pensões e apoios sociais ao ponto de comprometer o próprio funcionamento dos sistemas de segurança social e de saúde (Bovenberg *et al.*, 2010; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2007; Jain *et al.*, 2012; Olshansky *et al.*, 2009). Como alternativa a esta perspetiva ameaçadora do bem-estar não apenas dos mais velhos mas de toda a sociedade, a promoção de uma velhice mais saudável e de um envelhecimento ativo, bem-sucedido e participativo na vida comunitária tornou-se um objetivo para a maioria das políticas, programas e ações dirigidos à população idosa.

No caso de Portugal, o enfoque num envelhecimento em tudo contrário à ideia de dependência é absolutamente prioritário. O aumento significativo do número de idosos que se tem verificado em Portugal colocou o nosso país num dos três mais envelhecidos da União Europeia (juntamente com a Grécia e a Espanha), de acordo com dados oficiais publicados pelo Eurostat. Em 2001, os idosos (maiores de 65 anos) representavam em Portugal 16,4% da população tendo passado para 19,1% em 2011, enquanto a população entre os 0 e os 14 anos se reduziu de 16% em 2001 para 14,9% em 2011. O índice de envelhecimento era, em 2011, de 129%, o que significa que por cada cento e vinte nove cidadãos com mais de 65 anos existiam cem cidadãos com menos de 15 anos. Estes dados, além de contribuírem para o duplo envelhecimento da população, conferem aos idosos, enquanto grupo populacional, uma crescente relevância social e um aumento da sua importância relativa, tendência que se vai acentuar no futuro. As projeções publicadas no relatório do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais da ONU dizem-nos que Portugal será, em 2030, o terceiro país do mundo com a população mais envelhecida (50,2 anos em média), logo depois do Japão (51,5) e da Itália (50,8).

No entanto, como já desde há muito Fernández-Ballesteros (2000) destaca, de pouco vale ter um maior número de anos para viver se tal não for

acompanhado da melhoria ou manutenção da saúde, assim como do acesso a serviços que respondam às necessidades efetivas da população idosa, com o objetivo não só de que o ser humano viva mais tempo, mas igualmente que viva melhor.

O conceito de *envelhecimento ativo*, adotado no início deste século pela Organização Mundial de Saúde e que consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.13), tem sido consensualmente adotado como uma política de saúde para o século XXI. De acordo com o modelo proposto, o envelhecimento ativo é influenciado por um conjunto diverso de fatores – comportamentais, pessoais, relacionados com o ambiente físico e com o ambiente social, económicos, relacionados com sistemas de saúde e de serviço social, cultura e género – e as evidências sugerem que estes fatores, isoladamente e em interação, são determinantes no processo de envelhecimento ativo, refletindo-se no envelhecimento tanto dos indivíduos como das populações (Paúl *et al.*, 2012).

Assim, impulsionados pela necessidade de avaliar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população com idade igual ou superior a 65 anos, residente no distrito de Castelo Branco, realizámos o presente estudo que tem como principais objetivos:

- a) caracterizar a funcionalidade das pessoas idosas;
- b) relacionar a funcionalidade com os seguintes determinantes do envelhecimento ativo:
  - i. relacionados com aspetos pessoais
  - ii. relacionados com aspetos comportamentais;
  - iii. relacionados com o ambiente social;
  - iv. relacionados com o ambiente físico;
  - v. relacionados com os sistemas de saúde e serviço social;
  - vi. de natureza económica

- c) identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população, criando um modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco.

Neste estudo foi utilizada uma abordagem transversal, quantitativa, de tipo descritiva, com uma amostra de 306 idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Os vários determinantes foram operacionalizados de acordo com os instrumentos de recolha de dados utilizados na investigação “DIA: Da Incapacidade à Atividade: o desafio do envelhecimento” (Paúl, Ribeiro & Teixeira, 2006) (Anexo I).

# **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# **1 O ENVELHECIMENTO COMO UM ACONTECIMENTO INDIVIDUAL E UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL**

## **1.1 ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL E DEMOGRÁFICO**

O envelhecimento das populações é o desafio coletivo mais importante que os países desenvolvidos do mundo ocidental terão que enfrentar nas próximas décadas, quer pela dimensão do fenómeno, quer pelas suas implicações na vida das sociedades. Habitualmente, o fenómeno do envelhecimento é analisado sob duas grandes perspetivas: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento individual.

O envelhecimento demográfico resulta do aumento da proporção das pessoas idosas na população total e ocorre devido a um efeito conjunto de três fatores: queda da fecundidade, queda da mortalidade e aumento da esperança de vida. Esta realidade produz consequências diversas em múltiplas dimensões da vida pessoal e da sociedade, de que resultam enormes desafios a que é necessário dar resposta, de forma abrangente e integrada. No plano económico, verifica-se um acréscimo de despesas resultantes do aumento da população dependente e da redução da população produtiva, uma vez que se verifica um aumento do número de reformados, não compensado com a entrada de número suficiente de efetivos na vida ativa; no plano social assiste-se a uma diminuição da mobilidade social, a alterações das relações profissionais e familiares e à necessidade de adaptação dos sistemas de proteção; do ponto de vista dos cuidados de saúde, aumenta a necessidade de recursos e de cuidados, resultantes do acréscimo da população dependente e doente (Ferreira, Rodrigues e Nogueira, 2006).

Conforme salienta Fernandes (2014), o fenómeno do envelhecimento demográfico apresenta-se com ritmos de evolução variáveis consoante os países, ou as regiões do mundo, existindo também perspetivas, ao nível social e político, sobre o que é ser velho e sobre o tipo de recursos a mobilizar para responder aos desafios. Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo, onde a população

com 65 e mais anos atingiu já 19,1% (21,5% mulheres e 16,8% homens) (INE, 2012).

O envelhecimento individual assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. É afetado pela herança biológica e pelo comportamental individual de cada um, mas também por fatores de natureza social, ambiental, económica e política. A Organização Pan-Americana de Saúde define o envelhecimento como um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal e não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao *stress* do meio ambiente e, portanto, aumente a sua possibilidade de morte. De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, publicado pela Direção Geral da Saúde (2006, p.5), o envelhecimento humano consiste “num processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”.

Estas definições apontam o *envelhecer* como um processo dinâmico. A referência à “passagem do tempo” indica que é algo natural e inevitável, em que ocorrem transformações a vários níveis, que a sociedade assume como fazendo parte do processo de envelhecimento. De tal modo que quando alguém mais jovem apresenta, de forma mais evidente, algumas dessas transformações associadas à “passagem do tempo”, referimo-nos a essa pessoa como *parecendo um velho*. No entanto, também existe a situação inversa, em que pessoas mais velhas não apresentam essas transformações, características das pessoas da *sua idade*.

Estes exemplos apontam no sentido de que para além do efeito da “passagem do tempo” existem outros fatores que influenciam o processo de envelhecimento, o qual é único e variável de pessoa para pessoa. O percurso de vida de cada pessoa influencia, de forma determinante, o seu processo de envelhecimento. Não se envelhece da mesma maneira no espaço rural ou numa grande metrópole, tendo uma vida ativa ou uma vida sedentária, partilhando uma ampla rede de relações sociais ou vivendo de forma solitária. As alterações

verificadas durante o processo de envelhecimento, nomeadamente as mudanças fisiológicas, podem conduzir à progressiva diminuição da capacidade funcional, a uma maior dependência física, isolamento social e redução, ou até ausência, da produtividade da pessoa, tornando-a mais vulnerável e dependente de cuidados. No entanto, o grau de dependência e de incapacidade é influenciado pelo percurso de vida de cada um, pela existência de hábitos de vida saudáveis, pelas oportunidades de segurança, bem-estar e de integração social, as quais não dependem unicamente de opções pessoais mas, muitas vezes, das oportunidades proporcionadas pelo contexto sociopolítico.

O modelo médico define o envelhecimento como um processo básico, um fenómeno biológico inevitável e relativamente imutável (Paúl, 1997). Esta “imutabilidade” leva a que muitas vezes o envelhecimento seja abordado como se de um processo uniforme se tratasse, que ocorreria de forma homogénea em todas as pessoas, as quais, chegadas a esta fase do ciclo vital, veriam esbatidas as diferenças individuais que as caracterizam e distinguem enquanto seres humanos. Ora, em termos individuais, não há um padrão comum de envelhecimento, isto é, as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. Tal como as restantes etapas da vida, também o processo de envelhecimento não ocorre de forma homogénea sendo influenciado por múltiplos fatores.

Considerando que se trata de um fenómeno multidimensional, a forma como ocorre e evolui varia de pessoa para pessoa. Os vários modos de envelhecer são influenciados pela trajetória de vida de cada um. Os recursos de que cada pessoa dispõe para se adaptar a esta fase da vida são fortemente determinados pelos diferentes percursos de vida e influenciados por fatores intrínsecos ao indivíduo e do contexto, assim como da interação entre ambos. Cada indivíduo apresenta “diferentes formas de lidar com os aspetos positivos e negativos que acompanham o envelhecimento” (Fonseca, 2012, p. 21).

Apesar de não haver um momento preciso, ou uma idade, que marque o início do envelhecimento, a necessidade de clarificar conceptualmente os termos utilizados em estudos sobre idosos tem levado a que se considerem “pessoas idosas” os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, o que,

em Portugal, apesar de já não coincidir com a idade da reforma, continua a ser com ela fortemente associada. Apesar de esta idade ser considerada aquela que marca o início do envelhecimento, o critério cronológico só por si não explica nada, contempla *apenas* o tempo que vivemos desde que nascemos (Fonseca, 2006). Trata-se, contudo, de um indicador importante sobre a etapa da vida em que a pessoa se encontra, uma vez que do ponto de vista da regulação social a idade gera a expectativa daquilo que é esperado fazer-se em cada etapa da vida.

Assim, mais importante que a passagem do tempo, em si mesma, é compreender o conjunto de experiências vividas pela pessoa ao longo do ciclo vital e de que forma essas experiências influenciaram o seu processo de desenvolvimento. Considera-se importante, por isso, atender a outras “categorias” de idade para além da idade cronológica: a *idade biológica*, a *idade psicológica* e a *idade social ou sociocultural* (Fonseca, 2006).

A *idade biológica* está relacionada com as mudanças biológicas, com o declínio que se vai verificando nos vários órgãos, isto é, “refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano e é especialmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afetam os indivíduos, pois é verificável que a capacidade de autorregulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo” (Fonseca, 2006, p.24). A idade biológica é medida “pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de autorregulação (Paúl, 1997, p.12).

Os seres vivos, independentemente das suas características individuais e das condicionantes ambientais, sofrem mudanças biológicas. Esse processo, que afeta todos os seres vivos, e referido na literatura como envelhecimento primário, é considerado por Birren e Schroots (1995) como o envelhecimento não patológico, em que ocorrem mudanças irreversíveis, programadas geneticamente, como o aparecimento de rugas, de cabelos brancos, perda de massa muscular, perdas cognitivas. O envelhecimento secundário é considerado o envelhecimento patológico, associado aos estilos de vida, às mudanças causadas pelas doenças, cuja probabilidade de ocorrência aumenta de acordo com a exposição aos fatores

de risco (ex: doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, doença de Alzheimer e depressão). Considera-se que os fatores que contribuem para o aparecimento destas doenças podem ser evitáveis ou minimizados, se houver hábitos de vida saudável, relacionados com a nutrição, o exercício físico.

É importante referir que se torna muito difícil identificar de forma precisa o momento em que ocorrem tais mudanças. Em primeiro lugar porque, apesar do envelhecimento ser um processo universal, ocorre de forma progressiva, ao mesmo tempo em todo o organismo e, em segundo lugar, porque o processo é influenciado por variáveis que interferem com a qualidade de vida, o que pode acelerar ou atrasar o processo. Por esse motivo, dois indivíduos com a mesma idade cronológica podem apresentar diferentes idades biológicas (Fonseca, 2006).

A *idade psicológica* está relacionada com a capacidade de mobilizar competências em resposta às alterações do ambiente. Para Fonseca, (2006, p.24), “refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a autoestima”, isto é, “refere-se às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio”. As mudanças ocorridas a nível psicológico em cada indivíduo são influenciadas pelas experiências de vida, pelo estado de saúde e pela disponibilidade de recursos.

A *idade sociocultural* está relacionada com o papel e com o estatuto que a comunidade atribui à pessoa. A idade social “refere-se aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento”, isto é, “refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.” (Fonseca, 2006, p.24). Para Fontaine (2000), a idade social está, também, muito associada à passagem à reforma. Esta etapa, em que se *perde* o estatuto conferido pelo exercício da atividade profissional, é encarada como a entrada na última fase da vida. Apesar de ser um processo

vivenciado de forma variável de indivíduo para indivíduo, a passagem da “categoria dos trabalhadores” para a “categoria dos inativos”, pode ser associado a um sentimento de inutilidade social. O afastamento do mundo laboral conduz a um afastamento do espaço público, o que reduz as relações interpessoais e de amizades e a própria identidade social do idoso, uma vez que grande parte das relações de amizade são constituídas com base nas relações laborais.

Finalmente, Fernández-Ballesteros (2000) introduziu ainda outro conceito, *uma outra idade: a idade funcional*, provavelmente aquela que verdadeiramente interessa considerar quando falamos de envelhecimento, uma vez que os conceitos de idade psicológica e de idade social “estão minados de alguma estereotipia” (Fonseca, 2006, p.25). A idade funcional baseia-se no princípio de que o “envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física, a perceção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida” (Fernández-Ballesteros, 2000, cit. in Fonseca, 2006, p.26).

A idade funcional está muito relacionada com a capacidade funcional da pessoa, podendo ser definida como a “manutenção da capacidade para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), necessárias e suficientes para uma vida independente e autónoma” (Ferreira, 2011, p.514). De facto, as limitações mais frequentemente associadas ao envelhecimento são a incapacidade funcional e a dependência, que impedem a execução das atividades do quotidiano. Os problemas de saúde constituem a primeira preocupação dos idosos (Fonseca, 2006), sendo a realização das ABVD algo necessário para a sua sobrevivência e para a sua participação na gestão e nos cuidados com a própria saúde, e no desenvolvimento de tarefas domésticas. Ainda segundo Ferreira (2011, p.514), o “estudo da capacidade funcional tem-se tornado um componente-chave para a avaliação de saúde dos idosos, sendo geralmente direcionado para a análise da habilidade e do desempenho para realizar

determinadas atividades do cotidiano. Dessa maneira, a saúde dos idosos torna-se intimamente ligada à independência funcional, que é medida através de avaliações funcionais”.

Com efeito, envelhecer com autonomia, independência e qualidade de vida constitui hoje um dos principais desafios das sociedades modernas (DGS, 2004). Apesar dos enormes avanços da ciência, nomeadamente das ciências da saúde, responsável em grande parte pelo aumento da longevidade do ser humano, nem sempre a este aumento do número de anos “foi acrescentada a qualidade de vida que lhes dá sentido” (Paúl, 1997, p.7). De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2004, p.1) “a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção”.

Viver mais anos com uma melhor qualidade de vida, com maior independência e autonomia, são os objetivos do envelhecimento saudável e ativo. Na procura de um envelhecimento com melhor qualidade de vida, importa implementar programas e medidas que promovam a preservação da independência e da *autonomia*, aqui entendida como a liberdade para agir e tomar decisões no dia-a-dia, relativas à própria vida e à independência. Pode também ser entendida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa, necessitando, para tanto, de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas. No entanto, autonomia e independência não são conceitos interdependentes: (i) o indivíduo pode ser independente e não ser autónomo (como acontece, por exemplo, nas demências); (ii) o indivíduo pode ser autónomo e não ser independente (como no caso de um indivíduo com graves sequelas de um acidente vascular cerebral, mas sem alterações cognitivas), situação em que ele é autónomo para assumir e tomar decisões sobre a sua vida, mas é dependente fisicamente.

O objectivo último será, finalmente, garantir “uma maior inserção dos idosos na comunidade, através da autonomia para a realização das atividades da vida diária e do fortalecimento de vínculos sociais e familiares, de amizade e de lazer,

sendo esses fatores considerados como determinantes do envelhecimento mais ativo” (Ferreira, 2012, p.515).

## **1.2 PERCEÇÕES DE ENVELHECIMENTO E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE**

Apesar de cada vez mais pessoas atingirem idades muito avançadas e gozarem, na maioria das situações, de uma boa qualidade de vida, marcada por considerável funcionalidade tanto física como mental, continua a verificar-se uma tendência geral para a desvalorização das pessoas idosas. Assim, persistem noções como: as pessoas idosas são incapazes de se desenvolverem, a velhice corresponde a uma “segunda infância”, os idosos são inflexíveis e resistentes à mudança, os idosos possuem um poder de iniciativa limitado e dificuldade em abraçar novos projetos, etc. Também imagens que associam o envelhecimento a doença, inatividade, depressão, aborrecimento e incapacidades várias, são igualmente exemplos dessa tendência. Wurtele (2009), num estudo sobre o modo como estudantes vêem a velhice (definida como tendo o seu início aos 65 anos de idade), demonstra através dos dados provenientes de uma amostra recolhida ao longo de dez anos composta por 1340 estudantes de psicologia norte-americanos, que a imagem comum da velhice é ainda hoje uma imagem predominantemente negativa, caracterizada pela passividade.

Com efeito, apesar de se tratar de um acontecimento inevitável e normativo, o processo de envelhecimento é frequentemente mal compreendido e surge associado a falsas ideias e a crenças que rapidamente se transformam em preconceitos ou estereótipos. A diminuição de autoestima, a falta de motivação, o desinteresse pela sexualidade e a diminuição de faculdades mentais, entre outras, são representações comuns na avaliação feita do envelhecimento e da velhice. Uma vez que culturalmente nos é transmitido que as capacidades declinam à medida que se envelhece, os estereótipos associados à idade são facilmente interiorizados e levam facilmente as pessoas a acreditar neles.

Tais representações, preconceitos e estereótipos, socialmente disseminados e partilhados, tornam propício o surgimento de afetos negativos (rejeição, por exemplo), crenças e comportamentos discriminatórios face às pessoas idosas. Esta discriminação quando, como aqui, tem por base a idade cronológica, pode ser designada por *idadismo*, fenómeno que se refere às atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas apenas na sua idade (Marques & Lima, 2010). O *idadismo*, referido portanto a um juízo, a uma opinião negativa, a uma discriminação de alguém devido à sua idade, marca presença em várias sociedades, incluindo a portuguesa (Marques & Lima, 2010; Marques, 2011).

Estas crenças sociais negativas acerca do envelhecimento e dos idosos, baseadas fundamentalmente em estereótipos, influenciam não só a forma como as pessoas idosas são *olhadas e tratadas* pelos mais novos e a forma como a sociedade em geral se relaciona com elas, mas também a forma como os próprios idosos se comportam. Na verdade, os idosos integram as imagens resultantes das representações sociais e das expectativas que existem a seu respeito, originando percepções pessimistas relativas à experiência de envelhecer e levando os mais velhos a adotarem os comportamentos que deles tipicamente são esperados (Nelson, 2002, cit in Fonseca, 2006). Ainda segundo Nelson (2009), quanto mais a pessoa idosa estiver exposta a comentários ou concepções negativas a seu respeito, mais ela irá desenvolver uma visão negativa do seu próprio envelhecimento. As pessoas idosas também exibem atitudes *idadistas* face ao grupo a que pertencem e até a si mesmas. Uma consequência grave do *idadismo*, de resto, é o facto de ele não só suscitar uma atitude negativa face ao comportamento dos mais novos para com os mais velhos, como fazer inclusivamente “com que os próprios idosos olhem para si mesmos de acordo com uma imagem socialmente conforme às expectativas generalizadas, isto é, incompetentes e incapazes” (Fonseca, 2006, p.28). O mesmo autor salienta a preocupação expressa por diferentes investigadores quanto à possibilidade de os idosos internalizarem as crenças *idadistas* (incompetentes, doentes, lentos) e de tal refletir-se na postura assumida perante a vida, fazendo por comportar-se não de acordo com o que a sua idade

funcional lhes permite, mas sim em função do que estas crenças negativas estabelecem como normativo e esperado para a sua idade cronológica, numa lógica de profecia auto cumprida (Marques, 2011). Ao contrário de outras formas de discriminação, como o racismo ou o sexismo, o *idadismo* é bem menos ou não é sequer recriminado socialmente (Marques & Lima, 2010), aumentando a vulnerabilidade dos idosos.

De acordo com Levy *et al.* (2002a), a integração de tal tipo de crenças, às quais os autores se referem como auto estereótipos de envelhecimento, inicia-se desde cedo. Nas sociedades ocidentais, enquanto jovens e adultos, os indivíduos crescem numa sociedade marcada pelo *idadismo* e acabam por integrar essas crenças, não as questionando quando chegam a idosos e havendo até relatos de um certo favoritismo exo-grupal em relação aos mais jovens (Kite *et al.*, 2005; Marques & Lima, 2010). A internalização de estereótipos de cariz *idadista* não tem efeitos apenas nas escolhas e nos comportamentos dos indivíduos, podendo ter um efeito mais vasto. Num estudo em que procurou ativar subliminarmente estereótipos sobre o envelhecimento numa amostra de 90 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, Levy (1996) descobriu que ativar estereótipos positivos tende a melhorar não só as visões sobre o envelhecimento, mas também o desempenho cognitivo e a autoeficácia, enquanto a ativação de estereótipos negativos tende a ter um efeito diametralmente inverso (Levy, 1996).

Importante será referir que, tal como Fonseca (2006) sublinha, paralelamente às crenças que sustentam o *idadismo* também se verifica nas sociedades modernas a ideia diametralmente oposta e irrealista segundo a qual o envelhecimento é algo de subjetivo e que pode ser evitado. Esta ideia é fundada numa tendência gerontofóbica de negação do envelhecimento e que vulgarmente é aproveitada por empresas comerciais para venderem produtos “anti envelhecimento”. Apesar de a biologia mostrar que é possível, até certo ponto, modular a longevidade, é utópico pensar que se podem reverter as causas do envelhecimento (Holliday, 2006). A difusão deste género de utopias carregadas de otimismo está, muitas vezes, na origem de frustrações relacionadas com a falta de preparação para o confronto inevitável com as perdas à medida que se envelhece,

sejam elas perdas de ordem biológica, funcional ou mesmo de estatuto social. No *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), por exemplo, quase dois terços da amostra (dividida por três grupos etários, dos 50 aos 75 anos de idade) são de opinião que os idosos não são respeitados na sociedade (Demakakos *et al.*, 2006).

Importa ainda sublinhar que o próprio momento de entrada no período comumente designado por velhice corresponde a uma construção social. Na maioria dos países europeus, o início oficial do envelhecimento foi definido por volta dos 60/70 anos e essa é também a idade estabelecida para o início da reforma. No entanto, de acordo com Fonseca (2006, p. 186), «efetivamente, nada ocorre aos 65 anos, precisamente aos 65 anos, nem biológica nem psicologicamente para que se utilize essa idade como fronteira de diferenciação social, em que para trás o indivíduo é útil, válido e responsável, e daí para a frente vê-se rejeitado ou pelo menos marginalizado por uma sociedade competitiva para a qual deixou de ter valor”. De facto, como observado no ELSA, não só os indivíduos de meia-idade e idosos tendem a sentir-se mais jovens do que a sua idade cronológica propriamente dita, como percebem a entrada na velhice como iniciando-se em idades distintas. Os participantes mais jovens (50-54 anos) consideram que a velhice começa aos 68 anos, enquanto os participantes que tinham mais de 80 anos consideravam que ela começa aos 75 anos (Demakakos *et al.*, 2006). Este “adiamento” da idade em que habitualmente se considera que um indivíduo passou a ser idoso pode ter implícita uma tentativa de identificação com um grupo de estatuto social superior, de forma a preservar a autoimagem, moderando os efeitos negativos das perdas pelo facto de se estar a experimentar níveis satisfatórios ou mesmo elevados de funcionalidade.

As percepções que os indivíduos, de qualquer idade, têm acerca do envelhecimento implicam uma apreciação individual, refletem as suas formas de pensar e os julgamentos face às experiências, acabando por influenciar o modo como se estabelecem metas e objetivos futuros. Planear o futuro pode ser considerado um processo de autorregulação na medida em que é uma forma de moldar o desenvolvimento individual (Kotter-Gruhn *et al.*, 2009). No que diz respeito às percepções associadas ao futuro, os homens apresentam percepções

mais positivas do que as mulheres, muito embora tais percepções se tornem progressivamente mais negativas à medida que o funcionamento cognitivo e a saúde diminuem. Os indivíduos que percebem a sua saúde como pobre poderão mesmo não querer fazer planos para o futuro.

Outros estudos revelaram ainda que muitos adultos com mais de 60 anos sentem-se mais novos do que a sua idade cronológica faria supor. Estas conceções relativas à idade parecem ser um melhor preditor relativamente ao funcionamento físico e psicológico do que a idade cronológica (Montepare & Lachman, 1989). A idade cronológica parece, pois, não ser um aspeto central na avaliação da sua própria condição de velhice. De facto, a não ser que estejam doentes ou deprimidas, as pessoas idosas não se consideram velhas e tendem a associar a velhice a indivíduos que apresentam manifestas incapacidades, dependentes ou residentes em lares, imagens das quais fazem todos os possíveis para se distanciar.

Nesta medida, em que se baseia a definição de “velho”? Quem define quem é “velho”? Provavelmente uma pessoa é velha, como sucede com qualquer outro papel e estatuto social, quando as outras pessoas assim a consideram (Bazo, 1990). É a sociedade que se encarrega de categorizar a velhice, devido à necessidade, sobretudo administrativa, de organizar os indivíduos no espaço social através de critérios com base na idade. A idade, só por si, não ajuda a compreender o processo de desenvolvimento de cada pessoa, uma vez que a sua significação está relacionada com o contexto. Dantes, abordar o envelhecimento significava estarmo-nos a referir a uma etapa próxima do fim da vida. Atualmente, com o aumento da esperança de vida, o fenómeno é frequentemente abordado pelas consequências e riscos que pode representar para os sistemas de saúde e de segurança social. Ainda assim, a categorização efetuada com base na idade constitui uma forma de regulação social, que gera a expectativa daquilo que é suposto as pessoas realizarem, consoante a fase da vida em que se encontram. Valida-se, assim, aquilo que é “normal” ou “permitido” e aquilo que é “anormal” ou “proibido”, para além da valorização daquilo de que os membros desta categoria social são e não são capazes de fazer. Mas, tal como as outras etapas da

vida, também o processo de envelhecimento é dinâmico, pelo que não corresponde, em absoluto, a esta normalização.

A construção social da velhice é influenciada pelas percepções relacionadas com a idade. A conceção que temos de uma pessoa idosa difere consoante a etapa da vida em que nos encontramos. Ser velho é diferente para uma criança, para um adulto ou para um velho. As conotações, positivas e negativas, que a sociedade atribui aos velhos, e à velhice, são fortemente influenciadas pelo contexto sociocultural. Por exemplo, considerar um idoso como alguém detentor de conhecimento e de experiência, com estatuto social reconhecido e com influência sobre os outros elementos do grupo é uma construção que ocorre com mais frequência em contextos rurais, onde a transmissão do conhecimento se faz mais frequentemente através da via oral e menos baseada em artefactos tecnológicos.

Por oposição a esta aceção, a construção negativa reforça a velhice como um estado deficitário, em que ocorre um declínio acentuado das capacidades, e caracterizado por perdas significativas e irreversíveis (da juventude, da saúde e da independência). Verifica-se com maior frequência em contexto urbano, onde é mais valorizada a riqueza, a beleza e a juventude, e onde a aquisição e transmissão de conhecimentos se fazem essencialmente fora do ambiente familiar.

Matras (1990) resume esta avaliação negativa através dos seguintes riscos: fisicamente diminuído, mentalmente deficitário, economicamente dependente, socialmente isolado e com um reduzido estatuto social. Em qualquer processo de desenvolvimento há crescimento e ganhos, mas também perdas e deterioração. No entanto, ao processo de envelhecer estão associadas, mais frequentemente, imagens negativas. Os próprios significados de envelhecer constantes no Dicionário da Língua Portuguesa expressam uma forte carga negativa atribuída a esta fase da vida, associando-a a perdas, danos, decadência. Assistimos com frequência, nos vários estudos realizados, à existência de preconceitos e de estereótipos nas referências feitas aos idosos e às suas capacidades. A ideia de que a redução das capacidades dos idosos impede o seu processo de desenvolvimento e a capacidade de adaptação, legitima a aceitação, por parte da sociedade, da *diminuição da responsabilidade*, da *dependência* e da

*incompetência* das pessoas idosas, o que conduz a uma discriminação e a uma redução do seu estatuto social.

## **2 ENVELHECIMENTO, SAÚDE E FUNCIONALIDADE**

### **2.1 ESPERANÇA DE VIDA E FUNCIONALIDADE**

O aumento crescente da esperança de vida representa, certamente, uma vantagem para todos aqueles que dele vão usufruindo mas, simultaneamente, aumenta os riscos de doença, incapacidade e dependência, com elevados custos para os próprios idosos e familiares, bem como para a sociedade em geral. As mudanças demográficas e sociais criaram novas realidades e os problemas emergentes do envelhecimento demográfico representam um grande desafio para as sociedades contemporâneas. Atente-se, por exemplo, ao recuo da propensão a morrer, que é avaliado pela esperança de vida calculada em todas as idades (Fernandes, 2014). Em Portugal, a esperança de vida à nascença em 2012 (Eurostat) era de 82,5 anos para as mulheres e 77,3 para os homens, enquanto na União Europeia, também em 2012, a longevidade masculina mais elevada ocorria na Islândia (81,6), Itália (80,1), Suécia (79,9), Noruega (79,5) e Espanha (79,5). Do lado feminino, na mesma data, a esperança de vida à nascença era já de 85 anos, com os valores mais elevados a serem atingidos em Espanha, Itália e França.

Estes fantásticos resultados traduzem um limite de mortalidade evitável muito difícil de ultrapassar, reduzindo ao máximo os anos potenciais de vida perdidos. Não é provável que a esperança de vida à nascença evolua muito para além dos 85 anos (já atingidos pelas mulheres em alguns países europeus) e os ganhos em anos de vida vão conquistar-se, agora, nas idades mais avançadas através da implementação de boas condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença, acesso a cuidados de saúde.

Outro desafio situa-se na aproximação dos valores de esperança de vida entre homens e mulheres e na qualidade de vida das mulheres envelhecidas, pois os indicadores de morbilidade obtidos a partir dos inquéritos de saúde mostram que as mulheres vivem mais tempo mas em pior estado de saúde. De facto, homens e mulheres diferem em esperança de vida mas também no que se refere

à condição de saúde ao longo do curso de vida. Há uma discrepância entre saúde e capacidade de sobrevivência: os homens são mais fortes mas apresentam substancialmente maior mortalidade em todas as idades em comparação com as mulheres, no que constitui um paradoxo da saúde e sobrevivência na relação masculino-feminino (Fernandes, Perelman & Mateus, 2009).

Independentemente do género, sabemos que a funcionalidade global dos indivíduos, entendida no sentido da sua autonomia funcional ou capacidade funcional, tem tendência a declinar gradualmente com o avanço em idade (Botelho, 2014; Fillenbaum, 1996). A maturidade funcional no adulto – aqui entendida como a capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio, sendo capaz de desempenhar um conjunto de tarefas que lhe permitem viver sozinho – atinge o seu auge na terceira década de vida. Posteriormente, o organismo humano está sujeito a um percurso de declínio, que é gradual e inexorável, emergindo a preocupação de manutenção da independência e prevenção da incapacidade (Kalache & Kickbusck, 1997).

Este processo não decorre da mesma forma em todos os indivíduos; existe considerável diversidade entre eles tanto devido a fatores relacionados com o próprio indivíduo (genética, hábitos de vida, doenças) como devido a fatores extrínsecos (de natureza cultural, ambiental ou fruto de características do seu habitat). Nos indivíduos envelhecidos, a presença frequente de doença crónica contribui para a eventualidade de decréscimo da sua capacidade funcional (Santos *et al.*, 2009), mas devemos ter em conta que o estabelecimento de incapacidade constitui um processo dinâmico (Gill *et al.*, 2010; Nikolova *et al.*, 2011) em que os fatores intervenientes e a sua interação contribuem para o desencadeamento, recuperação e/ou agravamento do estado funcional (Taekema *et al.*, 2012).

Quanto ao declínio funcional associado ao envelhecimento, de acordo com o estado geral apresentado pela maioria das pessoas idosas, as alterações que surgem têm subjacente um envelhecimento com doença, muitas vezes mais do que uma doença crónica em simultâneo (Botelho, 2014; Santos *et al.*, 2009). No entanto, sabemos também que perdas abruptas de funcionalidade são devidas a doença e/ou lesão (Fox *et al.*, 2013), e há cada vez mais evidências a sugerir que

parte do que julgávamos ser próprio do envelhecimento está, afinal, fortemente associado a hábitos de vida em que é preponderante a “falta de uso” a diversos níveis: atividade física, mental ou relacional (Botelho, 2014; Rohr & Lang, 2009). A expressão mais visível da perturbação da capacidade funcional manifesta-se habitualmente em idades muito avançadas através de perturbações evidentes da funcionalidade, num estado que se interpreta como de síndrome geriátrico e que se designa por *fragilidade* (Botelho, 2014).

A pertinência da preocupação com a funcionalidade associada ao processo de envelhecimento decorre da prevalência crescente de pessoas que atingem uma idade bastante avançada e reflete o aumento da longevidade que se faz sentir a nível mundial, suscitando duas importantes questões:

- por um lado, a necessidade de *distinguir entre manifestações de envelhecimento e manifestações de doença;*
- por outro, procurar que *o acréscimo da longevidade seja acompanhado por um adiamento de limitações funcionais e de incapacidade.*

A resposta a estas questões é da maior importância, existindo duas correntes de opinião em confronto: uma que sustenta a existência de um número crescente de pessoas idosas cuja velhice será mais saudável e nas quais assistiremos ao adiamento das perturbações funcionais associadas ao envelhecimento (Fries *et al.*, 1989), e outra corrente que anuncia a inevitabilidade de ocorrência de uma vasta série de incapacidades associadas a um envelhecimento cada vez mais prolongado (Manton *et al.*, 1997). Este assunto tem sido alvo de uma vasta revisão de estudos realizados junto de pessoas idosas, merecendo atenção o que a revista *Lancet* publicou (Christensen *et al.*, 2009). Neste artigo de revisão sobre as principais tendências associadas ao envelhecimento populacional, os autores concluem que tem havido ganhos de longevidade sem precedentes, salientando a este propósito os seguintes aspetos:

- a esperança de vida está a aumentar e parece continuar a aumentar,
- os casos em que não há aumento devem-se a estilos de vida inadequados (sobretudo tabagismo),

- a prevalência de doença na população idosa tem aumentado ao longo do tempo, nomeadamente, doença crónica e cancro,

- doenças inicialmente silenciosas são diagnosticadas e tratadas mais cedo, pelo que há maior período de doença mas com melhor capacidade funcional,

- todavia, pouco se sabe da tendência de evolução quanto à função cognitiva e à demência,

- a deterioração afeta principalmente atividades instrumentais,

- a esperança de vida com perceção de boa saúde tem aumentado,

- tem havido uma diminuição da incapacidade grave, mas um aumento da incapacidade ligeira,

- a melhoria futura dos progressos em saúde parece depender de medidas de saúde pública que contrariem: tabagismo, obesidade, falta de atividade física, excesso de ingestão de álcool,

- finalmente, é necessária uma melhoria de condições de vida e prestação de cuidados aos idosos com problemas.

O artigo faz ainda referência às diferenças verificadas em indivíduos:

- abaixo dos 85 anos: há adiamento das limitações e incapacidades, apesar do aumento das doenças crónicas,

- acima dos 85 anos: em alguns também há diminuição da incapacidade, mas há sobretudo aumento da proporção de idosos frágeis e doentes, com enormes custos pessoais e sociais.

E conclui afirmando que:

- nos países desenvolvidos, a maior parte das pessoas provavelmente terá vidas longas atingindo idades muito avançadas,

- a maioria dos indivíduos idosos sofrerá deterioração física, mas sem grande incapacidade,

- o envelhecimento populacional traz grandes desafios para o Estado Providência.

Quando pensamos em competências de funcionalidade pensamos fundamentalmente em duas grandes vertentes: uma de autocuidado e a outra

requerendo capacidades para se residir sozinho, incluindo tarefas de natureza doméstica e outras mais diversas (Fillenbaum, 1986).

As tarefas de autocuidado são geralmente designadas como atividades básicas de vida diária (ABVD) ou de autonomia física. Podemos evocá-las recorrendo à lembrança das atividades que ensinamos as crianças a exercer de modo autossuficiente: lavar-se (o que pressupõe a lavagem integral do corpo); vestir-se e despir-se; mudar de posição (de deitado e de sentado); ir à casa de banho para eliminação de urina e fezes (que pode ser substituída pelo uso autossuficiente de bacio e/ou urinol); alimentar-se (servindo-se e levando a comida à boca); micção e defecação (não pela presença de incontinência mas pela eventual necessidade de apoio para a sua concretização). A locomoção também deverá ser avaliada, estando incluída na escala de Mahoney e Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), uma das escalas mais usadas na avaliação deste tipo de funcionalidade. A escala de Mahoney e Barthel também inclui o “grooming”, original em inglês daquilo que corresponde habitualmente ao cuidado com cabelo, unhas e barba, assim como da aparência global, faceta de cuidados que muitas vezes não é avaliada.

