



PERCEÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Paula
Frassinetti para obtenção do grau de mestre em Intervenção
Comunitária, especialização em Contextos de Risco

Por

Raquel Cristina da Silva Fernandes

Dezembro, 2017



PERCEÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Paula
Frassinetti para obtenção do grau de mestre em Intervenção
Comunitária, especialização em Contextos de Risco

Por

Raquel Cristina da Silva Fernandes

Sob a orientação de

Doutora Florbela Maria da Silva Samagaio Gandra

Dezembro, 2017

AGRADECIMENTOS

Aos *meus pais*, por todos os valores que me transmitiram e que fizeram de mim o que sou hoje, o meu muito obrigada por sempre acreditarem em mim e me encorajarem em todos os meus projetos, fazendo-me sempre acreditar que eu consigo tudo aquilo a que me proponho. *Pai*, especialmente para ti porque me ensinaste a ser persistente e a nunca desistir, mesmo estando um pouco longe, és sempre a minha força.

À *minha irmã*, por ver sempre o melhor de mim e incentivar-me em tudo, tendo sempre uma palavra de força, obrigada *Mafalda*!

Aos *meus amigos de coração*, não me vou esquecer nunca o que cada um me transmitiu, toda a paciência e força. Especialmente à *Andreia e Catarina* por me acompanharem nesta jornada tão importante e sempre demonstrarem o que é a verdadeira amizade, no bom e no mau, o meu sincero obrigada!

Ao meu *noivo*, porque nunca me ter deixado desistir, por ser o meu pilar e apoio incondicional, por ser quem mais acredita nas minhas capacidades e não se cansa de as enunciar para que eu consiga ganhar forças para continuar o meu caminho, obrigada amor! Não há palavras!

À *minha família e aos meus sogros*, por todo o apoio e carinho. Não esquecendo as *minhas clientes*, por me ouvirem nos momentos de maior nervosismo e ansiedade e sempre prontas para ouvir o desenrolar desta jornada.

Um especial obrigada à *Direção da Escola Superior de Educação Paula Frassinetti*, em particular ao Conselho de Direção, representado pelo *Professor José Luís Gonçalves*, por todo o carinho e acolhimento disponibilizado.

À *minha Orientadora, Doutora Florbela Samagaio Grandra*, por todos os ensinamentos, conselhos e orientações para que este projeto fosse possível, muito obrigada!

A todos os Entrevistados e Instituições cooperantes um agradecimento muito especial por me permitirem a realização deste estudo.

Agradeço à *Rita* por toda ajuda no tratamento de dados, sem dúvida foste um apoio fundamental!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	11
Capítulo 1- INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E ENVELHECIMENTO	14
1.1 Pergunta de partida, objetivos e pertinência do estudo	14
1.2. Intervenção Comunitária	16
1.3. Análise Demográfica de um País Envelhecido	19
1.3. Processo de Envelhecimento: Aspetos biológicos, sociais e psicológicos	24
1.3.1 Idade Biológica	26
1.3.2. Idade Psicológica.....	27
1.3.3 Idade Social e Sociológica.....	28
Capítulo 2- ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA: DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO	31
2.1. Satisfação com a vida e bem-estar.....	36
2.2. Bem-estar Subjetivo.....	39
2.2.1. Afeto positivo e Afeto negativo	43
2.3. Redes de Suporte a Idosos	46
2.3.1. Redes de suporte formal	50
2.3.2. Redes de suporte informal.....	51
Capítulo 3-ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	54
3.1 Metodologia	54
3.2. Instrumentos utilizados na recolha de dados.....	55
Capítulo 4- TERRENO EMPÍRICO DO TRABALHO DE PROJETO	60
4.1. Concelho de Vila Nova de Gaia e Concelho do Porto	60
4.2. Breve caracterização do Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro	63
4.3. Breve caracterização do Centro de Dia do Perpétuo Socorro	64
Capítulo 5- DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS INQUIRIDOS.....	65
5.1. Regime na instituição.....	65
5.2. Sexo.....	65
5.3. Idade.....	66
5.4 Estado Civil.....	66
5.5 Habitação.....	67
5.6 Escolaridade	68

5.7. Rendimentos.....	69
Capítulo 6- INDICADORES PARA UMA NOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE	70
6.1. Dados sobre a qualidade de vida percebida	70
6.2. Percepção da “Qualidade de vida” dos idosos através de uma Nuvem de Ideias	72
6.3. Saúde como indicador de qualidade de vida	73
6.4. Redes de suporte como indicador de qualidade de vida	74
6.4.1. Redes de suporte, relações familiares e qualidade de vida.....	75
6.5. Autonomia como indicador de qualidade de vida.....	75
6.5.1. Cuidados regulares e qualidade de vida.....	76
6.5.2. Redes de Suporte, amigos, ocupação de tempos livres e qualidade de vida	78
6.6. Ocupação de tempos livres e qualidade de vida.....	79
6.6.1. Atividades na instituição	81
6.8. Satisfação com a vida: indicadores para a noção de qualidade de vida	82
6.8.1. Realização pessoal e qualidade de vida.....	82
6.8.2 Satisfação com a vida e qualidade de vida: indicador para a noção de qualidade de vida	84
6.9. Felicidade e qualidade de vida	85
6.10. Afeto positivo e afeto negativo: indicadores para a noção de qualidade de vida	86
6.11. Variáveis: idade, satisfação e afetos.....	88
6.12. Variáveis: sexo dos participantes, satisfação e afetos.....	90
Capítulo 7- PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: ENVELHECER COM O REFORÇO DOS LAÇOS FAMILIARES E SOCIAIS	94
7.1. Fundamentação do Projeto.....	94
7.2. Objetivos do Projeto.....	97
7.2.1. Objetivos Gerais	97
7.2.2. Objetivos Específicos	97
7.3. Atividades principais do projeto	97
7.4. Calendarização.....	98
Considerações finais.....	102
Referências Bibliográficas.....	108

ÍNDICE DE QUADROS, GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS

Quadros:

Quadro nº1- Comparação da população residente no concelho de Vila Nova de Gaia, total e por grande grupo etário em 2001 e 2011

Quadro nº2- Comparação da população residente no concelho de Porto, total e por grande grupo etário em 2001 e 2011

Quadro nº3- Comparação do índice de envelhecimento e índice de dependência de idosos, em Portugal, no concelho de Porto e Vila Nova de Gaia, em 2001 e 2011

Quadro nº4- Evolução da capacidade de respostas sociais em Portugal Continental, entre 2005 e 2015

Quadro nº5- Número de equipamentos, capacidades, número de utentes e taxa de ocupação dos mesmos, por valência, no concelho de Vila Nova de Gaia

Quadro nº5- Número de equipamentos, capacidades, número de utentes e taxa de ocupação dos mesmos, por valência, no concelho do Porto

Gráficos:

Gráfico nº1- Resposta social frequentada pelo utente

Gráfico nº2- Distribuição do sexo dos participantes

Gráfico nº3- Histograma da idade dos participantes

Gráfico nº4- Estado civil dos participantes

Gráfico nº5- Onde vive

Gráfico nº6- Com quem vive

Gráfico nº7- Escolaridade

Gráfico nº8- Origem do rendimento mensal

Gráfico nº9- Intensidade das relações familiares

Gráfico nº10- Necessidade de cuidados regulares

Gráfico nº11- Serviços mais utilizados

Gráfico nº12- Ocupação de tempos livres

Gráfico nº13- Atividades em que participa na instituição

Tabelas:

Tabela nº1- Distribuição das questões sobre a qualidade de vida

Tabela nº2- Distribuição das questões sobre a realização pessoal
Tabela nº3- Distribuição da Escala de satisfação com a vida
Tabela nº4- Distribuição das questões da Felicidade subjetiva e global
Tabela nº5- Distribuição do afeto positivo e afeto negativo
Tabela nº6- Distribuição do afeto positivo e afeto negativo (detalhado)
Tabela nº7- Coeficiente de correlação Spearman (idade, satisfação e afetos)

Tabela nº8- Média e desvio padrão das variáveis em estudo e valor de p do teste Mann-Whitney (género, satisfação e afetos)

Figuras:

Figura nº1- Nuvem de ideias

Figura nº2- Percentagens da perceção da qualidade de vida

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1- Esperança de vida (Quadro)

Anexo 2- Índice de dependência (Quadro)

Anexo 3- Nível de escolaridade (Quadro)

Anexo 4- População em Portugal (Quadro)

Anexo 5- Contribuição da PANAS

Anexo 6- Tabelas geral (Excel)

Anexo 7- Tabelas q11 (Excel)

Anexo 8- Tabelas q14 (Excel)

Anexo 9- Tabelas q15 (Excel)

Anexo 10- Tabelas q25 (Excel)

Anexo 11- Tabelas q26 (Excel)

Anexo 12- Tabelas q27 (Excel)

Anexo 13- Frequência ordinais

Anexo 14- Frequência sociodemográfico

Anexo 15- Teste género

Anexo 16- Teste correlação

Anexo 17- Base de dados

Anexo 18- Inquérito Integral aos Utentes

ABREVIATURAS

AP- Afeto Positivo

AN- Afeto Negativo

BES- Bem-Estar Subjetivo

DGS- Direção Geral da Saúde

ERPI- Estrutura Residencial para Idosos

GDDC- Gabinete de Documentação e Direito Comparado

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.- página

p.p.- intervalo de páginas

PANAS- Positive Affect and Negative Affect Schedule

QDV- Qualidade de Vida

UE- União Europeia

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

RESUMO

Atualmente o envelhecimento da população portuguesa é um dos temas que tem ganho relevância devido ao crescente aumento da população mundial que leva a um aumento progressivo da população envelhecida, o que exige novas formas de atuação por parte dos governos, profissionais e famílias, assim como outras estratégias no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Para tal, desenvolveu-se este trabalho de projeto onde relacionamos os conceitos inerentes à temática do envelhecimento com uma contextualização teórica e empírica, no sentido de retirar conclusões, reflexões e linhas futuras de investigação.

Dimensões como a saúde, relações familiares, autonomia e suporte social constituem elementos essenciais para a noção de Qualidade de Vida desta população e neste sentido surge o presente Trabalho de Projeto que tem como objetivo principal construir indicadores para aferir uma noção da qualidade de vida em idosos através da perceção dos próprios, na linha da intervenção comunitária. A fim de alcançar estes objetivos, optou-se pela aplicação do método quantitativo (inquéritos), contruídos para o efeito e com a compilação de vários testes de medida, introduzindo uma questão aberta para cruzar a que nos servirá de apoio no sentido de perceber até que ponto estes idosos afirmam ter qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos, Qualidade de vida, Bem estar, Redes de Suporte Social, Intervenção Comunitária

ABSTRACT

Currently, the aging of the Portuguese population is one of the topics that has gained relevance, due to the increasing of the world population which leads to a progressive increase of elderly population, requiring new ways of acting from governments, professionals and families, as well as other strategies to improve the quality of life of the elderly. Consequently, this work project was developed and we related the concepts inherent to the aging topic, with a theoretical and empirical contextualization, to draw conclusions, reflections and future research lines. Dimensions such as health, family, relationships, autonomy and social support are essential elements for the concept "Quality of Life" of this population and in this sense the present work project has the main goal of constructing indicators to measure the quality of life in the elderly through their own perspective, in the line of community intervention. To achieve these goals, we have chosen to use the quantitative method (surveys) built for this purpose, compiling several measurement tests, introducing an open question to cross-information with the implementation of an open question that will serve as a support to understand the extent to which these elders claim to have quality of life.

Palavras-chave: Elders, Quality of life, Welfare, Social Support Networks, Community Intervention

INTRODUÇÃO

Atualmente o envelhecimento é um dos temas que tem ganho relevância nas sociedades devido ao crescente aumento da população mundial que leva a um aumento progressivo da população envelhecida, por consequência da redução das taxas de natalidade e do aumento da expectativa de vida, influenciada pelos avanços tecnológicos em várias áreas científicas.

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que se desenvolvem ao longo da vida e implica transformações importantes no idoso. É um processo natural, dinâmico e irreversível mas que varia de pessoa para pessoa. Não se reduz apenas a perdas derivadas do próprio processo de envelhecimento e degradação do corpo, tais como a dependência e a incapacidade, mas também a ganhos, pois é uma fase de maior maturidade e experiência de vida.

Nos últimos anos, as medidas convencionais de saúde têm-se focalizado nos indicadores tradicionais como a mortalidade e a morbilidade, tomando como suporte medidas relativas ao impacto da doença nas atividades diárias e no comportamento, medidas relacionadas com a incapacidade e medidas de saúde percebida. Contudo, todas estas medidas focam-se no impacto da doença e não na Qualidade de Vida (QDV) em si. Com o avanço das ciências sociais e humanas e biológicas surge a necessidade da valorização de parâmetros que se demonstrem mais amplos do que o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da esperança média de vida (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, e Pinzon, 1999).

Perante estes fatores importa desenvolver estratégias para melhor atender às dificuldades do crescente número de idosos. Para alcançar um envelhecimento bem-sucedido, é fundamental obter dados de caracterização da QDV e bem-estar dos idosos, para desta forma dinamizar intervenções adequadas a esta faixa etária.

As teorias do envelhecimento bem-sucedido observam o sujeito como, proativo regulando a sua QDV através da implementação de objetivos e

lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção e promoção do bem-estar. Desta forma, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de bem-estar e QDV e deve ser promovido ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

Neste sentido, de acordo com o Grupo da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) a QDV é definida como:

“a percepção que o indivíduo tem da sua vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito vasto, que é afectado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, e pela sua relação com esse meio” (Lai, Tzeng, Wang, Lee, Amidon, e Kao, 2005).

Contudo, fatores como a saúde em geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidade de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de lazer e tempo livre, o ambiente, o estado do local onde vive, os recursos e aos serviços e acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de vida, as aspirações e expectativas com a vida, influenciam a QDV das pessoas idosas. (Bowling et al., 2002; Llobet et al., 2011).

Desta forma, o envelhecimento pode ser vivenciado de diversas formas, e usufruir de um envelhecimento ativo, bem-sucedido e com qualidade de vida, não depende apenas das questões relacionadas com a saúde, mas, sobretudo, das ações e responsabilidades de cada indivíduo (Ribeiro e Paúl, 2011). O idoso é, por isso, um agente essencial na promoção do seu próprio envelhecimento.

Neste sentido, surge esta temática derivado ao interesse que tem vindo a suscitar, a nível académico e comunitário, com a intenção de valorizar o idoso e conceber uma perspetiva positiva de satisfação e qualidade de vida na velhice. Para tal, é necessário ter presente a importância das redes sociais de apoio, a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e os afetos na construção de indicadores para a qualidade de vida.

Face ao exposto, coloca-se o problema de pesquisa “Um estudo exploratório sobre a averiguação da qualidade de vida na terceira idade em idosos institucionalizados”, de forma a compreender qual a percepção de qualidade de vida existente através de indicadores existentes e construídos para o efeito.

Na velhice, a qualidade de vida é um evento determinado por múltiplos fatores, nem sempre fáceis de serem avaliados cientificamente, principalmente fatores objetivos tais como condições de saúde, relações sociais, nível de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade financeira, e subjetivos os quais fazem menção ao bem-estar psicológico, isto é, às experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, às reações afetivas e aos constructos psicológicos como felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, *stress* e saúde percebida (Diogo, 2003).

O presente trabalho de projeto encontra-se dividido em sete capítulos, sendo que o primeiro capítulo, intitulado de “Intervenção Comunitária e Envelhecimento” contém a apresentação e justificação do objeto de estudo e aborda-se o conceito de intervenção comunitária com elementos do processo de envelhecimento, para uma melhor compreensão desta população e os efeitos do envelhecimento.

Relativamente ao segundo, onde se destaca o “Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida: Dimensões do Envelhecimento Bem-Sucedido”, são abordados os conceitos principais do trabalho de projeto sendo eles o envelhecimento ativo e qualidade de vida, onde se procura clarificar o conceito e desta forma relacionar com conceitos como a satisfação com a vida e bem-estar, bem-estar subjetivo e afetos, por fim, as redes de suporte social a idosos que se demonstram conceitos inerentes à qualidade de vida.

Segue-se o terceiro capítulo onde é apresentado o enquadramento metodológico e é definido o método de recolha de dados do projeto, sendo ele o método quantitativo através da aplicação de um questionário elaborado com questões coerentes com os objetivos de investigação, que iremos abordar.

No quarto capítulo caracteriza-se, de uma forma breve, o terreno empírico do trabalho de projeto sendo ele o Concelho do Porto e Concelho de Vila Nova de Gaia onde se inserem os dois lares que participaram na investigação, o Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro e o Centro de Caridade de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro.

No que concerne ao quinto capítulo, nele contém a caracterização sociodemográfica dos inquiridos, sendo que contempla a primeira parte do inquérito aplicado.

No sexto capítulo está a essência do estudo e é destinado aos “Indicadores para uma noção de Qualidade de Vida na Terceira Idade”, onde são apresentados os resultados finais da perceção da noção de qualidade de vida dos idosos e são abordadas as dimensões que constituem os indicadores sendo elas a saúde, relações familiares, autonomia, suporte social, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo.

No sétimo capítulo surge o projeto “Intervenção Comunitária: Envelhecer com o reforço dos laços familiares” no sentido de dar resposta às necessidades encontradas para a melhoria da qualidade de vida do grupo da investigação.

Para finalizar divulgam-se as Considerações Finais onde se apresenta as principais conclusões e resposta ao problema de pesquisa e, de seguida, as Referências Bibliográficas.

Capítulo 1- INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA E ENVELHECIMENTO

1.1 Pergunta de partida, objetivos e pertinência do estudo

A investigação social advém de um problema e, nesse sentido, coloca-se uma pergunta de partida que deverá ser precisa e realista, tendo como

objetivo compreender ou explicar a realidade. Tal como indica Quivy & Campenhoudt (2008, p.34) a pergunta de partida “(...) constitui normalmente um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais no processo científico: a rutura com os preconceitos e as noções prévias.” Utilizou-se como pergunta de partida da pesquisa a seguinte:

-Até que ponto os idosos afirmam ter Qualidade de Vida?

Como questões orientadoras do trabalho, considerou-se pertinente perceber até que ponto os idosos poderão estar satisfeitos com a sua vida, quais as dimensões que mais valorizam e o entendimento que têm acerca da qualidade de vida.

No contexto da investigação, é nossa intenção principal verificar a perceção que os idosos têm sobre a sua qualidade de vida através de medidores de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo de modo a construir indicadores para uma noção de qualidade de vida em idosos institucionalizados, recorrendo à metodologia quantitativa, elaborando um questionário global, complexo e introduzindo uma questão aberta que posteriormente foi analisada por categorias. Face a esta problemática, delineamos os seguintes objetivos para este estudo:

-Contribuir para o enriquecimento da noção de qualidade de vida em idosos

-Construir indicadores para aferir uma noção da qualidade de vida em idosos com base num estudo realizado em duas instituições dos Concelhos do Porto e Vila Nova de Gaia;

-Contribuir para o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito desta problemática;

-Avaliar o bem-estar subjetivo, através de escalas construídas para o efeito, a idosos em dois lares dos Concelhos do Porto e Vila Nova de Gaia;

-Avaliar a satisfação com a vida dos idosos no Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro e Centro de Dia do Perpétuo Socorro;

-Relacionar a satisfação com a vida e o bem-estar subjetivo dos idosos com variáveis da idade;

-Relacionar a satisfação com a vida e o bem-estar subjetivo dos idosos com variáveis do sexo;

-Realizar uma proposta de intervenção estruturada, no âmbito da temática do projeto, com a finalidade de dar resposta às necessidades identificadas com a presente investigação;

1.2. Intervenção Comunitária

O termo comunidade deriva do latim “communio” e “communitas” que representam comunhão, congregação e partilha. Posto isto, de acordo com Gómez (2007, p.132)

“a comunidade como conceito designa uma entidade social e espacial determinada por um território e pelos seus habitantes,...é um espaço de vida onde se concretizam os problemas, as necessidades, os projetos e as esperanças de um amplo grupo de pessoas que, a partir da sua organização em diversas instituições, pretendem dar resposta aos desafios do meio”.

Como refere Mendieta, Martins e Espigares (2006), a Intervenção Comunitária tem como objetivo a mudança, com o intuito de manter o equilíbrio, desde a promoção da qualidade de vida e diminuição dos problemas sociais, utilizando uma vertente positiva de intervenção participativa. A sua essência foca-se na procura do bem-estar comunitário, intervindo no âmbito da prevenção, do desenvolvimento dos sistemas sociais e da resolução dos problemas. A sua ação envolve equipas interdisciplinares e a mediação é uma função fundamental do interventor social, que procura a negociação democrática através de aspetos de consulta, ajuda e aconselhamento. Desta forma, a intervenção é vista num alcance sistémico, dando especial atenção ao conjunto de relações sociais que lhe estão inerentes.

De acordo com Carmo (2001, p.2), a intervenção social é definida como

“um processo social em que uma dada pessoa, grupo, organização, comunidade, ou rede social - a que chamaremos sistema-interventor - se assume como recurso social de outra pessoa, grupo, organização, comunidade, ou rede social - a que chamaremos sistema-cliente - com ele interagindo através de um sistema de comunicações diversificadas com o objetivo de o ajudar a suprir um conjunto de necessidades sociais, potenciando estímulos e combatendo obstáculos à mudança pretendida.”

Ao conceito de intervenção social estão subjacentes quatro dimensões, sendo elas a dimensão doutrinária devido à filosofia personalista que contempla, a dimensão teórica devido aos pré-requisitos de análise sociológica, antropológica, económica e política a que se obriga, a dimensão metodológica face às mudanças existentes que ocorrem com esta prática e, por fim, a dimensão prática devido à inclusão da comunidade no processo do seu próprio desenvolvimento (Carmo, 2001)

A intervenção comunitária é frequentemente utilizada em grupos sociais pertencentes à categoria de exclusão social e os idosos estão incluídos nesta dimensão. A estratégia de intervenção passa por duas fases (Carmo, 2001, pp.15-16):

- “Pelo empowerment do sistema-cliente, visando dotá-lo de uma força interna que lhe permita uma autonomia progressivamente maior na resolução dos seus problemas e a consequente inclusão social;”
- “Pela advocacy, por parte do sistema-interventor, assumindo deste modo o papel de instrumento de luta pelos Direitos Humanos da população excluída.”

Atualmente, os programas de desenvolvimento comunitário são essenciais na melhoria e progresso da qualidade de vida de toda a população. Os seus programas vão de encontro a aspirações comuns, aumentando os seus horizontes para objetivos/princípios universais, como diminuir a pobreza, desenvolver o progresso económico, conservar o ambiente e modificar atitudes de produção e consumo não sustentáveis (Mark K. Smith, 1996 citado por Martins, 2012).

Ainda o mesmo autor, citado por Martins (2012), enfatiza que o desenvolvimento comunitário atual, contempla a democratização, a descentralização, a participação ativa de todos os cidadãos, a qualidade de vida e bem-estar social, a educação como um papel fundamental, a garantia de oportunidades que tende a uma equidade social, promoção do lazer como conceito integrante de cidadania, a importância de valores universais como a

igualdade, ajuda mútua, convivência e solidariedade para, desta forma, criar-se uma cidadania ativa e participativa

Sendo assim pressupõe-se que para o desenvolvimento comunitário seja necessário a participação ativa da comunidade, contribuindo para o aperfeiçoamento e manutenção da qualidade de vida da própria comunidade, reduzindo desta forma as deficiências existentes e propor novas alternativas, procurando sempre manter a essência da mudança e do movimento.

De acordo com Henderson e Vercseg (2010, p.31, citado por Martins 2012)

“A atividade de desenvolvimento comunitário foca-se sempre no aumento da participação dos envolvidos com problemas. Por um lado, atividade comunitária é direcionada para as pessoas que precisam, por outro lado é alcançada através da força da comunidade, ...sendo capaz de realçar as forças que estão inerentes nas comunidades e organizar comunicação e solidariedade entre pessoas (...).”

A intervenção comunitária e a educação na velhice permite que os idosos reforcem as suas competências na resolução dos problemas do seu quotidiano, permaneçam estimuladas intelectualmente e encontrem fontes de apoio social, promovendo assim o diálogo, a negociação, a escuta, o debate, a partilha e o inter-relacionamento. Desta forma, estimula intelectualmente o indivíduo e promove o envelhecimento ativo e o estilo de vida saudável que contribui para a sua qualidade de vida (Osório & Pinto, 2007).

As intervenções sociais devem ter assentes os princípios de abordagem participativa, estimulando as pessoas para a participação e utilização de tempos de lazer, como também a prática de novas aprendizagens e consciencialização, trabalhando competências pessoais, sociais, grupais, bem como desmistificar representações e estereótipos criados pela sociedade (Osório & Pinto, 2007).

O envelhecimento é muitas vezes encarado como uma fase de rutura do indivíduo com o resto da sociedade (Santos, 2000; Romans, Petrus & Trilla, 2003). De forma a evitar esta rutura, é fundamental que os profissionais estimulem a autonomia pessoal e a pertença social da população idosa de maneira a atenuar o isolamento, o distanciamento e a dependência de outras pessoas.

De acordo com Osório e Pinto (2007), os idosos precisam de promover as suas inter-relações, participando em grupo e não apenas se limitar na seu “eu” singular.

A rede pessoal do idoso é importante na construção deste desenvolvimento e desta forma deve-se envolver o mais possível.

