



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA: Um estudo com pessoas mais velhas a viver na comunidade

Ana Cláudia Pereira Fernandes

Escola Superior de Educação



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Cláudia Pereira Fernandes

Capacidade Funcional e Qualidade de Vida:

Um estudo com pessoas mais velhas a viver na comunidade

Curso de Mestrado

Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Isabel Amorim

Professor Doutor José Miguel Veiga

novembro, 2018

Ana Cláudia Pereira Fernandes

Capacidade Funcional e Qualidade de Vida:

Um estudo com pessoas mais velhas a viver na comunidade

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto AgeNortC – Envelhecimento, Participação Social e Detecção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade (SAICT-POL/23712/2016 - POCI-01-0145-FEDER-023712)

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação é o culminar de uma longa caminhada, repleta de desafios, oportunidades e ensinamentos, na verdade uma autêntica conquista, que só foi possível com o apoio de inúmeras pessoas, às quais não posso deixar de prestar o meu sincero e profundo agradecimento.

À professora Doutora Isabel Amorim, orientadora deste trabalho, estou grata por todo o apoio, disponibilidade, motivação, carinho, bem como pelas orientações prestadas e pelas aprendizagens transmitidas. Agradeço, ainda, pela ajuda no encontro de estratégias de superação nos momentos mais desafiantes.

Ao professor Doutor José Miguel Veiga, coorientador deste trabalho, agradeço por toda a disponibilidade e o apoio na análise e interpretação da informação.

À professora Doutora Alice Bastos, presto o meu agradecimento por todo o conhecimento que me transmitiu, pelas questões levantadas que me fizeram refletir, assim como pelos desafios que me colocou.

À Dra. Joana Monteiro, pela atenção, disponibilidade e apoio demonstrados desde o momento que teve conhecimento do presente trabalho.

A todas as pessoas mais velhas que, voluntariamente, decidiram participar neste estudo, sem as quais não seria possível chegar até aqui. Estou grata pelos momentos de partilha, pelas vossas palavras e ensinamentos preciosos.

Ao Luís, que desde o início foi a minha base de suporte. Eterno companheiro e amigo, que mesmo nos momentos de maior dificuldade acreditou em mim, não me permitindo duvidar de que eu seria capaz de alcançar a meta. Agradeço todo o companheirismo, carinho, compreensão, apoio e motivação.

À memória do meu Avô, que esteja onde estiver, eu sei que está sempre a zelar por mim. Estou grata por sempre ter sido mais do que um pai para mim!

À minha Mãe e à minha Avó, as mulheres mais importantes da minha vida, que desde sempre me ensinaram que se devem encarar os desafios de cabeça levantada e que, mesmo que tudo pareça ruir, só se desiste depois de conseguir! Presto-vos o meu agradecimento pela vossa presença, nos momentos de alegria e de tristeza, pelas palavras de ânimo e, como não poderia deixar de ser, pelos abraços reconfortantes.

À Dra. Cristiana Freitas, uma pessoa excepcional, lutadora, que admiro muito pelo que é, e de quem tenho o privilégio da sua amizade. Agradeço por todas as palavras de incentivo, por me ter mostrado o melhor caminho a seguir, e se ter disponibilizado para ajudar sempre que fosse necessário.

À Natália, a pessoa que representa a natureza da mais pura amizade, com quem partilho momentos de riso e de choro, que está lá para o bem e para o mal, sempre perto...uma das mulheres mais determinadas e lutadoras que alguma vez conheci, por quem tenho uma enorme admiração e sinto muito carinho. Estou grata por me ter acompanhado desde o começo de uma das maiores caminhadas da minha vida.

Aos restantes companheiros, desta caminhada que é a vida, que sempre acreditaram em mim.

A vós dedico esta dissertação.

RESUMO

Contexto e objetivos do estudo. O envelhecimento humano é um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais (Sequeira, 2010), sendo uma grande conquista da humanidade (Sowers & Rowe, 2007). A capacidade funcional é fulcral para a saúde dos mais velhos, integrando a habilidade de desempenho na vida diária e a capacidade para agir autonomamente/tomar decisões (Martínez & Astorga, 2009). Por qualidade de vida entende-se um conjunto de “outcomes” do processo de envelhecimento bem-sucedido, incluindo afeto positivo, significado na vida, manutenção de atividades produtivas e relacionamentos valorizados (Kahana & Kahana, 1996). Segundo a investigação, a participação/envolvimento social em idade avançada está positivamente associada ao desempenho nas atividades instrumentais da vida diária (Tomioka *et al.*, 2016a, 2017), e ser socialmente ativo associa-se a melhor qualidade de vida (Khan & Tahir, 2014). Neste contexto, analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida é fundamental para o desenvolvimento e implementação de intervenções com vista a melhoria da qualidade de vida dos mais velhos (Kumar & Majumdar, 2014; Martínez & Astorga, 2009; Sahin *et al.*, 2015). Face ao exposto, define-se como objetivo deste estudo analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas mais velhas que participam em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica.

Método. Fizeram parte deste estudo quantitativo 104 participantes com 55 ou mais anos, sendo que 52 participam em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica (grupo PIA) e 52 não participam (grupo Comparação). Este último grupo foi emparelhado em termos de género e grupo etário com o grupo PIA. Na recolha de dados utilizou-se um Questionário Sociodemográfico e de Participação Social elaborado para o efeito, o Índice de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2010) e a Escala WHOQOL-Bref (WHOQOL-Group, 1998; Canavarró *et al.*, 2010).

Resultados. Os 104 participantes têm uma média de idade de $72,6 \pm 5,9$ anos, 80,8% são mulheres e maioritariamente casados (61,5%). Relativamente às atividades instrumentais da vida diária, quando comparados os dois grupos não se observaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que 51,0% dos participantes são independentes, 49,0% são moderadamente dependentes e nenhum severamente dependente. Quanto à qualidade de vida observaram-se diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo PIA e o grupo Comparação, na faceta geral ($t = 2,366$; $p = 0,020$), com o grupo Comparação a apresentar valor médio mais elevado ($M = 67,5$; $DP = 15,9$ vs. $M = 60,6$; $DP = 14,1$), o que poderá dever-se ao facto de também participarem em atividades, embora não inseridas nos programas autárquicos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida em função do grau de dependência, no domínio ambiente ($F(3,100) = 4,030$, $p = 0,009$), e em função do género, na faceta geral ($F(3,100) = 3,400$, $p = 0,021$).

Conclusão. Os programas/projetos autárquicos, e as outras atividades sociais não inseridas nesses mesmos, parecem ser fulcrais na promoção da qualidade de vida e, talvez na manutenção da funcionalidade destas pessoas idosas, apesar de não existirem diferenças significativas entre os grupos na capacidade funcional. Assim, recomenda-se que as pessoas idosas mantenham um envolvimento ativo com a vida.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Capacidade funcional; Qualidade de vida; Envolvimento social; Gerontologia Social

novembro, 2018

ABSTRACT

Context and objectives. Human aging is a set of biological, psychological and social changes (Sequeira, 2010), being a great achievement of mankind (Sower & Rowe, 2007). Functional capacity is the key to the health of the elderly, integrating the ability to perform in daily life, the capacity to act autonomously and to make decisions (Martínez & Astorga, 2009). For quality of life is referred a set of outcomes of successful aging process, including positive affect, meaning in life, maintenance of productive activities and valued relationships (Kahana & Kahana, 1996). According to the research, social participation/involvement in advanced age is positively associated with performance in the instrumental activities of daily living (Tomioka *et al.*, 2016a, 2017), and being socially active is associated with a better quality of life (Khan & Tahir, 2014). In this context, analyzing functional capacity and quality of life is important for the development and implementation of interventions with the purpose of improving the quality of life of the elderly (Kumar & Majumdar, 2014; Martínez & Astorga, 2009; Sahin *et al.*, 2015). Therefore, it is defined as the objective of this study to analyze the functional capacity and the quality of life of older people participating in Autarchic Intervention Programs/Projects.

Method. A total of 104 participants aged 55 years or older took part in this quantitative study, 52 of whom attended the Autarchic Intervention Programs/Projects (PIA group) and 52 didn't attend (Comparison group). The Comparison group was paired in terms of gender and age group with the PIA group. In the data collection, were used a Sociodemographic and Social Participation Questionnaire, developed for this purpose, the Lawton and Brody Index (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2010) and the WHOQOL-Bref Scale (WHOQOL-Group, 1998; Canavarró *et al.*, 2010).

Results. Of the 104 participants, 80.8% were women, with a mean age of approximately 73 years ($M = 72.6$, $SD = 5.9$) and mostly married (61.5%). Regarding the instrumental activities of daily living, when comparing the two groups, no statistically significant differences were observed, with 51.0% of the participants being independent, 49.0% moderately dependent and none severely dependent. In relation to quality of life, there were statistically significant differences between the PIA group and the Comparison group in the general facet ($t = 2.366$, $p = 0.020$), with the Comparison group presenting the highest mean value ($M = 67.5$, $SD = 15.9$ vs. $M = 60.6$, $SD = 14.1$), which may be due to the fact that they also participate in activities, although not included in the municipal programs. There were statistically significant differences in the quality of life in function of the degree of dependence in the environmental domain ($F(3,100) = 4.030$, $p = 0.009$), and according to gender in the general facet ($F(3,100) = 3.400$, $p = 0.021$).

Conclusion. Autarchic programs/projects, and other social activities not included in them, appear to be central in the promotion of quality of life, and perhaps in maintaining the functionality of these elderly people, although there are no significant differences between groups in functional capacity. Thus, it is recommended that elderly maintain an active involvement with life.

Keywords: Aging; Functional capacity; Quality of life; Social engagement; Social Gerontology

november, 2018

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	7
1. A revolução da longevidade, o fenómeno do envelhecimento humano e a Gerontologia Social	9
1.1. A demografia do envelhecimento humano	9
1.2. O envelhecimento humano: conceito e tipologias	11
1.3. A Gerontologia e a Gerontologia Social	14
2. Perspetivas e modelos teóricos acerca do fenómeno do envelhecimento humano	17
2.1. Teorias da idade e do envelhecimento	17
2.2. O envelhecimento humano pela visão das perspetivas “life-span” e “life course”	23
2.3. Um panorama positivo do envelhecimento humano	26
3. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida	33
3.1. Capacidade funcional e atividades da vida diária	34
3.2. Qualidade de vida	41
3.3. As relações entre capacidade funcional e qualidade de vida	48
3.4. Participação em programas de atividades, capacidade funcional e qualidade de vida	49
4. Objetivos do estudo	52
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	53
1. Plano de investigação e amostra	55
2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	57
3. Estratégias de análise de dados	61
CAPÍTULO III – RESULTADOS	63
1. Caraterização sociodemográfica dos participantes e seu envolvimento social em atividades recreativas	65
1.1. Caraterização sociodemográfica dos participantes	65
1.2. Caraterização dos participantes quanto ao envolvimento social em atividades recreativas	68
2. Capacidade funcional na vida diária e qualidade de vida	76
2.1. Capacidade funcional na vida diária	76
2.2. Qualidade de vida geral e respetivas facetas	79
3. Análise de diferenças entre grupos	81
DISCUSSÃO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	66
Tabela 2. Tipologia dos PIA	68
Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIA	69
Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIA	69
Tabela 5. Frequência atual de participação nos PIA	70
Tabela 6. Assiduidade aos PIA	70
Tabela 7. Participação em atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA ...	71
Tabela 8. Tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA	71
Tabela 9. Realização de atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA no último ano	71
Tabela 10. Tipologia de atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA realizadas no último ano	72
Tabela 11. Comparação da frequência de participação em atividades recreativas e sociais atuais/presentes e no passado	72
Tabela 12. Comparação da frequência de participação em atividades recreativas e sociais com pessoas da mesma idade.....	73
Tabela 13. Tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA realizadas no último ano	74
Tabela 14. Grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização	75
Tabela 15. Descrição da capacidade funcional para executar as AIVD	77
Tabela 16. Grau de dependência nas AIVD	78
Tabela 17. Análise da capacidade funcional para executar as AIVD em função da participação social	79
Tabela 18. Análise da qualidade de vida em função da participação social	80
Tabela 19. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da duração nos PIA.	81
Tabela 20. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do grupo de pertença e grau de dependência nas AIVD	82
Tabela 21. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do grupo de pertença e da idade.....	83
Tabela 22. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do grupo de pertença e género	83

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

ADL – *Activities of Daily Living*

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

EBS – Envelhecimento Bem-Sucedido

IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IQOL – *Integrative Quality of Life Theory*

MOS-SF 36 – *Medical Outcome Study Short Form - 36*

NHP – *Nottingham Health Profile*

OARS – *Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Plantas Aromáticas e Medicinais

PDCV – Psicologia Desenvolvimental de Ciclo de Vida

PIA – Programas/Projetos de Intervenção Autárquica

PPC – Proatividade Preventiva Corretiva

QdV – Qualidade de Vida

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TMIG-IC – *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence*

TSS – Teoria da Seletividade Socioemocional

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de pessoas que vivem até uma idade muito avançada é uma realidade mundial (Sowers & Rowe, 2007), com destaque particular para os países do Sul da Europa (Tomassini & Lamura, 2009). Portugal está entre os países mais envelhecidos da Europa e de todo o mundo, sendo que os principais fatores do envelhecimento demográfico no país lusitano se referem ao decréscimo da mortalidade e da fecundidade, assim como ao aumento da migração dos grupos jovens (Dias & Rodrigues, 2012; Rosa, 2012; Rosa & Chitas, 2013).

Neste contexto parece pertinente apresentar a conceção de envelhecimento que, de acordo com Sequeira (2010), é um fenómeno que se relaciona com um conjunto de transformações de foro biológico, psicológico e social, que se processam ao longo de vida. Fernández-Ballesteros (2002) destaca a heterogeneidade desse mesmo processo e a multiplicidade de formas de envelhecer (envelhecimento patológico, envelhecimento normal/saudável e envelhecimento bem-sucedido).

Assim, dado que o envelhecimento é um fenómeno com uma visão pluridisciplinar, o mesmo surge como objeto de estudo de várias ciências, como é o caso da Gerontologia (Sequeira, 2010), que pode ser definida como uma nova área científica que se dedica ao estudo do processo de envelhecimento e dos mais velhos (Paúl, 2012). Seguidamente, num contexto do aumento da população idosa e das suas implicações a nível social, aparece uma das especializações da Gerontologia - a Gerontologia Social - (Ermida, 2014). Essa mesma refere-se a uma área do saber que se baseia em conhecimentos das ciências biológicas, psicológicas e sociais, com especial ênfase e tratamento mais pormenorizado das bases sociais, dedicando-se ao impacto que as condições socioculturais e ambientais têm no processo de envelhecimento, às consequências sociais desse mesmo, bem como às ações que podem ser implementadas com a finalidade de melhorar os processos de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

No estudo do envelhecimento humano é ainda de salientar a grande multiplicidade teórica. Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009), a propósito das teorias do envelhecimento, determinam quatro categorias principais: (1) Teorias Biológicas; (2) Teorias Psicológicas; (3) Teorias da Ciência Social e (4) Sociedade, Política Pública e Teorias do Envelhecimento. No âmbito das teorias da idade e do envelhecimento, e contrariando a ideia de que a teoria em Gerontologia Social se deve basear numa simples filosofia, Bass (2009) apresenta uma nova proposta, a qual designou de Teoria Integrada da Gerontologia Social. Da diversidade de teorias relativas ao fenómeno do envelhecimento humano, importa, contudo, realçar os

contributos de duas perspetivas: (1) “life-span” da Psicologia e (2) “life course” do âmbito da Sociologia.

Mais recentemente tem-se vindo a reclamar uma visão positiva do envelhecimento, sendo que, do conjunto de três formas de envelhecer supramencionado, o foco principal passa a ser a promoção do envelhecimento bem-sucedido (Fernández-Ballesteros, 2002). Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) destacam que, de facto, na atualidade, os termos envelhecimento bem-sucedido e ativo são centrais para a Gerontologia.

A tentativa de definição e de estabelecimento de critérios para envelhecer bem remonta a várias décadas e conta com contributos distintos. De acordo com Rowe e Kahn (1997, 1998) o envelhecimento bem-sucedido é a capacidade para manter três comportamentos ou características, que representam uma combinação de fatores: (1) baixo risco de doença e incapacidade relacionada; (2) elevada função mental e física; e (3) envolvimento ativo com a vida. Baltes e Baltes (1990) propõem o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, cuja ideia central é a plasticidade intraindividual. Destacam, ainda, o modelo de Otimização Seletiva com Compensação como processo geral de adaptação capaz de explicar o processo de envelhecer com êxito. Numa perspetiva sociológica surgiu o modelo Proatividade Preventiva Corretiva, que permite compreender critérios para envelhecer bem à luz da agência humana, os quais são fundamentais para as pessoas idosas que enfrentam a doença crónica (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005).

No que concerne ao envelhecimento ativo, este deve ser encarado como “(...) o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015, p.44).

No âmbito de um envelhecimento positivo, a capacidade funcional é considerada como um elemento fulcral da saúde das pessoas mais velhas e diz respeito a um processo dinâmico e modificável, que integra aspetos como a habilidade de desempenho na vida diária, bem como a capacidade para agir autonomamente e tomar decisões (Martínez & Astorga, 2009). Por sua vez, a dependência refere-se à necessidade que o indivíduo tem de ajuda de outra pessoa para a realização das atividades de vida diária (Millán-Calenti, 2006), sendo uma situação que resulta do decréscimo da capacidade funcional e que, além de originar dificuldades de realização de uma ou várias tarefas básicas, pode também interferir no desempenho normal das atividades de foro instrumental (Martínez & Astorga, 2009). Sequeira (2010) apresenta uma conceção ainda mais completa deste fenómeno, defendendo que a dependência integra três fatores: (1) uma limitação física, psíquica ou intelectual; (2) a incapacidade

do sujeito para realizar por si as atividades de vida diária e (3) a necessidade de assistência de alguém.

Uma das finalidades do envelhecimento bem-sucedido é o atingimento de uma qualidade de vida satisfatória. A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação às suas expectativas, metas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994). Paúl e colaboradores (2005) defendem que, assim como outros indicadores de cariz psicossocial, a mesma resulta da complexidade do próprio processo de envelhecimento e da heterogeneidade dos seus resultados. Para Kahana e Kahana (1996) tal constructo diz respeito a um conjunto de “outcomes”/resultados de um processo de envelhecimento bem-sucedido, integrando aspetos tais como: (1) estados de afeto positivos; (2) significado na vida e (3) manutenção de atividades produtivas e relacionamentos com valor.

Retomando a questão do envolvimento ativo com a vida, visto por Rowe e Kahn (1997, 1998) como uma das características do processo de envelhecer com sucesso, importa destacar a participação como um dos pilares do envelhecimento ativo (OMS, 2015). Os contributos do envolvimento social, na capacidade funcional e qualidade de vida dos mais velhos, têm sido foco de atenção nos trabalhos de investigação recentes. Nesse contexto, a participação social em idade avançada parece estar associada à independência para execução das atividades instrumentais da vida diária (Tomioaka *et al.*, 2016a, 2017), e igualmente à qualidade de vida parecendo que ser socialmente ativo se relaciona com uma percepção de melhor qualidade de vida (Khan & Tahir, 2014; Oliveira, Júnior, Bertolini & Oliveira, 2016; Santos *et al.*, 2017). Mais especificamente no que à prática de atividade física diz respeito, consta que existe uma associação inversa entre o exercício físico e o grau de dependência nas atividades da vida diária (Júnior, Tribess, Paulo, Martins & Romo-Perez, 2012; Villaverde-Gutiérrez *et al.*, 2015), e uma relação positiva entre a frequência de atividade física e a percepção de qualidade de vida (Silva, Goulart, Lanferdini, Marcon & Dias, 2012).

No sentido de melhor clarificar o que se pretende estudar, passa-se a apresentar os objetivos deste trabalho de investigação. De um modo geral, este estudo visa analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas mais velhas que participam em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica. No que aos objetivos específicos diz respeito, pretende-se (1) caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e de envolvimento social; (2) comparar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social; (3) analisar a qualidade de vida em função das características sociodemográficas e do grau

de dependência na vida diária, de pessoas mais velhas que participam, ou não, em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica.

Um estudo de análise da capacidade funcional e da qualidade de vida revela-se de todo pertinente, por variadas razões. O conhecimento da dependência física parece ser um aspeto fulcral no processo de desenvolvimento e implementação de estratégias de ação preventivas, terapêuticas e de reabilitação, com vista a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Martínez & Astorga, 2009). Griffith, Raina, Wu, Zhu e Stathokostas (2010) acrescentam que a compreensão dos diversos fatores que determinam a incapacidade funcional é, de facto, o primeiro passo para a conceção e implementação dessas mesmas ações. Assim sendo, a avaliação das atividades funcionais e a sinalização dos seus fatores influentes possibilita otimizar a qualidade de vida e a independência dos mais velhos (Sahin *et al.*, 2015). A avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas, assim como dos fatores que lhe estão associados, pode ser útil na implementação de medidas efetivas para a sua melhoria (Kumar & Majumdar, 2014; Miranda, Soares & Silva, 2016). Por sua vez, analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida, em função do envolvimento social, proporcionará conhecimentos fundamentais acerca da necessidade de incentivar a participação, das pessoas mais velhas, em grupos sociais e/ou intensificar a prática de exercício físico nesses mesmos, como fatores determinantes na promoção da sua saúde (Oliveira *et al.*, 2016).

A presente dissertação está organizada em três capítulos. O Capítulo I integra os aspetos relativos ao enquadramento dos pontos de vista teórico e empírico, sendo estruturado em diversas secções, de acordo com as grandes áreas temáticas abordadas: (1) o fenómeno do envelhecimento humano e a Gerontologia; (2) as teorias da idade, do envelhecimento e a visão positiva desse fenómeno; (3) a capacidade funcional e qualidade de vida. Por sua vez, no Capítulo II são apresentadas as opções metodológicas que estiveram na base do planeamento e da concretização do estudo, pelo que são descritos aspetos como o plano de investigação e amostra, instrumentos e procedimentos de recolha de dados, assim como as estratégias utilizadas para a análise da informação. Posteriormente, o Capítulo III contempla a apresentação dos resultados. Este trabalho culmina com a discussão dos resultados e as principais conclusões, considerando os objetivos desenhados para esta investigação.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

1. A revolução da longevidade, o fenómeno do envelhecimento humano e a Gerontologia Social

O envelhecimento é frequentemente analisado como um problema, no entanto deve considerar-se que este representa um sucesso da sociedade, pois evidencia sobretudo os avanços nos cuidados de saúde, sociais e psicológicos, na nutrição, na higiene e na educação (Fernández-Ballesteros, 2002). Face ao exposto, é um fenómeno que pode ser encarado como uma das principais realizações da humanidade (Sowers & Rowe, 2007). Na presente secção pretende-se abordar os aspetos relativos à demografia do envelhecimento, a nível global, na Europa e em Portugal, assim como as conceções e tipologias do fenómeno do envelhecimento humano, culminando com a abordagem de algumas das áreas disciplinares que se ocupam do seu estudo.

1.1. A demografia do envelhecimento humano

O mundo experiencia um marcado crescimento do número de pessoas que vivem até uma idade muito avançada, pelo que no ano 2000 a percentagem de pessoas idosas distribuía-se da seguinte forma: 5% em África, 8% na América Latina, 9% na Ásia, 13% na Oceânia, 16% na América do Norte, destacando-se o continente europeu com a percentagem mais alta, correspondendo a 20% (Sowers & Rowe, 2007). Tendo em consideração os autores supramencionados, no referido ano, mais de 600 milhões de indivíduos, em todo o mundo, tinham 60 ou mais anos, representando 10% da população mundial, porém, espera-se que em 2050 essa percentagem atinja os 21%.

Sowers e Rowe (2007) defendem um conjunto de factos básicos acerca do envelhecimento global, dos quais se destacam essencialmente três: (1) o aumento da expectativa de vida como resultado da melhoria da saúde pública, do saneamento e do desenvolvimento propriamente dito; (2) a expectativa de que a esperança de vida, em todo o mundo, aumente em 11 anos, de 65 anos entre 1995 e 2000, para 76 anos entre 2045 e 2050; (3) a taxa de aumento da população do grupo etário 65 ou mais anos é superior à das faixas etárias 15-64 anos e menos de 14 anos, em todas as regiões.

Apesar do envelhecimento demográfico ter conseguido uma dimensão mundial, este pronuncia-se de modo particularmente notório no continente europeu (Rosa,

2012). Tomassini e Lamura (2009) apontam que especificamente nos países do Sul da Europa, desde 1950, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos cresceu muito mais rapidamente, quando comparada com outros países do continente nos quais o envelhecimento populacional teve início mais cedo. Os mesmos autores salientam ainda que, num intervalo de 55 anos (1950-2005), a percentagem de pessoas do grupo etário em questão representa mais do dobro em Espanha e Itália e quase triplicou na Grécia e em Portugal. Contrariamente, países que já evidenciavam elevadas proporções de pessoas mais velhas, como por exemplo a França, a Suécia e o Reino Unido, tiveram um aumento mais modesto nas últimas décadas.

O envelhecimento populacional no Sul da Europa é primariamente resultante do declínio da fertilidade, a qual tem como principal efeito um menor número de pessoas jovens, comparado com um aumento da proporção de pessoas idosas (Tomassini & Lamura, 2009). De acordo com a mesma fonte, as referidas alterações ao nível da fertilidade podem ter na sua base o atraso do casamento e parto, devido a longos períodos de educação e a uma tardia estabilidade em termos de carreira profissional. Os estudiosos supramencionados apontam, também, o declínio na mortalidade como um dos fatores causais essenciais desta mudança demográfica, reforçando que o decréscimo da mortalidade desempenha um papel fundamental sobretudo na explicação do aumento da proporção de pessoas idosas mais velhas.

Portugal ocupa o lugar de um dos países mais envelhecidos da Europa, assim como à escala mundial (Rosa, 2012), verificando-se, nesse território, uma das tendências de envelhecimento mais fortes a nível europeu (Dias & Rodrigues, 2012). De acordo com Rosa (2012), desde 1960 até ao momento verificaram-se essencialmente três aspetos fulcrais relativamente à proporção dos grupos etários: (1) a diminuição do número de jovens, passando de uma percentagem de 29% para 15%; (2) o acréscimo do número de pessoas idosas, tendo evoluído de 8% da população para mais do dobro, correspondendo a 19% e (3) o reforço do peso estatístico dos velhos muito velhos, destacando-se que o seu número quase quadruplicou.