O conjunto de atividades designadas como instrumentais da vida diária (AIVD) é, geralmente, aplicado segundo o modelo proposto por Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969) e inclui tarefas de lides domésticas e outras, em que a integração de condutas requer processamento mental ativo e para as quais os autores assumem ter existido competência prévia. Nestas tarefas instrumentais incluem-se as seguintes: fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, tratar a roupa, usar o telefone, tomar os medicamentos, gerir dinheiro, usar transportes. A classificação em dependente/independente surge discriminada conforme a complexidade das tarefas.

Tomado como referência da Medicina, o livro *Harrison's Principles of Internal Medicine* (Resnick & Dosa, 2005) aborda a funcionalidade das pessoas idosas atribuindo-lhe uma enorme relevância: “É essencial avaliar o grau de incapacidade funcional dos doentes, devida tanto a problemas médicos como psicossociais. A avaliação funcional inclui a determinação da destreza do doente

para o desempenho de atividades básicas de vida diária (ABVD), que são as necessárias para o autocuidado, assim como a capacidade para desempenhar tarefas mais complexas e requeridas para uma vida independente, as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD incluem lavar-se, vestir-se, higiene, alimentar-se, mudar-se de deitado e de sentado, e andar. As AIVD incluem ir às compras, preparar refeições, gerir o seu dinheiro, lida da casa, usar o telefone, deslocar-se fora de casa. Para os doentes frágeis pode ser necessária uma avaliação efetuada no domicílio por um observador experiente, mas para a maioria dos doentes um questionário sobre estas atividades poderá ser respondido por um familiar ou pelo doente. Em ambos os casos, o médico tem de determinar a causa de qualquer incapacidade e se pode ser tratada. A avaliação deve ser completada com a determinação das circunstâncias socioeconómicas e os sistemas de suporte social.”

Atualmente continuam a realizar-se estudos sobre funcionalidade em pessoas mais velhas (Erwin *et al.*, 2013; Ouden *et al.*, 2013), confirmando, respetivamente, a relação do estado funcional com a morbilidade crónica, a força muscular, a idade, o sexo e o nível socioeconómico (relação associada à incapacidade dez anos mais tarde), e a associação entre incidência e progressão de incapacidade funcional e hábitos de atividade física. Neste último caso, estimado o grau de associação entre a atividade física e as atividades básicas de vida diária praticadas, por comparação entre indivíduos com nível baixo *versus* nível médio/elevado de atividade física, estes últimos apresentaram uma redução significativa do risco de incidência de incapacidade (Erwin *et al.*, 2013). Estes resultados foram independentes da idade, características demográficas, estado de saúde, estado funcional e hábitos de vida.

No que diz respeito à funcionalidade dos indivíduos à medida que envelhecem, o estudo de Erwin *et al.* (2013) é o primeiro a revelar de modo inequívoco a importância da atividade física como fator extrínseco capaz de prevenir e/ou travar o processo de perda da capacidade funcional no decurso do envelhecimento.

## 2.2 ASPETOS BIOPSIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO

Quer o conceito de doença, quer o de envelhecimento, são intuitivamente fáceis de apreender, mas apenas nos casos mais evidentes. Se um indivíduo A com 70 anos tem doença de Alzheimer, designamo-lo como doente; um indivíduo B com 70 anos mas que continua a trabalhar, mesmo que tenha o rosto marcado por rugas, designamo-lo por ativo; finalmente, um indivíduo C reformado e com dificuldades em subir escadas, esse acabaremos certamente por designá-lo como envelhecido. Na maioria dos casos, é a presença ou a ausência de sintomas do foro clínico que vai ajudar a distinguir entre envelhecimento e doença (Almeida, 2014).

Numa fase, o envelhecimento traduz um declínio funcional. Henrique Almeida (2014) cita Bernard Strehler, um gerontologista de referência do terceiro quartel do século XX, que afirmava que o envelhecimento dos organismos é intrínseco, universal, progressivo e irreversível:

- *intrínseco* significa que é uma condição inerente ao organismo, isto é, qualquer organismo, independentemente do seu ambiente, irá envelhecer, isto é, declinar funcionalmente;

- *universal* significa que em cada espécie todos os indivíduos envelhecem, embora uns o façam mais depressa e outros mais lentamente;

- *progressivo e irreversível* refere-se ao sentido da perda funcional, que quando ocorre não permite retorno ao estado anterior ou condição inicial.

Como já antes vimos com Botelho (2014), a perda funcional tem como consequência a fragilidade. De acordo com Campbell e Buchner (1997), a fragilidade define-se como a condição em que a diminuição da reserva de vários sistemas do organismo aproxima esses mesmos sistemas de um ponto que origina manifestações clínicas. Ou seja, o indivíduo frágil (envelhecido) não tem doença clínica aberta mas tem condições que lhe conferem risco aumentado dela surgir (Almeida, 2014). A fragilidade estende-se aos vários sistemas do organismo, em simultâneo (o organismo vai envelhecendo como um “todo”, não por “partes”) e pode ser estudada funcionalmente, como também já referimos.

O envelhecimento corresponde, pois, a um estado de fragilidade, havendo determinadas características que o distinguem da doença (Hayflick, 2000). O envelhecimento ocorre em todos os animais que atingem a condição de adulto, após a maturidade reprodutiva; falando-se de envelhecimento, fala-se de um processo biológico peculiar, que não é em si mesmo causa de morte mas que impõe um limite à longevidade por aumentar o risco de instalação da doença, ela sim a causa da morte (Almeida, 2014).

Após os grandes benefícios conseguidos a nível da saúde nas últimas décadas do século XX, confrontamo-nos agora com os problemas decorrentes do aumento da longevidade. Há um número cada vez mais elevado de indivíduos envelhecidos, uns com capacidades funcionais reduzidas e muitos já afetados por doenças que, contrariamente a outras fases da vida, não são temporárias mas antes permanentes e progressivas. Contudo, o processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014). Não obstante toda esta heterogeneidade, a saúde é para a generalidade das pessoas idosas um aspeto fundamental quando se avalia o respetivo bem-estar (tanto físico como psicológico) e a referência a problemas de saúde é uma constante na autoavaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações (Bowling *et al.*, 2003).

Segundo Fonseca (2014), a introdução do *bem-estar* no domínio da saúde deveu-se à evolução do modo de abordagem das questões relativas à saúde e à doença, deslocando-se de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, de cariz biopsicossocial. A condição de saúde deixou de ser avaliada exclusivamente do ponto de vista da mortalidade e da morbilidade, passando a integrar a variável do bem-estar geral, nomeadamente, em pessoas sofrendo de doenças crónicas. Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento da população e à evidência de que as pessoas vivem mais tempo mas com maior probabilidade de sofrerem de doenças crónicas e progressivamente incapacitantes, ou seja, o bem-estar (medido através de escalas

e inventários mas também autoavaliado pelo próprio) passou a ser uma questão central, em particular no que diz respeito aos idosos.

Sabemos que à medida que se envelhece, a ocorrência de doença provoca cada vez mais *stress* e pode, secundariamente, implicar perda de poder económico, alteração das atividades diárias e das relações sociais e, finalmente, diminuição de bem-estar. Todas estas consequências, embora comuns a qualquer situação de doença, surgem como mais prováveis e agravadas na população idosa. No entanto, também é verdade que a percepção da doença e a autoavaliação que a pessoa faz da sua condição de saúde e do modo como ela influencia o seu bem-estar correspondem a uma avaliação subjetiva. As pessoas tendem a atribuir significado à sua condição pessoal em função de expectativas, representações e valorizações pessoais, o que ajuda a explicar porque é que *a doença* não é encarada por todos da mesma maneira e porque é que uma mesma pessoa, em diferentes fases do seu ciclo de vida, encara a doença de formas tão distintas, que podem ir da raiva à resignação (Fonseca, 2014).

Foi na sequência dos resultados apurados através do “Estudo da Fundação” MacArthur que Rowe e Kahn (1987) propuseram uma definição de *envelhecimento normal* como um estado não patológico, distinguindo duas formas de envelhecer com base na competência funcional dos indivíduos:

- uma forma “habitual”, não patológica mas comportando o risco inerente à condição de fragilidade inerente ao processo de envelhecimento;
- uma forma “bem-sucedida”, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento.

Esta distinção fazia sentido tendo em consideração a elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde no decurso do envelhecimento; de facto, a maioria das pessoas, quando questionadas acerca da distinção entre um melhor ou pior envelhecimento, pensam logo na distinção entre saúde e doença, respetivamente. De resto, a perspetiva salutogénica (Antonovsky, 1987) associa o conceito de envelhecimento bem-sucedido à manutenção da saúde.

Posteriormente, Rowe e Kahn (1998) alargam o modelo conceptual de envelhecimento bem-sucedido, diferenciando agora três domínios de

operacionalização. O envelhecimento bem-sucedido passa a traduzir “a capacidade para manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento ativo com a vida” (p.38). Para os autores, somente a combinação destas três características é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido, registrando-se uma hierarquia entre elas: a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental, e este, por sua vez, facilita (embora por si só não garanta) um envolvimento ativo com a vida. Segundo Rowe e Kahn (1998), a *combinação* destas três componentes - ausência de doença, bom funcionamento cognitivo e físico, envolvimento com a vida - representa o conceito mais completo e apurado de envelhecimento bem-sucedido.

Os efeitos da presença ou ausência de fatores de risco de doença e incapacidade na alteração do bem-estar psicológico podem ser constatados tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às suas atividades de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), mas igualmente à importância que atribui a certas atividades por si valorizadas e que fiquem comprometidas pela doença (como passear ou ler). Daqui resulta que as pessoas, nomeadamente as idosas, avaliam a sua condição de saúde em função das limitações que se produzem não apenas ao nível da realização de atividades básicas, mas também ao nível das atividades que lhes proporcionam bem-estar: quem valoriza ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais; quem valoriza sair de casa e passear sente-se mais penalizado com as limitações motoras.

Isto faz que um envelhecimento *com qualidade* ou *bem-sucedido* seja um conceito profundamente individual, em que a consideração das atividades valorizadas pela própria pessoa é estimada em termos de um determinado *estilo de vida pessoal*, não devendo ser generalizada. “Tentar estabelecer um padrão uniforme de atividades de “nível superior” para os idosos (que não pressupõem a sobrevivência), à semelhança do que se faz para as atividades de vida diária que se avaliam em termos de capacidades de vida autónoma, seria um erro que

impediria a compreensão plena das consequências resultantes de uma dada doença ao nível do bem-estar de uma pessoa concreta” (Paúl & Fonseca, 2001, p.128).

Assim sendo, que fatores permitirão fazer face aos riscos de perda de funcionalidade no decurso do processo de envelhecimento e preservar o bem-estar, possibilitando um envelhecimento bem-sucedido? Parecendo fácil responder a esta questão (ser saudável e autónomo, ter amigos, ser amado...), uma série de acontecimentos mais ou menos inevitáveis fazem com que por vezes seja muito difícil atingir estes objetivos. Na verdade, perdas de variada ordem estão presentes no decurso do envelhecimento – doenças graves, deficiências funcionais, deterioração mental, problemas sociais ou familiares, redução da rede social, diminuição da autonomia, falta de apoio emocional, solidão, morte do cônjuge, familiares ou pares, uma reforma mal administrada... - todos estes fenómenos, sobretudo quando acumulados num curto espaço de tempo, podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade das pessoas à medida que envelhecem e limitar a sua perceção de bem-estar.

Repetindo a questão do parágrafo anterior, como lidar com tais condições? Diversos autores têm apontado *fatores de resiliência* que contribuem para “envelhecer bem”:

- Tournier (1997) fala da importância da abertura à experiência, da necessidade de diversificar as atividades pessoais antes da velhice, de romper a rotina, de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, mas também dar atenção à vida interior e desenvolver a vida espiritual;

- Manciaux (2003) considera que não há receitas mas sim um conjunto de respostas que, no seu conjunto, se afirmam como “recursos de bem-estar” e que ajudam a envelhecer bem – “os caminhos da resiliência são muitos e variados” (p.107). Entre esses caminhos, contam-se a eventual continuação, de outro modo e com outro ritmo, da atividade profissional anterior, a adesão a atividades culturais e artísticas, a realização de viagens, o reforço das ligações familiares e a intensificação da vida relacional. Manciaux sublinha ainda o valor adaptativo da espiritualidade e fé religiosa, a qual, sem atitudes neuróticas, poderá constituir

uma via para manter a esperança em situações de doença (evitando o desânimo e o desligamento psicológico) e perante a realidade da morte;

- Resnick *et al.* (2011) compilaram um conjunto de contributos sobre a ideia de resiliência em pessoas mais velhas, sublinhando no geral que a resiliência na velhice implica um processo de gestão das fontes de *stress* típicas desta fase da vida, utilizando recursos individuais e comunitários para aproveitar as oportunidades disponíveis e recuperar das adversidades. Algumas ideias centrais deste autor incluem, assim, fazer face aos contratempos (ligados à saúde, nomeadamente), lidar com as mudanças nos padrões de vida (após a reforma, sobretudo), evitar situações suscetíveis de causar perturbação e esforçar-se por manter a saúde mental.

Para Fonseca (2006, 2014), uma outra forma de responder à questão atrás enunciada é recorrendo à noção de *plasticidade* e às consequências da plasticidade nos processos adaptativos. Entrando em linha de conta com a noção de “ajustamento”, há já cerca de vinte anos que Lerner (1996) salientava o papel que uma organização comportamental flexível desempenha na adaptação individual, promovendo uma ajustada interação adaptativa pessoa-meio. Neste sentido, quanto maior a plasticidade, mais elevada será a capacidade de adaptação às circunstâncias; uma pessoa “plástica” (aqui tomada como resiliente...) será aquela que adotar um controlo comportamental flexível, o que pode ser avaliado em concreto através das atitudes que a pessoa idosa adota face ao que lhe está a suceder a nível biológico, social, relacional, etc.

Infelizmente, como já anteriormente referimos, um dos principais obstáculos que as pessoas têm de enfrentar à medida que envelhecem tem a sua origem fora delas e chama-se estereótipos. Com efeito, quer se tenha mais ou menos idade e uma melhor ou pior aparência, é difícil escapar aos estereótipos negativos acerca do envelhecimento. Pior, o que muitas pessoas não têm consciência é que, frequentemente, ao invés de questionarem a sua validade, aceitam e assumem esses mesmos estereótipos muitos antes de se tornarem, de facto, “pessoas idosas”.

Algumas investigações mostram que a relevância pessoal dos estereótipos ligados ao envelhecimento pode, inclusivamente, ter impacto sobre a longevidade. Num estudo longitudinal em que se seguiu durante várias décadas um grupo de 660 indivíduos residentes na comunidade com idade igual e superior a 50 anos, Levy *et al.* (2002) avaliaram a atitude face ao envelhecimento e à longevidade, cruzando essa atitude com medidas sociodemográficas (idade, género, raça, escolaridade e estatuto profissional), medidas de saúde (funcionalidade e saúde percebida), e sentimento de solidão. Os resultados mostraram que os indivíduos com uma atitude positiva relativamente ao seu próprio envelhecimento viveram, em média, mais sete anos e meio quando comparados com aqueles que apresentaram atitudes mais negativas. Aliás, a atitude face ao envelhecimento revelou maior influência sobre a longevidade do que qualquer outra das variáveis analisadas (idade, género, escolaridade e estatuto profissional, solidão e funcionalidade), parecendo desempenhar um papel mais importante do que variáveis de cariz físico (pressão arterial, colesterol), consumo de tabaco, peso e prática de exercício físico.

Na interpretação destes resultados, Levy *et al.* (2002) sugerem que a manutenção de atitudes e expectativas positivas face ao envelhecimento é suscetível de gerar um efeito em cascata: reduz o *stress* associado às mudanças inerentes ao avanço da idade, promove a resiliência no decurso do processo de envelhecimento e aumenta a longevidade.

Concluindo, se uma boa saúde física e mental surge como uma condição associada ao bem-estar psicológico, os dados aqui relatados deixam aberta a possibilidade de tal condição não ser suficiente para que os indivíduos de todas as idades – e os idosos em particular (Bowling *et al.*, 2007) – possam experimentar uma *vida boa*, baseando esta apreciação em aspetos de natureza subjetiva relativos à competência na gestão da vida, ao controlo e ao sentido que atribuem a essa mesma vida.

Na verdade, conforme defende Fonseca (2014), trata-se aqui, sobretudo, de criar um significado e uma identidade para a velhice através da manutenção da competência no desempenho das atividades do dia-a-dia, encarando essa mesma

competência como uma medida de saúde e de bem-estar que joga um papel fundamental na satisfação com a vida. À medida que se envelhece, *ser capaz de* é um conceito essencial na criação de significado para a vida e *o que fazemos* está intimamente ligado ao que somos. É indispensável que associado ao envelhecimento se reconheça a necessidade de uma abordagem em que a avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes se faça, essencialmente, em termos das atividades que elas são capazes de realizar e que lhes transmitem um sentido de controlo sobre as suas vidas; “ter saúde” pode ser um facilitador ou uma barreira, mas não um determinante absoluto de bem-estar na velhice, pois variáveis como o estado civil, o local onde se vive, o rendimento disponível ou as relações familiares e sociais jogam um papel fundamental na perceção de bem-estar.

## 3 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO

### 3.1 ENVELHECIMENTO E CICLO DE VIDA

No início deste século a Organização Mundial de Saúde introduziu a *promoção de um envelhecimento ativo* (WHO, 2002) como um dos maiores desafios do nosso tempo; uma década depois, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia determinaram que 2012 fosse celebrado como **Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações**. Estava assim dado o sinal para o reconhecimento da importância que hoje se atribui ao conceito de *envelhecimento ativo*, expresso habitualmente num conjunto de medidas que visam ajudar as pessoas mais velhas a manter uma vida saudável. Em Portugal, o *Manual de Envelhecimento Ativo*, de Ribeiro e Paúl (2011), inspirado na obra espanhola *Vivir com Vitalidad* (Fernández-Ballesteros, 2003), é provavelmente a obra que melhor descreve quais as variáveis mais determinantes para que o envelhecimento possa ser uma experiência verdadeiramente *ativa* de acordo com as necessidades e potencialidades individuais.

Para melhor entendermos o conceito de envelhecimento ativo e as suas implicações, vamos apresentar, em primeiro lugar, um modelo de compreensão do envelhecimento e da velhice baseado na psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, segundo Fonseca (2015), o modelo mais adequado para sustentar uma abordagem científica e integradora da noção de envelhecimento ativo. A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida considera a existência de mudanças desenvolvimentais ao longo de toda a vida, razão pela qual encara a idade adulta e a velhice como fases tão importantes como quaisquer outras em termos desenvolvimentais e rompe com uma “conceção maturacional (organicista) de desenvolvimento, à luz da qual a idade adulta e sobretudo a velhice constituem períodos de declínio” (Fonseca, 2005, p. 77). Deste modo, o desenvolvimento pode ocorrer desde o nascimento à morte, sem períodos privilegiados de maturidade, de forma dinâmica e não estandardizada, marcado em todas as suas fases por progressos (que traduzem ganhos) e declínios (que traduzem perdas).

A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida caracteriza-se igualmente por defender uma visão contextualista do desenvolvimento humano. Isto significa que o desenvolvimento humano é concebido como inseparável dos contextos em que ocorre e da interação recíproca e dinâmica que se estabelece entre a pessoa e esses mesmos contextos. É das interações entre indivíduo e contexto que o desenvolvimento acontece e é a diversidade dessas trocas que explica a diferenciação interindividual, ou seja, a consideração de diferenças entre os indivíduos no que respeita às respetivas trajetórias de desenvolvimento. Finalmente, a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida olha para as mudanças desenvolvimentais na sua multidimensionalidade, abrangendo por consequência diversas dimensões do funcionamento humano, do plano biológico ao cognitivo, do emocional ao interpessoal e comunitário (Fonseca, 2005).

Neste quadro conceptual, o envelhecimento é naturalmente encarado como um processo *biopsicossocial*:

- começando pela componente biológica (Pinto, 2009; Almeida, 2014), encara-se o envelhecimento como um fenómeno objetivo. Em primeiro lugar, as alterações biológicas que lhe estão subjacentes atingem, embora a ritmos diferentes, todos os indivíduos que envelhecem (Pinto, 2009); em segundo lugar, tais alterações são irreversíveis (Holliday, 2006); por último, essas alterações têm um impacto claramente observável na funcionalidade (Botelho, 2014), na imagem física do indivíduo que envelhece (Marques & Lima, 2010) e na respetiva saúde (Almeida, 2014). De uma forma geral, o envelhecimento caracteriza-se pela ocorrência de perdas à medida que a idade avança, tornando os indivíduos mais vulneráveis ao surgimento de diversas patologias. Assim, retardar o envelhecimento biológico não pode ser dissociado da manutenção de um bom funcionamento ao nível celular, dos tecidos e órgãos, para o que contribui a adoção de estilos de vida saudáveis;

- ao nível psicológico, sabemos que determinadas capacidades cognitivas como a atenção e a memória (nomeadamente, memória a curto prazo e memória episódica), mas também a velocidade de processamento e a atividade psicomotora, sofrem um declínio (Bäckman *et al.*, 2000). No entanto, para estes

autores, tal declínio cognitivo não decorre apenas do processo biológico de envelhecimento, havendo outras razões que contribuem para a diminuição da eficácia do funcionamento cognitivo: falta de estimulação cognitiva, comportamentos marcados pelo sedentarismo, doenças como a depressão, falta de motivação, baixas expectativas e autoestima diminuída, solidão e isolamento. Também nos podemos referir à influência que certas variáveis psicológicas exercem na forma como o indivíduo lida com o envelhecimento, como é o caso da autoeficácia, do sentido de controlo e dos estilos de *coping* adotados, determinando o maior ou menor sucesso adaptativo face ao aparecimento de doenças ou a acontecimentos como a reforma ou a viuvez;

- a componente social do envelhecimento remete tanto para a modificação de papéis associada a acontecimentos típicos da velhice (reforma, morte do cônjuge, nascimento de netos) e respetiva adaptação a estas mudanças (Fonseca, 2011), como para a forma como os idosos são vistos na sociedade em que vivem, o que se repercute nos comportamentos da sociedade face aos idosos (Marques & Lima, 2010), nas expectativas dos próprios idosos em relação ao avanço da idade (Heckhausen & Krueger, 1993) e até em muitos dos seus comportamentos (Kim, 2009).

A complementaridade entre estas três dimensões do envelhecimento é indiscutível. Por exemplo, as repercussões do envelhecimento biológico no empobrecimento da condição física e na perceção de uma imagem corporal menos atraente, têm geralmente efeitos psicológicos negativos sobre a autoestima e autoeficácia individuais, suscitando ainda efeitos negativos pelo facto de as pessoas, perante tais sinais visíveis de envelhecimento, ajustarem a representação que possuem do indivíduo idoso e o modo como lidam com ele. Se o ambiente social tratar a pessoa idosa acentuando as suas perdas e desvalorizando as capacidades que ainda persistem, em vez de estimular a manutenção da autonomia e da funcionalidade estará a contribuir para que uma progressiva dependência possa instalar-se mais precocemente.

Os idosos não só não correspondem a um grupo homogéneo, como a diversidade entre eles tende a aumentar com a idade devido ao facto de as suas

trajetórias desenvolvimentais serem distintas ao longo da vida. À medida que envelhecem, os indivíduos continuam a desenhar as suas trajetórias através da definição de objetivos percebidos como importantes para si e das subseqüentes tentativas de os alcançar, sendo precisamente nesta possibilidade de “controlo” da própria vida que assenta a noção de envelhecimento ativo.

A referência a aspetos positivos e negativos associados ao envelhecimento tem por base, segundo Lazarus e Lazarus (2006), um julgamento individual, frequentemente ambivalente. Nos seus estudos sobre a experiência da reforma em Portugal, Fonseca (2011) concluiu, de facto, que o indivíduo reformado tanto valoriza um conjunto de benefícios que comportam bem-estar como se questiona relativamente ao que vai fazer para o resto da sua vida. Como em qualquer outra fase da vida, aspetos negativos e positivos andam sempre a par:

- como aspetos positivos, Lazarus e Lazarus (2006) destacam: i) a *satisfação com a reforma*: havendo projetos que substituam a vida profissional, estar reformado proporciona uma liberdade de ocupação do uso do tempo nunca antes experimentada; ii) a *oportunidade para contactar mais com os netos*: o exercício do papel de avós passa agora a ser possível com maior intensidade; iii) a *capacidade para escolher objetivos*, seleccionando os mais adequados a esta fase da vida e abandonando outros menos relevantes para a sua felicidade; iv) a *sabedoria*, materializada numa disposição mais compreensiva face ao que o rodeia; v) a adoção de *um padrão de comunicação no seio do casal* baseado na capacidade para perceber o que o outro sente e pensa sem que seja preciso verbalizá-lo (quando isto se consegue ajuda a perceber por que a morte do cônjuge é tão dolorosa e origem de um profundo sentimento de solidão);

- como aspetos negativos associados ao envelhecimento, os mesmos autores referem: i) a *consciencialização de que a hora da morte se aproxima*: realidade universal e geralmente fonte de ansiedade; ii) o *fosso geracional* associado às alterações sociais e familiares; iii) a *morte de familiares e amigos*, cada vez mais frequente à medida que se envelhece e suscetível de gerar sentimentos de angústia; iv) a *diminuição da saúde* e o medo da dependência; v) a *falta de*

*oportunidade para manter uma função útil na vida*, levando à perda de sentido para a existência.

Contudo, na velhice, aspetos positivos e negativos são sempre mediados pelo significado emocional atribuído a uma dada condição de vida, o que, em grande parte, é explicado pelos mecanismos de *coping* utilizados pelo indivíduo para fazer face às circunstâncias. Por exemplo, os indivíduos que se consideram satisfeitos com o suporte social recebido (mecanismo de *coping*) apresentam formas mais adaptativas de lidar com situações stressantes (De Longis & Holtzman, 2005), o que pode alterar substancialmente a avaliação de uma dada situação potencialmente negativa

A comunidade científica tem proposto inúmeras definições e tentativas de explicação do maior ou menor sucesso no processo de envelhecimento, tendo surgindo ao longo dos anos o recurso a expressões como «envelhecimento saudável», «envelhecimento produtivo», «envelhecimento ótimo», «envelhecimento positivo», «envelhecimento bem-sucedido» e «envelhecimento ativo». Estas designações refletem constructos e modelos diferenciados, podendo referir-se à população ou ao indivíduo (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2007). A sua utilização sem contextualização teórica leva a que sejam frequentemente utilizados como sinónimos, o que contribui para que por vezes se tornem significantes carentes de significado, criando “ruído” (Bowling & Iliffe, 2006) e perdendo carácter explicativo.

Faremos de seguida, por isso, uma tentativa de explicitar os dois conceitos que se cruzam no âmbito desta tese: *envelhecimento bem-sucedido* e *envelhecimento ativo*.

### **3.2 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO**

Diversos autores tendem a distinguir três formas de envelhecer: envelhecimento patológico; envelhecimento normal; envelhecimento bem-sucedido (García *et al.*, 2010; Silva, 2005). No primeiro caso, trata-se de um processo de envelhecimento marcado por uma doença física ou mental

incapacitante e que frequentemente conduz a um estado de dependência face a outrem. No segundo, fala-se de um envelhecimento sem condições patológicas, caracterizado por uma progressiva diminuição de capacidades. Por último, fazendo uma sùmula das diferentes definições disponíveis, podemos nos referir ao envelhecimento bem-sucedido como um envelhecimento em que se reconhecem boa condição física, bom funcionamento cognitivo, participação social e bem-estar psicológico (Fonseca, 2005; García *et al.*, 2010).

O *envelhecimento bem-sucedido* surge pela primeira vez em 1961 através do norte-americano Robert Havighurst, num artigo publicado na primeira edição da revista *The Gerontologist*. Havighurst discute as teorias do envelhecimento então em voga (“teoria da atividade” *versus* “teoria do desligamento”) e os fatores a ter em conta na avaliação do que significa a palavra “sucesso” quando aplicada ao envelhecimento. O autor defende ser improvável que uma só perspetiva de envelhecimento bem-sucedido seja válida para todas as pessoas: “pessoas com diferentes valores face à vida manterão diferentes definições e perspetivas de envelhecimento bem-sucedido em idades mais avançadas (...) pessoas com um estilo de vida ativo, empreendedor e orientado para o exterior alcançarão maior satisfação se esse estilo de vida se mantiver na velhice ou sofrer apenas uma ligeira diminuição. Outras pessoas, com um estilo de vida passivo, dependente e centrado na sua residência habitual, irão alcançar maior satisfação através de um desligamento progressivo das atividades sociais” (Havighurst, 1961, p. 12). Havighurst propõe escalas para a avaliação do envelhecimento bem-sucedido baseadas na análise da satisfação com a vida presente e com a vida passada, explorando cinco componentes: (i) entusiasmo; (ii) determinação; (iii) ajustamento entre objetivos desejados e atingidos; (iv) autoconceito positivo; (v) estado de ânimo.

Ao longo do tempo, o envelhecimento bem-sucedido foi adquirindo novos significados. Atualmente, as duas definições de envelhecimento bem-sucedido mais comumente aceites são: i) o modelo seleção-otimização-compensação (SOC), desenvolvido por Baltes e Baltes (1990) e fundamentado nos conceitos de plasticidade e adaptação; ii) o modelo de Rowe e Kahn (1997), que sugere critérios

objetivos de envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doença/incapacidade; manutenção de níveis elevados de funcionamento físico e cognitivo; envolvimento na vida social e comunitária. Estes dois modelos derivam dos estudos longitudinais desenvolvidos nos EUA (Rowe e Kahn) e na Europa (Baltes e Baltes).

De acordo com o modelo proposto por Baltes e Baltes (1990), a pessoa pode envelhecer com sucesso apesar do declínio nas capacidades. Quando se verifica a diminuição numa dada capacidade, o indivíduo seleciona objetivos que considera importantes e alcançáveis, direciona para eles as suas energias, adapta-se e otimiza, assim, as capacidades que mantém. As eventuais perdas são compensadas através de recurso a estratégias de ordem cognitiva (por exemplo, o recurso a mnemónicas ou “lembretes”), tecnológica (recorrendo a próteses) ou socio-emocional (reforço da rede social). Para estes autores, a definição de envelhecimento bem-sucedido implica uma abordagem ecológica, ou seja, os indicadores objetivos e subjetivos de “sucesso” devem ser considerados sempre num dado contexto cultural, respeitando as características particulares desse contexto (que determinam em boa medida as variações individuais e culturais quanto aos critérios de sucesso). Porém, a escolha dos critérios de sucesso não se apresenta fácil; muitas vezes, na literatura, tais critérios são apresentados ora como preditores, ora como resultados ou ainda como moderadores (Baltes & Baltes, 1993; Bowling & Iliffe, 2006; Hsu, 2006).

Para Rowe e Kahn, o envelhecimento bem-sucedido é multifatorial e depende da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, observando-se entre eles uma hierarquia: “a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental e este, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida” (Fonseca, 2005, p. 286). Envelhecer com sucesso atinge-se através do esforço individual, dependendo do “estilo de vida” e da adoção de hábitos saudáveis, mais do que da “sorte”. Rowe e Kahn propõem, assim, uma abordagem ao “envelhecimento numa perspetiva global, valorizando os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais” (Fonseca, 2005, p. 281) e, ao enfatizar os aspetos positivos do envelhecimento, “clarificam os fatores de natureza genética, biomédica, comportamental e social responsáveis pela

manutenção – ou mesmo melhoria – do desempenho do indivíduo na parte final da vida” (Fonseca, 2005, p. 282).

Para alguns autores, o modelo de envelhecimento bem-sucedido proposto por Rowe e Kahn é redutor ao sugerir que o sucesso na velhice é sobretudo uma consequência do estilo de vida adotado pelo indivíduo ao longo da sua vida, conferindo-lhe a principal responsabilidade pelo processo de envelhecimento e não levando em conta fatores genéticos e ambientais que ele não controla. Como referem Richardson *et al.* (2011), a pessoa idosa em situação de fragilidade poderia mesmo ser recriminada por não ter conseguido manter-se saudável e ativa, o que acrescentaria uma espécie de culpa à condição já de si precária em que vive. Para além disso, ao fazer depender o “sucesso” da ausência de doenças e da participação ativa na sociedade, ficaria logo à partida negado aos indivíduos portadores de doenças crónicas e/ou limitações físicas a possibilidade de poderem experimentar um envelhecimento bem-sucedido (Duay & Bryan, 2006; Livingston, Cooper, Woods, Milne, & Katona, 2008). Um outro problema seria passar a considerar-se o envelhecimento normal como uma situação de insucesso (Richardson *et al.*, 2011), pelo que os casos de envelhecimento bem-sucedido ficariam confinados a uma parcela muito reduzida da população maior de 65 anos (Motta *et al.*, 2005).

Petrossi (2005) resume as principais críticas apontadas ao modelo de Rowe e Kahn em algumas questões pertinentes:

- discordância com os critérios de elegibilidade: quais os critérios de envelhecimento bem-sucedido que permitem classificar uma pessoa como estando a envelhecer com sucesso;

- qual o impacto de ser catalogado como “envelhecendo com sucesso” (ou não);

- pressupostos subjacentes à teoria sob uma perspetiva biológica: é possível chegar à velhice livre de doenças e sem deterioração física substancial?

- pressupostos subjacentes à teoria sob uma perspetiva espiritual: acreditar na promoção do envelhecimento bem-sucedido dificulta a aceitação da finitude nas últimas etapas da vida?

- preocupação em que a teoria esteja demasiado focalizada no indivíduo, negligenciando influências sociais/estruturais.

Também Lazarus e Lazarus (2006) tiveram oportunidade de se debruçar sobre este assunto. Para Beles, o envelhecimento bem-sucedido depende dos mecanismos de que o indivíduo dispõe para fazer face às perdas, défices e limitações (que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento), das oportunidades para ser seletivo e dos recursos disponíveis (tanto aqueles que são disponibilizados pela sociedade como os recursos do próprio indivíduo). Lazarus e Lazarus (2006) mencionam uma lista de princípios em que definem o que é necessário para atingir um envelhecimento bem-sucedido:

1. *Estar consciente das realidades da sua situação, aceitar essas realidades e procurar encará-las de forma positiva:* ser capaz de lidar com a adversidade fornece um suporte motivacional para fazer face às perdas, o que faz com que o indivíduo encontre uma forma de melhorar a situação em que se encontra quando esta não lhe agrada.
2. *Ser capaz de lidar de forma eficaz com as suas realidades e conseguir compensar as perdas e os défices decorrentes da sua situação.* A capacidade de elaborar e colocar em prática mecanismos de *coping* que permitam alcançar um bom funcionamento global e retirar daí satisfação emocional é fundamental para se atingir um envelhecimento bem-sucedido.
3. *Empenhar-se e esforçar-se de forma intencional na realização de atividades.* A realização de uma atividade (que não tem ser algo de extraordinário...) com um determinado propósito reflete entusiasmo pela vida e mantém o indivíduo focalizado em algo que lhe dá satisfação e confere sentido ao quotidiano.
4. *Selecionar de forma inteligente as suas atividades.* O indivíduo deve dirigir os seus esforços para a concretização daqueles objetivos que considera mais relevantes, otimizando os recursos (pessoais e sociais) que ainda possui.

5. *Manter laços próximos com os outros.* Este princípio reflete a importância da qualidade da rede social. O isolamento social está associado a um elevado número de efeitos negativos, com reflexos na saúde, longevidade e bem-estar. A rede social está associada a um sentido de pertença a um grupo, mas não reflete a qualidade do envolvimento emocional e do relacionamento entre os indivíduos desse grupo, daí a importância da *qualidade* dessa rede.
6. *Esforçar-se por manter uma autoestima positiva, independentemente das perdas e défices que possam ocorrer.* Este princípio contempla noções como autoestima, autoconceito e autoeficácia, sendo difícil pensar-se em envelhecimento bem-sucedido sem contemplar estes aspetos.

Passadas cinco décadas de pesquisa nesta área, ainda se verifica a ausência de quadros conceptuais sólidos relativamente ao envelhecimento bem-sucedido (Depp & Jeste, 2009; Fonseca, 2014; Troutman, Nies, Small, & Bates, 2011). Há quem proponha alargar o âmbito do envelhecimento bem-sucedido a aspetos como a resiliência, a sabedoria e a espiritualidade, enfatizando os traços de personalidade como os mais potentes preditores do bem-estar psicológico na velhice (Lupien e Wan, 2004; Varshney, 2007), enquanto Richardson *et al.* (2011) insistem na importância do contexto sociocultural na definição do que se entende por envelhecimento “com sucesso”.

Outro aspeto que tem ressaltado da literatura mais recente é a inadequação dos modelos à realidade, ou seja, verificam-se discrepâncias entre os critérios preconizados por Rowe e Kahn e a opinião dos próprios idosos. Num estudo conduzido por Richardson *et al.* (2011), um quarto dos idosos com mais de três doenças crónicas consideravam o seu envelhecimento como bem-sucedido, enquanto um terço dos que não apresentavam patologias crónicas não consideravam o seu envelhecimento como bem-sucedido. Os resultados de um estudo comparativo de 28 artigos sobre envelhecimento bem-sucedido (Depp & Jeste, 2009) coincidem com esta ideia, apontando uma média baixa (35.8%) de casos de sucesso segundo os critérios de Rowe e Kahn. Segundo Depp e Jeste

(2009), quando chamados a nomear indicadores de sucesso, os idosos referem com mais frequência o envolvimento social e uma atitude positiva perante a vida do que o bom estado de saúde física. Para aqueles autores, os modelos dominantes de envelhecimento bem-sucedido podem estar a excluir idosos que, todavia, experimentam um envelhecimento bem-sucedido mesmo apresentando algum grau de disfunção ao nível da respetiva saúde.