Intervir na terceira idade contribui para que as pessoas idosas alcancem novos sentidos nas suas vidas, novas expectativas e anseios. Os idosos merecem ser encarados como pessoas com sabedoria, saberes e experiência, respeitando as suas capacidades e competências. Nas relações sociais, o ser humano necessita ser compreendido e torna-se fundamental a escuta e o diálogo. Na relação com os idosos, outras características importantes, prendem-se com a capacidade crítica, cooperação, relacionamento interpessoal, flexibilidade, autenticidade e o sentido de humor (Miranda & Oliveira, 2012).

Tal como indica Elizasu (1999), a participação dos idosos é essencial, na medida em que permite passarem o seu tempo de uma forma mais ativa. Desta forma, é necessário criar intervenções que possibilitem a participação do idoso e que o mesmo sinta gosto em participar.

1.3. Análise Demográfica de um País Envelhecido

Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, tem apresentado um aumento significativo no número de idosos, sendo o envelhecimento da população considerado um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades contemporâneas (INE, 2017). Atualmente a sociedade Portuguesa é vista como uma sociedade envelhecida, sendo que as características demográficas da população indicam o agravamento do envelhecimento na última década. Portugal, segundo indicadores disponíveis na PORDATA (2017), ocupou em 2015 o 5º lugar no *ranking* dos países mais envelhecidos do mundo. Analisando os dados disponíveis no Retrato de

Portugal (PORDATA, 2017) verifica-se que no presente ano de 2017, Portugal tem cerca de 21% da população com 65 ou mais anos de idade.¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (citado por Oliveira, 2005, p.10) distingue cronologicamente os idosos relativamente a países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Relativamente aos primeiros, são consideradas pessoas idosas as que tiverem mais de 65 anos, inclusivamente. Por sua vez, nos países em desenvolvimento são consideradas pessoas idosas as que tiverem mais de 60 anos, inclusive. Deste modo, em Portugal é considerado idoso, homens e mulheres, com idade igual ou superior a 65 anos.

Um dos principais fenómenos demográficos das sociedades atuais, com maior enfoque nas sociedades desenvolvidas e industrializadas, prende-se com o envelhecimento da população (INE, 2002). Esta tendência ocorre devido ao declínio das taxas de natalidade, a diminuição das taxas de mortalidade e o seu reflexo no aumento da esperança média de vida e aos saldos migratórios.

Conforme refere Oliveira (2005, p.13), o aumento expressivo do número de idosos não se deve apenas ao aumento da esperança média de vida mas também ao desequilíbrio entre a base e o topo da pirâmide etária, ou seja, enquanto a base tem vindo a diminuir devido à diminuição da proporção de crianças e de jovens, o topo alargou-se devido ao decréscimo da natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Perante o ponto de vista de vários autores, os fenómenos como o aumento da esperança média de vida e a longevidade resultam de alguns fatores, tais como os avanços tecnológicos, a evolução dos cuidados de saúde, o aumento dos sistemas de proteção social e a alteração dos hábitos alimentares (Cabral & Ferreira, 2013; Pocinho, 2014, citado por Veloso, 2015). Contudo, paralelamente a estes aspetos positivos dos fenómenos anteriormente referenciados, nomeadamente o aumento da longevidade e das expectativas de vida, também se observa um declínio das taxas de natalidade e este fenómeno pode ser interpretado como um desafio que surge como resultado do uso de contraceptivos, da maior igualdade na distribuição dos papéis de género, especialmente no acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho (Pocinho, 2014, citado por Veloso, 2015).

¹ Retrato de Portugal 2017 disponível em: <http://www.pordata.pt/ebooks/PT2017v20170710/mobile/index.html#p=1>

De acordo com os cenários demográficos até 2080 publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), no documento “Projeções de População residente em Portugal: 2015-2080”, publicado em 29 de Março de 2017, observa-se o aumento do envelhecimento demográfico em Portugal, que só tende a estabilizar-se daqui a cerca de 40 anos² (INE, 2017).

De acordo com a projeção do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) entre os anos 2015 e 2080, o cenário central da projeção refere que Portugal irá perder população, irá passar de 10,3 milhões de pessoas para 7,5 milhões, o que vai deixar o país abaixo do limiar dos 10 milhões em 2031. No que diz respeito ao número de jovens, irá diminuir de 1,5 milhões para 0,9 milhões, mesmo que exista um aumento do índice sintético de fecundidade, ainda assim esta redução resulte da diminuição do número de nascimentos, originada pela redução do número de mulheres em idade fértil, isto como reflexo dos níveis baixos de fecundidade³ que estão registados nos anos anteriores.

No que concerne aos idosos, estes podem passar de 2,1 milhões para 2,8 milhões entre 2015 e 2080, face à redução da população jovem, acompanhado pelo aumento da população idosa. Portugal em 2080 irá mais que duplicar o seu índice de envelhecimento, passando assim de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar em meados do ano 2060, quando as gerações que já nasceram num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário de 65 ou mais anos. A população que se encontra em idade ativa irá diminuir de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas. Referente ao índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos), este poderá diminuir bastante, face à diminuição da população que se encontra em idade ativa, acompanhado pelo aumento da população idosa.

²Projeções de População residente em Portugal: 2015-2080 disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695839&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

³Índice de fecundidade- Número de nados-vivos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efetivo médio de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 (10^{^3}) mulheres em idade fértil). (metainformação – INE)

Face a estes números, entre 2015 e 2080 o índice passará de 315 para 137 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos (INE, 2017).

Em 2011 Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade, comparativamente com 20,1% da população em 2015, em 2016 o cenário aumenta para 20,5% da população.

Além destes fenómenos também se verifica um duplo envelhecimento da população devido ao agravamento do fosso entre jovens e idosos, nomeadamente ao aumento da percentagem do número de idosos e à diminuição da percentagem do número de jovens, em 2011 equivalia a 15% da população, em 2015 representava 14,5% da população, em 2016 diminuiu para 14,2% e em 2017 a tendência mantém-se e diminuiu o número de jovens para 14% da população.

Desta forma, o índice de envelhecimento também se acentuou, em 2011 havia 128 idosos por cada 100 jovens, em 2015 havia 138,6 idosos, em 2016 sobe para 143,9 e atualmente, em 2017 situa-se nos 149 idosos por cada 100 jovens.

A esperança média de vida⁴ aos 65 anos também se acentuou em Portugal entre 2005 e 2015, aumentando 1,4 anos para a população idosa no geral, no que diz respeito ao sexo masculino aumentou cerca de 1,4 anos e relativamente ao sexo feminino aumentou 1,3 anos. A nível da população total, segundo dados analisados na PORDATA (2017), verifica-se que atualmente os valores totais da esperança de vida aos 65 anos situa-se nos 19,3 anos. Contudo, esta tendência não é acompanhada por uma expectativa de vida saudável⁵, sem incapacidade física, isto é, viver mais tempo não significa um aumento do tempo vivido com qualidade e saúde.

Neste sentido, verificou-se um agravamento do índice de dependência de pessoas idosas⁶, que segundo os dados mais atualizados e disponíveis para esta análise na PORDATA (2017) em 2001 situava-se nos 24% e em 2011 nos 29%, isto é, por cada 100 pessoas em idade ativa 29 são idosos

⁴ Gráfico para consulta no Anexo 1

⁵ Número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável. Uma condição saudável é definida pela ausência de limitações funcionais/incapacidade. Por conseguinte, o indicador é também designado como esperança de vida sem incapacidade física. (metainformação – Eurostat)

⁶ Gráfico para consulta no Anexo 2

dependentes (inativos), sendo que se verifica um aumento do índice de dependência de pessoas idosas.

Na visão de Rosa (2012), o padrão demográfico da sociedade alterou-se de forma significativa, originando um novo perfil de sociedade, podendo mesmo ser denominada de sociedade «4-2-1», constituída por quatro avós, dois pais e um filho, ao invés da sociedade passada, designada de «1,2,4», constituída por um avô, dois pais e quatro filhos.

“E embora não saibamos exatamente quem são os velhos, ou se já o somos, a verdade é que ninguém resiste a falar da velhice, umas vezes enaltecendo-a, outras repudiando-a. A velhice tem, com efeito, despertado valores diferentes consoante as pessoas e as sociedades.” (Rosa, 2012, p.20).

Segundo a UE⁷ (2009), citado por Lopes & Lemos (2012) Portugal é atualmente um dos países do mundo onde a população idosa tem mais peso, ocupa o 8º lugar na contagem dos países mais envelhecidos, sendo que esta classificação determina a proporção de indivíduos na população que têm idade igual ou superior a 60 anos de idade.

A dinâmica populacional faz, desta forma, perspetivar uma sociedade futura cada vez mais envelhecida, onde o índice de envelhecimento mais do que duplicará passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080.

Efetivamente, esta redefinição da estrutura etária tem diferentes desafios: necessita de políticas sociais que permitam fazer face à nova realidade e os sistemas de saúde e de apoio social terão de ser reajustados; no que toca à eficiência da segurança social, poderemos afirmar que esta situação exige, em termos económicos, um esforço acrescido com o pagamento de reformas e também com os serviços especializados destinados aos idosos.

Desta forma, este envelhecimento progressivo da população faz com que um dos grandes desafios do século XXI resida na reflexão sobre questões como a idade da reforma, a qualidade de vida, os meios de subsistência, o estatuto do idoso na sociedade e a cidadania, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema de segurança social, da saúde e do modelo social

⁷ UNITED NATIONS (2002), International Plan for Action on Ageing, Madrid, UN citado por Lopes & Lemos (2012)

vigente (Nunes, 2005; citado por Marques, Serdio Sánchez & Palacios Vicario, 2014).

Fernandes (2001) defende que num panorama de envelhecimento futuro, torna-se essencial que os organismos produtores de políticas sociais se organizem para as mudanças que começam a evidenciar-se. As respostas sociais, como políticas de apoio social, implementadas na maior parte dos países, tais como os centros de dia e apoios domiciliários, podem deixar de ser a linha orientadora das políticas atualmente implementadas em gerações futuras de idosos. A autora afirma que a velhice dependente vai ser o grande desafio do milénio, contudo, as gerações futuras virão mais preparadas para dar resposta às dificuldades culturais e materiais, com mais autonomia e consciência de cidadania, promovendo desta forma a capacidade de resolução dos problemas individuais e coletivos.

De seguida passamos a abordar o processo de envelhecimento e as suas implicações na qualidade de vida do idoso.

1.3. Processo de Envelhecimento: Aspetos biológicos, sociais e psicológicos

Historicamente, o termo velhice deriva de velho, vindo do latim *veclus*, *vetulusm*, definindo uma pessoa de muita idade (Magalhães, 2004). Além de existir um limite a nível cronológico para qualificar uma pessoa de velha ou idosa, considera-se importante entender todo o processo a que chamamos de envelhecimento. Fernandes (2000, citado por Moniz 2003, p.49) defende que “a idade é apenas um marcador da passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) não produz, em si mudanças....”

É bastante utilizado o critério denominado por a idade cronológica para a definição do envelhecimento, embora o mesmo seja considerado um critério arbitrário. Ainda que o envelhecimento seja um processo natural e universal, que respeita a todos e quaisquer seres vivos, a forma como cada individuo

envelhece é própria e única, o que torna esse processo heterogêneo. Sendo que indivíduos com a mesma idade cronológica podem estar em diferentes fases de envelhecimento. O que pode explicar a forma distinta como cada indivíduo envelhece, está relacionado com os fatores genéticos, as condições culturais e ambientais (Groisman, 2002; Sequeira, Silva, 2002)

O ser humano cresce, vai evoluindo e por consequência de um processo natural da vida envelhece. Cardão (2009) defende que envelhecer não significa ser velho, consiste em tornar-se mais velho num processo de desenvolvimento desde o nascimento até à morte. Desta forma, pode-se afirmar que o processo de envelhecimento inicia-se a partir do momento do nascimento, ao longo do tempo este processo torna o ser humano mais velho.

O processo de envelhecimento deve ser entendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que nos acompanha desde o nascimento até à morte. Este fenómeno varia de pessoa para pessoa e está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se desenvolvem ao longo da vida (Sequeira, 2010; Jacob, 2013). Desta forma, o envelhecimento implica transformações importantes que podem ter efeitos negativos na funcionalidade e vulnerabilidade.

Por outro lado, Simões (2006, p.86) considera que envelhecer não se traduz necessariamente em doença, depressão, fragilidade, dependência. Pode ser encarado como um momento de transformação e de aprendizagem das etapas anteriores a novas descobertas.

Fontaine (2000, p.136) reforça que o envelhecimento é um processo que não se reduz a perdas, mas também constitui uma interação contínua entre fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, que desencadeiam alterações no organismo à medida que a idade cronológica aumenta. Deste modo, a velocidade e gravidade é diferente de indivíduo para indivíduo, no entanto, é um processo inevitável e observável em todos os seres humanos.

Já Bernardo (2014, p.46) enfatiza que o envelhecimento “não é um problema mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível”.

Face ao exposto, torna-se necessário distinguir três tipos de fenómenos que complementam o processo de envelhecimento. Para Birrem e Cunningham (1985 citado por Moniz, 2003) cada individuo não tem só uma idade, mas três: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica.

1.3.1 Idade Biológica

“Existem evidências de que o processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular-molecular”, tal como está referido no Observatório Nacional do Idoso.

Como refere Berger e Mailloux- Poirier (1995), “No processo de envelhecimento são atingidos todos os sistemas importantes do organismo, e o efeito destas mudanças nos contextos ambientais específicos modificam os comportamentos individuais. Trata-se no entanto de processos normais, e não de sinais de doença.”

São muitas as transformações no processo de envelhecimento biológico, sendo elas as mais comuns a nível dos sentidos: paladar/gosto; olfato; cinestesia; tato; audição; visão. A senescência mais concretamente afeta essencialmente a audição, o equilíbrio e a visão.

O envelhecimento biológico está ligado a um conjunto de alterações orgânicas, funcionais e morfológicas (Sequeira, 2010). De acordo com Fernandes (2012) o processo de envelhecimento biológico resulta da fragilidade a que se chama senescência e está relacionado com o envelhecimento celular, assim como a diminuição da capacidade funcional e ao aparecimento de perturbações na saúde.

As alterações físicas e biológicas prendem-se com o facto de a aparência mudar, surgindo manchas, rugas, verrugas; a pele modifica ficando flácida; poderá ainda existir um encurvamento postural, sendo estas as transformações visíveis mais frequentes. No entanto, há modificações que não são visíveis, tais como:

- Diminuição do funcionamento dos órgãos internos;
- Aumento da tensão arterial;
- Diminuição dos batimentos cardíacos;
- Aumento do colesterol;
- Dificuldade na digestão;
- O metabolismo trabalha de forma mais lenta;
- Diminuição da função pulmonar;
- Diminuição das capacidades sensoriais;
- Diminuição da capacidade anaeróbica máxima;
- Decréscimo do número de células nervosas;
- Perda de neurónios no cérebro e o sistema nervoso central também é afetado, nomeadamente no poder de reação, reflexos e coordenação;
 - Perda de massa muscular, o que leva a uma diminuição de força e resistência;
 - Perda óssea ou osteoporose, mais evidenciada nas mulheres;

(Adaptado de Zimmerman 2000 e Fachine e Trompieri 2012)

1.3.2. Idade Psicológica

As alterações psicológicas surgem durante a velhice desencadeadas pelas mudanças que os idosos sofrem no seu dia-a-dia e que os obriga a desempenhar novos papéis, bem como a enfrentar novos desafios. Relaciona-se com as competências comportamentais que o indivíduo pode desempenhar em resposta às mudanças do ambiente, inclui a inteligência, a memória e motivação.

De acordo com Zimmerman (2000), as alterações psicológicas trazem consequências aos idosos:

- Diminuição de motivação e dificuldade em planear o futuro;

- Dificuldade em adaptar-se a novos papéis;
- Alterações psíquicas que exigem tratamento;
- Depressão, hipocondria, paranóia, suicídios;
- Necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;
- Diminuição da autoimagem e da autoestima;
- Diminuição em se adaptar às mudanças rápidas, que pode desencadear situações desagradáveis para os idosos.

Barreto (1988, citado por Paúl, 1997) considera que no processo de envelhecimento podemos sofrer o risco de “declínio da eficiência central”, desta forma, considera-se necessário exercitar a inteligência como forma de prevenção da mesma.

Paúl e Fonseca (2005) sustentam a ideia de que deve existir uma compensação das perdas, utilizando novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas, que se podem basear na experiência de vida de cada pessoa.

Na mesma linha de pensamento Almeida (2008) e Fernández-Ballesteros (2009), destacam que as alterações psicológicas ligadas ao envelhecimento devem ser enfrentadas com uma vida mais saudável, que inclua uma preparação antecipada através da orientação sobre as possíveis consequências que podem advir, para que desta forma o envelhecimento seja o mais natural possível apesar das limitações inerentes.

1.3.3 Idade Social e Sociológica

O envelhecimento social conduz a alterações nos papéis sociais e no estatuto social do idoso com a entrada na reforma, estas alterações são principalmente definidas pela sociedade.

Para Kane (1987, citado por Mazo et al. 2001), as alterações sociais devem ter em conta as relações sociais, as atividades sociais, os recursos sociais, o suporte social e a sobrecarga familiar.

De acordo com Zimerman (2000) o envelhecimento social altera o estatuto do idoso e a forma como este se relaciona com os outros. Estas modificações surgem devido a uma crise de identidade (devido à ausência de papel social e por consequência baixa autoestima); mudança de papéis (novos papeis ocorrem devido ao aumento do seu tempo); reforma; diversas perdas acontecem, tais como, a autonomia, o poder decisivo, perda de parentes e amigos; diminuição dos contactos sociais.

O processo de envelhecimento resulta da interação destas quatro características básicas, sendo diferente de individuo para individuo, pode começar em qualquer órgão e afetar a sua totalidade, é regulado pelo hipotálamo que é o sistema responsável pelas emoções. Assim o envelhecimento está intimamente relacionado com os padrões de resposta emocional. Posto isto e conforme os conceitos analisados, considera-se que o envelhecimento é um conceito multidimensional, envelhecer não se prende apenas com a idade cronológica, mas sim com um conjunto de fatores biológicos, sociais e psicológicos que variam de individuo para individuo.

O envelhecimento é marcado pelo decréscimo progressivo da atividade social do individuo, devido a diversas causas e perdas, designadamente, a reforma, a perda de autonomia, a perda do cônjuge, a perda dos amigos e a independência dos filhos (Oliveira, 2008).

Fernandes (2001) chama a atenção para o facto das sociedades atuais deformarem o conceito de envelhecimento e terem ideias e representações já construídas do que é a velhice. Os idosos são encarados pela sociedade como indivíduos associados a características como o isolamento, doença, solidão, pobreza e mesmo exclusão social. A autora considera que denota-se erros na perspetiva em que são vistas as pessoas idosas e que há a necessidade da sociedade observar a realidade de forma diferente através de outros pontos de vista e a partir de outras configurações.

A velhice é vista como limiar de idade fixo e reforçado pela obtenção da pensão de reforma e consequentemente pelo aparecimento das pré-reformas. A entrada para a reforma é uma fase caracterizada pela perda do estatuto

social e é uma forma de exclusão social pois o indivíduo adquire o estatuto desvalorizado de “reformado”.

Face ao exposto, importa referir que os idosos são encarados como uma categoria social vulnerável à pobreza e exclusão de acordo com o Livro Branco da Segurança Social⁸ sendo uma das razões porque não há, por enquanto, o devido reconhecimento a esta população, também associado às perdas do papel social ativo dos idosos. A discriminação dos idosos é uma realidade, seja pela ideia geral da sociedade sobre os mesmos, seja pelo esquecimento destes.

Neste sentido, Costa (2007, p. 12) refere que:

“Impõe-se uma integral política da cidadania, que reafirme o idoso, enquanto cidadão, sujeito de plenitude, de todos os direitos inerentes à sua Dignidade de Homem Livre. E acabar com os mitos: velho é sinónimo de dependente ou tonto, “burro velho” não aprende línguas, a capacidade de aprendizagem termina aos 65 anos.”

A discriminação e estereótipos a os idosos são intitulados coloca em causa a sua dignidade, que lhes é conferida pela sua existência, sendo um direito natural, independentemente das suas capacidades e dos seus conhecimentos. Conforme o disposto no art.º 1.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” (CRP). Perante o Gabinete de Documentação e Direito Comparado (GDDC), é defendido igualmente pela Declaração Universal dos Direitos do Homem que, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.

Importa salientar que a 16 de Dezembro do ano de 1991, perante a resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, foram aprovados os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas. Estes princípios estão enunciados no GDDC e divididos em cinco pontos, têm o intuito de encorajar os governos a implementar nos seus programas nacionais, sempre que

⁸ Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998. Livro Branco da Segurança Social, Uma Síntese. Lisboa

possível, sendo eles o Princípio da Independência, o Princípio da Participação, o Princípio da Assistência, o Princípio da Realização Pessoal e o Princípio da Dignidade

Estes princípios têm como objetivo promover o progresso social e melhorar as condições de vida dentro de um conceito mais amplo de liberdade e valorizar a pessoa humana atribuindo-lhe a dignidade a que tem direito. Reconhecem ainda que deverão ser dadas oportunidades para que os idosos capazes, e que o desejem fazer, participem nas atividades que estejam a decorrer na sociedade e contribuam para as mesmas, para que desta forma lhes seja dado o devido reconhecimento.

Capítulo 2- ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA: DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Todo o ser humano envelhece. Envelhecer ativamente, isto é, com qualidade de vida e bem-estar, surge como um dos principais temas que a ciência e a sociedade encaram na atualidade, devido ao aumento da longevidade e da mudança demográfica. Nunca se assistiu ao aumento tão acentuado na idade das pessoas como se observa nos dias de hoje. Tanto na Europa como no resto do Mundo, nas últimas décadas, verifica-se uma enorme extensão na amplitude da vida humana. Vive-se mais e aparentamos ser mais ativos que os nossos pais e avós, devido ao progresso da medicina e também das melhorias educativas, socioeconómicas, condições de vida e melhoria dos estilos de vida. E, desta forma, tal como nos refere Lehr (2008), o essencial não é apenas adicionar anos à vida mas, principalmente, vida aos anos.

O Envelhecimento Ativo (EA) diz respeito ao processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002; citado por Cabral & Ferreira, 2013, p.12). O EA não se limita apenas a melhorar a saúde mas

também nos aspetos que envolvem fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar. A forma como se envelhece é também influenciada pela sociedade, comunidade e família (Cabral & Ferreira, 2013, p.13). Implícito a esta definição está a ideia de que para além dos cuidados com a saúde física, existem outros fatores que influenciam o modo como os indivíduos e a população envelhecem (Katache e Kickbush, 1997 citado por Jacob, 2007).

Os elementos principais que suportam este conceito são a participação social, a saúde numa visão global e a segurança social. O envelhecimento ativo pode ter vários determinantes que diferem de autor para autor. De acordo com Krause (2001, 1999 citado por Fonseca, 2005) o aspeto mais determinante é a existência de redes de suporte social. Contudo, para Baltes e Carstensen (1996, 1999, citado por Fonseca, 2005) são essenciais os fatores psicossociais, a saúde física, as capacidades funcionais e estilo de vida, e as condições biofísicas e condições sociais. Ainda Paúl (2005) acrescenta as singularidades do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais. Desta forma, o envelhecimento ativo pode ser considerado como o resultado do processo de adaptação (a estes determinantes) que surge ao longo da vida através do qual se alcança um ótimo funcionamento físico (inclui a saúde), cognitivo, emocional-motivacional e social (Fernández-Ballesteros, 2009).

A chave para alcançar o envelhecimento ativo pode ser a escolha de determinados estilos de vida, que promovam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até ao fim da vida (Baltes e Carstensen, 1996, citado por Fonseca, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe um conjunto de políticas para promover o envelhecimento ativo sendo elas: saúde comportamental e forma física; funcionamento cognitivo; afeto positivo e confronto de problemas; e participação social (Fernández-Ballesteros, 2009). A promoção do envelhecimento ativo envolve, portanto, a otimização das ditas condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e sócio ambientais; e considera a maximização do bem-estar e a qualidade de vida na velhice.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2002, citado por Fonseca, 2005) é possível e desejável favorecer e promover um envelhecimento ativo pela promoção de uma série de condições sociais, tais como, a manutenção da autonomia, e da independência; aumento da qualidade de vida, e da expectativa de vida saudável; e incremento da existência de relações sociais estáveis, alargadas e significativas, todos estes fatores conduzem à melhoria da Qualidade de Vida (QDV), desta forma importa abordar do conceito de QVD e ao longo da história, muitos autores têm-se ocupado a estudar em que consiste “viver bem e sentir-se bem”.

O caráter multidimensional do constructo causou dificuldades na hora de o usar e de o definir. Para alguns autores, o nível ótimo da qualidade de vida é produzido através da combinação de *inputs* físicos e psicológicos, pelo que a mesma dependerá das limitações e competências para a mudança e aquisição (Liu, 1978).

Um dos primeiros autores a elaborar um conceito sobre a QDV foi Lawton em 1991, que entendia este conceito como um conjunto de apreciações que o sujeito faz sobre cada um dos domínios importantes da sua vida atual. Posteriormente, reelaborou esta definição designando-a como a valorização multidimensional, tanto com critérios interpessoais ou subjetivos como socio-normativos ou objetivos do sistema pessoa-ambiente relativamente ao passado, presente e futuro (Lawton, 1991).

Para outros autores, é o bem-estar humano ou social que restringe e influi nas oportunidades humanas ou a satisfação que se recebe do ambiente físico e humano, com ênfase nos componentes externos (Diener & Seligman 2000).

Circunstâncias externas ao sujeito, e ele próprio, determinariam o grau de bem-estar, satisfação ou felicidade. Uma vez que a conceptualização da qualidade de vida é, simultaneamente, social e individual, fatores como a idade, sexo, nível de escolaridade, condição sócio ocupacional e localização, entre outros, influenciam significativamente o esquema conceptual de cada sujeito, podendo-se falar de uma qualidade de vida subjetiva.