Diferentes autores (Dias & Rodrigues, 2012; Rosa, 2012; Rosa & Chitas, 2013) apontam o decréscimo da mortalidade e da fecundidade como os principais fatores do envelhecimento demográfico em Portugal, o que vai de encontro à opinião defendida por Tomassini e Lamura (2009) acerca das situações que estão na base do envelhecimento populacional no Sul da Europa. Nas últimas décadas a natalidade caiu substancialmente, notando-se também uma alteração nas suas estruturas (Dias & Rodrigues, 2012), tendo sido observado um adiamento nos projetos de natalidade, com uma idade média para ter filhos atual que se aproxima dos 30 anos (Rosa, 2012; Rosa & Chitas, 2013). Rosa (2012) destaca que no início da década de 1960 as

mulheres portuguesas tinham em média 3 ou mais filhos, número este que decresceu substancialmente com o passar dos anos, registando-se atualmente em cerca de metade, ou seja, 1,4 filhos por mulher. Este facto coloca Portugal no grupo de países europeus com níveis de fecundidade mais baixos (Rosa, 2012; Rosa & Chitas, 2013). A respeito do declínio da mortalidade, Rosa (2012) reforça que, com o passar dos anos, se tem verificado o aumento do número médio de anos com vida, sendo que a esperança média de vida à nascença aumentou, entre 1920 e 2010, sendo de cerca de 36 anos nos homens e 42 anos nas mulheres. Nesse sentido, com base na perspetiva da autora, no presente a expectativa de vida à nascença é de 76 e 82 anos, para os indivíduos do género masculino e feminino, respetivamente. A escritora salienta também um outro aspeto, que não só houve aumento das expectativas globais de vida, mas que esse acréscimo também se verificou na esperança média de vida em idades mais avançadas. Importa ainda referir uma terceira situação, o aumento da migração dos grupos jovens, que afetou clara e intensamente a estrutura da pirâmide etária portuguesa, resultando na perda de contingente populacional muito jovem e na subtração do potencial natalista desse mesmo (Dias & Rodrigues, 2012).

Para concluir a breve contextualização acerca da demografia do envelhecimento humano, apontam-se alguns dados apresentados por Dias e Rodrigues (2012), relativos ao crescimento médio anual da população total do país lusitano, que entre 1960 e 2005 correspondeu a 0,4%. Os estudiosos focam que em igual período a população jovem decresceu a um ritmo médio de 1%, a população idosa na globalidade cresceu 2,1% e especificamente os muito idosos demonstraram um acréscimo de 3% ao ano.

1.2. O envelhecimento humano: conceito e tipologias

O envelhecimento sempre foi uma razão de reflexão dos indivíduos, no entanto tem-se verificado que ao longo dos tempos a sua concetualização e as atitudes perante os mais velhos têm vindo a modificar-se (Paúl, 2005). As formas de concetualizar o envelhecimento e a velhice são diversas e provêm de diferentes áreas disciplinares (Sociologia, Biologia, Psicologia, etc.), sendo que a principal razão que justifica a enorme variedade de conceções se associa ao facto de o envelhecimento ser considerado, cada vez mais, um campo multidisciplinar (Dias & Rodrigues, 2012).

De um ponto de vista meramente físico, Paúl (2005) reporta o envelhecimento como um fenómeno puramente natural, físico e irreversível, que embora não seja uma

doença, aumenta a disposição a essa mesma como resultado do decréscimo da resistência. Numa perspectiva mais completa Sequeira (2010) aponta que esse fenómeno está relacionado com um conjunto de transformações de foro biológico, psicológico e social, que se processam ao longo da vida. O autor supracitado reforça que ninguém envelhece de um momento para o outro, pelo que são as alterações progressivas, das características físicas e mentais dos indivíduos, que assinalam a velhice.

A respeito deste fenómeno, Papalia e Feldman (2013) fazem a distinção entre envelhecimento primário e secundário. O primário diz respeito a um processo gradativo de degradação física, o qual não é possível evitar e que tem início cedo na vida e se estende ao longo dos anos. Por sua vez, os autores consideram o envelhecimento secundário, tal como o próprio nome ilustra, como consequência de alguma situação, neste caso de doença, excessos e hábitos menos saudáveis, aspetos que podem muitas das vezes ser evitados.

Rosa (2012) clarifica que quando se aborda o envelhecimento se pode estar a apontar para, no mínimo, duas conceções diferentes, que embora se cruzem referem-se a circunstâncias distintas: (1) o envelhecimento individual - integra o envelhecimento cronológico, processo universal, progressivo e inevitável, que é efeito exclusivo da idade e se inicia no momento da concepção, e o envelhecimento biopsicológico, caracterizado pela incerteza relativamente à idade de manifestação das suas marcas mais significativas, na medida em que é vivido por cada pessoa de modo particular; (2) o envelhecimento coletivo - contempla duas interpretações distintas, nomeadamente o envelhecimento demográfico, visto como uma evolução particular da composição etária da população, que se refere ao aumento da importância estatística dos mais velhos ou à diminuição da relevância estatística dos jovens, e o envelhecimento societal, encarado como a estagnação de determinados pressupostos organizativos da própria sociedade, originada por razões às vezes difíceis de perceber.

Fernández-Ballesteros (2002) destaca a heterogeneidade do envelhecimento, bem como a multiplicidade de formas de envelhecer, que os peritos agrupam em três categorias principais: (1) envelhecimento patológico; (2) envelhecimento normal (saudável) e (3) envelhecimento com êxito (ótimo, competente, satisfatório ou ativo). De acordo com a autora, o envelhecimento patológico refere-se aquele que acontece na presença de doença e incapacidade associada. Por sua vez, o envelhecimento normal, ou saudável, como o próprio nome indica, está essencialmente focado na saúde. Por fim, a conceção de envelhecimento com êxito supera a definição

anteriormente apresentada, dado que para além da saúde se preocupa, também, com a participação do indivíduo na sociedade.

Ao falar-se do envelhecimento é muito comum pensar-se na conceção de pessoa idosa, especificamente na idade a partir da qual pode considerar-se que um indivíduo é considerado mais velho. Face ao exposto, parece pertinente referir que, de acordo com a World Health Organization (WHO, 2002), a pessoa mais velha é aquela que tem 60 ou mais anos. Um valor de referência que poderá ser baixo no mundo desenvolvido, assim como nos países em desenvolvimento, regiões nas quais os grandes ganhos em esperança de vida já aconteceram. Se o caso concreto for Portugal, a pessoa idosa é concetualizada como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2005). Perante este facto, emerge uma outra questão, as realidades inerentes à terceira idade e aos velhos muito velhos, aqueles pertencentes ao grupo da denominada quarta idade.

Os dados anteriormente apresentados, com base em distintos autores (Dias & Rodrigues, 2012; Rosa 2012), clarificam que o envelhecimento demográfico em Portugal se caracteriza, entre outras situações, pelo crescimento da população idosa, com destaque particular para o aumento da proporção dos indivíduos muito velhos. Face ao exposto, no sentido de complementar a presente abordagem acerca do conceito e das tipologias do envelhecimento, considera-se relevante descrever alguns dados pertinentes relativamente à terceira e quarta idades.

Baltes e Smith (2003) reforçam que a distinção entre a terceira e a quarta idade é essencial para compreender o futuro cenário do envelhecimento populacional. Estes autores reúnem alguns dados da investigação, citando que existe um conjunto de boas notícias associadas à terceira idade, pelo que, no que se refere aos velhos muito velhos as novidades não aparentam ser tão boas. No que concerne aos factos positivos relacionados com as pessoas idosas mais jovens, podem considerar-se os seguintes: (1) aumento da esperança de vida; (2) considerável potencial latente para uma melhor aptidão física e mental na velhice; (3) apresentação de ganhos em aptidão física e mental em gerações sucessivas; (4) evidência de reservas cognitivo-emocionais da mente dos mais velhos; (5) o crescente número de indivíduos que envelhecem com sucesso; (6) altos níveis de bem-estar pessoal e emocional; (7) estratégias efetivas de domínio dos ganhos e perdas da idade avançada. De uma outra perspetiva, a quarta idade parece associar-se a uma série de factos menos positivos, tais como: (1) perdas notáveis na capacidade de aprendizagem e no potencial cognitivo; (2) aumento da síndrome de *stress* crónico; (3) prevalência marcada da demência; (4) elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e

multimorbilidade; (5) a questão de morrer em idades muito avançadas com dignidade humana.

Para concluir, importa ainda distinguir os conceitos de velhice e envelhecimento individual, que surgem frequentemente associados (Rosa, 2012). Fernández-Ballesteros (2009) distingue estes dois conceitos, abordando a velhice como a última etapa da vida do indivíduo e encarando o envelhecimento como um longo processo, o qual acontece desde o nascimento até à morte. Por sua vez, Rosa (2012) descreve a velhice como um estado difuso, o qual é experimentado, sentido e percebido de forma variada, desde o seu enaltecimento até à renúncia. A multiplicidade de perspetivas relacionadas com esta etapa da vida é outra questão salientada pela mesma autora, apontando as seguintes: (1) a visão negativa da velhice, a qual integra diferentes aspetos como a acentuação desta como a última fase da vida, na qual os sinais de debilidade física se impõem, o momento em que os indivíduos desistem dos seus projetos e que tendem a ficar isolados e sozinhos, vivenciando sentimentos de desalento, frustração e infelicidade; (2) a visão positiva da velhice, que enaltece o privilégio de alcançar uma idade avançada, a experiência acumulada ao longo dos anos, bem como salienta que esta pode ser a oportunidade de concretização de muitos sonhos, independentemente das dificuldades que lhe estão inerentes.

1.3. A Gerontologia e a Gerontologia Social

A Gerontologia é uma disciplina científica relativamente recente, com surgimento em pleno século XX (Millán-Calenti, 2006). A palavra *Gerontologia* deriva da combinação de dois termos gregos, designadamente *gero* (velho) e *logia* (estudo). O referido termo foi empregue pela primeira vez em 1903 por Metchnicoff (Neri, 2008), que reconheceu a realidade multifacetada do fenómeno do envelhecimento (Ermida, 2014) e que previu a crescente importância deste campo científico, ao longo do século XX, tendo em consideração os ganhos em longevidade, individuais e populacionais, resultantes dos avanços científicos (Neri, 2008).

No presente, conseguem reunir-se várias definições de Gerontologia. De acordo com Millán-Calenti (2006), Gerontologia diz respeito à ciência que estuda todos os aspetos do envelhecimento (biológicos, psicológicos e sociológicos), bem como a sua evolução histórica e os fatores relativos à saúde dos mais velhos.

Neri (2008) concetualiza-a como um campo multi e interdisciplinar que procura descrever e explicar as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento e os seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais, tendo também

interesse no estudo das características das pessoas idosas e das diversas experiências de velhice e envelhecimento, que acontecem em diferentes contextos socioculturais e históricos.

Esta última visão é a que mais se relaciona com a de Fernández-Ballesteros (2009), autora que sumaria os objetos de estudo da Gerontologia em três aspetos principais: (1) o velho, (2) a velhice e (3) o envelhecimento, salientando que este campo do conhecimento se ocupa, essencialmente, do que normalmente acontece ao longo do processo de envelhecimento e do estudo da velhice, ou quando o indivíduo é considerado velho.

Mais recentemente, Paúl (2012) define a Gerontologia como uma nova área científica que se dedica ao estudo do processo de envelhecimento e dos mais velhos.

É possível aferir que diversos autores (Fernández-Ballesteros, 2009; Millán-Calenti, 2006; Neri, 2008; Paúl, 2012) partilham da opinião de que a multidisciplinaridade é uma das características da Gerontologia, ou, dito de outro modo, a abordagem desta área do saber é biopsicossocial (Fernández-Ballesteros, 2009). Na opinião de Paúl (2012), esta diz respeito a uma visão integrada do processo de envelhecimento que engloba contributos de várias áreas científicas, designadamente a Biologia, a Psicologia e a Sociologia. No entanto, embora se nutra de outras áreas do conhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009), constitui-se como um novo campo do saber, na medida em que cria abordagens e modelos explicativos acerca do ser humano e do seu curso de vida (Paúl, 2012). Fernández-Ballesteros (2009) reforça, ainda, o facto de a disciplina em questão ser visivelmente interventiva, dado que se ocupa da melhoria das condições de vida das pessoas mais velhas em distintos contextos, sendo esses mesmos públicos ou privados.

Para completar esta abordagem importa destacar, tal como defende Millán-Calenti (2006), que a Gerontologia é uma ciência com um conjunto de objetivos, uns gerais, que dizem respeito à sua própria natureza, e outros específicos, associados a cada uma das especialidades e disciplinas que integra. Nesse sentido, apontam-se os seguintes objetivos gerais: (1) conhecer o processo de envelhecimento e os fatores que exercem influência nesse mesmo; (2) melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Relativamente aos objetivos específicos, são considerados os seguidamente apresentados: (1) preparar um sistema de atendimento integrativo para o idoso, quer desde o ponto de vista da saúde como social; (2) promover os recursos imprescindíveis para que a pessoa mais velha permaneça no seu domicílio, tanto tempo quanto o possível; (3) melhorar o grau de formação dos profissionais que assistem e cuidam das pessoas idosas; (4) estimular a investigação no âmbito da Gerontologia, de modo a conseguir o avanço nesta área do conhecimento.

Sequeira (2010) salienta que com o aparecimento da Gerontologia enquanto conhecimento científico, o envelhecimento surge como objeto de estudo de vários campos do saber. O aumento da população idosa e as suas implicações a nível social, sentidos nos países mais desenvolvidos, foram aspetos que estiveram na base da origem da Gerontologia Social (Ermida, 2014), conceito que foi usado pela primeira vez no ano de 1954 por Clark Tibbits (Neri, 2008).

Millán-Calenti (2006) refere-se à Gerontologia Social como a área que estuda a interferência dos fatores sociais no envelhecimento populacional, tendo em conta as suas repercussões ao nível do ambiente da pessoa idosa.

A perspetiva de Neri (2008) aproxima-se da anteriormente anunciada, sendo que a autora defende que esta diz respeito à área da Gerontologia que se foca no impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento, bem como nas consequências a nível social desse mesmo processo.

Por sua vez, Fernández-Ballesteros (2009) destaca que esta área do saber, tal como a Gerontologia, se baseia em conhecimentos das Ciências Biológicas, Psicológicas e Sociais, com especial ênfase e tratamento mais pormenorizado das bases sociais. A autora apresenta uma conceção mais completa, relativa à Gerontologia Social, que integra aspetos mencionados pelos dois autores supracitados, factos esses que são claramente visíveis na citação que se segue:

“(...) por gerontología social se entiende aquella especialización de la gerontología que además de ocuparse del estudio de las bases biológicas, psicológicas y sociales de la vejez y el envejecimiento está especialmente dedicada al impacto de las condiciones socioculturales y ambientales en el proceso de envejecimiento y en la vejez, en las consecuencias sociales de esse proceso, así como en las acciones sociales que puedan interponerse para mejorar los procesos de envejecimiento.” (p.36).

No intuito de terminar, considera-se fundamental salientar que a Gerontologia Social, tal como a área científica que está na sua origem – a Gerontologia - possui um carácter interventivo, dado que se preocupa com as ações que podem ser implementadas com vista a melhoria dos processos de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

2. Perspetivas e modelos teóricos acerca do fenómeno do envelhecimento humano

No estudo do envelhecimento humano é ainda de salientar a grande multiplicidade teórica. Bengtson e colaboradores (2009) distinguiram os conceitos de teoria (“theory”) e de teorização (“theorizing”), referindo que, o caminho mais simples e direto de concetualizar a teoria é defini-la como uma tentativa de explicar (“an attempt to explain”), sendo que esta pode ser comparada com uma espécie de lente, através da qual o indivíduo visualizará os fenómenos. Por sua vez, de acordo com a mesma fonte, a teorização é encarada como o processo de desenvolvimento de ideias que possibilita a compreensão e explicação das observações empíricas.

2.1. Teorias da idade e do envelhecimento

A propósito das teorias do envelhecimento, Bengtson e colaboradores (2009) distinguem quatro categorias principais: (1) Teorias Biológicas; (2) Teorias Psicológicas; (3) Teorias da Ciência Social; (4) Sociedade, Política Pública e Teorias do Envelhecimento.

As teorias da biologia do envelhecimento integram as principais explicações teóricas que justificam a ocorrência do envelhecimento nos organismos vivos e, embora existam numerosos mecanismos de foro biológico responsáveis por este fenómeno, os paradigmas teóricos fundamentais podem ser concentrados em duas orientações gerais, designadamente os processos estocásticos (“stochastic processes”) e a senescência programada (Bengtson *et al.*, 2009). Nesta primeira categoria incluem-se diferentes contributos teóricos, os quais passam a reportar-se. (a) A Teoria Imunológica do Envelhecimento aponta para que o próprio sistema orgânico que desempenha função de proteção crucial, ao início da vida, se torna passivo em idade avançada. (b) A Teoria Evolutiva da Senescência propõe que os genes com efeitos prejudiciais se acumulam com o avançar da idade, dado que escaparam à força da seleção natural. (c) No âmbito dos mecanismos relacionados com a aprendizagem e a memória, há sugestão de plasticidade nas estruturas cerebrais e dos resultados de comportamento como consequência dessa mesma. (d) Uma outra visão contrasta com as perspetivas estocásticas sobre o envelhecimento, assumindo a posição forte de que este é geneticamente programado, como uma resposta adaptativa às condições ambientais modificáveis. (e) A Teoria dos Radicais

Livres fundamentalmente postula que o aumento do *stress* oxidativo acelera o envelhecimento e reduz o tempo de vida. A acumulação desse mesmo *stress* oxidativo resulta em doença e eventualmente na morte.

Tendo ainda por base o trabalho de Bengtson e colaboradores (2009), passa-se a fazer uma breve descrição das (2) teorias que se inserem numa linha psicológica. (a) O Modelo das Relações Sociais de Convoy concetualiza e explica o desenvolvimento individual abrigado nas relações sociais, à medida que a idade avança, bem como a influência permanente das relações sociais, tanto na saúde, como no bem-estar do indivíduo. (b) Um outro modelo, guiado pelas teorias da Otimização Seletiva com Compensação, foca-se na especificação do papel que o contexto socioemocional desempenha ao moderar ou compensar os efeitos do declínio no bem-estar da pessoa idosa, cuja premissa central diz respeito à adaptação. (c) A Teoria da Integração Dinâmica concentra-se nos mecanismos para a manutenção da regulação emocional em idades avançadas, assim como encara a regulação emocional como uma resposta dinâmica aos desafios. (d) A Teoria da Otimização Seletiva com Compensação aparece fundamentada na ideia de que o desenvolvimento é um processo adaptativo ao longo da vida e, como tal, se caracteriza por ser modificável e plástico em todas as fases. O seu foco central é a variabilidade interindividual e intraindividual. Por fim, (e) a Teoria do Controlo Cognitivo do Bem-Estar Emocional defende que os indivíduos mais velhos utilizam estratégias de controlo, como por exemplo inibir a informação negativa, revigorar informações relevantes para as metas e eleger seletivamente memórias positivas, no sentido de alcançar as suas metas emocionais.

No âmbito das (3) Teorias das Ciências Sociais, Bengtson e colaboradores (2009) apontam aspetos como a desigualdade e as desvantagens acumuladas, o curso de vida e forças sociais, assim como a abordagem fenomenológica. (a) A desigualdade tem sido um grande foco teórico na área das Ciências Sociais e Envelhecimento, pelo que parece haver uma convergência de pensamento quanto ao significado teórico e substantivo das vantagens e desvantagens cumulativas ao longo do curso de vida. Neste domínio, tanto a classe social, como a diversidade cultural, são realçadas como elementos constituintes da moldura concetual das vantagens e desvantagens cumulativas. (b) No âmbito da perspectiva do curso de vida é feita a articulação de como os estilos de vida, através da sua conexão com as escolhas e mudanças da vida, podem ligar a agência e estrutura, um grande objetivo teórico em Gerontologia Social. Por sua vez, (c) a abordagem fenomenológica, uma tradição teórica nas Ciências Sociais, tem como foco esclarecer os significados humanos da vida social.

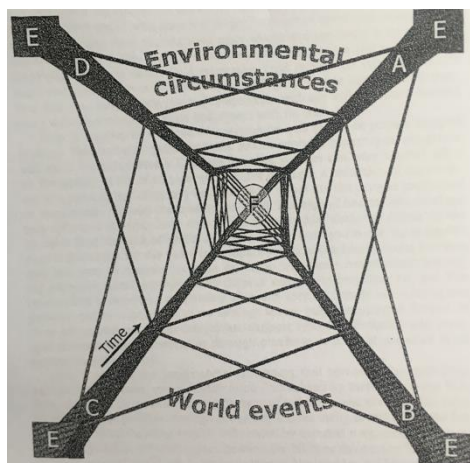
Bengtson e colaboradores (2009) terminam a sua abordagem relativamente às teorias da idade e do envelhecimento apontando uma quarta categoria - (4) Sociedade, Política Pública e Teorias do Envelhecimento. Estas explicam as complexas interrelações entre o processo societal no nível macro, a formação de políticas públicas e o bem-estar da população envelhecida.

Gans, Putney, Bengtson e Silverstein (2009) apresentam uma análise pormenorizada das diferentes propostas teóricas descritas anteriormente e identificam quatro áreas de contrastes teóricos, dentro do campo multidisciplinar do envelhecimento, assim como quatro áreas de focos comuns em todas as disciplinas. As quatro áreas de confronto integram os seguintes aspetos: (1) diferenças no âmbito da teoria; (2) as teorias que visam a previsibilidade do envelhecimento e as que enfatizam a sua incerteza; (3) por um lado o foco em explicar o declínio e a doença, e por outro a resiliência e a saúde; (4) a agência individual e as restrições estruturais. Por sua vez, os focos comuns integram (1) a importância de desenvolvimento de teorias que reflitam o processo de envelhecimento ao longo da vida; (2) as vantagens e desvantagens cumulativas, ao longo do curso de vida, como um aspeto importante do envelhecimento a nível individual e da população; (3) a interface entre o contexto e o indivíduo em envelhecimento; (4) o interesse comum na tentativa de explicação da variabilidade no processo de envelhecer.

Ainda a respeito das teorias da idade e do envelhecimento, e contrariando a ideia de que a teoria em Gerontologia Social se deve basear numa simples filosofia, Bass (2009) apresenta uma nova proposta, a qual designou de Teoria Integrada da Gerontologia Social. Esta é vista como uma junção de diferentes componentes, que fornece coerência para a compreensão do indivíduo a envelhecer na sociedade contemporânea, combinando uma macroperspetiva (contexto social, ambiental, económico, cultural e político) e uma microperspetiva (nível individual e familiar). O autor aponta diferentes aspetos centrais do quadro teórico, designadamente: (1) o modo de priorização da alocação de recursos; (2) a forma de apoio a uma população envelhecida e (3) a maneira como a pessoa responde ao seu próprio envelhecimento e ao dos outros. Considera, ainda, que uma perspetiva multifacetada deve ter também em conta o facto dos contextos nos quais o envelhecimento acontece se modificarem com o passar do tempo e serem influenciados por eventos históricos, que o acumular de vantagens e desvantagens não deve ser posto de lado na compreensão da experiência de envelhecer, assim como que o poder político também exerce a sua influência neste processo.

Bass (2009) elabora uma representação esquemática de uma torre de rádio (figura 1), no sentido de melhor ilustrar as diferentes influências que atuam no

processo de envelhecimento, projetando uma espécie de Teoria Integrada da Gerontologia Social. A dimensão vertical da torre é vista como o tempo, a experiência acumulada, a história e os eventos que influenciam o indivíduo que envelhece. Esta é composta por quatro vigas, as quais ilustram os elementos principais que exercem influência no curso de vida individual – cultura, economia, estado e sociedade – sendo que cada uma dessas permanece ancorada num bloco que afigura os acontecimentos do passado, que são transportados para o presente e para o futuro. Além das quatro vigas estruturais principais, cada uma delas tem apoios diagonais interligados entre si, que enfatizam o fluxo e interação que existe entre os diversos elementos sociais, económicos, governamentais e culturais. Finalmente, no topo da torre o escritor supracitado desenhou um círculo, figura geométrica que representa o indivíduo que envelhece, rodeado pela sua *coorte* de nascimento.



Legenda:

- A** – Família, religião e expectativas e tradições culturais (cultura)
- B** – Circunstâncias macro e micro-económicas e recursos/bens individuais (economia)
- C** – Política pública, serviços da saúde, sistemas de suporte social e programas governamentais
- D** – Constructos sociais
- E** – Contextos históricos e residuais
- F** – O indivíduo e as condições genéticas, fisiológicas e psicológicas

Figura 1 – Representação esquemática da Teoria Integrada da Gerontologia Social proposta por Bass (2009, p. 362)

Na perspetiva de Bass (2009) existe uma outra questão que é fulcral realçar, nomeadamente os princípios orientadores de um Modelo Teórico da Gerontologia Social. Na visão do autor, perante a construção de um modelo concetual emerge um conjunto de linhas orientadoras que podem auxiliar na construção de uma Teoria Integrada da Gerontologia Social: (1) uma teoria integrada não é estática, pelo que reconhece as mudanças nas circunstâncias, dependendo de acontecimentos mundiais abrangentes; (2) admite que as circunstâncias e as macroinfluências mudam e que as situações do mundo desenvolvido não são verdades universais; (3) a fase final da vida não é mais do que um ponto no tempo na trajetória de vida individual, sendo que a

compreensão dessa experiência exige a percepção do acumular de experiências durante o curso de vida; (4) as consequências psicológicas, sociais, culturais e económicas das alterações corporais são uma área de interesse; (5) a influência do desenvolvimento de políticas em sociedades democráticas é politicamente estratificada; (6) existe uma interação constante entre o indivíduo e a sociedade, influenciando-se reciprocamente e dando origem a diversas perspetivas sobre um fenómeno; (7) a sorte, o acaso e a aleatoriedade são fatores ilusórios, os quais atuam e devem ser compreendidos e aceites como parte duma teoria integrada.