Aparentemente, segundo Gangbè e Ducharme (2006), as teorias acerca de como se deve envelhecer parecem estar mais focadas na perspetiva dos investigadores do que na perceção que os idosos têm sobre o seu próprio envelhecimento. Esta opinião é partilhada por Bowling e Iliffe (2006), que propõem como solução mais eficaz para avaliação do envelhecimento bem-sucedido atender mais à opinião dos idosos, incluindo aqueles que, à partida, não cabem nos critérios do que habitualmente se considera envelhecimento bem-sucedido (por exemplo, idosos que vivem institucionalizados).

Finalmente, Petrossi (2005) sugere a necessidade de se alargar os estudos sobre envelhecimento bem-sucedido expandindo a faixa etária abrangida pelos estudos à população com mais de 75 anos e alargando o campo de estudo a todos os idosos, quer estejam a experimentar um envelhecimento “malsucedido”, “normal” ou “bem-sucedido” de acordo com os parâmetros do modelo de Rowe e Kahn.

### **3.3 ENVELHECIMENTO ATIVO: CONCETUALIZAÇÃO**

Ajudar as pessoas a manterem-se independentes e ativas, à medida que envelhecem, constitui um desafio a que toda a sociedade, mais do que nunca, deverá estar preparada para dar resposta. Isso mesmo preconizou a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao estabelecer o envelhecimento ativo da população como uma prioridade para o Século XXI (WHO, 2002). Para a OMS, o *envelhecimento ativo*, que se aplica aos indivíduos e aos grupos populacionais, é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam

mais velhas. Este conceito de envelhecimento baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Baseia-se igualmente numa abordagem sustentada nos direitos dos idosos, apelando à sua responsabilidade e participação ativa, por oposição a uma abordagem baseada apenas na identificação das suas necessidades, e em que as pessoas idosas são encaradas como destinatários passivos das estratégias e medidas a implementar.

O envelhecimento ativo encontra a sua raiz quer em conceitos de natureza psicogerontológica quer em conceitos de natureza sociológica e política.

Sob o ponto de vista da psicologia e da gerontologia, a ideia de envelhecimento ativo surge na sequência da definição de envelhecimento bem-sucedido, atrás explorada. Não havendo um caminho único para o atingir, o envelhecimento ativo, mais do que um produto final constitui um processo que requer do indivíduo uma postura que, tal como o nome sugere, seja “ativa” perante o modo como se envelhece, procurando “melhorar o seu funcionamento e desempenho, propiciando o desenvolvimento e bem-estar psicológico” (Silva, 2005, p.147). Como também já vimos, o estilo de vida adotado pelo indivíduo assume uma enorme preponderância na forma como tal processo se desenrola: a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação saudável, a procura de estimulação cognitiva, a realização de atividades que visem a manutenção e o desenvolvimento de competências sociais, a preservação das relações interpessoais, a adesão a iniciativas suscetíveis promover a saúde e a segurança individuais, a prevenção de situações capazes de ameaçar o bem-estar, tudo isto constituem aspetos-chave do que significa envelhecer ativamente e que foram salientados em Portugal na obra coletiva *Manual de Envelhecimento Ativo* (Ribeiro & Paúl, 2011).

É certo que falar em envelhecimento ativo (como também sucede quando se fala em envelhecimento bem-sucedido) poderá parecer um paradoxo, ignorando aparentemente que a balança entre ganhos e perdas, à medida que se envelhece, pende bem mais para o lado das perdas do que para o lado dos ganhos.

Isto é globalmente verdade, mas também não é menos verdade que envelhecer ativamente é hoje uma possibilidade ao alcance da maioria dos indivíduos, quer pelo retardamento da ação dos efeitos negativos do envelhecimento, quer pelo recurso a estratégias que permitem uma adaptação face a essas mesmas perdas. Neste contexto, entende-se por adaptação não uma acomodação passiva às mudanças que decorrem das perdas e dos acontecimentos de vida, mas um ajustamento caracterizado pela otimização dos ganhos que se vão obtendo (também na velhice) e pela compensação dos constrangimentos que acompanham as perdas. É por isso que, por vezes, “a adaptação e aquilo que dela resulta (bem-estar psicológico, autoeficácia, etc.) não dependem do controlo que a pessoa exerce sobre a sua vida e sobre o seu desenvolvimento, mas também da sua capacidade para aceitar o que é inalterável e para se ajustar às circunstâncias que já não terá oportunidade de alterar” (Fonseca, 2011, p.57).

Vamos incidir agora a análise do envelhecimento ativo a partir do discurso sociológico e político. A expressão “envelhecimento ativo” surge pela primeira vez no discurso político durante a cimeira do G7/8 no final do século XX. Assim, em Junho de 1997, o envelhecimento ativo surge pela primeira vez a um nível internacional num *paper* escrito pelo US Department of Health and Human Services (1997) intitulado precisamente “*Active aging: a shift in the paradigm*”, o qual sugeria uma mudança de perspetiva sobre o envelhecimento de modo a contrariar a ideia de envelhecimento como um tempo de dependência e declínio. A reunião do G8 realizada em 1997 em Denver convergiu também neste sentido, defendendo a necessidade de uma mudança na abordagem a este assunto: “*We discussed the idea of ‘active aging’ - the desire and ability of many older people to continue work or other socially productive activities wee into their later years, and agreed that old stereotypes of seniors as dependent should be abandoned. We discussed how our nations can promote active aging of our bolder citizens with due regard to their individual choices and circumstances, including removing disincentives to labor force participation and lowering barriers to flexible and part-time employment that exist in some countries*”.

No início da sua existência, portanto, o envelhecimento ativo é uma proposta com origem nos estados e em organizações internacionais, especialmente USA e OCDE, respetivamente. Na verdade, respondendo à Cimeira de Denver, a OCDE (1998) produziu um relatório posterior, definindo envelhecimento ativo como “a capacidade para as pessoas, à medida que envelhecem, manterem vidas produtivas na sociedade e na economia”. E acrescenta: *“Active ageing implies a high degree of flexibility in how individuals and families choose to spend their time over life in work, in learning, in leisure and in caregiving”* (OCDE, 1998, p.14). Nesse mesmo relatório, o envelhecimento ativo é finalmente caracterizado como *“the capacity of people to make flexible choices in the way they spend time over life – in learning, in leisure and in caregiving. Active ageing reforms are those that remove undesirable constraints of lifecourse flexibility and that strengthen support to citizens”* (OCDE, 1998, 125). Este ponto de vista da OCDE assinalava, pois, uma visão holística da participação dos indivíduos na vida em sociedade, com o envelhecimento ativo a comportar duas dimensões: manutenção de uma vida produtiva e liberdade para realizar escolhas pessoais.

Entretanto, preocupada em promover uma abordagem preventiva ao longo do ciclo de vida visando a qualidade de vida mais elevada possível para o maior número de pessoas, em 1999 no âmbito do Ano Internacional das Pessoas Idosas das Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde introduziu um programa sobre envelhecimento ativo com o mote *“Active ageing makes the difference”*, concluído em 2002 com um importante documento onde propunha a seguinte definição compreensiva de envelhecimento ativo: *“Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance. The word ‘active’ refers to continuing participation in social, economic, cultural, spiritual and*

*civic affairs, not just the ability to be physically active or to participate in the labour force” (WHO, 2002, p.12).*

Há aqui uma preocupação com a adoção de um estilo de vida saudável e com as potencialidades de desenvolvimento psicológico associadas a esta fase da vida, realçando o potencial que as pessoas mais velhas continuam a possuir para se desenvolverem e alcançarem objetivos. Mas também compromete a sociedade a confiar nas capacidades, experiência e sabedoria das pessoas mais velhas, não as encarando apenas como necessitando de cuidados ou como um “fardo”, antes sendo capazes de participar ativamente na sociedade. Em resumo, há aqui um misto entre um estilo de vida baseado em escolhas individuais e um compromisso social baseado numa multiplicidade de contribuições sociais que podem ser feitas para que o envelhecimento ativo seja atingido pelo maior número possível de indivíduos.

Mais tarde, em 2006, a ligação entre envelhecimento ativo e trabalho surge através de um documento da OCDE intitulado *“Ageing and employment policies: live longer, work longer”* (OCDE, 2006), onde claramente se defende que se vivemos mais tempo, então deveremos trabalhar mais anos do que antes. De uma visão mais alargada do que é o envelhecimento ativo – mais orientada para o bem-estar e para a saúde – chegamos agora às questões da produtividade. Estas duas ideias acerca do que é o envelhecimento ativo sugerem um conflito potencial entre a visão da pessoa idosa como uma pessoa reformada, gozando de uma boa qualidade de vida *versus* uma pessoa que deve continuar comprometida na economia, mantendo-se produtiva. Este dilema é mais comum na Europa, onde as consequências do envelhecimento demográfico mais se fazem sentir, pois é aí que estão os países mais envelhecidos do mundo (se excluirmos o Japão). Por exemplo, o documento da Comissão Europeia *“Social Agenda”*, de Março de 2011, mostra isto muito claramente, responsabilizando o idoso pelo seu contributo para a sociedade: *“We need to enable people to make their contribution to society, to rely more on themselves and to depend less on others and for this we need to create conditions that allow people to stay active as they grow older. ‘Active ageing’ promises to be such an approach because it seeks to help older people to: remain*

*longer in the labour market; contribute to society as volunteers and carers; remain as autonomous as possible for longer”* (European Commission, 2011, p.14).

Ao longo dos anos 2000 vários autores foram sublinhando que o envelhecimento ativo tornou-se um discurso de justificação de duas tendências: (i) uma com ênfase na produtividade económica através de vidas de trabalho mais longas aumentando a força de trabalho disponível, (ii) outra com ênfase na autonomia do indivíduo, responsabilizando-o pela manutenção do seu bem-estar. É esperado que o indivíduo, vivendo mais, também trabalhe mais e se preocupe com a sociedade onde está inserido. Progressivamente, o envelhecimento ativo foi sendo considerado o paradigma central do envelhecimento e modelando as ideias contemporâneas sobre o envelhecimento, sublinhando as obrigações dos mais idosos, os seus deveres e direitos, uma preferência por práticas “ativas” e “não passivas” na definição de políticas de envelhecimento, baseadas em noções como autonomia, autodeterminação e capacitação (Walker, 2009).

Daqui resulta, sem dúvida, uma nova identidade da pessoa idosa, baseada numa reforma ativa, em que a reforma não é apenas um descanso merecido mas um período da vida que permite a emergência de novas expressões do eu (Fonseca, 2011). A reforma passa a ser mais do que um fenómeno socio-histórico, transformando-se numa oportunidade para a vivência de dimensões de cariz existencial relativas ao crescimento, à realização e ao desenvolvimento pessoal. O indivíduo idoso passa ter poder sobre o seu próprio desenvolvimento, através de modalidades que vão muito para além da simples necessidade económica. Este *empowerment* da pessoa idosa permite-lhe manter-se em ligação com o mundo através de valências por ele seleccionadas e que podem abranger aspetos tão diferenciados como o reforço das relações interpessoais ou a aprendizagem de novas tecnologias.

### **3.4 ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E ATIVO: UM PARADIGMA DE INTERVENÇÃO SOCIAL**

Do que atrás fica dito, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo referem-se ao mesmo conceito, na medida em que o envelhecimento bem-sucedido veio a ser substituído pela Organização Mundial de Saúde pelo envelhecimento ativo (Fonseca, 2014; Fried, Freedman, Endres, & Wasik, 1997; Lupien & Wan, 2004; Phelan & Larson, 2002; Teixeira & Neri, 2008). Atualmente e de uma forma sintética, podemos referir-nos ao envelhecimento ativo como sendo caracterizado por um bom funcionamento físico e cognitivo, participação social, qualidade de vida e bem-estar psicológico, aspetos que diminuem o risco de patologias (Ribeiro & Paúl, 2011). A orientação específica para o envelhecimento ativo é introduzida no início do século XXI, dada a necessidade de uma estratégia global que orientasse as atitudes sociais face ao envelhecimento, mas também a otimização da experiência dos trabalhadores mais velhos (Walker & Maltby, 2012).

O envelhecimento ativo, enquanto paradigma de intervenção para as políticas públicas, é hoje visto como capaz de contrariar ou inverter as tendências nefastas das transformações demográficas, com potencialidades ao nível da política local e global, com objetivos diversos: promover a integração, segurança e saúde dos mais velhos; promover nos idosos a aceitação das realidades inerentes ao envelhecimento encarando-as de forma positiva; torná-los mais capazes de lidar de forma eficaz com as suas realidades conseguindo compensar as perdas e défices decorrentes da sua situação; envolvê-los em atividades sociais e de ocupação; manter laços próximos com os outros e preservar uma autoestima positiva, independentemente das perdas que possam ocorrer.

A promoção do envelhecimento ativo pretende que todas as pessoas possam usar os seus recursos disponíveis para usufruírem de um envelhecimento o mais saudável possível, caracterizado por bem-estar físico, social e psicológico, e por uma participação continuada na sociedade. Um projeto de envelhecimento ativo deve basear-se no reconhecimento dos direitos humanos e princípios de

independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (WHO, 2002). A sua concretização está dependente da interação de uma série alargada de determinantes: (i) a cultura e o género (considerados fatores transversais e necessários na identificação das condições em que decorre a vida dos indivíduos; ii) determinantes relacionados com serviços sociais e de saúde, iii) determinantes relacionados com estilos de vida, iv) determinantes económicos, v) determinantes pessoais.

Na proposta da OMS, o conceito de envelhecimento ativo integra uma perspetiva de ciclo de vida, através de uma orientação que antecipa as situações críticas e procura preveni-las, intervindo no sentido da capacitação dos indivíduos. Esta orientação é também defendida por Guillemard (2008) para responder aos novos riscos a que os indivíduos estão expostos e reconfigurar a proteção social face aos défices com os quais os sistemas são confrontados. Está aqui implícita uma articulação entre as transformações institucionais e as trajetórias individuais, sem a qual parece impossível entender as formas de garantir a proteção social atual.

O modelo de envelhecimento ativo representa o culminar de um longo processo de deliberação e discussão de perspetivas científicas e políticas, oferecendo duas contribuições importantes: i) consideração de todos os fatores que contribuem para o bem-estar, defendendo a ligação entre trabalho, saúde e participação; ii) importância de uma perspetiva de curso de vida na medida em que, para evitar algumas das consequências negativas associadas à fase tardia da vida, é essencial influenciar o comportamento individual nas fases anteriores do curso de vida (Walker & Maltby, 2012).

Existem, assim, boas razões económicas para os governos, as organizações e a sociedade civil implementarem políticas de envelhecimento ativo gerando aumento de participação social e redução de custos com cuidados (Edwards & Tsouros, 2006). Muitos países europeus têm integrado estas estratégias de saúde pública, evidenciando-se exemplos de boas práticas relacionadas com a promoção do envelhecimento saudável na comunidade, estilos de vida saudáveis, prática de atividade física, educação para a saúde, combate à solidão na velhice,

desenvolvimento da participação social, melhoria das competências de preparação para o envelhecimento e acessibilidade ambiental (Healthy Ageing Project, 2007).

Para o desenvolvimento e criação de melhores oportunidades e condições de envelhecimento na Europa contribuíram também as orientações da União Europeia, como já referido, ao designar 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Intergeracional”, uma iniciativa que pretendeu aumentar a consciencialização cívica e política, identificou e divulgou boas práticas e encorajou todos os níveis de governação a promover o envelhecimento ativo, procurando ainda atribuir ao crescente número de idosos um papel ativo na sociedade aos níveis nacional, regional e local (Walker & Maltby, 2012).

## 4 DETERMINANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO

### 4.1 INTRODUÇÃO

Como vimos, o modelo de envelhecimento ativo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) deixa de atribuir apenas atenção às necessidades para se focar também nos direitos das pessoas idosas. Para além disso, numa abordagem holística, o modelo apresentado pela OMS atribui responsabilidades pelo envelhecimento ativo ao indivíduo, à sua família e à comunidade envolvente. Por exemplo, intervindo na condição socioeconómica dos indivíduos é possível adiar o aparecimento da doença e, dessa forma, manter o máximo tempo possível a capacidade funcional e adiar a dependência.

Sendo o envelhecimento ativo um conceito eminentemente positivo, que envolve um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança no sentido de assegurar a qualidade de vida à medida que se envelhece (WHO, 2002), para além do pilar da saúde abre-se assim oportunidade para a emergência de outros pilares fundadores do envelhecimento ativo – a segurança e a participação. Envelhecer ativamente não é apenas envelhecer com saúde, é preciso manter o exercício da cidadania em todo o ciclo de vida incluindo a velhice. Estes três pilares – *saúde, segurança e participação* articulam-se:

- a *saúde* significa aqui, acima de tudo, prevenir, manter baixo o risco de doença (designadamente a crónica), evitar ao máximo o declínio funcional; desta forma elevam-se as possibilidades de autocuidado e de qualidade de vida, o que facilita a adaptação às novas circunstâncias da vida e ao envelhecimento no domicílio;
- a *segurança* compreende as dimensões física, financeira e social, e é garantida quando se providenciam às pessoas condições para a satisfação das suas necessidades e dos seus direitos; a comunidade deve estar atenta à segurança dos indivíduos e, no caso dos mais idosos, conceber programas para lhes facultar apoio, proteção, dignidade e assistência;
- a *participação* é mantida de diversas maneiras, resultando da vontade da pessoa e das suas preferências, mas também das oportunidades concedidas pela

comunidade; a responsabilidade é assim partilhada pelo indivíduo, pelos grupos, pelas comunidades e pelos países.

Para além destes três pilares, o modelo de envelhecimento ativo conjuga ainda um leque de fatores determinantes que são indicadores do modo como as populações envelhecem (WHO, 2002). O modelo identifica os seguintes fatores determinantes: *pessoais, comportamentais, sociais, o ambiente físico, saúde e serviços sociais, económicos*. Há ainda outros dois fatores enformadores que assumem particular relevância: a *cultura* e o *género*.

A *cultura*, conjunto de valores e tradições que a sociedade veicula, determina substancialmente a maneira como se envelhece. É na relação entre as pessoas de todas as idades, nas atitudes face ao envelhecimento e nos hábitos de vida dos indivíduos mais velhos que se verifica o efeito dos valores no processo de envelhecimento. O *género* marca o estatuto dos cidadãos nas sociedades, havendo assim para homens e mulheres, nomeadamente em Portugal, formas muito distintas de envelhecer (Fernandes, 2014).

## **4.2 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS PESSOAIS**

Todas as pessoas detêm um capital biológico e um património genético que são modeladores das suas vidas e que não mudam com a ação de intervenções externas, muito embora estas possam precipitar ou atrasar as manifestações genotípicas. É o património genético que justifica em boa medida a longevidade, mas apenas se a pessoa mantiver um estilo de vida adequado no que respeita a alimentação e mobilidade é que tal predisposição para viver uma vida longa pode efetivamente concretizar-se.

Outro determinante pessoal inclui os fatores psicológicos, evidenciados na capacidade cognitiva e em aspetos como as emoções, a capacidade de controlo, a atenção, a memória, a velocidade de processamento de informação ou as estratégias usadas na resolução de tarefas. Finalmente, a história pessoal, os traços psicológicos (otimismo ou pessimismo) e o estado de saúde do indivíduo influenciam os processos de tomada de decisão e a definição de objetivos futuros.

É verdade que apesar de ativo na concretização do seu envelhecimento, o indivíduo não é o único responsável por tal conquista. O contexto envolvente, não só do ponto de vista físico como também do ponto de vista relacional e social, desempenha um papel importante. Mas há, claramente, um cunho pessoal no modo como a trajetória de vida individual se desenvolve, pelo que se torna pertinente abordar a construção de *eus possíveis* no decorrer do processo de envelhecimento, os quais são uma expressão de autorregulação do *eu idoso* e traduzem representações do *eu* no futuro (Fonseca, 2015). A partir dos diferentes papéis que a pessoa desempenha nas múltiplas dimensões que compõem a sua vida (vida profissional, família, vida social, etc.), existe permanentemente a tendência para desenhar representações do *eu* relativas à situação presente e ao futuro, formando tanto aquilo que se designa por *eus* desejados, isto é, imagens do *eu* que os indivíduos gostariam que se tornassem realidade (“*eu* vou ser um idoso saudável”, por exemplo), como *eus* temidos, ou seja, imagens futuras do *eu* que os indivíduos gostariam que não viessem a concretizar-se (Frazier *et al.*, 2000).

Os *eus possíveis* referem-se a elementos de autoconceito que representam aquilo em que o indivíduo poderá, deseja ou teme tornar-se, derivando de representações do *eu* no passado que incluem representações do *eu* no futuro (Markus & Nurius, 1986). Os mesmos autores referem ainda que o significado destes *eus* pode mudar ao longo do tempo, uma vez que à medida que uns *eus* vão sendo alcançados, novos *eus* vão tomando a sua vez. Markus e Nurius afirmam, ainda, que o indivíduo possui um repertório de *eus possíveis* que pode ser visto como uma manifestação de objetivos duradouros, aspirações, motivos, medos e ameaças, promovendo uma ligação entre o autoconceito e a motivação.

Seguindo uma perspetiva desenvolvimental, Frazier *et al.* (2000) afirmam que os *eus possíveis* são auto direcionados e orientados em termos de objetivos, ilustrando bem a forma como os indivíduos são de fato “ativos” na prossecução do seu próprio desenvolvimento. Esta mesma ideia é corroborada por Fonseca (2005, p.220): “os mecanismos implicados na seleção, construção e desdobramento da identidade em vários *self* instrumentais, podem ser vistos como uma aplicação concreta do modo como os indivíduos adultos e idosos são,

efetivamente, produtores ativos do seu desenvolvimento”. Enquanto componentes motivacionais dirigidos para objetivos, os *eus possíveis* ajudam-nos também a compreender o modo como cada indivíduo concebe e operacionaliza noções tão subjetivas como envelhecimento ativo ou envelhecimento bem-sucedido. Através dos *eus possíveis* ficam bem evidenciadas quer as expectativas do indivíduo em relação ao seu futuro, quer os esforços por ele desenvolvidos para controlar o seu envelhecimento.

No estudo “Do Older Adults Expect to Age Successfully?” (Sarkisian, Hays & Mangione, 2002), os autores avaliaram as expectativas relativamente ao seu próprio envelhecimento junto de 429 idosos norte-americanos não institucionalizados, com uma idade média de 76 anos, no sentido de testar as seguintes hipóteses: baixas expectativas estariam relacionadas com uma idade mais avançada e pior condição de saúde; idosos com baixas expectativas relativas ao seu envelhecimento teriam menos probabilidade de acreditar na importância de procurar serviços de saúde para fazer face a condições associadas à idade. Os resultados mostraram que mais de 50% dos participantes esperava como normativo, à medida que a idade fosse avançando, ficar deprimido, ficar mais dependente, sentir mais dores, ter menos capacidade para fazer sexo, ter menos energia, piorar não só a sua saúde física como também o funcionamento cognitivo. Tais crenças foram mais comuns em idosos de idade mais avançada e que possuíam pior qualidade de vida associada à saúde. Simultaneamente, tal como se previa, indivíduos com expectativas mais baixas em relação ao processo de envelhecimento têm menos probabilidade de acreditar na importância de procurar serviços de saúde para fazer face a condições associadas à idade, como depressão, problemas de memória e incontinência urinária.

Os mesmos autores defendem, igualmente, que ter expectativas mais baixas poderá agir como uma barreira à atividade física. De fato, os resultados provenientes da amostra de idosos utilizada, recrutada a partir de *Centros de Dia*, demonstraram que ter baixas expectativas em relação ao envelhecimento está significativamente correlacionado com níveis muito baixos de exercício físico, mesmo quando controladas variáveis como género, idade, etnia, nível de

escolaridade, qualidade de vida relacionada com a saúde mental e física, com morbilidade, dificuldades na realização de atividades de vida diárias, sintomas depressivos, autoeficácia, e a forma como os indivíduos estão agrupados no *Centro de Dia*.

A investigação de Levy *et al.* (2002) atesta igualmente a importância das expectativas positivas em relação ao envelhecimento. Recorrendo a dados de uma amostra de 660 indivíduos com idades entre os 50 os 94 anos que participaram no “*Ohio Longitudinal Study of Aging and Retirement*” (OLSAR), os resultados obtidos sugerem que idosos com expectativas mais positivas em relação ao seu envelhecimento tendem a viver em média mais 7,5 anos do que aqueles idosos que, pelo contrário, possuem expectativas menos positivas. Estes resultados são ainda mais reveladores quando consideramos que tal vantagem em termos de longevidade se manteve após controladas as variáveis idade, género, nível socioeconómico, solidão e saúde funcional, e que, à exceção da idade, foram as *expectativas* a variável que mais impacto teve na longevidade dos participantes. Este impacto foi, em parte, mediado pela variável “vontade de viver”, um aspeto central quando avaliamos a personalidade dos indivíduos mais velhos.

A personalidade é justamente um dos determinantes pessoais cuja relação com o envelhecimento ativo não tem sido, infelizmente, tão desenvolvida como seria desejável (Fonseca, 2011). A personalidade é uma organização interna e dinâmica responsável pela criação de padrões de comportamento, de pensar e de sentir, própria de uma pessoa (Carver & Scheier, 2000). De uma forma geral, os idosos preservam o seu perfil de personalidade durante décadas e dele resulta, em boa medida, a sua maior ou menor suscetibilidade à doença.

McCrae e Costa (1987) propuseram um modelo constituído por cinco fatores básicos da personalidade: *neuroticismo*, *extroversão*, *abertura*, *amabilidade* e *conscienciosidade*. A extroversão avalia a dinâmica, a atividade da pessoa; a amabilidade avalia o comportamento solidário, cooperativo, cordial; a conscienciosidade avalia responsabilidade, ordem, precisão, perseverança; o neuroticismo revela o grau de controlo das emoções e impulsos e a abertura a disposição para a novidade e para os outros. É o autoconceito que integra e

coordena estes fatores, e explica a capacidade de adaptação às mudanças que podem tornar a pessoa mais frágil quando tem perda de controle. A vivência da saúde e da doença é muito influenciada pela personalidade, nomeadamente, quando existem pontuações altas no fator neuroticismo, situação que corresponde a mais queixas de saúde, pior saúde percebida e a pior receptividade a comportamentos favoráveis à saúde. Já as pessoas extrovertidas mostram o contrário e preocupam-se em adotar comportamentos que favorecem a saúde. A abertura e o neuroticismo ligam-se à afetividade positiva ou negativa, a qual, por sua vez, tem relação com o bem-estar e satisfação de vida.

### **4.3 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS COMPORTAMENTAIS**

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são muito importantes. A rápida transformação dos modos de envelhecer requer o abandono da visão tradicional da pessoa idosa como tendencialmente incapaz e a adoção de estratégias de envelhecimento ativo, que incluem a prevenção de comportamentos indesejáveis para a saúde.

Num modelo holístico, a saúde e a doença são parte de um *continuum* de bem-estar que apresenta num polo o nível de bem-estar ótimo e, no outro, a dependência e a morte prematura. Colocado numa posição de equilíbrio onde não se verificam doenças ou incapacidades evidentes, o indivíduo pode percorrer uma direção orientada para um ou outro polo (Paúl & Fonseca, 2001). É aqui que entra a importância dos fatores comportamentais, pois a Organização Mundial de Saúde reconhece que a emergência de doenças, particularmente de doenças crónicas, pode ser precipitada pelo estilo de vida.

Segundo Paúl e Fonseca (2001), os hábitos de vida, ao criarem condições que promovam ou não a saúde, evitando ou travando a doença, desempenham um papel relevante e repercutem-se, pelo seu efeito cumulativo e pela influência do meio, na velhice. Há uma relação entre as características psicológicas da pessoa

idosas, o estilo de vida e o contexto, que influenciam o *continuum* saúde-doença e tem implicações no estado de ânimo do indivíduo, repercutindo-se no modo como a pessoa realiza as atividades de vida pessoais ou instrumentais.

Apesar de haver fatores não modificáveis que interferem com o referido *continuum* saúde-doença, como a idade, o gênero e a genética, outros há que podem sê-lo, como os que resultam dos comportamentos adotados pelos indivíduos e das condições de vida, uns e outros moduladores da saúde e da capacidade funcional (Heikkinen, 1993). À medida que se envelhece, a velocidade do declínio é determinada pelo estilo de vida, por fatores pessoais e por fatores externos ambientais (Almeida, 2014). Destes fatores pode resultar declínio da atividade funcional prematuramente, pelo que conhecê-los permite lidar com os riscos, evitar a transição para a doença instituída e para a incapacidade.

Se o estilo de vida adotado inclui o consumo de tabaco, a falta de exercício físico regular, padrões de sono e alimentar inadequados, entre outros comportamentos, as pessoas, mesmo ainda não sendo idosas, colocam-se em risco, que se irá manifestar mais tardiamente, quando fatores como o declínio biológico se lhe associarem. Pelo contrário, comportamentos como a prática de exercício físico melhoram resultados a nível do raciocínio, da memória e do tempo de reação (Williamson *et al.*, 2009), em contraponto com um estilo de vida sedentário, associado à perda de vigor físico.

Para Paúl & Fonseca (2001), o evitamento da doença e da incapacidade referem-se não apenas à presença ou ausência de doença, mas igualmente à presença ou ausência de fatores de risco geradores de doença e incapacidade. É por isso que é fundamental promover a saúde e não apenas prevenir a doença, sendo este um dos “segredos” que mais poderá favorecer o envelhecimento ativo e bem-sucedido. Isto significa que a promoção da saúde poderá e deverá começar antes de se atingir a velhice, não obstante lidarmos aqui com um problema acrescido: as iniciativas e os comportamentos adotados durante a vida adulta que promovem efeitos positivos em termos de promoção da saúde (não fumar, ter uma alimentação cuidada, praticar atividade física, etc.) não podem andar unicamente ligados à promessa de que tal vai corresponder a uma velhice melhor.

Se assim for, a pessoa poderá facilmente desinteressar-se da adoção de comportamentos preventivos, pois poderá suceder que a morte ocorra antes da pessoa experimentar os efeitos desses mesmos comportamentos. Daí que tão importante como falar em promoção da saúde seja necessário insistir na influência que determinados estilos de vida provocam sobre o bem-estar psicológico, antes e durante o envelhecimento (Fonseca, 2014).

Em resumo, a conjugação de muitos fatores pode criar uma persistente condição de fragilidade. No entanto, de acordo com Rothermund e Brandtstadter (2003), as dificuldades dos idosos a respeito da saúde e do comportamento, associadas a doenças e perdas irreversíveis, não resultam necessariamente em um grande impacto negativo na qualidade de vida percebida. Esta constatação, aparentemente paradoxal, poderá explicar-se por meio de um processo dual de *coping*, usado pelos idosos para se ajustarem às dificuldades:

- o *coping assimilativo* corresponde a uma tentativa para diminuir as perdas atuais ou antecipadas por meio de ações compensatórias, tentando transformar as situações negativas em situações que se ajustam aos objetivos, diminuindo a discrepância entre o estado atual e o desejado ou ideal;

- o *coping acomodativo* corresponde, por sua vez, à adoção de objetivos e padrões de mais baixo nível ou exigência, permitindo assim manter o sentido de autoeficácia e controle sobre a vida.

Rothermund e Brandtstadter (2003) referem que os esforços compensatórios aumentam até cerca dos 70 anos, observando-se a partir daí um reajuste de expectativas ao desempenho possível (porque tais esforços tornam-se menos eficazes). Passa a imperar, então, o *coping acomodativo*, que permitirá assegurar uma percepção positiva da qualidade de vida. Esta percepção estará também dependente, porém, da existência de recursos externos (equipamentos e serviços) disponíveis para os idosos. Segundo os mesmos autores, com o avanço da idade estes esforços compensatórios mais cedo ou mais tarde chegam ao seu limite. Acima dos 70 anos, o decréscimo nesses esforços compensatórios está associado à diminuição da disponibilidade e da eficiência dos recursos de ação. Para os autores, a resiliência na velhice não pode ser explicada simplesmente em

termos de esforços ativos de compensação. Os processos de *coping assimilativo* e *coping acomodativo* oferecem uma explicação mais compreensiva, considerando o efeito recíproco entre as intervenções ativas e o ajustamento de padrões de realização e metas pessoais.

Também segundo Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), o indivíduo apresenta sempre alguma capacidade de reserva, ou seja, há um potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal, verificando-se a presença de recursos latentes que podem ser ativados. Interpretando os dados recolhidos no “*Berlin Aging Study*”, Smith *et al.* (2002) defendem que as pessoas idosas, mesmo sob condições de incapacidade funcional, mantêm um sentido positivo de bem-estar e, como em qualquer outra idade, conseguem ativar mecanismos compensatórios para lidar com tais perdas. Apesar de as pessoas com incapacidade apresentarem, naturalmente, limitações nas atividades do quotidiano, muitas referem que tal fato não as impede de ter uma boa qualidade de vida. Na verdade, Fitzpatrick (2000) confirmou igualmente que a qualidade de vida não depende simplesmente das condições de saúde; pessoas sofrendo de doenças crónicas conseguem mesmo retirar algum sentido positivo dessa condição, como o aperfeiçoamento de alguns aspetos da personalidade e a melhoria de relações sociais.

#### **4.4 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE SOCIAL**

Na perspetiva da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), os fatores determinantes relativos ao ambiente social incluem aspetos tão vastos como a educação/alfabetização, a rede de apoio social, a violência e maus-tratos contra os idosos. Vamos centrar-nos aqui, de modo particular, na rede de apoio social.

Quando falamos de *rede social* e de *suporte social* estamos a referir-nos, no primeiro caso, à estrutura, à trama da integração social, e, no segundo caso, ao funcionamento, isto é, ao apoio emocional e ao suporte instrumental (Lubben, 2006). A *rede social* e o *suporte social* são importantes recursos, cuja pertinência vai aumentando no decurso do envelhecimento. Schlossberg (1981) identifica

como fundamentais para uma adaptação com êxito ao envelhecimento os sistemas de suporte e de relação interpessoal de cada pessoa, analisados a três níveis: relações íntimas, família e relações de amizade. Paúl (2005) considera que “a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida” (Paúl, 2005, p.37), o que diz bem do papel decisivo das relações sociais para a qualidade de vida individual. Tournier (1997, in Fonseca, 2011) refere a importância de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, como alguns dos fatores que podem contribuir para aumentar a resiliência no processo de envelhecimento. Manciaux (2003, in Fonseca, 2011) afirma que entre os vários caminhos possíveis da resiliência se encontram o reforço das ligações familiares e o aumento da vida relacional e associativa. Existe uma linha conceptual defendida, entre outros, por Eckenrode, que sugere que o apoio social (redes de apoio) atua simultaneamente como variável atenuante e preventiva do *stress*, minorando assim as consequências negativas de acontecimentos de vida stressantes (Fonseca, 2011). Spar & La Rue (2005) defendem que os idosos, apesar de possuírem redes sociais pequenas, são muito ativos no interior dessas redes, mantendo contactos frequentes com os elementos da rede.

Já os fatores de risco de natureza social, apesar de não serem exclusivos dos idosos, podem por vezes ser mais comuns na idade avançada (Gonçalves, 2014). Aspetos quantitativos da rede social, como por exemplo a frequência de contactos sociais e o número de pessoas disponíveis para providenciar suporte quando necessário, estão associados ao desenvolvimento de depressão e suicídio em idosos. De facto, entre as causas mais frequentes de suicídio nos idosos em Portugal destacam-se a institucionalização, a viuvez, doenças psiquiátricas (depressão e alcoolismo) e precisamente o baixo suporte social. Só assim se compreende que o suicídio seja atualmente uma realidade em crescimento nos mais velhos, estimando-se que possa corresponder a  $\frac{1}{4}$  do total de suicídios do país. Inversamente, a participação em práticas religiosas, dado aumentar a oportunidade de interação social, funciona como um fator protetor.

De uma forma geral, o processo de envelhecimento comporta em si mesmo riscos de aumento da vulnerabilidade e doença, agravados em circunstâncias em que o contexto social é pobre e a rede de apoio social é fraca ou inexistente. Os sistemas ou redes de suporte social e de apoio emocional devem ser vistos como recursos que permitem lidar de forma bem-sucedida com os acontecimentos de vida suscetíveis de provocar *stress* e com as perturbações a eles associadas, explicando assim porque é que muitas pessoas, enfrentando acontecimentos de vida potencialmente causadores de muito *stress*, não sofrem consequências adversas ao nível da saúde e do bem-estar psicológico.

A idade avançada, as limitações funcionais, a inexistência de filhos, a perda ou dificuldade de acesso a familiares mais chegados e a amigos, bem como a doença, são fatores de risco para o isolamento. Quando essa rede não funciona adequadamente ou não existe, o isolamento e a depressão podem sobrevir (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). Os problemas de saúde, quando comportam implicações funcionais, restringem as interações com o mundo exterior, concretamente na relação com os amigos e na ocupação em atividades de lazer (Kunzmann, Little & Smith, 2000). Verifica-se haver diferenças na rede de suporte, conforme o género. As mulheres desempenham mais papéis de prestadores de cuidados (Sousa; Figueiredo & Cerqueira, 2006) e, por isso, permanecem mais tempo ligadas a outros. Já os homens criaram uma rede de relações mais acentuada no local de trabalho, pelo que a reforma fá-los perder alguns ou mesmo a totalidade desses contactos (Fonseca, 2011); muitos são então levados a desempenhar papéis de cuidadores dos netos e de apoiantes dos filhos adultos.