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde definiu a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses (Whoqol, 1995).

Atualmente, a QDV é um acontecimento determinado por diversos fatores, nem sempre fáceis de serem avaliados cientificamente, principalmente fatores objetivos tais como condições de saúde, relações sociais, grau de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade económica, e subjetivos tais como bem-estar psicológico, sobretudo as experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, as reações afetivas e aos elementos psicológicos como felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, *stress* e saúde percebida (Diogo, 2003).

Segundo Renaud (2000, citado por Silva, 2011, p.27) “a saúde afeta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”. A saúde surge constantemente como um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida. Ainda Renaud (citado por Silva, 2011, p.28) sustenta a ideia de que “as vulnerabilidades da idade avançada podem ser mais de natureza psicológica do que física”.

“(…) a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o bem-estar de outra pessoa.” A saúde é o elemento fundamental para manter o bem-estar e a qualidade de vida na idade avançada, sendo que Grande (citado por Silva, 2011, p.27) considera que “o envelhecimento da população europeia é um fenómeno irreversível, que levanta problemas sociais de vários tipos. (...) o fenómeno do envelhecimento tenderá a tornar-se uma preocupação dos centros de investigação europeus”.

De acordo Lawtson citado por Neri (2000, p.39), “a qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, com ligação das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”. Deste modo,

a qualidade de vida na velhice depende de vários fatores que estão em constante interação ao longo da vida do indivíduo.

Na velhice, a qualidade de vida é um evento determinado por múltiplos fatores, nem sempre fáceis de serem avaliados cientificamente, principalmente fatores objetivos tais como condições de saúde, relações sociais, nível de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade financeira, e subjetivos os quais fazem menção ao bem-estar psicológico, isto é, às experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, às reações afetivas e aos constructos psicológicos como felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, *stress* e saúde percebida (Diogo, 2003).

Por último, a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 90, tem iniciado a investigação e o desenvolvimento de ferramentas que permitem avaliar a QDV das pessoas, como forma de promover continuamente uma abordagem holística da saúde. Dentro dos instrumentos elaborados pela mesma menciona-se o WHOQOL-100⁹ e a sua versão reduzida (WHOQOL-BRIEF), os quais têm sido adaptados e utilizados em diversas populações mundiais.

A QDV encontra-se fundamentalmente associada à capacidade de manter a autonomia e independência, com o bem-estar, e com a maneira como as necessidades são satisfeitas e foram satisfeitas no decorrer da vida, sendo a capacidade de adaptação às mudanças fundamental para alcançar o bem-estar e para uma avaliação positiva da qualidade de vida (OMS, 2002; Llobet et al., 2011). Contudo, fatores como a saúde em geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidade de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de lazer e tempo livre, o ambiente, o estado do local onde vive, os recursos e aos serviços e acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de

⁹ World Health Organization Quality of Life

vida, as aspirações e expectativas com a vida, influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas. (Bowling et al., 2002; Llobet et al., 2011).

Desta forma, o envelhecimento pode ser vivenciado de diversas formas, e usufruir de um envelhecimento ativo, bem-sucedido e com qualidade de vida, não depende apenas das questões relacionadas com a saúde, mas, sobretudo, das ações e responsabilidades de cada indivíduo (Ribeiro e Paúl, 2011). O idoso é, por isso, um agente essencial na promoção do seu próprio envelhecimento.

De acordo com Paschoal (1996, citado por Donalísio, Joial & Ruiz, 2007) a satisfação com a vida, de um modo indireto, reflete a qualidade de vida e seria também uma dimensão fundamental nas avaliações do estado de saúde nos idosos.

2.1. Satisfação com a vida e bem-estar

A satisfação com a vida e o componente afetivo do bem-estar subjetivo tendem a estar correlacionados pois ambos os elementos influem na valorização que o indivíduo faz sobre os seus sucessos, atividades, circunstâncias e atividades que se desenvolvem na sua vida. Então, a satisfação com a vida é o resultado da integração cognitiva que as pessoas fazem no modo como avaliam o seu percurso de vida.

A satisfação com a vida é um conceito complexo e de difícil mensuração, por se tratar de um estado subjetivo. Este conceito define, de uma forma mais precisa, a experiência de vida relativamente às diversas condições de vida do indivíduo. A satisfação com a vida pode ser definida como um julgamento cognitivo de algumas dimensões específicas da vida, tais como, a saúde, o trabalho, as condições de moradia, as relações sociais, a autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação global da própria vida mediante um dado critério. A qualidade de vida e a satisfação com a vida na velhice têm sido muitas vezes relacionadas a questões de dependência-autonomia (Donalísio, Joial & Ruiz, 2007).

Segundo Freire (2000 citado por Rodrigues, 2011), a vida pode ser satisfatória, com bem-estar e qualidade, principalmente quando há disposição para enfrentar os desafios e adversidades da vida, lutar pelos direitos dos seres humanos e colocar em prática projetos viáveis dentro do meio ambiente em que se vive e das condições pessoais de cada um, especialmente quando a pessoa possui uma rede de suporte social.

Diener (2000) menciona que os indivíduos que apresentam maior nível de satisfação com a vida são aquelas que têm um maior suporte afetivo. As pessoas que contam com a ajuda de outros indivíduos para suporte instrumental acreditam que serão pessoas mais satisfeitas no futuro. A satisfação com a vida constitui-se desta forma como uma avaliação subjetiva global que o indivíduo faz sobre a sua vida, em que compara circunstâncias da sua vida com aquelas incluídas num modelo de vida estandardizado que ele próprio deu origem, considerando-o adequado a si (Moody, 2006).

Para se poder alcançar a satisfação com a vida na velhice, é preciso que o indivíduo ao longo do trajeto de vida, se adapte às modificações que são impostas entre o sujeito e o meio ambiente que ocorrem em vários acontecimentos de vida, sendo que o tipo de respostas que os indivíduos optam como mecanismos de *coping*, posteriormente acaba por fazer a diferença entre elas, quando envelhecem, tanto em questão de bem-estar como ao nível da satisfação de vida.

Conforme Veenhoven (2000) a satisfação com a vida na terceira idade está associada com o poder subjetivo de adaptação e com o ajustamento do idoso às alterações da vida que ocorrem na última fase da vida. As variáveis sociodemográficas (por exemplo, idade e género) têm sido alvo de várias pesquisas, de modo a averiguar se há associação entre elas e a satisfação com a vida.

No que concerne à variável idade, existem autores que afirmam que existe associação, havendo um elevado declínio na satisfação com a vida em pessoas com idades superiores a 70 anos (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010). Segundo Gwozdz e Sousa-Poza (2009) este declínio não se deve à idade em si mas sim ao estado de saúde percebido. Este mesmo autor, refere que a

satisfação com a vida permanece estável ao longo da vida, excluindo os indivíduos com mais de 85 anos, que estes sim, apresentam um declínio significativo na satisfação com a vida. Martins (2004), por sua vez, no seu estudo defende que os sujeitos com menos idade têm mais satisfação com a vida. Diener et al. (1985), contrariamente, mencionam que não há relação entre a satisfação com a vida e a idade. Do mesmo modo, Schilling (2006) defende que a satisfação com a vida não aumenta nem diminui com a idade.

Em relação à variável género, Guedea et al. (2006) verificou que as mulheres apresentam níveis mais altos de satisfação com a vida, em comparação com os homens. Ardelt (1997 citado por Nunes, 2009) indica-nos que a sabedoria é uma variável complexa e multidimensional que incide como promotor da satisfação com a vida, revela uma dimensão cognitiva, reflexiva e afetiva, influenciando deste modo positivamente a satisfação com a vida. Num estudo realizado por Montgomery et al (2002 citado por Nunes, 2009), sobre a sabedoria, sugere-nos que, de uma perspetiva fenomenológica, os elementos essenciais da sabedoria na perspetiva dos idosos são o aconselhamento, conhecimento, princípios morais, experiência, gestão de tempo e relações empáticas.

O idoso necessita de ultrapassar os limites físicos e desenvolver novos objetivos pessoais, de modo a conseguir adaptar-se às novas situações, continuar a viver e conservar a sua autoestima. Segundo Silva (2011), alguns objetivos que devem ser determinados de modo a ajudar o idoso a ter uma sensação de realização e bem-estar são:

- Gerar um clima de confiança e segurança emocional encorajando os idosos a manter uma imagem positiva de si mesmo e a ter resposta emocional apropriada;
- Ajudar os idosos a acreditar nos seus próprios recursos pessoais;
- Saber responder-lhes de maneira adequada, com objetividade, clareza, respeito e sem exageros;
- Conhecer as suas preferências, consultar as suas opiniões e incentivar a pessoa idosa a fazer escolhas;

- Evitar tomar decisões por ele pois pode provocar perda de autoestima, depressão e dependência.
- Incentivar a recordar o passado, pois possibilita manter o contacto com a sua vivência, valorizar-se e sentir-se útil e importante.

2.2. Bem-estar Subjetivo

Vivemos numa sociedade cada vez mais envelhecida, embora a principal causa esteja na baixa taxa de natalidade, a realidade é que o avanço da medicina também tem contribuído para uma diminuição da taxa de mortalidade e uma maior longevidade da esperança média de vida. Até há pouco tempo, a nossa sociedade apresentava uma visão da velhice como algo sempre negativo vinculado à doença, dependência, perdas biológicas, funcionais, psicológicas e sociais (Oliveira, 2010).

Contudo, tal ideia tem vindo a ser alterada, devido aos vários estudos que têm sido desenvolvidos, com a finalidade de aprofundar a investigação da área da gerontologia, de modo a estudar formas de promover e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos (Serra, 2006; Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra & Guedea, 2006). O modo como o indivíduo percebe o seu bem-estar é um aspeto subjetivo fortemente associado à qualidade de vida (Guedea et al., 2006).

O conceito de bem-estar subjetivo surgiu no final dos anos de 1950, onde se procuravam indicadores de qualidade de vida para monitorizar mudanças sociais e implementação de políticas sociais (Land, 1975 citado por Fernandes (2016).

De acordo com Novo (2003, citado por Fonseca, 2006) o Bem-Estar Subjetivo (BES) surge no contexto empírico com a necessidade de uma procura de identificação das características sociodemográficas que se encontram associadas à satisfação de vida e à qualidade de vida. Relativamente à felicidade o BES remonta para a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas com base em valores, necessidades e

sentimentos pessoais, independentemente da qualidade do funcionamento psicológico. Desta forma, para Novo (2003) citado por Fonseca (2006) o BES trata-se de um conceito que se refere ao bem-estar global, medido através da satisfação com a vida e da felicidade. Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), Villar, Triadó, Resano e Osuna (2003) e Pavot e Diener (2003) citados por Fonseca (2006), sustentam que o BES deve ser conceptualizado como um conceito multifacetado de interesse, mais do que um conceito unitário. Assim o BES abrange vários fenómenos que incluem respostas emocionais e avaliações globais relativas à satisfação de vida.

Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002) citados por Monteiro et al. (2014) afirmam que o BES é um critério fulcral para a velhice bem-sucedida e fator primordial na promoção de qualidade de vida. Para se saber sobre o bem-estar subjetivo do idoso, é preciso fazer uma avaliação da sua qualidade de vida. Deste modo, da avaliação devem constar os recursos económicos e sociodemográficos (indicadores objetivos) do idoso, como também indicadores sociais que englobam critérios de julgamento pessoal do bem-estar e da satisfação com a vida.

O bem-estar subjetivo é um conceito que tem evoluído bastante nos últimos tempos, alcançando estudos que têm usado as mais variadas designações, tais como estado de espírito, felicidade, satisfação e afeto positivo (Giacomoni, 2004). De um modo geral, pode-se afirmar que o tema enfatiza o modo como as pessoas avaliam a sua vida. De um modo mais específico, esta dimensão faz referência à forma e ao porquê de as pessoas experienciarem as suas vidas positivamente (Giacomoni, 2004).

Para que seja relatado um nível de bem-estar adequado é preciso que a pessoa reconheça manter-se o nível alto de satisfação com a vida, uma alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas (Siqueira & Padovam, 2008). Os mesmos autores afirmam que para se aceder ao bem-estar subjetivo é necessário ter em conta que cada pessoa avalia a sua própria vida aplicando conceções subjetivas e, neste processo, apoia-se nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências anteriores.

A autoestima tem uma grande influência na vida quotidiana dos idosos. As pessoas com elevada autoestima são mais assertivas nas suas relações sociais, mais ambiciosas, tendem a recordar com frequência atividades agradáveis, bem-sucedidas, responsáveis, e propiciadoras de conforto, ao invés das pessoas com baixa autoestima que são mais infelizes, recordam geralmente atividades más, mal sucedidas, irresponsáveis, e perante expectativas de fracasso sentem-se ansiosas e incompetentes (Sequeira, 2010).

O bem-estar subjetivo tem bases muito mais emocionais e tem sido avaliado através de indicadores como a felicidade, a afetividade positiva e negativa, ou a satisfação vital (Blanco & Diaz, 2005).

De acordo com Bilbao & Paez (2007) o bem-estar não consiste apenas na ausência de sintomas de ansiedade, depressão, como também que a pessoa se respeite e valorize a si mesma, que mantenha relacionamentos positivos com os outros e perceba um apoio social satisfatório, que acredite que domina e controla o seu ambiente, que se sinta autónomo, que atribua um sentido e propósito à sua vida e que acredite que se está a realizar como pessoa. Mas, também existe um tipo de bem-estar social que se encontra relacionado com as bases reais das crenças implícitas positivas sobre a pessoa, o mundo e os outros e, reporta aos elementos sociais e culturais promotores da saúde mental. Bilbao & Paez (2007).

O conceito de bem-estar social desenvolvido por Keyes (1998) engloba os aspetos interpessoais da saúde mental e é composto por cinco dimensões (Blanco & Díaz, 2005): 1) Integração Social (avaliação da qualidade das relações sociais); 2) Aceitação Social (presença de certos valores como confiança, amizade, honestidade); 3) Contribuição Social (sentimento de utilidade de que se é um membro vital para a sociedade); 4) Atualização Social (confiança no progresso e na mudança social); 5) Coerência Social (perceção da qualidade, organização e funcionamento do mundo social).

Existem estudos que apontam diferenças no bem-estar psicológico em relação ao género das pessoas, por exemplo, num estudo feito por Yáñez e Cárdenas (2010), foi observado que os homens apresentaram maiores níveis

na dimensão “propósito na vida”, enquanto as mulheres obtiveram pontuações mais altas na dimensão “crescimento pessoal”.

Cameron (1975, citado por Fontaine, 2000) concluiu que os sentimentos de felicidade, de tristeza e de bem-estar subjetivo não diminuem com a idade pelo que os idosos não têm uma satisfação de viver inferior à dos jovens. Outros estudos ainda revelaram que os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida quando comparados com outros grupos etários, apesar dos quase sempre presentes problemas financeiros, de saúde, entre outros (Neto, 1999, citado por Barros, 2008).

Outras investigações concluíram ainda que as condições objetivas de vida, tais com a saúde, o nível socioeconómico, o ambiente social, etc., não explicam por si só o bem-estar das pessoas em geral e dos idosos em particular (Barros, 2004). Um estudo realizado por Guedea e colaboradores (2006) divulgou que a satisfação com a vida é maior nas mulheres, nas pessoas que têm rendimentos, nos indivíduos que estão satisfeitos com o apoio recebido, nas pessoas que dão apoio aos outros e nas que enfrentam os problemas de modo direto. Os afetos positivos aumentam também com a satisfação com o apoio recebido. Por outro lado, já os afetos negativos diminuem quando se fornece apoio social, embora aumentem quando não se enfrentam os problemas de forma direta. A perceção que as pessoas têm do seu bem-estar, constitui também um dos aspetos subjetivos relacionados com qualidade de vida (Martínez e Garcia, 1994). Vários estudos concluem que o bem-estar subjetivo não reside apenas no efeito direto de como as pessoas se sentem fisicamente, mas, principalmente, naquilo que a sua saúde permite que elas façam (Diogo, 2003). De forma a podermos avaliar a qualidade do envelhecimento, temos de ter presente o conceito de BES. Galinha e Ribeiro (2005) citados por Costa (2013), referem-nos que a saúde é uma dimensão positiva do BES, relacionada com um envelhecimento saudável (Diener, 2000; Guedea et al., 2006; citados por Costa, 2013).

O BES aparece também associado a um envelhecimento mais saudável, representando um indicador de saúde mental, sendo também sinónimo de felicidade, adaptação e integração social. O BES é, então, um indicador

relevante do grau de adaptação na terceira idade. Vários estudos (Fontaine, 2000) mostraram a existência de fatores determinantes para o bem-estar subjetivo, sendo três frequentemente referidos. O primeiro consiste na congruência entre aquilo que se desejou realizar/atingir e aquilo que efetivamente se concretizou. O segundo fator é o entusiasmo, o desejo de viver. E, finalmente, o terceiro fator é o humor, isto é, o sentimento de se manter adaptado, de pertencer à sociedade ou, contrariamente, de rejeitá-lo ou sentir-se rejeitado por ela. De facto, as teorias físico-biológicas, psicológicas e sociológicas do envelhecimento, indicam que o idoso precisa de se adaptar a situações sociais e condições físicas típicas da terceira idade (Guedea et al 2006).

O processo de envelhecimento é caracterizado por uma perda gradual das capacidades funcionais comprometendo a autonomia para satisfazer as suas necessidades quotidianas, o que no entanto, não se traduz em níveis de dificuldade adaptativa iguais entre todos os idosos, já que poderão existir diversos e variados tipos de adaptação das pessoas à velhice. Segundo Martínez e García (1994), o passar dos anos não deteriora a autoavaliação da saúde porque os idosos avaliam a saúde como boa quando ela é suficiente para viver. Chatters (1988, citado por Guedea et al, 2006) indica que os idosos que não têm grandes perdas funcionais, se julgam numa situação satisfatória quando comparados com outros com perdas maiores. A capacidade funcional, constitui um importante indicador da qualidade de vida, especialmente na velhice, podendo ser mais preditiva do estado de saúde do indivíduo idoso do que os próprios diagnósticos médicos (Diogo, 2003).

2.2.1. Afeto positivo e Afeto negativo

Dentro do conceito de bem-estar subjetivo encontram-se duas dimensões emocionais: as emoções positivas e as emoções negativas as quais têm que estar balanceadas (Siqueira & Padovam, 2008).

O estudo dos afetos positivos e negativos não se restringe apenas à identificação progressiva de sensações positivas durante a vida, como também

engloba, detetar-se, em grande escala, as experiências vividas foram entremeadas muito mais por emoções agradáveis do que por sofrimentos. De acordo com alguns investigadores, as pessoas relatam habitualmente uma maior frequência de emoções positivas comparativamente às emoções negativas (Siqueira et al., 2008). Por outro lado, estudos têm mostrado que as pessoas que têm tendência a vivenciar fortes emoções positivas são as que igualmente tendem a relatar intensas emoções negativas (Diener & Lucas, 2000).

De acordo com Diener e Lucas (2000) as experiências emocionais são relevantes para as avaliações que um indivíduo faz do seu bem-estar sendo que essas avaliações podem estar associadas à frequência com que se vivenciam emoções positivas e não propriamente à intensidade dessas emoções. Uma vez que as pessoas consideram mais a frequência das emoções positivas do que a intensidade das mesmas, acabam também por considerar que estas são mais raras e acompanhadas por algum custo.

Em 1969 Bradburn citado por Siqueira & Padovam (2008) propôs a estrutura bidimensional dos afetos o que levou a vários estudiosos construírem e validarem medidas para medir a mesma. Em 1988, Watson e colaboradores citados por Siqueira & Padovam (2008) validaram a Lista de Afetos Positivos e Negativos (*Positive Affect and Negative Affect Schedule – PANAS*), que integra duas escalas com 10 itens cada, que se mostraram, de acordo com os seus autores, consistentes, válidas e eficazes para medir as duas dimensões de afetividade. Segundo os mesmos autores, o Afeto Positivo (AP) representa a extensão na qual uma pessoa se sente entusiasmada, ativa e em estado de alerta. Um nível elevado de AP forma um estado de alta energia, plena concentração e prazer, enquanto um baixo AP caracteriza-se por tristeza e letargia. O Afeto negativo (AN) é uma dimensão global de falta de prazer, incluindo, no seu nível mais elevado, sensações negativas variadas, tais como agressividade, aborrecimento, culpa, medo e nervosismo.

A escala de AP integrante da PANAS¹⁰ inclui 10 palavras que descrevem sentimentos e emoções positivas (interessado, forte, inspirado, excitado, alerta, ativo, orgulhoso, entusiástico, determinado e atento), enquanto a escala de AN compõe-se de outras 10 palavras que expressam a dimensão negativa da afetividade (nervoso, culpado, assustado, agressivo, stressado, irritado, envergonhado, agitado, receoso e aborrecido).

O componente afetivo é identificado como o equilíbrio entre os afetos positivos e negativos. O afeto positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo enquanto que o afeto negativo se refere à frequência de emoções negativas. Deste modo, as pessoas que demonstram um bem-estar positivo experienciam uma predominância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (Galinha & Ribeiro, 2005). De facto, um estudo longitudinal realizado por Mor e colaboradores (1989, citados por Rosa, Benício, Latorre e Ramos, 2003) concluiu existir maior risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional nos idosos que evidenciavam avaliações mais pessimistas da sua saúde e entre aqueles que demonstravam apreensão ou ansiedade com respeito a essa mesma saúde.

Algumas investigações (Charles, Reynolds e Gatz, 2001; Lawton, 2001), demonstraram um efeito significativo da idade tanto no afeto negativo como no afeto positivo; já outras, por sua vez, concluíram que as pessoas mais jovens e as mais velhas não se diferenciam na frequência de emoções negativas, mas sim na frequência de emoções positivas (Mroczek, 2001; Pinquart, 2001 citado por César, 2015). Ferring e Filipp (1995) citados por Pimentel (2014), também encontraram uma diminuição longitudinal do afeto positivo unicamente em pessoas muito mais velhas.

De facto, o ser humano é um ser social, pelo que as relações sociais ocupam um lugar fundamental ao longo de todo o ciclo de vida, sendo de diferente natureza, cumprindo diferentes funções e provocando diversos de resultados. É certo que muitas destas relações nem sempre são potenciadoras

¹⁰*Positive Affect and Negative Affect Schedule*: Este instrumento é composto por duas escalas com 10 itens cada, que têm como finalidade avaliar duas dimensões independentes do estado de humor: Afeto negativo (10 itens: angustiado, irritado, com medo...) e afeto positivo (10 itens: entusiasmado, excitado...) As respostas variam entre 1 ("Não sou nada assim") e 5 ("Eu sou sempre assim").

de bem-estar e positivas para o indivíduo, contudo muitas delas são a origem de sentimentos essenciais de segurança, estabilidade, afeto, pertença e atenção indispensáveis à sobrevivência humana. A interação e/ou relação com outras pessoas (como por exemplo, estar mais ligado à família, amigos e comunidade) parece promover o sentimento de integração na sociedade e também indicadores de saúde física e mental (Cohen & Syme, 1985) citados por Rodrigues (2016), desta forma importa referir que as redes de suporte a idosos constituem um indicador de QDV e é sem dúvida um elemento fundamental na vida de todos os indivíduos. Proporciona um sentimento de segurança que permite tornar os indivíduos mais confiantes e tranquilos, além de que potencia o sentimento de valorização e autoestima obrigando a trocas recíprocas, evitando assim o isolamento (Pinheiro, 2004).

2.3. Redes de Suporte a Idosos

A velhice é uma fase do ciclo da vida em que o idoso tem que enfrentar situações de crise, nomeadamente, a morte do cônjuge, a diminuição das capacidades físicas e psicológicas, perda de autonomia e o possível isolamento.

O sociólogo Émilie Durkheim surge na literatura como um dos primeiros autores a referir a importância das relações sociais. Na sua obra “O Suicídio”, Durkheim conclui que os indivíduos que se encontram mais isolados socialmente, correm um maior risco de cometer suicídio do que os indivíduos que estão mais integrados ou que têm um maior número de contactos. Desta forma o suicídio “(...) varia na razão inversa do grau de integração do indivíduo nos grupos sociais de que faz parte” (Durkheim, 1996, p.234).

Ao longo da nossa vida estabelecemos contactos com várias pessoas que, intencionalmente ou não, influenciam a forma como vivemos e nos desenvolvemos.

Fernandes (2002) enfatiza que as relações sociais estão em crise e os graus de confiança que a população deposita nas instituições sociais são relativamente baixos, os estados revelam-se ineficazes como fatores de

integração, as famílias tendem a decompor-se e o individualismo nas sociedades leva à destruição da estrutura social, deixando o indivíduo entregue a si mesmo e indefeso, devido à ausência de relações sociais que garantam a autonomia e a segurança, levando à consciência do aumento do risco e diminuição da confiança nas relações sociais.

Desta forma, devido aos baixos níveis de confiança nas sociedades atuais, a sociedade tende a adiar os valores e as normas sociais onde cresce a competitividade e dissolvem-se as relações de cooperação. Contudo, é fundamental na comunidade criar-se sentimentos de confiança para favorecer o desenvolvimento da sociedade e aumentar e fortalecer os grupos e associações, promovendo a humanidade pois “Se é com mais humanidade que se constroem as sociedades em mais democracia, é com mais democracia que se constrói mais humanidade”. Fernandes (2002, p.202)

As relações interpessoais são essenciais ao ser humano, fundamentalmente para a manutenção do sentido de pertença e bem-estar, existindo ganhos diretos e/ou indiretos dos laços mantidos. Estas relações têm também a função de proporcionar suporte ao indivíduo. Pinheiro (2004) menciona que, quer as relações interpessoais quer as interações são fontes primordiais de Suporte Social. Estas relações asseguram condições que possibilitam ao indivíduo não se sentir sozinho nem desacompanhado, depositando em algumas pessoas a confiança de que as mesmas lhe prestarão ajuda e proteção sempre que necessário, permitindo desta forma, vivenciar e/ou ultrapassar acontecimentos de vida significativos.