Spini, Jopp, Pin e Stringhini (2016) proporcionam uma nova perspetiva a respeito do desenvolvimento de teorias do envelhecimento. No entender dos autores, é necessário debater de que modo os resultados empíricos dos estudos longitudinais podem ser integrados e incorporados nessas mesmas hipóteses teóricas. Nesse sentido, os mesmos propõem que a complexidade de um processo como o de envelhecer exige a consideração dos diversos aspetos que lhe são inerentes, os quais definem como princípios para a construção/criação de teorias no âmbito do processo de envelhecimento. Então, com a finalidade de complementar as propostas anteriores, vindas da Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (PDCV) (“Life-span Developmental Psychology”) e da investigação “life course”, os autores supracitados sugerem alguns princípios teóricos fundamentais: (1) múltiplas molduras temporais; (2) multidirecionalidade e heterogeneidade; (3) multidimensionalidade e interação de fatores; (4) influências multinível. (1) A moldura temporal na qual o envelhecimento ocorre é uma característica central desse processo, assim como do desenvolvimento. Assim sendo, é importante ter em consideração que os processos de envelhecimento e desenvolvimento acontecem em diferentes escalas temporais, ou seja, determinados acontecimentos podem ser observados no decorrer de um longo período de tempo, enquanto outros apresentam efeitos num curto intervalo temporal. Um outro importante aspeto temporal, que também deve ser tido em conta, é o impacto das transições de vida na saúde e no processo de se tornar mais velho. (2) De acordo com a mesma fonte, outro dos princípios centrais da Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida é, de facto, a diversidade de direções na qual o processo de envelhecimento poderá ocorrer. Dito de outro modo, a multidirecionalidade relaciona-se com a visão de que o desenvolvimento é caracterizado por trajetórias positivas e negativas, assim como por momentos de estabilidade/continuidade. Por sua vez, a heterogeneidade é o segundo conceito chave, e essa mesma relaciona-se com as diferenças interindividuais nas resultantes modificações intraindividuais, que indica o grau no qual existem variações na direção do desenvolvimento entre indivíduos, ou mesmo grupos. Assim, a multidirecionalidade e a heterogeneidade são referidas como questões teóricas chave

para a análise da complexidade de um processo como o do envelhecimento. Logo, os autores anteriormente citados defendem que as teorias do envelhecimento devem considerar sistematicamente esses dois aspetos. (3) Acerca do tópico multidimensionalidade e interação de fatores, os estudiosos supramencionados descrevem que, quando são considerados os fatores que moldam o desenvolvimento individual ao longo do curso de vida, os investigadores concentram-se, muitas vezes, nos aspetos que dificultam o desenvolvimento normal ou positivo, tais como os acontecimentos de vida críticos ou os ambientes privados. Além disso, uma outra questão que é realçada pelos autores, é o facto de ser imprescindível a consideração de como os determinantes do desenvolvimento se influenciam entre si, ao longo do tempo, para obter uma melhor compreensão da dinâmica desse mesmo processo. (4) O quarto, e último, princípio referido é referente às influências multinível. Tendo por base a opinião dos estudiosos, os processos multinível que estão na base da criação de trajetórias desenvolvimentais representam uma perspetiva adicional, a qual deve ser tida em conta de modo mais sistemático nas teorias do envelhecimento. Para terminar esta descrição, acerca das orientações para o desenvolvimento de teorias no âmbito do envelhecimento, importa, ainda, realçar duas questões enunciadas pelos autores. Em primeiro lugar, os quatro princípios anteriormente referidos, e sucintamente descritos, devem passar a ser ponderados em trabalhos empíricos futuros, no sentido de se progredir na compreensão do processo de envelhecer na área das Ciências Sociais. Em segunda instância, os escritores consideram o desenvolvimento de teorias, que capturem o processo de envelhecimento, um esforço multidisciplinar, o qual deverá incluir diversas disciplinas (Biologia, Ciências Médicas, Psicologia, Epidemiologia e Sociologia), assim como campos interdisciplinares, como é o caso da Gerontologia, e investigações do curso de vida. Assim, parece claro que tal trabalho exija uma maior colaboração e articulação a diferentes níveis: teoria; disciplinas e interdisciplinaridade; organização da investigação.

Para concluir, revela-se pertinente referir que várias são as razões que justificam a importância do uso da teoria acerca do processo de envelhecimento. Paúl (2012) aponta que na Gerontologia as teorias servem para explicar e sistematizar os fenómenos observados, bem como levantar hipóteses ou fundamentar intervenções. No âmbito específico dos cuidados de saúde, Hasworth e Cannon (2015) defendem que a compreensão dos quadros teóricos e que a integração das teorias sociais do envelhecimento nas práticas diárias dos profissionais, podem maximizar a qualidade dos cuidados prestados aos mais velhos. Por fim, também Hendricks, Applebaum e Kunkel (2010) salientam as teorias como bases essenciais para sustentar as questões de investigação, explicar os resultados obtidos e enquadrar os artigos científicos.

2.2. O envelhecimento humano pela visão das perspectivas “life-span” e “life course”

Partindo do ponto de vista de Baltes (1987), a PDCV integra o estudo da estabilidade e mudança no comportamento ao longo do ciclo de vida, desde a concepção até à morte. O autor supracitado refere que o seu objetivo é reunir conhecimento sobre os princípios gerais do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, das diferenças e comunalidades interindividuais no processo de desenvolvimento, bem como acerca das condições e grau da capacidade plástica individual. Rowe e Cosco (2016) partilham de uma opinião semelhante à anteriormente apresentada, na medida em que descrevem que os teóricos tradicionais da perspectiva “life-span” se preocupam primariamente com os processos endógenos de um determinado indivíduo, pelo que tal abordagem inclui a atenção nas diferenças interindividuais e na plasticidade intraindividual, numa tentativa de descrição dos padrões de modificação das pessoas ao longo do ciclo de vida.

Baltes (1987) reforça, ainda, que são identificadas três razões principais que justificam o interesse relativo pelas perspectivas “life-span”, designadamente: (1) o crescimento da proporção de pessoas mais velhas, (2) o surgimento da Gerontologia enquanto campo de especialização; (3) o envelhecimento dos participantes da amostra, e investigadores, de vários estudos longitudinais clássicos acerca do desenvolvimento infantil.

Tendo por base o autor anteriormente referido, é possível afirmar que a orientação “life-span” implica uma série de crenças prototípicas que formam uma família de perspectivas, que conjuntamente especificam uma visão meta-teórica lógica sobre a natureza do desenvolvimento:

(1) *Desenvolvimento ao longo da vida*: o desenvolvimento ontogenético é visto como um processo ao longo da vida, pelo que não há nenhum período de idade com preponderância na regulação da natureza do desenvolvimento. Ao longo deste processo, e em todas as fases do ciclo de vida, têm lugar os processos contínuos (cumulativos) e descontínuos (inovadores).

(2) *Multidirecionalidade*: é possível verificar uma diversidade considerável na direção das mudanças que constituem a ontogénese, até no mesmo domínio. A direção de transformação varia de acordo com as categorias comportamentais. No decorrer dos mesmos períodos do desenvolvimento, alguns sistemas comportamentais apresentam crescimento, enquanto outros evidenciam declínio no nível de funcionamento.

(3) *Desenvolvimento como ganhos e perdas*: o processo de desenvolvimento não diz respeito a um movimento simples em direção a uma maior eficácia, pelo que ao longo da vida esse mesmo consiste no equilíbrio entre ganhos (crescimento) e perdas (declínio).

(4) *Plasticidade*: há muita plasticidade intraindividual no desenvolvimento psicológico. O curso desenvolvimental do indivíduo pode adquirir diversas formas, dependendo das suas condições de vida e experiências.

(5) *Enraizamento histórico*: o desenvolvimento ontogenético pode variar significativamente mediante as condições histórico-culturais.

(6) *Contextualismo como paradigma*: todo o curso específico do desenvolvimento individual deve ser compreendido num contexto de interações dialéticas entre três sistemas de influências desenvolvimentais: normativas associadas à idade, normativas associadas à história e não normativas.

(7) *O desenvolvimento enquanto campo multidisciplinar*: o desenvolvimento psicológico necessita ser visto num contexto interdisciplinar providenciado por outras disciplinas, designadamente a Antropologia, a Biologia e a Sociologia.

De facto, o interesse pelo desenvolvimento como processo ao longo da vida não se restringe à PDCV, sendo que, especialmente no âmbito da Sociologia, o estudo do curso de vida privilegia de um nível de atenção comparável com o da abordagem na Psicologia (Baltes, 1987).

Hutchison (2010) aborda a perspetiva do curso de vida (“life course”) como um modelo teórico que emergiu nos últimos 45 anos, reforçando o papel do sociólogo Glen Elder enquanto primeiro autor a escrever sobre esta visão acerca do envelhecimento, bem como a sua contribuição enquanto força condutora por trás do desenvolvimento da perspetiva em causa. A autora supracitada aponta que este olhar sobre o fenómeno do envelhecimento analisa o modo como a idade cronológica, os relacionamentos, as transições de vida e a mudança social moldam a vida dos indivíduos, desde o nascimento até à morte, podendo ser encarado como uma forma vantajosa de compreender a relação entre o comportamento humano e o tempo.

A visão “life course” fundamenta-se num conjunto de conceitos básicos e estipula uma série de princípios. Relativamente aos conceitos básicos, Hutchison (2010) aponta os seguintes: (1) *cohorts*; (2) transições; (3) trajetórias; (4) eventos da vida e (5) *turning points*. (1) Entende-se por *cohort*, ou geração, o grupo de pessoas que nasceu durante o mesmo intervalo de tempo e as quais vivenciaram modificações sociais particulares, no seio duma determinada cultura, na mesma sequência e com a mesma idade. (2) As transições dizem respeito a mudanças ao nível dos papéis e estatutos. (3) A trajetória é encarada como um padrão de estabilidade e mudança de

longo prazo, o qual integra múltiplas transições. (4) Os eventos da vida referem-se a ocorrências significativas que envolvem uma modificação relativamente abrupta, a qual pode originar efeitos sérios e de longa duração. Por fim, (5) os *turning points* são eventos de vida, ou transições, que produzem mudanças significativas na trajetória do curso de vida.

Tendo por base Marshall (2009), Glen Elder fez mais do que ninguém na formalização da perspectiva “life course”, tendo sido o sociólogo responsável pelo estabelecimento dos cinco princípios dessa perspectiva:

(1) O princípio do *desenvolvimento humano e envelhecimento enquanto processos ao longo da vida* – É possível analisar os vínculos estabelecidos entre as experiências precoces e tardias no curso de vida.

(2) O princípio do *tempo histórico e lugar* – Os cursos de vida individuais são integrados e moldados pelos tempos históricos e locais que experienciaram ao longo da sua vida.

(3) O princípio do *“timing”* – Os antecedentes e consequentes dos eventos e transições de vida variam mediante o tempo em que ocorrem na vida individual.

(4) O princípio das *vidas ligadas* – As vidas ligam-se de forma interdependente, pelo que as influências de cariz sócio-histórico são evidenciadas através dessa rede de relacionamentos.

(5) O princípio da *agência humana* – Os indivíduos arquitetam o seu próprio curso de vida, por meio de escolhas e ações no seio das oportunidades e constrangimentos das circunstâncias históricas e sociais.

Mais recentemente, Rowe e Cosco (2016) clarificam que a perspectiva “life-course” pode ser encarada como focada nos eventos ao nível macro, no estudo dos efeitos dos grupos, organizações e instituições na vida dos sujeitos, assim como nas trajetórias sociais que são deterministas de acontecimentos sequenciais. No entender dos autores podem ser apontadas algumas considerações principais nesta área, tais como: estratificação da idade; *cohort* e períodos históricos; acumulação de vantagens e desvantagens ao longo do tempo.

Em jeito de conclusão, considera-se importante realçar o facto de as teorias tradicionais da Psicologia Desenvolvidora, que veem os eventos que normalmente acontecem nas vidas individuais durante as suas diferentes fases, também servirem de base para a perspectiva “life course” (Hutchison, 2010). Contudo, a autora salienta que a perspectiva da Sociologia se foca no modo como o tempo histórico, a localização social e a cultura interferem na experiência individual em cada etapa da vida, distinguindo-se das visões da área da Psicologia Desenvolvidora, as quais se ocupam de eventos e trajetórias universais e previsíveis.

2.3. Um panorama positivo do envelhecimento humano

No momento em que aborda o envelhecimento humano, Fernández-Ballesteros (2002) descreve que os peritos consideram essencialmente três formas de envelhecer, que foram apresentadas na componente introdutória, designadamente: a normal, a patológica e aquela que se associa ao processo de envelhecer com êxito. Segundo a mesma autora, perante as três circunstâncias referidas, o foco principal é a promoção do envelhecimento com êxito o qual pode, ainda, ter outras designações, tais como ótimo, competente, ativo ou satisfatório. Paúl e colaboradores (2005) reforçam o facto de na atualidade os termos envelhecimento bem-sucedido (EBS) e envelhecimento ativo serem centrais para a Gerontologia.

Face ao exposto, parece pertinente clarificar os conceitos de EBS e envelhecimento ativo. Nesse sentido, a presente secção pretende apresentar uma breve abordagem teórica relativamente a essas duas conceções, no sentido duma melhor compreensão das suas particularidades.

Envelhecimento com êxito, ótimo ou bem-sucedido

Rowe e Cosco (2016) destacam que o tópico do EBS tem sido um tema relevante na Gerontologia, sendo que o mesmo se tem mostrado uma questão verdadeiramente proeminente e em crescimento, ao longo dos últimos 25 anos, tanto no que diz respeito à investigação gerontológica, como no que se refere ao desenvolvimento de programas.

A tentativa de definição e de estabelecimento de critérios de EBS remonta a várias décadas e conta com contributos distintos. Segundo Rowe e Cosco (2016), o termo EBS foi introduzido por Robert Havighurst em 1961, no entanto esse conceito de envelhecer bem já existia há séculos, na medida em que já tinha sido uma temática discutida por Cícero. Contrariando as perspetivas negativistas do envelhecimento, Havighurst sugere que esse mesmo processo integra a manutenção e substituição de atividades e atitudes da meia-idade, defendendo o envolvimento em novos papéis sociais.

De acordo com Rowe e Kahn (1997, 1998) o EBS não é necessariamente sinónimo de riqueza e depende de escolhas, comportamentos e esforços individuais. Numa visão biomédica os autores propõem que EBS é a capacidade para manter três comportamentos ou características, que representam uma combinação de fatores:

(1) baixo risco de doença e incapacidade relacionada; (2) elevada função mental e física; (3) envolvimento ativo com a vida. Encaram cada fator importante em si mesmo e apontam a existência de uma espécie de ordem hierárquica entre os três. Dito de outro modo, a ausência de doença e incapacidade facilita a manutenção da saúde mental e física, que por sua vez permite, mas não garante, o envolvimento ativo com a vida (relacionamento com os outros e atividades produtivas, remuneradas ou não). Os teóricos veem esta combinação dos três elementos como uma representação completa da concepção de EBS, referindo um conjunto de sugestões para envelhecer bem. Assumindo que o indivíduo tem uma responsabilidade substancial sobre a sua saúde, e dado que muitas das situações crônicas na velhice são secundárias a fatores extrínsecos modificáveis, os autores suprarreferidos apelam a um papel mais ativo da pessoa na prevenção da doença. A manutenção da elevada função mental e física possibilita a independência funcional, tão desejada pelos mais velhos, dependendo da adoção de comportamentos, ou estilos de vida, que reduzem o risco de perda da funcionalidade, como por exemplo a prática de atividade física em modalidades e intensidade adequadas à idade e o aperfeiçoamento da capacidade cognitiva, através do uso contínuo da mente. É também recomendável a conservação das relações próximas com os outros, assim como o envolvimento em atividades produtivas, no sentido de promover o bem-estar, a saúde e a longevidade, bem como dar e receber suporte socioemocional e instrumental.

Baltes e Baltes (1990) propõem o modelo psicológico de EBS, cuja ideia central é a plasticidade intraindividual. Admitem que para um conceito de EBS mais abrangente é necessário considerar múltiplos critérios, subjetivos e objetivos (extensão da vida ou longevidade, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e satisfação com a vida), bem como reconhecer as variações individuais e culturais. Argumentam, ainda, que uma definição como a de EBS deve ser contextualizada numa moldura da natureza do envelhecimento e nesse sentido apresentam sete proposições: (1) Há diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, ótimo e patológico. (2) Há muita heterogeneidade (variabilidade) no envelhecimento. (3) Há muita reserva latente. Na base desta proposição está o conceito de plasticidade. (4) Há limites na capacidade de reserva associados à idade. (5) O conhecimento baseado nas pragmáticas e tecnologia pode compensar o declínio, relacionado com a idade, nas mecânicas cognitivas. (6) Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez menos positivo. (7) O *self* mantém-se resiliente na velhice. Baseados nesta moldura proposicional relativa à essência do processo de envelhecer, os teóricos da Psicologia indicam um conjunto de princípios gerais enquanto estratégias potenciais para o EBS,

os quais são apresentados de seguida. (1) É desejável o envolvimento num estilo de vida saudável, a fim de reduzir a probabilidade de condições de envelhecimento patológicas, tal como referiram Rowe e Kahn (1997, 1998) quando abordaram a importância dos comportamentos saudáveis na prevenção da doença e da incapacidade. (2) Face a uma grande heterogeneidade associada ao envelhecimento, devem ser evitadas soluções simplistas e encorajada a flexibilidade individual e da sociedade. (3) As capacidades de reserva do indivíduo devem ser fortalecidas, dado que se assume que o EBS tem maior probabilidade de se alcançar quando as capacidades de reserva são maiores. (4) Recomenda-se a criação de dispositivos compensatórios especiais para os mais velhos, perante a perda na capacidade plástica. (5) É desejável procurar encontrar estratégias que facilitem os ajustamentos à realidade “objetiva” sem a perda de identidade. Neste nível a tarefa central é, frequentemente, assistir as pessoas na aquisição de planos efetivos que envolvam o ajustamento nas aspirações e alcance de metas. Numa lógica psicológica centrada na plasticidade humana, os estudiosos anotam o modelo da Otimização Seletiva com Compensação (SOC) enquanto processo geral de adaptação capaz de explicar o processo de EBS, o qual adquire um significado e dinâmica particularmente relevantes na velhice, devido às perdas a nível de recursos biológicos, sociais e mentais. O modelo em questão contempla três elementos: seleção, otimização e compensação. (1) A seleção remete para a importância da pessoa se concentrar nos domínios de funcionamento prioritários, bem como ajustar as suas expectativas e metas individuais, com a finalidade de permitir uma experiência subjetiva de satisfação e controlo pessoal. (2) A otimização implica o envolvimento das pessoas em comportamentos que enriqueçam e aumentem as suas reservas gerais, maximizando os cursos de vida eleitos. (3) A compensação resulta das restrições na plasticidade individual, tornando-se operativa quando acontece a perda nas capacidades específicas do comportamento, assim como quando essas aptidões estão reduzidas a um nível inferior comparativamente ao padrão exigido para o funcionamento adequado.

Por sua vez, numa perspetiva sociológica, surgiu o modelo Proatividade Preventiva Corretiva (PPC), que permite compreender critérios para envelhecer bem à luz da agência humana, os quais são fundamentais para as pessoas idosas que enfrentam a doença crónica (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005). O indivíduo representa o que pode ser designado de “coração” do modelo, com os seus recursos internos (esperança, altruísmo, autoestima, estratégias de *coping* e satisfação com a vida), adaptações proativas (preventivas, corretivas e emergentes) e os recursos externos (financeiros, sociais e emergentes), o qual é influenciado pelo contexto espacial e temporal, bem como está constantemente exposto a fatores de

stress cumulativos. Este modelo compreensivo de EBS especifica como os fatores de *stress* relativos à doença crónica, os eventos de vida recentes e de longo prazo e a incongruência pessoa-ambiente, na ausência de efeitos protetores, dão origem a uma corrente de acontecimentos que desencadeia resultados adversos ao nível da qualidade de vida. Os escritores destacam o efeito protetor dos recursos internos e externos e das adaptações proativas, ou seja, o seu papel na redução das consequências adversas dos fatores de *stress*. Reconhecem, também, a influência do contexto espacial (caraterísticas demográficas e comunidade) e temporal (história e biografia) nos fatores de *stress*, nos efeitos protetores e nos resultados de qualidade de vida (estados de afeto positivos, significado na vida e envolvimento em atividades produtivas e relacionamentos com valor, sendo que este último vai de encontro ao terceiro componente de EBS apontado por Rowe e Kahn (1997, 1998)). Os autores consideram as pessoas idosas como agentes ativos que se envolvem em comportamentos preventivos e corretivos, com vista a maximização da sua qualidade de vida, perante os fatores que geram *stress*, como é o caso da doença crónica. Face ao exposto, o seu foco principal foi a descrição de adaptações comportamentais, as quais dividem em três grupos: (1) adaptações preventivas; (2) adaptações corretivas e (3) adaptações emergentes. As adaptações comportamentais preventivas desempenham um papel importante na prevenção da ocorrência de várias doenças crónicas e integram diferentes aspetos: (a) promoção da saúde, aspeto que já foi destacado como relevante por Rowe e Kahn (1997, 1998) e por Baltes e Baltes (1990); (b) planear o futuro; (c) ajudar os outros, no sentido de construir recursos sociais que podem ser benéficos perante um problema de saúde crónico, validando o que Rowe e Kahn (1997, 1998) também defenderam a esse respeito. No que se refere ao segundo grupo de ajustamentos, vocacionados para a correção/tratamento, são incluídas questões tais como: (a) organização de suporte informal e formal; (b) substituição de papéis importantes, esta segunda situação também salientada como importante na promoção do bem-estar, da saúde e da longevidade pelos defensores do modelo biomédico (Rowe & Kahn, 1997, 1998); (c) as modificações ambientais e de atividade. Por fim, as adaptações comportamentais emergentes referem-se a novas opções para gestão de fatores de *stress* enfrentados pelas pessoas idosas cronicamente doentes e integram o uso da tecnologia, o “consumismo” de cuidados de saúde (“health care consumerism”) e o autoaperfeiçoamento. O modelo PPC admite algumas limitações, ou seja, que a posição do indivíduo na estrutura social, as instituições sociais e as iniciativas legais e políticas podem facilitar ou, pelo contrário, colocar entraves à proatividade, assim como os recursos internos e externos podem proteger do impacto da doença na qualidade de vida, ou mesmo piorar o seu efeito.

O modelo de EBS do grupo da Sociologia (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005) é aquele que se reveste de maior relevância para sustentar este trabalho de investigação. Como anteriormente referido, este é baseado na proatividade preventiva e corretiva e sublinha o papel contínuo da agência humana na velhice, apontando as adaptações proativas que têm potencial para aprimorar os “outcomes”/resultados em qualidade de vida, após a ocorrência do declínio no domínio físico (Kahana, Kahana & Kercher, 2003).

Rowe e Cosco (2016), num capítulo intitulado “Successful Aging”, fazem uma abordagem aos atuais modelos de EBS, destacando o modelo do grupo de MacArthur (modelo biomédico), bem como dois modelos de base psicológica, nomeadamente o modelo SOC e uma contribuição distinta das descritas anteriormente - a Teoria da Seletividade Socioemocional (TSS) da Carstensen - como aqueles que são considerados os mais proeminentes.

A respeito do modelo biomédico de EBS, Rowe e Cosco (2016) fazem algumas considerações gerais, apresentando, também, um conjunto de críticas/sugestões de aperfeiçoamento. Descrevem que o grupo de investigadores de MacArthur focou-se nas diferenças interindividuais que dominavam a fisiologia, em idade avançada, bem como na plasticidade inata e na autorregulação no seio dos próprios sujeitos, aspetos que implicavam potencial para a melhoria. Explicam que, fazendo uso da técnica de observação, esses mesmos conseguiram dividir o envelhecimento “normal”, aquele que decorre na ausência de doença, em duas formas: (1) “usual aging”/envelhecimento habitual, que em grande parte evidencia os efeitos de diversos fatores e estilos de vida e reforça a questão da prevenção; (2) “successful aging”/EBS, no qual se observou algo parecido com uma “síndrome de envelhecimento puro”. De acordo com a mesma fonte, é possível referir que os investigadores desse mesmo grupo verificaram que a heterogeneidade aumenta com a idade, que essa mesma não está estreitamente relacionada com situações patológicas, assim como que os resultados da investigação permitem suportar a visão de que a pessoa pode ter uma grande influência no seu processo de envelhecimento, recorrendo a modificações nos fatores de estilo de vida. Para terminar, os escritores realçaram algumas propostas de aperfeiçoamento do referido modelo, as quais se referem a três áreas principais: (1) maior consideração dos fatores sociais e do curso de vida, aspeto este que esteve na base da proposta do Modelo da Proatividade, do grupo da Sociologia; (2) grande ênfase nas considerações subjetivas das pessoas mais velhas; (3) uma definição que seja menos exclusiva e que considere o EBS de uma porção mais ampla da população.

Quanto às teorias psicológicas de EBS, no entender de Rowe e Cosco (2016), nenhuma visão global seria completa sem a discussão das contribuições pertinentes de Paul Baltes e colaboradores, assim como de Laura Carstensen. Baltes e colaboradores fizeram um contributo pertinente quando definiram a abordagem “life-span” do envelhecimento, com ênfase em três componentes, nomeadamente as comunalidades, as diferenças interindividuais, assim como a plasticidade intraindividual. O modelo SOC integra a consideração das condições antecedentes, os processos intermediários de seleção, otimização e compensação, e os resultados, como um *status* funcional. Os autores supramencionados destacam um segundo avanço notável relacionado com as questões psicológicas do EBS, que continua a despertar interesse e suporte, vindo da TSS de Carstensen. A referida teoria foi consistente com o modelo SOC e articulou as estratégias individuais, postas em prática em idade avançada, para melhorar as experiências através de mudanças ao nível das metas emocionais e sociais, bem como das interações.

Acerca desses três modelos atuais de EBS, Rowe e Cosco (2016) apontam que, na generalidade, os modelos psicológicos e o modelo biomédico não são considerados como sendo consistentes entre si, na medida em que são encarados como contribuições teóricas que lidam com questões distintas. Na globalidade, Paul Baltes e Margret Baltes, Laura Carstensen e outros psicólogos, têm acautelado contra o realce excessivo nos fatores estruturais e critérios definitivos, pelo que apresentaram modelos que apelam a uma abordagem mais dinâmica que enfatize o “como” (processos psicológicos), em vez de “o quê” (definição restrita do resultado final) do modelo do grupo de MacArthur. Face ao exposto, no entender dos autores anteriormente citados, parece claro que para os contribuidores da área da Psicologia a chave para pensar acerca do EBS não é tanto o estabelecimento de critérios objetivos rígidos, mas a compreensão dos processos psicológicos pelos quais as pessoas navegam no seu ciclo de vida, o desenvolvimento de estratégias e as escolhas que são feitas para compensação das perdas.

Para terminar esta abordagem importa clarificar que Rowe e Cosco (2016), ao tratarem do EBS, apontaram uma série de considerações/direções para o futuro. Os mesmos citaram que lhes parece claro que o EBS continue a ser um tema importante na Gerontologia, dado que, seja como processo ou como resultado, este tem uma presença sustentada na literatura gerontológica, bem como tem sido encarado como um aspeto importante no trabalho empírico. Referiram, também, que as teorias psicológicas por eles discutidas continuarão a despertar interesse e a facilitar trabalhos empíricos valiosos. A respeito do modelo biomédico, reforçaram, ainda, que o mesmo se encontra em evolução com vários componentes importantes a serem

adicionados ao núcleo inicial rigidamente definido, porém salvaguardaram que os conceitos centrais (foco nos aspectos positivos do envelhecimento; a distinção, no seio do envelhecimento normal, entre o usual e o bem-sucedido; ênfase no envolvimento com a vida em idade avançada; atenção na plasticidade cognitiva e psicológica em idade avançada, e na manutenção ou melhoria na função que esta implica) permanecerão intactos. Por fim, descreveram que, além do nível individual, existe um interesse em crescimento na aplicação do conceito de EBS na sociedade, dado que se considera que esta mesma também envelhece.

Envelhecimento ativo

Após a apresentação dos principais modelos teóricos acerca do EBS é tempo de clarificar as ideias sobre o envelhecimento ativo.

Tendo por base a OMS (2015), a concepção de envelhecimento ativo apreende uma visão positiva e holística desse processo, a qual pode ser encarada como aspiração individual, ou enquanto meta das respectivas políticas, podendo, ainda, ser aplicada ao nível individual ou societal.

A WHO (2002) afirma que se o envelhecimento é para ser uma experiência positiva, as vidas longas devem ser acompanhadas de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, pelo que o termo “envelhecimento ativo” será empregue no sentido de expressar o processo para alcançar essa visão. Ribeiro e Paúl (2011) destacam um conjunto de fatores designados como determinantes do envelhecimento ativo, sendo esses mesmos: de cariz comportamental (estilos de vida saudáveis e envolvimento ativo no cuidado da saúde); pessoal (fatores de ordem biológica, genética e psicológica); económico (oportunidades de trabalho com dignidade, rendimentos e proteção social); relativos ao ambiente físico (água limpa, ar puro, alimentos seguros, acesso a serviços de transporte, vizinhança e vivendas seguras e apropriadas); de ordem social (prevenção da violência e abuso, educação/alfabetização, ajuda social) e, por fim, relacionados com os serviços sociais e de saúde dos quais os indivíduos são beneficiários (promoção da saúde e prevenção da doença, com qualidade e acessibilidade).