A transformação das formas de sociabilidade e o conseqüente isolamento a que muitos indivíduos estão sujeitos tem agravado notoriamente os problemas dos mais velhos, sendo estes os principais afetados pela ausência de um suporte relacional. Todavia, sabe-se que as redes sociais assumem um papel importante enquanto efeito protetor face ao *stress* relacionado com o envelhecimento. Como refere Paúl (2005, p.280), “a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos”.

As relações interpessoais estabelecidas no decurso da vida e durante o envelhecimento poderão ter um papel fundamental no sentido de prevenir os efeitos negativos atrás assinalados. Sabe-se que, ao longo da vida, o indivíduo constrói a sua rede social, sendo que a sua extensão vai depender de fatores sociodemográficos, fatores culturais e fatores da personalidade. Com o avanço da idade, as alterações na rede social surgem na sequência de transformações do campo relacional ou como resposta às necessidades do indivíduo. Vários estudos (Antonucci & Akiyama, 1987; Bowling, 1994; Stoller & Pugliesi, 1988) sobre as mudanças na rede social demonstraram que, com o avançar da idade, ocorre um decréscimo no tamanho da rede, devido à perda de familiares e amigos. O aparecimento de incapacidade torna, por sua vez, necessária a inclusão de familiares mais distantes (suporte social informal) na rede do indivíduo, ou seja, surge a necessidade da ativação de fontes de ajuda em períodos de necessidade.

Em relação à modificação das redes sociais na velhice, Wenger (1987) realizou um estudo com uma amostra com mais de sessenta e cinco anos ao longo de quatro anos, em que verificou que 30% não tiveram alterações, 47% aumentaram e 23% diminuíram (as mulheres solteiras e viúvas tinham maior probabilidade de ter redução no tamanho da rede). Bowling *et al.* (1993) realizaram o mesmo estudo junto de uma amostra com mais de oitenta e cinco anos, ao longo de três anos, e o resultado foi o seguinte: 42% sem alterações, 16% aumentaram, 42% diminuíram. Destes dois estudos conclui-se, essencialmente, que a rede social tem uma redução visível com o avançar da idade. Numa investigação sobre a dinâmica das redes sociais na velhice, Bowling (1994) concluiu que, em relação à extensão da rede, as mulheres a partir dos cinquenta e cinco anos tinham uma rede maior do que os homens; como já referimos, o tipo de relações dos homens é mais relacionada com o trabalho, enquanto as mulheres baseiam-se preferencialmente na família e amigos.

A rede social do idoso pode ser constituída por familiares (cônjuge, família alargada), amigos (amigos, confidentes), vizinhos e redes formais de ajuda (serviços de apoio social, grupos de ajuda mútua, telefone, internet). No que diz respeito ao casamento, está provado que este tem um efeito protetor, estando a

viuvez associada a mais altas taxas de mortalidade em ambos os sexos. A grande importância dos familiares, amigos e confidentes resulta evidente a todos os níveis, enquanto as redes formais dão uma ajuda principalmente de tipo instrumental. A utilização destes serviços é vista, no entanto, como de último recurso. A investigação sugere, assim, que os idosos terão as suas necessidades instrumentais satisfeitas se as redes forem dominadas por familiares, embora expressem maior satisfação com a vida se os amigos predominarem; a quantidade de contactos não significa bem-estar; a relação com um confidente é mais importante do que a quantidade de interações com família e amigos para a satisfação com a vida; já a perceção de mau suporte social poderá levar ao desenvolvimento de sintomas neuróticos.

#### **4.5 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE FÍSICO**

Incluem-se nos fatores do ambiente físico a qualidade do ar e da água, o local de residência e a respetiva habitação (WHO, 2002). Evitar as quedas, por exemplo – algo que é muito importante para a qualidade de vida no decurso do envelhecimento – passa pelo controlo do ambiente físico, pois as vulnerabilidades bio fisiológicas, associadas às más condições do ambiente, são responsáveis por fraturas e outros traumatismos que desencadeiam dependência. Em suma, as barreiras do ambiente potenciam a insegurança e inibem a participação.

O ambiente, considerado por Fernández-Ballesteros (2000) como um complexo de estimulação socio-física, constitui um dos fatores a considerar quando se pretende avaliar o processo de envelhecimento de um indivíduo. Afinal, a forma como se envelhece depende também do lugar em que se vive e da estimulação física e social aí recebida. A política relativa aos idosos deve basear-se num conhecimento aprofundado das suas realidades e até mesmo índices objetivos como a rede social têm um “valor” diferencial se nos estivermos a focar num idoso residente em Lisboa, num monte alentejano ou numa aldeia do interior. E a solidão, terá a mesma expressão? E a capacidade de vida autónoma: será igual num 5º andar sem elevador ou numa velha casa térrea? Seguramente

que não, pelo que a resposta a estas e inúmeras outras questões tem sempre uma validade ecológica (Paúl, 1997) que importa sublinhar e que nos obriga a observar criteriosamente as diferentes “realidades físicas” disponíveis para a compreensão das pessoas, nos seus contextos e subjetividades.

Em Portugal, é particularmente importante diferenciar a influência que o ambiente rural *versus* urbano exerce na qualidade de vida dos idosos. Olhemos de forma especial para o envelhecimento em meio rural. O termo *idoso rural* é habitualmente usado por referência a pessoas que residem em zonas não urbanas, em pequenas povoações ou pequenas comunidades, nas quais a maioria dos seus habitantes vive ou viveu da agricultura (Paúl, 2005). Krouts e Coward (1998) referem-se aos “mitos” existentes relativamente ao envelhecimento no meio rural: (i) pequenas comunidades bucólicas, onde os idosos podem contar com anos de felicidade e contentamento com poucas preocupações ou cuidados; (ii) forte apoio de redes familiares, que estão sempre disponíveis para lhes prestar os cuidados apropriados quando precisam; (iii) elevados níveis de saúde e satisfação; (iv) vivem em comunidades solidárias, que se preocupam especialmente com as necessidades dos idosos; (v) embora não sejam ricos, conseguem suprir as suas necessidades de forma confortável porque os custos de vida são mais baixos; (vi) são muito semelhantes entre si.

Porém, como referem Fonseca *et al.* (2007), baseados em estudos realizados em comunidades rurais da Beira Interior de Portugal, estas crenças são muito distantes da realidade. Na verdade, as populações rurais debatem-se com inúmeras necessidades não preenchidas, como a ausência de serviços sociais e de saúde, de transportes, apresentam dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços e equipamentos afastados da sua zona residencial, e a migração do mundo rural para zonas urbanas despovoou as comunidades e afastou potenciais cuidadores familiares. Isto faz com que haja, frequentemente, uma dupla ou tripla sobrecarga da condição de idoso, ou seja, vive-se em zonas fracamente povoadas e com poucos recursos, a que se associam ainda por vezes problemas de saúde, de baixos rendimentos e de solidão.

De facto, em Portugal, estas comunidades enfrentam fortes desvantagens, sobretudo nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços. A esta situação associa-se outra que também faz parte dos mitos sobre o viver nas comunidades rurais, já referida acima, respeitante ao maior apoio familiar aos idosos. O fenómeno de migração do mundo rural para as zonas urbanas, comum à generalidade dos países e com a especificidade própria de Portugal, ajuda a tornar a vida dos idosos rurais francamente menos idílica do que à partida poderíamos supor. É globalmente neste tipo de contextos que os idosos permanecem, ora entregues a si próprios, aos seus cônjuges e companheiros de uma vida, ora institucionalizados. A figura dos cuidadores informais não tem expressão, porque não está presente a geração dos filhos e o cuidado entre pares é mútuo dentro do casal, refletindo a divisão de tarefas praticada ao longo da vida. O suporte dos vizinhos é sobretudo instrumental e também ele existente na sequência de uma troca habitual que se estendeu ao longo dos anos de convivência e proximidade. O cuidado formal, principalmente a entrada para o lar de idosos, só é encarado geralmente como último recurso.

Sabemos que cada pessoa envelhece de forma diferente, o que vai fazer com que os resultados em termos de autonomia e satisfação de vida sejam distintos. Assim, “a compreensão da diversidade no sucesso de envelhecimento, baseada na perspetiva ecológica é fundamental para a elaboração de políticas optimizadoras da qualidade de vida dos idosos” (Paúl, 2005, p.248).

#### **4.6 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM OS SISTEMAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL**

Quando abordamos os determinantes relacionados com os sistemas de saúde e serviço social, encontramos uma dimensão que merece uma análise específica. Estamos a falar da saúde, física ou mental. Muitas das representações sobre o envelhecimento e a velhice são o resultado da avaliação que os idosos, e todos os agentes envolvidos nos sistemas de saúde e serviço social, fazem do estado de saúde, a principal preocupação dos idosos pois o estado de ânimo, a

competência e o nível de atividade estão sob a influência do estado real de saúde e da avaliação que os idosos fazem do seu estado de saúde (Flick *et al.*, 2003). Definir saúde, no âmbito do envelhecimento, é por isso uma tarefa complexa, pois é mais do que simplesmente «ausência de doença». A ênfase que deve ser colocada em aspetos como a autonomia ou a autodeterminação mostra que a distinção entre saúde e doença não é apenas uma questão de sintomas e de diagnóstico de doenças. Tal distinção está fortemente ligada ao modo e em que medida a pessoa idosa pode continuar a viver a sua vida no respetivo ambiente familiar ou se tem de o fazer num contexto institucional, por exemplo (Fonseca, 2014).

É verdade que, devido ao contributo das ciências, as pessoas vivem mais anos e de forma amplamente saudável, mas é igualmente verdade que, pelo facto de a maioria chegar à 4ª idade (a partir dos 80 anos), tenham uma grande probabilidade de desenvolver doenças graves, como as designadas «doenças do século XXI» (Alzheimer, Parkinson e demências), cujos efeitos são muito diversos consoante a idade em que surgem e as pessoas que as sofrem. É de facto cada vez mais este grupo dos mais velhos aquele que concentra as nossas preocupações, nomeadamente, as relativas à prestação de cuidados diferenciados (Paúl, 2014). Mesmo num processo de envelhecimento “normal”, com os esperados declínios associados à idade, a probabilidade de ser necessário algum nível de cuidados é progressivamente mais elevada. Para Paúl (2014), desde os anos 1980 que está colocada a questão de saber o que se espera em termos de saúde e da funcionalidade das pessoas idosas, tendo em consideração o aumento da esperança de vida; ou seja, se a crescente população de pessoas muito velhas será caracterizada por uma compressão da morbilidade (com as doenças e a incapacidade adiadas para idades mais tardias), ou se, pelo contrário, as pessoas vivem mais tempo mas com maior sobrecarga de doença e incapacidade, o que corresponderia a uma expansão da morbilidade.

Christensen *et al.* (2009) sublinham que a tendência atual na saúde aponta para idosos mais saudáveis do que há duas décadas atrás, com melhorias na maioria das dimensões da saúde. A maior parte das trajetórias individuais de

saúde mostra estabilidade, o que significa que o declínio de saúde não é a regra. Assim, tudo indica que as pessoas estão a viver mais mas sem incapacidade severa, devido essencialmente a: i) diagnósticos precoces; ii) melhores tratamentos; iii) menos incapacidade geral. Todavia, a quantidade de pessoas idosas a necessitarem de cuidados de saúde e sociais é muito elevada.

Recentemente, a iniciativa da Comissão Europeia “*European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging*” (EIPAHA) estabeleceu como meta para 2020 o aumento em dois anos da esperança de vida saudável, o que pressupõe, nomeadamente, a prevenção da fragilidade, das quedas e da doença crónica, bem como a promoção de ambientes amigos das pessoas idosas e o recurso generalizado à tecnologia. Este tipo de iniciativas, que aposta na prevenção, corresponde a um investimento no envelhecimento saudável e ativo de modo a que a prestação de cuidados se restrinja a uma franja minoritária da população idosa (que tenha doença, baixa funcionalidade e uma idade muito avançada), libertando recursos e melhorando a qualidade de vida das pessoas no seu conjunto.

Dados os elevados custos dos serviços privados, um dos objetivos da política europeia no âmbito dos cuidados para as pessoas mais velhas é garantir a acessibilidade de todos os idosos a sistemas de proteção social em toda a Europa. Num artigo crítico sobre as atuais políticas relativas aos serviços para as pessoas idosas no Reino Unido, nomeadamente Centros de Dia, Paúl (2014) refere Needham (2013) quando este chama a atenção para o facto de a personalização dos serviços não atender à heterogeneidade do envelhecimento e tratar de igual forma pessoas com características e necessidades muito diferentes.

Em Portugal, havia em 2011 (INE, 2012) 2.010.064 pessoas com 65 ou mais anos, correspondendo a 19% da população Portuguesa. Se pensarmos que aproximadamente 30% daqueles dois milhões de pessoas necessita de apoio nas atividades de vida diária, para além de cuidados de saúde e outros, verificamos que há mais de meio milhão de portugueses nessas circunstâncias, sendo que uma fatia considerável necessita de cuidados diferenciados. Falar de prestação de cuidados a pessoas idosas implica considerar as suas necessidades em saúde, no

sentido amplo de bem-estar físico, psicológico e social. Esta perspetiva faz ainda mais sentido em populações mais velhas, em que a interação entre as diversas áreas da vida é muito grande.

De acordo com Tesch-Römer (2007), Portugal é visto como um país baseado na família, ou seja, caracterizado por uma oferta mediana de cuidados informais e uma baixa oferta de cuidados formais. O grosso dos cuidados formais às pessoas idosas está a cargo de Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), mas que são financiadas sobretudo pelo Estado. Este autor refere como indicadores de baixa qualidade de cuidados a existência de uma maioria de quartos duplos nos lares, a ausência de escolha e autodeterminação, e o facto de o acesso à informação e aconselhamento não estarem garantidos. A falta de pessoal qualificado foi outra das questões colocadas por este olhar externo sobre a prestação de cuidados a pessoas idosas portuguesas.

A este respeito, para Paúl (2014), quando se pensa em prestação de cuidados uma questão-chave é garantir a qualificação dos profissionais, quer do ponto de vista técnico, quer motivacional. O baixo estatuto conferido habitualmente a estes serviços prejudica os esforços de qualificação. Boas práticas de integração do apoio formal com o informal são também de incentivar e desenvolver. A continuidade ou a coordenação entre serviços, nomeadamente entre os hospitais, a reabilitação, os cuidados continuados e os cuidados domiciliários é um dos aspetos chave da prestação de cuidados. Todas as medidas orientadas para o reforço da componente social e do bem-estar psicológico parecem ter um efeito positivo nos resultados em saúde, reduzindo as hospitalizações e aumentando, indiretamente, a eficácia e a eficiência dos sistemas de saúde e de serviço social.

#### **4.7 FATORES DETERMINANTES DE NATUREZA ECONÓMICA**

É possível prever o impacto do envelhecimento na vida de cada indivíduo de acordo com o seu estatuto socioeconómico, o qual é, em larga medida, resultante da profissão anteriormente desenvolvida. Assim, quando as profissões

anteriormente desempenhadas permitiram aos indivíduos desenvolver carreiras e obter rendimentos económicos mais avultados, é mais frequente o processo de envelhecimento decorrer sem grandes constrangimentos e preocupações, salvaguardando que os rendimentos económicos disponíveis sejam percebidos como suficientes para a gestão da vida quotidiana.

Entre os diversos focos de *stress* na velhice capazes de gerarem mudanças substanciais no estilo de vida dos indivíduos e de interferirem com o seu bem-estar geral, Glover (1998) sinaliza precisamente os problemas económicos, os quais podem gerar um sentimento de insegurança que acabará por afetar todas as outras dimensões da vida, incluindo o padrão de vida idealizado: se é verdade que muitos indivíduos idosos perspetivam a sua velhice baseados num “padrão de vida” idealizado ao longo de muitos anos (viajar, ir viver para o campo, etc.), esses planos são frequentemente alterados ou mesmo abandonados devido à escassez de recursos de natureza económica, criando dificuldades suplementares de adaptação.

Aliás, os estudos sugerem, sem surpresa, que existe uma ligação entre educação, estatuto socioeconómico, redes sociais e estratégias de *coping*. De acordo como Holahan & Moos (1987), os indivíduos com maior escolaridade revelam-se mais capazes para usar estratégias de *coping* focalizadas na resolução dos problemas (e não tanto no seu evitamento), lidando por isso com maior eficácia com as questões inerentes aos acontecimentos de vida. Também aos indivíduos com estatuto socioeconómico mais elevado está associado o uso de formas adaptativas de *coping* baseadas em escolhas flexíveis, apresentando menor inclinação para adotarem soluções rígidas e estandardizadas. Moos e Schaefer (1986), por sua vez, constataram que indivíduos com uma rede social de apoio mais desenvolvida e com mais recursos sociais usam estratégias de *coping* mais ricas.

Também Fouquereau *et al.* (2005) realizaram um estudo comparativo de satisfação e bem-estar na reforma em seis países europeus (Portugal, França, Bélgica, Espanha, Inglaterra e Finlândia), tendo os reformados portugueses apresentado o nível mais baixo de satisfação; os ingleses e os franceses, pelo

contrário, apresentavam os resultados mais elevados relativos à satisfação com a vida e ao bem-estar psicológico. De acordo com o observado neste estudo, os principais determinantes de satisfação e bem-estar na reforma ligavam-se sobretudo à saúde e aos recursos (económicos e materiais, incluindo a residência), mas a atitude social predominante face aos reformados (quanto mais positiva, maior a satisfação) também “pesava” como fator determinante.

Para Paúl (1992), determinados traços tidos tantas vezes como inerentes ao processo de envelhecimento, como a ansiedade ou o sentimento de solidão, não estão, de modo algum, indissociavelmente ligados à velhice ou a acontecimentos que com ela se relacionam (como a reforma ou a doença), mas antes à falta de objetivos. Baseando-se em dados recolhidos junto de uma população idosa urbana, a autora conclui: “Sem objetivos de vida para realizar e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina o mais das vezes penosa e solitária, [os idosos] ou se sentiam acompanhados por algum Deus ou se sentiam irremediavelmente sós a cumprir um destino inexorável” (Paúl, 1992, p.78). No entanto, “nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o permitia, os idosos, mesmo vivendo sós, mantinham-se satisfeitos com a vida” (p.78). Ter e aprofundar objetivos é, efetivamente, um dos principais alicerces não apenas para alcançar satisfação e bem-estar, mas para a construção global de um envelhecimento ativo e bem-sucedido. Pinquart e Sorensen (2000) partem de uma visão desenvolvimental para conceber o desenvolvimento humano como uma procura de objetivos, nos quais se incluem a autonomia (enquanto sinónimo de competência) e o estabelecimento de relações significativas com outras pessoas. A competência, o estatuto socioeconómico e a integração social surgem como três variáveis que podem funcionar como mediadores da satisfação e do bem-estar, sucedendo na velhice um risco acrescido de ocorrência de perdas em qualquer uma dessas variáveis – por exemplo, devido à reforma (diminuição de dinheiro e de contactos sociais) e a problemas de saúde (diminuição de autonomia) –, com reflexos negativos sobre a satisfação de vida e o bem-estar psicológico.

## **PARTE II - OBJETIVOS DO ESTUDO E METODOLOGIA**

## 5 OBJETIVOS

O processo de envelhecimento, pela sua natureza multidisciplinar, coloca complexos desafios à sociedade. Um dos mais importantes é o de conseguir assegurar que as pessoas se mantêm independentes e ativas à medida que envelhecem, de modo a poderem intervir no processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Associar a longevidade a uma vida ativa e saudável, constitui um importante objetivo, o qual é influenciado por vários domínios como a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, as redes de apoio social, as condições económicas.

Estes fatores, associados à análise de alguns indicadores caracterizadores da população do distrito de Castelo Branco, determinaram a definição dos objetivos para este estudo.

De acordo com os censos de 2011, a proporção de idosos no distrito de Castelo Branco era de 27%, enquanto em Portugal era de 19%; o Índice de Dependência de Idosos (IDI)<sup>1</sup> era de 44,3%, muito superior ao verificado em Portugal: 28,8%, enquanto o Índice de Envelhecimento<sup>2</sup> era bastante superior no distrito, com 230,4%, enquanto Portugal apresentava 127,7%.

Estes valores, associados à taxa de fecundidade<sup>3</sup>, que é de 1,23 filhos por mulher, valor inferior aos 2,1 necessários para assegurar a substituição das gerações, perspetivam a continuação do envelhecimento da população portuguesa em geral e, de forma mais acentuada, na região onde foi efetuado o estudo.

---

<sup>1</sup> Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

<sup>2</sup> Relação entre a população idosa e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos

<sup>3</sup> Definida como o número total de nados-vivos por cada mil mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos)

Considerando todos estes fatores, foram definidos os seguintes objetivos:

- a) caracterizar a funcionalidade das pessoas idosas;
- b) relacionar a funcionalidade com os seguintes determinantes do envelhecimento ativo:
  - i. relacionados com aspetos pessoais
  - ii. relacionados com aspetos comportamentais;
  - iii. relacionados com o ambiente social;
  - iv. relacionados com o ambiente físico;
  - v. relacionados com os sistemas de saúde e serviço social;
  - vi. de natureza económica
- c) identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população, criando um modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco.

## 6 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, analítico e transversal, que tem por objetivo descrever as características da população ou de um fenómeno.

Procura-se, através deste tipo de estudo, analisar a frequência de ocorrência do fenómeno de envelhecimento, descrever e analisar as suas características na amostra estudada, os seus padrões de distribuição, assim como as relações com outros acontecimentos, para assim se poder explicar o contexto do fenómeno.

Pretende-se efetuar a caracterização da funcionalidade nos elementos da amostra e ainda analisar associações com a distribuição geográfica, urbana, rural ou outra, assim como com as características individuais dos elementos estudados, e com os determinantes o envelhecimento ativo, preconizados pela Organização Mundial de Saúde

O estudo é transversal porque a descrição e avaliação do fenómeno tem lugar num determinado momento do tempo. É como se se apresentasse uma fotografia ou corte instantâneo numa população por meio de uma amostragem, examinando-se, nos elementos da amostra, a presença das características em estudo.

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 POPULAÇÃO

Em 2011, a população residente em Portugal era constituída por 14,9% de jovens, 66,0% de pessoas em idade ativa e 19,1% de idosos (INE, 2012).

Para além de Portugal ser o 4º país da UE 28 com maior proporção de idosos, é também em Portugal, e no distrito onde se realizou o presente estudo, distrito de Castelo Branco, que se localizam algumas das regiões mais envelhecidas da União Europeia.

De acordo com as estatísticas do Eurostat (2014), a região do Pinhal Interior Sul, que integra os concelhos de Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei, é a mais velha da UE, com 34,2% da população com mais de 65 anos. Mas também a região da Beira Interior Sul, que congrega os concelhos de Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão, está entre as mais envelhecidas, com 27,9% de idosos.

Nos censos de 2011 foram contabilizados 54520 habitantes com 65 ou mais anos, no distrito de Castelo Branco. Na Tabela 1 é apresentada a distribuição por concelho, grupo etário e género.

A população do estudo englobou indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na comunidade, nos vários concelhos do distrito de Castelo Branco, com capacidade de comunicação escrita ou verbal e que deram o seu consentimento informado para participar no estudo.

Foram excluídos todos os indivíduos que não cumpriam estes critérios na totalidade.

**Tabela 1** - Distribuição da população com 65 e mais anos do distrito de Castelo Branco, por concelho e de acordo com o grupo etário e o género (INE, 2012)

Grupo Etário		65-74		75-84		≥ 85		TOTAL
Género		M	F	M	F	M	F	
Concelho								
Belmonte	N	391	437	307	433	94	176	1838
	%	0,72	0,80	0,56	0,79	0,17	0,32	3,37
Castelo Branco	N	2912	3448	2168	3075	570	1183	13356
	%	5,34	6,32	3,98	5,64	1,05	2,17	24,50
Covilhã	N	2705	3350	1797	2725	526	1146	12249
	%	4,96	6,14	3,30	5,00	0,96	2,10	22,47
Idanha-a-Nova	N	725	984	774	1002	276	408	4169
	%	1,33	1,80	1,42	1,84	0,51	0,75	7,65
Fundão	N	1735	2089	1290	1812	398	769	8093
	%	3,18	3,83	2,37	3,32	0,73	1,41	14,84
Oleiros	N	442	557	390	566	103	205	2263
	%	0,81	1,02	0,72	1,04	0,19	0,38	4,15
Penamacor	N	435	560	461	622	158	245	2481
	%	0,80	1,03	0,85	1,14	0,29	0,45	4,55
Proença-a-Nova	N	493	633	451	713	182	290	2762
	%	0,90	1,16	0,83	1,31	0,33	0,53	5,07
Sertã	N	896	1143	698	1033	219	412	4401
	%	1,64	2,10	1,28	1,89	0,40	0,76	8,07
Vila de Rei	N	215	265	207	352	109	225	1373
	%	0,39	0,49	0,38	0,65	0,20	0,41	2,52
Vila Velha de Ródão	N	273	319	278	393	90	182	1535
	%	0,50	0,59	0,51	0,72	0,17	0,33	2,81
TOTAL	N	11222	13785	8821	12726	2725	5241	54520
	%	20,58	25,28	16,18	23,34	5,0	9,62	100,00

## **7.2 AMOSTRA**

### **7.2.1 Caracterização geral**

A amostra em estudo foi constituída por um total de 306 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, selecionados de forma não probabilística, por conveniência e em rede (Polit & Hungler, 1999).

Para avaliar os indivíduos da amostra foi utilizado um conjunto de indicadores que, de acordo com a OMS (2002), contribuem para diferentes perfis de envelhecer, isto é, para um envelhecimento mais ou menos ativo.

Foram considerados os seguintes parâmetros: grupo etário, género, estado civil, descendência, anos de escolaridade, local de residência, composição e número de elementos do agregado familiar, tipo de alojamento, rendimento mensal e meios de subsistência e o exercício de voluntariado.

A maior parte dos inquiridos é casado ou vive em união de facto (58,7%), tem uma filha (50,6%) ou um filho (45,5%), tem netos (89,7%), possui menos de 9 anos de escolaridade (87,9%) e vive na aldeia (67,0%) com o cônjuge (58,0%).

O agregado familiar é composto, na maior parte dos casos, pelo casal de idosos (53,8%) e por duas pessoas (60,9%).

A maioria vive numa moradia independente (81,3%), em habitação própria (89%), aufera um rendimento mensal igual ou inferior a 485€ (48%), vive de uma pensão ou reforma por velhice (82,8%) e não realiza qualquer tipo de trabalho voluntário (95,7%).

A Tabela 2 contém a distribuição relativa às variáveis sociodemográficas mais relevantes na amostra em estudo.

**Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra**

<b>Grupo etário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
65-74	156	51,0
75-84	127	41,5
>=85	23	7,5
<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	195	63,7
Masculino	111	36,3
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casado/União de facto	176	58,7
Viúvo	106	35,3
Outro	18	6,0
<b>Número de Filhas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0	26	10,7
1	124	50,6
2	64	26,1
3	19	7,8
4	6	2,4
5	4	1,6
7	2	0,8
<b>Número de Filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0	32	13,7
1	106	45,5
2	64	27,5
3	24	10,3
4	5	2,1
5	2	0,9
<b>Netos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	270	89,7
Não	31	10,3
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<9 anos escolaridade	262	87,9
≥ 9 anos de escolaridade	36	12,1
<b>Residência Permanente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cidade	101	33,0
Aldeia	205	67,0
<b>Com quem vive</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cônjuge	174	58,0
Sozinho(a)	88	29,3
Filho(s)	29	9,7
Outra situação	9	3,0

<b>Agregado Familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Idoso só	88	29,2
Casal de idosos	162	53,8
Casal com um idoso	5	1,7
Idoso a viver com outras pessoas	43	14,3
Outro tipo de agregado com idosos	3	1,0
<b>Nº de pessoas do agregado familiar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1	92	30,8
2	182	60,9
3	15	5,0
4	7	2,3
5	2	0,7
10	1	0,3
<b>Tipo de alojamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Moradia independente (casa)	244	81,3
Apartamento ou andar	56	18,7
<b>Habitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Própria	267	89,0
Arrendada	33	11,0
<b>Rendimento Mensal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Inferior ou igual ao SMN (RM≤485 €)	110	48,0
Entre o SMN e 2 SMN (485€<RM≤970€)	71	31,0
Entre 2 a 3 SMN (970€≤RM≤1455 €)	34	14,8
Superior a 3 SMN (RM>1455 €)	14	6,2
<b>Meio de Vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Rendimento do trabalho	7	2,4
Rendimento de propriedade / empresa	4	1,4
Pensão /Reforma por velhice	245	82,8
Reforma por invalidez	22	7,4
Pensão de sobrevivência	9	3,0
A cargo da família	6	2,0
Outra situação	3	1,0
<b>Trabalho voluntário</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	287	95,7
Sim	13	4,3

### 7.2.2 Género e grupo etário

Do total, 156 indivíduos (51,0%) pertencem ao grupo etário dos 65 aos 74 anos, 127 indivíduos (41,5%) pertencem ao grupo etário dos 75 aos 84 anos e 23 indivíduos (7,5%) pertencem ao grupo etário com 85 ou mais anos. Em relação ao género, 195 (63,7%) são do género feminino e 111 (36,3%) do género masculino (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição do género por grupo etário

Género	Grupo Etário							
	65-74		75-84		≥85		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	90	46,1	85	43,6	20	10,3	195	100,0
Masculino	66	59,5	42	37,8	3	2,7	111	100,0
<b>Total</b>	156	51,0	127	41,5	23	7,5	306	100,0

O teste do qui-quadrado evidenciou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis género e grupo etário ( $p=0,015$ ). Em particular, observa-se que as mulheres são tendencialmente mais velhas.

### 7.2.3 Género e estado civil

Os elementos da amostra são maioritariamente casados/em união de facto (58,7%), enquanto os viúvos representam 35,3%. Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o género e o estado civil ( $p<0,001$ ), com a existência de mais mulheres viúvas do que homens e de mais homens casados do que mulheres (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição do género por estado civil

Género	Estado civil							
	Casado/união de facto		Viúvo(a)		Outro		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	90	46,6	91	47,2	12	6,2	193	100,0
Masculino	86	80,4	15	14,0	6	5,6	107	100,0
<b>Total</b>	176	58,7	106	35,3	18	6,0	300	100,0

## 7.2.4 Gênero, grupo etário e escolaridade

Constatou-se a existência de uma elevada percentagem de indivíduos com menos de 9 anos de escolaridade (87,9%), tendo sido verificada uma associação estatisticamente significativa entre o género, grupo etário e escolaridade ( $p=0,049$ ). Observam-se níveis de escolaridade mais elevados nos indivíduos do género masculino pertencentes ao grupo etário mais baixo (83,3%), (Tabela 5). De salientar ainda que dos indivíduos pertencentes ao grupo etário de 85 ou mais anos, apenas um (0,04%) possui mais de 9 anos de escolaridade.

**Tabela 5** - Distribuição do nível de escolaridade por género e grupo etário

Gênero	Escolaridade	Grupo Etário							
		65-74		75-84		≥85		Total	
		N	%	n	%	n	%	N	%
Feminino	< 9 anos	77	45,0	75	43,9	19	11,1	171	100,0
	≥ 9 anos	10	55,6	7	38,9	1	5,5	18	100,0
Masculino	< 9 anos	49	53,8	39	42,9	3	3,3	91	100,0
	≥ 9 anos	15	83,3	3	16,7	0	0	18	100,0
<b>Total</b>		151	50,7	124	41,6	23	7,7	298	100,0

## 7.2.5 Escolaridade e local de residência

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre escolaridade e local de residência ( $p=0,001$ ), constatando-se um maior nível de escolaridade nos indivíduos que residem em cidades, com 58,3% a terem 9 ou mais anos de escolaridade, enquanto os indivíduos residentes nas aldeias têm maioritariamente (70,2%) menos de 9 anos de escolaridade (Tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição do nível de escolaridade por local de residência

Escolaridade	Residência permanente					
	Cidade		Aldeia		Total	
	N	%	n	%	N	%
< 9 anos	78	29,8	184	70,2	262	100,0
≥ 9 anos	21	58,3	15	41,7	36	100,0
<b>Total</b>	99	33,2	199	66,8	298	100,0

## **7.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO**

A operacionalização do estudo compreendeu a coordenação dos procedimentos de recolha de informação, através de reuniões preparatórias com os inquiridores. Após terem sido selecionados pelo autor do estudo, os inquiridores, enfermeiros e estudantes finalistas do curso de licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco receberam formação sobre o estudo, por parte do Prof. Doutor António Fonseca, coorientador desta tese de doutoramento. Foi feita a explicação sobre os objetivos do estudo, a composição do instrumento de colheita de dados, transmitidos os critérios de seleção dos elementos a inquirir, assim como a calendarização prevista. Foram ainda prestados esclarecimentos sobre o cumprimento de todos os procedimentos operacionais necessários, nomeadamente sobre os procedimentos éticos.

Os potenciais participantes, após se confirmar que cumpriam os critérios de inclusão, foram informados sobre os objetivos do estudo, do tipo de instrumento de recolha de dados a aplicar, do período aproximado de duração, da garantia de confidencialidade, e transmitida a informação de que poderiam interromper a sua participação a qualquer momento. Após os esclarecimentos das dúvidas, o participante assinava o consentimento informado, e era agendada com o inquiridor a data e a hora para responder ao inquérito, tendo a recolha de informação ocorrido entre 16 de abril e 30 de novembro de 2012.

### **7.3.1 Instrumento de recolha de dados**

A recolha de dados foi efetuada com base num questionário, constituído por algumas das escalas constantes no protocolo utilizado no Projeto “DIA: Da Incapacidade à Atividade: o desafio do envelhecimento” (Paúl, Ribeiro & Teixeira, 2012) (Anexo I). De acordo com Ghiglione *et al.* (1995) este método é o que melhor permite controlar a situação, tendo ainda a vantagem de poder ser aplicado a pessoas com diferentes níveis de escolaridade.

### 7.3.1.1 Atividades da Vida Diária

A aplicação da Escala das Atividades de Vida Diária, adaptada das escalas de Katz *et al.* (1963) e de Lawton & Brody (1969), é utilizada frequentemente para avaliação da funcionalidade.

São consideradas duas tipologias de atividades de vida diária: as atividades básicas da vida diária (ABVD), também designadas de pessoais, e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD incluem as tarefas pessoais como a higiene pessoal, a alimentação e a mobilidade entre outras, enquanto as AIVD se referem às tarefas de adaptação ao meio ambiente, incluindo as tarefas domésticas.

No presente estudo a funcionalidade foi avaliada através de uma escala de Escala das Atividades da Vida Diária, de tipo Likert com 4 posições: i) não sente nenhuma dificuldade; ii) sente alguma dificuldade; iii) sente muita dificuldade; iv) totalmente dependente. A pontuação faz-se entre 0 e 3, correspondendo ao valor mais elevado (3) o maior grau de dependência.

**Tabela 7** - Escala das Atividades da Vida Diária

Atividades da vida diária		Não sente dificuldade	Sente alguma dificuldade	Sente muita dificuldade	Totalmente dependente	Que tipo de apoio tem / Quem dá apoio?
Atividades Pessoais da Vida Diária	Higiene Pessoal					
	Vestir-se					
	Ir à casa de banho					
	Controlar esfíncteres					
	Comer					
	Deslocar-se					
	Apanhar objetos do chão					
	Deitar-se e levantar-se da cama					
	Subir e descer escadas					
Atividades instrumentais da Vida Diária	Efetuar os trabalhos domésticos					
	Preparar refeições					
	Tomar conta dos medicamentos					
	Fazer a gestão do dinheiro					
	Utilizar o telefone					
	Ir às compras					
	Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica					
	Utilizar os meios de transporte					
Sair de casa e andar na rua						

### **7.3.1.2 General Health Questionnaire**

Utilizado para avaliar os determinantes relacionados com os aspetos pessoais, constitui um importante indicador de perturbação psicológica, sendo utilizada frequentemente para *despistar* situações de depressão.

A versão original, desenvolvida por Goldber em 1972, é constituída por 60 itens. No entanto, a ampla utilização da escala conduziu à construção de versões mais reduzidas, de modo a facilitar a sua rápida aplicação. Pela sua brevidade e simplicidade, a GHQ-12 é a mais utilizada das quatro versões conhecidas (60, 30, 28 e 12 itens) (Gouveia, Barbosa, Andrade & Carneiro, 2010; Jackson, 2007), sendo a recomendada para estudos com pessoas idosas (Bowling, 1991).

Para além da sua fácil aplicação, os itens avaliados são igualmente distribuídos como positivos ("*Tem-se sentido capaz de tomar decisões?*") e como negativos ("*Tem pensado em si próprio(a) como alguém sem utilidade?*") (Stewart TJ, Frye AW, 2004).

As respostas baseiam-se numa escala tipo Likert de quatro pontos, de 0 a 3 (em que a opção 0 traduz a situação mais favorável e a opção 3 a situação mais desfavorável). Pontuações mais elevadas traduzem um maior grau de sofrimento psicológico.

### **7.3.1.3 Saúde e Estilos de Vida**

Para avaliar os determinantes bio-comportamentais foi utilizado (com adaptações) o questionário "Saúde e Estilos de Vida" (Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença (1999), que permite conhecer a auto avaliação do sujeito sobre a sua saúde, sobre a capacidade física e sobre a vida independente. É solicitada uma autoavaliação e uma comparação com os indivíduos da mesma idade e sexo, no momento de aplicação do inquérito e também há um ano atrás.

A autoavaliação de Saúde é efetuada com base em três itens medidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (em que 1 significa "muito boa/muito melhor" e 4 muito fraca/muito pior"), quatro itens medidos em escala dicotómica "sim" e "não", e uma questão de resposta aberta.

A autoavaliação da Capacidade Física é efetuada com base em 2 itens medidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos (em que 1 significa “muito boa/muito melhor” e 4 “muito fraca/muito pior”).