Face ao exposto, podemos considerar que o Suporte Social não é apenas requerido em momentos de necessidade ou de conflito, diariamente os indivíduos recorrem aos seus membros de suporte para reaver neles sentimentos de confiança e autoestima que lhes permitem continuar a vida diária.

O Suporte Social pode ser definido em termos da existência ou quantidade de relações sociais em geral ou em particular referir-se às relações conjugais, de amizade ou organizacionais. O Suporte Social, por vezes, é também definido e medido em termos das estruturas das relações sociais do

indivíduo. Contudo, o Suporte Social é, na maioria das situações definido em termos do conteúdo funcional das relações, incluindo o grau de envolvimento afetivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação (Ornelas, 1994). Deste modo, Sarason et al., (1983 citado por Ribeiro, 1999) define Suporte Social como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, valorizam-nos e gostam de nós.

De acordo com Caplan (1974), o conceito de Suporte Social relaciona-se com os vínculos estabelecidos entre os indivíduos e os grupos, servindo para melhorar a adaptação quando a pessoa é confrontada com situações de *stress*, desafios ou privações.

Segundo Pinto (2007) as redes sociais fazem referência a um leque de relacionamentos de uma pessoa com um grupo de pessoas. Já o conceito de suporte social, de acordo com os mesmos autores, refere-se à qualidade dessas relações e ao modo como elas são avaliadas pela pessoa que recebe esse apoio. Contudo, para a grande parte dos autores, as diferenças entre estes dois conceitos são muito vagas para serem tidas em consideração.

O Suporte Social é um constructo multidimensional formado por duas áreas básicas: a estrutural, que representa as relações sociais e redes existentes e a área funcional ou expressiva, que faz menção ao tipo de apoio recebido. Do ponto de vista estrutural, enfatiza-se a relevância das características das redes sociais e das condições objetivas que cercam o processo de apoio social.

Dentro do domínio estrutural a rede social pode ser conceptualizada como uma rede de laços diretos ou indiretos que unem um grupo de indivíduos segundo determinados vínculos, tais como as relações de parentesco, de amizade ou de conhecimento (Pérez, 1999). Uma das funções básicas da rede social é a de dar apoio social que contribui para a recuperação e manutenção da saúde. De facto, o interesse por este tema está muito ligado a questões que estão relacionadas com a presença ou ausência de certas doenças, mais precisamente as doenças psiquiátricas (Dela-Coleta, 2007).

Perante Santos (2000), a regulação social nas sociedades capitalistas baseia-se em três bases: Estado, mercado e comunidade. No decorrer dos anos, a articulação e a importância de cada um dos três setores tem variado, segundo a conjuntura política e económica da sociedade. Apesar da comunidade se apresentar como o pilar mais frágil, nos últimos anos, como consequência das modificações ocorridas nas sociedades contemporâneas, alguns autores como Rosanvallon (1998) e Santos (1993) têm vindo a defender a responsabilização da sociedade civil (família, comunidade, terceiro setor), na promoção de bem-estar social e no acesso a determinados bens e serviços. Como menciona Santos (2000, p.75),

“o princípio de comunidade foi, nos últimos duzentos anos, o mais negligenciado. E tanto assim foi que acabou por ser quase totalmente absorvido pelos princípios do Estado e do mercado. Mas também, por isso, é o princípio menos obstruído por determinações e, portanto, o mais bem colocado para instaurar uma dialéctica positiva com o pilar da emancipação”.

A sociedade providência pode ser definida como uma sociedade onde predominam formas tradicionais de solidariedade, composta por familiares, vizinhos e amigos, baseada numa lógica de reciprocidade social e de ajuda mútua, afastada dos princípios de mercado, onde circulam um conjunto de bens e serviços.

O mais inquietante da realidade portuguesa, na opinião de Santos (1995, p.151), é o “(...) facto de as solidariedades sociais estarem a desaparecer, ao mesmo tempo que se agravam as condições que as tornariam mais necessárias do que nunca”.

De acordo com Mansilla (1993) o apoio social opera em três níveis: Cognitivo, Afetivo e Comportamental. São configurados assim três tipos de apoio que aparecem em todas as definições e autores: o apoio emocional (empatia, amor, confiança); o instrumental (comportamentos direcionados a resolver o problema da pessoa recetora, supõe realizar ações ou prestar serviços que servem para resolver problemas práticos); e o informativo (diz respeito a todas as intervenções que implicam aconselhar, informar, guiar ou receber informação útil para resolver um problema).

Relativamente à diferenciação entre percepção e receção de apoio social, Caplan (1974) faz a diferenciação entre apoio social Objetivo e apoio social Percebido. O primeiro diz respeito aos recursos ou transações reais que a pessoa pode usufruir caso seja necessário. O segundo refere-se à avaliação que o indivíduo faz da ajuda com que acredita contar. Assim, a transação pode ser objetiva (apoio real recebido) ou subjetivo (percepção de suporte).

Quer a ajuda recebida, quer a ajuda oferecida contribuem de igual modo para um sentido de controlo pessoal, o que influi positivamente no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Mesmo que a percepção que cada pessoa tem sobre o seu suporte social não corresponda à realidade, essa percepção é que vai ter maior peso (Vaux, 1988).

As redes sociais de apoio aos idosos podem ser divididas em dois grupos principais: redes de apoio formal e redes de apoio informal (Paúl, 1997; Guzmán, Huenchuan, & Oca, 2006), também frequentemente designadas como redes primárias e secundárias, que basicamente assentam no tipo de estruturação dos vínculos relacionais existentes entre os membros de uma rede social (Guadalupe, 2009).

Paúl (1997, p.93) sustenta a ideia que a função das redes sociais não se restringe apenas ao apoio social mas também no que diz respeito ao estímulo das relações sociais, refere-nos ainda que o efeito das redes sociais em idosos é benéfico para a sua saúde e mortalidade, tem também efeitos no próprio bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

2.3.1. Redes de suporte formal

No que diz respeito às redes de apoio formal, estas incluem as instituições que prestam serviços, tais como o Lar, centro de dia, centro de convívio ou apoio domiciliário.

As redes secundárias (ou redes de apoio formal) referem-se a laços institucionais num âmbito estruturado e de existência oficial e têm o objetivo de dar resposta a exigências de natureza funcional, facultando recursos ou instituindo serviços (Guadalupe, 2009). Paúl (1997) refere que nestas redes

estão compreendidos os serviços estatais de segurança social, da saúde e os diferentes tipos de respostas sociais comunitárias (do terceiro sector ou privadas) criados para a população idosa. No entanto, para muito idosos as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema (Paúl, 1997). Contudo, a institucionalização também pode facilitar o acesso a novas amizades (Paúl, 1997), intensificando o alargamento da rede e do suporte social nalguns casos. A resposta social, Estrutura residencial para idosos (ERPI), apresenta um conjunto de benefícios diferenciais face aos outros tipos de respostas sociais, no entanto, se para determinadas pessoas, a institucionalização não constitui uma alternativa adequada, para outras é uma solução para os seus problemas e dificuldades (Daniel, 2009). Atualmente a opção ERPI não pode ser representada como uma solução para quem não tem apoio informal, mas como uma oportunidade da população idosa poder beneficiar de uma melhor qualidade de vida (Daniel, 2009). Nas últimas décadas os cuidados institucionais foram sendo progressivamente substituídos pelos cuidados no domicílio, com a criação de serviços, programas e projetos específicos, devido ao aumento de pessoas com mais de 65 anos a necessitar de cuidados (Carvalho, 2005).

2.3.2. Redes de suporte informal

A rede de apoio informal ao idoso pode subdividir-se em dois grupos: as constituídas pela família do próprio idoso e as constituídas pelos amigos. Estas redes desempenham um papel essencial no apoio na vida dos idosos, tanto no ponto de vista instrumental como emocional (Paúl, 1997).

Nas redes primárias (ou redes de apoio informal) os vínculos são particularmente de natureza afetiva, podendo assumir uma carga positiva ou negativa, não havendo qualquer sentido de obrigação ou formalidade na relação (Guadalupe, 2009.)

Na sociedade contemporânea denota-se transformações contudo a solidariedade familiar ainda permanece ativa “em determinados meios rurais a família e a comunidade continuam a desempenhar um papel importante na prestação de cuidados aos idosos (...) integrados no seu contexto familiar e social” (Pimentel, 2001, p.48). Baseada em princípios de reciprocidade, solidariedade e altruísmo, a sociedade providência surge, na atualidade como uma forma de capital social proveniente das relações sociais entre indivíduos, promovendo uma maior segurança, bem-estar, o que permite enfrentar situações de maior vulnerabilidade social e económica, bem como compensar as fragilidades do sistema de proteção social.

As famílias desempenham um papel importante no apoio ao idoso, especialmente, aos idosos vítimas de doenças crônicas, muitas vezes incapacitantes. Desta forma, a família é vista como um lugar privilegiado para que o idoso viva com qualidade de vida e bem-estar, devendo assim “ajudar o velho a viver não só mais, como melhor, de forma a não se tornar um peso para a família e para os que o cercam, e sim uma pessoa integrada no sistema familiar” (Zimerman, 2000, p.51).

Como refere Paúl (1991) o apoio mais frequentemente prestado pelos familiares e de acordo com a sua importância, são sobretudo os seguintes: ajuda financeira; cuidados de saúde/enfermagem; supervisão contínua; orientação nas compras; preparação de refeições; assistência administrativa e legal; serviços domésticos; transporte.

Na velhice, “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 citado por Fernandes 2000, p.53).

Os amigos e vizinhos revelam importância nas relações sociais dos idosos pois conforme referido por Paúl (1997), os amigos têm um papel essencial no que concerne ao bem-estar dos idosos, pois é com os amigos que partilham intimidades, é através deles que recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização e apoio instrumental. Desta forma, “as amizades

são uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e proteção contra o mundo” (Paúl, 1997, p.109).

Os amigos são importantes na vida dos idosos como fonte de ânimo e partilha de atividades de lazer/tempos livres, envolvendo sentimentos de reciprocidade, identificação, partilha de interesses e feedback positivo.

Como defende Pimentel (2005), o cenário exemplar para qualquer idoso que pretenda viver de forma equilibrada seria a sua permanência no meio familiar e social, visto que o apoio prestado pelos familiares ou pelos amigos é, habitualmente, o mais adequado às necessidades de cada sujeito. É ainda importante referir que “o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas atuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio” (Tennstedt & Mckinlay, 1989 citado por Paúl, 2005, p.283).

Desta forma Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004) afirmam que alguns contextos de vida, dos quais os idosos fazem parte, são constituídos pelas pessoas com as quais mantêm relações consideráveis, onde também podem ser definidas como redes de suporte social. A família, os amigos e a rede de vizinhança constituem para a população sénior um apoio fundamental para o bem-estar e qualidade de vida.

O suporte social percebido apresenta um papel de extrema importância na saúde e no bem-estar das pessoas quer estejam doentes, em fase de recuperação ou não doentes (Ribeiro, 1999). Pernice (2010), através da realização de entrevistas estruturadas com o intuito de perceber a ligação entre apoio social e recuperação, conclui que o apoio e a reciprocidade entre membros da família são dimensões importantes da rede pessoal de apoio e do processo de recuperação.

O apoio social, nas suas diferentes dimensões, relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e a saúde mental, associando-se à redução do risco de mortalidade, estando negativamente relacionado com depressão e *stress* e com a sintomatologia física (Guedea et al, 2006). Alguns estudos (Rosa, Benício, Alves e Lebrão, 2007) indicaram que pessoas que têm

ocupações socialmente prestigiadas recebem maior apoio social; idosos com rendimentos e habilitações literárias mais elevados têm mais contacto com amigos, prestam apoio social aos outros com maior frequência, e manifestam maior satisfação com o apoio recebido; foram também observadas diferenças significativas, que favorecem os indivíduos casados, quanto ao apoio dado pela família, de forma igual para ambos os sexos.

De acordo com Osório e Pinto (2007), os idosos precisam de promover as suas inter-relações, participando em grupo e não apenas se limitar no seu “eu” singular. O autor completa ainda referindo que as intervenções sociais devem ter assentes os princípios de abordagem participativa, estimulando as pessoas para a participação e utilização de tempos de lazer, como também a prática de novas aprendizagens e consciencialização, trabalhando competências pessoais, sociais, grupais, bem como desmistificar representações e estereótipos criados pela sociedade

A rede pessoal do idoso é importante na construção deste desenvolvimento e desta forma deve-se envolver o mais possível e, desta forma, a Intervenção Comunitária poderá ser eficaz nas redes sociais dos idosos assim como por um trabalho juntos dos indicadores de qualidade de vida, que irão ser referenciados no capítulo seguinte.

Capítulo 3- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Metodologia

O método é um caminho utilizado na produção de conhecimento que consiste num conjunto de operações com a finalidade de alcançar objetivos determinados numa fase anterior, é considerado um plano orientador do trabalho do investigador. (Pardal e Lopes, 2011).

Michel (2005, citado por Silva, J. 2011) refere que a metodologia pode-se entender como um trajeto que se traça para atingir um objetivo. Segundo Marconi e Lakatos (2004, p.253), o método “consiste em uma série de regras com a finalidade de resolver determinado problema ou explicar um facto por meio de hipóteses ou teorias que devem ser testadas experimentalmente e podem ser comprovadas ou refutadas”.

Define-se metodologia como um conjunto de métodos e técnicas, caracterizados pelo seu rigor e sistematização, que conduzem à realização do processo de investigação científica.

O investigador, na fase metodológica, seleciona os métodos a utilizar, de forma a obter resposta às questões de investigação formuladas e “ (...) define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados”, assegurando-se também se os instrumentos são fiáveis e válidos (Fortin, 2003, p.40).

No decorrer da fase metodológica procurou-se definir os métodos a utilizar para obter resposta à questão de investigação colocada. Desta forma, neste capítulo serão descritos todos os passos relativos à realização deste trabalho de projeto.

3.2. Instrumentos utilizados na recolha de dados

Feita a delimitação do estudo, lembrando que a pergunta de partida para este estudo se define por “Até que ponto os idosos afirmam ter Qualidade de vida?” importa determinar os instrumentos que melhor se adequam à recolha de dados que se pretende realizar, de forma a delimitar até que ponto podemos “medir” a Qualidade de Vida destes idosos e colocar como hipótese o facto de, neste trabalho de intervenção, ao nível da Intervenção Comunitária, podemos avançar com a hipótese principal de que o reforço dos laços familiares constitui um indicador de qualidade de vida em geral e neste caso em idosos institucionalizados.

A investigação em ciências sociais apresenta duas tendências metodológicas, a qualitativa e a quantitativa. A quantitativa é conhecida como

extensiva, científica, enquanto a qualitativa é naturalista, interpretativa, construtivista e de observação participante (Pardal e Lopes 2011).

Os estudos exploratórios têm como objetivo definir as questões ou hipóteses para uma investigação posterior. Isto é, são o começo para uma investigação posterior, mas não necessariamente um estudo de caso. Estes estudos são diferentes dos descritivos, podendo procurar hipóteses e proposições pertinentes para orientar estudos seguintes. Pretendem facultar um certo suporte para a teorização. Segundo Yin (1993) citado por Meirinhos e Osório (2010) Os estudos exploratórios são os de reputação mais notória.

Neste trabalho de intervenção, ao nível da Intervenção Comunitária, podemos avançar com a hipótese principal de que o reforço dos laços familiares constitui um indicador de QDV nos idosos em geral e neste caso em idosos institucionalizados.

No caso deste estudo, optou-se por uma metodologia quantitativa ou metodologia de análise extensiva. Segundo Fortin (2003, p.22) “O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.” Vilelas (2009, p.103) acrescenta que

“Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. [...] visam a apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações.”

O instrumento utilizado para a recolha de informação foi o inquérito por questionário com o objetivo de se definir a população a estudar.

Um questionário tem como principal função questionar, perguntar e interrogar. A palavra questionário representa uma série de questões ou perguntas sobre um determinado assunto. Para Villelas (2009, p.133)

“Os inquéritos são exclusivos das ciências sociais e partem da premissa de que, se queremos conhecer algo do comportamento das pessoas, o melhor, o mais directo e o mais simples, é perguntá -lo directamente a elas. Trata -se portanto de requerer informação a um grupo socialmente significativo de pessoas acerca dos problemas em estudo, para logo, mediante uma análise do tipo quantitativo ou qualitativo, retirar as conclusões que correspondem aos dados recolhidos.”

O questionário, segundo Rodríguez et al. (1999) citado por Meirinhos e Osório (2010), reporta a uma utilização mais associada a técnicas de investigação quantitativa. Esta técnica baseia-se na criação de um formulário, previamente elaborado e normalizado.

Para a realização dos questionários foi elaborado um guião com questões coerentes com os objetivos da investigação, sendo elas maioritariamente de resposta fechada, com opção de resposta. Em algum dos casos podiam ser de resposta múltipla, onde o inquirido escolhe uma ou várias respostas pré-estabelecidas no inquérito, sendo ainda possível em algumas questões, apresentar uma resposta não considerada nas opções.

O inquérito trata-se de um instrumento global, complexo e surge de uma compilação de vários testes de medida, entretanto já validados do ponto de vista científico, para construir indicadores para uma noção de qualidade de vida, o qual contou com uma questão aberta, cujas respostas foram analisadas recorrendo-se à técnica de análise de conteúdo, sobre o que se poderá entender por qualidade de vida na perspetiva dos idosos. Pretendeu-se com este inquérito inovar na forma como foi construído pois a pergunta aberta vai nos dar a perceção dos idosos perante a sua qualidade de vida e os testes de medidas surgem como novos indicadores para se aferir a qualidade de vida em idosos, para que desta forma a qualidade de vida não passe só pelos aspetos de medição de saúde mas também por dimensões como o bem-estar, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo, afetos e felicidade. Assim, o inquérito em questão contemplou o seguinte:

Os idosos foram questionados relativamente à sua naturalidade, idade, estado civil, onde vive atualmente, com quem vive, a frequência das relações familiares, habilitações literárias, profissão, origem do seu rendimento mensal, valor da pensão, religião, de forma a conhecermos a situação sociodemográfica e socioeconómica do inquirido. Foram ainda questionados relativamente aos recursos comunitários utilizados e os tipos de serviços mais requeridos, ocupação dos tempos livres e tipo de atividades que costumam participar na instituição.

De forma a avaliar a satisfação com a vida foi utilizada a versão traduzida e adaptada à realidade nacional por Figueiras et al. (2010) da Satisfaction With Life Scale de Diener et al. (1985). A SWLSp é utilizada para medir a componente cognitiva do bem-estar (satisfação global com a vida) e é composta por cinco itens (“Na maioria dos aspetos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida”), os quais são respondidos numa escala tipo Likert, com cinco possibilidades de resposta: de 1 (“Discordo totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”).

Para avaliar o afeto e identificar o bem-estar subjetivo dos idosos foi utilizada a versão traduzida e adaptada à realidade nacional por Fonseca (2006) do Positive and Negative affect Schedule, de Watson, Clark e Tellegen (1988). Este instrumento é composto por duas escalas com 10 itens cada, que têm como finalidade avaliar duas dimensões independentes do estado de humor: Afeto negativo (10 itens: angustiado, irritado, com medo...) e afeto positivo (10 itens: entusiasmado, excitado...) As respostas variam entre 1 (“Não sou nada assim”) e 5 (“Eu sou sempre assim”).

Para avaliar a felicidade foi utilizada a versão traduzida e adaptada à realidade nacional por Fonseca (2006) da Subjective Happiness Scale. A SHSp é um instrumento de medição da felicidade subjetiva e global, constituída por quatro itens (“De uma forma geral considero-me uma pessoa feliz.”) respondidos numa escala tipo Likert com cinco possibilidades de resposta: de 1 (“Discordo Totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”).

A partir das escalas anteriormente referidas o inquérito foi construído de modo a integra-las e desta forma abordar as temáticas em causa, incluindo todos os elementos que poderiam constituir indicadores para a noção de qualidade de vida.

Introduzimos uma questão aberta pelas virtualidades que a análise de contudo poderá trazer na abordagem de problemáticas multidimensionais como é o caso da qualidade de vida, intitulada de “Refira em algumas palavras, o que representa para si “qualidade de vida””, de modo a perceber o que os inquiridos consideram que é para si qualidade de vida, respondendo em pequenas palavras que posteriormente foram analisadas em grupos e

colocados por categorias, utilizando a análise categorial que consiste em “calcular e comparar as frequências de certas características (na maior parte das vezes, os temas evocados) previamente agrupadas em categorias significativas.” (Quivy & Campenhoudt, 2008). Sendo assim, analisou-se as palavras mais referidas e agrupou-se nas categorias correspondentes. Esta questão torna-se fundamental para aferir a perceção dos idosos sobre a sua qualidade de vida e desta forma completar um inquérito que surge de uma compilação de testes de medida.

A escolha dos questionários enquanto instrumento de recolha de dados deveu-se ao facto de esta ser a forma mais adequada e eficaz de questionar um maior número de população e tentar focalizar a resposta na questão que está a ser colocada. Esta metodologia foi essencial para perceber a realidade dos entrevistados que participam na investigação, como também para compreender as perceções que os participantes têm sobre a sua satisfação com a vida, nomeadamente aspetos relacionados com o bem-estar subjetivo, afetos e qualidade de vida.

Relativamente à população inquirida, aceitaram participar neste estudo um número de 69 utentes, correspondendo à totalidade dos utentes de duas instituições. Sendo eles 42 utentes do Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro e 27 utentes do Centro de dia Perpétuo Socorro.

A população inquirida teria de reunir alguns critérios para participar no estudo, sendo eles:

- Idade superior a 65 anos
- Ambos os sexos
- A frequentar Centro de Dia e/ou Lar

A administração do questionário foi realizada presencialmente, aplicando o instrumento um a um de forma a ler as perguntas e as respostas devido à capacidade reduzida a nível visual de alguns utentes, facilitando assim a participação deles no estudo. De forma a garantir a veracidade nas respostas,

teve-se o cuidado e atenção de não se selecionar utentes com demências e capacidades cognitivas reduzidas para responder a este inquérito.

Capítulo 4- TERRENO EMPÍRICO DO TRABALHO DE PROJETO

De forma a orientar este trabalho de projeto o melhor possível, torna-se pertinente caracterizar o terreno empírico onde se realizou o trabalho de projeto.

4.1. Concelho de Vila Nova de Gaia e Concelho do Porto

O concelho de Vila Nova de Gaia insere-se no distrito de Porto, localizado na região Norte de Portugal.

Possui uma área geográfica de cerca de 168,46 km² e possui 15 freguesias: Arcozelo; Avintes; Canelas; Canidelo; Grijó e Sermonde; Gulpilhares e Valadares; Madalena; Mafamude e Vilar do Paraíso; Oliveira do Douro; Pedroso e Seixezelo; Sandim, Olival, Lever e Crestuma; Santa Marinha e Afurada; São Félix da Marinha; Serzedo e Perosinho e Vilar de Andorinho.

Segundo dados dos censos de 2011, contava com 302 295 habitantes e é o terceiro município mais populoso do país.

População residente no Concelho de Vila Nova de Gaia								
	Total		0-14 anos		15-64 anos		65 + anos	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
	288.749	302.295	49.222	46.641	205.180	208.996	34.347	46.658
			17,05%	15,43%	71,06%	69,14%	11,90%	15,43%

Quadro nº1: Comparação da população residente no concelho de Vila Nova de Gaia, total e por grande grupo etário em 2001 e 2011 (Adaptado de PORDATA¹¹, consultado em 24-07-2017)

Analisando os valores explícitos no Quadro 1, podemos verificar que o grupo etário de 65 e mais anos foi o que mais cresceu entre 2001 e 2011

¹¹ Consultar em <https://www.pordata.pt>

contrariamente ao grupo dos 0-14 anos que diminuiu de 2001 (49.222 habitantes) a 2011 (46,641 habitantes). É importante referir que o único grande grupo etário que aumentou, em termos de percentagem, foi o de 65 e mais anos, que representa 15,43% da população residente, equivalente ao número de população com idade inferior a 15 anos, 15,43%.

O concelho Porto insere-se no distrito de Porto, localizado na região Norte de Portugal.

Possui uma área geográfica de cerca de 41,42 km² e possui 7 freguesias, três delas são união de freguesias, sendo elas: união de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde; união de freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória; união de freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos; Bonfim, Campanhã, Paranhos e Ramalde.

Segundo dados dos censos de 2011, contava com 237,91 habitantes.

População residente no Concelho do Porto								
	Total		0-14 anos		15-64 anos		65 + anos	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
		263.131	237.591	34.584	28.379	177.544	154.129	51.003

Quadro nº2: Comparação da população residente no concelho do Porto, total e por grande grupo etário em 2001 e 2011 (Adaptado de PORDATA¹², consultado em 24-07-2017)

Fazendo a análise do Quadro 2, verifica-se que o único grande grupo etário que aumentou, entre 2001 e 2011, foi o de 65 e mais anos. Ambos os grandes grupos de 0-14 anos e 15-64 anos diminuíram em termos de habitantes entre 2001 e 2011.