A concepção inicial de envelhecimento ativo integrava três aspetos essenciais (saúde, participação e segurança), que foram complementados com um quarto elemento, designadamente a aprendizagem ao longo da vida (OMS, 2015).

Perante o descrito, na atualidade, o envelhecimento ativo é definido como “(...) o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.” (OMS, 2015, p.44). De acordo com a mesma fonte, no que ao pilar da saúde diz respeito, este processo adota como meta melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades a este nível. Relativamente à aprendizagem ao longo da vida, a OMS considera que o acesso a informação é um dos aspetos chave para envelhecer ativamente, dado que além de potenciar melhores oportunidades de empregabilidade, pode ter um contributo efetivo ao nível do bem-estar propriamente dito. A participação, por sua vez, não se resume unicamente à atividade profissional remunerada, integrando aspetos como o envolvimento em toda a causa de cariz social, cívico, recreativo, cultural, intelectual e espiritual. Por fim, a segurança é destacada como sendo uma das necessidades humanas fundamentais, pelo que a sua ausência pode prejudicar o desenvolvimento do potencial de envelhecer de forma ativa.

Para concluir, a OMS (2015) reforça que um marco político como o de envelhecimento ativo subentende uma série de princípios norteadores da ação política, os quais passam a referir-se: (1) a atividade não deve ser restrita ao exercício físico ou atividade laboral, integrando também a questão social; (2) o envelhecimento ativo é aplicável a pessoas de todas as idades, saudáveis e ativas, ou frágeis e com necessidade de cuidados; (3) as suas metas são de âmbito preventivo, restaurativo e paliativo; (4) o envelhecimento ativo também se foca na promoção da autonomia, independência e interdependência, bem como na solidariedade intergeracional; (5) combina a ação política “de cima para baixo” com o empoderamento dos cidadãos; (6) é uma abordagem fundamentada em direitos; (7) potencia a responsabilidade do indivíduo relativamente ao proveito das oportunidades propiciadas.

3. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida

Na presente secção pretende abordar-se os aspetos concetuais relativos às duas variáveis em estudo (capacidade funcional e qualidade de vida), bem como os resultados dos estudos empíricos no domínio.

A capacidade funcional, podendo também ser designada de funcionalidade, diz respeito à autonomia na execução de tarefas de prática recorrente e essencial a todas as pessoas (tarefas de autocuidado e ações de adaptação ao contexto ambiental onde vive), que permitem ao indivíduo viver sozinho no seu próprio domicílio (Fillenbaum &

WHO, 1986). Por sua vez, a qualidade de vida é um constructo com caráter subjetivo e, considerando a visão de Kahana e Kahana (1996), refere-se a um conjunto de “outcomes”/resultados do próprio processo de envelhecer bem.

3.1. Capacidade funcional e atividades da vida diária

A capacidade funcional é um elemento fulcral na saúde das pessoas mais velhas (Martínez & Astorga, 2009). Na perspectiva da OMS (2004) a funcionalidade refere-se a uma interação complexa entre dois elementos: (1) a condição de saúde e (2) os fatores contextuais (pessoais e ambientais). Por sua vez, Martínez e Astorga (2009) encaram-na como um processo dinâmico e modificável, que integra aspetos como a habilidade de desempenho na vida diária e a capacidade para agir autonomamente e tomar decisões, questões que derivam de um funcionamento adequado das dimensões física, mental e social.

Botelho (2005) aponta que a capacidade funcional deve ser associada a um conjunto de fatores que interferem com o funcionamento normal, podendo esses mesmos ser classificados como intrínsecos (físicos e/ou mentais) e extrínsecos (sociais, económicos e ambientais). Martínez e Astorga (2009) referem que embora a doença seja uma situação determinante da capacidade funcional, devem também ser considerados outros aspetos ou condições, nomeadamente: estado mental; deterioração física; deterioração sensorial; estado de consciência; estilo de vida; uso do tempo livre; motivação e papéis sociais.

Tal como descrito anteriormente, uma das formas de definir a funcionalidade é associando-a à realização de tarefas de autocuidado e de adaptação ao contexto ambiental (Fillenbaum & WHO, 1986). De acordo com Botelho (2005) as ações como alimentar-se, transferir-se, utilizar os sanitários, controlar os esfíncteres, lavar-se e vestir-se, integram-se no grupo de atividades de autocuidado, as quais são designadas de Atividades da Vida Diária (AVD), internacionalmente conhecidas por *Activities of Daily Living – ADL*. Por sua vez, segundo a mesma autora, a utilização do telefone, gestão do dinheiro, ir às compras, tomar a medicação, utilizar meios de transporte e efetuar determinadas tarefas domésticas, são atividades associadas com o que se designa de independência instrumental, sendo categorizadas como Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), internacionalmente mencionadas como *Instrumental Activities of Daily Living – IADL*.

A progressão da disfunção é uma questão que pode ser tida em consideração aquando da classificação da capacidade funcional, a qual permite o estabelecimento

de quatro níveis distintos: (1) independência; (2) autonomia; (3) dependência e (4) incapacidade (Botelho, 2005).

Sequeira (2007) defende que os termos “independência” e “autonomia” definem situações que não são semelhantes, mas que se complementam. Segundo o autor supramencionado, considera-se independente o indivíduo capaz de executar as AVD. Num contexto de avaliação da capacidade funcional, Botelho (2005) aborda a independência como sendo a inexistência de recurso a qualquer tipo de apoio. Martínez e Astorga (2009) apresentam uma conceção mais completa, destacando a independência como a capacidade não só de realização de tarefas quotidianas, mas também de assumir os diversos papéis sociais, sendo que para tal a pessoa não necessita de qualquer tipo de direção, supervisão ou assistência. Por sua vez, Sequeira (2007) e Martínez e Astorga (2009) partilham da opinião de que a autonomia está relacionada com a habilidade individual para tomar decisões. Já na perspetiva de Botelho (2005), esta é encarada como o recurso a apoios mecânicos para o desempenho das tarefas.

Após ter clarificado a distinção entre os termos “independência” e “autonomia”, importa agora definir e diferenciar os conceitos “dependência” e “incapacidade”. Na opinião de Sequeira (2007), a definição de dependência está claramente associada à incapacidade de o indivíduo satisfazer as suas necessidades humanas básicas, sendo que o grau de dependência da pessoa mais velha diz respeito à inaptidão de se autocuidar no ambiente em que vive. Um outro aspeto que é fundamental realçar, é o facto de esta situação implicar o recurso ao apoio de terceiros (Botelho, 2005; Sequeira, 2007). A questão fundamental que distingue a dependência da incapacidade é o facto de nesta última ser outra pessoa a substituir as funções do próprio (Botelho, 2005), o que vai mais além do que uma mera ajuda ou auxílio.

Tendo por base duas fontes distintas (Martínez & Astorga, 2009; OMS, 2004) a incapacidade é vista como a conceção genérica que integra aspetos como deficiências, limitações da atividade e restrições ao nível da participação. Esta mesma é resultado de uma deficiência ou doença, podendo ser reversível ou irreversível (Martínez & Astorga, 2009). A OMS (2004) propõe dois modelos para uma melhor compreensão deste conceito, designadamente o modelo médico e o modelo social. O primeiro encara a incapacidade como resultado de uma doença, trauma ou outro problema de saúde, pelo que é uma questão do próprio indivíduo. Numa perspetiva distinta, o segundo modelo clarifica que a incapacidade pode ser uma dificuldade criada pela sociedade propriamente dita, sobretudo no que se refere à integração plena da pessoa nessa mesma.

Parece oportuno retomar a questão da dependência que, de acordo com Baltes (1996), é uma das problemáticas mais prementes na velhice e é vista, por grande parte das pessoas, como consequência inevitável de envelhecer. Martínez e Astorga (2009) destacam que, embora uma das características que frequentemente define a pessoa idosa é a sua conduta de dependência, é preciso estar ciente de que a dependência não é forçosamente sinónimo de velhice.

Tem-se verificado um aumento significativo do número de indivíduos com dependência e de pessoas idosas que necessitam de cuidados, assim como é provável que esse crescimento continue nos próximos anos, o que resulta da combinação de diferentes fatores: (1) o envelhecimento demográfico da população, com crescimento marcado dos velhos muito velhos; (2) uma longevidade superior; (3) um maior número de pessoas que sobrevive com doenças e acidentes graves; (4) as dificuldades de apoio informal, resultantes de alterações de foro social (integração da mulher no mercado de trabalho e modificação dos próprios modelos familiares) (Sequeira, 2010).

Perante os dados apresentados e no âmbito do presente estudo, torna-se relevante definir o conceito de dependência. Na visão de Millán-Calenti (2006), a dependência refere-se à necessidade que o indivíduo tem de ajuda de outra pessoa para a realização das AVD, seja diretamente ou em forma de supervisão. Martínez e Astorga (2009) descrevem que é uma circunstância resultante do decréscimo da capacidade funcional individual, que além de originar dificuldades de realização de uma ou várias AVD, pode também interferir no desempenho normal das tarefas de foro instrumental. Por sua vez, Sequeira (2010) debruça-se sobre esta temática defendendo que uma conceção complexa deste fenómeno integra três fatores: (1) uma limitação física, psíquica ou intelectual; (2) a incapacidade do sujeito para realizar por si as AVD e (3) a necessidade de assistência de alguém. Face ao exposto, de acordo com o último autor citado, a dependência pode ser considerada como a incompetência da pessoa para satisfazer, num nível aceitável, as suas necessidades, devido à própria se encontrar impedida de realizar tarefas, ou adotar determinados comportamentos, sem o apoio de terceiros.

À luz do que defendeu Baltes (1996), a diversidade e a complexidade são aspetos inerentes ao fenómeno da dependência e a consciência acerca disso permite distinguir os seus diferentes tipos: (1) dependência estrutural, criada pelas estruturas sociais na própria sociedade; (2) dependência comportamental, que deriva de três etiologias distintas – impotência aprendida, dependência aprendida e otimização seletiva com compensação; (3) dependência física, considerada como sendo causada pela doença, na velhice.

De facto, parece que com o passar dos anos se verifica um maior risco de adoecer, circunstância que limita a vida independente e autónoma da pessoa (Fernández-Ballesteros, 2002; Sequeira, 2007), tendo como resultado gastos económicos e sociais, assim como o sofrimento pessoal e familiar (Fernández-Ballesteros, 2002).

Millán-Calenti (2006) concorda com o facto de a dependência, em idade avançada, ser consequência da doença e não mera condição necessária do processo de envelhecimento. O autor descreve que as doenças que normalmente afetam as pessoas mais velhas são fundamentalmente crónicas, com tendência para a incapacidade, e que tal situação produz uma série de limitações funcionais, que as impede de realizar o seu autocuidado, resultando na necessidade de ajuda de terceiros. Sequeira (2010) aponta que a limitação ao nível da funcionalidade é de facto secundária a um défice, podendo ter na sua origem um processo patológico, como defendido por Baltes (1996) e Millán-Calenti (2006), ou um acidente.

Com base na opinião de Baltes (1996) e Martínez e Astorga (2009), é ainda possível afirmar que a dependência possui três características que lhe são próprias, designadamente: a multidimensionalidade, a multifuncionalidade e a multicausalidade.

A respeito da multidimensionalidade, Martínez e Astorga (2009) clarificam que este fenómeno se pode produzir principalmente nos domínios físico, mental e económico. Baltes (1996) reforça que este é um constructo altamente multifacetado, pelo que não é surpreendente o facto de se encontrar na literatura gerontológica uma variedade de termos associados (tais como dependência estrutural, mental, física, económica, social, emocional, cognitiva, etc.). Uma outra questão pertinente é que, por um lado, a dependência é passível de ser analisada a diversos níveis, dependendo da tipologia de abordagem empregue - comportamental, pessoal, situacional ou interpessoal - (Baltes, 1996; Martínez & Astorga, 2009), e por outro lado existe a possibilidade das diferentes dependências estarem interconectadas, ou ocorrerem de forma independente das restantes (Baltes, 1996).

Quanto ao aspeto da multifuncionalidade, Martínez e Astorga (2009) referem que a dependência é determinada pelas funções e metas que essa mesma poderá adquirir. Para Baltes (1996) tal decréscimo da capacidade funcional parece ser indesejável nas sociedades ocidentais. Contudo, no entender da autora, existem variações neste tema, não só em diferentes culturas, mas também no seio das culturas ocidentais. Certas situações de necessidade de ajuda de terceiros não são apenas toleradas, mas realmente aceites pela sociedade, por certos indivíduos, em determinados momentos ou ocasiões (ex: perante a doença ou o luto), nas quais o objetivo é aumentar a competência para posteriormente haver mais independência.

Então, de acordo com a escritora supramencionada, existem determinados períodos ou ocasiões, durante o curso de vida do indivíduo, nos quais os comportamentos dependentes são concebidos como necessários, pelo que é fundamental avaliar em que condições certos aspetos da dependência na velhice podem ser julgados como desejáveis, ou até mesmo funcionais.

Relativamente à terceira e última característica da dependência apontada, a multicausalidade, tal fenómeno pode ser o produto de diversos fatores, como por exemplo o estado biológico, a situação sociocultural e económica, e o ambiente propriamente dito (Martínez & Astorga, 2009). Baltes (1996) reforça que este é um fenómeno transversal a todas as etapas da vida, não apenas da velhice, pelo que não pode estar meramente associado ao estado biológico, devendo também ser considerada a forte influência das condições sociais e ambientais. Assim sendo, na perspetiva da autora supracitada, os fatores de cariz social, cultural, económico e psicológico, são reconhecidos como operativos, tanto no desenvolvimento, como na manutenção da situação de dependência.

Uma outra questão que se considera fundamental abordar é a relação entre função cerebral e dependência. De facto, a atividade cerebral tem uma preponderância decisiva nos estados de autonomia e dependência das pessoas, pelo que um bom funcionamento cerebral possibilita a manutenção de níveis de autonomia superiores e mais duradouros, comparativamente às situações em que existem alterações funcionais, mesmo que essas sejam muito ligeiras (Martínez, 2009). Sequeira (2007, 2010) sublinha que a dependência física não tem necessariamente de estar associada a uma alteração do funcionamento cognitivo e emocional, ou seja, a perda de capacidades a nível físico não deve ser confundida com a incompetência para a tomada de decisão. No entanto, dado que a funcionalidade cerebral influencia a atividade física individual, muito frequentemente a dependência secundária a deterioração ao nível cerebral está relacionada com a dependência física (Martínez, 2009). Ainda a respeito da associação entre funcionamento cerebral e dependência, Sequeira (2007) aponta que em situação de demência a conjugação do declínio de habilidades é muito provável, dado que essa problemática dá origem a alterações expressivas que prejudicam a independência do sujeito.

A investigação no âmbito da capacidade funcional é diversa e procura estudar diferentes aspetos. Um dos focos de atenção é a prevalência da dependência na população mais velha. Millán-Calenti e colaboradores (2010) procuraram estabelecer a relação existente entre as variáveis relativas à pessoa e a dependência funcional nas AVD e AIVD, bem como a possível associação que esta possa ter com o aumento da morbilidade e mortalidade. Assim, com uma amostra de 598 participantes com mais de

65 anos, e recorrendo à utilização dos Índices de Katz e de Lawton e Brody, entre outros instrumentos de medida, verificaram uma taxa de dependência de 34,6% nas AVD e de 53,5% nas AIVD. Dolai e Chakrabarty (2013) realizaram um estudo com foco nos fatores associados com o *status* funcional de 56 pessoas mais velhas, com 60 anos ou mais, tendo utilizado um instrumento distinto para avaliação das AVD – o Índice de Barthel. Observaram que 39,3% são funcionalmente dependentes nas AVD e 83,9% nas AIVD. Na mesma linha, um trabalho de Carvalho, Neto, Silva, Nunes e Alchieri (2014) avaliou o desempenho nas AVD e AIVD em 111 participantes integrados em grupos de convívio, também com idade igual ou superior a 60 anos, embora, neste caso, com recurso ao mesmo instrumento usado por Millán-Calenti e colaboradores (2010) para avaliação das AVD, com os resultados a apontar para uma taxa de dependência de 11,7% nas AVD e de 72,1% nas AIVD. Sharma, Parashar e Mazta (2014), com os mesmos objetivos e instrumentos utilizados por Carvalho e colaboradores (2014), mas com uma amostra de dimensão superior (n=400), obtiveram resultados de prevalência de limitação de atividade de 5,5% nas AVD e de 21,8% nas AIVD. Mais recentemente, com foco semelhante ao das investigações supracitadas, Veerapu, Praveenkumar, Subramaniyan e Arun (2016), estudaram 252 pessoas mais velhas, igualmente com idade mínima de 60 anos, também com recurso aos Índices de Katz e de Lawton e Brody, observando que 21,8% e 51,8% dessas mesmas eram dependentes nas atividades de cariz básico e instrumental, respetivamente.

Face ao exposto, averigua-se que o declínio funcional nas AIVD é tendencialmente superior à percentagem de dependência nas AVD, o que poderá significar que o decréscimo na funcionalidade afeta primariamente as atividades de foro instrumental. Acerca desta questão Dolai e Chakrabarty (2013) concluem que a dependência nas tarefas instrumentais é superior, na medida em que é um trabalho mais qualificado e que requer uma perícia mais complexa, dito de outro modo, apresentam um maior nível de exigência funcional (Carvalho *et al.*, 2014).

Outra área de interesse para os investigadores no domínio é a dos fatores que possam estar relacionados com a perda da funcionalidade. Sahin e colaboradores (2015), num estudo com o objetivo de determinar os fatores que podem afetar as AIVD das pessoas idosas, utilizando o Índice de Lawton e Brody com uma amostra de 101 participantes com idade mínima correspondente a 60 anos, relataram que as pontuações totais nas AIVD são negativamente afetadas pela idade avançada, o sexo feminino, mas também pela iliteracia ou baixa escolaridade, enquanto que são positivamente influenciadas por um nível educacional superior. Os resultados de outros trabalhos de investigação corroboram os anteriormente descritos. Então, a

idade avançada surge como um dos fatores preditores da perda de funcionalidade ao nível das AVD e das AIVD (Dolai & Chakrabarty, 2013; Millán-Calenti *et al.*, 2010; Sharma *et al.*, 2014; Veerapu *et al.*, 2016). As mulheres tendem a ser mais dependentes nos dois tipos de tarefas diárias (Dolai & Chakrabarty, 2013; Millán-Calenti *et al.*, 2010; Sharma *et al.*, 2014), facto esse que poderá, eventualmente, ser justificado pela sua maior longevidade e viuvez (Dolai & Chakrabarty, 2013). Por último, outro dado sociodemográfico que frequentemente se associa a uma dependência superior, em ambas as atividades do quotidiano, já abordado por Sahin e colaboradores (2015), é a baixa escolaridade (Veerapu *et al.*, 2016).

Já no que diz respeito à relação entre a doença e o declínio funcional, as evidências parecem apontar para que a presença de patologias crónicas se associa a pontuações mais baixas nas escalas de medida das AVD e AIVD (Dolai & Chakrabarty, 2013; Millán-Calenti *et al.*, 2010). Neste âmbito, Griffith e colaboradores (2010) são ainda mais específicos, ao investigarem o impacto populacional das condições crónicas na incapacidade funcional, em 9008 participantes, com idade mínima de 65 anos, e recorrendo ao *Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (OARS), concluindo que os problemas nos pés, a artrite, o défice cognitivo, assim como as patologias cardíacas e da visão se referem aos principais determinantes da limitação na funcionalidade. Os resultados da investigação de Sharma e colaboradores (2014) apresentaram algumas semelhanças com estes últimos, pois destacaram que situações como problemas de foro músculo-esquelético e da visão preveem significativamente a limitação funcional.

Um outro aspeto importa referir no que concerne à apresentação dos principais fatores relacionados com a dependência funcional. Sharma e colaboradores (2014) referem que uma pobre autoavaliação de saúde é um fator preditor significativo da limitação funcional. Mais recentemente, Tomioka, Kurumatani e Hosoi (2016b) concretizaram um estudo longitudinal cujos resultados confirmam que uma autoavaliação de saúde mais pobre se associa ao declínio nas AIVD, numa amostra composta por 5984 participantes com 65 ou mais anos, utilizando o *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence* (TMIG-IC). Os autores apontam a autoavaliação da saúde como um preditor significativo do declínio ao nível das AIVD, salientando que essa associação não apresenta diferenças de género, mas que varia consoante a idade.

Especificamente no que se refere à capacidade funcional nas atividades instrumentais, as evidências da investigação permitem identificar que cuidar da casa (Millán-Calenti *et al.*, 2010), gerir o dinheiro (Dolai & Chakrabarty, 2013; Veerapu *et al.*, 2016), usar o telefone (Carvalho *et al.*, 2014) e utilizar os transportes (Sharma *et al.*,

2014) são as tarefas do dia-a-dia em que as pessoas idosas apresentam maior grau de dependência.

3.2. Qualidade de vida

A qualidade de vida (QdV), assim como outros indicadores de cariz psicossocial, resulta da complexidade do próprio processo de envelhecimento e da heterogeneidade dos seus resultados (Paúl *et al.*, 2005).

Canavarro (2010) aponta que o interesse difundido em torno da QdV, que tem acontecido essencialmente nas últimas décadas, teve uma contribuição substancial para a multiplicação de diversas definições, modelos conceituais, métodos de avaliação, assim como aplicações em termos mais práticos. De facto, é um conceito com grande importância associada, o qual sofreu um processo de avanço gradual em termos da sua clareza e melhor definição (Serra, 2010), podendo afirmar-se, com base na perspectiva de Seidl e Zannon (2004), que a sua taxonomia passou por quatro etapas diferentes: (1) definição global – as primeiras conceções muito gerais, que prevaleceram até meados dos anos 80, que não tinham em consideração as diversas dimensões da definição; (2) definição com base em componentes – após meados dos anos 80, a definição mais geral passa a ser dissociada em diversas dimensões ou componentes; (3) definição focalizada – as conceções passam a dar valor a dimensões particulares e (4) posteriormente passam a ser integradas questões mencionadas nas fases 2 e 3, as quais beneficiam a conceção a nível geral e abarcam as várias componentes que constituem o constructo.

A diversidade de propostas de conceitualização teórica da QdV, provenientes de disciplinas distintas, é um facto realçado por Canavarro (2010). No entanto, face a essa mesma multiplicidade teórica, a autora supracitada salienta que a QdV é globalmente vista como uma definição ampla, a qual integra diferentes questões (aspetos da existência individual, o sucesso pessoal na concretização de determinadas metas, condições ou estados desejáveis, satisfação e bem-estar vivenciado). Serra (2010) destaca, ainda, que perante a lacuna de uma conceção de QdV universal se verifica a existência de um consenso acerca do carácter multidimensional desse constructo, bem como acerca do seu foco ser o atendimento a uma perspectiva global/holística do indivíduo.

No sentido de oferecer um panorama global acerca das questões e contribuições mais pertinentes das formulações teóricas da QdV, Canavarro (2010) descreve que as diferentes propostas teóricas podem ser integradas essencialmente em dois grupos

distintos: (1) os modelos que fazem uma abordagem da QdV enquanto um objeto predominantemente psicológico e (2) os modelos que fazem uma abordagem da QdV enquanto objeto essencialmente social. Os primeiros têm como foco retratar a QdV como um resultado final individual, podendo essa mesma ser concebida como um estado psicológico que serve de representação da satisfação com a vida em vários domínios ou áreas. A segunda categoria de modelos integra as propostas teóricas que dão especial ênfase aos contextos e processos sociais que estabelecem o efeito final, focalizando termos de QdV individuais ou os seus tópicos sociais. A autora supradita destaca o conceito e modelo de QdV da OMS dos restantes, dadas as suas características integrativas.

No início da década de 90, no seio desse contexto de interesse crescente sobre a QdV, a OMS constituiu um grupo de peritos de variadas culturas, - o WHOQOL Group -, o qual considerava que uma conceção de QdV deveria ser sustentada em três questões fundamentais: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade e (3) presença de dimensões positivas e negativas (Canavarro, 2010). Nesse sentido, o WHOQOL Group (1994) define QdV como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vive, e em relação às suas expectativas, metas, padrões e preocupações. Paúl e colaboradores (2005) destacam que esta conceção integra diferentes dimensões (física, psicológica, social e ambiental), assim como que essa mesma introduz variáveis diferenciadas que auxiliam no entendimento do envelhecimento. Por sua vez, Walker e Mollenkopf (2007) definem-na como um constructo holístico multidimensional, que pode ser avaliado através de diversas perspetivas e por inúmeras disciplinas. O WHOQOL Group (1995) destaca, ainda, que este é um conceito muito abrangente e complexamente influenciado pela saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a sua relação com as principais características ambientais.

Kahana e Kahana (1996) abordam a QdV como um conjunto de “outcomes”/resultados do processo de EBS, integrando aspetos tais como: (1) estados de afeto positivos; (2) significado na vida e (3) manutenção de atividades produtivas e relacionamentos com valor. (1) Os estados de afeto positivos representam indicações de bem-estar psicológico, como é o caso da satisfação com a vida, um constructo que inclui elementos como a autoestima, otimismo e satisfação cognitiva da vida. (2) A inserção do significado na vida, enquanto “outcome” de EBS, reflete o reconhecimento de que são possíveis “outcomes” psicológicos positivos, mesmo na ausência de sentimentos afirmativos. (3) A manutenção de atividades produtivas e de relacionamentos com valor representa um aspeto social, não de âmbito psicológico, de

significado contínuo numa fase tardia da vida. Tais “outcomes”/resultados em QdV são influenciados por diferentes fatores. Os recursos internos e externos do indivíduo facilitam diretamente a manutenção da elevada QdV, mas também indiretamente através de adaptações proativas (Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012), como por exemplo a promoção da saúde (Kahana *et al.*, 2012; Kahana *et al.*, 2002), ajudar os outros (Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana & Midlarsky, 2013) e planear o futuro, num domínio preventivo, bem como organizar apoio informal e formal num âmbito corretivo (Kahana *et al.*, 2012).

O termo qualidade de vida pode ser adjetivado designadamente sublinhando a ideia de “good life”. De acordo com Ventegodt, Merrick e Andersen (2003) a QdV significa uma “good life”, pelo que uma “good life” é o mesmo que ter uma vida com muita qualidade, fazendo parte integrante de um nível de vida comum mais alto. Os autores salientam que as noções acerca de uma vida considerada “good” estão intimamente ligadas à cultura da qual o indivíduo faz parte, fazendo referência a um conjunto de três grupos que integram essas mesmas ideias: (1) a QdV subjetiva – avaliação pessoal que cada indivíduo faz acerca da vida que tem; (2) a QdV existencial – significado de QdV a um nível intenso, a qual assume que o sujeito tem uma natureza mais profunda, que deve ser respeitada e com a qual é possível viver em harmonia; (3) a QdV objetiva – modo como a vida de alguém é percebida pelo mundo exterior.