A autoavaliação da Vida Independente foi efetuada através do desempenho dos indivíduos nas Atividades da Vida Diária, através da respetiva escala, constituída por 18 itens medidos numa escala de tipo Likert de 4 pontos (em que 1 significa “não sente dificuldade” e 4 totalmente dependente”). O resultado obtido nesta dimensão foi utilizado para caracterizar a funcionalidade dos indivíduos da amostra, primeiro objetivo do estudo, sendo por isso analisada separadamente.

#### **7.3.1.4 Escala de Rede de Apoio Social**

Para avaliar os determinantes sociais foi utilizada a Escala de Rede de Apoio Social (*ERAS* - Lubben, 1988), também denominada como Lubben Social Network Scale (*LSNS*). Considerada como a que melhor avalia a integração social e a rede social dos idosos residentes na comunidade, tem sido amplamente utilizada em estudos internacionais (Fernández-Ballesteros, Zamarro, Rundinger *et al.*, 2004) e nacionais (Paúl & Ribeiro, 2008). É constituída por 10 itens, que avaliam o apoio percebido e recebido de familiares, amigos e vizinhos. As respostas baseiam-se numa escala tipo Likert de seis pontos (de 0 a 5). Nas subescalas “Rede familiar” e “Rede de amigos” a pontuação “0” corresponde à situação mais desfavorável enquanto na subescala “Relações de Confiança” a pontuação “0” corresponde à situação mais favorável. Na subescala “Ajuda aos outros” há apenas duas posições cotadas com 0 e 5. Consoante a resposta o indivíduo é direcionado para uma das duas últimas questões, pontuadas de 0 a 4 e de 0 a 3, respetivamente. O score total da escala é 48, pelo que se considera que pontuações baixas significam redes sociais limitadas e maior isolamento social.

### **7.3.1.5 Subescala de Ambiente Físico-WHOQOL-Breve**

Para avaliar os determinantes do ambiente físico foi utilizada a subescala do Ambiente Físico - *WHOQOL Breve* (WHO, 1996, Versão de Serra & Canavarro, 2006; 2010). Constituída por oito questões relacionadas com a segurança física e proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, a participação e oportunidades de recreação/lazer e o ambiente físico propriamente dito: poluição/ruído/trânsito/clima, e transporte (Fleck *et al.*, 2000). É uma escala tipo Likert com cinco posições, em que à pontuação mais elevada corresponde maior qualidade.

### **7.3.1.6 Inventário de Satisfação com a Vida (Fonseca, Silva, Teixeira & Paúl, 2010)**

A promoção da saúde e a prevenção da doença, assim como o processo de envelhecimento, são influenciadas por um vasto conjunto de fatores, quer endógenos quer exógenos. A existência de uma adequada rede de serviços e de recursos, as questões de saúde e de segurança, assim como os aspetos relacionados com a residência e sociabilidade, são dimensões que contribuem de forma determinante para a concretização daqueles objetivos. Procedeu-se à avaliação do nível de satisfação dos indivíduos, em relação a essas dimensões, através da aplicação do Inventário de Satisfação com a Vida - ISV (Fonseca, Silva, Teixeira & Paúl, 2010). Consistem em escalas tipo Likert, com 7 posições, em que à pontuação mais elevada corresponde menor satisfação. O item não aplicável é pontuado com zero.

## **7.4 TRATAMENTO DOS DADOS**

Os dados foram tratados através de análise estatística, efetuada mediante a utilização do software estatístico SPSS, versão 22.0. Nas análises efetuadas considerou-se um nível de significância de 5%.

#### **7.4.1 Aplicado ao Objetivo 1 - Caracterizar a funcionalidade das pessoas idosas**

De acordo com as respostas ao inquérito, a funcionalidade, avaliada através de uma escala de Atividades da Vida Diária, foi submetida a análise fatorial. Após rotação Varimax obtiveram-se 3 componentes - mobilidade, autonomia instrumental e autonomia física.

Com base nas componentes obtidas construíram-se variáveis a partir dos itens que formavam cada dimensão, tendo-se efetuado a análise descritiva básica das mesmas. Foram utilizadas medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio-padrão) e ainda valores máximos e mínimos.

Foram efetuadas várias análises comparativas entre as variáveis em estudo. Considerando as diferentes dimensões das amostras em estudo, recorreu-se à estatística não paramétrica para a comparação da tendência central (teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis).

#### **7.4.2 Aplicado ao Objetivo 2 - Relacionar a funcionalidade com determinantes do envelhecimento ativo**

Foi efetuada a análise descritiva básica das variáveis caracterizadoras dos vários domínios em estudo. Para as variáveis qualitativas foram elaboradas tabelas de frequências. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (desvio-padrão) e ainda valores máximos e mínimos.

Foram efetuadas várias análises comparativas entre as variáveis em estudo. Para o cruzamento de variáveis qualitativas recorreu-se ao teste do qui-quadrado. Nos casos em que as variáveis em análise eram de natureza quantitativa e considerando as diferentes dimensões das amostras em estudo, recorreu-se à estatística não paramétrica para a comparação da tendência central (teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal-Wallis).

Para o estudo da existência de associação entre variáveis quantitativas, nomeadamente associações entre escalas ou subescalas, recorreu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

#### **7.4.3 Aplicado ao Objetivo 3 - identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população do distrito de Castelo Branco**

As variáveis em estudo foram submetidas a uma Análise Fatorial. Às dimensões obtidas ajustou-se um modelo explicativo do Envelhecimento Ativo, recorrendo-se a uma abordagem PLS (Partial Least Squares), mediante a utilização do Smart PLS 3.0.

## **PARTE III - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

## 8 CARATERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

A funcionalidade revela a capacidade do indivíduo para viver com independência, isto é, para ser autossuficiente no desempenho das tarefas relacionadas com o autocuidado, com as tarefas da vida do lar e com a mobilidade, habitualmente designadas “atividades da vida diária”.

O termo “*funcional*” surge na literatura associado ao grau de independência do indivíduo e reflete a sua capacidade para cuidar de si próprio, isto é, traduz a sua autonomia funcional.

Também designada capacidade funcional, a funcionalidade tem tendência a declinar gradualmente com o avanço da idade (Botelho, 2004; Fillenbaum, 1996) dando lugar à perda de autonomia e ao aparecimento da dependência que, gradualmente, vai limitando a qualidade de vida dos idosos.

Inicialmente, a perda de autonomia afeta as atividades mais complexas, como por exemplo fazer viagens, mas ao progredir afeta também as atividades ligadas ao autocuidado, onde estão incluídas tarefas como comer, lavar-se e efetuar pequenas deslocações.

Os parâmetros a estudar na avaliação da funcionalidade dos idosos são considerados os melhores preditores da capacidade de estes viverem de modo independente.

A Tabela 8 contém a estatística descritiva básica para os itens relativos às Atividades de Vida Diária (AVD), utilizados no presente estudo para avaliar a funcionalidade.

**Tabela 8** - Estatística Descritiva Básica relativa às Atividades da Vida Diária

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
1. Higiene pessoal (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.)	305	0	3	,22	,590
2. Vestir-se (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores)	305	0	3	,20	,504
3. Ir à casa de banho (utilizar a sanita)	306	0	3	,09	,369
4. Controlar esfíncteres (urina e fezes)	306	0	3	,08	,325
5. Comer (cortar os alimentos, usar molhos ou condimentos, etc.)	303	0	3	,07	,291
6. Deslocar-se (sem apoio de muletas, andador, cadeira de rodas)	305	0	3	,35	,681
7. Apanhar objetos no chão	305	0	3	,50	,753
8. Deitar-se e levantar-se da cama	302	0	3	,34	,620
9. Subir e descer escadas	303	0	3	,50	,713
10. Efetuar os trabalhos domésticos	303	0	3	,48	,727
11. Preparar refeições	304	0	3	,34	,674
12. Tomar conta dos medicamentos	305	0	3	,21	,615
13. Fazer a gestão do dinheiro	305	0	3	,22	,618
14. Utilizar o telefone	305	0	3	,21	,625
15. Ir às compras	306	0	3	,37	,746
16. Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica	305	0	3	,41	,773
17. Utilizar os meios de transporte	301	0	3	,41	,776
18. Sair de casa e andar na rua	306	0	3	,25	,577

Após a análise global, submeteram-se os 18 itens relativos às atividades de vida diária a uma Análise Fatorial Exploratória. Obteve-se um valor de 0,907 para o KMO e um valor de  $p < 0,001$  associado ao Teste de Bartlett, indicando que o modelo de análise aplicado se adequa à amostra em estudo. Para a extração dos eixos recorreu-se à Análise em Componentes Principais e para a determinação do número de eixos a reter, utilizou-se o scree plot de Cattell. As três componentes retidas explicam 65,9% da variância total. Após rotação Varimax obteve-se a distribuição dos itens pelos fatores que se apresenta na Tabela 9. De modo a facilitar a interpretação removeram-se as cargas fatoriais inferiores a 0,3.

**Tabela 9** - Matriz Fatorial obtida após a Rotação Varimax para as Atividades da Vida Diária

	Componente		
	1	2	3
1. Higiene pessoal (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.)	,583		,517
2. Vestir-se (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores)	,570		,566
3. Ir à casa de banho (utilizar a sanita)	,357		,752
4. Controlar esfíncteres (urina e fezes)			,818
5. Comer (cortar os alimentos, usar molhos ou condimentos, etc.)			,782
6. Deslocar-se (sem apoio de muletas, andador, cadeira de rodas)	,792		,313
7. Apanhar objetos no chão	,813		
8. Deitar-se e levantar-se da cama	,865		
9. Subir e descer escadas	,859		
10. Efetuar os trabalhos domésticos	,739		
11. Preparar refeições	,600	,419	
12. Tomar conta dos medicamentos	,448	,523	
13. Fazer a gestão do dinheiro		,785	
14. Utilizar o telefone		,708	
15. Ir às compras	,565	,604	
16. Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica		,755	
17. Utilizar os meios de transporte	,512	,462	
18. Sair de casa e andar na rua	,723	,343	

Constata-se que a componente 1 agrupa os itens relativos a Mobilidade, a componente 2 concentra os itens que se relacionam com Autonomia Instrumental e a componente 3 os que dizem respeito a Autonomia Física. Apesar de os itens 1 e 2 apresentarem uma saturação ligeiramente mais elevada na componente 1 (Mobilidade), por uma questão de coerência com os fundamentos teóricos anteriormente apresentados, considerou-se mais adequada a sua inclusão na Componente 3 (Autonomia Física).

Como medida de consistência interna utilizou-se o Alpha de Cronbach (Tabela 10), obtendo-se níveis satisfatórios que oscilam entre 0,842 (Autonomia Instrumental) e 0,928 (Escala Completa).

**Tabela 10** - Alpha de Cronbach para a totalidade dos itens em análise e respectivas subescalas

Escala	n (itens)	Alpha de Cronbach
Funcionalidade (Escala Completa)	18	0,928
Mobilidade	8	0,917
Autonomia Instrumental	5	0,842
Autonomia Física	5	0,873

Antes de passarmos à observação das componentes, com base nos scores totais obtidos em cada uma delas, será efetuada uma análise das atividades de vida diária que integram cada componente identificada.

## 8.1 MOBILIDADE

Ao analisarmos a componente “Mobilidade” (Tabela 11) verifica-se que, apesar da maioria dos elementos da amostra ser independente, é nesta componente que se encontram as atividades em que menos indivíduos referiram não sentir dificuldades. São elas “subir e descer escadas” (61,1%), “efetuar trabalhos domésticos” (64,0%) e “apanhar objetos do chão” (64,3%).

A atividade onde mais indivíduos referem não sentir dificuldade é “sair de casa e andar na rua” (81%) A atividade em que a maior parte dos indivíduos sente alguma dificuldade é “subir e descer escadas” (28,7%).

Os indivíduos que sentem muita dificuldade referem maioritariamente “apanhar objetos do chão” (10,8%), logo seguido de “subir e descer escadas” (8,9%).

Os indivíduos que referem ser totalmente dependentes variam entre 4,0% na atividade “utilizar os meios de transporte” e 0,3% na atividade “deitar-se e levantar-se na cama”.

**Tabela 11** - Valores referentes aos itens da mobilidade

		n	%	Média	Desvio Padrão
Deslocar-se (sem apoio de muletas, andarilho, cadeira de rodas)	Não sente dificuldade	229	75,1	0,35	0,681
	Sente alguma dificuldade	52	17,0		
	Sente muita dificuldade	18	5,9		
	Totalmente dependente	6	2,0		
Apanhar objetos no chão	Não sente dificuldade	196	64,3	0,50	0,75
	Sente alguma dificuldade	71	23,3		
	Sente muita dificuldade	33	10,8		
	Totalmente dependente	5	1,6		
Deitar-se e levantar-se na cama	Não sente dificuldade	223	73,8	0,34	0,62
	Sente alguma dificuldade	57	18,9		
	Sente muita dificuldade	21	7,0		
	Totalmente dependente	1	0,3		
Subir e descer escadas	Não sente dificuldade	185	61,1	0,50	0,71
	Sente alguma dificuldade	87	28,7		
	Sente muita dificuldade	27	8,9		
	Totalmente dependente	4	1,3		
Efetuar os trabalhos domésticos	Não sente dificuldade	194	64,0	0,48	0,72
	Sente alguma dificuldade	81	26,7		
	Sente muita dificuldade	21	6,9		
	Totalmente dependente	7	2,3		
Preparar refeições	Não sente dificuldade	231	76,0	0,34	0,67
	Sente alguma dificuldade	50	16,4		
	Sente muita dificuldade	17	5,6		
	Totalmente dependente	6	2,0		
Utilizar os meios de transporte	Não sente dificuldade	221	73,4	0,41	0,77
	Sente alguma dificuldade	50	16,6		
	Sente muita dificuldade	18	6,0		
	Totalmente dependente	12	4,0		
Sair de casa e andar na rua	Não sente dificuldade	248	81,0	0,25	0,57
	Sente alguma dificuldade	42	13,7		
	Sente muita dificuldade	13	4,2		
	Totalmente dependente	3	1,0		

## 8.2 AUTONOMIA INSTRUMENTAL

Da observação das atividades que integram a componente de Autonomia Instrumental (Tabela 12), verifica-se que a maioria dos indivíduos é independente em todas as atividades, com as percentagens a variarem entre 87,2% na atividade

“utilizar o telefone” e 72,5% na atividade “tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica”.

Os indivíduos que sentem alguma dificuldade referem maioritariamente (18,4%) a atividade “tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica”.

De entre os indivíduos que referem sentir muita dificuldade, a maior parte (5,2%) aponta a atividade “ir às compras”.

**Tabela 12** - Valores referentes aos itens da autonomia instrumental

		n	%	Média	Desvio Padrão
Tomar conta dos medicamentos	Não sente dificuldade	265	86,9	0,21	0,61
	Sente alguma dificuldade	22	7,2		
	Sente muita dificuldade	11	3,6		
	Totalmente dependente	7	2,3		
Fazer a gestão do dinheiro	Não sente dificuldade	262	85,9	0,22	0,61
	Sente alguma dificuldade	27	8,9		
	Sente muita dificuldade	8	2,6		
	Totalmente dependente	8	2,6		
Utilizar o telefone	Não sente dificuldade	266	87,2	0,21	0,62
	Sente alguma dificuldade	23	7,5		
	Sente muita dificuldade	7	2,3		
	Totalmente dependente	9	3,0		
Ir às compras	Não sente dificuldade	230	75,2	0,37	0,74
	Sente alguma dificuldade	49	16,0		
	Sente muita dificuldade	16	5,2		
	Totalmente dependente	11	3,6		
Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica	Não sente dificuldade	221	72,5	0,41	0,77
	Sente alguma dificuldade	56	18,4		
	Sente muita dificuldade	15	4,9		
	Totalmente dependente	13	4,3		

### 8.3 AUTONOMIA FÍSICA

Verifica-se que a maioria dos indivíduos é independente em todas as atividades que integram a componente de Autonomia Física (Tabela 13), com as percentagens a variarem entre 93,7% na atividade “comer” e 83,3% na atividade “vestir-se”.

Dos indivíduos que referem sentir alguma dificuldade, 14,1% apontam a atividade “vestir-se” e 5,6% o “controle de esfínteres”.

De entre os que sentem muita dificuldade, 3,0% referem a “higiene pessoal” e 0,7% o “controle de esfínteres” e “ir à casa de banho”. Referem ser totalmente dependentes, 2,0% na “higiene pessoal” e 0,3% nas atividades “comer” e “controle de esfínteres”, respetivamente.

**Tabela 13** - Valores referentes aos itens da autonomia física

		n	%	Média	Desvio Padrão
Higiene pessoal	Não sente dificuldade	260	85,2	0,22	0,59
	Sente alguma dificuldade	30	9,8		
	Sente muita dificuldade	9	3,0		
	Totalmente dependente	6	2,0		
Vestir-se	Não sente dificuldade	255	83,3	0,2	0,50
	Sente alguma dificuldade	43	14,1		
	Sente muita dificuldade	5	1,6		
	Totalmente dependente	3	1,0		
Ir à casa de banho	Não sente dificuldade	284	92,8	0,09	0,369
	Sente alguma dificuldade	18	5,9		
	Sente muita dificuldade	2	0,7		
	Totalmente dependente	2	0,7		
Controlar esfínteres	Não sente dificuldade	285	93,4	0,08	0,325
	Sente alguma dificuldade	17	5,6		
	Sente muita dificuldade	2	0,7		
	Totalmente dependente	1	0,3		
Comer	Não sente dificuldade	284	93,7	0,07	0,291
	Sente alguma dificuldade	18	5,9		
	Sente muita dificuldade	0	0		
	Totalmente dependente	1	0,3		

## 8.4 AMOSTRA GLOBAL

Numa apreciação dos resultados obtidos, procedeu-se ao cálculo das pontuações observadas para cada uma das dimensões - Funcionalidade (escala completa), Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física. De forma a tornar os resultados comparáveis, as pontuações foram ponderadas pelo número de itens que integra cada dimensão, assumindo por isso como valor mínimo 0 e

valor máximo 3. Na Tabela 14 encontra-se a estatística descritiva básica para cada uma das dimensões em análise.

**Tabela 14** - Estatística Descritiva Básica para as pontuações ponderadas relativas às dimensões em análise

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Funcionalidade (Escala Completa)	285	,00	2,11	,26	,389
Mobilidade	291	,00	2,43	,38	,549
Autonomia Instrumental	303	,00	3,00	,28	,526
Autonomia Física	302	,00	3,00	,12	,343

Observa-se que a Mobilidade é a dimensão que apresenta valor médio mais elevado, traduzindo uma maior dependência funcional dos elementos da amostra. Por outro lado, é a dimensão Autonomia Física onde se regista uma média mais reduzida e perceções mais homogéneas, traduzindo uma maior independência funcional.

Compararam-se, seguidamente, as pontuações totais obtidas nas quatro dimensões em análise em função do grupo etário (Tabela 15), do género (Tabela 16), do estado civil (Tabela 17), da escolaridade (Tabela 18), do local de residência (Tabela 19) e do agregado familiar (Tabela 20).

Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas neste item em função das variáveis referidas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida em função das seguintes variáveis:

#### **8.4.1 Grupo etário**

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o grupo etário e a Funcionalidade ( $p < 0,001$ ), a Mobilidade ( $p < 0,001$ ), a Autonomia Instrumental ( $p < 0,001$ ) e a Autonomia Física ( $p = 0,001$ ), observando-se que as pontuações aumentam à medida que a faixa etária aumenta. Isto significa que o grau de dependência funcional é maior nos indivíduos mais idosos (Tabela 15).

**Tabela 15** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	Funcionalidade (Escala Completa)	149	,00	1,17	,14	,231
	Mobilidade	150	,00	2,29	,24	,409
	Autonomia Instrumental	156	,00	3,00	,15	,427
	Autonomia Física	155	,00	3,00	,07	,289
75-84	Funcionalidade (Escala Completa)	116	,00	1,83	,33	,435
	Mobilidade	120	,00	2,29	,24	,409
	Autonomia Instrumental	124	,00	2,60	,34	,550
	Autonomia Física	125	,00	1,40	,13	,303
≥ 85	Funcionalidade (Escala Completa)	20	,00	2,11	,69	,620
	Mobilidade	21	,00	2,43	,96	,794
	Autonomia Instrumental	23	,00	2,20	,76	,716
	Autonomia Física	22	,00	2,00	,43	,639

#### 8.4.2 Género

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o género e a Funcionalidade ( $p < 0,001$ ), a Mobilidade ( $p < 0,001$ ) e a Autonomia Instrumental ( $p = 0,001$ ). Verifica-se que as mulheres obtêm pontuações superiores aos homens, o que traduz uma maior dependência funcional nestas dimensões (Tabela 16). Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o género e a autonomia física.

**Tabela 16** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	Funcionalidade (Escala Completa)	184	,00	2,11	,32	,426
	Mobilidade	189	,00	2,43	,48	,596
	Autonomia Instrumental	192	,00	2,60	,32	,528
	Autonomia Física	189	,00	1,60	,13	,326
Masculino	Funcionalidade (Escala Completa)	99	,00	1,39	,15	,281
	Mobilidade	100	,00	2,14	,21	,399
	Autonomia Instrumental	109	,00	3,00	,20	,522
	Autonomia Física	111	,00	3,00	,11	,372

### 8.4.3 Estado civil

Detetou-se uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e a Funcionalidade ( $p < 0,001$ ), a Mobilidade ( $p = 0,01$ ), a Autonomia Instrumental ( $p < 0,001$ ) e a Autonomia Física ( $p = 0,07$ ). Observam-se pontuações mais elevadas nos indivíduos viúvos, em todas as dimensões, o que traduz uma maior dependência funcional nas tarefas que lhes estão associadas (Tabela 17).

**Tabela 17** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	Funcionalidade (Escala Completa)	164	,00	1,72	,18	,302
	Mobilidade	168	,00	2,14	,28	,431
	Autonomia Instrumental	173	,00	2,20	,16	,363
	Autonomia Física	174	,00	1,60	,08	,229
Viúvo(a)	Funcionalidade (Escala Completa)	98	,00	2,11	,41	,495
	Mobilidade	100	,00	2,43	,58	,691
	Autonomia Instrumental	106	,00	3,00	,51	,699
	Autonomia Física	104	,00	3,00	,21	,480
Outro(a)	Funcionalidade (Escala Completa)	17	,00	,61	,18	,205
	Mobilidade	17	,00	1,14	,35	,426
	Autonomia Instrumental	18	,00	,40	,08	,156
	Autonomia Física	18	,00	1,00	,09	,268

### 8.4.4 Escolaridade

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a Funcionalidade ( $p = 0,042$ ), a Mobilidade ( $p = 0,039$ ) e a Autonomia Instrumental ( $p = 0,043$ ), observando-se pontuações mais elevadas nos inquiridos com menos anos de escolaridade, o que revela que são mais dependentes funcionalmente (Tabela 18). Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a Autonomia Física.

**Tabela 18** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade	Funcionalidade (Escala Completa)	244	,00	2,11	,28	,409
	Mobilidade	249	,00	2,43	,42	,575
	Autonomia Instrumental	260	,00	3,00	,30	,551
	Autonomia Física	258	,00	3,00	,13	,346
≥ 9 anos escolaridade	Funcionalidade (Escala Completa)	34	,00	1,00	,13	,219
	Mobilidade	34	,00	1,14	,21	,326
	Autonomia Instrumental	36	,00	1,80	,12	,327
	Autonomia Física	36	,00	,60	,04	,128

#### 8.4.5 Local de residência

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o local de residência e a Funcionalidade ( $p=0,016$ ), a Mobilidade ( $p=0,028$ ) e a Autonomia Física ( $p=0,024$ ). Os indivíduos residentes em aldeias revelam pontuações mais elevadas, o que significa que apresentam um maior grau de dependência nas dimensões analisadas (Tabela 19). Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o local de residência e a Autonomia Instrumental.

**Tabela 19** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	Funcionalidade (Escala Completa)	98	,00	2,11	,19	,379
	Mobilidade	99	,00	2,43	,29	,504
	Autonomia Instrumental	101	,00	3,00	,23	,556
	Autonomia Física	100	,00	3,00	,10	,386
Aldeia	Funcionalidade (Escala Completa)	187	,00	1,72	,29	,392
	Mobilidade	192	,00	2,43	,43	,568
	Autonomia Instrumental	202	,00	2,60	,31	,513
	Autonomia Física	202	,00	2,00	,14	,322

### 8.4.6 Agregado familiar

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o agregado familiar e a Funcionalidade ( $p < 0,001$ ), a Mobilidade ( $p < 0,001$ ), a Autonomia Instrumental ( $p < 0,001$ ) e a Autonomia Física ( $p < 0,001$ ). Os indivíduos que residem com os filhos apresentaram pontuações mais elevadas, o que revela maior grau de dependência no desempenho das tarefas relacionadas com o autocuidado, com as tarefas da vida do lar e com a mobilidade (Tabela 20).

**Tabela 20** - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar

Agregado familiar		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cônjuge	Funcionalidade (Escala Completa)	161	,00	1,72	,17	,281
	Mobilidade	165	,00	2,14	,26	,399
	Autonomia Instrumental	169	,00	2,20	,15	,328
	Autonomia Física	170	,00	1,60	,08	,230
Sozinho(a)	Funcionalidade (Escala Completa)	83	,00	1,83	,33	,444
	Mobilidade	83	,00	2,14	,46	,581
	Autonomia Instrumental	87	,00	2,60	,36	,569
	Autonomia Física	87	,00	2,00	,14	,367
Filho(s)	Funcionalidade (Escala Completa)	25	,00	2,11	,57	,561
	Mobilidade	27	,00	2,43	,85	,817
	Autonomia Instrumental	29	,00	3,00	,85	,895
	Autonomia Física	27	,00	3,00	,36	,664
Outra situação	Funcionalidade (Escala Completa)	8	,00	1,11	,47	,410
	Mobilidade	8	,00	1,71	,75	,682
	Autonomia Instrumental	9	,00	1,40	,31	,470
	Autonomia Física	9	,00	1,00	,27	,374

## 9 FUNCIONALIDADE E ENVELHECIMENTO

Os resultados que a seguir se apresentam referem-se à análise da funcionalidade dos elementos da amostra.

São apresentados, em primeiro lugar, os dados de cada um dos determinantes do envelhecimento ativo de acordo com o grupo etário, o género, o estado civil, a escolaridade, o local de residência e o agregado familiar dos indivíduos referentes aos indivíduos da amostra. É ainda analisada a relação entre a funcionalidade, através da escala completa, e das suas três dimensões - mobilidade, autonomia instrumental e autonomia física - e os determinantes do envelhecimento ativo. Concretizamos o objetivo de relacionar a funcionalidade com os seguintes fatores determinantes do envelhecimento ativo:

- i. relacionados com aspetos pessoais
- ii. relacionados com aspetos comportamentais;
- iii. relacionados com o ambiente social;
- iv. relacionados com o ambiente físico;
- v. relacionados com os sistemas de saúde e serviço social;
- vi. de natureza económica

### 9.1 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS PESSOAIS

Para avaliar os determinantes relacionados com os aspetos pessoais foi utilizado o GHQ-12, que avalia o sofrimento psicológico, e cujas características foram descritas em 7.3.1.2.

Começou-se por calcular a pontuação obtida no GHQ-12 (Tabela 21).

**Tabela 21** - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no GHQ-12

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Pontuação GHQ-12	304	3,00	34,00	13,3026	5,43129

Seguidamente comparou-se a pontuação total obtida em função do grupo etário (Tabela 22), do género (Tabela 23), do estado civil (Tabela 24), da escolaridade (Tabela 25), do local de residência (Tabela 26) e do agregado familiar (Tabela 27). Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas no GHQ-12 em função das variáveis referidas.

### 9.1.1 Grupo etário

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o grupo etário ( $p=0,014$ ), registando-se um aumento das pontuações à medida que se progride nos grupos etários. Os indivíduos pertencentes ao grupo etário de  $\geq 85$  anos apresentaram as pontuações médias mais elevadas, a que corresponde maior sofrimento psicológico, enquanto os indivíduos do grupo etário 65-74 apresentaram as pontuações mais baixas (Tabela 22).

**Tabela 22** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário	N	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	155	3,00	34,00	12,76	5,326
75-84	127	3,00	31,00	13,50	5,266
$\geq 85$	22	9,00	28,00	15,95	5,678

### 9.1.2 Género

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o género ( $p<0,001$ ). As mulheres apresentam maior sofrimento psicológico, comparativamente com os homens (14,36 vs 11,34) (Tabela 23).

**Tabela 23** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	195	3,00	34,00	14,36	5,746
Masculino	111	3,00	21,00	11,34	4,159

### 9.1.3 Estado civil

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o estado civil ( $p < 0,001$ ), com os indivíduos viúvos a apresentarem maior sofrimento psicológico (15,40) do que os casados/em união de facto (12,21) ou do que os indivíduos que se encontram noutra situação (12,33) (Tabela 24).

**Tabela 24** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	174	3,00	29,00	12,21	4,826
Viúvo(a)                      Sofrimento psicológico	106	3,00	34,00	15,40	5,873
Outro(a)	18	4,00	24,00	12,33	4,959

### 9.1.4 Escolaridade

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com a escolaridade ( $p = 0,019$ ). Os indivíduos com menos de 9 anos de escolaridade apresentam maior sofrimento psicológico do que os indivíduos com 9 ou mais anos de escolaridade (Tabela 25).

**Tabela 25** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade                      Sofrimento psicológico	261	3,00	34,00	13,48	5,455
≥ 9 anos escolaridade	35	4,00	23,00	11,34	4,652

### 9.1.5 Local de residência

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o local de residência ( $p = 0,006$ ), verificando-se maior sofrimento psicológico nos indivíduos que residem na aldeia (13,69 vs 12,51) (Tabela 26).

**Tabela 26** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	100	5,00	34,00	12,51	5,609
Aldeia	204	3,00	30,00	13,69	5,313

### 9.1.6 Agregado familiar

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o agregado familiar ( $p < 0,001$ ). Apesar dos indivíduos que vivem com os filhos representarem apenas 9,7% do total da amostra, e da variabilidade das suas respostas ser superior às dos indivíduos que residem sozinhos ou com o cônjuge, são esses indivíduos que apresentam maior sofrimento psicológico (14,13), enquanto os indivíduos que têm menor sofrimento psicológico são os que vivem com o cônjuge (12,15) (Tabela 27).

**Tabela 27** - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar

Agregado familiar	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cônjuge	172	3,00	34,00	12,15	5,133
Sozinho(a)	88	3,00	31,00	14,13	4,915
Filho(s)	29	8,00	30,00	17,07	6,267
Outra situação	9	4,00	25,00	15,6	6,837

### 9.1.7 Funcionalidade

Calculou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson com o objetivo de avaliar o grau de correlação entre a pontuação obtida no GHQ-12 e a funcionalidade (Tabela 28). Obtiveram-se correlações positivas e estatisticamente significativas para todas as dimensões, significando que os indivíduos com pontuações mais elevadas na funcionalidade, que correspondem a maior dependência funcional apresentam pontuações mais elevadas no GHQ-12, que traduzem maior sofrimento psicológico. Destaca-se como mais expressiva a correlação registada entre a Mobilidade e o GHQ-12.

**Tabela 28** - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre a funcionalidade e o sofrimento psicológico

		<b>Sofrimento psicológico</b>
Funcionalidade (Escala Completa)	Pearson Correlation	,390**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	283
Mobilidade	Pearson Correlation	,407**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	289
Autonomia Instrumental	Pearson Correlation	,338**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	301
Autonomia Física	Pearson Correlation	,306**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	300

## 9.2 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM ASPETOS COMPORTAMENTAIS

Foi utilizado o questionário Saúde e Estilos de Vida (Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999 - adaptado), cujas características foram descritas em 7.3.1.3. Começou-se por calcular a pontuação obtida na autoavaliação de saúde (Tabela 29).

### 9.2.1 Autoavaliação de Saúde

De seguida apresenta-se a distribuição de percentagem dos três primeiros itens relativos à autoavaliação de saúde. Observa-se que a maioria dos inquiridos (49,0%) considera que a sua saúde é aceitável.

**Tabela 29** - Distribuição da frequência de resposta para a percepção de saúde

<b>Percepção de saúde</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito boa	4	1,31
Boa	50	16,34
Aceitável	150	49,02
Fraca	71	23,20
Muito fraca	31	10,13
Total	306	100,0

Na Tabela 30 verifica-se que comparativamente com o ano passado, 57,2% dos indivíduos considera que a sua saúde se mantém mais ou menos na mesma.

**Tabela 30** - Distribuição da frequência de resposta para a percepção de saúde

<b>Percepção de saúde - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito melhor do que há um ano	5	1,63
Um pouco melhor do que há um ano	23	7,52
Mais ou menos na mesma	175	57,19
Um pouco pior do que há um ano	93	30,39
Muito pior do que há um ano	10	3,27
Total	306	100,0

Na Tabela 31 e comparativamente a outras pessoas da mesma idade e sexo, verifica-se que 59,2% dos indivíduos considera a sua saúde mais ou menos na mesma.

**Tabela 31** - Distribuição da frequência de resposta para a percepção de saúde

<b>Percepção de saúde - comparação com o ano passado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muito melhor	20	6,56
Um pouco melhor	59	19,34
Mais ou menos na mesma	181	59,34
Um pouco pior	37	12,13
Muito pior	8	2,62
Total	305	100,0

Seguidamente, comparou-se a pontuação total obtida no item 1 (“Percepção de saúde”) e no item 3. (“Percepção de saúde - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo”) em função do grupo etário (Tabela 32 e Tabela 33), do género (Tabela 34 e Tabela 35), do estado civil (Tabela 36 e Tabela 37), da escolaridade (Tabela 38 e Tabela 39), do local de residência (Tabela 40 e Tabela 41) e do agregado familiar (Tabela 42 e Tabela 43).

Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas neste item, em função das variáveis referidas.

### 9.2.1.1 Grupo etário

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o grupo etário ( $p < 0,001$ ). Os indivíduos mais velhos percecionam como pior (pontuação mais elevada) o seu estado de saúde.

**Tabela 32** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	156	0	4	2,05	,856
75-84	127	1	4	2,38	,854
≥ 85	23	1	4	2,83	,984

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em função do grupo etário, quando é efetuada a comparação com a maioria das pessoas da sua idade e sexo.

**Tabela 33** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	149	0	4	1,85	,719
75-84	124	0	4	1,83	,880
≥ 85	23	0	4	1,91	1,041

### 9.2.1.2 Género

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o género ( $p < 0,001$ ), com as mulheres a percecionarem como pior o seu estado de saúde (Tabela 34).

**Tabela 34** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	195	0	4	2,46	,881
Masculino	111	0	4	1,86	,780

Também se verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o género ( $p = 0,005$ ) com as mulheres a terem uma pior perceção da sua saúde quando se comparam com as mulheres da mesma idade (Tabela 35).

**Tabela 35** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	192	0	4	1,94	,851
Perceção de saúde - comparação com as pessoas Masculino da mesma idade e sexo	111	0	4	1,68	,726

### 9.2.1.3 Estado civil

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o estado civil ( $p < 0,001$ ), com os indivíduos viúvos a percecionarem como pior o seu estado de saúde.

**Tabela 36** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	176	0	4	2,05	,820
Viúvo(a)	106	1	4	2,62	,889
Outro(a)	18	0	4	2,17	,985

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil, quando os indivíduos se comparam com as pessoas da mesma idade e sexo.

**Tabela 37** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	176	0	4	1,80	,717
Viúvo(a)	105	0	4	1,94	,928
Outro(a)	18	0	4	1,83	1,043

#### 9.2.1.4 Escolaridade

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a escolaridade ( $p < 0,001$ ). Os indivíduos com menor escolaridade percebem como pior o seu estado de saúde (Tabela 38).

**Tabela 38** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
< 9 anos escolaridade	262	0	4	2,31	,889
≥ 9 anos escolaridade	36	0	3	1,72	,779

Também se verificou uma associação estatisticamente significativa com a escolaridade ( $p = 0,043$ ), com os indivíduos com menor escolaridade a apresentarem uma pior percepção do seu estado de saúde quando se comparam com as pessoas da mesma idade e sexo (Tabela 39).

**Tabela 39** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade	261	0	4	1,88	,837
≥ 9 anos escolaridade	36	0	3	1,61	,688

#### 9.2.1.5 Local de residência

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o local de residência. Os indivíduos que residem em aldeias percebem como pior ( $p < 0,001$ ) o seu estado de saúde (Tabela 40).

**Tabela 40** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	101	0	4	1,94	,810
Aldeia	205	0	4	2,40	,894

Também têm pior percepção da sua saúde ( $p < 0,001$ ), os indivíduos que residem em aldeias, quando se comparam com as pessoas da mesma idade e sexo (Tabela 41).

**Tabela 41** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	101	0	4	1,62	,847
Aldeia	204	0	4	1,96	,774

### 9.2.1.6 Agregado familiar

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o agregado familiar ( $p < 0,001$ ), com os indivíduos que residem com os filhos a terem uma pior percepção do seu estado de saúde (Tabela 42).

**Tabela 42** - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar

Agregado familiar	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cônjuge	174	0	4	2,00	,826
Sozinho(a)	88	0	4	2,52	,844
Filho(s)	29	1	4	2,76	,872
Outra situação	9	1	4	2,78	1,202

Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa com o agregado familiar ( $p = 0,006$ ), com os indivíduos que residem com os filhos a apresentarem pior percepção da sua saúde, em relação às pessoas da mesma idade e sexo, enquanto os que apresentam melhor percepção da sua saúde são os que vivem com o cônjuge (Tabela 43).