Os números tornam-se mais preocupantes quando comparamos dados referentes ao índice de Envelhecimento e índice de Dependência de idosos, como evidenciado no Quadro 3.

	Índice de Envelhecimento		Índice de Dependência	
	2001	2011	2001	2011
Portugal	102,2	127,8	24,2	28,8
Porto	147,5	194,1	28,7	35,7
Vila Nova de Gaia	69,8	100,0	16,7	22,3

Quadro nº3: Comparação do índice de envelhecimento e índice de dependência de idosos, em Portugal, concelho do Porto e Vila Nova de Gaia, em 2001 e 2011 (Adaptado de PORDATA¹³, consultado em 24-07-2017)

¹² Consultar em <https://www.pordata.pt>

¹³ Consultar em <https://www.pordata.pt>

Em 10 anos, o índice de Envelhecimento em ambos os concelhos aumentou. No concelho do Porto passou de 146,5 idosos por cada 100 jovens para 194,1, no concelho de Vila Nova de Gaia, valores mais baixos são apresentados, contudo verifica-se 69,8 idosos por cada 100 jovens em 2001 passando para 100,0 em 2011. O índice de Dependência também aumentou em ambos os concelhos. Estes valores refletem a realidade atual do nosso país e local.

Relativamente às respostas sociais em Portugal Continental deparamo-nos com um aumento nas três principais respostas sociais, entre 2005 e 2015, o que se torna importante e necessário devido ao aumento do número de idosos a necessitar destes serviços.

Capacidade de respostas sociais em Portugal Continental			
	Centro de Dia	Estrutura Residencial para Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário
2005	60 352	60 884	73 575
2015	65 258	94 067	108 315

Quadro nº4: Evolução da capacidade de respostas sociais em Portugal Continental, entre 2005 e 2015.

(Adaptado da Carta Social de Portugal (2015), última pesquisa em 24-07-2017)

Considerou-se importante realizar uma pesquisa no âmbito de perceber a realidade do número de repostas dos concelhos onde se inserem as instituições onde realizamos o estudo, sendo que no Concelho de Vila Nova de Gaia, Freguesia de Oliveira do Douro onde se insere o Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro denota-se que apenas existem 2 centros de dia, 2 ERPI e 2 serviços de apoio domiciliário. Verifica-se que a taxa de ocupação dos equipamentos é elevada e na ERPI encontra-se sem vagas, o que se torna preocupante pois o número de idosos a precisar de cuidados tende a aumentar e há a necessidade da criação de mais apoios para os idosos.

Concelho de Vila Nova de Gaia, Freguesia de Oliveira do Douro				
Valência	Nº Equipamentos no Concelho	Capacidade Total	Nº de Utentes	Taxa de Ocupação
Centro de Dia	2	90	80	89%
Estrutura Residencial	2	88	88	100%

para Idosos				
Apoio Domiciliário	2	110	87	79%

Quadro nº5: Nº de equipamentos, capacidades, nº de utentes e taxa de ocupação dos mesmos, por valência, no Concelho de Vila Nova de Gaia. (Adaptado da Carta Social (2017), última pesquisa em 01-09-2017)

4.2. Breve caracterização do Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro

Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro¹⁴, sediada em Oliveira do Douro em Vila Nova de Gaia. Esta instituição é de cariz não lucrativo e tem como respostas sociais a creche, ERPI, centro de dia e apoio domiciliário. O Padre Avelino Jorge Soares, presidente da instituição, tem como objetivo a concretização do sonho espelhado na nossa Visão.

No que concerne ao número de utentes, a instituição tem na ERPI 35 utentes, funcionando 24h por dia, sendo o horário de visitas das 14:30 às 19:00. O centro de dia tem 40 utentes e funciona de 2ª a 6ª feira das 08:30 às 17:30. O apoio domiciliário tem 40 utentes e funciona de 2ª a 6ª feira 08:30 às 17:30.

Relativamente ao Concelho do Porto, Freguesia do Bonfim onde se insere o Centro Social do Perpétuo Socorro, existem atualmente 5 centros de dia, 16 ERPI e 6 instituições que prestam apoio domiciliário para idosos. Apenas a ERPI está com uma taxa de ocupação quase de 100%, apesar do centro de dia e apoio domiciliário terem mais de metade da sua taxa de ocupação completa.

Concelho do Porto, Freguesia do Bonfim				
Valência	Nº Equipamentos no Concelho	Capacidade Total	Nº de Utentes	Taxa de Ocupação
Centro de Dia	5	230	137	60%
Estrutura Residencial para Idosos	16	250	235	94%
Apoio	6	235	141	60%

¹⁴ Disponível em <http://www.paraquiaoliveiradodouro.com/centro-social-paroquial-respostas-sociais>

Domiciliário				
--------------	--	--	--	--

Quadro nº6: Nº de equipamentos, capacidades, nº de utentes e taxa de ocupação dos mesmos, por valência, no Concelho do Porto. (Adaptado da Carta Social de Portugal (2017), última pesquisa em 01-09-2017)

4.3. Breve caracterização do Centro de Dia do Perpétuo Socorro

O Centro de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro¹⁵, sediado no Bonfim no Porto, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de cariz não lucrativo, tem como ideal e prática melhorar as condições de vida da comunidade, adaptando as suas respostas às necessidades de uma sociedade em constante mutação e tendo como prioridade os mais desamparados, com valores como solidariedade e valor ao próximo. Como resposta social desenvolve as suas ações em torno da educação (cresce, jardim de infância, ensino básico e ensino profissional), do apoio aos idosos (centro de dia, apoio domiciliário), da saúde (pediatria, medicina dentária e otorrinolaringologia).

Relativamente ao número de utentes, o Centro de Dia conta com 38 idosos e funciona das 9:00 às 18:00, de segunda-feira a sexta-feira. Tem como serviços prestados a alimentação, animação sociocultural, apoio psicossocial, nutricionista, enfermagem, lavandaria e tratamento de roupa e transporte.

¹⁵ Disponível em <http://perpetuo-socorro.pt/seniores/>

Capítulo 5- DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS INQUIRIDOS

5.1. Regime na instituição

O grupo cooperante ou por conveniência do presente projeto é constituído por 69 participantes (foram excluídos alguns participantes de ambos os lares que não se enquadravam nos critérios a serem considerados para participar no estudo, pois tinham menos de 65 anos e alguns apresentavam demências e capacidades cognitivas reduzidas), sendo que a maioria frequentava apenas o centro de dia 82,61% e os restantes residiam no Lar 17,39%, conforme o gráfico 1.

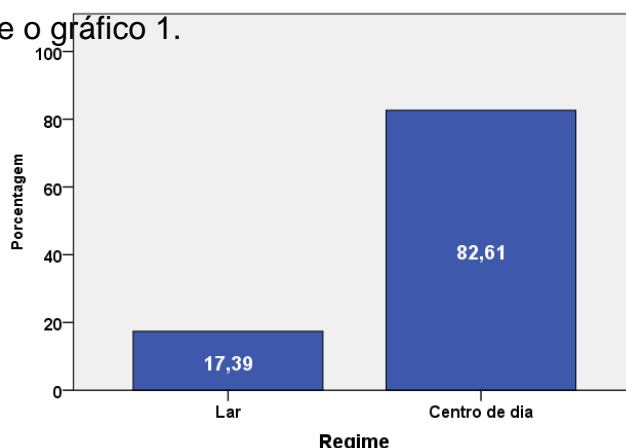


Gráfico 1. Resposta social frequentada pelo utente

5.2. Sexo

A maioria dos participantes é do sexo feminino 66,67% face ao sexo masculino 33,33%, conforme o gráfico 2. Tendência atual, segundo dados da PORDATA, em que nos indica que há mais população do sexo feminino (cerca de 5.515.578 mulheres) face ao sexo masculino (cerca de 5.046.600 homens) em Portugal, no ano de 2011.

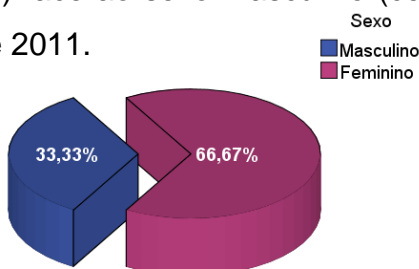


Gráfico 2. Distribuição do sexo dos participantes

5.3. Idade

Relativamente à idade dos participantes, estes tinham uma idade mínima de 65 anos, máxima de 92 anos, média de 79,07 anos de idade.

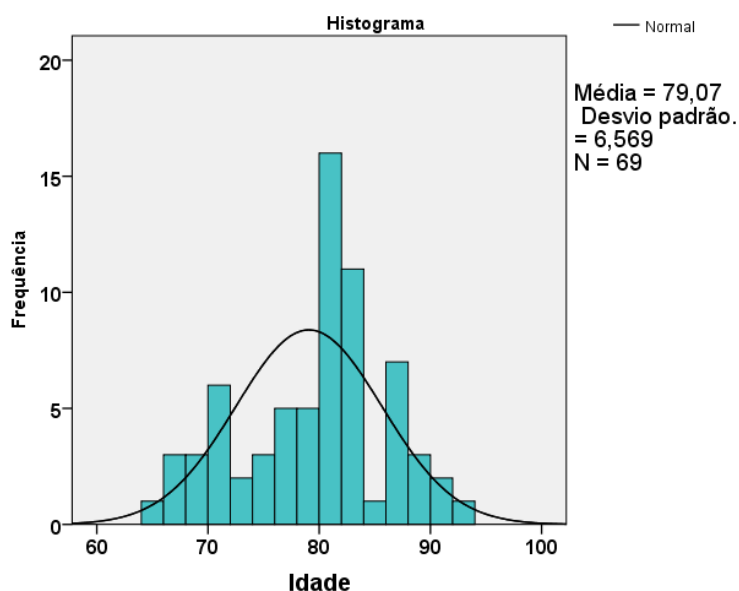


Gráfico 3. Gráfico da idade dos participantes

5.4 Estado Civil

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maioria dos participantes são viúvos, perfazendo 69,57% dos inquiridos, pois nesta fase da vida e devido ao processo de envelhecimento deparamo-nos com o declínio da saúde, tendo por consequência a morte. Seguem-se os indivíduos casados com 15,94%, há a existência de solteiros com 10,14% e por último divorciados com 4,35% dos inquiridos, conforme gráfico nº4.

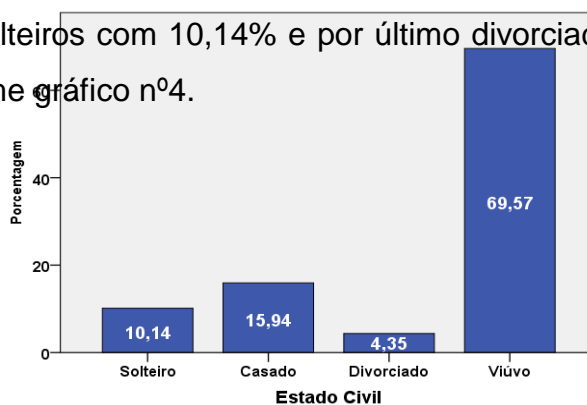


Gráfico 4. Estado civil dos participantes

5.5 Habitação

Quando inquiridos sobre onde vivem, a maioria (44,93%) vive em casa própria, o que pode ser um fator de autonomia a vários níveis, entre eles o nível económico. Segue-se casa arrendada com 18,84%; 17,39% são residentes do lar; 15,94% vive em casa dos filhos e ainda, com uma percentagem mínima mas existente, 2,9% dos inquiridos vive em casa de amigos, conforme gráfico nº5.

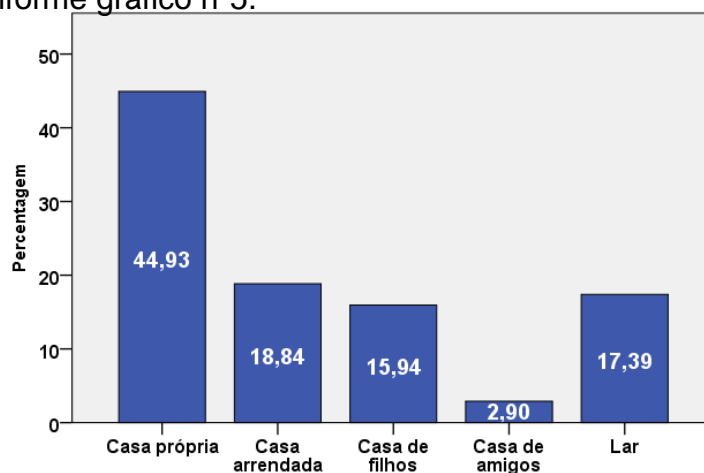


Gráfico 5. Onde vive

Relativamente ao Gráfico 6 verifica-se que a maior parte dos inquiridos vivem sozinhos 40,58%, o que revela uma certa autonomia, tendo em conta a idade e o estado de saúde, podendo desta forma considerar-se que pode representar um indicador de qualidade de vida. Segue-se a situação de viver com filhos com 21,74% do grupo inquirido pois os idosos nesta fase recorrem

às redes de suporte informal devido a limitações que ocorrem nestas idades. Ainda 17,39% dos inquiridos vive na instituição porque, em conversa com eles durante a realização do inquérito referiram que os familiares não possuem condições para os manter nas suas casas devido ao pouco tempo disponível que têm. Alguns utentes ainda vivem com o conjugue equivalendo a 14,49% dos inquiridos, com uma percentagem pequena os que vivem com amigos 2,90%, quer porque nunca constituíram família ou porque são viúvos e juntaram-se com um parceiro ao qual lhe chamam de “amigo”, para finalizar, com a percentagem mais baixa, há os utentes que vivem com outros familiares 1,45%, sendo os mais referidos os sobrinhos.

Gráfico 6. Com quem vive

5.6 Escolaridade

No que respeita às habilitações literárias dos idosos verifica-se que mais de metade dos inquiridos concluiu o ensino básico, equivalente à 4ª classe (53,62%), o que revela uma homogeneidade quanto ao grau de ensino neste grupo. Ainda 20,29% dos inquiridos é analfabeto o que vai em concordância com o que foi analisado na PORDATA (2017), que nos refere que no ano de 2016¹⁶ existiam 50,0% da população residente em Portugal com o 1º Ciclo do Ensino Básico e a segunda maior percentagem refere-se aos idosos sem nível de escolaridade equivalente a 25,7% da população.

¹⁶ Consultar gráfico no Anexo 3

Ainda 14,49% dos inquiridos frequentaram o ensino preparatório, o 9º ano (5,80%), o 12º ano também se verificou que 4,35% frequentou, numa percentagem muito reduzida, 1,45% da amostra frequentou o ensino superior equivalente a apenas uma utente que foi Enfermeira.

Desta forma, perante estes resultados, importa referir que de acordo com a OMS (2002) os baixos níveis de educação e de analfabetismo são considerados fatores de risco, muito elevados, de morte, no passar do processo de envelhecimento.

Importa referir que foi feito o paralelismo com as tendências nacionais, contudo os inquiridos não constituem uma amostra representativa do panorama nacional nem este aspeto constitui um objetivo deste trabalho.

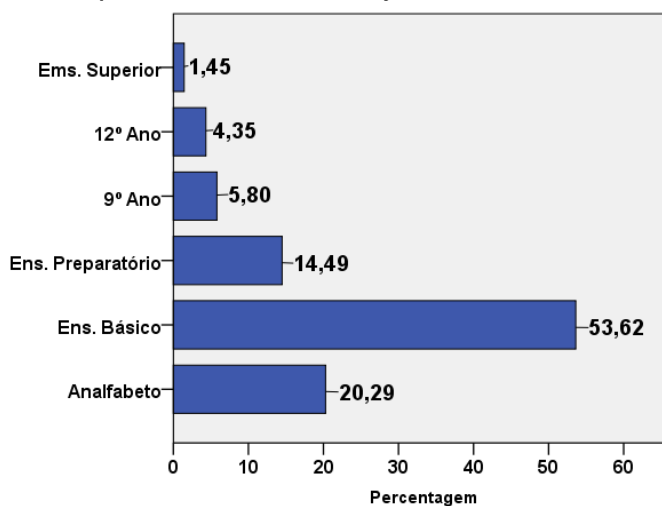


Gráfico 7. Escolaridade

5.7. Rendimentos

Quando inquiridos sobre a origem dos seus rendimentos mensais, os utentes tinham várias hipóteses de resposta, sendo que podiam utilizar uma ou mais respostas em simultâneo caso correspondessem à sua situação. Verificase que apenas uma pequena parte (21,74%) tem duas fontes de rendimento mensal em simultâneo, sendo estas provenientes de rendas ou trabalhos que ainda realizavam em casa. A maioria dos participantes possui um único rendimento mensal (76,81%), seja ele a reforma ou outra pensão e apenas um participante não tem rendimento mensal. A origem do rendimento mensal era

maioritariamente proveniente da reforma equivalendo a 88,41% dos inquiridos, conforme o gráfico nº8.

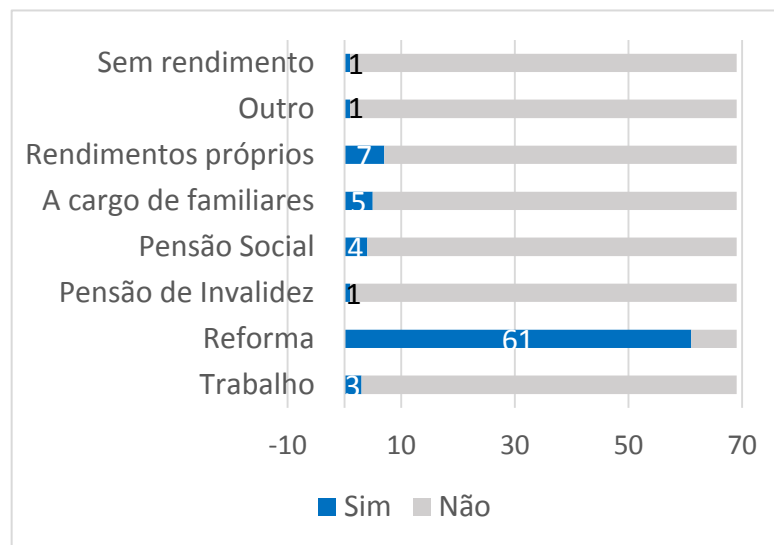


Gráfico 8. Origem do rendimento mensal

Capítulo 6- INDICADORES PARA UMA NOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

6.1. Dados sobre a qualidade de vida percebida

Como foi referido no Capítulo I, entende-se por QDV a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um conceito amplo, influenciado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de dependência e as suas relações com características salientes do seu meio ambiente. (OMS, 2002, p.13) A QDV encontra-se fundamentalmente associada à capacidade de manter a autonomia e independência, com o bem-estar, e com a maneira como as necessidades são satisfeitas e foram satisfeitas no decorrer da vida, sendo a capacidade de adaptação às mudanças fundamental

para alcançar o bem-estar e para uma avaliação positiva da QDV. (OMS, 2002; Llobet et al., 2011).

Contudo, fatores como a saúde em geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidade de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de lazer e tempo livre, o ambiente, o estado do local onde vive, os recursos e aos serviços e acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de vida, as aspirações e expectativas com a vida, influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas. (Bowling et al., 2002; Llobet et al., 2011).

Depois de respondidas as questões sobre a sua caracterização sociodemográfica e económica colocou-se uma questão geral sobre a perceção de qualidade de vida, com opções de resposta de 1 a 5 sendo que vai de “1- muito boa” a “5- muita má”. Neste sentido, quando questionados sobre “como classificam a sua qualidade de vida”, os participantes percecionam que têm uma boa/satisfatória qualidade de vida pois enquadram-se com uma média de 2,60.

	M édia	D p in áx
Como classifica a sua qualidade de vida	2,60	0,715

(1=Muito boa | 2=Boa | 3=Satisfatória | 4=Má | 5=Muito má)

Tabela 1. Distribuição da questão sobre a qualidade de vida

De modo a perceber como é que os participantes percecionam o que é para si qualidade de vida, e desta forma com os resultados obtidos construir-se uma intervenção adaptada às necessidades da amostra, colocou-se uma questão aberta no inquérito aplicado, esta questão serviu de base para aprofundar e confirmar os dados quantitativos ao longo do projeto.

Após a leitura procedemos à codificação, que consistiu na escolha das unidades. A partir da análise de conteúdo foram criadas quatro categorias: Saúde, Família, Autonomia/Mobilidade/Bem-estar, Social/Convívio/ Lazer. Responderam à pergunta 69 utentes.

As palavras analisadas foram no total 129, contudo, foram integradas nas categorias em estudo um total de 89 palavras.

A qualidade de vida foi caracterizada pelos participantes com base na sua experiência de vida tendo como as ideias subjacentes as seguintes categorias, que passamos a apresentar no seguinte esquema:



Figura 2. Percentagens da percepção da qualidade de vida

6.3. Saúde como indicador de qualidade de vida

A categoria da **Saúde** refere-se à percepção dos participantes em considerar que a qualidade de vida passa acima de tudo por ter saúde, tendo sido objeto de referência da maioria das frases, sendo nomeado 48 vezes e representando cerca de (69,57%) dos participantes.

Segundo Renaud (2000, citado por Silva, 2011, p.27) “a saúde afeta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”. A saúde surge constantemente como um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida.

A saúde constitui um dos bens mais preciosos que temos na nossa vida, desta forma é importante adotar-se estilos de vida saudáveis e na velhice torna-se um fator chave para o envelhecimento ativo, que permite atingir o bem-estar, prevenir o aparecimento de algumas doenças associadas a idade e promover a saúde e a qualidade de vida (OMS, 2002).

6.4. Redes de suporte como indicador de qualidade de vida

A categoria da **Família** diz respeito às frases que remetem para a presença dos familiares na vida dos participantes bem como o convívio com a sua família, tendo sido mencionada 18 vezes e representando cerca de (26,09%) dos participantes.

A família desempenha um papel importante no apoio ao idoso, é vista como um lugar privilegiado para que o idoso viva com qualidade de vida e bem-estar, devendo assim “ajudar o velho a viver não só mais, como melhor, de forma a não se tornar um peso para a família e para os que o cercam, e sim uma pessoa integrada no sistema familiar” (Zimerman, 2000, p.51).

Quando inquiridos os participantes falaram da família com um tom de carinho mas ao mesmo tempo denotou-se uma certa tristeza ao revelarem, por vezes, a falta de tempo dos familiares para realizarem com eles determinadas atividades, tais como, passear ou simplesmente irem almoçar fora. Apesar disso, e como foi referido nos resultados dos inquéritos, este grupo considera que tem contactos familiares com regularidade e consideram que os filhos não os visitam mais devido às suas vidas atarefadas e desta forma não se mostram insatisfeitos com esta realidade.

6.4.1. Redes de suporte, relações familiares e qualidade de vida

Relativamente à intensidade das relações familiares verifica-se que 41,79% dos utentes mantêm relações familiares diariamente, ou por visitas pessoalmente dos familiares em sua casa para perceber se está tudo bem com eles ou por telefone, pois os inquiridos consideraram que existe uma preocupação por parte dos familiares em relação ao seu bem-estar e saúde mesmo não sendo um contacto presencial, desta forma consideram existir uma relação familiar diária, desta forma esta variável satisfatória constitui um indicador de qualidade de vida. Parte dos utentes, 19,40% detêm relações familiares uma vez por semana, e 14,93% uma vez por mês, referiram que gostavam de ter mais contacto com os familiares. Em percentagens menores, apenas 11,94% têm contacto familiar dois dias por semana e 4,48% apenas quinzenalmente, o que se considera que são resultados satisfatórios uma vez que estamos perante idosos que mantêm contacto com os familiares.

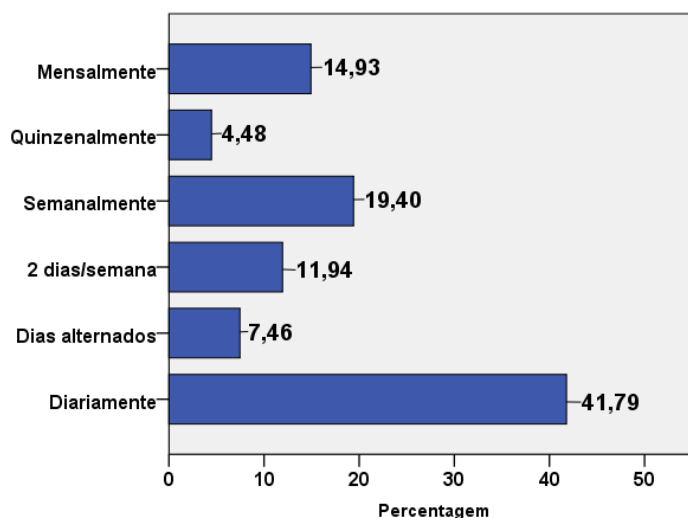


Gráfico 9. Intensidade das relações familiares

6.5. Autonomia como indicador de qualidade de vida

A categoria **Autonomia/Mobilidade/Bem-estar** que se refere às palavras relacionadas com a autonomia do participante na realização das suas

tarefas domésticas e pessoais, facilidade de locomoção e bem-estar físico, tendo sido referenciada 13 vezes representando (18,84%) dos participantes.

Na velhice assiste-se a um declínio gradual do estado de saúde, devido ao processo natural de envelhecimento, consequentemente coloca os idosos em situação de fragilidade. Desta forma, denota-se que a condição de autonomia e independência são fatores que diminuem com a idade (Santos et al., 2008). Face ao exposto, como referido ao longo do trabalho, estes fatores interferem na QDV dos idosos, pois a qualidade de vida encontra-se fundamentalmente associada à capacidade de manter a autonomia e independência, com o bem-estar, e com a maneira como as necessidades são satisfeitas e foram satisfeitas no decorrer da vida, sendo a capacidade de adaptação às mudanças fundamental para alcançar o bem-estar e para uma avaliação positiva da qualidade de vida (OMS, 2002; Llobet et al., 2011).