Na visão de Ventegodt e colaboradores (2003) esses três aspetos gerais da QdV, com tendência para se sobreporem, podem ser integrados num espectro que varia entre o subjetivo e o objetivo, o qual incorpora um conjunto de teorias sobre essa mesma temática e que os autores designam de *Integrative Quality of Life Theory* (IQOL). Os autores supramencionados fazem uma abordagem à respetiva IQOL, destacando os seus diferentes aspetos, nomeadamente: (1) bem-estar; (2) satisfação com a vida; (3) felicidade; (4) significado na vida; (5) visão biológica da QdV; (6) potencial de realização da vida; (7) satisfação de necessidades e (8) aspetos objetivos da QdV. (1) O bem-estar é o aspeto mais natural da QdV subjetiva, a sua dimensão mais simples e superficial, que se refere a uma avaliação espontânea da vida em geral. (2) A satisfação é um estado mental, especificamente uma entidade cognitiva, que significa o sentimento de que a vida acontece como deveria acontecer. (3) A felicidade é um sentimento com sinónimo especial, precioso e muito desejável, mas difícil de conseguir. Não se refere apenas a ser alegre e contente, sendo algo profundo no indivíduo, algo que envolve o equilíbrio. (4) A procura pelo significado na vida integra a aceitação da falta de sentido e significância da vida, assim como a obrigação do próprio para corrigir o que se revela sem sentido. (5) A visão biológica da QdV é um

aspecto que diz respeito à constituição biológica essencial dos humanos, pelo que nesse contexto a QdV é vista como a conformidade entre a vida atualmente experienciada e a “fórmula” para ser uma pessoa, a qual se localiza profundamente no interior do organismo. (6) O potencial de realização na vida é visto como um conceito-chave da QdV, pelo que este mesmo associa estreitamente a QdV com as raízes humanas na natureza. (7) As necessidades estão tradicionalmente relacionadas com a QdV, dado que quando essas mesmas estão satisfeitas a QdV tende a ser superior. Por fim, (8) os aspetos objetivos da QdV referem-se a fatores externos da vida (rendimentos, estado civil, estado de saúde, relacionamentos interpessoais), os quais estão intimamente associados à cultura na qual o indivíduo vive.

Especificamente acerca da QdV na velhice, Barreto (2017) cita que essa é a fase em que o indivíduo procede ao balanço da vida passada, experimentando sentimentos de realização ou de fracasso, mediante o sucesso apercebido. Nesse sentido, segundo o mesmo autor, a maior ou menor satisfação, com que a pessoa idosa encara a vida, está relacionada com a representação que faz do passado e do futuro que ainda tem à sua frente, sobretudo no que concerne à realização, ou não, dos objetivos que tinha traçado.

Walker e Mollenkopf (2007) também se debruçaram sobre a temática da QdV em idade avançada, pelo que apontam algumas considerações relevantes a esse respeito: (1) a QdV deve ser encarada como uma conceção multifacetada, dinâmica e complexa, devendo refletir a relação macro, micro, objetiva, subjetiva, assim como positiva e as interferências negativas; (2) em idade avançada, a QdV resulta da conjugação interativa de dois aspetos essenciais, designadamente os fatores do curso de vida e as circunstâncias imediatas; (3) certos fatores que contribuem para a QdV das pessoas mais velhas são idênticos aos de outras faixas etárias, especialmente se forem consideradas as comparações entre a meia-idade e a terceira idade; (4) normalmente os próprios fatores causais da QdV na velhice são diferentes entre os grupos de pessoas idosas; (5) as autoavaliações subjetivas do bem-estar e da saúde psicológica parecem ser mais poderosas, do que os fatores objetivos de cariz económico e sociodemográfico, na explicação das variações das pontuações da QdV.

Num capítulo introdutório da sua obra “Growing Older in Europe”, Walker (2004) faz uma abordagem global aos aspetos considerados fulcrais para a QdV na velhice, citando os seguintes: ambientes de envelhecimento; saúde física e mental; emprego e aposentação; rendimentos e riqueza; família e redes de suporte; participação; serviços e QdV. A respeito dos ambientes de envelhecimento, o autor supracitado reforça o facto da casa onde a pessoa reside ser um importante aspeto da QdV dos mais velhos, dado que essa mesma é associada a questões de identidade, à biografia

individual e familiar, assim como é o local onde as pessoas idosas passam grande parte do seu tempo. A saúde, física e mental, parece ser encarada como um determinante *major* da QdV nesta faixa etária. Também o emprego é visto como um determinante-chave da QdV dos mais velhos, dado que é um grande contribuidor para o estatuto socioeconómico, pois exerce grande influência sobre a pensão que a pessoa receberá no futuro, assim como noutros recursos. Face ao exposto, destaca-se uma outra questão, a grande contribuição dos rendimentos no bem-estar e QdV individual. Quanto à família e redes de suporte, é amplamente reconhecida a importância dos relacionamentos interpessoais no bem-estar pessoal, assim como é destacada a solidariedade familiar intergeracional enquanto elemento crítico da QdV dos mais velhos. Ainda a respeito das redes de suporte, é de destacar o papel dos amigos e vizinhos, sobretudo no que tem que ver com o suporte instrumental e com o suporte emocional, respetivamente. No que à participação se refere, o autor salienta que é sabedoria convencional de que a atividade é essencial para uma boa QdV, certamente dado que essa mesma está altamente relacionada com a saúde em idade avançada. Por fim, relativamente aos serviços e QdV, é de referir que as pessoas idosas são as principais utilizadoras dos serviços sociais e de saúde, por essa razão a qualidade desses mesmos serviços pode ter uma atitude preponderante na QdV das mesmas.

Tem vindo a aumentar o estudo da associação entre QdV e envelhecimento, contabilizando-se um número considerável de trabalhos nesse âmbito, os quais abordam diferentes questões, como por exemplo a QdV geral e os fatores que lhe estão associados.

Qadri e colaboradores (2013) num estudo epidemiológico da QdV, com uma amostra de 660 participantes com 60 ou mais anos, tendo recorrido à escala WHOQOL-Bref para a recolha de dados, obtiveram uma pontuação média de $79,3 \pm 10,9$ pontos para os resultados da aplicação do instrumento. Contudo Kumar e Majumdar (2014) avaliando a QdV e os fatores que lhe estão associados, numa amostra de menor dimensão ($n=300$), com a mesma idade de referência e utilizando o mesmo instrumento, obtiveram resultados que apontaram para uma pontuação média bastante inferior ($M = 49,7$; $DP = 10,2$). Por sua vez, o trabalho de Bilgili e Arpaci (2014), com objetivo e amostra idênticos ao do estudo de Kumar e Majumdar (2014) e com recurso à escala WHOQOL-OLD, apresentou um somatório médio da QdV semelhante ao do primeiro estudo ($M = 75,8$; $DP = 8,5$). Tais evidências permitem depreender que nos estudos de Qadri e colaboradores (2013) e de Bilgili e Arpaci (2014) as pessoas idosas tinham uma boa QdV, contrariamente ao que apontam os

resultados do trabalho de investigação de Kumar e Majumdar (2014), no qual a percepção de QdV dos mais velhos era razoável.

Datta, Datta e Majumdar (2015) procuraram relações entre os diferentes domínios da QdV e aspetos sociodemográficos, em 472 pessoas mais velhas com idade mínima de 60 anos, utilizando a escala WHOQOL-Bref. Os resultados apontam para que a QdV dos mais velhos esteja fortemente relacionada com os fatores sociodemográficos, nomeadamente a idade avançada, o sexo feminino e um baixo nível de escolaridade são associados a uma percepção de QdV inferior. Mais recentemente, Hajian-Tilaki, Heidari e Hajian-Tilaki (2017) investigaram a QdV relacionada com a saúde e os fatores sociodemográficos determinantes que lhe estão associados, numa amostra com mais participantes (n=750), considerando a mesma idade de referência do estudo supramencionado, tendo obtido a informação através do questionário *Medical Outcome Study Short Form – 36* (MOS SF-36), verificando resultados similares.

Hong (2015) tentou compreender especificamente as variações na QdV relacionada com a saúde considerando as diferenças de idade, numa amostra composta por 1666 participantes com 65 ou mais anos, usando o instrumento EQ-5D-3L, tendo concluído que, de facto, a QdV relacionada com a saúde evidencia diferenças de acordo com a idade. As evidências de outros estudos (Bilgili & Arpaci, 2014; Hajian-Tilaki *et al.*, 2017; Kumar & Majumdar, 2014) confirmam que a QdV tende a ser percebida como pior nas pessoas com idade avançada, porém Miranda e colaboradores (2016) descrevem algo distinto. Os autores focaram-se nos fatores relacionados com a “boa” QdV, numa amostra composta por 257 participantes, tendo em conta a idade de referência e o instrumento de medida do estudo de Datta e colaboradores (2015), observando uma relação positiva entre a referida característica sociodemográfica e a QdV.

Caso se tenha em consideração o sexo, os resultados da investigação confirmam as evidências apontadas por Datta e colaboradores (2015) relativamente ao facto de a percepção de QdV ser pior nas mulheres (Bilgili & Arpaci, 2014; Hajian-Tilaki *et al.*, 2017; Qadri *et al.*, 2013).

Datta e colaboradores (2015) identificaram uma terceira característica sociodemográfica relacionada com uma pontuação de QdV inferior, designadamente um baixo nível de escolaridade. Bilgili e Arpaci (2014) explicaram que à medida que o nível de estudos aumenta, a QdV percebida é também superior, o que vai de encontro aos dados de outros trabalhos (Hajian-Tilaki *et al.*, 2017; Kumar & Majumdar, 2014; Qadri *et al.*, 2013).

Já no que respeita ao estado civil, com base nas evidências de diversos estudos (Bilgili & Arpaci, 2014; Hajian-Tilaki *et al.*, 2017; Kumar & Majumdar, 2014; Qadri *et al.*, 2013), é possível afirmar que os indivíduos casados têm tendência a apresentar uma pontuação média de QdV mais alta, portanto uma melhor qualidade de vida.

Ainda no domínio dos dados sociodemográficos que influenciam a QdV dos mais velhos, o nível de rendimentos parece, também, ser importante, considerando-se que o aumento dos rendimentos é indicativo de um melhor estatuto socioeconómico, sendo assim um contributo significativo para uma melhor QdV (Bilgili & Arpaci, 2014; Datta *et al.*, 2015).

No âmbito da associação da QdV com a doença, reúnem-se também algumas informações relevantes, as quais passam a reportar-se. Rodrigues e colaboradores (2017) concretizaram um estudo com a intenção de verificar os fatores socioeconómicos e de saúde relacionados com a QdV, numa amostra constituída por 1691 participantes, com idade mínima de 60 anos. A avaliação foi feita através das escalas WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD e os autores concluíram que um maior número de doenças se associa a pontuações mais baixas, portanto percepção de pior QdV. Os resultados de outras investigações são ainda mais específicos. Khaje-Bishak, Payahoo, Pourghasem e Jafarabadi (2014) estudaram a QdV da população idosa e os fatores relacionados, numa amostra de dimensão claramente inferior (n=184), considerando a mesma idade de referência e a escala WHOQOL-Bref. Os mesmos verificaram uma diferença significativa entre ter doenças cardiovasculares, de foro respiratório e gastrointestinal, assim como défice visual e auditivo, e a pontuação total da QdV, na medida em que se observa um decréscimo na cotação global média da QdV na presença dessas patologias. Kumar e Majumdar (2014) referiram que, além do défice visual e auditivo, também as desordens músculo-esqueléticas parecem estar associadas a uma pior QdV. Por sua vez, Miranda e colaboradores (2016) confirmaram que as doenças osteomusculares têm uma associação negativa com a QdV, acrescentando, ainda, duas outras doenças crónicas influentes, nomeadamente a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial.

Mais concretamente no que se refere à pontuação dos domínios da escala WHOQOL-Bref, os resultados da investigação apresentam alguma diversidade. Qadri e colaboradores (2013) verificaram que o domínio relações sociais exibia uma pontuação média mais alta, destacando-se os domínios físico e de ambiente como sendo aqueles com *scores* inferiores. Duma visão distinta, no estudo de Kumar e Majumdar (2014) o domínio de relações sociais foi o que teve a cotação mais baixa, facto que também foi observado por Datta e colaboradores (2015). Por sua vez, na investigação de Datta e colaboradores (2015) o domínio melhor pontuado foi o de

ambiente. As evidências de outros trabalhos (Miranda *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2017) contrariam as de Datta e colaboradores (2015), pois o domínio com pontuação média mais alta foi o de relações sociais, salientando-se o de ambiente pelo somatório global mais baixo, logo tais resultados assemelham-se aos de Qadri e colaboradores (2013).

3.3. As relações entre capacidade funcional e qualidade de vida

A capacidade funcional relaciona-se com o facto de o indivíduo possuir uma vida autónoma e independente, no seio das suas capacidades físicas e mentais (Sousa *et al.*, 2018) e, mais concretamente através das AVD é possível ter conhecimento do estado geral de saúde de uma pessoa (Datta, Datta & Majumdar, 2014).

No entender de Datta e colaboradores (2014), a QdV indica o modo como a pessoa está a viver, implicando indiretamente o seu padrão de saúde física, mental, social e ambiental. Os autores descrevem que, na velhice, é comum o sujeito enfrentar as sequelas dos problemas de saúde de longo prazo e, como resultado, o declínio na capacidade de desempenho das suas AVD. Por conseguinte, a saúde mental e a autoestima do próprio sofrem deterioração, secundária à dependência física de terceiros, pelo que tais circunstâncias poderão dificultar diferentes aspetos do seu quotidiano, influenciando negativamente a sua QdV.

Neste contexto, importa salientar que uma das questões com destaque nas investigações sobre a QdV da pessoa idosa é, de facto, a independência do indivíduo em diferentes contextos. Tavares e Dias (2012) realizaram um estudo com vários objetivos, sendo um desses mesmos verificar a associação da QdV com o número tarefas do quotidiano em que os mais velhos apresentavam incapacidade funcional. Foram integrados na sua investigação 2142 participantes, com idade igual ou superior a 60 anos. A recolha de dados foi feita através dos instrumentos WHOQOL-Bref, WHOQOL-OLD e as escalas de AVD e AIVD, sendo que estas últimas não foram especificadas pelas investigadoras. As autoras verificaram que a incapacidade funcional se relaciona com pontuações inferiores da QdV, em todos os domínios da escala WHOQOL-Bref. Os resultados de outros trabalhos de investigação corroboram os anteriormente apresentados. Datta e colaboradores (2014) também procuraram descobrir a relação entre as AVD e a QdV das pessoas idosas, numa amostra de dimensão inferior (n=472), considerando a mesma idade de referência do estudo anterior, sendo que neste caso os investigadores apenas aplicaram a escala WHOQOL-Bref e o índice de Lawton e Brody, verificando que os elementos com

melhor desempenho nas AIVD têm uma percepção de QdV significativamente melhor, em todos os domínios. Por sua vez, na investigação de Marques e Jabour (2017), com o mesmo foco das anteriormente apresentadas, concretizada com uma amostra composta por 247 participantes com 65 ou mais anos, com recurso aos índices de Katz, de Lawton e Brody e ao instrumento MOS SF-36, os resultados confirmaram que as pessoas idosas mais independentes tendem a ter uma melhor percepção da QdV.

Mais recentemente, o trabalho de Sousa e colaboradores (2018), com objetivo idêntico ao dos anteriores, concretizado com 362 participantes com idade mínima de 60 anos, e com utilização da escala WHOQOL-Bref e dos índices de Katz e de Lawton e Brody, apresentou como resultados a existência de associação entre a capacidade funcional e a QdV das pessoas idosas, de modo semelhante aos estudos empíricos supramencionados. Porém, os autores destacaram que essa relação diz respeito especificamente aos domínios físico, psicológico e social.

Face ao exposto, parece claro que, tal como descrevem Marques e Jabour (2017), a independência é um fator pertinente associado à QdV, o que é importante para os mais velhos, considerando que a manutenção da sua saúde, aspeto amplamente valorizado nessa fase da vida, é fortemente determinada pela sua independência funcional. Então, com base na mesma fonte, considera-se que a capacidade funcional poderá ser encarada com um promotor da QdV dos idosos.

3.4. Participação em programas de atividades, capacidade funcional e qualidade de vida

O envolvimento ativo com a vida, tal como abordado anteriormente, é visto por Rowe e Kahn (1997, 1998) como uma das características do processo de envelhecer com sucesso. De modo semelhante, a OMS (2015) considera a participação um dos pilares do envelhecimento ativo, destacando que essa mesma não se restringe à atividade profissional remunerada, incluindo, também, o envolvimento em causas sociais, recreativas, entre outras.

Assim, com foco numa perspetiva mais otimista do fenómeno do envelhecimento humano, tem-se verificado, nos últimos anos, um esforço acrescido no planeamento e implementação de estratégias que permitam aos mais velhos um maior envolvimento com os outros. Paralelamente, tem-se difundido o interesse, no âmbito da investigação, acerca da relação entre o envelhecimento e a/o participação/envolvimento social.

Um estudo qualitativo levado a cabo por Rizzolli e Surdi (2010) procurou identificar a percepção dos idosos acerca da participação nos grupos de convívio, em 20 pessoas mais velhas, com idade igual ou superior a 60 anos, integrados nos referidos grupos, nos quais a sua participação era semanal. A recolha de dados realizou-se através de entrevista semiestruturada e da técnica de observação. Os resultados mostraram que são várias as razões que motivaram os mais velhos a participar nos grupos de convívio: (1) melhorar as condições de saúde; (2) conviver; (3) praticar atividade física; (4) aumentar a QdV e (5) prevenir perdas funcionais. De acordo com as pessoas idosas, a participação no grupo é benéfica porque aumenta a sua autoestima e valorização, permite o exercício da sua cidadania, favorece as amizades, melhora a saúde e ajuda à manutenção da capacidade funcional. Face ao descrito, os autores concluíram que a participação nos grupos tem uma importância significativa para a população idosa, tendo verificado que a maioria dos entrevistados apontou mudanças favoráveis que contribuíram para uma melhor QdV.

Os contributos do envolvimento social, na capacidade funcional e QdV dos mais velhos, tem sido outro foco de atenção nos trabalhos de investigação recentes. Nesse contexto, a participação social em idade avançada tem sido associada à independência para execução das AIVD (Tomioka *et al.*, 2016a, 2017), e igualmente à QdV, parecendo que ser socialmente ativo se relaciona com uma percepção de melhor QdV (Khan & Tahir, 2014).

Tomioka e colaboradores (2016a) estudaram a relação entre a participação social e as AIVD, numa amostra composta por 14956 participantes, com idade mínima de 65 anos, utilizando o TMIG-IC para avaliação da funcionalidade. Os autores concluíram que a participação em diferentes grupos sociais está associada com a independência nas AIVD das pessoas idosas que vivem na comunidade, independentemente do género, destacando que os efeitos benéficos de um envolvimento frequente em atividades sociais parecem ser mais marcantes para as mulheres. Posteriormente, os mesmos autores realizaram outro estudo, procurando estudar especificamente as diferenças de idade e género nessa associação, numa amostra de maior dimensão (n=17680) e com recurso ao mesmo instrumento de medida, e os resultados confirmaram que a participação social em idade avançada está positivamente associada com o desempenho das AIVD, porém, essa relação parece diferir no que refere ao tipo de atividades em que os mais velhos participam, assim como em função do género e idade dos indivíduos (Tomioka *et al.*, 2017).

Por sua vez, Khan e Tahir (2014) procuraram determinar a influência dos fatores sociais na QdV das pessoas idosas, numa amostra constituída por 2005 participantes com 60 ou mais anos, tendo recolhido a informação através da escala WHOQOL-Bref.

Os investigadores apuraram que a QdV das pessoas mais velhas é muito afetada pelos fatores sociais, especialmente a convivência, a participação social e o apoio social.

Mais recentemente, Santos e colaboradores (2017) analisaram a participação num grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a QdV dos mais velhos. A amostra desse estudo foi composta por 116 participantes, com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que 26 desses mesmos estavam envolvidos no referido grupo de promoção da saúde. Os autores aplicaram as escalas WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD na recolha de dados, concluindo que a participação no grupo foi estatisticamente associada a pontuações mais elevadas de QdV nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente da escala WHOQOL-Bref, permitindo depreender que a estratégia utilizada contribui realmente para a melhoria da QdV dos mais velhos.

O trabalho de Oliveira e colaboradores (2016) teve um foco mais abrangente, na medida em que objetivou analisar as diferenças entre QdV e capacidade funcional em pessoas idosas participantes, e não participantes, de grupos com atividades sociais. Fizeram parte do estudo 62 mulheres mais velhas, com 60 ou mais anos, divididas em dois grupos: (1) grupo 1 – 31 participantes de grupos sociais e (2) grupo 2 – 31 não participantes. Na recolha de dados utilizaram as escalas WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD, assim como os índices de Katz e de Lawton e Brody. O grupo de investigadores não encontrou diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos, em relação à QdV total e à capacidade funcional. No entanto, verificaram uma tendência de valores superiores de dependência nas mulheres mais velhas, não participantes de grupos sociais. Os mesmos autores concluíram, ainda, que as mulheres idosas do grupo 1 apresentam melhores pontuações de QdV no domínio relações sociais da escala WHOQOL-Bref, aspeto igualmente referido por Santos e colaboradores (2017).

Num contexto de um envelhecimento mais ativo, a atividade física surge como componente preponderante em variados programas de atividades. Assim, considera-se igualmente pertinente perceber quais os seus benefícios na funcionalidade e QdV dos mais velhos.

Júnior e colaboradores (2012) preocuparam-se com a análise do poder preditivo da atividade física na ausência de declínio funcional. Num estudo com 624 participantes, com idade mínima de 60 anos, utilizando o Índice de Lawton e Brody, pelo que tiram como principal conclusão que o comportamento de prática de atividade física possui um potencial preditivo para a ausência de dependência funcional nas pessoas idosas, em ambos os sexos. Mais recentemente, Villaverde-Gutiérrez e colaboradores (2015) estudaram a capacidade funcional e o exercício físico em 50 mulheres, com 65 ou mais anos, a viver num ambiente rural, das quais 25

participavam num programa de exercício físico e as restantes num projeto de estimulação da memória. Além do instrumento anteriormente mencionado, utilizaram ainda o Índice de Barthel. Os resultados corroboram a associação inversa entre o exercício físico e o grau de dependência nas AVD, indicando que as mulheres mais velhas que o praticam são suscetíveis de ser menos dependentes ou totalmente independentes.

No âmbito do presente estudo importa ainda clarificar a associação entre a prática de atividade física e a QdV dos mais velhos. Silva e colaboradores (2012) concretizaram um estudo com o objetivo de comparar os níveis de atividade física e QdV, entre 50 participantes, dos quais 25 praticavam exercícios regulares e os restantes foram classificados como sedentários. Para a recolha de dados os autores aplicaram o instrumento *Nottingham Health Profile* (NHP) e constataram que os participantes que praticavam exercício físico tinham a perceção de uma melhor QdV.

Em síntese, considerando as mais valias do envolvimento social numa idade avançada, parece pertinente que se dê continuidade à implementação de estratégias que favoreçam a participação dos mais velhos na sociedade, a fim de lhes proporcionar um envelhecimento com mais qualidade.

4. Objetivos do estudo

À luz do que defendem Sampieri, Collado e Lucio (2010), os objetivos são uma espécie de guia da investigação, apontando o que se espera daquele estudo, logo devem ser expressos claramente e o investigador deve tê-los em conta durante todo o desenvolvimento da sua pesquisa.

Assim sendo, este trabalho de investigação tem como objetivo geral analisar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas mais velhas que participam em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica.

No que aos objetivos específicos diz respeito, com a realização deste estudo pretende-se:

- (1) Caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e de envolvimento social;
- (2) Comparar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social;
- (3) Analisar a qualidade de vida em função das características sociodemográficas e do grau de dependência na vida diária, de pessoas mais velhas que participam, ou não, em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

No presente capítulo pretende-se apresentar as opções metodológicas que se revelaram fundamentais para a concretização do trabalho de investigação em questão, as quais resultaram de um processo de tomada de decisão posterior à revisão da literatura e à definição de objetivos.

1. Plano de investigação e amostra

Entende-se por plano de investigação a estratégia que se desenvolve com a finalidade de obter a informação pretendida num trabalho de investigação (Sampieri *et al.*, 2010), pelo que esse mesmo fornece uma orientação específica para os procedimentos do estudo (Creswell, 2014).

Do ponto de vista da natureza da investigação, o presente estudo é quantitativo, na medida em que, através da recolha de dados numéricos e da sua análise estatística, consegue estabelecer padrões de comportamento (Sampieri *et al.*, 2010).

Este trabalho de investigação é classificado como descritivo e correlacional. Tendo por base a perspetiva de Sampieri e colaboradores (2010), os estudos descritivos têm como objetivo medir ou recolher dados, independente ou conjuntamente, acerca de conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades, características e perfis, sem o intuito de expor a relação que se estabelece entre esses mesmos. Por sua vez, de acordo com a mesma fonte, uma investigação caracterizada como correlacional foca-se no conhecimento do grau de associação, ou relação, que se estabelece entre dois, ou vários, conceitos, categorias ou variáveis, num contexto muito próprio, possibilitando a compreensão do comportamento de uma determinada variável, pelo conhecimento de outras que lhe estão associadas.

Também se considera pertinente classificar este estudo no que se refere à dimensão temporal ou, dito de outro modo, ao número de momentos em que foi feita a recolha de dados. Relativamente a este aspeto, o trabalho de investigação em questão é transversal, uma vez que a recolha de informação foi feita num único momento (Sampieri *et al.*, 2010). Metaforicamente, os autores supramencionados assemelham um estudo transversal ao ato de fotografar um acontecimento numa determinada época.

Segundo Creswell (2014), no capítulo metodologia, após a clarificação do plano de investigação, é fulcral fornecer as informações relativas à amostra e respetivo procedimento de amostragem.

Na área social é frequente os investigadores serem confrontados com a dificuldade de recolher dados de todos os elementos que estão na categoria que é alvo de pesquisa (Denscombe, 2007), pelo que na maioria dos casos os estudos são levados a cabo com recurso a uma amostra, sendo fundamental que esse subgrupo seja um reflexo fiel da referida população (Sampieri *et al.*, 2010). Neste âmbito importa clarificar dois conceitos-chave: (1) população e (2) amostra. A população, ou universo, diz respeito a um grupo de elementos com características semelhantes bem definidas e, por sua vez, a amostra é vista como um subgrupo desse mesmo grande conjunto (Creswell, 2012; Sampieri *et al.*, 2010), ou seja, esta última é uma pequena porção do todo (Denscombe, 2007). Assim sendo, a população de referência do presente estudo são as pessoas com 55 ou mais anos, a residir na comunidade, no concelho de Viana do Castelo.

A respeito da dimensão da amostra, considera-se que num estudo correlacional se deve integrar, no mínimo, 30 elementos (Creswell, 2012; Mertens, 2005). Este trabalho de investigação concretizou-se com uma amostra composta por 104 participantes, a qual se divide em dois grupos, nomeadamente: (1) o grupo de referência, que integra 52 participantes que participam nos Programas/Projetos de Intervenção Autárquica (PIA), adiante designado por grupo PIA, e (2) o grupo Comparação, formado por igual número de elementos, mas que não participam nos referidos programas/projetos. Este último grupo foi emparelhado em termos de género e grupo etário com o grupo PIA.