**Tabela 43** - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar

Agregado familiar	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cônjuge	174	0	4	1,77	,760
Sozinho(a)	88	0	4	1,85	,829
Filho(s)	28	0	4	2,32	,983
Outra situação	9	1	4	1,89	1,054

### 9.2.1.7 Funcionalidade

Procuraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a percepção que os indivíduos possuem relativamente ao seu estado de saúde e as pontuações obtidas na funcionalidade - escala completa e dimensões (Tabela 44), Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões ( $p < 0,001$ ). Observa-se que os indivíduos que têm pior percepção sobre o seu estado de saúde são os que apresentam maior dependência funcional.

**Tabela 44** - Estatística Descritiva Básica relativa à percepção sobre a saúde e a pontuação obtida na funcionalidade (escala completa e dimensões)

Percepção de saúde		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Muito boa	Funcionalidade (Escala Completa)	4	,00	,11	,03	,056
	Mobilidade	4	,00	,00	,00	,000
	Autonomia Instrumental	4	,00	,20	,05	,100
	Autonomia Física	4	,00	,00	,00	,000
Boa	Funcionalidade (Escala Completa)	48	,00	,50	,07	,124
	Mobilidade	48	,00	1,14	,10	,227
	Autonomia Instrumental	50	,00	1,20	,10	,229
	Autonomia Física	50	,00	,60	,03	,107
Aceitável	Funcionalidade (Escala Completa)	142	,00	1,28	,13	,207
	Mobilidade	143	,00	2,00	,21	,343
	Autonomia Instrumental	149	,00	3,00	,13	,352
	Autonomia Física	149	,00	3,00	,06	,268
Fraca	Funcionalidade (Escala Completa)	63	,00	2,11	,46	,479
	Mobilidade	66	,00	2,43	,66	,629
	Autonomia Instrumental	69	,00	2,20	,51	,641
	Autonomia Física	70	,00	1,60	,17	,355
Muito fraca	Funcionalidade (Escala Completa)	28	,00	1,72	,80	,512
	Mobilidade	30	,00	2,43	1,12	,655
	Autonomia Instrumental	31	,00	2,60	,74	,820
	Autonomia Física	29	,00	2,00	,53	,574

## 9.2.2 Capacidade Física

Constata-se que a maioria (50,65%) considera que a sua condição física é aceitável (Tabela 45).

**Tabela 45** - Distribuição da frequência de resposta para a percepção da condição física

Condição Física	n	%
Muito boa	3	0,98
Boa	69	22,55
Aceitável	155	50,65
Fraca	66	21,57
Muito fraca	13	4,25
Total	306	100,0

Também a maioria considera que a sua condição física é semelhante à de outras pessoas da mesma idade e género (60,46%) (Tabela 46).

**Tabela 46** - Distribuição da frequência de resposta para a percepção da condição física

Condição Física - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo	n	%
Muito melhor	14	4,58
Um pouco melhor	63	20,59
Mais ou menos na mesma	185	60,46
Um pouco pior	37	12,09
Muito pior	7	2,29
Total	306	100,0

Comparou-se a pontuação obtida no item 1 (“Percepção de condição física”) em função do género, da idade, do estado civil, da escolaridade, da residência, do agregado familiar e do rendimento médio mensal dos inquiridos, tendo-se observado a existência de diferenças estatisticamente significativas em função das seguintes variáveis:

### 9.2.2.1 Grupo etário

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o grupo etário ( $p=0,004$ ), com os indivíduos mais velhos a apresentarem uma pior percepção da sua condição física (Tabela 47).

**Tabela 47** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	156	0	4	1,95	,760
75-84	127	0	4	2,09	,756
≥ 85	23	0	4	2,61	1,118

### 9.2.2.2 Género

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o género ( $p < 0,001$ ), com as mulheres a terem uma pior perceção da sua condição física (Tabela 48).

**Tabela 48** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	195	0	4	2,21	,805
Masculino	111	0	4	1,79	,740

### 9.2.2.3 Estado civil

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o estado civil ( $p < 0,001$ ). Os indivíduos viúvos percecionam como pior a sua condição física (Tabela 49).

**Tabela 49** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	176	0	4	1,88	,735
Viúvo(a)	106	0	4	2,37	,843
Outro(a)	18	1	4	2,06	,802

#### 9.2.2.4 Escolaridade

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com a escolaridade ( $p=0,005$ ), com os indivíduos com menos escolaridade a perceberem como pior a sua condição física (Tabela 50).

**Tabela 50** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade	262	0	4	2,11	,819
≥9 anos escolaridade	36	0	3	1,69	,624

#### 9.2.2.5 Local de residência

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o local de residência ( $p<0,001$ ). Os indivíduos que residem em aldeias percebem como pior a sua condição física (Tabela 51).

**Tabela 51** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	101	0	4	1,81	,758
Aldeia	205	0	4	2,18	,803

#### 9.2.2.6 Agregado familiar

Observou-se uma associação estatisticamente significativa com o agregado familiar ( $p<0,001$ ). Os indivíduos que residem com os filhos apresentam uma pior percepção sobre a sua condição física (Tabela 52).

**Tabela 52** - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar

Agregado familiar	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cônjuge	174	0	4	1,85	,745
Sozinho(a)	88	0	4	2,25	,762
Filho(s)	29	0	4	2,62	,862
Outra situação	9	1	4	2,33	1,000

### 9.2.2.7 Funcionalidade

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as pontuações obtidas na escala de Funcionalidade e nas subescalas Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física em função da variável “Percepção da condição física” (para todos os casos se obteve  $p < 0,001$ ). Observa-se que os indivíduos que classificam a sua condição física como “fraca” e “muito fraca” são os que apresentam níveis mais elevados de dependência funcional (Tabela 53).

**Tabela 53** - Pontuações obtidas na escala de Funcionalidade e nas subescalas Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física em função percepção da condição física

Percepção da condição física		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Muito boa	Funcionalidade (Escala Completa)	3	,00	,50	,1852	,274
	Mobilidade	3	,00	,43	,1429	,247
	Autonomia Instrumental	3	,00	1,20	,4667	,643
	Autonomia Física	3	,00	,00	,0000	,000
Boa	Funcionalidade (Escala Completa)	66	,00	,72	,0471	,119
	Mobilidade	66	,00	1,57	,0801	,260
	Autonomia Instrumental	68	,00	,80	,0471	,138
	Autonomia Física	69	,00	,60	,0116	,075
Aceitável	Funcionalidade (Escala Completa)	147	,00	1,28	,1591	,207
	Mobilidade	149	,00	2,14	,2522	,342
	Autonomia Instrumental	154	,00	1,60	,1519	,296
	Autonomia Física	154	,00	,60	,0416	,118
Fraca	Funcionalidade (Escala Completa)	60	,00	1,83	,6019	,490
	Mobilidade	61	,00	2,43	,8407	,665
	Autonomia Instrumental	65	,00	3,00	,6246	,707
	Autonomia Física	66	,00	3,00	,2939	,500
Muito fraca	Funcionalidade (Escala Completa)	9	,28	2,11	1,1667	,557
	Mobilidade	12	,43	2,43	1,4286	,635
	Autonomia Instrumental	13	,00	2,60	1,2154	,943
	Autonomia Física	10	,00	2,00	1,0800	,626

### 9.3 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE SOCIAL

Foi utilizada a escala de rede de apoio social, ERAS (Lubben, 1998) que, como o nome indica, avalia a rede de apoio social. Está organizada em 5 dimensões: uma relativa à rede familiar (3 itens medidos numa escala de likert de 6 pontos), outra à rede de amigos (3 itens medidos numa escala de likert de 6 pontos), outra relativa às relações de confiança (2 itens medidos numa escala de likert de 6 pontos), e ainda uma sobre ajuda aos outros (um item medido em escala dicotómica com opções “sim” e “não” e outro numa escala de tipo Likert de 5 pontos) e outra sobre com quem vive (1 item com 4 opções de resposta).

A Tabela 54 contém a estatística descritiva básica relativa ao somatório das pontuações obtidas para cada dimensão.

**Tabela 54** - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no ERAS

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Rede Familiar	304	1	15	10,77	2,830
Rede de Amigos	290	0	15	8,95	3,133
Relações de Confiança	305	0	10	3,07	2,255
Ajuda aos Outros	87	0	9	3,38	2,025
Com quem Vive	306	0	3	0,88	1,369

Seguidamente comparou-se a pontuação total obtida para cada dimensão em função do grupo etário (Tabela 55) e do género (Tabela 56), estado civil (Tabela 57), escolaridade (Tabela 58), local de residência (Tabela 59) e rendimento (Tabela 60).

Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas nas dimensões do ERAS em função das variáveis referidas.

### 9.3.1 Grupo etário

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para as pontuações obtidas nas subescalas “Rede Familiar” ( $p=0,038$ ) e “Com quem Vive” ( $p<0,001$ ) em função do grupo etário. Observa-se que são os indivíduos mais novos que apresentam uma rede familiar e uma rede de amigos de maior dimensão, sendo também neste grupo que se verifica uma menor percentagem de indivíduos a viverem sozinhos. Verifica-se ainda que a percentagem de indivíduos a viverem sozinhos aumenta com a idade (Tabela 55).

**Tabela 55** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão	
65-74	Rede Familiar	154	3	15	11,20	2,738
	Rede de Amigos	148	0	15	9,34	3,060
	Relações de Confiança	155	0	10	2,93	2,262
	Ajuda aos Outros	41	0	8	3,42	2,101
	Com quem Vive	156	0	3	0,58	1,189
75-84	Rede Familiar	127	1	15	10,30	2,980
	Rede de Amigos	121	0	15	8,49	3,244
	Relações de Confiança	127	0	9	3,35	2,331
	Ajuda aos Outros	38	0	9	3,58	2,116
	Com quem Vive	127	0	3	1,09	1,448
≥ 85	Rede Familiar	23	6	15	10,57	2,643
	Rede de Amigos	21	0	15	8,71	3,133
	Relações de Confiança	23	0	7	2,43	1,830
	Ajuda aos Outros	8	0	6	2,88	1,642
	Com quem Vive	23	0	3	1,83	1,497

### 9.3.2 Género

Verifica-se que os homens têm uma rede familiar e uma rede de amigos, respetivamente, de maiores dimensões, assim como um maior número de confidentes, o que corresponde a melhor integração e menor isolamento social. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida na subescala “Com quem Vive” em função do género ( $p<0,001$ ),

observando-se que há uma maior percentagem de mulheres a viverem sozinhas (Tabela 56).

**Tabela 56** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	Rede Familiar	192	1	15	10,63	2,864
	Rede de Amigos	183	0	15	8,74	3,151
	Relações de Confiança	192	0	9	3,16	2,175
	Ajuda aos Outros	48	0	8	3,48	2,000
	Com quem Vive	193	0	3	1,17	1,466
Masculino	Rede Familiar	110	3	15	11,11	2,714
	Rede de Amigos	105	2	15	9,33	3,109
	Relações de Confiança	111	0	10	2,89	2,375
	Ajuda aos Outros	38	0	9	3,26	2,101
	Com quem Vive	111	0	3	0,38	1,000

### 9.3.3 Estado civil

Verifica-se que os indivíduos casados têm uma maior rede familiar ( $p=0,023$ ). Também se encontraram diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida na subescala “Com quem Vive” em função do estado civil ( $p<0,001$ ), observando-se que os casados apresentam menor isolamento social. Os indivíduos viúvos são os que, maioritariamente, vivem sozinhos (Tabela 57).

**Tabela 57** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	Rede Familiar	174	3	15	11,07	2,873
	Rede de Amigos	168	0	15	9,20	3,012
	Relações de Confiança	175	0	10	2,93	2,261
	Ajuda aos Outros	49	0	8	3,53	2,228
	Com quem Vive	176	0	3	,07	,448
Viúvo(a)	Rede Familiar	106	1	15	10,56	2,795
	Rede de Amigos	99	0	15	8,70	3,465
	Relações de Confiança	106	0	9	3,15	2,146
	Ajuda aos Outros	30	0	9	3,43	1,832
	Com quem Vive	106	0	3	2,09	1,384
Outro(a)	Rede Familiar	18	5	14	9,39	2,477
	Rede de Amigos	17	3	11	7,82	2,455
	Relações de Confiança	18	0	9	4,33	2,657
	Ajuda aos Outros	6	2	4	2,50	,837
	Com quem Vive	18	0	3	1,83	1,505

### 9.3.4 Escolaridade

Verifica-se que os indivíduos com mais anos de escolaridade são os que têm uma rede de amigos de maiores dimensões ( $p=0,015$ ) (Tabela 58).

**Tabela 58** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade	Rede Familiar	261	1	15	10,78	2,789
	Rede de Amigos	249	0	15	8,83	3,210
	Relações de Confiança	262	0	10	3,01	2,241
	Ajuda aos Outros	78	0	9	3,42	2,073
	Com quem Vive	262	0	3	,92	1,384
≥ 9 anos escolaridade	Rede Familiar	35	5	15	11,31	2,908
	Rede de Amigos	34	2	15	10,12	2,409
	Relações de Confiança	35	0	9	3,46	2,525
	Ajuda aos Outros	9	1	6	3,00	1,581
	Com quem Vive	36	0	3	,83	1,363

### 9.3.5 Local de Residência

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas em função do local de residência dos indivíduos (Tabela 59).

**Tabela 59** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	Rede Familiar	99	3	15	10,95	2,757
	Rede de Amigos	96	0	15	8,54	3,132
	Relações de Confiança	100	0	10	2,95	2,240
	Ajuda aos Outros	38	0	8	3,50	2,063
	Com quem Vive	101	0	3	,92	1,391
Aldeia	Rede Familiar	205	1	15	10,69	2,868
	Rede de Amigos	194	0	15	9,15	3,122
	Relações de Confiança	205	0	9	3,13	2,265
	Ajuda aos Outros	49	0	9	3,29	2,010
	Com quem Vive	205	0	3	,86	1,362

### 9.3.6 Rendimento mensal

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida na subescala “Com quem Vive” em função do rendimento mensal ( $p=0,040$ ). É no grupo dos indivíduos com rendimentos mais baixos que se encontram, maioritariamente, os indivíduos que vivem sozinhos (Tabela 60).

**Tabela 60** - Estatística Descritiva Básica em função do rendimento

Rendimento mensal		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Inferior ou igual ao SMN (RM≤485€)	Rede Familiar	109	1	15	11,25	2,743
	Rede de Amigos	101	0	15	9,30	3,440
	Relações de Confiança	110	0	10	3,03	2,324
	Ajuda aos Outros	33	0	9	3,52	2,307
	Com quem Vive	110	0	3	1,12	1,457
Entre o SMN e 2 SMN (485€<RM≤ 970€)	Rede Familiar	71	6	15	11,68	2,329
	Rede de Amigos	68	0	15	9,29	3,172
	Relações de Confiança	71	0	8	2,87	2,104
	Ajuda aos Outros	27	0	8	3,52	1,805
	Com quem Vive	71	0	3	,85	1,359
Entre 2 a 3 SMN (970€≤RM≤1455€)	Rede Familiar	33	3	15	11,03	2,834
	Rede de Amigos	32	0	15	9,41	3,161
	Relações de Confiança	33	0	7	2,58	2,000
	Ajuda aos Outros	13	0	7	3,00	2,198
	Com quem Vive	34	0	3	,44	1,078
Superior a 3 SMN (RM>1455€)	Rede Familiar	14	10	15	12,43	1,869
	Rede de Amigos	14	2	12	9,57	3,155
	Relações de Confiança	14	0	8	2,43	2,441
	Ajuda aos Outros	2	5	6	5,50	,707
	Com quem Vive	14	0	3	,43	1,089

### 9.3.7 Funcionalidade

Calculou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson com o objetivo de avaliar o grau de correlação entre as pontuações obtidas na escala de rede de apoio social e as pontuações obtida na funcionalidade (escala completa) e dimensões - Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física (Tabela 61). Constata-se a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a “Funcionalidade” e “Com quem vive”, embora de fraca magnitude.

Os indivíduos com maior grau de dependência na autonomia instrumental apresentam uma rede familiar de menores dimensões e uma melhor rede de confidentes. Apesar de estatisticamente significativas, estas correlações são fracas.

**Tabela 61** - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre as pontuações obtidas nas dimensões do ERAS e as pontuações obtidas nas dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física

		Rede Familiar	Rede de Amigos	Relações de Confiança	Ajuda aos Outros	Com quem Vive
Funcionalidade (Escala Completa)	Pearson Correlation	-,098	-,031	,085	,114	,120*
	Sig. (2-tailed)	,099	,611	,154	,324	,043
	N	283	271	284	77	285
Mobilidade	Pearson Correlation	-,109	-,064	,087	,128	,108
	Sig. (2-tailed)	,064	,289	,138	,258	,067
	N	289	276	290	80	291
Autonomia Instrumental	Pearson Correlation	-,143*	-,102	,120*	,089	,112
	Sig. (2-tailed)	,013	,084	,037	,417	,052
	N	301	288	302	85	303
Autonomia Física	Pearson Correlation	-,075	,015	,045	-,050	,034
	Sig. (2-tailed)	,193	,802	,433	,651	,562
	N	300	286	301	85	302

#### 9.4 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM O AMBIENTE FÍSICO

Foi utilizada a Sub-escala de ambiente físico – WHOQOL Breve (OMS), que avalia a percepção relativa à Qualidade de Vida e é constituído por 8 itens medidos numa escala de tipo Likert de 5 pontos em que 1 exprime a percepção mais desfavorável e 5 a mais favorável. A pontuação total obtida varia entre 8 e 40. Começou-se por calcular a pontuação obtida no WHOQOL (Tabela 62).

**Tabela 62** - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida no WHOQOL

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Pontuação WHOQOL	304	17,00	39,00	27,47	3,403

Na fase seguinte comparou-se a pontuação total obtida em função do grupo etário, do género, do estado civil, da escolaridade, do local de residência e do agregado familiar, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

### 9.4.1 Funcionalidade

Calculou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson com o objetivo de avaliar o grau de correlação entre a pontuação obtida no WHOQOL e a pontuações obtida na Funcionalidade (escala completa) e dimensões - Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física (Tabela 63).

Obtiveram-se correlações estatisticamente significativas para todas as dimensões, significando que indivíduos com maior grau de independência nas dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física apresentam pontuações mais elevadas no WHOQOL a que corresponde melhor perceção sobre a qualidade de vida. Apesar de estatisticamente significativas, estas correlações são de baixa magnitude.

**Tabela 63**- Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre a Funcionalidade e o WHOQOL

		Pontuação WHOQOL
Funcionalidade (Escala Completa)	Pearson Correlation	-,173**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	285
Mobilidade	Pearson Correlation	-,199**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	291
Autonomia Instrumental	Pearson Correlation	-,190**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	301
Autonomia Física	Pearson Correlation	-,139*
	Sig. (2-tailed)	,016
	N	300

## 9.5 FATORES DETERMINANTES RELACIONADOS COM OS SISTEMAS DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

Foi utilizada o Inventário de Satisfação com a Vida - ISV (Fonseca, Silva, Teixeira & Paúl, 2010), que é constituído por 13 itens, medidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos. Estes itens encontram-se organizados em 3 dimensões: Serviços e Recursos (6 itens), Saúde e Segurança (4 itens), Residência e Sociabilidade (3 itens).

A Tabela 64 contém as pontuações médias obtidas em cada uma das dimensões em análise. Verifica-se que existe uma maior satisfação com a residência e sociabilidade, enquanto a saúde e segurança recolhe o menor grau de satisfação.

**Tabela 64** - Estatística Descritiva Básica relativa às pontuações médias obtidas no ISV

	n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Serviços e Recursos	303	1,25	6,00	3,21	,516
Saúde e Segurança	306	1,00	5,75	3,31	,577
Residência e Sociabilidade	306	1,00	4,00	2,43	,671

Compararam-se as pontuações totais obtidas nas três dimensões em estudo em função do grupo etário (Tabela 65), do género (Tabela 66), do estado civil (Tabela 67), da escolaridade (Tabela 68), do local de residência (Tabela 69) e do agregado familiar (Tabela 70).

Considerando as diferentes dimensões das várias subamostras consideradas, recorreu-se à estatística não paramétrica (Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis) para proceder à comparação das pontuações obtidas neste item em função das variáveis referidas. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a pontuação obtida em função das seguintes variáveis:

### 9.5.1 Grupo etário

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o grupo etário no que concerne à Saúde e Segurança ( $p=0,001$ ), observando-se que à medida que a faixa etária aumenta a satisfação diminui (Tabela 65).

**Tabela 65** - Estatística Descritiva Básica em função do grupo etário

Grupo etário		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
65-74	Serviços e Recursos	154	1,33	5,00	3,23	,479
	Saúde e Segurança	156	1,75	4,50	3,18	,497
	Residência e Sociabilidade	156	1,00	4,00	2,46	,648
75-84	Serviços e Recursos	127	1,25	6,00	3,19	,552
	Saúde e Segurança	127	2,25	5,75	3,42	,565
	Residência e Sociabilidade	127	1,00	3,50	2,33	,698
≥ 85	Serviços e Recursos	22	1,75	4,00	3,14	,578
	Saúde e Segurança	23	1,00	5,00	3,59	,891
	Residência e Sociabilidade	23	1,33	3,67	2,50	,626

### 9.5.2 Género

A satisfação com os Serviços e Recursos é semelhante entre homens e mulheres. Também em relação à Residência e Sociabilidade não há diferenças significativas entre homens e mulheres.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa no que diz respeito à Saúde e Segurança ( $p < 0,001$ ), observando-se que as mulheres obtêm pontuações superiores aos homens, o que revela uma menor satisfação em relação a este item (Tabela 66).

**Tabela 66** - Estatística Descritiva Básica em função do género

Género		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Feminino	Serviços e Recursos	192	1,75	6,00	3,25	,501
	Saúde e Segurança	193	1,00	5,75	3,41	,599
	Residência e Sociabilidade	193	1,00	3,67	2,42	,666
Masculino	Serviços e Recursos	109	1,25	5,00	3,15	,537
	Saúde e Segurança	111	1,75	4,75	3,12	,497
	Residência e Sociabilidade	111	1,00	4,00	2,44	,685

### 9.5.3 Estado civil

Observou-se uma associação estatisticamente significativa no que concerne à Saúde e Segurança ( $p < 0,001$ ), verificando-se menor satisfação nos indivíduos viúvos (Tabela 67).

**Tabela 67** - Estatística Descritiva Básica em função do estado civil

Estado civil		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Casado/ União de facto	Serviços e Recursos	174	1,25	5,00	3,22	,474
	Saúde e Segurança	176	1,75	5,75	3,21	,535
	Residência e Sociabilidade	176	1,00	4,00	2,44	,635
Viúvo(a)	Serviços e Recursos	105	1,40	6,00	3,20	,568
	Saúde e Segurança	106	1,00	5,25	3,50	,607
	Residência e Sociabilidade	106	1,00	3,67	2,40	,724
Outro(a)	Serviços e Recursos	18	1,33	4,25	3,15	,618
	Saúde e Segurança	18	1,75	4,50	3,32	,599
	Residência e Sociabilidade	18	1,00	3,33	2,33	,767

#### 9.5.4 Escolaridade

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a Saúde e Segurança ( $p < 0,001$ ), observando-se menor satisfação nos indivíduos com menor escolaridade (Tabela 68).

**Tabela 68** - Estatística Descritiva Básica em função da escolaridade

Escolaridade		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
<9 anos escolaridade	Serviços e Recursos	260	1,25	6,00	3,23	,525
	Saúde e Segurança	262	1,00	5,75	3,36	,582
	Residência e Sociabilidade	262	1,00	4,00	2,41	,690
≥ 9 anos escolaridade	Serviços e Recursos	35	1,33	4,25	3,07	,527
	Saúde e Segurança	36	1,75	4,00	2,97	,488
	Residência e Sociabilidade	36	1,33	3,33	2,62	,545

#### 9.5.5 Local de residência

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o local de residência e a satisfação com os Serviços e Recursos ( $p = 0,006$ ), a Saúde e Segurança ( $p = 0,002$ ) e Residência e Sociabilidade ( $p = 0,024$ ), observando-se menor satisfação nos indivíduos que residem em aldeias ao nível nas duas primeiras dimensões, e maior satisfação na dimensão Residência e Sociabilidade (Tabela 69).

**Tabela 69** - Estatística Descritiva Básica em função do local de residência

Local de residência		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cidade	Serviços e Recursos	99	1,33	4,00	3,08	,446
	Saúde e Segurança	101	1,75	5,00	3,17	,526
	Residência e Sociabilidade	101	1,00	3,33	2,56	,563
Aldeia	Serviços e Recursos	204	1,25	6,00	3,27	,537
	Saúde e Segurança	205	1,00	5,75	3,38	,591
	Residência e Sociabilidade	205	1,00	4,00	2,36	,709

### 9.5.6 Agregado familiar

Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o agregado familiar e a satisfação com a dimensão Saúde e Segurança ( $p < 0,001$ ), observando-se níveis de menor satisfação nos indivíduos que residem com os filhos (Tabela 70).

**Tabela 70** - Estatística Descritiva Básica em função do agregado familiar

Agregado familiar		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Cônjuge	Serviços e Recursos	172	1,25	5,00	3,22	,480
	Saúde e Segurança	174	1,75	5,75	3,20	,528
	Residência e Sociabilidade	174	1,00	4,00	2,45	,630
Sozinho(a)	Serviços e Recursos	87	1,33	4,67	3,17	,522
	Saúde e Segurança	88	1,75	5,25	3,41	,534
	Residência e Sociabilidade	88	1,00	3,67	2,40	,736
Filho(s)	Serviços e Recursos	29	2,00	6,00	3,26	,740
	Saúde e Segurança	29	1,00	4,75	3,59	,780
	Residência e Sociabilidade	29	1,00	3,50	2,45	,682
Outra situação	Serviços e Recursos	9	2,40	4,00	3,24	,470
	Saúde e Segurança	9	3,00	5,00	3,75	,673
	Residência e Sociabilidade	9	1,00	3,33	2,48	,729

### 9.5.7 Funcionalidade

Calculou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson com o objetivo de avaliar o grau de correlação entre as pontuações obtidas nas dimensões do ISV e a pontuações obtida na Funcionalidade (escala completa) e dimensões -

Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física (Tabela 71). Obtiveram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a dimensão Saúde e Segurança e as dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física, ou seja, quanto maior o grau de independência mais elevada é a satisfação com a dimensão Saúde e Segurança. Observa-se ainda a existência de uma associação entre as dimensões Autonomia Física e Residência e Sociabilidade que embora fraca, é estatisticamente significativa.

**Tabela 71** - Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre as pontuações obtidas nas dimensões do ISV e as pontuações obtidas nas dimensões Funcionalidade, Mobilidade, Autonomia Instrumental e Autonomia Física

		Serviços e Recursos	Saúde e Segurança	Residência e Sociabilidade
Funcionalidade (Escala Completa)	Pearson Correlation	-,012	,503**	,059
	Sig. (2-tailed)	,835	,000	,319
	N	282	285	285
Mobilidade	Pearson Correlation	,062	,519**	,046
	Sig. (2-tailed)	,292	,000	,430
	N	288	291	291
Autonomia Instrumental	Pearson Correlation	-,008	,327**	,057
	Sig. (2-tailed)	,890	,000	,324
	N	300	303	303
Autonomia Física	Pearson Correlation	-,010	,409**	,124*
	Sig. (2-tailed)	,865	,000	,031
	N	299	302	302

## 9.6 FATORES DETERMINANTES DE NATUREZA ECONÓMICA

Os recursos económicos contribuem, de forma determinante, para a satisfação e bem-estar (Fouquereau *et al.*, 2005). Na velhice, há a probabilidade aumentada de ocorrer a diminuição dos recursos económicos, devido à reforma, pelo que foi considerado pertinente analisar também este indicador, tendo sido utilizado o rendimento mensal.

### 9.6.1 Grupo etário

Não se identificou nenhuma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e o grupo etário. No entanto, observa-se que de entre os indivíduos com rendimentos mais elevados a maioria pertence ao grupo etário mais baixo. De salientar ainda que, tanto no grupo etário entre os 75-84 anos como no de  $\geq 85$  anos, a maioria dos indivíduos tem um rendimento mensal inferior ou igual ao salário mínimo nacional (Tabela 72).

**Tabela 72** - Distribuição do rendimento mensal por grupo etário

Rendimento mensal	Grupo etário						Total	
	65-74		75-84		$\geq 85$		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Inferior ou igual ao SMN (RM $\leq$ 485€)	46	41,8	50	45,5	14	12,7	110	100,0
Entre o SMN e 2 SMN (485€<RM $\leq$ 970€)	40	56,3	26	36,6	5	7,0	71	100,0
Entre 2 a 3 SMN (970€ $\leq$ RM $\leq$ 1455 €)	24	70,6	9	26,5	1	2,9	34	100,0
Superior a 3 SMN (RM>1455€)	9	64,3	5	35,7	0	0	14	100,0
Total	119	52,0	90	39,3	20	8,7	229	100,0

### 9.6.2 Género

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e o género ( $p=0,005$ ). Em particular, observa-se a existência de mais mulheres a apresentar rendimentos médios inferiores (Tabela 73).

**Tabela 73** - Distribuição do rendimento mensal por género

Rendimento mensal	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Inferior ou igual ao SMN (RM $\leq$ 485€)	79	71,8	31	28,2	110	100,0
Entre o SMN e 2 SMN (485€<RM $\leq$ 970€)	44	62,0	27	38,0	71	100,0
Entre 2 a 3 SMN (970€ $\leq$ RM $\leq$ 1455 €)	14	41,2	20	58,8	34	100,0
Superior a 3 SMN (RM>1455€)	6	42,9	8	57,1	14	100,0
Total	143	62,4	86	37,6	229	100,0

### 9.6.3 Estado civil

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e o estado civil ( $p=0,030$ ). Em particular, observa-se que os viúvos apresentam rendimentos médios inferiores. Apesar de não se ter encontrado mais nenhuma associação estatisticamente significativa, verifica-se que de entre os indivíduos com rendimentos mais elevados a maioria pertence ao estado civil casado/união de facto (Tabela 74).

**Tabela 74** - Distribuição do rendimento mensal por estado civil

Rendimento mensal	Estado civil						Total	
	Casado/União de facto		Viúvo(a)		Outro			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inferior ou igual ao SMN ( $RM \leq 485€$ )	51	47,7	52	48,6	4	3,7	107	100,0
Entre o SMN e 2 SMN ( $485€ < RM \leq 970€$ )	41	57,7	25	35,2	5	7,0	71	100,0
Entre 2 a 3 SMN ( $970€ \leq RM \leq 1455€$ )	25	75,8	7	21,2	1	3,0	33	100,0
Superior a 3 SMN ( $RM > 1455€$ )	11	78,6	2	14,3	1	7,1	14	100,0
Total	128	56,9	86	38,2	11	4,9	225	100,0

### 9.6.4 Escolaridade

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e o nível de escolaridade ( $p < 0,001$ ), observando-se que indivíduos com mais anos de escolaridade tendem a apresentar rendimentos mais elevados (Tabela 75).

**Tabela 75** - Distribuição do rendimento mensal por anos de escolaridade

Rendimento mensal	Anos de escolaridade				Total	
	<9 anos		≥ 9 anos			
	n	%	n	%	n	%
Inferior ou igual ao SMN ( $RM \leq 485€$ )	106	96,4	4	3,6	110	100,0
Entre o SMN e 2 SMN ( $485€ < RM \leq 970€$ )	63	88,7	8	11,3	71	100,0
Entre 2 a 3 SMN ( $970€ \leq RM \leq 1455€$ )	24	75,0	8	25,0	31	100,0
Superior a 3 SMN ( $RM > 1455€$ )	6	42,9	8	57,1	14	100,0
Total	199	87,7	28	12,3	227	100,0

### 9.6.5 Local de residência

Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e o local de residência ( $p=0,001$ ). Os inquiridos residentes em aldeias apresentam tendencialmente rendimentos mensais inferiores (Tabela 76).

**Tabela 76** - Distribuição do rendimento mensal por local de residência

Rendimento mensal	Local de residência				Total	
	Cidade		Aldeia			
	n	%	n	%	n	%
Inferior ou igual ao SMN ( $RM \leq 485€$ )	30	27,3	80	72,7	110	100,0
Entre o SMN e 2 SMN ( $485€ < RM \leq 970€$ )	27	38,0	44	62,0	71	100,0
Entre 2 a 3 SMN ( $970€ \leq RM \leq 1455€$ )	22	64,7	12	35,3	34	100,0
Superior a 3 SMN ( $RM > 1455€$ )	6	42,9	8	57,1	14	100,0
Total	85	37,1	144	62,9	229	100,0

### 9.6.6 Agregado familiar

Não se observou nenhuma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e o agregado familiar. Verifica-se, no entanto, que de entre os indivíduos com rendimentos mais elevados a maior percentagem vive com o cônjuge. Verifica-se ainda que de entre os indivíduos que têm um rendimento inferior ou igual ao salário mínimo nacional, a maior percentagem vive sozinho (Tabela 77).

**Tabela 77** - Distribuição do rendimento mensal por agregado familiar

Rendimento mensal	Agregado familiar								Total	
	Cônjuge		Sozinho(a)		Filho(s)		Outra situação			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Inferior ou igual ao SMN ( $RM \leq 485€$ )	54	49,1	38	34,5	15	13,6	3	2,7	110	100,0
Entre o SMN e 2 SMN ( $485€ < RM \leq 970€$ )	40	57,1	20	28,6	8	11,4	2	2,9	70	100,0
Entre 2 a 3 SMN ( $970€ \leq RM \leq 1455€$ )	26	76,5	6	17,6	2	5,9	0	0	34	100,0
Superior a 3 SMN ( $RM > 1455€$ )	11	78,6	2	14,3	0	0	1	7,1	14	100,0
Total	131	57,5	66	28,9	25	11,0	6	2,6	228	100,0

### 9.6.7 Funcionalidade

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e a Funcionalidade ( $p=0,023$ ) e a Autonomia Instrumental ( $p=0,004$ ), observando-se níveis mais elevados de dependência para os inquiridos que apresentam rendimentos médios mais baixos (Tabela 78).

**Tabela 78** - Estatística Descritiva Básica relativa à pontuação total obtida nas dimensões em análise em função do rendimento mensal dos inquiridos

Rendimento mensal		n	Min	Max	Média	Desvio Padrão
Inferior ou igual ao SMN (RM≤485€)	Funcionalidade (Escala Completa)	102	,00	2,11	,35	,464
	Mobilidade	104	,00	2,43	,49	,633
	Autonomia Instrumental	109	,00	2,60	,40	,613
	Autonomia Física	108	,00	1,60	,16	,344
Entre o SMN e 2 SMN (485€RM≤970€)	Funcionalidade (Escala Completa)	66	,00	1,56	,20	,316
	Mobilidade	68	,00	2,00	,28	,445
	Autonomia Instrumental	71	,00	2,20	,24	,477
	Autonomia Física	69	,00	1,20	,09	,251
Entre 2 a 3 SMN (970€≤RM≤1455€)	Funcionalidade (Escala Completa)	32	,00	1,72	,17	,322
	Mobilidade	32	,00	2,00	,24	,418
	Autonomia Instrumental	34	,00	3,00	,21	,545
	Autonomia Física	34	,00	3,00	,16	,576
Superior a 3 SMN (RM>1455€)	Funcionalidade (Escala Completa)	14	,00	,39	,10	,142
	Mobilidade	14	,00	,71	,18	,241
	Autonomia Instrumental	14	,00	,20	,01	,054
	Autonomia Física	14	,00	,40	,07	,127

### 3. Objetivo 3 Identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população, criando um modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco

Procedeu-se a uma Análise Fatorial dos itens em estudo. A análise dos índices de consistência interna obtidos conduziu à exclusão de vários itens melhorando significativamente a fiabilidade do modelo de medida. Aos 28 itens resultantes

voltaram-se a aplicar as técnicas de Análise Fatorial e obteve-se um valor de 0,788 para o KMO e um valor de  $p < 0,001$  associado ao Teste de Bartlett, indicando que o modelo de análise aplicado se adequa à amostra em estudo. Para a extração dos eixos recorreu-se à Análise em Componentes Principais e para a determinação do número de eixos a reter, utilizou-se o scree plot de Cattell. Os seis eixos retidos explicam 67,5% da variância total. Após a rotação Varimax, obteve-se a distribuição dos itens pelos fatores que se apresenta na Tabela 79. De modo a facilitar a interpretação removeram-se as cargas fatoriais inferiores a 0,3.