Tal como nos indica Neri (2008), um envelhecimento bem-sucedido acontece em idosos que mantêm a autonomia, independência e envolvimento ativo com a vida pessoal, família, amigos, com o lazer e com a vida social.

6.5.1. Cuidados regulares e qualidade de vida

Relativamente à necessidade de cuidados regulares, foram questionados se necessitavam de apoios por parte de vários serviços e nesta pergunta tinham várias opções de resposta, sendo que podiam responder a mais que uma em simultâneo. Constatou-se que apenas uma pequena parte tinha necessidade de três cuidados regulares em simultâneo (4,35%), com dois cuidados regulares em simultâneo 14,49% dos inquiridos, tendo a maioria dos inquiridos necessidade de apenas um cuidado regular equivalendo a 66,67% da amostra. Sem necessidade de cuidados regulares 14,49% dos utentes inquiridos respondeu que era autónomo, o que revela um satisfatório estado de saúde, indicando assim um fator positivo para a qualidade de vida. O tipo de cuidado regular mais frequente foi o centro de dia (6,23%) e a família (33,33%).

O índice de dependência dos idosos revela um agravamento tal como indica nos dados disponíveis na PORDATA (2017) em que no ano de 2001

havia 24% de idosos dependentes e em 2011 aumentou para 29% de idosos dependentes, tendência que se revela presente nesta faixa etária e que confirma os dados que obtivemos, visto que apenas 14,49% dos inquiridos não precisava de cuidados regulares e responderam que eram autônomos.

A família continua a ser um dos maiores suportes na vida dos idosos, como refere Paúl (1991) o apoio mais frequentemente prestado pelos familiares e de acordo com a sua importância, são sobretudo os seguintes: ajuda financeira; cuidados de saúde/enfermagem; supervisão contínua; orientação nas compras; preparação de refeições; assistência administrativa e legal; serviços domésticos; transporte.

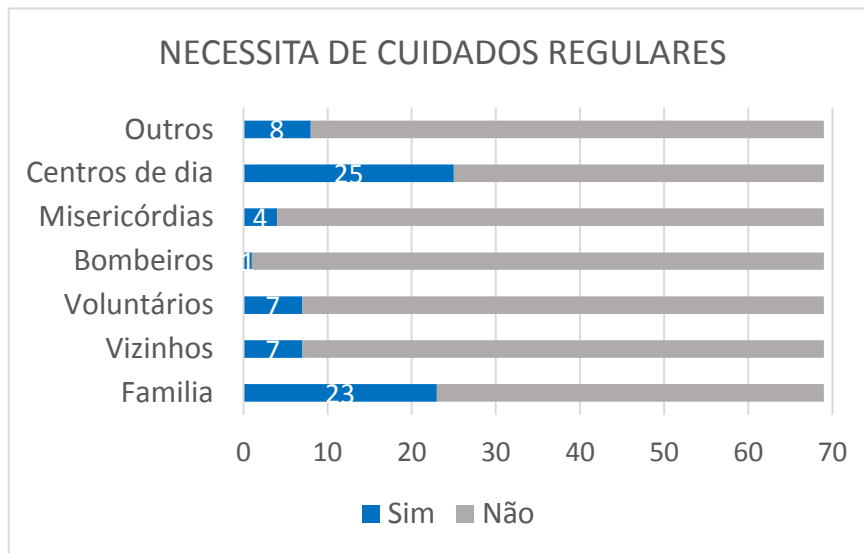


Gráfico 10. Necessidade de cuidados regulares

Relativamente aos serviços mais utilizados pelos utentes, apenas um participante utilizava cinco serviços em simultâneo (1,45%), também 1,45% da amostra utilizava quatro serviços em simultâneo, de três serviços 7,25%, de dois serviços 28,99%, sendo que mais de metade dos participantes utilizava apenas um serviço 52,17%, equivalente a cuidados médicos pois este grupo devido ao processo de envelhecimento revela uma diminuição na saúde inerente ao processo natural da vida e uma pequena parte não utilizava nenhum serviço 8,70%, o que nos indica que uma pequena parte é autónoma contudo é de salientar que se considera invulgar porque os idosos, apesar de autónomos, precisam sempre de algum tipo de apoio e cuidados. Os serviços

mais utilizados (cf. Gráfico 11) eram os cuidados médicos 69,57% e os cuidados de enfermagem 26,23%.

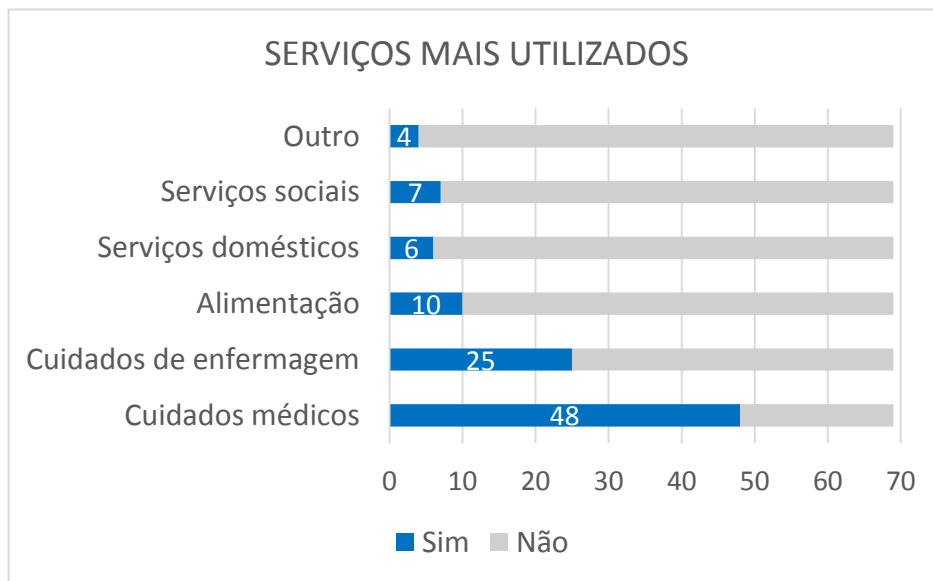


Gráfico 11. Serviços mais utilizados

6.5.2. Redes de Suporte, amigos, ocupação de tempos livres e qualidade de vida

A categoria **Social** é constituída pelas redes que se refere à necessidade de ter amigos, ao convívio com outras pessoas e à realização de determinadas modalidades de lazer, tendo sido referenciado 10 vezes e representando (14,49%) dos participantes.

Os amigos e vizinhos revelam importância nas relações sociais dos idosos pois conforme referido por Paúl (1997), os amigos têm um papel essencial no que concerne ao bem-estar dos idosos, pois é com os amigos que partilham intimidades, é através deles que recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização e apoio instrumental. Desta forma, “as amizades são uma fonte de auto confirmação, valorização do eu, auto percepção, intimidade, aceitação e proteção contra o mundo” (Paúl, 1997, p. 109).

Os amigos são importantes na vida dos idosos como fonte de ânimo e partilha de atividades de lazer/tempos livres, envolvendo sentimentos de reciprocidade, identificação, partilha de interesses e feedback positivo.

Uma vida social pouco intensa pode conduzir ao isolamento, isso reflete-se no estado de saúde físico e mental dos idosos e conseqüentemente na diminuição da contribuição dos indivíduos para a sociedade (Cabral et al., 2013). Considera-se portanto essencial estimular os idosos a participarem ativamente dentro da sua comunidade, pois o aumento da participação social reforça os laços sociais com os diversos subsistemas institucionais, tais como a família, a vizinhança, os amigos, organizações e instituições locais, associações sociais, desportivas e religiosas, a prática de voluntariado, universidades sénior, entre outras.

Desta forma, a participação social é encarada como um fator essencial para a felicidade dos idosos, aumentando assim os níveis de bem-estar, saúde, satisfação e qualidade de vida (Cabral et al., 2013).

Contudo, foram ainda registadas palavras com uma frequência inferior de referenciação, nomeadamente “ter dinheiro”, “passear/viajar” e “ver família bem”.

6.6. Ocupação de tempos livres e qualidade de vida

Relativamente à forma como os participantes ocupam os seus tempos livres, importa referir que se entende por tempos livres, ou tempo autónomo, todo o tempo que é utilizado, dentro ou fora da instituição, sempre que o utente não está a participar em nenhuma atividade realizada pela instituição.

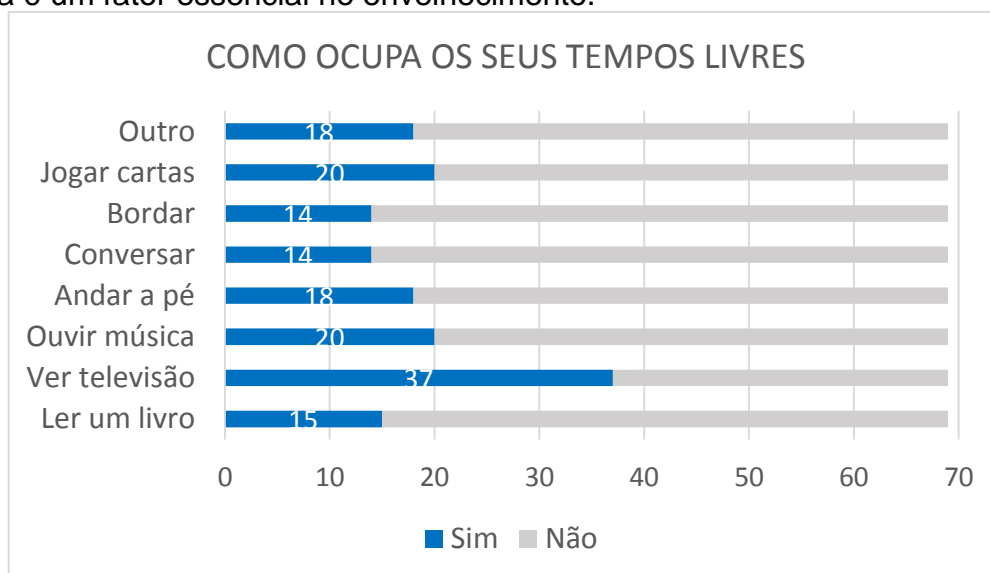
Constatou-se que uma pequena parte tinha cinco ocupações equivalendo a 4,35% dos participantes, com quatro ocupações 11,59%, com três ocupações 20,29%, tendo a maioria duas ocupações 33,33% e uma ocupação 30,43%. O tipo de ocupação mais frequente era ver a televisão (53,62%) pois comentaram que era uma companhia e uma forma de passar o tempo, seguindo-se jogar cartas (28,99%) referindo que era uma forma de interagirem com outros utentes e estarem ocupados e ouvir música (28,99%) pois é uma atividade em que estes utentes participavam sempre, seja em

atividades realizadas pela instituição, seja apenas para se sentirem com companhia e relembrar músicas dos seus tempos.

À exceção de ver televisão, a percentagem com maior representatividade, destaca-se o facto de referirem atividades com outros utentes nomeadamente jogar cartas, como já foi referido, ou conversar (20,29%) o que revela a importância para este grupo das suas redes de suporte informais, nomeadamente dos amigos que completam momentos do seu dia-a-dia e desta forma, considera-se que os amigos e vizinhos revelam uma importância nas relações sociais dos idosos pois conforme referido por Paúl (1997), os amigos têm um papel essencial no que concerne ao bem-estar dos idosos, pois é com os amigos que partilham intimidades, é através deles que recebem apoio emocional, têm oportunidades de socialização e apoio instrumental.

Deste modo, destaca-se que os amigos são importantes na vida dos idosos como fonte de ânimo e partilha de atividades de lazer/tempos livres, envolvendo sentimentos de reciprocidade, identificação, partilha de interesses e feedback positivo, tal como nos refere Larson et al., (1986 citado por Mesquita, 2011).

Denota-se que 26,09% da amostra respondeu “andar a pé” como ocupação dos seus tempos livres o que se torna um fator fundamental para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos tal como defende a OMS, (2002 citado por Paúl, 2005) que nos indica que o envelhecimento ativo é como “um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Implícito a esta definição está a ideia de que a saúde geral e física é um fator essencial no envelhecimento.



6.6.1. Atividades na instituição

Quando questionados acerca das atividades promovidas pela instituição em que participam, verifica-se que 27,54% dos inquiridos frequenta em simultâneo seis ou sete atividades, entre três a cinco atividades (15,94%), duas atividades (21,74%) e a maioria dos participantes participa em apenas uma atividade (33,33%), apenas um participante respondeu que não participava em nenhuma atividade desenvolvida na instituição.

As atividades mais apreciadas pelos utentes são do âmbito visual, nomeadamente ver televisão (57,97%) no sentido de assistir a documentários, filmes, teatro ou simplesmente programas de entretenimento. Se ver televisão como ocupação dos tempos livres ou tempo autónomo, como referido anteriormente, é sinónimo de companhia e passagem do tempo, neste caso ver televisão poderá ser considerada igualmente como uma estratégia de estimulação cognitiva, atendendo nomeadamente fatores desenvolvidos como a atenção, concentração e fator visual.

A pintura (55,07%) surge como a segunda atividade mais frequentada pelos participantes, segue-se as artes plásticas (46,38%), as atividades que englobem o exercício físico (43,48%), o desenho livre (40,58%) também é apreciado pelos utentes, as atividades que englobem dança também foram selecionadas como resposta por 37,68% dos participantes.

Desta forma, de acordo com Jacob (2007) a animação de idosos é vista como uma forma de atuar em todas as áreas do desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos, tornando-se um estímulo permanente da vida mental, física e afetiva da pessoa idosa.

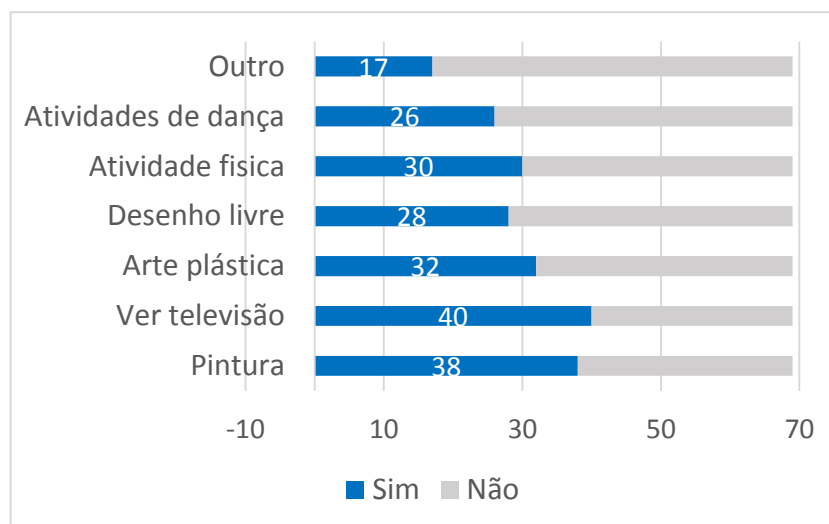


Gráfico 13. Atividades em que participa na instituição

6.8. Satisfação com a vida: indicadores para a noção de qualidade de vida

6.8.1. Realização pessoal e qualidade de vida

No que concerne a questões sobre realização pessoal (autoestima, reconhecimento, sabedoria e satisfação), considera-se que estas se enquadram no âmbito da qualidade de vida e poderão ser enquadradas no âmbito da satisfação com a vida. Foram colocadas questões do âmbito da realização pessoal, como fatores referentes à autoestima, satisfação e realização com a vida, sabedoria e reconhecimento, para cada questão há cinco opções de resposta, sendo que vão de “1-nada” a “5- extremamente”.

No que concerne à autoestima, os resultados foram intermédios apresentado valores de 3,29 de média, correspondendo a “mais ou menos”.

Simões et al (2001) consideram que para o bem-estar dos idosos, contribuem fatores de personalidade, sobretudo situações relativas à autoestima, pois parece que os idosos têm um conceito elevado deles próprios e conseguem, desta forma, níveis mais altos de bem-estar.

Relativamente à questão da satisfação e realização com a vida, os resultados também foram intermédios apresentando valores de 3,36 de média, o que revela ser positivo pois a satisfação com a vida pode ser percebida como uma apreciação cognitiva de alguns domínios específicos da vida, tais como, a saúde, as condições de habitação, o trabalho, as relações sociais, a autonomia, entre outros. (Albuquerque e Tróccoli, 2004 citado por Oliveira, 2011).

Quando inquiridos sobre se a sabedoria da 3ª idade é útil na sociedade, encontram-se os valores mais elevados na tabela (4,04 de média), o que sugere que este fator é importante para a sociedade devido a novas aprendizagens que podemos obter com os idosos devido à sua experiência de vida. Deste modo, Ardelt (1997 citado por Nunes, 2009) indica-nos que a sabedoria é uma variável complexa e multidimensional que incide como promotor da satisfação com a vida, revela uma dimensão cognitiva, reflexiva e afetiva, influenciando deste modo positivamente a satisfação com a vida. Num estudo realizado por Montgomery et al (2002 citado por Nunes 2009), sobre a sabedoria, sugere-nos que, de uma perspetiva fenomenológica, os elementos essenciais da sabedoria na perspetiva dos idosos são o aconselhamento, conhecimento, princípios morais, experiência, gestão de tempo e relações empáticas.

No sentido de tentar perceber se os idosos sentem que receberam o reconhecimento que mereciam na sua vida, estes revelaram os resultados mais baixos da tabela (3,13 de média), dando maioritariamente como opção de resposta “Mais ou menos”. Durante a aplicação do inquérito verificou-se que os idosos sentem que mereciam mais atenção e reconhecimento por parte da família e mesmo da sociedade, sendo que esta população se torna uma categoria social vulnerável à pobreza e exclusão de acordo com o Livro Branco

da Segurança Social¹⁷ sendo uma das razões porque não há, por enquanto, o devido reconhecimento a esta população, também associado às perdas do papel social ativo dos idosos.

	Média	Dp	Min	Máx
Preocupa-se com a sua autoestima	3,29	0,893	1	5
Sente-se satisfeito e realizado com a sua vida	3,36	0,822	1	5
A sabedoria na 3a idade é útil na sociedade	4,04	0,871	2	5
Recebeu o reconhecimento que merece na vida	3,13	0,845	2	5

(1=Nada | 2=Muito pouco | 3=Mais ou menos | 4=Bastante | 5=Extremamente)

Tabela 2. Distribuição das questões sobre a realização pessoal

6.8.2 Satisfação com a vida e qualidade de vida: indicador para a noção de qualidade de vida

Outro fator que se revela importante como indicador para a noção de qualidade de vida é a satisfação com a vida pois, tal como indica Paschoal (1996, citado por Rodrigues, 2011) a satisfação com a vida reflete, de um modo indireto a qualidade de vida e é considerado uma dimensão essencial nas avaliações do estado de saúde nos idosos. Analisando a escala de satisfação com a vida (SWLS), verificou-se que os inquiridos apresentam uma perceção boa/satisfatória (3,30 de média) da sua satisfação com a vida, tal como foi referido anteriormente.

Ainda Freire (2000, citado por Rodrigues, 2011), indica-nos que para se atingir níveis satisfatórios de vida, com qualidade e bem-estar é necessário enfrentar os desafios da vida, batalhar pelos direitos dos seres humanos e iniciar projetos satisfatórios dentro das condições pessoais do meio ambiente em que o individuo se insere, especialmente quando a pessoa detém uma rede de suporte social.

Satisfaction With Life Scale (SWLS)				
	Média	Dp	Min	Máx
SWLS total	3,30	0,692	2	4
Na maioria dos aspetos a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida	3,26	0,918	1	5
As condições da minha vida são excelente	3,22	0,838	1	5
Estou satisfeito com a minha vida	3,49	0,918	1	5
Até agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na minha vida	3,32	0,937	2	5
Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada	3,20	1,008	1	5

¹⁷ Na maioria dos aspetos a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998. Livro Branco da Segurança Social, Uma Síntese. Lisboa

(1=Discordo totalmente | 2=Discordo | 3=Nem concordo nem discordo | 4=Concordo |

5=Concordo totalmente)

Tabela 3. Distribuição da escala da satisfação com a vida (SWLS)

6.9. Felicidade e qualidade de vida

A felicidade é um conceito multidimensional associado a sentimentos positivos e surge como um indicador de bem-estar subjetivo (Diener, 2006; Lyubomiresky & Lopper, 1999). Desta forma aplicou-se a escala de felicidade subjetiva e global de modo a avaliar a felicidade percebida como um indicador de satisfação com a vida e qualidade de vida, pois tal como nos refere Veenhoven (1996) a felicidade, qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar têm o mesmo significado. A felicidade pode exprimir satisfação com a vida, prazer, vida plena, emoções positivas ou sensação de satisfação (Diener et al., 2003).

A escala está dividida em quatro questões, na primeira questão deparamo-nos com idosos com um grau satisfatório de felicidade (3,49 de média). Na segunda questão considera-se que o grupo, maioritariamente, se considera semelhante aos colegas (3,32 de média). Na terceira questão nenhum inquirido respondeu negativamente (opção 1- não se aplica nada a mim), o que revela resultados satisfatórios (3,19 de média) pois nesta questão percebe-se que os idosos mantêm uma perspetiva positiva perante a vida, tal como nos refere a questão “retirando o melhor de todas as coisas ou momentos”. Na última questão da tabela nº 4, nenhum inquirido respondeu negativamente (opção 5- aplica-se a mim completamente), o que revela que nenhum, naquele dado momento, se sentiu pouco feliz e que aquela situação se assemelhava a si. Foram os resultados mais baixos da tabela (2,29 de média), significando que a amostra não se considera infeliz mas sim, de uma

forma geral, feliz. Para Veenhoven (1996) este sentimento expressa o estado no qual o indivíduo tem em consideração a qualidade da sua vida de modo positivo e desta forma, numa linguagem mais usual, quer dizer que a pessoa gosta da vida que leva.

Felicidade				
	Média	Dp	Min	Máx
De uma forma geral considera-se feliz	3,49	0,949	1	5
Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me	3,32	0,813	1	5
Algumas pessoas são normalmente muito felizes independentemente do que lhes acontece, retirando o melhor de todas as coisas ou momentos. Em que medida esta descrição se aplica a si	3,19	0,827	2	5
Algumas pessoas são normalmente pouco felizes, apesar de não estarem sempre tristes, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a si	2,29	1,045	1	4

(1=Discordo totalmente | 2=Discordo | 3=Nem concordo nem discordo | 4=Concordo | 5=Concordo totalmente)

Tabela 4. Distribuição das questões da felicidade subjectiva e global (Subjective Happiness Scale (SHSp))

6.10. Afeto positivo e afeto negativo: indicadores para a noção de qualidade de vida

Os afetos constituem indicadores do bem-estar subjetivo, desta forma o BES procurar perceber a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, em relação à felicidade, estado de espírito, satisfação, afeto positivo e, deste modo pode ser considerado uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. O componente afetivo é identificado como o equilíbrio entre os afetos positivos e negativos. O afeto positivo refere-se à frequência de emoções positivas num indivíduo enquanto que o afeto negativo se refere à frequência de emoções negativas. Deste modo, as pessoas que demonstram um bem-estar positivo experienciam uma predominância de emoções positivas em relação às

emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (Galinha e Ribeiro, 2005).

Quando inquiridos sobre os afetos, os participantes tinham cinco opções de resposta, na qual “1- não sou nada assim” a “5- eu sou sempre assim”. Relativamente à análise dos resultados na tabela nº 5, onde é apresentado de uma forma geral os afetos, constata-se que a nossa amostra apresenta uma média superior no afeto positivo (3,48 de média) face ao afeto negativo (2,17 de média), o que revela que este grupo experiencia mais situações de bem-estar positivo, o que se torna benéfico para a sua qualidade de vida, pois indicadores mais subjetivos como a felicidade e a satisfação, podem ajudar a definir a experiência de vida de cada pessoa e serem utilizados como indicadores para avaliar a qualidade de vida percebida (Diogo, 2003).

PANAS - Afeto positivo e Afeto Negativo				
	Média	Dp	Min	Máx
Afeto Positivo	3,48	0,689	1	5
Afeto Negativo	2,17	0,506	1	4

(1=Não sou nada assim | 2=Não sou assim | 3=Sou assim às vezes | 4=Sou assim muitas vezes | 5=Sou sempre assim)

Tabela 5. Distribuição do afeto positivo e do afeto negativo

Em dados mais pormenorizados, observando a tabela 6, percebe-se como já foi referido anteriormente que o afeto positivo (3,48 de médio) prevalece face ao afeto negativo (2,17 de média), nesta amostra. Dentro dos 10 elementos do afeto positivo, os que tiveram valores mais altos foram, por ordem: atento, ativo, interessado, determinado, forte, alerta, inspirado, entusiástico, orgulhoso e excitado. Conclui-se desta forma que nesta amostra os participantes percecionam que são “atentos”, “ativos”, “interessados”, assim consecutivamente.

Dentro dos 10 elementos do afeto negativo, os que tiveram valores mais altos foram, por ordem: envergonhado, nervoso, stressado, receoso, agitado, irritado, aborrecido, assustado, culpado e agressivo. Conclui-se desta forma que nesta amostra os participantes percecionam que são mais envergonhados, stressados, receosos. Ou analisando de forma contrária, este grupo apresenta valores mais baixos nos elementos “agressivo”, “culpado” e “assustado”, ou

seja, eles não consideram que são pessoas agressivas, culpadas ou assustadas.