No que se refere ao modo como foram selecionados os participantes, o presente estudo recorreu a um procedimento de amostragem não probabilística. Uma amostra não probabilística pressupõe uma estratégia de seleção informal, na medida em que a eleição dos sujeitos depende das características da investigação (Sampieri *et al.*, 2010). Trata-se de uma amostra de conveniência, dado que os elementos que participam no estudo foram selecionados tendo em consideração a sua pronta disponibilidade (Mertens, 2010).

De um ponto de vista quantitativo, pode considerar-se que uma das vantagens deste tipo de procedimento de amostragem é, de facto, a escolha cuidadosa e controlada de participantes com determinadas características, as quais foram previamente especificadas na abordagem do problema (Mertens, 2010; Sampieri *et al.*, 2010). Porém, Denscombe (2007) destaca que um dos seus aspetos menos positivos é o facto de a mesma ser conduzida sem o conhecimento de que os elementos incluídos nesse subgrupo serão representativos da população propriamente dita.

Para finalizar, passa-se a apresentar os critérios de inclusão estipulados para a triagem dos elementos constituintes da amostra: pessoas com idade entre os 55 e os

84 anos; residir na comunidade; disposição em participar em entrevistas e responder aos questionários, aceitando essa mesma participação pela assinatura do consentimento informado; sem patologia mental grave, nem incapacidade que impossibilite a participação no estudo. Para a constituição do grupo PIA teve-se, ainda, em consideração a questão de participação nos programas/projetos municipais.

2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados objetiva conhecer determinado(s) aspeto(s) acerca das pessoas ou coisas, pelo que o seu foco está no(s) atributo(s) ou qualidade(s) do indivíduo ou ambiente (Mertens, 2010). Sampieri e colaboradores (2010) defendem que esta fase da investigação implica a elaboração prévia de um plano pormenorizado dos seus procedimentos, os quais orientam o investigador na reunião de informações com um determinado propósito. Por sua vez, Creswell (2014) reforça que o fornecimento de informações relativas ao(s) instrumento(s) de medida a ser(em) utilizado(s) constitui-se parte integrante duma recolha de informações rigorosa.

Assim sendo, no sentido de reunir informação relativa aos objetivos de investigação delineados, foi empregue um protocolo de investigação com vários questionários. Para Denscombe (2007) os questionários são baseados em informações escritas, fornecidas diretamente pelas pessoas a quem o investigador faz as respetivas questões, logo o tipo de dados recolhidos será distinto daqueles que são obtidos por meio de outros métodos. O referido protocolo de investigação que foi utilizado é respeitante ao projeto AgeNortC – *Envelhecimento, Participação Social e Deteção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade*, que integrou um Questionário Sociodemográfico e de Participação Social, que foi elaborado para o efeito, e os seguintes instrumentos: (1) o Índice de Lawton e Brody; (2) a Escala WHOQOL-Bref.

O **Questionário Sociodemográfico e de Participação Social** inclui questões de resposta fechada, assim como algumas perguntas de resposta aberta, sendo composto por três partes: (A) Dados sociodemográficos; (B) Participação em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica e (C) Participação social global. A componente *Dados sociodemográficos* possibilita a avaliação de um conjunto de dados de cariz sociodemográfico (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas/escolaridade), assim como de aspetos relativos à vida profissional e familiar, à religião/espiritualidade e à saúde. A secção *Participação em*

Programas/Projetos de Intervenção Autárquica pretende questionar o indivíduo acerca da sua participação nos referidos programas/projetos, tendo em consideração variados aspetos, como a tipologia de programas nos quais está envolvido, os motivos que incentivaram a inscrição nesses mesmos, o tempo e frequência atual de participação, assim como a sua assiduidade. Por fim, o elemento *Participação social global* procura ter conhecimento acerca da participação do indivíduo em outras atividades sociais e recreativas, considerando a comparação da sua frequência atual com o passado, bem como em relação às outras pessoas da mesma idade, as atividades em que esteve envolvido no último ano (ir a restaurantes, cafés, assistir a eventos desportivos ou espetáculos culturais; fazer viagens ou excursões com outras pessoas; visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos; participar numa associação/grupo; frequentar a igreja ou serviços religiosos; frequentar uma academia/universidade sénior; ajudar familiares, amigos ou vizinhos sem ser pago por isso; fazer voluntariado; outra), terminando com uma questão referente ao grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para os concretizar.

O **Índice de Lawton e Brody** (Lawton & Brody, 1969), com base em Sequeira (2010), permite a recolha de dados relativamente às AIVD. Este integra 8 atividades diferentes, designadamente: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transportes, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Por sua vez, cada um dos seus itens apresenta três, quatro ou cinco níveis distintos de dependência, logo cada atividade pode ser pontuada de 1 a 3, de 1 a 4, ou de 1 a 5, considerando-se que a pontuação maior se refere a um grau de dependência superior. Este índice permite avaliar a dependência nas AIVD, tanto de modo global, assim como de modo parcelar, e a pontuação total oscila entre 8 e 30 pontos, tendo como referência os seguintes pontos de corte: (1) 8 – independente; (2) 9 – 20 – moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; (3) >20 – severamente dependente, necessita de muita ajuda.

No que se refere às propriedades psicométricas do Índice de Lawton e Brody, Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008), a respeito da fiabilidade, afirmam que o instrumento tem uma consistência interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,94) e que, em termos de validade convergente, apresenta uma correlação fortemente positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com o Índice de Barthel, traduzindo que a independência nas AIVD se relaciona diretamente com as atividades básicas da vida diária (ABVD).

O **WHOQOL-Bref** (WHOQOL Group, 1998) é, no entender de Canavarro e colaboradores (2010), uma versão abreviada da primeira escala de medida criada pela OMS, em 1994, para avaliação da QdV, designadamente WHOQOL-100. O WHOQOL-100 é um instrumento que permite ao próprio avaliar a sua QdV, sendo o mesmo composto por 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais), cada um desses constituído por facetas que são estimadas por meio de quatro questões. Considerando a globalidade dos aspetos referidos, a escala de medida original integra 100 perguntas, divididas em 24 facetas específicas que constituem os seis domínios e uma faceta geral (faceta geral de QdV). Mais tarde, em 1998, foi criado o WHOQOL-Bref, perante a necessidade de efetuar uma correta avaliação da QdV nas circunstâncias em que o tempo fosse limitado. De acordo com a mesma fonte, o WHOQOL na versão abreviada integra um conjunto de 26 itens, sendo organizado em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e incluindo também uma faceta geral (faceta geral de QdV), esta última constituída por 2 itens que permitem estimar a QdV geral, assim como a perceção global da saúde. A descrição mais pormenorizada do instrumento em questão permite não só a quantificação dos itens, mas também a identificação das facetas abordadas em cada domínio. No *domínio físico* estão incluídos 7 itens e um conjunto de facetas que se refere a aspetos tais como dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho. No que concerne ao *domínio psicológico*, esse mesmo é composto por 6 itens e integra facetas relativas a questões como os sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, assim como espiritualidade/religião/crenças pessoais. Por sua vez, no que ao domínio de *relações sociais* diz respeito, esse mesmo integra 3 itens, sendo as suas facetas relacionadas com o apoio social, as relações sociais e a atividade sexual. Para finalizar, o *domínio ambiente* é composto por 8 itens e facetas que englobam a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de lazer e recreio, ambiente físico (clima/trânsito/barulho/poluição) e transporte.

Para dar resposta às questões do instrumento em questão, é utilizada uma escala do tipo *Likert*, de cinco pontos, sendo as perguntas respondidas por meio de quatro tipos de escalas, as quais dependem do próprio conteúdo da questão, designadamente: intensidade; capacidade; frequência e avaliação (Canavarro *et al.*, 2010).

No que respeita às características psicométricas do WHOQOL-Bref, tendo por base Canavarro e colaboradores (2010), consideram-se algumas informações relevantes a apontar. Relativamente à fiabilidade, o instrumento apresenta uma consistência interna aceitável, quer se considerem as 26 questões que constituem o instrumento (*alfa de Cronbach* de 0,92), ou os seus domínios de modo individual, oscilando entre 0,64 (relações sociais) e 0,87 (físico). A sua estabilidade temporal, também designada como teste-reteste, é considerada boa, já que as correlações teste-reteste de *Pearson* se revelaram bastante aceitáveis. No que concerne à validade discriminante, a escala de medida descrita discrimina bem as pessoas da população normal daquelas com patologia médica associada, quer em todos os seus domínios, quer em relação à *faceta geral de QdV*. Para finalizar, importa referir as informações referentes à validade de conteúdo. Todas as correlações conseguidas, na avaliação da validade de constructo, foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$). As correlações mais elevadas verificaram-se entre o *domínio psicológico* e os restantes três domínios (físico: $r = 0,55$; relações sociais: $r = 0,56$; e ambiente: $r = 0,57$) e entre os *domínios relações sociais e ambiente* ($r = 0,50$). Por sua vez, a *faceta geral de QdV* evidenciou uma correlação mais forte com o *domínio físico* ($r = 0,72$).

Os dados consistem em elementos de informação recolhidos junto dos participantes, cuja recolha obedece a um plano antecipadamente estabelecido com recurso aos instrumentos seleccionados (Freixo, 2009). A recolha de informações decorreu entre março e maio de 2018, tendo sido realizada através de entrevista estruturada e presencial, com a duração média de 45 a 60 minutos, com aplicação do protocolo de investigação, do projeto AgeNortC – *Envelhecimento, Participação Social e Deteção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade*, em heteroadministração. A mesma aconteceu nos locais onde eram implementadas as atividades, integradas nos PIA, desenvolvidas pelo município de Viana do Castelo, e em associações, no caso dos elementos do grupo de referência, e nas Juntas de Freguesia aos participantes do grupo Comparação.

Os participantes a integrar no estudo foram seleccionados de acordo com os critérios de inclusão pré-estabelecidos, sendo que todos foram devidamente informados acerca da natureza da investigação, os seus objetivos e as instituições integradas no projeto em questão. Após o fornecimento de toda a informação essencial, foi facultado aos participantes um exemplar do consentimento informado, para que pudessem declarar por escrito a sua autorização quanto à participação no trabalho de investigação. Foi-lhes garantida a confidencialidade e anonimato dos

dados fornecidos, assim como lhes foi esclarecido que a participação no estudo seria voluntária e que poderiam, em qualquer momento, desistir da mesma, sem que daí resultasse prejuízo para os mesmos. Ainda antes de iniciar a aplicação do questionário, foi apelado aos indivíduos que solicitassem o esclarecimento de dúvidas sempre que considerassem necessário. Assim, importa destacar que foram cumpridos todos os princípios éticos no decorrer da investigação.

3. Estratégias de análise de dados

O processo de análise integra a busca por aspetos que estão por trás do conteúdo mais superficial dos dados (Denscombe, 2007).

Para a análise da informação obtida recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Dada a natureza do estudo e dos dados recolhidos recorreu-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

Primariamente os dados sociodemográficos, relativos às atividades recreativas e sociais, da capacidade funcional para executar as AIVD e QdV foram analisados de uma forma descritiva através de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Posteriormente, procedeu-se à análise estatística inferencial. Para comparar os grupos PIA e Comparação relativamente à capacidade funcional para as AIVD e QdV utilizou-se o teste *t* para amostras independentes. Para analisar a associação entre o género e a QdV, assim como entre o grau de dependência nas AIVD e a QdV, aplicou-se uma ANOVA com a utilização do teste LSD para as comparações múltiplas entre os diversos grupos. Ainda no âmbito da comparação entre os grupos PIA e Comparação, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para analisar a associação entre a QdV e a idade. Por fim, utilizou-se o teste Mann-Whitney para analisar a associação entre a QdV e a duração nos PIA.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados referentes à avaliação da capacidade funcional nas AIVD e da QdV, realizada a indivíduos com 55 ou mais anos. Aborda-se os seguintes aspetos: (1) caracterização sociodemográfica dos participantes e das atividades nas quais estão envolvidos; (2) capacidade funcional nas AIVD e QdV geral e respetivas facetas; (3) análise das diferenças entre grupos e aspetos sociodemográficos.

1. Caracterização sociodemográfica dos participantes e seu envolvimento social em atividades recreativas

Na presente secção pretende-se apresentar dados relativos a duas questões distintas: (1) descrição das características sociodemográficas dos participantes, tendo em consideração a divisão da amostra nos grupos supracitados; (2) caracterização dos participantes no que se refere ao envolvimento social em atividades recreativas, integradas, ou não, nos PIA.

1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, foram entrevistados 104 participantes, dos quais 84 são mulheres (80,8%), com idades compreendidas entre os 55 e 84 anos ($M = 72,6$; $DP = 5,9$), sendo que a grande maioria, 61,5% ($n=64$), tem entre 65 e 74 anos.

Os participantes foram divididos em dois grupos: o grupo PIA ($n=52$) e o grupo Comparação ($n=52$). O grupo PIA é constituído maioritariamente (80,8%) por mulheres ($n=42$) e os seus participantes têm idades compreendidas entre os 61 e os 83 anos ($M = 72,4$; $DP = 5,8$). O grupo Comparação é composto por igual número de mulheres ($n=42$), sendo que nesse caso as idades variam entre os 55 e os 84 anos ($M = 72,9$; $DP = 6,0$). Em cada um dos casos verifica-se uma preponderância significativa de pessoas no grupo etário 65 - 74 anos, correspondendo a 61,5% dos indivíduos em ambos os grupos.

No que concerne ao estado civil, o maior número de participantes ($n=32$), em ambos os grupos, diz respeito a pessoas casadas ou que vivem em união de facto. Relativamente a este dado sociodemográfico verificam-se algumas divergências entre

os dois grupos, embora pouco relevantes, nomeadamente o facto de o grupo PIA incluir mais do dobro de pessoas separadas/divorciadas (n=5) e de o grupo Comparação integrar uma percentagem superior de viúvos (30,8%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Grupo PIA <i>n</i> = 52		Grupo Comparação <i>n</i> = 52		Total <i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade <i>M</i> (<i>DP</i>)	72,4 (5,8)		72,9 (6,0)		72,6 (5,9)	
(<i>min</i> – <i>máx</i>)	61 – 83		55 – 84		55 – 84	
55 – 64	2	3,8	2	3,8	4	3,8
65 – 74	32	61,5	32	61,5	64	61,5
75 – 84	18	34,6	18	34,6	36	34,6
Género						
Feminino	42	80,8	42	80,8	84	80,8
Masculino	10	19,2	10	19,2	20	19,2
Estado Civil						
Solteiro(a)	2	3,8	3	5,8	5	4,8
Casado(a)/União de facto	32	61,5	32	61,5	64	61,5
Separado(a)/Divorciado(a)	5	9,6	1	1,9	6	5,8
Viúvo(a)	13	25,0	16	30,8	29	27,9
Nível de Escolaridade						
Sem escolaridade	--	--	4	7,7	4	3,8
1º - 4º anos	46	88,5	38	73,1	84	80,8
5º - 6º anos	1	1,9	1	1,9	2	1,9
7º - 9º anos	2	3,8	3	5,8	5	4,8
10 - 12º anos	3	5,8	5	9,6	8	7,7
Ensino superior	--	--	1	1,9	1	1,0
Situação Profissional						
Empregado	--	--	4	7,8	4	3,9
Desempregado	3	5,9	--	--	3	2,9
Reformado	48	94,1	47	92,2	95	93,1
Rendimento Mensal						
Inferior a 250€	3	5,9	1	2,0	4	4,0
De 250€ a 420€	9	17,6	7	14,0	16	15,8
De 421€ a 750€	13	25,5	17	34,0	30	29,7
De 751€ a 1000€	21	41,2	8	16,0	29	28,7
De 1001 a 2000€	5	9,8	11	22,0	16	15,8
Superior a 2000€	--	--	6	12,0	6	5,9
Tem filhos	45	91,8	49	94,2	94	93,1
N.º de Filhos <i>M</i> (<i>DP</i>)	2,6 (1,2)		2,9 (1,9)		2,7 (1,6)	
<i>Mo</i>	2		2		2	
(<i>min</i> – <i>máx</i>)	1 – 6		1 – 12		1 – 12	
Vive com outras pessoas	37	71,2	40	76,9	77	74,0

A respeito da escolaridade, importa destacar que 80,8% (n=84) possuem estudos ao nível do 1º e 4º anos, averiguando-se que esse é o nível de escolaridade da maioria dos participantes dos dois grupos, sendo que no grupo PIA se observa uma percentagem superior (88,5%) de pessoas que possuem 1 a 4 anos de estudos. Existem, ainda, outras diferenças a destacar, nomeadamente a questão de o grupo

Comparação possuir elementos sem escolaridade ($n=4$) e com escolaridade ao nível do ensino superior ($n=1$), o que não se verifica no grupo de participantes que estão inseridos nos programas autárquicos, e de ter quase o dobro ($n=5$) do número de elementos com estudos ao nível do 10^o - 12^o anos.

Relativamente à situação profissional atual, confirma-se um predomínio (93,1%) de participantes em situação de reforma ($n=95$), sendo a percentagem praticamente equivalente em ambos os grupos. Sobre este dado sociodemográfico também existem algumas divergências a apontar, designadamente o aspeto de o grupo PIA incluir elementos em situação de desemprego ($n=3$), o que não se verifica no grupo Comparação, e de o grupo Comparação integrar participantes empregados ($n=4$), facto não observado no outro grupo amostral.

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar, verifica-se que na maior proporção (29,7%) dos elementos da amostra ($n=30$) o mesmo se compreende entre os 421 e os 750 euros, que numa percentagem relativamente inferior (28,7%) de participantes ($n=29$) varia entre 751 e 1000 euros, averiguando-se, também, que 5,9% dos elementos ($n=6$) auferem mais de 2000 euros, e que em 4,0% dos indivíduos ($n=4$) as famílias têm um rendimento por mês inferior a 250 euros. Igualmente a este nível se observa uma certa diversidade entre os dois grupos. O grupo PIA possui uma percentagem superior de pessoas com rendimento mensal abaixo dos 250 euros (5,9%), compreendido entre os 250 e os 420 euros (17,6%) e, um valor que realmente se destaca, o qual se refere à proporção de pessoas que recebem valores que variam entre os 751 e os 1000 euros mensais (41,2%). Por outro lado, no grupo Comparação, verifica-se uma proporção superior de pessoas que auferem entre 451 e 750 euros (34,0%), de 1001 a 2000 euros (22,0%) e mais de 2000 euros (12,0%), sendo que relativamente a esta última categoria não se contabilizam pessoas no grupo PIA.

No que se refere ao número de filhos, os resultados variam entre 1 e 6 ($M = 2,6$; $DP = 1,2$) no grupo PIA, e entre 1 e 12 ($M = 2,9$; $DP = 1,9$) no grupo Comparação.

Por sua vez, verifica-se que a maioria dos participantes do grupo PIA (71,2%) e do grupo Comparação (77,0%) vive com outras pessoas.

É de salientar que se verificaram valores omissos em algumas das variáveis apresentadas, nomeadamente: um valor omissos, referente ao dado sociodemográfico de situação profissional, em cada um dos grupos; na característica rendimento mensal, averiguou-se um valor omissos no grupo PIA e dois no grupo Comparação; bem como três valores omissos na variável número de filhos, relativamente ao grupo PIA.

1.2. Caracterização dos participantes quanto ao envolvimento social em atividades recreativas

A caracterização dos participantes relativamente ao seu envolvimento social em atividades recreativas contemplará dois aspetos distintos, designadamente: (1) caracterização do grupo PIA quanto à sua participação em atividades recreativas e sociais das iniciativas autárquicas e (2) caracterização dos participantes no que se refere à participação social em ações não incluídas nos referidos programas/projetos.

Caraterização do grupo PIA

Um outro aspeto importante neste estudo é a participação das pessoas idosas em atividades sociais e recreativas, dos programas/projetos da câmara municipal, nas quais os participantes do grupo PIA se encontram envolvidos.

Tendo por base as informações retratadas na Tabela 2, relativamente à tipologia de programas/projetos em que os participantes estão envolvidos, é possível afirmar que as atividades que têm maior adesão são a hidroginástica e a ginástica. Mais especificamente, 73,1% dos participantes (n=38) participam na hidroginástica e 71,2% (n=37) na ginástica. Seguem-se o baile e o jardim de Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM), com 44,2% (n=23) e 26,9% (n=14) de participantes envolvidos, respetivamente. Por sua vez, o cinema e as oficinas são as atividades com menor procura, sendo que 7,7% dos participantes (n=4) estão integrados na primeira e 5,8% (n=3) na segunda. Note-se que os participantes podem estar envolvidos em mais do que um tipo de atividades.

Tabela 2. Tipologia dos PIA

	Grupo PIA			
	n = 52			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Envelhecer com qualidade				
Baile	23	44,2	29	55,8
Cinema	4	7,7	48	92,3
Oficinas	3	5,8	49	94,2
Teatro	7	13,5	45	86,5
Jardim de Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM)	14	26,9	38	73,1
Vencer a idade com saúde				
Ginástica	37	71,2	15	28,8
Hidroginástica	38	73,1	14	26,9

Ao analisar a Tabela 3 verifica-se que o principal motivo que incentiva os elementos a participar nas atividades de intervenção autárquica é a questão de manter

a saúde, dado que a maioria (78,8%) dos participantes (n=41) refere esse facto. A segunda principal razão é a ocupação do tempo, pois a mesma foi citada por 57,7% dos elementos do grupo (n=30), já a prática de atividade física surge como a terceira justificação mais referenciada, tendo sido apresentada por 44,2% dos participantes (n=23).

Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIA

	Grupo PIA	
	n = 52	
	n	%
Ocupar o tempo	30	57,7
Conhecer novas pessoas	20	38,5
Manter a saúde	41	78,8
Praticar atividade física	23	44,2
Participar em atividades de que gosta	20	38,5
Outro		
Envolvimento com os outros	5	9,6
Envolvimento em atividades	4	7,7
Recomendação médica	3	5,8

Tendo em consideração o tempo de participação dos elementos do grupo PIA nas referidas atividades, pela leitura da Tabela 4 destacam-se duas categorias temporais com uma percentagem mais elevada. Mais concretamente, 34,6% dos participantes (n=18) estão envolvidos nessa tipologia de atividades num intervalo de tempo compreendido entre 1 e 3 anos, e 32,7% (n=17) participam nas mesmas há mais de 6 anos.

Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIA

	Grupo PIA	
	n = 52	
	n	%
<1 ano	4	7,7
1-3 anos	18	34,6
4-6 anos	13	25,0
+6 anos	17	32,7

Em relação à frequência atual de participação nas atividades, destaca-se que a maioria (55,8%) dos participantes (n=29) se envolve nestas ações duas vezes por semana, e que apenas 1,9% (n=1) tem uma periodicidade superior, correspondendo a quatro vezes por semana (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência atual de participação nos PIA

	Grupo PIA	
	n = 52	
	n	%
Uma vez por semana	11	21,2
Duas vezes por semana	29	55,8
Uma vez por mês	10	19,2
Outra		
Quatro vezes por semana	1	1,9

Para concluir a apresentação de resultados relativamente ao grupo PIA, expõem-se, na Tabela 6, os dados relativos à assiduidade às atividades.

Tabela 6. Assiduidade aos PIA

	Grupo PIA	
	n = 52	
	n	%
Sim	51	98,1
Não	1	1,9

Nesse domínio, praticamente a totalidade dos participantes, ou seja, 98,1% (n=51), consideram-se assíduos.

Caraterização dos participantes quanto à participação social em outras atividades de lazer para além dos PIA

A última grande temática a ter em conta na presente secção, de descrição dos elementos da amostra, prende-se com a participação social global, dos dois grupos de participantes, sobre a qual se passa a apresentar os respetivos resultados.

Pela observação da Tabela 7 é possível afirmar que 34,6% e 48,1% dos participantes do grupo PIA (n=18) e Comparação (n=25), respetivamente, estão envolvidos noutras atividades recreativas e sociais, as quais não estão integradas nos programas da câmara municipal.

Tabela 7. Participação em atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	18	34,6	25	48,1	43	41,3
Não	34	65,4	27	51,9	61	58,7

No que concerne à tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos programas/projetos da câmara municipal, verifica-se que 50,0% dos participantes do grupo PIA opta por participar em ações que estejam relacionadas com o envolvimento com os outros, isto é, que integrem o convívio. De modo distinto, as ações mais procuradas pelos participantes do grupo Comparação são as que estão relacionadas com a atividade física (36,0%) e com o lazer (36,0%) (Tabela 8).

Tabela 8. Tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 43	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Atividade física	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Envolvimento com os outros	9	50,0	5	20,0	14	32,6
Atividades de lazer	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Voluntariado	1	5,6	2	8,0	3	7,0

De acordo com os dados da Tabela 9, averigua-se que, no último ano, 9,8% dos participantes do grupo PIA (*n*=5) e 1,9% dos elementos do grupo Comparação (*n*=1) reportam ter realizado atividades recreativas e sociais novas, ou diferentes daquelas em que habitualmente participam. A este respeito deve, ainda, referir-se que se observou um valor omissivo no grupo que participa nas atividades do município.

Tabela 9. Realização de atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA no último ano

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 51		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 103	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	5	9,8	1	1,9	6	5,8
Não	46	90,2	51	98,1	97	94,2

Retomando a questão da realização de atividades recreativas e sociais novas, no último ano, e considerando a tipologia dessas mesmas, o maior número de participantes do grupo PIA (*n*=3) concretizou atividades de envolvimento com os

outros que não tinha realizado anteriormente (Tabela 10). No que se refere ao grupo Comparação, as atividades distintas em que está envolvido o único elemento que respondeu afirmativamente a essa questão, estiveram relacionadas com o lazer.

Tabela 10. Tipologia de atividades recreativas e sociais novas não integradas nos PIA realizadas no último ano

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 5		n = 1		n = 6	
	n	%	n	%	n	%
Atividade física	1	20,0	--	--	1	16,7
Envolvimento com os outros	3	60,0	--	--	3	50,0
Atividades de lazer	1	20,0	1	100,0	2	33,3

Relativamente à comparação da frequência de participação atual com o passado (Tabela 11), confere-se que a maioria (46,2%) dos participantes (n=24) do grupo PIA afirma que no presente a sua participação em atividades deste género é maior do que antes, e que um grande número de elementos (n=21), correspondendo a 40,4%, aponta um grau de envolvimento semelhante ao do passado. De modo distinto, no grupo Comparação, a maior proporção (44,2%) de participantes (n=23) refere que a sua participação social atual é inferior à do passado, seguida de um grande número de elementos (n=20) cujo envolvimento social é semelhante ao dos anos anteriores, este último equivalente a 38,5%.

Tabela 11. Comparação da frequência de participação em atividades recreativas e sociais atuais/presentes e no passado

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 52		n = 52		n = 104	
	n	%	n	%	n	%
Maior do que antes	24	46,2	9	17,3	33	31,7
Igual a antes	21	40,4	20	38,5	41	39,4
Menor do que antes	7	13,5	23	44,2	30	28,8

Por sua vez, se a comparação da frequência é relacionada com as outras pessoas da mesma idade, e de acordo com a sua perceção (Tabela 12), averigua-se que o predomínio se situa na categoria “igual à maioria das pessoas”, nos dois grupos, com uma proporção de 50,0% no grupo PIA (n=26) e de 42,3% no grupo Comparação (n=22). Porém, no que se refere à segunda categoria selecionada por um grande número de participantes, no grupo PIA é a “maior do que a maioria das pessoas” (n=23), correspondendo a 44,2%, já no grupo Comparação é a opção oposta, ou seja, “menor do que a maioria das pessoas” (n=17), equivalente a 32,7%.