**Tabela 79** - Matriz Fatorial obtida após a Rotação Varimax

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
<b>C11.</b> Sofrimento psicológico	,932					
<b>C12.</b> Capacidade para resolver problemas	,795					
<b>C13.</b> Capacidade para ultrapassar dificuldades	,759					
<b>C14.</b> Falta de confiança em si próprio	,752					
<b>C15.</b> Sentir-se útil	,691					
<b>C16.</b> Capacidade de decisão	,689					
<b>C17.</b> Sentir-se feliz	,639	,304				
<b>C18.</b> Sentir-se infeliz ou deprimido(a)	,636	,370				
<b>C19.</b> Capacidade de concentração	,616					
<b>C110.</b> Sentir-se sob pressão	,558					
<b>C21.</b> Perceção da condição física - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo		,796				
<b>C22.</b> Perceção de saúde - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo		,725				
<b>C23.</b> Perceção da condição física		,720		,399		
<b>C24.</b> Perceção de saúde		,664		,337		
<b>C25.</b> Perceção de saúde - comparação com o ano passado		,635				
<b>C26.</b> Saúde e Segurança		,586		,365		
<b>C31.</b> Rede Familiar			,951			
<b>C32.</b> Número de familiares			,896			
<b>C33.</b> Proximidade dos familiares			,848			
<b>C41.</b> Autonomia Física				,813		
<b>C42.</b> Mobilidade				,784		
<b>C43.</b> Autonomia Instrumental		,329		,771		
<b>C51.</b> Ambiente físico					,864	
<b>C52.</b> Satisfação - meio de transporte					,772	
<b>C53.</b> Satisfação - acesso aos serviços de saúde					,730	
<b>C54.</b> Disponibilidade de informação					,631	
<b>C61.</b> Amigos íntimos						,920
<b>C62.</b> Número de amigos						,902
<b>Percentagem de Variância Explicada</b>	<b>30,9</b>	<b>11,1</b>	<b>8,6</b>	<b>7,4</b>	<b>5,2</b>	<b>4,3</b>

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

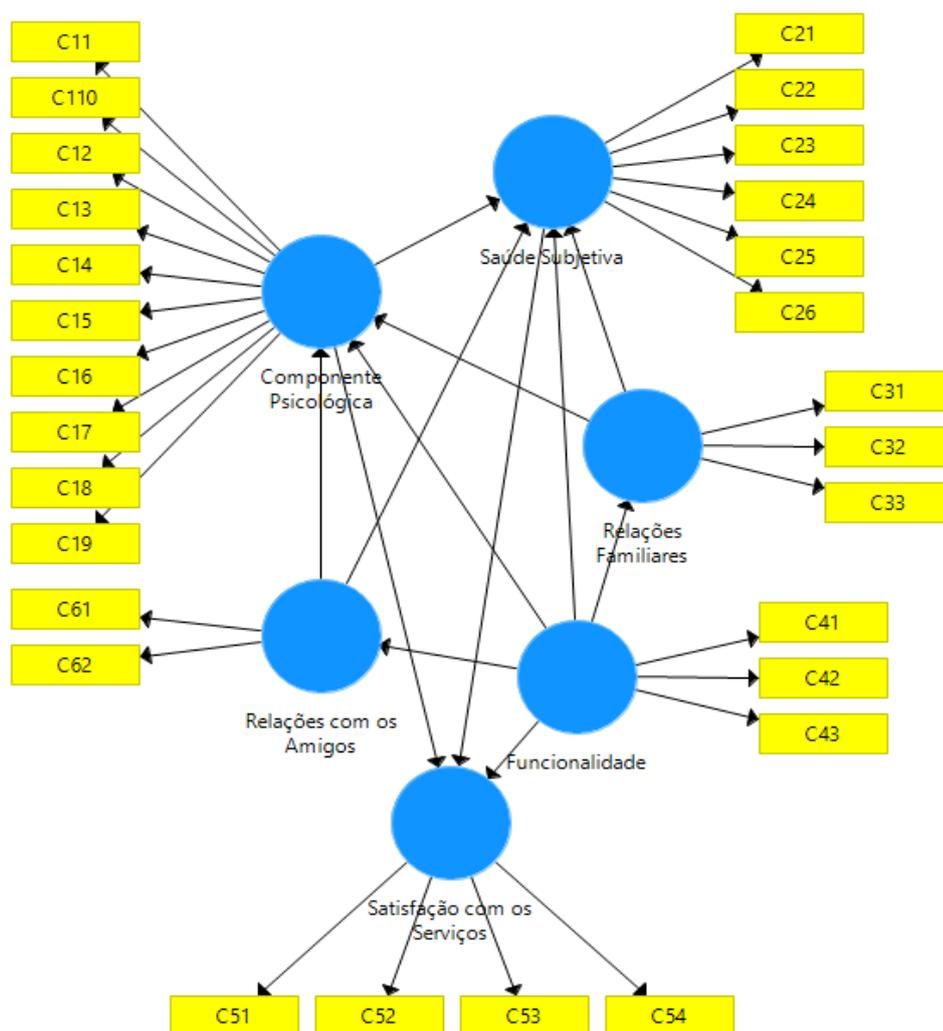
A estrutura fatorial obtida evidencia que o Fator 1 reúne os itens relativos à Componente Psicológica, o Fator 2 relaciona-se com a Saúde Subjetiva, o Fator 3 concentra informação relativa às Relações Familiares, o Fator 4 centra-se na Funcionalidade, o Fator 5 recolhe informação relativa à Satisfação com os Serviços e o Fator 6 relaciona-se com as Relações com os Amigos.

Como medida de consistência interna utilizou-se o Alpha de Cronbach (Tabela 80), obtendo-se níveis satisfatórios que oscilam entre 0,576 (Satisfação com os Serviços) e 0,898 (Relações com os Amigos).

**Tabela 80** - Alpha de Cronbach para a totalidade dos itens em análise e respetivas subescalas

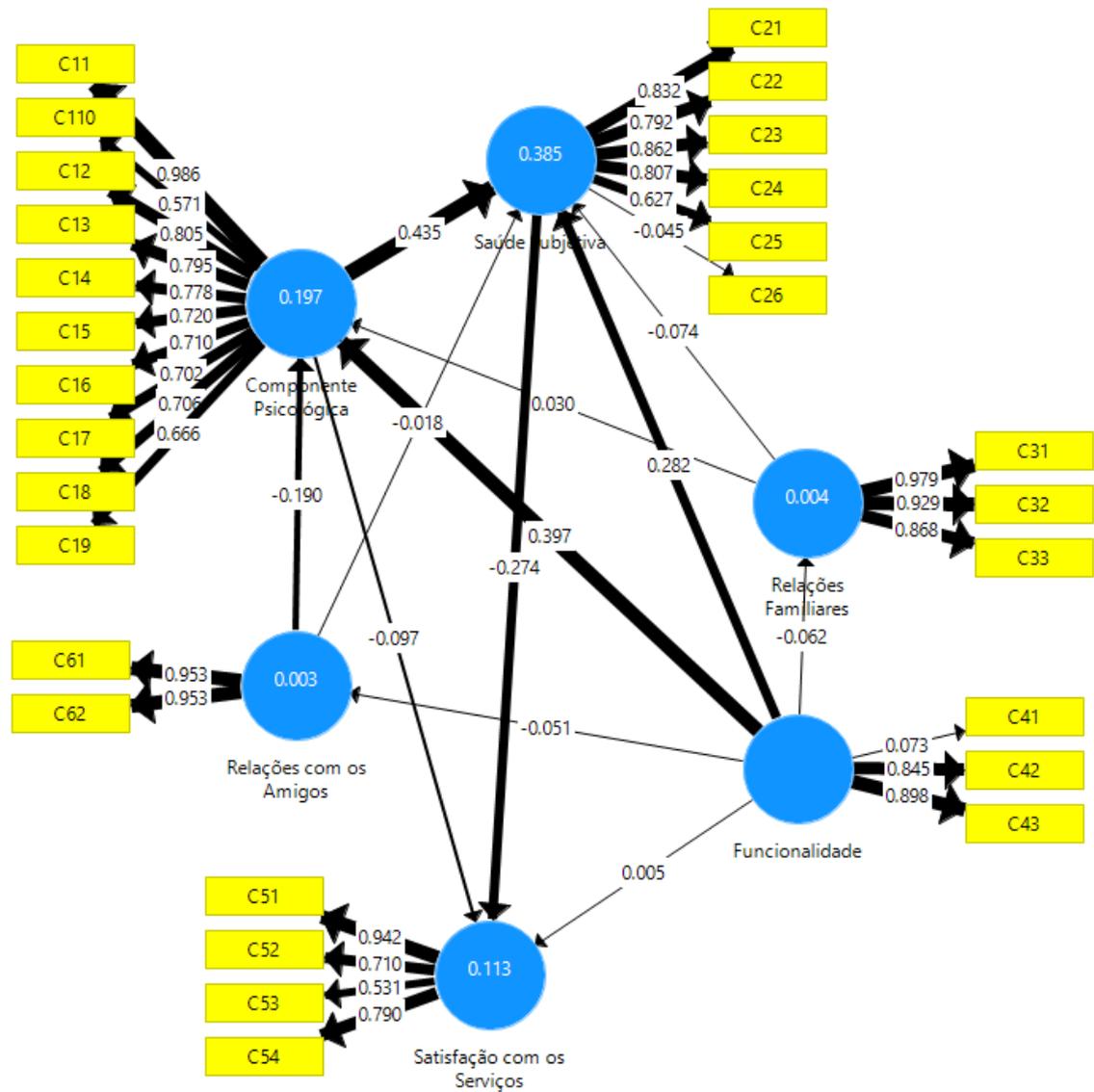
<b>Escala</b>	<b>n (itens)</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Componente Psicológica	10	0,703
Saúde Subjetiva	6	0,868
Relações Familiares	3	0,831
Funcionalidade	3	0,829
Satisfação com os Serviços	4	0,576
Relações com os Amigos	2	0,898

Às dimensões obtidas ajustou-se o modelo apresentado na Fig. 1, recorrendo-se a uma abordagem PLS (Partial Least Squares), mediante a utilização do SmartPLS 3.0 (Ringle, Wende & Becher, 2015). Os critérios utilizados na construção do modelo final aqui apresentado basearam-se no estabelecimento e eliminação de relações entre variáveis que conduzissem a uma melhor fiabilidade e validade do modelo de medida, desde que de acordo com os fundamentos teóricos estudados, tendo-se eliminado os itens com coeficientes inferiores a 0,3.



**Fig. 1 - Modelo conceptual das relações existentes entre as componentes do Envelhecimento Ativo**

A Fig. 2 apresenta o modelo estimado para o conjunto de dados em análise.



**Fig. 2** - Modelo estimado para as relações existentes entre as componentes do Envelhecimento Ativo

A Tabela 81 apresenta os resultados relativos aos Coeficientes Estimados (Path Coefficients e Outer Loadings), Coeficientes de Determinação ( $R^2$ ), Fiabilidade Composta ( $\rho_c$ ) e Variância Média Extraída (AVE) para o modelo em análise.

**Tabela 81** - Coeficientes Estimados (Path Coefficients e Outer Loadings), Coeficientes de Determinação ( $R^2$ ), Fiabilidade Composta ( $\rho_c$ ) e Variância Média Extraída (AVE).

<b>Path Coefficients</b>	
F1 (Componente Psicológica) → F2 (Saúde Subjetiva)	0,435***
F1 (Componente Psicológica) → F5 (Satisfação com os Serviços)	-0,097
F2 (Saúde Subjetiva) → F5 (Satisfação com os Serviços)	-0,274***
F3 (Relações Familiares) → F1 (Componente Psicológica)	0,030
F3 (Relações Familiares) → F2 (Saúde Subjetiva)	-0,074
F4 (Funcionalidade) → F1 (Componente Psicológica)	0,397***
F4 (Funcionalidade) → F2 (Saúde Subjetiva)	0,282***
F4 (Funcionalidade) → F3 (Relações Familiares)	-0,062
F4 (Funcionalidade) → F5 (Satisfação com os Serviços)	0,005
F4 (Funcionalidade) → F6 (Relações com os Amigos)	-0,051
F6 (Relações com os Amigos) → F1 (Componente Psicológica)	-0,190***
F6 (Relações com os Amigos) → F2 (Saúde Subjetiva)	-0,018
<b>Outer Loadings</b>	
F1 (Componente Psicológica) → C11	0,986***
F1 (Componente Psicológica) → C110	0,571***
F1 (Componente Psicológica) → C12	0,805***
F1 (Componente Psicológica) → C13	0,795***
F1 (Componente Psicológica) → C14	0,778***
F1 (Componente Psicológica) → C15	0,720***
F1 (Componente Psicológica) → C16	0,710***
F1 (Componente Psicológica) → C17	0,702***
F1 (Componente Psicológica) → C18	0,706***
F1 (Componente Psicológica) → C19	0,666***
F2 (Saúde Subjetiva) → C21	0,832***
F2 (Saúde Subjetiva) → C22	0,792***
F2 (Saúde Subjetiva) → C23	0,862***
F2 (Saúde Subjetiva) → C24	0,807***
F2 (Saúde Subjetiva) → C25	0,627***
F2 (Saúde Subjetiva) → C26	-0,045
F3 (Relações Familiares) → C31	0,979***
F3 (Relações Familiares) → C32	0,929***
F3 (Relações Familiares) → C33	0,868***
F4 (Funcionalidade) → C41	0,073
F4 (Funcionalidade) → C42	0,845***
F4 (Funcionalidade) → C43	0,898***
F5 (Satisfação com os Serviços) → C51	0,942***
F5 (Satisfação com os Serviços) → C52	0,710***
F5 (Satisfação com os Serviços) → C53	0,531***
F5 (Satisfação com os Serviços) → C54	0,790***
F6 (Relações com os Amigos) → C61	0,953***
F6 (Relações com os Amigos) → C62	0,953***
<b>R<sup>2</sup></b>	
F1 (Componente Psicológica)	0,197***
F2 (Saúde Subjetiva)	0,385***
F3 (Relações Familiares)	0,004
F5 (Satisfação com os Serviços)	0,113***
F6 (Relações com os Amigos)	0,003
<b><math>\rho_c</math></b>	
F1 (Componente Psicológica)	0,927

F2 (Saúde Subjetiva)	0,839
F3 (Relações Familiares)	0,948
F4 (Funcionalidade)	0,691
F5 (Satisfação com os Serviços)	0,838
F6 (Relações com os Amigos)	0,952
<b>AVE</b>	
F1 (Componente Psicológica)	0,564
F2 (Saúde Subjetiva)	0,518
F3 (Relações Familiares)	0,858
F4 (Funcionalidade)	0,509
F5 (Satisfação com os Serviços)	0,574
F6 (Relações com os Amigos)	0,908

\*\*\*Significant at .01; \*\*Significant at .05; \*Significant at .10.

Considerando o conjunto de dados completo, o modelo ajustado apresenta índices de fiabilidade composta ( $\rho_c$ ) superiores a 0,7 e de variância média extraída (AVE) superiores a 0,5, conforme recomendam Henseler, Ringle & Sinkovics (2009) e Hair *et al.* (2012). Os constructos em análise apresentam valores moderados de  $R^2$ .

A análise dos coeficientes standardizados permite analisar as relações entre os constructos. De forma a testar se os coeficientes estimados diferem significativamente de zero, foram calculados os t-valores e respetivos p-values, recorrendo ao bootstrap. A análise evidencia que são estatisticamente significativas as relações causais “F1 (Componente Psicológica)  $\rightarrow$  F2 (Saúde Subjetiva)”, “F4 (Funcionalidade)  $\rightarrow$  F1 (Componente Psicológica)” e “F4 (Funcionalidade)  $\rightarrow$  F2 (Saúde Subjetiva)”, observando-se uma associação direta entre os constructos. São ainda estatisticamente significativas as relações causais “F2 (Saúde Subjetiva)  $\rightarrow$  F5 (Satisfação com os Serviços)” e “F6 (Relações com os Amigos)  $\rightarrow$  F1 (Componente Psicológica)”, sendo estas relações inversas. Note-se que o sinal negativo destas relações se justifica tendo em conta o facto de os itens que compõem as subescalas de Satisfação com os Serviços e Relações com os Amigos estarem formulados em sentido inverso aos das restantes subescalas.

Observou-se ainda que as variáveis mais determinantes em F1 (Componente Psicológica) são C11 (Sofrimento psicológico) e C12 (Capacidade para resolver problemas), em F2 (Saúde Subjetiva) destacam-se C23 (Perceção da condição física) e C21 (Perceção da condição física - comparação com as pessoas

da mesma idade e sexo), F3 (Relações Familiares) é fortemente determinado por C31 (Rede Familiar) e C32 (Número de familiares), em F4 (Funcionalidade) destacam-se C42 (Mobilidade) e C43 (Autonomia Instrumental), F5 (Satisfação com os Serviços) é determinado por C51 (Ambiente físico) e F6 (Relações com os Amigos) é igualmente determinado por C61 (Amigos íntimos) e C62 (Número de amigos).

## **PARTE IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 10 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De entre os participantes no estudo, verifica-se que a maioria pertence ao género feminino (63,7%), e tem menos de 9 anos de escolaridade (87,9%), dados que estão de acordo com a realidade nacional. De acordo com dados do INE (2015), referentes à qualificação da população portuguesa com 65 ou mais anos em 2014, salienta-se que 29,6% não tem qualquer nível de escolaridade e que apenas 3,5% tem um curso secundário ou pós secundário e 6% um curso superior. A população idosa continua a apresentar baixos níveis de escolaridade, com as mulheres a registarem níveis mais baixos que os homens.

Os indivíduos com rendimentos mais baixos apresentam níveis mais elevados de dependência funcional, tal como verificado no estudo de Reis (2011). Verifica-se ainda que 48% dos indivíduos tem como rendimento mensal um montante igual ou inferior ao salário mínimo nacional (485€), o que é compatível com o verificado a nível nacional para este grupo etário.

Estes dados são preocupantes, uma vez que colocam alguns idosos num patamar muito próximo do limiar de pobreza, com a conseqüente privação da satisfação de algumas necessidades básicas, para uma vida saudável, nomeadamente as relacionadas com a alimentação, habitação e vestuário, acesso aos serviços de saúde, assim como de proteção e participação social.

De acordo com o INE (2014), as pessoas que se encontravam no limiar do risco de pobreza em 2012, em Portugal, viviam com uma média de 4904 euros anuais, isto é, pouco mais de 400 euros por mês.

A falta de recursos económicos interfere com o bem-estar geral e pode conduzir a sentimentos de insegurança, que se repercutirão em todas as dimensões da vida do idoso.

A perceção de saúde revela que a maioria dos idosos (49%) avaliou a sua saúde como razoável. Verificou-se ainda que os indivíduos com pior perceção sobre o seu estado de saúde são os que apresentam maior dependência funcional. Estes resultados estão em consonância com os encontrados na literatura, em que

se demonstrou que idosos com maior risco de incapacidade funcional têm uma avaliação mais pessimista da saúde (Silva, J., 2012). O mesmo se verifica em relação à condição física, em que os indivíduos com pior percepção são os que apresentam níveis mais elevados de dependência funcional. Os indivíduos que apresentam maior grau de independência funcional têm melhor percepção sobre a sua qualidade de vida.

Na avaliação do sistema de saúde e serviço social verifica-se que as mulheres revelam uma menor satisfação do que os homens em relação à Saúde e Segurança, o que acontece também com os indivíduos viúvos e com os que têm menos anos de escolaridade e que vivem com os filhos. Verificou-se que os indivíduos com maior satisfação em relação à dimensão Saúde e Segurança têm um grau mais elevado de independência funcional.

Na amostra estudada a maioria dos elementos revela um elevado grau de funcionalidade, o que traduz a independência na realização de grande parte das atividades da vida diária. Estes resultados são semelhantes aos observados noutros estudos, realizados no Brasil (Nunes, 2009; Nogueira, 2010) e em Portugal (Reis, 2011).

A autonomia física é a componente onde se verifica o grau mais elevado de independência, com as atividades relacionadas com a “alimentação”, com a “eliminação vesical e intestinal”, com a “higiene pessoal e vestir-se” a serem aquelas em que os elementos da amostra têm menos dificuldade. Quando se verifica alguma dificuldade nestas atividades elas estão relacionadas com o grupo etário, com os mais idosos a apresentarem maior dificuldade na sua realização. Estes dados estão de acordo com os obtidos no estudo de Botelho (2005) sobre funcionalidade e de Reis (2011) sobre a incapacidade dos idosos na Região Autónoma da Madeira.

Também os viúvos e os residentes nas aldeias apresentaram mais dificuldades nestas atividades, o que pode estar relacionado com diferentes níveis de proteção de acordo com o estado civil, e com acesso a diferentes recursos para os indivíduos consoante residam no meio rural ou no meio urbano.

A componente mobilidade influencia a realização das atividades de vida diária, contribuindo, de forma determinante, para o grau de funcionalidade. No presente estudo, é na componente “mobilidade” onde se verifica maior dependência funcional dos elementos da amostra, salientando-se as atividades “apanhar objetos no chão”, “subir e descer escadas”, “efetuar os trabalhos domésticos”, e “utilizar os meios de transporte” como aquelas em que são referidas mais dificuldades. A dificuldade na realização destas atividades está associada aos indivíduos mais idosos, do género feminino, viúvos, residentes nas aldeias, e que vivem com os filhos.

As atividades que integram a componente autonomia instrumental, são realizadas com independência pela maior parte dos indivíduos, em que as mais fáceis são a utilização do telefone, tomar conta dos medicamentos e fazer a gestão do dinheiro. Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica é a atividade em que surgem mais dificuldades. Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos por Reis (2011).

Os indivíduos mais idosos, do género feminino, viúvos, com menos anos de escolaridade, residentes na aldeia e que vivem com os filhos, são os que apresentam maior dependência em todas as componentes da funcionalidade - mobilidade, autonomia física e autonomia instrumental.

Também se verificou que os indivíduos que apresentam maiores níveis de dependência funcional apresentam níveis mais elevados de sofrimento psicológico. Estes dados estão de acordo com os observados na investigação desenvolvida por Perrig-Chiello *et al.* (2006), o qual afirma que a independência funcional está intimamente relacionada com o bem-estar psicológico e é considerada uma condição essencial ao envelhecimento bem-sucedido.

Apesar da maior parte (58%) viver com o cônjuge, é de salientar a elevada percentagem (29,3%) de idosos que vivem sozinhos.

Para Krause (2001), cit por Paúl *et al.* (2005) a atividade social mais importante para os idosos é conversar com os vizinhos, logo ter suporte social é um aspeto-chave do envelhecimento bem-sucedido. No presente estudo, os indivíduos que apresentam redes familiares e redes de amigos de maiores

dimensões são os que pertencem ao grupo etário mais baixo (65-74), ao género masculino, são casados e têm mais anos de escolaridade. Verifica-se também que a percentagem de indivíduos que vivem sozinhos aumenta com a idade, é maior entre as mulheres, nos indivíduos viúvos e com mais baixo rendimento.

Em relação ao modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco, verificamos que é constituído por 6 fatores, que explicam 67,5% da variância total da amostra.

A componente Psicológica, que tem o maior contributo no modelo (30,9) integra o “sofrimento psicológico”, “capacidade para resolver problemas”, “capacidade para ultrapassar dificuldades”, “falta de confiança em si próprio”, “sentir-se útil”, “capacidade de decisão”, “sentir-se feliz”, “sentir-se sob pressão”, “sentir-se infeliz ou deprimido(a)”, “capacidade de concentração”.

Estes itens, que estão ligados entre si, são influenciados por diversos fatores a que os indivíduos estão expostos durante a vida, como os genéticos, ambientais, laborais, sociais, culturais, os quais, no seu conjunto, afetam o processo de envelhecimento.

As variáveis mais determinantes nesta componente são o “sofrimento psicológico” e a “capacidade para resolver problemas”.

O sofrimento psicológico pode conduzir a situações de depressão e isolamento, muitas das vezes não diagnosticadas, por serem encaradas como fazendo parte do processo normal de envelhecimento. Esta situação pode agravar-se se a vida relacional e a rede social do idoso não constituírem “amortecedores” dos acontecimentos de vida stressantes (Fonseca, 2011).

A depressão nos idosos está muitas vezes relacionada com perdas de familiares, alteração dos papéis sociais, doenças e problemas económicos, originando significativas perdas da qualidade de vida, que se vão repercutir na capacidade para resolver problemas.

A componente Saúde subjetiva integra “perceção da condição física - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo”, “perceção de saúde - comparação com as pessoas da mesma idade e sexo”, “perceção da condição

física”, “percepção de saúde, percepção de saúde - comparação com o ano passado”, “saúde e segurança”.

Tal como aconteceu neste estudo, as investigações que efetuam abordagens à saúde subjetiva e à condição física procedem habitualmente à sua avaliação através da resposta a uma questão do tipo “diria que a sua saúde/condição física está/é...”. Pretende-se assim obter a avaliação que cada pessoa faz do seu estado de saúde/condição física, sendo também por vezes solicitada a percepção em comparação com indivíduos da mesma idade e sexo (Cappeliez *et al.*, 2004; Pinquart, 2001; Sillén *et al.*, 2005).

Os idosos apresentam resultados mais favoráveis quando a sua situação é avaliada através da comparação com os pares (Baltes&Smith, 2003, Botelho, 2005; Ocampo, 2010), o que não se verificou no presente estudo em relação às mulheres. Num estudo realizado com idosos com idade superior a 60 anos, verificou-se que os idosos mais velhos (idade igual ou superior a 80 anos) têm uma melhor saúde subjetiva do que os idosos mais jovens. Isto pode estar relacionado com a forma de conceptualizar a saúde, passando os idosos mais velhos a utilizar como critérios as suas características pessoais e sociais e não critérios físicos ou baseados na funcionalidade (Sposito *et al.*, cit. por Pimentel, 2014).

De acordo com Fonseca (2006) citado por Pimentel (2014) a saúde percebida e autoavaliada é considerada como um critério importante na predição do envelhecimento bem-sucedido dos idosos, pelo que a sua autoavaliação permite planear a intervenção e os cuidados, de acordo com as diferentes necessidades da população idosa (Botelho, 2005; Ocampo, 2010).

A componente Relações Familiares inclui “rede familiar”, “número de familiares”, “proximidade dos familiares”.

O risco de vulnerabilidade social associado aos idosos, levou a Organização Mundial de Saúde a reconhecer o apoio social, onde se inclui as redes de apoio social e o suporte social, como um importante fator na prevenção do isolamento social e como uma medida necessária para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

O suporte social, através da interdependência e solidariedade entre gerações, é fundamental para o processo de envelhecimento ativo, pelo efeito protetor que exerce, estando acometido habitualmente à família e aos amigos.

Apesar de a família ainda continuar a ser a estrutura que assegura, de forma mais assídua, o cuidado dos mais idosos, as rápidas transformações do mundo, assim como as modificações verificadas nas próprias estruturas familiares, vieram alterar o papel da família também nesse âmbito.

De acordo com Pimentel (2005) a mobilidade geográfica das novas gerações, os recursos económicos dos agregados familiares, o papel ativo da mulher no mundo laboral de que resulta menor disponibilidade para a tradicional função de cuidadora, associados ao aumento das famílias unipessoais, à maior autonomização dos jovens (em 2011, 5,4% dos indivíduos entre os 18 e os 34 anos constituem famílias unipessoais, verificando-se uma aumento em todas as regiões do país em relação a 2001 - INE, 2012), ao crescimento da monoparentalidade feminina (entre 2001 e 2011 houve um aumento de 12% deste tipo de núcleos familiares, com 48% a corresponderem a situações de mães com filhos dependentes - INE, 2012), à reconstituição dos núcleos conjugais com um aumento da conjugalidade informal (de 2,7% em 2001 para 6,6% em 2011 – INE, 2012) são condicionalismos que vieram alterar as relações intergeracionais e a função de apoio e atendimento da família aos idosos.

A componente “Funcionalidade” contempla a “autonomia física”, a “mobilidade” e a “autonomia instrumental”.

A funcionalidade traduz, genericamente, a capacidade do indivíduo viver de forma autónoma e de se relacionar com o seu meio de modo independente. Para Fernández-Ballesteros (2000), uma velhice saudável, competente e com um compromisso ativo com a vida assenta numa base funcional.

O declínio da capacidade funcional nos idosos aparece, com frequência, associado a um conjunto de fatores multidimensionais, cuja interação influencia a qualidade de vida. A identificação precoce desses fatores pode permitir a implementação de medidas com vista à prevenção da dependência funcional neste grupo. De acordo com Ricci *et al.* (2005) os idosos que apresentem

dependência em sete ou mais AVD têm três vezes mais risco de morte do que os indivíduos independentes.

A componente Satisfação com os serviços integra “ambiente físico”, “satisfação - meio de transporte, “satisfação - acesso aos serviços de saúde”, “disponibilidade de informação”.

A variável mais determinante nesta componente é o “ambiente físico”. O controlo sobre o ambiente físico constitui uma preocupação central dos idosos, uma vez que as barreiras do ambiente que possam existir promovem a insegurança e podem dificultar a participação.

O contexto ecológico é fundamental para garantir às pessoas as condições necessárias para satisfação das suas necessidades mas também para o exercício dos seus direitos.

Na meta estabelecida pela Comissão Europeia no âmbito da iniciativa “European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging (EIPAH), é salientada também a promoção de ambientes amigos dos idosos, como forma de promover o aumento em dois anos da esperança de vida saudável, que se preconiza para 2020.

A componente Relações com Amigos integra a existência de “amigos íntimos” e “número de amigos”.

A relação com os amigos é fundamental para reduzir o sentimento de solidão no idoso. Através da companhia, do suporte emocional e moral, os amigos contribuem para a melhoria da satisfação com a vida, podendo o efeito das redes de amigos ser potencialmente mais positivo do que a rede familiar, uma vez que se trata de uma escolha voluntária, enquanto a rede familiar é involuntária e baseada no sentido da obrigação (Litwak, 1981, in Paúl, 2005).

De acordo com Oliveira (2008) as relações e suporte social decrescem com a idade, mas as amizades mais próximas mantêm-se, havendo maior seletividade. Uma relação harmoniosa com outros indivíduos, com quem se partilhem vários interesses, substitui muitas vezes com vantagens, as relações de dependência pais-filhos” (Meier-Ruge, 1988, in Fernandes, 2000).

Apesar da extensão da rede de amigos diminuir progressivamente com a idade, poderá ser compensada com a existência de amigos íntimos, que pelo investimento afetivo, poderão ter um importante papel protetor na prevenção da depressão, a qual ocorre com maior frequência nas pessoas sem relações de proximidade.

O menor número de confidentes demonstra ter efeitos negativos na qualidade de vida percebida pelos idosos, pelo que se conclui que a qualidade das relações dentro das redes é mais importante do que a extensão da própria rede. É essa a realidade dos meios urbanos, onde os idosos parecem estar mais isolados socialmente, mas os confidentes que possuem parecem compensar a inexistência de uma rede social mais alargada, ao nível da qualidade de vida percebida (Paúl, 2005, cit. por Freitas, 2011).

Para Fonseca (2012) os idosos tendem a exprimir maior satisfação com a vida se os amigos predominarem, salientando-se a relação com um confidente como mais importante para a satisfação com a vida do que a quantidade de interações com a família ou amigos.

Quando olhamos para o modelo de Envelhecimento Ativo encontrado neste estudo e o modelo proposto originalmente pela Organização Mundial de Saúde, constatamos que o modelo aplicado à população do distrito de Castelo Branco não é semelhante ao original: há determinantes novos, outros que desaparecem, e um arranjo inovador entre os fatores determinantes surge agora à vista (por ordem de importância para a explicação do modelo): componente psicológica, saúde subjetiva, relações familiares, ambiente físico, funcionalidade, relações com amigos. No entanto, o "envelhecimento ativo" permanece uma construção complexa, onde a componente psicológica, a saúde subjetiva e as relações familiares desempenham o papel principal. A análise estatística efetuada mostrou-nos com clareza que muitos dos determinantes estão entrelaçados, refletindo a transação entre fatores individuais e ambientais na adaptação ao processo de envelhecimento e na compreensão do que significa envelhecer ativamente.

Ao contrário do que inicialmente poderíamos prever, os determinantes económicos e os serviços sociais, apesar da sua relevante associação às necessidades pessoais, não configuram fatores independentes, à semelhança do que Paúl *et al.* (2012) tinham verificado para o conjunto da população portuguesa. Aparentemente, as pessoas idosas do distrito de Castelo Branco parecem perceber e avaliar a realidade relativa às condições sociais e pessoais através dos seus próprios valores e necessidades, acrescentando às suas circunstâncias reais a valorização do que estão a enfrentar, o que explica a preponderância da componente psicológica no modelo proposto. Na verdade e globalmente, a componente psicológica constitui a principal componente do envelhecimento ativo, o que está em linha com o observado por Pruchno *et al.* (2010). Nesta componente psicológica encontramos quer características positivas (por exemplo, felicidade, otimismo) quer negativas (por exemplo, sofrimento psíquico), reforçando a importância da associação do afeto à mortalidade e à longevidade.

A saúde subjetiva mostrou-se muito sensível ao género e à idade, como esperado, contribuindo de forma independente para o envelhecimento ativo. O relacionamento social, sobretudo no âmbito familiar, confirma a importância das redes sociais de suporte (Bowling, 1991) para o envelhecimento ativo, bem-sucedido; funcionando igualmente como um fator determinante para a maior ou menor capacidade de adaptação aos desafios do envelhecimento.

O modelo de Envelhecimento Ativo alcançado neste estudo reafirma as principais contribuições que as teorias acerca do envelhecimento têm produzido, nomeadamente, pela importância dada ao aspeto subjetivo no modo como se envelhece. Mas, para além dos fatores individuais, o peso relativo de cada fator no conjunto do modelo poderá mudar de acordo com os contextos, enfatizando a necessidade de diferentes programas de intervenção para promover a qualidade de vida respeitando as diversas trajetórias de vida. Por exemplo, rendimento mais elevado poderá compensar redes sociais menores ou uma disposição otimista poderá compensar problemas de funcionalidade (Paúl *et al.*, 2012). Para além disso, sendo certo que encontramos problemas de saúde e algumas limitações funcionais na maioria das pessoas idosas, a diferença entre envelhecer ativamente

ou não pode centrar-se nas características psicológicas (Fonseca, 2014), isto é, nas condições que lhes permitem lidar com os declínios relacionados com o envelhecimento e manterem-se comprometidas com a vida.

Ao manterem-se ativas no sentido mais amplo do conceito, as pessoas de mais idade parecem superar as dificuldades, mantêm-se altamente motivadas para participar na vida social e envolvem-se em comportamentos saudáveis que aumentam a sua qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

O modelo de Envelhecimento Ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde (2001) nunca foi empiricamente validado e estudos como este ou anteriores baseados nesse modelo e realizados em Portugal (Paúl *et al.*, 2012; Reis, 2011) mostraram sempre uma grande interligação entre os determinantes. Por este motivo, tal modelo requer novos desenvolvimentos, nomeadamente, pelo estudo dos mecanismos psicológicos que possam estar relacionados com a capacidade de lidar com o envelhecimento, especialmente entre os muito idosos. Abordagens baseadas na cultura também devem ser consideradas, tanto mais que já se passaram 14 anos desde o lançamento do modelo e novos dados de natureza sociocultural estão hoje presentes nas sociedades do Ocidente, ligados, nomeadamente, à sustentabilidade dos regimes de proteção social para a velhice.

A tese agora apresentada tem uma grande limitação, que decorre do uso exclusivo de medidas de autoavaliação (questionários, escalas), o que pode levar à obtenção de uma "realidade percebida" em geral, enquanto alguns dos ativos determinantes do envelhecimento ativo deverão ser avaliados de forma mais objetivo (por exemplo, a presença efetiva dos serviços sociais e de problemas de saúde). Este aspeto deve ser considerado na interpretação de nossos resultados e na realização de novas pesquisas. Outra limitação prende-se com o processo de amostragem (não estratificada previamente), o que pode ter originado uma seleção de idosos mais ativos. Consideramos que novos estudos devem compreender diferentes processos de seleção de amostra e uma cobertura mais ampla das pessoas mais velhas procurando, desse modo, uma visão mais representativa da população portuguesa.

De resto, o desafio do envelhecimento ativo continuará a passar pela saúde e pelo funcionamento independente, enquanto as variáveis psicológicas - e este é um dos méritos desta tese - parecem ser altamente relevantes para determinar a adaptação individual ao processo de envelhecimento. Neste sentido, as intervenções dirigidas à população idosa não poderão apenas considerar a prevenção de problemas de saúde mas incidir igualmente no aumento da resiliência psicológica, evitando a solidão e procurando aumentar a felicidade e o bem-estar subjetivo. Outras variáveis sociais e políticas devem também ser consideradas, mas essas exigem intervenções a um nível mais vasto, como sejam o aumento do rendimento disponível e o planeamento cuidadoso da vida após a reforma.

## **PARTE V - CONCLUSÕES**

## 11 CONCLUSÕES

Apesar de cada pessoa utilizar distintas estratégias de adaptação e de vivenciar o processo de envelhecimento de forma diferenciada, a necessidade de se acrescentar “*mais vida aos anos*”, ou “*mais bem-estar à longevidade*”, passou a constituir um importante desafio para toda a sociedade.

Para alcançar esse objetivo é fundamental que as pessoas se mantenham independentes e ativas, com uma capacidade funcional que permita *garantir* a qualidade de vida necessária ao bem-estar desejado.

A capacidade funcional é geralmente avaliada em termos da habilidade e autonomia para realizar as atividades da vida diária, sendo considerada uma dimensão determinante da saúde e da qualidade de vida do idoso, pelo que a sua manutenção constitui uma importante preocupação, por um lado porque garante a realização de atividades com independência e, por outro, porque permite manter o contacto até mais tarde com o meio laboral e, conseqüentemente, social.

No presente estudo, realizado com base no modelo de Envelhecimento Ativo da OMS (2002), procurámos caracterizar a funcionalidade das pessoas idosas, relacionar a funcionalidade como os fatores determinantes propostos pelo modelo da OMS, e identificar os determinantes que mais contribuem para o envelhecimento ativo na população, criando um modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco.

Tendo em conta a variável género, considerada transversal ao modelo, verificámos que as mulheres são tendencialmente mais velhas, há mais mulheres viúvas, são mais dependentes na funcionalidade, mobilidade e autonomia instrumental, têm uma pior perceção sobre o seu estado de saúde, o que se confirma quando se comparam com as mulheres da mesma idade. Apresentam maior sofrimento psicológico que os homens, têm ainda uma rede familiar e uma rede de amigos de menores dimensões, assim como um menor número de confidentes, o que corresponde a um maior isolamento social. São também as

mulheres que apresentam rendimentos médios inferiores. Estes dados estão de acordo com Brown *et al.* (2007), que considera o género como uma variável importante no estudo do envelhecimento, quando afirma que homens e mulheres distinguem-se na forma de envelhecer, com uma tendência para as mulheres apresentarem maior multimorbilidade, estarem mais isoladas, sentirem-se mais deprimidas e apresentarem pior bem-estar subjetivo.