Afeto positivo e Afeto Negativo - PANAS				
	Média	Dp	Mín	Máx
Afeto Positivo	3,48	0,689	1	5
Interessado	3,75	0,881	1	5
Forte	3,60	0,964	1	5
Inspirado	3,46	0,964	1	5
Excitado	2,66	1,101	1	5
Alerta	3,57	1,022	1	5
Ativo	3,82	0,945	2	5
Orgulhoso	2,87	1,327	1	5
Entusiasmado	3,42	1,063	1	5
Determinado	3,74	0,987	2	5
Atento	3,87	1,028	1	5
Afeto Negativo	2,17	0,506	1	4
Nervoso	2,48	1,093	1	5
Culpado	1,80	0,884	1	4
Assustado	1,99	0,993	1	5
Agressivo	1,50	0,658	1	3
Stressado	2,46	0,969	1	5
Irritado	2,19	1,141	1	5
Envergonhado	2,91	1,147	1	5
Agitado	2,22	0,951	1	5
Receoso	2,28	0,922	1	5
Aborrecido	2,01	0,954	1	5

Tabela 6. Distribuição do afeto positivo e do afeto negativo (detalhado)

6.11. Variáveis: idade, satisfação e afetos

Para verificar a existência de associação entre as variáveis em estudo, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman (cf. Tabela 7), que nos indica a existência de associações estatisticamente significativas, nomeadamente uma associação negativa entre a idade e o Afeto Positivo ($r = -0,392$; $p=0,01$), ou seja, quanto mais idade menos afeto positivo se associa, neste estudo. Observa-se que existe uma associação positiva entre a Satisfação com a vida (SWLS) e o Afeto Positivo ($r = 0,504$; $p=0,01$), portanto

quanto mais satisfeito com a vida o indivíduo está, mais afetos positivos se manifestam.

A idade está ainda associada negativamente a vários fatores do Afeto Positivo, nomeadamente a elementos como inspiração, ao alerta, à determinação e atenção, ou seja, quanto mais idade têm menos os inquiridos se sentem inspirados, alertas, determinados e atentos.

A Satisfação com a vida (SWLS) está associada positivamente a todos os elementos do afeto positivo, exceto ao orgulho. Neste caso, o elemento orgulhoso pode apresentar uma conotação diferente e esta palavra pode ter

sentimento positivo por c lado com um sentimento negativo, e estar relacionado por exemplo, o indivíduo estar orgulhoso de si mesmo pela personalidade que considera ter, fatores de lado, considerar-se uma pessoa orgulhosa no seu guarda rancor e não cede em determinadas situações.

A Satisfação está ainda relacionada negativamente ao afeto, ou seja, quanto mais satisfeitos com a sua vida os inquiridos.

	Idade	SWLS
SWLS	0,061	
PANAS_positivo	-,392**	,504**
PANAS_negativo	0,074	-0,094
PANAS_positivo		
Interessado	-0,186	,529**
Forte	-0,202	,389**
Inspirado	-,436**	,285*
Excitado	-0,173	,251*
Alerta	-,350**	,260*
Ativo	-0,166	,459**
Orgulhoso	-0,219	0,065
Entusiástico	-0,202	,392**
Determinado	-,318**	,458**
Atento	-,292*	,366**
PANAS_negativo		
Nervoso	-0,058	0,032
Culpado	0,077	-0,217
Assustado	0,146	-0,196
Agressivo	-0,026	-0,071
Stressado	0,104	0,030
Irritado	0,096	0,080
Envergonhado	-0,037	-0,001
Agitado	-0,205	-0,091
Receoso	-0,191	-,301*
Aborrecido	0,168	-0,131

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Tabela 7. Coeficiente de correlação de Spearman (idade, satisfação e afetos)

6.12. Variáveis: sexo dos participantes, satisfação e afetos

Para verificar a existência de diferenças entre o sexo dos participantes (cf. Tabela 8) recorreu-se à significância do teste de Mann-Whitney, cujos resultados nos indicam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo no Afeto Positivo ($p=0,014$), no fator Inspirado ($p=0,005$) e no fator Entusiástico ($p=0,044$), cujas médias foram superiores no sexo feminino; bem como no Afeto Negativo no fator Envergonhado ($p=0,032$), cuja média foi superior no sexo masculino.

Analisando a tabela 8, verifica-se que o sexo feminino apresenta valores mais altos na satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo face ao sexo masculino. Contudo, apresentam valores mais significativos no afeto positivo, ou seja, as mulheres percebem mais elementos do afeto positivo do que os homens.

Comparativamente com as mulheres, os homens no afeto negativo percebem que são mais irritados, mais envergonhados e mais receosos. Desta forma, com esta correlação tentou-se perceber qual a percepção que as mulheres e os homens, desta amostra, têm sobre si e caracterizar os indivíduos face ao bem-estar subjetivo percebido, que pode servir de base para intervenções futuras, tendo em atenção os resultados que se obteve de forma a adaptar estratégias de intervenção mais específicas para cada sexo.

	Masculino		Feminino		<i>p</i>
	média	dp	média	dp	
SWLS	3,25	0,712	3,32	0,688	0,639
PANAS_positivo	3,18	0,714	3,62	0,640	0,014
PANAS_negativo	2,15	0,570	2,18	0,478	0,495
PANAS_positivo					
Interessado	3,48	0,994	3,89	0,795	0,096
Forte	3,41	0,959	3,70	0,963	0,180
Inspirado	3,00	1,044	3,70	0,840	0,005
Excitado	2,41	1,141	2,78	1,073	0,161
Alerta	3,43	1,161	3,63	0,951	0,536
Ativo	3,55	0,858	3,96	0,965	0,078
Orgulhoso	2,57	1,237	3,02	1,358	0,156
Entusiástico	3,09	1,041	3,59	1,045	0,044
Determinado	3,43	1,080	3,89	0,910	0,087
Atento	3,78	1,166	3,91	0,962	0,738
PANAS_negativo					
Nervoso	2,35	1,027	2,54	1,130	0,509
Culpado	1,74	0,964	1,83	0,851	0,533
Assustado	1,74	0,915	2,11	1,016	0,134
Agressivo	1,36	0,581	1,57	0,688	0,248
Stressado	2,39	0,941	2,49	0,991	0,820
Irritado	2,30	1,295	2,13	1,067	0,690

Tabela 8. Média e desvio-padrão das variáveis em estudo e valor de p do teste de Mann-Whitney (gênero, satisfação e afetos)

A título de exemplo, devemos de ter em consideração investigações de vários autores relativamente a temas abordados nesta investigação. Torna-se pertinente referir que em relação às correlações realizadas no que concerne à idade e afeto negativo, foi encontrada uma associação negativa entre a idade e o afeto negativo, o que nos indica que indivíduos com menos idade tendem a ter maior grau de afeto negativo. Este resultado vai de encontro com alguns estudos na área, nomeadamente o de Carstensen et al. (2011) citados por Mantovani, Neri & Lucca (2016) que investigaram o comportamento emocional de idosos indicando que, com o envelhecimento, as pessoas passam a experimentar e a demonstrar emoções menos intensas, a evitar estimulação negativa e a ter menor capacidade de decodificação de expressões emocionais.

Também Fiquer, J.T. (2006), no seu estudo, concluiu que os idosos apresentaram níveis mais elevados de afetos positivos e mais baixos de afetos negativos em comparação com jovens e adultos. Para além disso a autora concluiu que as mulheres adultas, relataram mais afetos negativos que homens adultos, enquanto na velhice as mulheres ultrapassam os homens quanto aos níveis de afeto positivo, o que vai de encontro aos resultados que se obteve no presente estudo.

Numa pesquisa de Diener e Suh (1997), examinou-se a relação entre idade e bem-estar subjetivo num estudo de quase 60.000 adultos de 40 nações. Dos três componentes mensurados – satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo, apenas o afeto positivo declinou com a idade. O componente satisfação com a vida mostrou-se estável ao longo dos anos, ocorrendo apenas um pequeno declínio no humor.

No presente estudo, a idade apareceu ainda associada negativamente a vários fatores do afeto positivo, à Inspiração, ao Alerta, à Determinação e à

Atenção, no entanto não foram encontrados estudos específicos para estes três fatores.

Foi encontrada uma associação positiva entre a satisfação com a vida e o afeto positivo, o que significa que quanto maior for a satisfação com a vida, maior será o afeto positivo e indivíduos com elevados níveis de satisfação com a vida tendem a ter elevados níveis de afeto positivo. A satisfação com a vida é um dos indicadores de bem-estar, geralmente definido como tendo uma vida boa e sendo feliz. O bem-estar subjetivo refere-se à avaliação, cognitiva ou afetiva, que o indivíduo faz sobre a sua própria vida. As pessoas experienciam um bem-estar subjetivo quando apresentam estados afetivos positivos, quando realizam atividades que lhes dão prazer e quando estão satisfeitos com a sua vida (Diener, 2000).

Um estudo realizado por Lazo e Alcorta (2015), o qual teve como objetivo investigar a relação entre a satisfação com a vida e o afeto positivo, negativo, a felicidade, o otimismo e o pessimismo, bem como verificar se existiam diferenças de gênero relativamente a estas variáveis, encontrou uma associação positiva entre a satisfação com a vida e o afeto positivo. No entanto, não foram encontradas diferenças entre os sexos. Albuquerque e Tróccoli (2004), explicam que a dimensão satisfação com a vida faz menção a um julgamento cognitivo de avaliação global da própria vida. O afeto positivo e o afeto negativo como descrições de um estado emocional transitório, sendo o afeto positivo relacionado a sentimentos agradáveis, de prazer e entusiasmo e o afeto negativo relacionado a emoções desagradáveis, tais como ansiedade, aborrecimento, pessimismo e angústia.

Quanto aos fatores considerados como preditores de níveis de satisfação com a vida existem contradições entre os autores. Atualmente existem cinco variáveis para a sua predição, designadamente as características sociodemográficas, os relacionamentos sociais, a personalidade, o *coping* e a autoestima. Contudo, estas características não são universais, pois não existe uma forma única de caracterizar a satisfação com a vida nos idosos, talvez porque são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de satisfação e provavelmente as mais importantes ou as que têm uma maior influência ainda estão por determinar (Calixto & Martins, s. d.).

Neste estudo, a satisfação com a vida também apareceu associada negativamente ao Afeto Negativo (fator Receoso), o que nos indica há uma tendência para que indivíduos com elevados níveis de satisfação com a vida tenham baixos níveis de afeto negativo. Também um estudo de Zanon et al.,

2013, apresentou correlações positivas com satisfação de vida, esperança, otimismo e autoestima, enquanto o afeto negativo apresentou associações negativas com essas variáveis.

Foram encontradas diferenças significativas entre o sexo no Afeto Positivo no fator Inspirado e no Entusiástico, cujas médias foram superiores no sexo feminino. Também no estudo de Ficquer (2006), as mulheres idosas apresentaram níveis mais elevados de afeto positivo em todos os níveis em comparação com os homens.

Fernandes (2013) salienta que “a existirem diferenças significativas de género ao nível do bem-estar subjetivo, estas serão modestas” (p.183). Acrescenta, no entanto, que as mulheres experienciam as emoções (negativas ou positivas) de modo mais intenso, resultando num efeito equilibrador que as aproxima dos resultados obtidos pelos homens.

Contudo, no presente estudo, no Afeto Negativo no fator Envergonhado a média foi superior no género masculino mas não se encontraram estudos referentes a estes resultados.

Face aos resultados obtidos e respondendo à pergunta de partida deste trabalho “Até que ponto os idosos poderão estar satisfeitos com a sua vida?” considera-se que estes idosos se sentem satisfeitos com a sua vida e através deste estudo tentou-se inovar a aplicação das escalas de BES de forma a constituir indicadores de qualidade de vida, não apenas aplicar e medir o BES do grupo em análise para que desta forma seja um contributo para futuras investigações neste âmbito. A inclusão de uma pergunta aberta para perceber o que os idosos consideram ser qualidade de vida fez com que nos posicionássemos na realidade e desta forma intervir de uma forma mais focada nas problemáticas que foram encontradas.

De acordo com os resultados obtidos com a aplicação da pergunta aberta relativamente à questão aberta colocada no questionário “Refira em algumas palavras, o que representa para si “qualidade de vida”?”, tornou-se pertinente a criação do projeto “**Envelhecer com saúde e reforço dos laços familiares e sociais**” no sentido de intervir nas dimensões mais significativas para o grupo em análise, sendo elas a saúde, as relações familiares e sociais.

Capítulo 7- PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: ENVELHECER COM O REFORÇO DOS LAÇOS FAMILIARES E SOCIAIS

7.1. Fundamentação do Projeto

A realização deste projeto pretende contribuir para uma melhor saúde e promoção do envelhecimento bem-sucedido, através do reforço dos laços familiares pois o grupo apresenta bons resultados no contacto com os familiares contudo não é um contacto presencial mas sim através de telefone, desta forma considera-se necessário estabelecer mais contacto com os familiares promovendo o reforço dos laços pois os utentes, através da questão aberta sobre a perceção de qualidade de vida, consideram que as relações familiares são promotoras da sua qualidade de vida.

Com o processo de envelhecimento, as funções sociais das pessoas idosas, por vezes, tornam-se reduzidas, quer pelas próprias limitações físicas, quer sobretudo por pressões da própria sociedade. A progressiva perda de poder de argumentação, a sucessiva perda de autonomia, o esvaziamento de papéis sociais e as alterações ao nível da comunicação, levando os idosos à diminuição dos contactos sociais e consequentemente acelerem o processo de envelhecimento (Dias & Schwartz, 2005 citado por Carneiro, 2012).

Uma das estratégias para a promoção do envelhecimento bem-sucedido passa pelo desenvolvimento de atividades relacionadas com o fomento da proximidade com a família, de maneira a preservar os laços afetivos e as competências gerais do idoso (Pérsico, 2010). Pois a família é a segunda dimensão mais referida pelos utentes quando questionados sobre o que é para si ter qualidade de vida.

As relações sociais promovem o bem-estar psicológico e social dos idosos. O apoio recebido por parte da família, dos amigos e, em geral de toda a comunidade são pilares que os fazem sentir seguros, apoiados, protegidos, e

ajuda-os a manter uma vida ativa, desenvolvendo interesses por atividades e passatempos e pela participação nas instituições em que se encontram integrados (Ribeiro & Paúl, 2011).

Estudos em populações idosas identificaram que pessoas que sofrem de Alzheimer e que não se lembram de contacto com os familiares ficam com sentimentos mais calorosos e com uma maior sensação de conforto após contacto com estes. Eles podem rapidamente esquecer-se, mas uma visita a um familiar idoso com Alzheimer vai deixá-los com um sentimento de alguma satisfação (Sequeira, 2010).

Secchi, 2008 citado por Carneiro, 2012 sustenta que o afastamento prolongado dos parentes origina depressão, angústia e solidão no idoso, que se sente abandonado. Proporcionar e motivar a integração e interação da família com o idoso dentro da instituição, mostrar à família a importância das visitas periódicas aos idosos, bem como a sua participação em eventos da instituição, como festas temáticas, aniversários, atividades de lazer torna-se importante para o bem-estar dos idosos e permitem o reatar dos vínculos familiares.

A participação social constitui também um elemento para a noção de qualidade de vida, sendo que foi referenciado pelos utentes (14,49%) e torna-se pertinente englobar no presente projeto pois tal como Almeida (2009, p.88) refere, a promoção de “comportamentos/ atividades de participação social, como um comportamento determinante para um envelhecimento saudável. O mesmo autor considera que é importante a manutenção de outros comportamentos/ atividades mais específicos, tais como os comportamentos/ atividades de estimulação cognitiva, atividades artísticas e culturais.

A saúde é fundamental para manter o bem-estar e a qualidade de vida à medida que o indivíduo envelhece. A reflexão sobre a qualidade de vida e bem-estar é essencial para a compreensão de saúde no idoso e no processo de envelhecimento. Evidentemente que a saúde aparece em destaque nas respostas dadas pelos utentes (69,57%), torna-se pertinente neste projeto contribuir para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e com saúde pois o grupo inquirido considera que a saúde é o indicador mais importante na sua

qualidade de vida, tal como qualquer um de nós. Desta forma, pretende-se promover hábitos saudáveis, através da boa alimentação, prática de exercício físico regular e consciência e reflexão positiva da saúde e formas de enfrentar as doenças inerentes ao próprio processo de envelhecimento.

A Direção Geral da Saúde (2004, p.6) refere que “Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias”.

É elementar uma boa condição de saúde para que as pessoas idosas sejam participativas, ativas na sociedade, a adoção de comportamentos saudáveis contribui para a manutenção do estado de saúde, sendo que é importante a intervenção ao nível dos determinantes comportamentais. Uma boa condição de saúde é essencial para o envelhecimento ativo.

“O que é uma realização extraordinária para este século, será um dos grandes desafios para o próximo: garantir a qualidade de vida de uma numerosa e sem precedente população idosa. Central para este desafio é a saúde, a qual é vista em sociedades ricas e pobres como o mais valioso bem para uma boa qualidade de vida, particularmente em anos tardios”. (Kalache, 1999).

Neste contexto, surge a necessidade da implementação de práticas saudáveis na população idosa que promovam atitudes que alterem comportamentos no âmbito da alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e participação social.

“A promoção da saúde (...), dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida (...), pelo que é prioritária uma atuação concertada, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de atividade física” (DGS, 2004, p.9).

Com este projeto pretende-se dar resposta às necessidades observadas na investigação que foi realizada e conseguir aumentar a qualidade de vida destes utentes com objetivos delineados a pensar no bem-estar e promoção de um envelhecimento bem-sucedido.

7.2. Objetivos do Projeto

7.2.1. Objetivos Gerais

-Fomentar os laços familiares e sociais conduzindo a um envelhecimento bem-sucedido e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida;

-Promover estilos de vida saudáveis através da capacitação positiva face à saúde contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

7.2.2. Objetivos Específicos

-Fomentar as relações de afetividade entre idosos e as famílias;

-Promover a integração da família do idoso na instituição;

-Promover ações educativas para idosos;

- Capacitar as pessoas com idade superior a 65 anos para a necessidade da adoção de comportamentos promotores de um envelhecimento saudável promovendo o bem-estar físico e psicológico dos idosos;

-Sensibilizar para a prevenção de doenças, procurando a melhoria da qualidade de vida;

7.3. Atividades principais do projeto

Pretende-se com o projeto fomentar as relações de afetividade dos idosos através da criação de grupos de reflexão com os idosos e os seus

familiares sobre as repercussões da institucionalização e realização de sessões de motivação e bem-estar para troca de sentimentos no sentido de valorizar o idoso e reforçar os laços familiares.

Torna-se essencial proporcionar e motivar a integração da família com o idoso dentro da instituição através da promoção de atividades intergeracionais e convidar familiares a participar.

É importante promover ações educativas para idosos com atividades de grupo, com o intuito de desenvolver um espaço de discussão, que leve em conta as experiências de cada integrante, trabalhando as emoções e motivações, de forma a resgatar a autoestima, autoimagem e autoconceito de cada um. Promover palestras e debates sobre temas relacionados com a terceira idade e outros assuntos de interesse dos idosos e resgatar o potencial individual de cada idoso, no sentido de que passem a desenvolver eles próprios, oficinas/atividades dos mais variados temas de interesse.

Capacitar as pessoas com idade superior a 65 anos para a necessidade da adoção de comportamentos promotores de um envelhecimento saudável promovendo o bem-estar físico e psicológico dos idosos através da realização de sessões de educação para a saúde sobre cuidados de saúde e demonstração de várias técnicas relacionadas com a ajuda na realização das atividades de vida diárias, alimentação saudável e práticas de atividade física. Criação de workshops sobre atividade física e atividades de lazer e tempos livres, sobrecarga emocional e apoios sociais na comunidade. Criação de grupo de apoio entre pares para partilha de experiências e motivações pessoais, dinamizado por educadores sociais.

Por fim, sensibilizar para a prevenção de doenças, procurando a melhoria da qualidade de vida através da demonstração de técnicas relacionadas com a capacitação de lidar com a saúde de uma forma positiva, dinamizada por enfermeiros, com o intuito de minimizar dores e sofrimento.

7.4. Calendarização

Estratégias	Atividades	Datas
--------------------	-------------------	--------------

Fomentar as relações de afetividade dos idosos através da criação de grupos de reflexão com os idosos e os seus familiares sobre as repercussões da institucionalização e realização de sessões de motivação e bem-estar para troca de sentimentos no sentido de valorizar o idoso e reforçar os laços familiares.	-Hora do lanche familiar na instituição, com os utentes e respetivos familiares;	12 de Dezembro de 2017
	-Atividade “Final de ano Feliz” de troca de elogios e sugestão de situações que devam melhorar para união dos laços familiares.	29 de Dezembro de 2017
Proporcionar e motivar a integração da família com o idoso dentro da instituição através da promoção de atividades intergeracionais e convidar familiares a participar.	-Realização de um teatro e festa de natal.	22 de Dezembro de 2017
	-Workshop “Receitas com a minha avó/avô”, dinamizado pelos idosos com os netos.	26 de Outubro de 2017
	-“Hora das Fotografias-Reviver”, mesa redonda com a participação dos filhos onde se revive histórias familiares e visualização de fotografias de cada utente e filhos para recordar memórias.	24 de Setembro 2017
Promover ações educativas para idosos com atividades de grupo, com o intuito de desenvolver um espaço de discussão, que leve em conta as experiências de cada	-Mesa redonda “Espelho meu” para troca de experiências sobre as suas qualidades, utilizando um espelho virado para o participante	21 de Junho de 2017

integrante, trabalhando as emoções e motivações, de forma a resgatar a autoestima, autoimagem e autoconceito de cada um. Promover palestras e debates sobre temas relacionados com a terceira idade e outros assuntos de interesse dos idosos e resgatar o potencial individual de cada idoso, no sentido de que passem a desenvolver eles próprios, oficinas/atividades dos mais variados temas de interesse.	e descrever o que vemos através dele, as qualidades e o que nos define, dinamizado por educadora social	
	-Ida ao Museu do Carro Elétrico.	7 de Junho de 2017
	-Oficinas de costura dinamizada pelos utentes; -Oficinas de jardinagem dinamizada pelos utentes	22 de Maio de 2017 15 de Maio de 2017
Capacitar as pessoas com idade superior a 65 anos para a necessidade da adoção de comportamentos promotores de um envelhecimento saudável promovendo o bem-estar físico e psicológico dos idosos através da realização de sessões de educação para a saúde sobre cuidados de saúde e demonstração de várias técnicas relacionadas com a ajuda na realização das	-Workshop de práticas seguras na realização de tarefas da vida diária, dinamizado por um enfermeiro.	24 de Julho de 2017
	-Workshop de culinária e técnicas de confeção de alimentação saudável, dinamizado por um <i>chefe</i> de cozinha. -Aula prática de exercício físico e demonstração de	11 de Julho de 2017

atividades de vida diárias, alimentação saudável e práticas de atividade física. Criação de whorkshops sobre atividade física e atividades de lazer e tempos livres, sobrecarga emocional e apoios sociais na comunidade.	exercícios para se realizar no dia-a-dia, dinamizado por um <i>personal trainer</i> .	16 de Agosto de 2017
	- Criação de grupo de apoio entre pares para partilha de experiências e motivações pessoais, dinamizado por educadora social.	4 de Setembro de 2017
Sensibilizar para a prevenção de doenças, procurando a melhoria da qualidade de vida através da demonstração de técnicas relacionadas com a capacitação de lidar com a saúde de uma forma positiva, dinamizada por enfermeiros, com o intuito de minimizar dores e sofrimento.	-Sessão “Frio à espreita” para aconselhamento e prevenção para a época de Inverno;	06 de Novembro de 2017
	-Ida a termas	30 de Novembro de 2017

Considerações finais

Em fase de conclusão do presente projeto torna-se pertinente olhar para o trabalho que foi realizado e perceber que nem todo o seu processo foi fácil pois fazer um estudo com idosos tem as suas limitações, nomeadamente a aplicação dos inquéritos que foi feita de forma presencial e um a um, de maneira a tornar-se a via mais facilitadora para o grupo conseguir interpretar as questões colocadas. Contudo, é com um sentimento de felicidade que percebemos que estes idosos se sentem satisfeitos com a sua vida e de que estamos a caminhar no bom sentido, com o intuito de lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida.

O cenário atual de investigações realizadas com pessoas idosas documenta a importância de se conhecer as questões que dizem respeito ao bem-estar dos idosos, mostrando que a longevidade sem qualidade não é uma vitória e, sim, motivo de preocupação.