Tabela 12. Comparação da frequência de participação em atividades recreativas e sociais com pessoas da mesma idade

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Maior do que a maioria das pessoas	23	44,2	13	25,0	36	34,6
Igual à maioria das pessoas	26	50,0	22	42,3	48	46,2
Menor do que a maioria das pessoas	3	5,8	17	32,7	20	19,2

Seguidamente, ao visualizar os dados apresentados na Tabela 13, consegue salientar-se um conjunto de atividades, recreativas e sociais não integradas nos PIA, que os participantes dos dois grupos afirmam ter realizado no último ano. No âmbito dessas mesmas, a que foi concretizada pela maioria (90,4%) dos participantes do grupo PIA (*n*=47) foi “frequentar a igreja ou serviços religiosos”, sendo que também se destacam “visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos” e “ajudar familiares, amigos e vizinhos sem ser pago por isso”, cada uma dessas mesmas concretizada por um elevado número de elementos (*n*=46), correspondendo a proporções 90,2% e de 88,5%, respetivamente. No grupo Comparação, embora as ações que se destacam sejam as mesmas, a que foi realizada pela maior parte (92,2%) dos participantes (*n*=47) foi “visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos”, seguindo-se “frequentar a igreja ou serviços religiosos” (88,0%) e “ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso” (84,6%).

Deve ressaltar-se, contudo, relativamente aos resultados apresentados na Tabela 13, que se observaram valores omissos em cada uma das seguintes atividades/grupo: um valor omissos em cada um dos grupos em “visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos”; um valor omissos no grupo PIA em “participar numa associação/grupo”; dois valores omissos no grupo Comparação em “frequentar a igreja ou serviços religiosos”.

Tabela 13. Tipologia de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA realizadas no último ano

	Grupo PIA				Grupo Comparação				Total			
	<i>n</i> = 52				<i>n</i> = 52				<i>n</i> = 104			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ir a restaurantes, cafés, assistir a eventos desportivos ou espetáculos culturais	37	71,2	15	28,8	42	80,8	10	19,2	79	76,0	25	24,0
Fazer viagens ou excursões com outras pessoas	39	75,0	13	25,0	25	48,1	27	51,9	64	61,5	40	38,5
Visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos	46	90,2	5	9,8	47	92,2	4	7,8	93	89,4	9	8,7
Participar numa associação/grupo	25	49,0	26	51,0	11	21,2	41	78,8	36	34,6	67	64,4
Frequentar a igreja ou serviços religiosos	47	90,4	5	9,6	44	88,0	6	12,0	91	87,5	11	10,6
Ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso	46	88,5	6	11,5	44	84,6	8	15,4	90	86,5	14	13,5
Fazer voluntariado	4	7,7	48	92,3	7	13,5	45	86,5	11	10,6	93	89,4

No sentido de ultimar a apresentação de resultados relativos à participação social global, passa a expor-se os dados inerentes ao grau de entusiasmo dos participantes em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização (Tabela 14). A este respeito parece pertinente realçar que 25,0% dos elementos do grupo PIA ($n=13$) e 28,0% dos participantes do grupo Comparação ($n=14$) refere um grau de entusiasmo de nível 5. Assim como, que a maior proporção de elementos do grupo PIA (53,9%) e do grupo Comparação (58,0%) classifica o seu nível de entusiasmo como sendo superior a esse valor intermédio.

Comparando os dois grupos, verifica-se que há mais participantes nada entusiasmados ($n=6$), correspondendo a 12,0%, assim como totalmente entusiasmados ($n=11$), equivalente a 22,0%, no grupo Comparação.

Neste domínio, considera-se pertinente citar que foram observados dois valores omissos no grupo Comparação.

Tabela 14. Grau de entusiasmo em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 50		<i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 (Nada entusiasmado)	1	1,9	6	12,0	7	6.9
1	3	5,8	--	--	3	2.9
3	5	9,6	1	2,0	6	5.9
4	2	3,8	--	--	2	2.0
5	13	25,0	14	28,0	27	26.5
6	3	5,8	--	--	3	2.9
7	5	9,6	3	6,0	8	7.8
8	7	13,5	7	14,0	14	13.7
9	7	13,5	8	16,0	15	14.7
10 (Totalmente entusiasmado)	6	11,5	11	22,0	17	16.7

Em síntese, pode-se afirmar que os 104 participantes têm idades compreendidas entre os 55 e os 84 anos ($M = 72,6$; $DP = 5,9$), são maioritariamente (80,8%) mulheres, casados ou que vivem em união de facto (61,5%), que possuem estudos ao nível do 1º e 4º anos (80,8%), predominantemente reformados (93,1%), que no seio dos mesmos existe uma grande proporção de participantes cujo rendimento mensal do agregado familiar se insere nos intervalos de 421 a 750 euros (29,7%) e 751 a 1000 euros (28,7), assim como que a maioria (74,0%) vive com outras pessoas.

A amostra é dividida em dois grupos: o grupo PIA ($n=52$) e o grupo Comparação ($n=52$), equivalentes relativamente às variáveis género e grupo etário.

No que se refere as atividades recreativas e sociais dos PIA, confirma-se que há um predomínio de envolvimento dos participantes na hidroginástica (73,1%) e na ginástica (71,2%), e que o principal motivo que incentivou as pessoas a se inscreverem nos programas/projetos foi a questão da manutenção da saúde (78,8%). Averigua-se que a maioria (34,6%) dos elementos participam nas atividades num intervalo de tempo compreendido entre 1 e 3 anos, que a participação atual é de duas vezes por semana, assim como que praticamente a totalidade (98,1%) dos participantes se consideram assíduos.

Para além das atividades desenvolvidas pela autarquia, 41,3% dos inquiridos envolvem-se noutras ações recreativas e sociais, sendo que 50,0% dos participantes do grupo PIA opta por se envolver em atividades que estejam relacionadas com o envolvimento com os outros, e que uma grande proporção de participantes do grupo Comparação procura atividades relacionadas com a atividade física (36,0%) e com o lazer (36,0%). No último ano, a ação concretizada pela maioria dos sujeitos do grupo PIA (90,4%) foi “frequentar a igreja ou serviços religiosos”, e pela maior proporção de participantes do grupo Comparação (92,2%) foi “visitar ou receber

amigos/familiares/vizinhos”. Ao fazer a comparação da frequência de participação atual com o passado, a generalidade dos elementos do grupo PIA (46,2%) afirma que no presente é maior do que antes, e a maioria dos elementos do grupo Comparação (44,2%) refere ser “menor do que antes”. Por sua vez, ao estabelecer a relação com as outras pessoas da mesma idade, averigua-se que o predomínio (46,2%) se situa na categoria “igual à maioria das pessoas”. Por fim, verifica-se uma grande percentagem (55,8%) de participantes que classifica o seu nível de entusiasmo, em fazer planos para o futuro e trabalhar para os concretizar, como sendo superior a 5.

2. Capacidade funcional na vida diária e qualidade de vida

Na presente secção pretende-se apresentar dados relativos à descrição da capacidade funcional para execução das AIVD e da QdV, bem como a análise comparativa dos grupos PIA e Comparação em relação a essas duas variáveis.

2.1. Capacidade funcional na vida diária

Quanto à capacidade funcional para executar as AIVD, pela análise dos resultados, apresentados na Tabela 15, é possível verificar que todos os participantes do grupo PIA são independentes na atividade “responsável pelos medicamentos”. Outras tarefas que se destacam com bons resultados são “preparar a comida” (96,2%), “lavar a roupa” (94,2%), “uso do telefone” e “uso do dinheiro” (92,3%), assim como “uso de transporte” (90,4%). Os dados relativos ao grupo Comparação apresentam algumas semelhanças, na medida em que a AIVD na qual os elementos evidenciam maior independência é no item “responsável pelos medicamentos” (98,1%), seguida pelas tarefas “preparar a comida” (96,2%) e “lavar a roupa” (90,4%).

Assim, o item “cuidar da casa” é aquele em que se observa uma percentagem mais reduzida de pessoas independentes, tanto no grupo PIA (67,3%), como no grupo Comparação (69,2%).

Tabela 15. Descrição da capacidade funcional para executar as AIVD

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	n = 52		n = 52		n = 104	
	n	%	n	%	n	%
Cuidar da casa						
Cuida da casa sem ajuda	35	67,3	36	69,2	71	68,3
Faz tudo exceto o trabalho pesado	8	15,4	8	15,4	16	15,4
Só faz tarefas leves	7	13,5	7	13,5	14	13,5
Necessita de ajuda para todas as tarefas	2	3,8	1	1,9	3	2,9
Lavar a roupa						
Lava a sua roupa	49	94,2	47	90,4	96	92,3
Só lava pequenas peças	1	1,9	3	5,8	4	3,8
É incapaz de lavar a sua roupa	2	3,8	2	3,8	4	3,8
Preparar a comida						
Planeia, prepara e serve sem ajuda	50	96,2	50	96,2	100	96,2
Prepara se lhe derem os ingredientes	1	1,9	2	3,8	3	2,9
Incapaz de preparar as refeições	1	1,9	--	--	1	1,0
Ir às compras						
Faz as compras sem ajuda	45	86,5	45	86,5	90	86,5
Só faz pequenas compras	4	7,7	3	5,8	7	6,7
Faz as compras acompanhado	3	5,8	3	5,8	6	5,8
É incapaz de ir às compras	--	--	1	1,9	1	1,0
Uso do telefone						
Usa-o sem dificuldade	48	92,3	45	86,5	93	89,4
Só liga para lugares familiares	3	5,8	7	13,5	10	9,6
Incapaz de usar o telefone	1	1,9	--	--	1	1,0
Uso de transporte						
Viaja em transporte público ou conduz	47	90,4	44	84,6	91	87,5
Só anda de táxi	1	1,9	--	--	1	1,0
Necessita de acompanhamento	4	7,7	7	13,5	11	10,6
Incapaz de usar o transporte	--	--	1	1,9	1	1,0
Uso do dinheiro						
Paga as contas, vai ao banco, etc.	48	92,3	45	86,5	93	89,4
Só em pequenas quantidades de dinheiro	3	5,8	7	13,5	10	9,6
Incapaz de utilizar o dinheiro	1	1,9	--	--	1	1,0
Responsável pelos medicamentos						
Responsável pela sua medicação	52	100,0	51	98,1	103	99,0
Necessita que lhe preparem a medicação	--	--	1	1,9	1	1,0

Estabelecendo um perfil comparativo, entre os dois grupos, é possível referir que nas tarefas “lavar a roupa”, “uso de telefone”, “uso de transporte”, “uso do dinheiro” e “responsável pelos medicamentos”, se observam proporções de independência superiores no grupo PIA. Por sua vez, no que concerne a “cuidar da casa”, é no grupo Comparação que a percentagem de indivíduos independentes é maior.

A este respeito, considera-se igualmente pertinente salientar que, para além da atividade “responsável pelos medicamentos”, nos itens “cuidar da casa”, “ir às compras” e “uso de transporte” não se contabiliza nenhum participante do grupo PIA com um nível máximo de dependência. No grupo Comparação, para além das AIVD “cuidar da casa” e “responsável pelos medicamentos”, de modo semelhante aos

resultados anteriormente descritos, também nas tarefas “preparar a comida”, “uso de telefone” e “uso do dinheiro” não se averigua nenhum caso com dependência total.

Tabela 16. Grau de dependência nas AIVD

	Grupo PIA		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Independente	26	50,0	27	51,9	53	51,0
Moderadamente dependente	26	50,0	25	48,1	51	49,0

Fazendo uma análise dos graus de dependência separadamente (Tabela 16), é possível afirmar que 51,0% dos participantes (*n*=53) são classificados como independentes e que os restantes 49,0% são qualificados como moderadamente dependentes. Deve-se, ainda, destacar que nenhum elemento da amostra é considerado severamente dependente no que se refere ao desempenho das AIVD.

Os participantes do grupo PIA obtiveram uma pontuação média de 9,3 (*DP* = 1,8) pontos no Índice de Lawton e Brody, apresentando uma variação de valores entre 8 e 16 e os do grupo Comparação apresentam uma ponderação média correspondente a 9,5 (*DP* = 2,4), oscilando entre os 8 e 19 pontos (Tabela 17).

Ainda sobre esta questão, considerando os diferentes itens do respectivo índice, verifica-se que as pontuações médias de cada um desses mesmos são praticamente equivalentes em ambos os grupos.

Tabela 17. Análise da capacidade funcional para executar as AIVD em função da participação social

	Grupo PIA	Grupo Comparação	<i>t</i> (102)	<i>p</i>
	<i>n</i> = 52	<i>n</i> = 52		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Capacidade Funcional para as AIVD Min-Máx	9,3 (1,8) 8 – 16	9,5 (2,4) 8 – 19	0,506	0,614
Cuidar da casa Min-Máx	1,5 (0,9) 1 – 4	1,5 (0,8) 1 – 4		
Lavar a roupa Min-Máx	1,1 (0,4) 1 – 3	1,1 (0,4) 1 – 3		
Preparar a comida Min-Máx	1,1 (0,4) 1 – 4	1,0 (0,2) 1 – 2		
Ir às compras Min-Máx	1,2 (0,5) 1 – 3	1,2 (0,6) 1 – 4		
Uso do telefone Min-Máx	1,1 (0,5) 1 – 4	1,1 (0,3) 1 – 2		
Uso de transporte Min-Máx	1,2 (0,6) 1 – 3	1,3 (0,8) 1 – 4		
Uso do dinheiro Min-Máx	1,1 (0,4) 1 – 3	1,1 (0,3) 1 – 2		
Responsável pelos medicamentos Min-Máx	1,0 (0,0) 1 – 1	1,0 (0,1) 1 – 2		

Para finalizar, importa destacar que quando comparados os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao desempenho das AIVD (Tabela 17).

2.2. Qualidade de vida geral e respetivas facetas

No que respeita à QdV, verifica-se que a pontuação média global dos participantes corresponde a 64,1 (*DP* = 15,4) pontos, variando entre 25,0 e 100,0 (Tabela 18), o que poderá retratar um nível de QdV geral moderado.

Tendo em consideração cada um dos domínios/facetas da escala WHOQOL-Bref, averigua-se que o *domínio psicológico* é o que evidencia uma pontuação média mais elevada, tanto no grupo PIA (*M* = 73,9; *DP* = 11,5), como no grupo Comparação (*M* = 72,4; *DP* = 13,2), comparativamente aos restantes. Por sua vez, o *domínio físico* é o que apresenta o valor médio mais baixo, 65,7 (*DP* = 13,8) e 65,8 (*DP* = 17,0) pontos nos grupos PIA e Comparação, respetivamente. O *domínio ambiente* é o

segundo a apresentar um somatório médio mais baixo, em ambos os grupos ($M = 66,3$; $DP = 11,5$ vs. $M = 69,1$; $DP = 12,7$).

No caso do *domínio relações sociais* observa-se o limite mínimo mais baixo, correspondendo a 33,3 pontos no grupo PIA e a 25,0 pontos no grupo Comparação.

Tabela 18. Análise da qualidade de vida em função da participação social

	Grupo PIA	Grupo Comparação	Total	$t(102)$	p
	$n = 52$	$n = 52$	$n = 104$		
	$M(DP)$	$M(DP)$	$M(DP)$		
Qualidade de vida/faceta geral Min-Máx	60,6 (14,1) 25,0 – 87,5	67,5 (15,9) 25,0 – 100,0	64,1 (15,4) 25,0 – 100,0	2,366	0,020*
Domínio físico Min-Máx	65,7 (13,8) 35,7 – 96,4	65,8 (17,0) 32,1 – 100,0	65,8 (15,4) 32,1 – 100,0	0,023	0,982
Domínio psicológico Min-Máx	73,9 (11,5) 54,2 – 100,0	72,4 (13,2) 45,8 – 95,8	73,2 (12,3) 45,8 – 100,0	-0,596	0,553
Domínio relações sociais Min-Máx	69,1 (13,6) 33,3 – 100,0	71,8 (14,7) 25,0 – 100,0	70,4 (14,2) 25,0 – 100,0	0,980	0,330
Domínio ambiente Min-Máx	66,3 (11,5) 34,4 – 84,4	69,1 (12,7) 46,9 – 96,9	67,7 (12,1) 34,4 – 96,9	1,138	0,258

* $p < 0,05$

Quando se procede à comparação dos dois grupos, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na *QdV/faceta geral* ($t(102) = 2,366$; $p = 0,020$), com o grupo Comparação a apresentar valor médio mais elevado ($M = 67,5$; $DP = 15,9$ vs. $M = 60,6$; $DP = 14,1$) (Tabela 18).

Relativamente ao grupo de PIA reporta-se os dados relativos à QdV em função da duração nos programas/projetos.

Tabela 19. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função da duração nos PIA

	Duração PIA ≤ 3 anos	Duração PIA > 3 anos	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 22	<i>n</i> = 30		
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>		
Qualidade de vida/faceta geral	62,5 (3,4)	59,2 (2,3)	270,50	0,253
Domínio físico	69,2 (2,8)	63,2 (2,5)	226,50	0,054*
Domínio psicológico	71,6 (2,5)	75,6 (2,1)	271,00	0,272
Domínio relações sociais	66,7 (2,8)	70,8 (2,5)	262,50	0,204
Domínio ambiente	66,8 (2,6)	66,0 (2,1)	316,00	0,794

* $p < 0,10$

Ao analisar a Tabela 19, verifica-se que existem diferenças marginalmente significativas (Martins, 2011, p.159) ao nível do *domínio físico* da QdV, entre os participantes que estão nos PIA num período de tempo igual ou inferior a 3 anos e aqueles que estão integrados nos referidos programas/projetos há 4 anos ou mais, sendo que os primeiros apresentam um valor médio superior no referido domínio ($M = 69,2$; $DP = 2,8$ vs. $M = 63,2$; $DP = 2,5$) ($U = 226,50$, $p = 0,054$).

3. Análise de diferenças entre grupos

No sentido de finalizar a apresentação de resultados, do presente trabalho de investigação, passa-se a abordar a análise de diferenças entre os diversos grupos.

Ao analisar os resultados apresentados na Tabela 20 verifica-se que, relativamente às diferenças na QdV em função do grupo de pertença e grau de dependência nas AIVD, no grupo Comparação, os participantes independentes apresentam um valor médio de QdV mais elevado no *domínio físico* ($M = 71,7$; $DP = 15,8$ vs. $M = 59,4$; $DP = 16,2$) ($F(3,100) = 2,903$, $p = 0,039$).

Tabela 20. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do grupo de pertença e grau de dependência nas AIVD

	Grupo PIA		Grupo Comparação		F (3,100)	p
	Independente	Moderadamente dependente	Independente	Moderadamente dependente		
	n = 26	n = 26	n = 27	n = 25		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Qualidade de vida/faceta geral	60,6 (13,1)	60,6 (15,3)	69,9 (13,1)	65,0 (18,4)	2,314	0,080
Domínio físico	66,1 (12,4)	65,4 (15,3)	71,7 (15,8)	59,4 (16,2)	2,903	0,039*
Domínio psicológico	73,4 (11,5)	74,4 (11,6)	75,2 (10,2)	69,5 (15,5)	1,060	0,370
Domínio relações sociais	70,2 (13,4)	67,9 (14,1)	70,1 (15,2)	73,7 (14,2)	0,703	0,552
Domínio ambiente	65,6 (12,8)	67,1 (10,3)	74,1 (11,9)	63,6 (11,3)	4,030	0,009**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Por sua vez, também no *domínio ambiente* se verificam diferenças estatisticamente significativas ($F(3,100) = 4,030$, $p = 0,009$). Observa-se que os participantes independentes do grupo PIA têm uma ponderação média de QdV inferior, comparativamente aos do grupo Comparação ($M = 65,6$; $DP = 12,8$ vs. $M = 74,1$; $DP = 11,9$). Igualmente se averigua que, no grupo Comparação, os indivíduos com menor grau de dependência têm uma melhor perceção de QdV em relação ao domínio referido, comparativamente aos que são classificados como moderadamente dependentes ($M = 74,1$; $DP = 11,9$ vs. $M = 63,6$; $DP = 11,3$) (Tabela 20).

Seguidamente, fez-se a análise da QdV em função do grupo de pertença e da idade, porém não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 21).

Tabela 21. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do grupo de pertença e da idade

	Grupo PIA		Grupo Comparação		χ^2 (3)	<i>p</i>
	55 – 74 anos	75 – 84 anos	55 – 74 anos	75 – 84 anos		
	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 34	<i>n</i> = 18		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Qualidade de vida/faceta geral	59,2 (12,8)	63,2 (16,3)	68,0 (15,7)	66,7 (16,6)	7,304	0,063
Domínio físico	67,8 (14,5)	61,9 (11,8)	68,8 (16,7)	60,1 (16,6)	6,241	0,100
Domínio psicológico	73,0 (12,5)	75,5 (9,2)	73,9 (11,4)	69,7 (16,0)	1,540	0,673
Domínio relações sociais	69,9 (15,2)	67,6 (10,3)	71,8 (15,2)	71,8 (14,0)	1,498	0,683
Domínio ambiente	67,4 (10,9)	64,4 (12,8)	71,8 (12,9)	63,9 (10,7)	5,023	0,170

Relativamente às diferenças na QdV em função do grupo de pertença e do género, considerando os dados da Tabela 22, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na *QdV/faceta geral* ($F(3,100) = 3,400$, $p = 0,021$). Observa-se que os homens do grupo PIA têm uma pior perceção de QdV geral, quando comparados com os participantes do género masculino do grupo Comparação ($M = 62,5$; $DP = 13,2$ vs. $M = 76,3$; $DP = 7,1$). Por sua vez, é também possível verificar que, no grupo Comparação, as mulheres têm uma QdV geral inferior, em relação aos homens ($M = 65,5$; $DP = 16,7$ vs. $M = 76,3$; $DP = 7,1$).

Tabela 22. Diferenças ao nível da qualidade de vida em função do grupo de pertença e género

	Grupo PIA		Grupo Comparação		<i>F</i> (3,100)	<i>p</i>
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	<i>n</i> = 42	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 42	<i>n</i> = 10		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Qualidade de vida/faceta geral	60,1 (14,4)	62,5 (13,2)	65,5 (16,7)	76,3 (7,1)	3,400	0,021*
Domínio físico	64,2 (13,5)	72,1 (13,7)	64,2 (17,5)	72,5 (13,9)	1,519	0,214
Domínio psicológico	72,4 (11,1)	80,0 (11,4)	70,4 (12,7)	80,8 (12,3)	3,259	0,025*
Domínio relações sociais	68,7 (14,5)	70,8 (9,8)	70,4 (14,4)	77,5 (15,2)	1,055	0,372
Domínio ambiente	65,9 (11,9)	68,1 (10,4)	67,3 (12,6)	76,6 (10,3)	2,174	0,096

* $p < 0,05$

Quanto ao *domínio psicológico* averigua-se que, quando comparados os homens e as mulheres integrados no grupo Comparação, os participantes do género feminino evidenciam menor valor médio de QdV na faceta em questão ($M = 70,4$, $DP = 12,7$ vs. $M = 80,8$, $DP = 12,3$) ($F(3,100) = 3,259$, $p = 0,025$) (Tabela 22).

DISCUSSÃO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Finalizada a apresentação dos resultados importa analisá-los e interpretá-los à luz do enquadramento concetual e empírico. Para dar início à discussão, retoma-se os objetivos estabelecidos para o presente estudo: (1) caracterizar a amostra em termos sociodemográficos e de envolvimento social; (2) comparar a capacidade funcional e a qualidade de vida de pessoas mais velhas em função da participação social; (3) analisar a qualidade de vida em função das características sociodemográficas e grau de dependência na vida diária, de pessoas mais velhas que participam, ou não, em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica.

Fazem parte deste estudo 104 participantes, sendo que 50% integram PIA (grupo de referência) e os restantes servem de grupo de comparação (n=52), emparelhados em termos de género e grupo etário.

Os participantes têm uma média de idade de 72,6 ($DP = 5,9$) anos, compreendidas entre os 55 e os 84 anos, sendo que a grande maioria (61,5%) pertence ao grupo etário 65 – 74 anos. São maioritariamente do género feminino (80,8%), casados/em união de facto (61,5%), com escolaridade entre 1º e 4º anos (80,8%), contabilizando-se quatro participantes sem estudos. Há predomínio de reformados (93,1%), com elevada percentagem de participantes que têm um rendimento mensal do agregado familiar entre 421 e 750 euros (29,7%) e entre 751 e 1000 euros (28,7%). Importa, ainda, destacar que a maioria dos participantes (74,0%) vive com outras pessoas, sendo que apenas cerca de um quarto da amostra (26,0%) vive sozinho.

Acerca das características sociodemográficas da amostra existem alguns aspetos pertinentes a reportar.

A particularidade de a amostra integrar maior número de elementos do género feminino poderá dever-se a duas razões: (1) o género feminino tem uma esperança de vida à nascença superior, comparativamente ao género masculino (Rosa, 2012); (2) tendo em conta que os participantes desta investigação são indivíduos envolvidos em PIA, parece que há maior probabilidade de as mulheres beneficiarem da participação ativa em programas/projetos deste tipo, comparativamente aos homens (Tomioka *et al.*, 2016a; Villaverde-Gutiérrez *et al.*, 2015). Além disso, o facto de a maioria dos elementos ser casado/em união de facto poderá, eventualmente, justificar-se pelo predomínio do grupo etário 65 – 74 anos, assim como pela esperança média de vida à nascença ser de 76 e 82 anos, para os homens e mulheres, respetivamente, havendo uma menor probabilidade de viuvez nesta faixa etária, sendo essa situação mais frequente em idades mais avançadas (Rosa, 2012).

Observa-se que, no grupo estudado, a escolaridade é baixa, possivelmente devido à escolaridade mínima da época e ao começo precoce da entrada no mercado de trabalho. A maior proporção de reformados também poderá estar relacionada com a faixa etária, considerando a idade média para a reforma em Portugal (64,2 anos) em 2017, como se pode observar na base de dados da Fundação Francisco Manuel dos Santos (2018).

Outro aspeto que merece destaque, no âmbito do presente estudo, é o envolvimento dos participantes do grupo de referência (i.e. grupo PIA) em programas/projetos desenvolvidos pela autarquia. No referido grupo, a hidroginástica e a ginástica são as atividades recreativas e sociais dos PIA em que se verifica maior adesão, seguindo-se o baile e o jardim PAM. Os principais motivos que incentivam os participantes a envolver-se nos referidos programas/projetos são: (1) manter a saúde; (2) ocupar o tempo e (3) praticar atividade física. Os resultados do estudo de Rizzolli e Surdi (2010), acerca da perceção dos mais velhos sobre a participação em grupos de convívio, no Brasil, são similares, apontando a melhoria das condições de saúde, o convívio e a prática de atividade física como algumas das razões que estão na base da participação nos referidos grupos. Além disso, a maioria dos participantes do grupo PIA envolve-se nas atividades desde 1 a 3 anos, verificando-se, também, uma elevada percentagem de elementos que o fazem há mais de 6 anos, a frequência atual é de duas vezes por semana e os mesmos são realmente assíduos. As evidências da presente investigação poderão indiciar que as pessoas idosas do grupo PIA procuram adotar estilos de vida mais saudáveis, mostrando uma grande auto motivação, tendo em conta o tempo de participação, a frequência e assiduidade às atividades, o que poderá ser importante na redução da probabilidade do envelhecimento patológico (Baltes & Baltes, 1990), e no aumento da possibilidade de um envelhecimento com sucesso (Rowe & Kahn, 1997, 1998).