Em relação aos determinantes pessoais, verificamos que o sofrimento psicológico, apesar de não ser prevalente na amostra, encontra-se associado à idade, ao género, à escolaridade, ao local de residência, ao agregado familiar e à dependência funcional.

No que diz respeito aos determinantes comportamentais, na análise da perceção sobre a saúde e sobre a condição física predomina a posição aceitável, com os indivíduos mais velhos, do género feminino, viúvos, menos escolaridade e que vivem com os filhos a terem uma pior perceção de saúde, o que se repete também para a condição física. Verificou-se ainda que os indivíduos com pior perceção de saúde e com pior perceção da condição física apresentam maior dependência funcional.

Relativamente aos determinantes do ambiente social verifica-se que um quarto dos indivíduos vive só, situação que aumenta com a idade, grande parte são aposentados e não realizam qualquer trabalho voluntário. Ao analisar a rede de suporte social verifica-se que a rede familiar se associa à idade, género e estado civil enquanto a rede de amigos e de confidentes é maior nos homens. Ter mais escolaridade também está associado à rede de amigos, a qual tem uma maior dimensão nos indivíduos mais novos. Estes dados estão de acordo com os obtidos por Reis (2011) no estudo realizado na Região Autónoma da Madeira.

No que se refere aos determinantes do ambiente físico avalia-se a segurança física e proteção, e a qualidade do ambiente, e a disponibilidade de recursos e equipamentos, fundamentais para a promoção da independência e para o exercício dos direitos dos idosos. Os indivíduos mais satisfeitos em relação a estas dimensões apresentam maior independência funcional.

No âmbito dos determinantes sociais e de saúde, verificou-se maior satisfação com a saúde e segurança por parte dos homens, mais novos, casados, com mais anos de escolaridade. Os indivíduos que residem em meio rural apresentam menor satisfação com as dimensões serviços e recursos e saúde e segurança e maior satisfação na dimensão residência e sociabilidade.

Relativamente aos determinantes de natureza económica, grande parte possui moradia própria e independente e o principal meio de vida é a pensão/reforma por velhice. Cerca de metade dos indivíduos têm um rendimento igual ou inferior a 485€. Os mais novos e com mais anos de escolaridade têm rendimentos mais elevados, sendo as mulheres e os viúvos os que recebem menos.

A funcionalidade, tema central do presente estudo, foi avaliada através da escala de Atividades da Vida Diária (AVD). Através da análise fatorial foram identificados quatro componentes: funcionalidade (escala completa) e as respetivas dimensões, mobilidade, autonomia instrumental e autonomia física.

Os níveis de independência verificados são elevados para a generalidade da amostra. A autonomia física é a componente onde se verificam níveis mais elevados de independência e a mobilidade a dimensão onde se verifica maior dependência funcional.

Apresentam maior nível de dependência em todas as componentes, os indivíduos mais idosos, as mulheres, os viúvos que vivem com os filhos, com pior perceção sobre o seu estado de saúde/condição física e com pior perceção sobre a qualidade de vida.

Os indivíduos com maior sofrimento psicológico apresentam maior dependência funcional, nomeadamente na componente mobilidade.

Ao testar o modelo de Envelhecimento Ativo para a população do distrito de Castelo Branco, verificamos que é constituído por 6 fatores: componente psicológica, saúde subjetiva, relações familiares, funcionalidade, satisfação com os serviços e relações com amigos.

Os determinantes do envelhecimento ativo devem ser entendidos como metas a alcançar por todos os indivíduos ao longo do seu processo de

desenvolvimento, isto é, ao longo da vida. Pretende-se assim que o envelhecimento se baseie na independência e na autonomia.

Nesse sentido, é fundamental implementar políticas de saúde, sociais, de educação que, no seu conjunto, promovam melhores condições de vida à população, com vista à redução de doenças crónicas e à maior participação em atividades sociais, culturais e políticas, o que se traduzirá numa melhor qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Em Portugal, as estratégias de promoção do envelhecimento ativo, bem como a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas, estão contempladas no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da responsabilidade da Direção Geral de Saúde.

Sem prejuízo das orientações gerais, definidas nesse programa, que visam a manutenção da autonomia, a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas, é necessário proceder ao desenvolvimento de políticas e à implementação de medidas concretas para a população estudada, tendo em conta as suas características.

Por isso, os resultados obtidos com o presente estudo devem constituir subsídios para a implementação de programas adequados às necessidades dos idosos.

Nesse sentido, será proposta, a cada autarquia do distrito, a elaboração de um Plano Gerontológico com vista à caracterização da população, à identificação de necessidades, à definição de objetivos estratégicos e medidas de intervenção, à supervisão e acompanhamento da concretização das ações e à sua posterior avaliação.

Procurar-se-á, assim, promover a otimização das oportunidades de saúde, de participação social e segurança, promovendo uma cidadania plena, uma sociedade mais inclusiva e uma maior qualidade de vida das pessoas idosas.

## BIBLIOGRAFIA

Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp.63-92). Lisboa: Coisas de Ler.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. S. Francisco: Jossey-Bass.

Antonucci, T., Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17 (11-12), 737-749.

Bäckman, L., Small, B.J., Wahlin, A., Larsson, M. (2000). Cognitive function in very old age. In F. Craik & T. Salthouse (Org), *The handbook of aging and cognition* (p. 499-558). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Baltes, P., Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Baltes, P., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Batistoni, S., Neri, A., & Cupertino, A. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 44, 1137-1143. doi:10.1590/S0034-89102010000600020

Birren, J. (1995). New models of aging: comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), pp. 1-3.

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos Idosos. In : Paúl, C.; A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*, 111-135. Lisboa: Climepsi Editores.

Botelho, A. (2014). Envelhecimento e funcionalidade. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp.31-62). Lisboa: Coisas de Ler.

Bovenberg, L., Nijman, T. (2010). Innovative institutions and products for retirement provision in Europe. In Lans Bovenberg, Arthur Van Soest & Asghar Zaidi (Eds), *Ageing, health and pensions in Europe* (p. 67-103). McMillan Palgrave.

Bowling, A. (1994). Social network and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 9, 447-459.

Bowling, A., Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing*, 35, 6, 607-614.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D., Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56, 269-306.

Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36 (3), 310-315.

Brandtstädter, J., Rothermund, J. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 118.

Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, 22, 372-379. doi:10.1037/0882-7974.22.2.372

Campbell, A.J., Buchner, D.M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, 26 (4), 315-318.

Cappeliez, P., Sèvre-Rosseau, S., Landreville, P., & Prévillle, M. (2004). Physical health, subjective health, and psychological distress in older adults: Reciprocal relationships concurrently and over time. *Ageing International*, 29, 247-266. doi:10.1007/s12126-996-1001-y

Carstensen, L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G., Brooks, K.P., Nesselroade, J.R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26 (1), 21-33.

Carver, C., Sutton, S., Scheier, M. (2000). Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 741-751.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, Roland, Vaupel, J. (2009). Ageing population: Challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.

DeLongis, A., Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support and personality in coping. *Journal of Personality*, 73 (6). doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x

Demakakos, P., Hacker, E., Gjonça, E. (2006). Perceptions of ageing. In J. Banks, E. Breeze, C. Lessof & J. Nazroo (Org), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2)* (p. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.

Depp, C.A., Jeste, D.V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.

Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde.

Duay, D.L., Bryan, V.C. (2006). Senior adults' perceptions of successful aging. *Educational Gerontology*, 32 (6), 423-445.

Edwards, P., Tsouros, A. (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments – The role of local governments*. Genève: World Health Organization.

EC - European Commission (2013). *Report on health inequalities in the European Union*. Brussels: European Commission.

Erwin, T., Kuiper, R., Chorus, A., Hopman-Rocka, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12, 329-338.

*Eurostat Yearbook (2014)*

(<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5785629/KS-HA-14-001-EN.PDF>)

Fernandes, A. (2014). (R)evolução demográfica, saúde e doença. In A.M. Fonseca (Coord), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.13-18). Lisboa: Coisas de Ler.

Fernandes, A.A., Perelman, J., Mateus, C. (2009). *Health and health care in Portugal: Does gender matter?* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge.

Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarron, M.D., Caprara, M. (2007). Quality of life, life satisfaction and positive aging. In R. Fernández-Ballesteros (Org), *GeroPsychology: European perspectives for an aging world* (p.196-223). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Ferreira, P., Rodrigues, R., Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.

Ferreira, P.M. (2011). *Envelhecimento activo e relações intergeracionais*. In Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia.

Fillenbaum, G.G. (1996). Functional ability. In S. Ebrahim & A. Kalache (Eds), *Epidemiology in old age* (p. 228-235). London: BMJ Publishing Group.

Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F., Walter, U. (2003). Health in the context of growing old: Social representations of health. *Journal of Health Psychology*, 8 (5), 539-556.

Fonseca A.M. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A.M. (2005b). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Org), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.281-311). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ªed). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A.M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra: Edições Almedina.

Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Org), *Manual de gerontologia* (p.95-106). Lisboa: LIDEL.

Fonseca, A.M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.153-178). Lisboa: Coisas de Ler.

Fonseca, A.M. (2015, no prelo). Fundamentos psicológicos para um envelhecimento activo. In Vários, *Envelhecer e aprender*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.

Fonseca, A.M., Paúl, C., Martín, I., Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl e A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, p.97-108. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Fonseca, A.M., Paúl, C., Martín, I. (2008). Life satisfaction and quality of life in Portuguese old people living in the community. *Portuguese Journal of Social Science*, 7, 2, 87-102.

Fouquereau, E., Fernandez. A., Fonseca, A.M. (2005). Perceptions and satisfaction with retirement: A comparison of six European Union countries. *Psychology and Aging*, 20, 524-528.

Fox, M.T., Sidani, S., Persaud, M., Tregunno, D., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. (2013). Acute care for elders components of acute geriatric unit care: Systematic descriptive review. *Journal of the American Geriatric Society*, 61 (6), 939-946.

Frazier, L.D., Hooker, K., Johnson, P.M., Kaus, C.R. (2000). Continuity and change in possible selves in later life: A 5-year longitudinal study. *Basic Applied Social Psychology*, 22, 3, 237-243.

Freitas, P. (2011). Solidão em Idosos - percepção em função da rede social. II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada. Universidade Católica Portuguesa

Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D., Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59 (3), M255-M263.

Fries, J. (1990). Medical perspectives upon successful aging. In P. Baltes & M. Baltes (Eds), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.

Gangbè, M., Ducharme, F. (2006). Le «bien vieillir»: Concepts et modèles. *Medical Science*, 22, 3, 297-300.

Gill, T.M., Gahbauer, E.A., Han, L., Allore, H.G. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *New England Journal of Medicine*, 362 (13), 1173-1180.

Glover, R. (1998). Perspectives on aging: Issues affecting the later part of the life cycle. *Educational Gerontology*, 24, 325-331.

Gonçalves, D. (2014). Cuidados psicológicos: A depressão em idosos. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.263-290). Lisboa: Coisas de Ler.

Guillemard, A.-M. (2008). *Où va la protection sociale?* Paris : PUF.

Hair, J. F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Mena, J. A. (2012). An assessment of the use of partial least squares structural equation modeling in marketing research. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40 (3), 414-433.

Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1 (1), 8-13.

Hayflick, L. (2000). The future of ageing. *Nature*, 408, 267-269.

Healthy Ageing Project (2007). *Healthy Ageing - A challenge for Europe*. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health.

Heckhausen J., Krueger, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparison. *Developmental Psychology*, 29, 3, 539-548.

Heikkinen, R. (1993). Patterns of experienced ageing with a Finnish cohort. *International Journal of Ageing and Human Development*, 36 (4), 269–277.

Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 277–320.

Holliday, R. (2006). Aging is no longer an unsolved problem in biology. *Annual New York of Academy of Sciences*, 1067, 1-9.

Holahan, C., Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.

INE (2012). *Censos - Resultados definitivos. Portugal – 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Kalache, A., Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing, *World Health*, 4, 4-5.

Kim, S.H. (2009). Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behavior and health status. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1, 84-91.

Kite, M., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., Johnson, B. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61, 241-266.

Kotter-Gruhn, D., Kleinspehn, A., Gerstorf, D., Smith, J. (2009). Self-Perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24, 654-667.

Krouts, J., Coward, R. (1998). Aging in rural environments. In R. Coward & J. Krouts (Eds). *Aging in rural settings. Life circumstances and distinctive features*. New York: Springer Publishing Company.

Kunzmann, U., Little, T.D., Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15* (3), 511-526.

Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*, 179-186.

Lazarus, R., Lazarus, B. (2006). *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.

Letra, M., Martín, I. (2010). *Estatísticas de equipamentos sociais de apoio à Terceira Idade em Portugal - 2010*. Porto: UNIFAI.

Levy, B.R. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 6, 1092-1107.

Levy, B.R., Slade, M.D., Kasl, S.V., Kunkel, S.R. (2002a). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 2, 261-270.

Levy, B.R., Slade, M.D., Kasl, S.V. (2002b). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57 B*, 409-417.

Livingston, G., Cooper, C., Woods, J., Milne, A., Katona, C. (2008). Successful ageing in adversity: the LASER-AD longitudinal study. *Journal of Neurology Psychiatry, 79* (6), 641-645.

Lubben, J. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale. *Gerontologist, 46* (4), 503-513.

Lupien, S., Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B. Biological Sciences*, 359 (1449), 1413-1426.

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Manciaux, M. (2003). Resiliencia y edad avanzada. In M. Manciaux (Coord), *La resiliencia: Resistir y rehacerse* (p.103-110). Barcelona: Gedisa Editorial.

Manton, K.G., Corder, L., Stallard, E. (1997). Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 94, 2593-2598.

Markus, H., Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.

Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Marques, S., Lima, M.L. (2010). Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo. *In-Mind\_Português*, 1, 1, 13-21.

Matras, J. (1990). *Dependency, obligations and entitlement: A new sociology of aging*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

McCrae, R.R., Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 81-90.

Montepare, J. M., Lachman, M. E. (1989). "You're only as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4 (1), 73-78.

Moos, R., Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. Moos (Ed), *Coping with life crises: An Integrated Approach* (p. 3-28). New York: Plenum Press.

Morley, J., Vellas, B., Kan, A., Anker, S., Bauer, J., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W., Doehner, W., Evans, J., Fried, L., Guralnik, J., Katz, P., Malmstrom, T., McCarter, R., Robledo, L., Rockwood, K., Haehling, S., Vandewoude, M., Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*, 392-397.

Motta, M., Bennati, E., Ferlito, L., Malaguarnera, M., Motta, L. (2005). Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives of Gerontology & Geriatrics, 40* (3), 241-251.

Nelson, T. (2009). Ageism. In T. Nelson (Ed), *Handbook of prejudice, stereotyping and discrimination* (p. 431-440). New York: Psychology Press.

Nikolova, R., Demers, L., Béland, F., Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 52*, 12-17.

Nogueira, S., Ribeiro, R., Rosado, L., Franceschini, S., Ribeiro, A., Pereira, E. (2010) Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos (SP)*, v. 14 (4): 322-329

Nunes, M., Ribeiro, R., Rosado, L., Franchescini, S. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos (SP)*, v. 3 (5): 376-382

Ocampo, J. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica, 41*, 275- 289

OCDE - OECD (1998). *Maintaining prosperity in an ageing society*. Paris: OECD.

OCDE - OECD (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?* Economics Department Working Papers Nº 477. Paris: OECD.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso*. Porto: Legis Editora.

Olshansky, S., Goldman, D., Zheng, Y., Rowe, J. (2009). Aging in America in the Twenty-first Century: Demographic Forecasts from the MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society. *Milbank Quarterly*, 87 (4), 842-862.

Papaléo Netto, M. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Paúl, C (1992). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. ICBAS-UP.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.

Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: Diferentes necessidades, diferentes desafios. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p.353-367). Lisboa: Coisas de Ler.

Paúl, C., Ayes, S., Ebrahim, S. (2006). Psychological distress loneliness and disability in old age. *Psychology, Health and Medicine*, 11 (2), 221-232.

Paúl, C., Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paúl, C., Fonseca, A.M., Cruz, F., Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.

Paúl, C., Fonseca, A.M., Ribeiro, O. (2008, Sept.). Protocol of Assessment of Active Ageing (P3A). *Proceedings of the Annual Conference of the British Society of Gerontology – Sustainable Futures in an Ageing World*. Bristol.

Paúl, C., Ribeiro, O., Teixeira, L. (2012). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 1, 1-10.

Petrossi, K.H. (2005). *Expanding the science of successful aging: Older adults living in continuing care retirement communities* [Doctor of Philosophy Thesis]. Florida: University of South Florida.

Phelan, E., Larson, E. (2002). Successful aging: Where next? *Journal of American Geriatrics Society*, 50 (7), 1306-1308.

Pimentel, A. (2014). Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários. (Tese de Doutoramento). Universidade de Évora

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto

Pinquart, M., Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.

Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405. doi:10.1023/A:1013938001116

Pinto, A.M. (2009). Porque envelhecemos? In Vários, *O tempo da vida* (p. 107-116). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M., & Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50, 821–833.

Reis, M. (2011). Da incapacidade à actividade: o desafio do envelhecimento. Vista sobre a população da Região Autónoma da Madeira (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto

Resnick, N., Dosa, D. (2005). Part One. Introduction to Clinical Medicine: 8. Geriatric Medicine. In A.S. Fauci, *et al.* (Eds), *Harrison's principles of internal medicine* (16<sup>th</sup> Ed). McGraw-Hill Medical.

Resnick, B., Gwyther, L., Roberto, K. (2011). *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes*. New York: Springer.

Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: LIDEL.

Richardson, S., Karunanathan, S., Bergman, H. (2011). I May Be Frail But I Ain't No Failure. *Canadian Geriatric Journal*, 14, 1, 24-28.

Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional dos idosos em assistência domiciliar. *Revista Saúde Pública* 2005; 39(4): 655-662.

Ringle, C. M., Wende, S., and Becker, J.-M. (2015). "SmartPLS 3." Boenningstedt: SmartPLS GmbH, <http://www.smartpls.com>.

Rohr, M.K., Lang, F.R. (2009). Aging well together – a mini-review. *Gerontology*, 55 (3), 333-343.

Rothermund, C., Brandtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18 (4), 896-905.

Rowe, J., Kahn, R. (1998). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 4, 433-440.

Rowe, J.W., Kahn, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149.

Ryff, C. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 2, 286-295.

Santos, I., Botelho, A., Borges, A., Capela, A., Nora, D., Marques, F., Frazão, G., Bogalho, I., Queirós, M.J., Alfarroba, S., Libório, T. (2009). Comorbilidade e funcionalidade. Estudo observacional de um coorte de doentes. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 779-788.

Sarkisian, C.A., Hays, R.D., Mangione, C.M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding health care seeking among older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 1837-1843.

Schlossberg, N.K. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9 (2), 2-18.

Silva, E.D. (2005). Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Org), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.139-158). Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, J., Smith-Menezes, A., Tribess, Rómo-Perez, V., Júnior, J. (2012) Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*; 15(1): 49-62

Sillén, U., Nilsson, J., Mansson, N., & Nillson, P. (2005). Self-rated health in relation to age and gender : Influence on mortality risk in the Mälmo Preventive Project. 171 *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 183-189. doi:10.1080/14034940410019235.

Smith, J. (2000). *The Fourth Age: A Period of Psychological Mortality?* Paper presented at Harnack-Haus Forum, December 2000.

Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2006). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: CLIMEPSI.

Spar, E.J., La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: CLIMEPSI.

Staudinger, U., Marsiske, M., Baltes, P. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol.2: Risk, disorder, and adaptation* (p. 801-847). New York: Wiley.

Stoller, E. P., & Pugliesi, K. L. (1988) *Informal networks of community-based elderly: Changes in composition over time. Research on Aging, 10, 499–516*

Taekema, D., Gussekloo, J., Westendorp, R., Craen, A., Maier, A. (2012). Predicting survival in oldest old people. *The American Journal of Medicine*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.01.034>

Teixeira, I., Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP, 19, 1, 81-94*.

Tesch-Römer, C. (2007). *Freedom of choice and dignity for the elderly*. Berlin: German Centre of Gerontology.

Tournier, P. (1997). *Aprendiendo a envejecer*. Barcelona: Clie.

Troutman, M.M., Nies, M.A., Small, S.S., Bates, A.A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Research Gerontological Nursing, 4, 3, 221-232*.

Varshney, S. (2007). *Predictors of successful aging: Associations between social network patterns, life satisfaction, depression, subjective health, and leisure time activity for older adults in India*. Doctor of Philosophy, University of North Texas.

Walker, A. (2009). Commentary: The Emergence and Application of Active Aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21, 75–93.

Walker A. & Maltby, T. 2012 Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x

Wenger C. (1987) A network tipology: From theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5, 2, 147-162.

Williamson, J.D., Espeland, M., Kritchevsky, S.B., Newman, A.B., King, A.C., Pahor, M., Guralnik, J.M., Pruitt, L.A., Miller, M.E. (2009). Changes in cognitive function in a randomized trial of physical activity: Results of the lifestyle interventions and independence for elders pilot study. *Journal of Gerontology Series A - Biological Sciences and Medical Science*, 64, 688–694.

WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Genève: World Health Organization.

Wurtele, S.K. (2009). Activities of older adults” survey: tapping into student views of the elderly. *Educational Gerontology*, 35, 1026-1031.

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **Instrumento de Colheita de Dados**

--	--	--	--



**Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos – UNIFAI**  
**Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (ICBAS-UP)**

## **Projecto DIA**

### **Da Incapacidade à Actividade: o desafio do envelhecimento**

Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia

POCTI / PSI / 56505 / 2004 - Psicologia

## **PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

Porto, 2006



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

### Consentimento

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores respeitantes aos instrumentos de avaliação utilizados no âmbito do Projecto de Investigação **Caracterização do Perfil de Envelhecimento Activo na Beira Interior**, realizado pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco sob a coordenação de Carlos Maia (carlosmaia@ipcb.pt). Fiquei ciente do tipo, duração e características dos referidos instrumentos, bem como dos objectivos da sua realização.

A todos os dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação dos instrumentos. Garantem-me igualmente total anonimato dos dados a serem tratados. Sei que posso retirar-me do estudo em qualquer altura, sem apresentar justificações. Nestas condições, é de minha livre vontade que dou o meu consentimento à realização dos instrumentos de avaliação psicológica que me foram propostos.

Castelo Branco, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2011

---

(Assinatura)

**1. Identificação Geral**

**2. Determinantes Pessoais**

> General Health Questionnaire

**3. Determinantes Bio-Comportamentais**

> Saúde e Estilos de Vida

**4. Determinantes Sociais**

> Escala de Rede de Apoio Social

**5. Determinantes do Ambiente Físico**

> Sub-escala de ambiente físico – WHOQOL Breve

**6. Determinantes de Serviços Sociais e de Saúde**

> Inventário de Satisfação com a Vida

**7. Determinantes Demográficos e Económicos**

> Indicadores Demográficos e Económicos

**8. Follow-up**

## | Identificação Geral |

Referência: \_\_\_\_\_

1. **Idade** 65 – 74 anos  75 – 84 anos  ≥ 85 anos

2. **Data Nascimento** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. **Género** Feminino  Masculino

4. **Estado Civil** Casado(a) / União de facto  Viúvo(a)  Outro (a)

5. **Filhos** \_\_\_♀ \_\_\_♂

6. **Netos** Sim  Não

7. **Escolaridade** < 9 anos escolaridade

≥ 9 anos escolaridade

8. **Residência permanente** Cidade  Aldeia

9. **Com quem vive** Cônjuge  Sozinho(a)  Filho(s)  Outra situação

**Outros dados** \_\_\_\_\_

**Data de recolha de dados** \_\_\_/\_\_\_/2011 **O(a) técnico(a) responsável:** \_\_\_\_\_

**General Health Questionnaire (GHQ-12)**

(Goldberg & Hillier, 1979)

Por favor assinale com um círculo à volta da alternativa (0, 1, 2 ou 3) que mais se aplica à sua situação durante as últimas semanas.

1. Recentemente tem sido capaz de se concentrar no que está a fazer?  

0	1	2	3
Melhor	Como o costume	Pior	Muito pior
do que o costume		do que o costume	do que o costume
  
2. Recentemente tem tido dificuldade em dormir por andar preocupado(a)?  

0	1	2	3
De maneira	Não mais do	Um pouco mais	Muito mais
nenhuma	que o costume	do que o costume	do que o costume
  
3. Recentemente tem-se sentido útil?  

0	1	2	3
Mais do que	Como o costume	Menos	Muito menos
o costume		do que o costume	do que o costume
  
4. Recentemente tem-se sentido capaz de tomar decisões?  

0	1	2	3
Mais do que	Como o costume	Menos	Muito menos
o costume		do que o costume	do que o costume
  
5. Recentemente tem-se sentido constantemente sob pressão?  

0	1	2	3
De maneira	Não mais do	Um pouco mais	Muito mais
nenhuma	que o costume	do que o costume	do que o costume
  
6. Recentemente tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?  

0	1	2	3
De maneira	Não mais do	Um pouco mais	Muito mais
nenhuma	que o costume	do que o costume	do que o costume

7. Recentemente tem sido capaz de ter prazer com as suas actividades do dia-a-dia?
- |                          |                |                           |                                 |
|--------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------------|
| 0                        | 1              | 2                         | 3                               |
| Mais do que<br>o costume | Como o costume | Menos<br>do que o costume | Muito menos<br>do que o costume |
8. Recentemente tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?
- |                          |                |                           |                                 |
|--------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------------|
| 0                        | 1              | 2                         | 3                               |
| Mais do que<br>o costume | Como o costume | Menos<br>do que o costume | Muito menos<br>do que o costume |
9. Recentemente tem-se sentido infeliz ou deprimido(a)?
- |                       |                              |                                   |                                |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 0                     | 1                            | 2                                 | 3                              |
| De maneira<br>nenhuma | Não mais do<br>que o costume | Um pouco mais<br>do que o costume | Muito mais<br>do que o costume |
10. Recentemente tem perdido confiança em si próprio(a)?
- |                       |                              |                                   |                                |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 0                     | 1                            | 2                                 | 3                              |
| De maneira<br>nenhuma | Não mais do<br>que o costume | Um pouco mais<br>do que o costume | Muito mais<br>do que o costume |
11. Recentemente tem pensado em si próprio(a) como alguém sem utilidade?
- |                       |                              |                                   |                                |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 0                     | 1                            | 2                                 | 3                              |
| De maneira<br>nenhuma | Não mais do<br>que o costume | Um pouco mais<br>do que o costume | Muito mais<br>do que o costume |
12. Recentemente tem-se sentido no geral razoavelmente feliz?
- |                          |                |                           |                                 |
|--------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------------|
| 0                        | 1              | 2                         | 3                               |
| Mais do que<br>o costume | Como o costume | Menos<br>do que o costume | Muito menos<br>do que o costume |

---

**Saúde e Estilos de Vida**

(Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999 - Adaptado)

---

**I. AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE**

**1. Em geral considera que a sua saúde é:**

- a) Muito Boa
- b) Boa
- c) Aceitável
- d) Fraca
- e) Muito Fraca

**2. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua saúde em geral?**

- a) Muito melhor do que há um ano
- b) Um pouco melhor do que há um ano
- c) Mais ou menos na mesma
- d) Um pouco pior do que há um ano
- e) Muito pior do que há um ano

**3. Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como se acha em termos de saúde?**

- a) Muito melhor
- b) Um pouco melhor
- c) Mais ou menos na mesma
- d) Um pouco pior
- e) Muito pior

**4. Usa algumas “ajudas” para lidar com a vida do dia a dia? Por exemplo, óculos, lentes de contacto, aparelho auditivo, bengala ou cadeira de rodas?**

- a) Não
- b) Sim  Especifique: \_\_\_\_\_

**5. Tem algum(s) problema(s) de saúde que interfiram de alguma forma com as suas actividades (profissionais ou de trabalho doméstico)?**

- a) Não  Avance para a questão 8.
- b) Sim  Avance para a questão 6.

**6. Já foi ao médico por causa desse(s) problema(s)?**

- a) Não
- b) Sim
- c) Sim, nos últimos 3 meses
- d) Sim, nos últimos 6 meses
- e) Sim, há mais de 6 meses

**7. Pode falar um pouco desse(s) problema(s)?** (Peça à pessoa para ser o mais breve possível.)

---

---

**8. Neste momento, sofre de algum problema médico que dure há mais de três meses e tenha sido diagnosticado pelo médico?**

- a) Não   
b) Sim

**Pode falar-me um pouco desse (s) problema (s)?**

(Peça à pessoa para ser o mais breve possível.)

---

---

---

## **II. CAPACIDADE FÍSICA**

**1. Em geral, diria que a sua condição física é:**

- a) Muito boa   
b) Boa   
c) Aceitável   
d) Fraca   
e) Muito Fraca

**2. Comparativamente com a maior parte das pessoas da sua idade e sexo, como é a sua condição física?**

- a) Muito melhor   
b) Um pouco melhor   
c) Mais ou menos na mesma   
d) Um pouco pior   
e) Muito pior

### III. VIDA INDEPENDENTE

Indique o grau de capacidade para cada uma das seguintes actividades. A categoria *totalmente dependente* contempla todas as situações em que a pessoa se vê impossibilitada de desempenhar as actividades e depende de terceiros. Por favor em cada item escolha apenas uma opção e comece pelas *Actividades Instrumentais de Vida Diária*.

Actividades da vida diária		Não sente dificuldade	Sente alguma dificuldade	Sente muita dificuldade	Totalmente dependente	Que tipo de apoio tem e/ou quem dá?
Actividades Pessoais da Vida Diária	1. <b>Higiene pessoal</b> (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. <b>Vestir-se</b> (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. <b>Ir à casa de banho</b> (utilizar a sanita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. <b>Controlar esfíncteres</b> (urina e fezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. <b>Comer</b> (cortar os alimentos, usar molhos ou condimentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6. <b>Deslocar-se</b> (sem apoio de muletas, andarilho, cadeira de rodas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7. <b>Apanhar</b> objectos no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8. <b>Deitar-se e levantar-se</b> da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9. <b>Subir e descer</b> escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actividades Instrumentais da Vida Diária	10. Efectuar os <b>trabalhos domésticos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11. Preparar <b>refeições</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12. Tomar conta dos <b>medicamentos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13. Fazer a gestão do <b>dinheiro</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14. Utilizar o <b>telefone</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15. Ir às <b>compras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16. Tratar de <b>assuntos administrativos</b> ou ir a uma <b>consulta médica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17. Utilizar os <b>meios de transporte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18. <b>Sair de casa e andar na rua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Escala de Rede de Apoio Social (ERAS)**

(Lubben, 1998)

Aqui está uma série de questões sobre vários aspectos da sua relação com outras pessoas. Cada afirmação tem seis categorias de resposta possível (0 a 5). Indique a sua resposta a cada questão, fazendo um círculo na resposta que corresponde melhor à sua situação. Se concordar com o que se diz no "0" deve fazer um círculo no quadrado correspondente. Se pensa que o que se diz nas categorias "1", "2", "3", "4" ou "5" é adequado a si, coloque um círculo nas categorias correspondentes. Por favor, faça apenas um círculo por cada afirmação.

**Rede Familiar**

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês? (incluir os parentes por afinidade)	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a oito	Nove ou mais
2. Sobre o familiar com quem contacta mais, qual a frequência com que fala ou se encontra com essa pessoa?	De meses a meses	Mensalmente	Algumas vezes por mês	Semanalmente	Algumas vezes por semana	Diariamente
3. Quantos familiares considera que lhe são próximos, ou seja, com quantos deles se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais, ou a quem pode pedir ajuda?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a oito	Nove ou mais

**Rede de amigos**

4. Tem amigos íntimos, isto é, amigos com quem se sente à vontade, com quem pode falar sobre assuntos pessoais ou a quem pode pedir ajuda?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a oito	Nove ou mais
5. Com quantos desses amigos se encontra ou conversa, pelo menos uma vez por mês?	Zero	Um	Dois	Três ou Quatro	Cinco a oito	Nove ou mais
6. Diga quantas vezes se encontra ou conversa com o amigo com quem contacta mais?	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Algumas vezes por mês	Semanalmente	Algumas vezes por semana	Diariamente

**Relações de Confiança**

7. Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar?	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
8. Quando outras pessoas que conhece têm alguma decisão importante a tomar, falam consigo sobre esse assunto?	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca

### Ajuda aos Outros

<b>9a.</b> Há alguém à espera que faça algo por ele /ela? Por exemplo, ir às compras, fazer o jantar, fazer pequenas reparações, limpar a casa, cuidar de crianças, etc.	Se a resposta for não, passar o item 9.b (sublinhar se não)			Se a resposta for sim, cotar "5" e passar para o item 10 (sublinhar se sim)	
<b>9b.</b> Ajuda alguém em coisas como ir às compras preencher formulários, fazer reparações, cuidar de crianças, etc.?	Com muita frequência	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca

### Com quem Vive

<b>10.</b> Vive só ou com outras pessoas? (incluir os parentes por afinidade)	Vive com o cônjuge e/ou com outros familiares ou amigos	Vive com pessoas que não lhe são nada	Vive com alguém a quem paga uma mensalidade	Vive só
---	---	---------------------------------------	---	---------

## | Determinantes do Ambiente Físico |

### Sub-escala de ambiente físico – WHOQOL Breve

(Organização Mundial de Saúde)

Este questionário é sobre como se sente a respeito da qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se não tem a certeza sobre que resposta dar em alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor tenha em mente os seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>1</b>	Em que medida se sente seguro(a) na sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Em que medida o seu ambiente físico é saudável? (clima, barulho, poluição, atractivos)	1	2	3	4	5

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completa/
<b>3</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>4</b>	Em que medida estão disponíveis as informações de que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>5</b>	Em que medida tem oportunidades de actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<b>6</b>	Em que medida está satisfeito(a) com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
<b>7</b>	Em que medida está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>8</b>	Em que medida está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

## Inventário de Satisfação com a Vida (ISV)

(Fonseca, Silva, Teixeira & Paúl, 2010)

Indique o seu actual grau de satisfação com os seguintes domínios da sua vida:

### 1ª Parte: Serviços e Recursos

**1. A disponibilidade de transportes públicos ao meu alcance.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**2. A disponibilidade de locais para realizar actividades físicas (praticar desporto, fazer ginástica, dançar), culturais e de lazer (cinema, música, biblioteca, exposições).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**3. Os serviços proporcionados pela comunidade (paróquia, junta de freguesia, associações, centros de dia, etc.).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**4. A realização de actividades culturais e de lazer, sozinho(a) ou com outras pessoas (membros da família, conhecidos, amigos).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**5. A realização de actividades físicas (praticar desporto, fazer ginástica, dançar), sozinho(a) ou com outras pessoas (membros da família, conhecidos, amigos).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**6. Os serviços proporcionados pelo estado (segurança social, serviços medidos, subsídios, outras regalias).**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

### 2ª Parte: Saúde e Segurança

**7. A minha situação financeira.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**8. A minha saúde.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**9. A minha condição física.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**10. A minha segurança pessoal.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**3ª Parte: Residência e Sociabilidade****11. A casa (inclui “lar de idosos”) onde eu vivo.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**12. O lugar (cidade, vila, aldeia) onde eu vivo.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

**13. Conversar com familiares, vizinhos ou amigos.**

Completamente satisfeito(a)	Muito satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Muito insatisfeito(a)	Completamente insatisfeito(a)	Não Aplicável
1	2	3	4	5	6	0

---

**Indicadores Demográficos e Económicos (IDE)**

(Instituto Nacional de Estatística - INE)

---

**1. Agregado familiar**

- a) Idoso só
- b) Casal de idosos
- c) Casal com um idoso
- d) Idoso a viver com outras pessoas)
- e) Outro tipo de agregados com idosos

**2. Número de pessoas pertencentes ao agregado familiar:** \_\_\_\_\_

**3. Tipo de alojamento**

- a) Moradia independente (casa) Própria  Arrendada
- b) Apartamento ou andar Próprio  Arrendado

**4. Rendimento Mensal (RM) com base no Salário Mínimo Nacional** (SMN= 485 €)

- a) Inferior ou igual ao salário mínimo nacional ( $RM \leq 485 \text{ €}$ )
- b) Entre um salário mínimo nacional e dois salários mínimos nacionais ( $=485 \text{ €} < RM \leq 970 \text{ €}$ )
- c) Entre dois salários a três salários mínimos nacionais ( $970 \text{ €} < RM \leq 1455 \text{ €}$ )
- d) Superior a três salários mínimos nacionais ( $RM > 1455 \text{ €}$ )

**5. Principal meio de vida / subsistência (assinalar onde aplicável)**

- 5.1. Rendimento do trabalho
- 5.2. Rendimento de propriedade / empresa
- 5.3. Pensão / Reforma por velhice
- 5.4. Reforma por invalidez
- 5.5. Pensão de sobrevivência
- 5.6. A cargo da família
- 5.7. Outra situação

**6. Trabalho voluntário**

Durante o último mês trabalhou como voluntário para alguma instituição ou organização ou deu apoio a famílias ou pessoas, por intermédio duma organização?

Não

Sim  Qual \_\_\_\_\_

Referência: \_\_\_\_\_

Quer ser contactado de futuro no âmbito deste e de outros projectos de investigação?

Não

Sim

Consentimento Informado: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Morada

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

tlf./t/m. \_\_\_\_\_