Sistematizando os dados recolhidos neste trabalho de projeto e em termos de caracterização sociodemográfica encontram-se as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente feminina, com uma média de idades de 79 anos, são predominantemente viúvos e a frequentar o centro de dia. São pessoas, sobretudo escolarizadas, encontram-se maioritariamente a viver da reforma. A maioria reside sozinho e em habitação própria.
- Tendo em conta as relações familiares, verifica-se que a população em questão detém relações familiares diariamente (via telefone

maioritariamente como foi referido anteriormente), mas gostariam de as ter com maior intensidade;

- Relativamente às questões relacionadas com a necessidade de cuidados regulares, observou-se que a grande maioria necessita apenas de um apoio regular e ainda se verificou que uma parte se encontrava autónoma. Os cuidados mais requeridos pelo grupo são os centros de dia e a ajuda da família. Os serviços mais utilizados são os serviços médicos e enfermagem;

- No que diz respeito à ocupação de tempos livres, o grupo maioritariamente respondeu “ver televisão”, seguidamente “ouvir música” e “jogar cartas”. Quanto ao tipo de atividades que mais gostam de frequentar na instituição, verificou-se que o grupo aprecia “televisão”, no sentido de ser uma atividade de estimulação cognitiva como foi explicado anteriormente e “pintura”;

- Quanto à prática de atividade física, grande parte da população respondeu que não pratica atividade física, contudo verificou-se que a parte que pratica atividade física gosta de “caminhar”;

Torna-se necessário observar o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final dos dados obtidos. Assim, tendo em conta os objetivos inicialmente delineados nesta investigação e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa e relativamente ao tema principal da investigação e no sentido de apurar a perceção de qualidade de vida e bem estar do grupo inquirido foram retiradas as seguintes conclusões:

- Sobre a qualidade de vida os utentes classificam como satisfatória o que se revela importante para as instituições que os “acolhem” pois leva-nos a pensar que a sua atuação vai ao encontro das necessidades/expectativas dos e percebe-se que estão a fazer um bom trabalho e a garantir que os utentes se sentem felizes;

- Grande parte dos inquiridos preocupa-se com a sua autoestima, tornando-se um fator que nos deixa satisfeitos pois com a idade a avançar perde-se o “gosto” próprio, em alguns casos, porque o corpo envelhece e a sociedade precisa de contrariar isso, valorizando a imagem do idoso nas

instituições e no meio familiar, para que desta forma se sintam bem com eles próprios e se aceitem, independentemente da idade;

- Maioritariamente o grupo considera que a sabedoria da terceira idade é útil nas sociedades e torna-se essencial resgatar todos os ensinamentos, conselhos e valores que este grupo etário nos pode oferecer, tornando-nos mais afetuosos e solidários com os idosos de modo a reconhecer a importância que eles têm na nossa sociedade;

- Verificou-se que em grande percentagem a população sente que não recebeu o reconhecimento que merece na vida, o que revela ser um importante fator para futuras investigações e políticas sociais na área do envelhecimento com a expectativa de no futuro enaltecer esta faixa etária e dar-lhes o devido valor;

- Segundo os resultados obtidos através da aplicação da escala para medida de satisfação com a vida e felicidade, permitiu constatar que a maioria encontra-se satisfeito com a vida e de uma forma geral sente-se feliz, o que revela ser um indicador de qualidade de vida;

- Relativamente aos afetos, o afeto positivo prevalece em relação ao afeto negativo na população inquirida; obtiveram-se correlações negativas em relação à idade e afeto positivo; verificou-se correlações positivas entre a satisfação com a vida e o afeto positivo;

- Em termos de satisfação com a vida observou-se que as mulheres têm valores mais elevados que os homens e verificou-se a existência de mais afetos positivos e negativos face aos homens.

Relativamente à qualidade de vida percebida pelos idosos deste grupo obteve-se resultados bons/satisfatórios (2,60 de média) como foi referido anteriormente, indicaram-nos que para si qualidade de vida é ter saúde (69,57%), presença da família (26,09%), autonomia/mobilidade/bem-estar (18,84%) e relações sociais (14,49%).

Respondendo à pergunta de partida com que iniciamos a presente investigação, sendo ela: “Até que ponto os idosos afirmam ter Qualidade de Vida?” considera-se que as respostas dadas pelos inquiridos, de como classificam qualidade de vida, enquadram-se na definição de qualidade de vida

da OMS (2002) que nos refere que a qualidade de vida para os idosos deve-se, de forma complexa, ao fator da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, neste caso a importância dos familiares no seu dia-a-dia, crenças e convicções pessoais e pela envolvimento com aspectos do meio ambiente. É influenciada pelos riscos e oportunidades experienciados ao longo da vida e da prestação de ajuda mútua, também do apoio quando necessário pelas gerações seguintes. Todos estes fatores interferem na felicidade e realização pessoal das pessoas idosas.

É importante terminar este estudo e perceber que o grupo revela resultados positivos face à qualidade de vida e bem-estar sendo que a grande pertinência do estudo está relacionado a junção de testes de medida de atitudes face à qualidade de vida e cruzar com a própria opinião dos idosos sobre o que entendem por qualidade de vida, baseada na saúde e nos laços familiares, sendo que são as duas dimensões mais valorizadas pelos idosos.

No sentido de dar resposta às necessidades do grupo inquirido surgiu o Projeto de Intervenção Comunitária “Envelhecer com o reforço dos laços familiares e sociais” que pretende “Fomentar os laços familiares e sociais conduzindo a um envelhecimento bem-sucedido e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida” e “Promover estilos de vida saudáveis através da capacitação positiva face à saúde contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.”

Desta forma, considera-se que para se envelhecer bem é necessário que os idosos estabeleçam atitudes propícias ao envelhecimento ativo e que se dê prioridade a todas as dimensões que compõe o envelhecimento bem-sucedido tais como a saúde, social, habitação, trabalho, lazer e cultura, fomentando o combate à pobreza e exclusão social e para isso é importante que os idosos sejam elementos participativos na sociedade, que se reconheça a sua heterogeneidade, que se estabeleça práticas de reconhecimento e valorização das pessoas idosas e que se mobilize medidas específicas para os grupos mais vulneráveis desta população.

Assim considerando algumas dessas dimensões, decorrentes da análise realizada e da síntese de conclusões já apresentadas, deixamos algumas

sugestões que se espera poderem constituir contributos importantes na qualidade de vida de idosos.

O tempo livre poderá ser aproveitado para a prática de outras atividades pois grande parte dos idosos não tem acesso aos espaços de lazer existentes, desconhecendo a importância e os benefícios que estes lhe podem oferecer. Desta forma, as instituições e os familiares deverão abrir possibilidades de acesso a atividades diversificadas de lazer, uma vez que, por meio das experiências de lazer o idoso aprenderá a gostar tanto do lazer como de si mesmo. Deste modo, evita-se que o tempo livre seja ocupado apenas a “ver televisão” mas sim dando oportunidade de apreciar novas formas de lazer e sentir-se ocupado, fomentando sempre que possível o contacto com os familiares pois é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida deles.

As instituições deverão adotar práticas regulares de atividade física adequadas aos seus utentes, pois a existência destas condições pode representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas principalmente para aqueles que possuem maior grau de dependência. A promoção da atividade física regular poderá evitar desta forma o isolamento, a depressão e problemas associados à mobilidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida física e mental dos idosos.

No que concerne à institucionalização, seja em regime de Centro de Dia ou ERPI, é fundamental integrar o idoso e disponibilizar redes de apoio, contribuindo para a satisfação da qualidade de vida do idoso através prestação de serviços de cuidado básicos mas sobretudo no fomento das relações familiares e sociais e criação de projetos e novos objetivos de vida. Também se considera essencial ajustar os apoios às famílias para a positiva manutenção do idoso nas suas casas, de forma a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Considera-se necessário, com esta investigação, apoiar e incentivar novas pesquisas voltadas para as questões do envelhecimento e da satisfação com a vida e qualidade de vida em idosos. Interligar as investigações no âmbito da qualidade de vida com outras realizadas em diversos domínios, pois permitirá um contributo eficaz na literatura acerca do envelhecimento. Divulgar

resultados das investigações (junto dos idosos, cuidadores e instituições) partilhando conhecimentos, reunindo poderes para construir “novos saberes e novos fazeres”.

Conforme propõem Silvestre e Neto (2003), não se deve aceitar simplesmente a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade atual, mas que esse ser humano tenha garantido uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação no seu meio. No entanto, existem poucos estudos envolvendo o assunto qualidade de vida, bem-estar e reforço dos laços sociais na velhice, sendo necessária à realização de mais pesquisas que levem em consideração tais temas.

Considera-se que os resultados obtidos através deste estudo são exploratórios, visto que a metodologia utilizada não permite uma generalização dos dados, contudo, considera-se pertinente que estes resultados possam servir de base para trabalhos futuros, incentivando outros profissionais a aprofundar as questões da qualidade de vida numa lógica não só voltada para a saúde mas sim para as dimensões dos laços familiares e envolvimento da comunidade na promoção da qualidade de vida dos idosos.

Referências Bibliográficas

- Alcorta, L. (2015). Satisfação com a vida e a sua relação com a felicidade subjetiva, afetividade positiva, afetividade negativa, otimismo e pessimismo (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Universidade Lusófona, Porto.
- Almeida, A. (2008). A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspetos e contextos da qualidade de vida (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
- Almeida, M. (2009). Promoção da Saúde depois dos 65 anos - Elementos para uma política integrada de envelhecimento (Tese de Doutoramento em Saúde Pública não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4307/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Mariana%20Almeida.pdf>
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Social Indicators Research*, 99, (2), 183-203. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-010-9584-9>
- Barros, J. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: Asa.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Ben-Chieh, L. (1978). Variations in social quality of life indicators in medium metropolitan areas. *The American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 37 (3), 241-260. Disponível em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1536-7150.1978.tb01227.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do Envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (Eds.). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global* (pp. 123-153). Lisboa, Lusodidacta.
- Bernardo, A. (2014). Das políticas aos programas de envelhecimento. O caso do programa IPL 60+ (Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Bilbao, M., Techio, E. & Páez, D. (2007). Bienestar subjetivo, cultura y valores personales: Estado de la cuestión y síntesis meta-analítica de estudios. *Revista de Psicología - Edición Especial en Psicología Cultural y Transcultural*, 25, (2), 233-276. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v25n2/v25n2a05.pdf>
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, (4), 582-589. Disponível em <http://www.psicothema.es/pdf/3149.pdf>
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*,

- 6, (4), 355-371. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1360786021000006983>
- Cabral, M. & Ferreira, P. (2013). O Envelhecimento Ativo em Portugal: Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Calixto, E. & Martins, H. (s.d.). Os factores bio-psico-sociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. Consultado em 27/08/2017, disponível em https://www.researchgate.net/profile/Maria_Martins2/publication/264883517_Os_Factores_Bio-Psico-Sociais_na_Satisfacao_com_a_Vida_de_Idosos_Institucionalizados/links/55158bcb0cf2f7d80a3337fb/Os-Factores-Bio-Psico-Sociais-na-Satisfacao-com-a-Vida-de-Idosos-Institucionalizados.pdf
- Caplan, G. (1974). Social Systems and Community Mental Health. New York: Basic Books.
- Cardão, S. (2009). O idoso institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carmo, H. (2001). A actualidade do desenvolvimento comunitário como estratégia de intervenção social. Universidade Aberta, Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais (CEMRI) e ISCSP/UTL In Actas da 1ª conferência sobre desenvolvimento comunitário e saúde mental, ISPA. Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1853/1/2001-A%20actualidade%20do%20DC%20como%20estrat%C3%A9gia%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20social-ISPA.pdf>
- Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos (2015). Consultado em 24/07/2017, disponível em www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2015.pdf
- Carta Social (2017). Consultado em 01/09/2017, disponível em <http://www.cartasocial.pt/>
- Carvalho, M. (2005). Uma abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal. *Intervenção Social*, (31), 163-192. Disponível em <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/viewFile/1385/1491>
- César, P. (2015). A Resiliência como fator protetor para a autoestima e o bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Charles, S., Reynolds, C. & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, (1), 136-151. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/7d7c/24da257f2ed3ec8c3274bfedd5c82356cef9.pdf>
- Coleta, J. (2007). Felicidade e bem-estar subjetivo entre professores universitários. *Quaestio (UNISO)*. 9, (2), 131-143.
- Constituição da República Portuguesa (2017). Coimbra: Almedina.
- Costa, J. M. (2007). O Idoso e o Crime - Prevenção e Segurança. Lisboa: Edições Colibri.

- Costa, A. (2013). Bem-Estar Subjetivo - Validação das Escalas PANAS E SWLS a uma Amostra de Idosos Portugueses Institucionalizados (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interacções*, (17), 65-74. Disponível em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/316/328>
- Diener, E., Larsen, R. J. & Sandvik, E. (1985). Age and Sex Effects for Emotional Intensity. *Developmental Psychology*, 110, 542-546. Disponível em https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?page=request_article&site_id=24&article_id=458
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41. Disponível em https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?page=request_article&site_id=24&article_id=2881
- Diener, E., & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Diener, E. & Seligman, M. (2000). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 81-84. Disponível em <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/1467-9280.00415>
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219. Disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.138.4128&rep=rep1&type=pdf>
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-006-9007-x>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Orientações estratégicas - Volume II. Consultado em 17/07/2017, disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Volume-2-Orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Consultado em 19/07/2017, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf
- Diogo, M. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 13, (6), 395-399. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v13n6/395-399/pt>
- Donalísio, M., Joia, L. & Ruiz, T. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, 41, (1), 131-138. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240159018.pdf>

- Durkheim, É. (1996), O Suicídio: estudo sociológico. Lisboa: Presença.
- Elizasu, C. (1999). La Animación con Personas Mayores. Madrid: Editorial CCS.
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012) O processo de envelhecimento: As Principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional, 1, (7), 106-194. Disponível em <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. (36), 39-52. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>
- Fernandes, A. (2002). Níveis de Confiança e Sociedade de Risco. Consultado em 03/09/2017, disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1494.pdf>
- Fernandes, A. C. (2012). A solidão nos idosos (Monografia de Licenciatura em Gerontologia Social não publicada). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3596/1/MonografiaAndreiaFernandes.pdf>
- Fernandes, P. (2000). A depressão no idoso. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, P. (2016). Bem-Estar Subjetivo em Idosos Institucionalizados (Dissertação de Mestrado em Envelhecimento Ativo não publicada). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Fernandes, R. (2013). Bem-estar subjetivo e (des)emprego: Um estudo sobre o ajustamento pessoa-ambiente profissional (Dissertação de Doutoramento em Psicologia não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, C. (2003). Atividade Física e Percepções do estado de Saúde em Idosos do Concelho de Viseu (Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto não publicada). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto.
- Figueiras, T., Santana, P., Corte-Real, N., Dias, C., Brustad, R. & Fonseca, A. (2010). Análise da estrutura factorial e da invariância da versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale (SWLSp) quando aplicada a adultos de ambos os sexos. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 10, (3), 11-30. Disponível em http://www.fade.up.pt/rpcd/arquivo/artigos_soltos/2010-3/01.pdf
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL100). Revista de Saúde Pública, 33, (2), 198-205. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds.), Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.

- Fonseca, A. (2006). Versão portuguesa da Subjective Happiness Scale (SHSp) (Manuscrito não publicado). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. (2006). Versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANASp) (Manuscrito não publicado). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, A. (2006). O Envelhecimento, uma Abordagem Psicológica. (2ª ed). Lisboa: Universidade Católica.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação: Da concepção à realização. 3.ª ed. Loures: Lusociência.
- Gabinete de Documentação e Direito Comparado (2017). GDDC. Consultado em 09/10/2017, disponível em http://direitoshumanos.gddc.pt/3_1/IIIPAG3_1_3.htm
- Gabinete de Documentação e Direito Comparado (2017). GDDC. Consultado em 09/10/2017, disponível em http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. Psicologia, Saúde & Doenças, 6, (2), 203-214. Disponível em <http://www.sp-ps.pt/site/jr/6>
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia, 12, (1), 43-50. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Gómez, J., Freitas, O. & Callejas, J. (2007). Educação e Desenvolvimento Comunitário Local - Perspectivas Pedagógicas e Sociais da Sustentabilidade. Porto: Profedições.
- Guadalupe, S. (2009). Intervenção em rede. Serviço social, sistémica e redes de suporte social. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriega, J., Seabra, M. & Guedea, R. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. Psicologia Reflexão e Crítica, 19, (2), 301-308. Disponível em <http://www.scielo.br/prc/v19n2/a17v19n2.pdf>
- Guzmán, M. J.; Huenchuan, S. & Oca, V. M. (2002). Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. Disponível em http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf
- Groisman, D. (2002). A velhice, entre o normal e o patológico. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, 9, (1), 61-78. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a04v9n1.pdf>

- Gwozdz, W. & Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old. An Analysis for Germany. Discussion Paper 4053. Disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.462.9420&rep=rep1&type=pdf>
- INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa, Portugal.
- INE (2017). Projeções de População Residente em Portugal - Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Consultado em 27/07/2017, disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUE_Sdest_boui=277695619&DESTAQUE_Smodo=2
- Jacob, L. (2007). Animação de idosos: Actividades. Porto: Ambar.
- Jacob, L. (2013). Envelhecimento da população. In: Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R. & Fernandes, H. (Eds.). Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais (pp. 43-49). Viseu: Psicossoma.
- Kalache, A. (1999) Active ageing makes the difference. Bulletin of the World Health Organization. (77 (4) p. 299). Disponível em <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/56468/1/activeageing.pdf>
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 61, (2) 121-140. Disponível em <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf>
- Lai, K., Tzeng, R., Wang, B., Lee, H., Amidon, R. & Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 14, (4), 1169-1180. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-004-3061-3>
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In Birren, J., Lubben, J., Rowe, J. & Deutchmann D. (Eds.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego, CA: Academic Press.
- Lehr, U. (2008). La Longevidad, un Reto para el Individuo y la Sociedad. In: *Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento*. (pp. 245-247). León, Espanha: Imserso.
- Llobet, M., Ávila, N., Farràs, J. & Canut, M. (2011). Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, (3), 467-475. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_04.pdf
- Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 13-31. Disponível em https://sigarra.up.pt/flup/en/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=76327

- Magalhães, E. (2004). A depressão no idoso (Tese de Douturamento em “desarrollo y intervención psicológica” não aplicável) Universidad da Extremadura: Badajoz. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6796>
- Mansilla, F. (1993). Red social y apoyo social en enfermos mentales sin hogar. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 13, (45), 46-51. Disponível em <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1993/revista-45/06-red-social-y-apoyo-social-en-enfermos-mentales-sin-hogar.pdf>
- Mantovani, E., Lucca, S. & Neri, A. (2016). Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. [Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia](#), 19, (2), 203-222. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v19n2/1809-9823-rbqg-19-02-00203.pdf>
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2004). Metodologia científica. São Paulo: Atlas.
- Martinez, M. & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de la calidad de vida percibida en la vejez. Revista de Psicología de la Salud, 6, (1), 56-75. Disponível em <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path%5B%5D=1225&path%5B%5D=323>
- Martins, M. (2012). O Desenvolvimento Comunitário e a sua vertente educativa: Estudo Comparativo entre Peterborough e Chaves (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação e Especialização em Animação Sociocultural não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves.
- Martins, R. (2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu (Tese de Doutoramento em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica não publicada). Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Mazo, G.; Lopes, M. & Benedetti, T. (2001). Actividade física e o idoso. Porto Alegre: Sulina.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. EduSer: Revista de educação, 2 (2), 49-65. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3961/1/O%20estudo%20de%20caso%20como%20estrat%C3%A9gia%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Mesquita, J. (2011). Suporte social e redes de apoio social em idosos (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3863/1/7260.pdf>
- Mendieta, M., Martín, M. & Espigares, T. (Coords.). (2006). Intervención social y comunitaria. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Miranda, A. & Oliveira, J. (2012). Quando o palco é parte da realidade: O Sociodrama na formação dos educadores sociais. Revista Sensos, 2, 27-40. Porto: Livpsic. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/6299/1/Sensos%203%20-%20Quando%20o%20palco%20%C3%A9%20parte%20da%20realidade.pdf>

- Moniz, J. (2003). A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados com a experiência formativa. Loures: Lusociência.
- Moody, H. (2006). Aging: Concepts and Controversies. (5ª ed.). California: Pine Forge Press.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Oliveira, D. & Diogo M. (Ed.), Atendimento Domiciliar um Enfoque Gerontológico: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu
- Neri, A. L. (2008). Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alinea.
- Nunes, L. (2009). Promoção do Bem-Estar Subjectivo dos Idosos através da Intergeracionalidade (Dissertação de Mestrado em Psicologia não aplicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nunes, M. P. (2005). Citado por Marques, E., Sánchez, C. & Vicario, B. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. Revista de Enfermagem Referência, 4, (1), 75-84. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn1/serlVn1a09.pdf>
- Observatório Nacional do Idoso - Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. (2010). Consultado em 06/06/2017, disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/197.pdf>
- Oliveira, I. (2011). Qualidade de vida dos Idosos do Centro de Convívio de Canidelo (Monografia de Licenciatura em Enfermagem). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2847/3/T_13044.pdf
- Oliveira, J. (2008). Psicologia do Idoso: Temas Complementares. Porto: Livpsic.
- Oliveira, B. (2010). Psicologia do envelhecimento e do idoso (4ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). Active Ageing - A Policy Framework - A Contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Organização Mundial de Saúde: Madrid, Espanha.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008). Guia global: Cidade Amiga do Idoso. Organização Mundial da Saúde.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. Análise Psicológica, 2-3 (7), 333-339. Disponível em http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3103/1/1994_23_333.pdf
- Osório, A. & Pinto, F. (2007). As pessoas idosas - Contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pardal, L. & Lopes, E. S. (2011). Métodos e técnicas de Investigação Social. Porto: Areal Editores.
- Paul, C. (1991). Percursos pela Velhice - Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1668>

- 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 Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds.), Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pérez, R. (1999). Una experiencia de extensión universitaria en el campo de la gerontología: Algunos aspectos teóricos y metodológicos. Revista electrónica de Psicogerontología Tiempo, (3). Disponível em <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo3.htm>
- Pernice-Duca, F. (2010). Family network support and mental health recovery. J. of Marital and Family Therapy, 36, (1), 13-27. Disponível em http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- Pérsico, L. (2010). Como melhorar a sua capacidade mental. Lisboa: Plátano Editora.
- Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na Família: contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, A. (2014). Influência da saúde funcional subjetiva no envelhecimento bem-sucedido em idosos institucionalizados e comunitários (Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- Pinheiro, M. R. (2004). Uma época especial: suporte social e vivências académicas na transição e adaptação ao ensino superior (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pinto, J. (2007). Para um retorno ao conceito de “maîtrise symbolique”, In Pinto, J., Pereira, V. (Orgs.), Pierre Bourdieu - A teoria da prática e a construção da sociologia em Portugal (pp. 31-56). Porto: Edições Afrontamento.
- PORDATA. (2017). Indicadores de Envelhecimento segundo os Censos. Consultado em 11/06/2017, disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. Revista Sociologias, 4, (7), 156-175. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17, (3), 547-558. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
- Rodrigues, M. (2016). Suporte Social, Ansiedade, Depressão e Qualidade de Vida de pessoas idosas a residir na comunidade e em ERPI (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Rodrigues, S. (2011). A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Rosanvallon, P. (1998). *A Crise do Estado-Providência*. Lisboa: Editorial Inquérito.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da sociedade portuguesa*. Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio D'Água Editores.
- Rosa, T., Benício, M., Alves, M. & Lebrão, M. (2007). Aspetos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, (12), 2982-2992. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/18.pdf>
- Santos, B. (2000). *A crítica da razão indolente - Contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. (1993) O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semi-periferia: O caso português. In: Santos, B. (Org.), *Portugal: Um Retrato Singular*. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. (1995). Sociedade Providência ou Autoritarismo Social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (42), 1-7. Disponível em http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociedade_Providencia_ou_Autoritarismo_Social_RCCS42.PDF
- Santos, S., Barlem, E., Silva, B., Cestari, M. & Lunardi, V. (2008). Promoção da saúde da pessoa idosa: Compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, (4), 649-653. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a18v21n4.pdf>
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the "paradox". *Social Indicators Research*, 75, 241-271. Disponível em https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/mediendaten/ae/apa/os_lifesatisfaction_2006.pdf
- Sequeira, A., Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa no meio rural. *Análise Psicológica*, 20, (3), 505-516. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a23.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda
- Serra, A. (2006). O que significa envelhecer. In Firmino, H., Leuchner, A. & Barreto, J. (Eds.), *Psicogeriatrica* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

- Siqueira, M. & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, (2), 201- 209. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09>
- Silva, A. (2011). A perceção de qualidade de vida do idoso institucionalizado (Monografia de Licenciatura em Enfermagem não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T_18065.pdf
- Silva, F. (2011). Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia (Uma perspetiva do utente) (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação não publicada). Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1660/TESE%20FINAL%20FLORA.pdf?sequence=1>
- Silva, M. (2011). Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural (Dissertação de Mestrado em Educação Social não publicada). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>
- Silva, J. (2011). A qualidade de vida do idoso e o seu bem-estar social. (Dissertação de Mestrado em Educação Social não publicada). Universidade do Algarve, Algarve.
- Silvestre, J. & Neto, M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, (3), 839-847. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>
- Simões, A. (2006). A nova velhice: Um novo público a educar. Porto: Ambar.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M., P., Pinheiro, M., R., Vieira, C., M., Matos, A., P., & Oliveira, A., L. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sóciodemográficos e de personalidade. In A. Simões, A. Oliveira, C. M. C. Vieira, L. Alcoforado, M. P. Lima, e. M. F. F. Gaspar (Orgs.). *Actas das II Jornadas Modelos e práticas em educação de adultos* (pp. 301-320). Coimbra: Núcleo de Assistência Psicológica e de Formação de Adultos.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice. Porto: Ambar.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10, (41), 1403-1409. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K?via%3Dihub>
- Trilla, J., Petrus A. & Romans M. (2003) *Profissão: Educador Social*, Porto Alegre: ARTEMED Editora.
- Veloso, A. (2015). Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde não publicada). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em

https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf

- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger. (372). Disponível em <http://www.questia.com/library/3771152/socialsupport-theory-research-and-intervention>
- Veenhoven, R. (2000). Well-being in the welfare state: level not higher, distribution not more equitable. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2, (1), 91-125. Disponível em <https://personal.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000b-full.pdf>
- Yañez, S. & Cárdenas, M. (2010). Acculturation Strategies, Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrants in Chile. *Revista Salud & Sociedad*, 1, (1), 51-70. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4016251>
- Zanon, C., Bastianello, M., Pacico, J. & Hutz, C. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18, (2), 193-202. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n2/v18n2a03.pdf>
- Zimerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.