Uma elevada proporção de participantes do grupo PIA, e também do grupo Comparação, envolve-se noutras atividades sócio-recreativas, que não integram os referidos programas/projetos. No grupo de referência verifica-se maior preferência pelas ações relacionadas com o envolvimento com os outros (i.e. que integram o convívio), já no grupo Comparação as atividades mais procuradas dizem respeito à prática de atividade física e ao lazer. O relacionamento com os outros está incluído numa das componentes de EBS do modelo biomédico – envolvimento ativo com a vida – sendo recomendável que as pessoas mais velhas conservem as relações próximas com os outros, dado que essas mesmas são um importante contributo para o bem-

estar, a saúde e a longevidade (Rowe & Kahn, 1997, 1998). Também Walker (2004) defende como amplamente reconhecida a importância dos relacionamentos interpessoais no bem-estar pessoal.

A generalidade dos participantes do grupo PIA afirma que no presente a sua participação em atividades deste género é maior do que antes. Este resultado poderá estar relacionado com o facto de a maioria serem reformados e, por conseguinte, terem mais tempo para envolvimento nessas ações. De modo distinto, no grupo Comparação, a maior proporção de participantes refere que o seu envolvimento social atual é inferior ao do passado, podendo levantar-se a hipótese de estes, eventualmente, visitarem os seus familiares e amigos, e lhes prestarem apoio, mais frequentemente, comparativamente a outras atividades de recreação. Por sua vez, se a comparação da frequência é relacionada com as outras pessoas da mesma idade, averigua-se que o predomínio se situa na categoria “igual à maioria das pessoas”, nos dois grupos, o que poderá indiciar que as pessoas desta faixa etária têm uma motivação semelhante para se manterem envolvidas na sociedade.

No último ano, as pessoas idosas deste estudo estiveram envolvidas numa variedade de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA, das quais se destacam “frequentar a igreja ou serviços religiosos”, “visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos” e “ajudar familiares, amigos e vizinhos sem ser pago por isso”, parecendo apontar para que a questão religiosa seja um elemento preponderante no quotidiano destas pessoas, e que os participantes deste estudo tendem a conservar as suas relações de proximidade. Anteriormente referiu-se que as relações próximas são fundamentais para o bem-estar, saúde e longevidade da pessoa idosa, contudo, deve ainda salientar-se que essas mesmas possibilitam dar e receber suporte socioemocional e instrumental (Rowe & Kahn, 1997, 1998), e que ajudar os outros possibilita a construção de recursos sociais que poderão ser benéficos perante um problema de saúde crónico (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005). Além disso, a solidariedade familiar intergeracional parece ser um elemento crítico da QdV dos mais velhos (Walker, 2004).

Perante estes dados, poderá afirma-se que os participantes deste estudo se mantêm envolvidos na sociedade em que estão inseridos. Assim, considerando que a participação é um dos pilares do envelhecimento ativo (OMS, 2015; WHO, 2002) e que o envolvimento ativo com a vida é uma das características do EBS (Rowe & Kahn, 1997, 1998), tal circunstância poderá contribuir para um envelhecimento mais positivo dos respetivos indivíduos.

Outra questão que importa analisar é o grau de entusiasmo dos participantes em fazer planos para o futuro e trabalhar para a sua concretização, um aspeto de cariz psicológico que reflete a motivação em relação à planificação do futuro, tendo-se observado que a maior proporção de elementos do grupo PIA e do grupo Comparação classifica o seu nível de entusiasmo elevado. Planear o futuro é, de acordo com o modelo PPC (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005) uma das adaptações proativas preventivas com papel fundamental na prevenção da ocorrência de situações que geram *stress*, com vista a maximização da QdV.

A capacidade funcional na vida diária é uma das principais variáveis em estudo, verificando-se uma prevalência de dependência moderada nas AIVD de 49,0%, apontando um resultado ligeiramente inferior ao do estudo de Veerapu e colaboradores (2016), levado a cabo numa comunidade rural do Sul da Índia, também com recurso ao Índice de Lawton e Brody, no qual 51,8% dos participantes eram dependentes nas atividades de cariz instrumental. Os resultados de outros trabalhos, com utilização do mesmo instrumento de recolha de dados, parecem ser relativamente diversos. O estudo de Millán-Calenti e colaboradores (2010), realizado em Espanha, evidenciou um valor ligeiramente superior (53,5%). A investigação de Dolai e Chakrabarty (2013), igualmente concretizada na Índia, reportou uma taxa de dependência funcional nas AIVD superior (83,9%). Também as evidências do estudo de Sharma e colaboradores (2014) são distintas, apresentando uma prevalência de dependência inferior (21,8%) nas tarefas de foro instrumental. Os resultados distintos apresentados relativamente à limitação funcional nas AIVD poderão dever-se, tal como defenderam Sharma e colaboradores (2014), a diferenças entre as áreas de estudo e a sua população idosa.

As evidências apontam que a AIVD “responsável pelos medicamentos” é aquela em que os participantes manifestam maior independência (99,0%). De modo idêntico, os resultados de outro estudo reportam essa como uma das AIVD em que se verifica menor dependência (Dolai & Chakrabarty, 2013). As outras tarefas que se destacam com bons resultados são “preparar a comida”, “lavar a roupa”, “uso do telefone”, “uso do dinheiro” e “uso de transporte”. Estes dados são contrários aos observados noutras investigações. Dolai e Chakrabarty (2013) e Veerapu e colaboradores (2016) citam “preparar a comida”, não como a AIVD em que verificam maior grau de dependência, mas como uma das que se confirma maior dificuldade de desempenho, bem como referem que gerir o dinheiro é uma das tarefas do quotidiano nas quais as pessoas idosas são mais dependentes. A tarefa “cuidar da casa” é aquela em que se observa uma percentagem mais reduzida de elementos independentes (68,3%), em relação às

restantes, o que permite apontar essa mesma como a AIVD na qual as pessoas mais velhas deste estudo necessitam de maior assistência, tal como se verificou na investigação de Millán-Calenti e colaboradores (2010). A este respeito, importa destacar que, o facto de haver maior dificuldade de execução da tarefa cuidar da casa poderá gerar comprometimentos na manutenção da higiene do domicílio da pessoa idosa, tendo como resultado alterações ao nível da sua autoestima (Carvalho *et al.*, 2014).

Relativamente à capacidade funcional, importa também destacar que quando comparados, os grupos PIA e Comparação, não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao desempenho das AIVD, sendo que 51,0% dos participantes são independentes, 49,0% moderadamente dependentes e nenhum elemento da amostra é classificado como severamente dependente. Reforça-se que, neste âmbito, é preciso considerar o ténue “limite” entre a independência e a moderada dependência, de acordo com os pontos de corte do Índice de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969). Retomando o resultado relativo à comparação dos grupos, refere-se que esse poderá ser justificado pelo facto de ambos serem equivalentes e terem elevado grau de independência. Face ao exposto, e tendo em conta o envolvimento destes participantes na sociedade, questiona-se se será a participação social um dos fatores que está na base do seu elevado grau de independência, ou se será a sua independência um aspeto facilitador do envolvimento com os outros? Parece aqui existir uma relação de reciprocidade. Por um lado, à luz do que defenderam Tomioka e colaboradores (2016a, 2017) poder-se-á referir que a participação social se associa à independência nas AIVD, entre as pessoas idosas da comunidade. Por outro lado, Rowe e Kahn (1997, 1998) explicaram que a ausência de incapacidade facilita a manutenção da saúde mental e física, que por sua vez permite, mas não garante, o envolvimento ativo com a vida.

No que respeita à QdV, verifica-se que os participantes deste estudo evidenciam um nível de QdV geral moderado. As evidências de outros trabalhos de investigação parecem ser diferentes. Os estudos de Qadri e colaboradores (2013) e de Kumar e Majumdar (2014), com pessoas mais velhas na Índia e também com recurso à escala WHOQOL-Bref, apresentam uma boa e razoável perceção de QdV, respetivamente. Referem-se algumas razões que poderão, eventualmente, justificar a QdV de vida moderada do grupo de pessoas mais velhas deste estudo: (1) o facto de viverem na comunidade, sendo a casa onde a pessoa reside um aspeto importante da sua QdV; (2) a capacidade das pessoas idosas em se adaptarem às mudanças, bem como uma

perspetiva positiva em relação às modificações inerentes ao processo de envelhecimento (Walker, 2004); (3) a questão da QdV dos mais velhos ser muito influenciada por fatores sociais (convivência, participação social e apoio social) (Khan & Tahir).

Averigua-se que o *domínio psicológico* se salienta pela pontuação média mais elevada, e que o *domínio físico* se destaca pela cotação média mais baixa. Estes resultados são distintos dos apresentados em outros trabalhos que estudaram a QdV dos mais velhos e os fatores que lhe estão associados, surgindo o *domínio relações sociais* salientado como o que pontua mais alto, e o *domínio ambiente* como sendo o mais baixo (Miranda *et al.*, 2016; Qadri *et al.*, 2013; Rodrigues *et al.*, 2017), ou, em oposição, o *domínio ambiente* apresentando-se com o valor médio mais elevado e o de *relações sociais* como o que pontua mais baixo, comparativamente às restantes facetas (Datta *et al.*, 2015).

O *domínio psicológico* integra aspetos como sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência (Canavarro *et al.*, 2010). O valor médio mais alto neste domínio poderá estar relacionado com a valorização e a melhoria da autoestima resultantes do envolvimento social (Rizzolli & Surdi, 2010). Por sua vez, o *domínio físico* inclui aspetos referentes a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho (Canavarro *et al.*, 2010). Sabe-se que os participantes deste estudo têm um elevado grau de independência. Porém, quando se verificam os resultados da sua QdV, o *domínio físico* aparece como o que tem pontuação mais baixa. Face a estes dados apontam-se duas possibilidades de explicação: (1) as pessoas idosas deste estudo poderão ter problemas de saúde crónicos, comuns em idade avançada, que resultarão em dor e desconforto, assim como na dependência de medicação ou tratamentos (Khaje-Bishak *et al.*, 2014; Kumar & Majumdar, 2014; Miranda *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2017); (2) sendo a QdV uma perceção individual relativa a expectativas e padrões (WHOQOL Group, 1994), os participantes deste estudo poderão ter expectativas elevadas em relação à capacidade funcional para executar as AVD e, mesmo que as limitações não sejam muito marcadas, os mesmos poderão sentir-se menos satisfeitos relativamente a essa questão pelo simples facto de a realidade não corresponder ao “padrão” que consideram desejável para a sua idade.

Ao fazer a comparação dos dois grupos de participantes verificam-se diferenças estatisticamente significativas na *QdV/faceta geral*, com o grupo Comparação a apresentar valor médio mais elevado. A *faceta geral* inclui dois itens que permitem

estimar a QdV geral e a percepção global da saúde (Canavarro *et al.*, 2010). Face ao exposto, questiona-se o seguinte: será que os participantes não integrados nos programas/projetos se conformam mais facilmente com as situações crónicas que interferem com a sua saúde, tendo uma percepção mais otimista em relação a essa mesma e à QdV no geral? Parece razoável que esta seja uma possibilidade de explicação para as referidas diferenças entre os dois grupos.

Quando se procede à análise de diferenças na QdV em função do grupo de pertença e do grau de dependência, observa-se que no *domínio ambiente* existem diferenças estatisticamente significativas, com os participantes independentes do grupo Comparação a evidenciar ponderação média superior. Os resultados deste estudo mostram uma percepção de melhor QdV em pessoas mais independentes, podendo-se afirmar que é expectável à luz das evidências da investigação. Igualmente o trabalho de Marques e Jabour (2017), acerca da capacidade funcional como fator promotor da QdV dos mais velhos, realizado em Portugal, verificou que as pessoas idosas mais independentes percebem uma melhor QdV, tendo as autoras concluído que, nesse sentido, poderão considerar a funcionalidade como um dos fatores que promovem a QdV nessa faixa etária. Também o estudo de Datta e colaboradores (2014), levado a cabo na Índia, evidencia que os elementos com melhor desempenho nas AIVD têm uma percepção de QdV significativamente melhor.

Na análise da QdV em função do grupo de pertença e da idade não se verificam diferenças estatisticamente significativas, resultado que poderá ser justificado pela equivalência dos grupos amostrais relativamente à variável grupo etário.

No que concerne às diferenças da QdV em função do grupo de pertença e do género, observam-se diferenças estatisticamente significativas na *QdV/faceta geral*, sendo que os homens do grupo PIA têm uma pior percepção de QdV geral, quando comparados com os participantes do género masculino do grupo Comparação. Os resultados deste estudo mostram que os participantes do género masculino têm uma percepção de QdV superior, comparativamente às do género feminino, o que vai de encontro à tendência da investigação no domínio. Bilgili e Arpacı (2014), levaram a cabo uma investigação acerca da QdV das pessoas idosas, no Peru, tendo verificado que os homens têm melhor QdV. As evidências dos trabalhos de Datta e colaboradores (2015) e de Hajian-Tilaki e colaboradores (2017), com pessoas mais velhas da Índia e do Irão, respetivamente, confirmam as anteriormente enunciadas, pois relatam que as pontuações da QdV são significativamente melhores nos elementos do género masculino.

O facto de tendencialmente os participantes do grupo Comparação apresentarem superior QdV é um resultado inesperado, à luz dos resultados da investigação relativa à QdV em função da participação, ou não, em programas de atividades. Oliveira e colaboradores (2016), estudaram a QdV em função da participação em grupos com atividades sociais, no Brasil, numa amostra composta por 62 participantes do género feminino, dividida em dois grupos – grupo 1 (31 participantes de um grupo social, há pelo menos 3 meses) e grupo 2 (31 não participantes). A QdV foi avaliada pelas escalas WHOQOL-Bref e WHOQOL-OLD e os resultados evidenciaram que as mulheres que participavam no grupo social tinham melhor perceção de QdV no domínio *relações sociais*. A investigação de Santos e colaboradores (2017) procurou analisar a participação num grupo de promoção da saúde como estratégia para melhorar a QdV dos mais velhos, também no Brasil. A amostra por conveniência integrou 116 pessoas idosas, igualmente divididas em dois grupos – grupo 1 (26 participantes de um grupo de promoção da saúde) e grupo 2 (90 não participantes). Os dados foram recolhidos através dos mesmos instrumentos do estudo de Oliveira e colaboradores (2016), e os investigadores verificaram que a participação no referido grupo contribuiu, realmente, para a melhoria da QdV dos mais velhos. Note-se que as evidências da investigação nesta área ainda são escassas, e que as opções metodológicas dos estudos aqui apresentados poderão criar reservas na comparabilidade destes resultados com os do presente trabalho.

Entretanto, passa a apresentar-se algumas razões que poderão, eventualmente, justificar a melhor QdV dos participantes não integrados nos PIA.

Os elementos do grupo Comparação participam num conjunto amplo de atividades sociais e recreativas, é verdade que não inseridas nos programas/projetos autárquicos. São exemplos dessas mesmas práticas coletivas as excursões, jogar às cartas, participar em romarias e eventos desportivos, bem como o voluntariado. Tais ações poderão influenciar positivamente a sua QdV, considerando-se, ainda, o facto de as desenvolverem por iniciativa própria e terem oportunidade de as gerir conforme acharem conveniente. Este argumento poderá revelar-se particularmente importante para explicar as diferenças significativas ao nível do *domínio ambiente*, tendo em conta que esta faceta integra aspetos relativos a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de lazer e recreio, ambiente físico (clima/trânsito/barulho/poluição) e transporte (Canavarro *et al.*, 2010). Melhor QdV no *domínio ambiente* poderá demonstrar que os participantes do grupo Comparação se sentem melhor integrados

no seu meio, como resultado das oportunidades de lazer que podem desenvolver autonomamente.

Por sua vez, tendo em consideração um conjunto de evidências – (1) o principal motivo que incentiva a participação nos PIA é a manutenção da saúde; (2) um elevado número de pessoas mais velhas participa nos programas/projetos há mais de 6 anos, frequenta as ações duas vezes por semana e são verdadeiramente assíduos, aspetos esses que evidenciam a sua elevada auto motivação; (3) a uma maior duração nos PIA se associa significativamente (se $p < 0,10$) uma QdV geral mais baixa, no *domínio físico* - poderá pensar-se na possibilidade de os indivíduos que se inscrevem nos PIA serem aqueles que começam a aperceber-se de algumas limitações físicas, ou que têm expectativas de um “padrão” de referência da funcionalidade mais alto e esforçam-se para o alcançar. Nesse sentido, os programas/projetos desenvolvidos pela autarquia serão a estratégia dessas pessoas mais velhas para retardar o declínio e, conseqüentemente manter a sua capacidade funcional. Face ao exposto, questiona-se como estariam estas pessoas idosas se não participassem nestas iniciativas autárquicas? Possivelmente mais dependentes e com pior QdV.

Por fim, salienta-se que, neste contexto, é fundamental analisar as diferenças na QdV entre os grupos encarando-a como um constructo multifacetado, dinâmico e complexo, que em idade avançada resulta da conjugação interativa de fatores do curso de vida e de situações imediatas, não se devendo menosprezar o facto de os próprios fatores causais da QdV na velhice serem diferentes entre os grupos de pessoas idosas (Walker & Mollenkopf, 2007) e de essa mesma ser uma conceção caracterizada pela subjetividade (Canavarro, 2010).

Limitações do estudo e recomendações para prosseguir a investigação no domínio

Este estudo apresenta algumas limitações, que poderão comprometer a generalização dos seus resultados, e que dizem respeito mais concretamente ao tipo de estudo, à amostra e instrumentos de recolha de dados. O facto de ser um estudo correlacional e transversal não permite estabelecer relações causais entre as variáveis. Considerando o procedimento de amostragem utilizado – não probabilística, mais especificamente uma amostra por conveniência – é difícil afirmar com precisão em que medida estas evidências serão representativas para uma população mais

ampla, devendo-se destacar, também, o aspeto de apenas terem sido entrevistadas pessoas idosas do concelho de Viana do Castelo.

O grupo de comparação surge como outra limitação deste trabalho, na medida em que incluiu pessoas que realizavam uma variedade de atividades recreativas e sociais não integradas nos PIA. Em relação aos instrumentos de recolha de dados, importa reforçar a questão da escala WHOQOL-Bref não ser específica para a população idosa, assim como a extensão do protocolo de recolha de dados que, poderá, em determinados casos, ter resultado em cansaço dos participantes e, conseqüentemente, ter comprometido o rigor das suas respostas.

Assim, recomenda-se que em trabalhos de investigação futuros se considerem estas limitações e se façam opções metodológicas distintas. Destaca-se a necessidade de realizar uma reapreciação desta situação, uma vez que só com uma avaliação dos mesmos participantes se conseguirá esclarecer os ganhos da participação social com a idade – estudo longitudinal, ou eventualmente experimental. Novos trabalhos deverão ter em consideração amostras mais alargadas, utilizando um procedimento de amostragem probabilística, integrando outros distritos de Portugal. Por sua vez, para melhor analisar a influência da participação em PIA nas variáveis em estudo, será pertinente a seleção de um grupo de comparação em que as pessoas não estejam integradas em outras atividades recreativas e sociais. Por fim, será importante, também, a utilização de uma escala de avaliação da QdV que considere as características específicas da população idosa.

Principais conclusões

O envelhecimento populacional deve ser encarado como uma realidade mundial (Sowers & Rowe, 2007), que coloca desafios à humanidade, sobretudo se o foco for envelhecer com qualidade perante a tendência da multimorbilidade em idade avançada.

Face aos resultados deste estudo, parece que, tanto as atividades coletivas que os participantes do grupo Comparação desenvolvem por iniciativa própria, como os programas/projetos implementados pela autarquia, nos quais estão envolvidos os participantes do grupo de referência, são estratégias importantes na promoção da QdV destas pessoas idosas e, possivelmente, um fator essencial na manutenção da sua capacidade funcional para executar as AIVD. Então, independentemente das ações em que participam, e de o local onde as realizam, considera-se que o importante é que

as pessoas mais velhas se mantenham ativas e se envolvam frequentemente em eventos recreativos e sociais.

À luz do Modelo PPC (Kahana & Kahana, 1996; Kahana *et al.*, 2005), destaca-se que é fundamental que as pessoas idosas continuem a investir na adoção de comportamentos que lhes permitam uma adaptação proativa, especificamente preventivos (promoção da saúde, planejar o futuro e ajudar os outros), a fim de enfrentarem as modificações e desafios derivados do processo de envelhecimento. É igualmente importante que utilizem os seus recursos internos (ex: estratégias de *coping*) e externos (ex: financeiros e sociais), fazendo desses mesmos os seus meios para amenizar as circunstâncias que poderão, eventualmente, prejudicar os “outcomes”/resultados em QdV.

No que se refere às implicações para a prática gerontológica e Políticas Sociais e de Saúde pensa-se que seja pertinente salientar alguns aspetos.

Considerando a incapacidade dos mais velhos como um problema de saúde pública, e o facto de os resultados deste estudo evidenciarem que as pessoas independentes têm uma melhor perceção de QdV, é essencial que os profissionais, que intervêm junto desta faixa etária, sejam capazes de identificar precocemente a deterioração da funcionalidade. Para tal, reforça-se a importância de uma avaliação multidimensional dos mais velhos, com a finalidade de desenvolver uma ação mais efetiva, através de medidas concretas e exequíveis que visem a melhoria da capacidade funcional e, como resultado, da QdV.

O incentivo à adesão de comportamentos sadios deve ser uma preocupação quer dos profissionais, quer dos responsáveis autárquicos, devendo esses mesmos ressaltar e manter presente o seu fulcral contributo para um envelhecimento ativo e saudável, minimizando a prevalência da dependência. Tendo por base os benefícios da participação social, bem como da prática regular de atividade física, ao nível da funcionalidade e da QdV (Khan & Tahir, 2014; Oliveira *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2012; Tomioka *et al.*, 2016a, 2017; Villaverde-Gutiérrez *et al.*, 2015;), os mais velhos deverão ser desafiados a manter o seu envolvimento ativo com a vida, através da participação nas diferentes atividades sócio-recreativas e, se possível, a praticar exercício físico, de modo sistemático, em modalidades e intensidade adequadas à sua idade.

Para finalizar, resta salientar a preponderância de as autarquias investirem na continuidade destes programas/projetos, com a finalidade de promoverem estratégias de manutenção da funcionalidade e melhoria da QdV dos mais velhos, mais concretamente aqueles que não têm possibilidade de desenvolverem ações desse

gênero por sua iniciativa. Note-se que a avaliação das necessidades dos seus participantes é fulcral, considerando a variabilidade interindividual crescente associada ao processo de envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990), para que seja possível ajustar as intervenções ao seu grupo-alvo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C. & Martins, T. (2008). Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: on the Dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23(5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. M. Baltes (Ed.) *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (Chap. 1, pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M. (1996). *The Many Faces of Dependency in Old Age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi: 10.1159/000067946
- Barreto, J. (2017). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 289-302.
- Bass, S. A. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-375). New York: Springer Publishing Company.
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N. L. & Silverstein, M. (2009). Theories About Age and Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 3-23). New York: Springer Publishing Company.
- Bilgili, N., & Arpacı, F. (2014). Quality of Life of older adults in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 415-421. doi: 10.1016/j.archger.2014.07.005
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de Vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R., Rijo, D. ... & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, I.S., Neto, A. V. L., Silva, B. C. O., Nunes, V. M. A., & Alchieri, J. C. (2014). Avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária de idosos participantes de grupos de convivência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(2), 607-617. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p607
- Creswell, J. W. (2012). *Educational Research – planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4ª ed.). New Zealand: Pearson.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design – qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4ª ed.). California: Sage.
- Datta, D., Datta, P. P., & Majumdar, K. K. (2014). Relationship of activity of daily living with quality of life. *British Biomedical Bulletin*, 2(4), 757-764.
- Datta, D., Datta, P. P., & Majumdar, K. K. (2015). Association of quality of life of urban elderly with sócio-demographic factors. *International Journal of Medicine and Public Health*, 5(4), 274-278. doi: 10.4103/2230-8598.165944
- Denscombe, M. (2007). *The Good Research Guide* (3ª ed.). New York: McGraw-Hill Education
- Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 179-201), Lisboa: Lidel.
- Dolai, M. C., & Chakrabarty, F. (2013). Functional status of the elderly santal people. *Indian Journal of Gerontology*, 27(4), 610-620.
- Ermida, J. G. (2014). Geriatria e Gerontologia: esboço histórico. In M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatria Fundamental: saber e praticar* (pp. 2-11). Lisboa: Lidel.

- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Pirámide.
- Fillenbaum, G. G., & World Health Organization. (1986). Troisième âge et bien-être: approches d'une évaluation multidimensionnelle. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39713/WHO_OFFSET_84_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2018). Média de idades dos novos pensionistas de velhice e invalidez da Segurança Social: total e por sexo [PORDATA]. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Média+de+idades+dos+novos+pensionistas+de+velhice+e+invalidez+da+Segurança+Social+total+e+por+sexo-1121>
- Gans, D., Putney, N. M., Bengtson, V. L. & Silverstein, M. (2009). The Future of Theories of Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 723-737). New York: Springer Publishing Company.
- Griffith, L., Raina, P., Wu, H., Zhu, B., & Stathokostas, L. (2010). Population attributable risk for functional disability associated with chronic conditions in Canadian older adults. *Age and Ageing*, 39(6), 738-745. doi: 10.1093/ageing/afq105
- Hasworth, S. B. & Cannon, M. L. (2015). Social theories of aging: a review. *Disease-a-Month*, 61, 475-479. doi: 10.1016/j.disamonth.2015.09.003
- Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017). Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: a population based cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), 39-47. doi: 10.15171/jcs.2017.005
- Hendricks, J., Applebaum, R. & Kunkel, S. (2010). A world apart? Bridging the gap between theory and applied Social Gerontology. *The Gerontologist*, 50(3), 284-293. doi: 10.1093/geront/gnp167
- Hong, E. (2015). Age differences in health-related quality of life among South Korean elderly. *Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences*, 1(4), 34-39.
- Hutchison, E. D. (2010). A Life Course Perspective. In E. D. Hutchison (Ed.), *Dimensions of Human Behaviour: the Changing Life Course* (pp. 1-38). Los Angeles: Sage Publications.
- Instituto Nacional de Estatística (2005). Sistema de Metainformação. *Instituto Nacional de Estatística (INE) web site*. Acedido em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700>
- Júnior, J. S. V., Tribess, S., Paulo, T. R. S., Martins, C. A., & Romo-Perez, V. (2012). Atividade física como indicador preditivo para incapacidade funcional em pessoas idosas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 259-265.
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L.D., Kahana, B. & Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1), 159-187. doi: 10.1177/0898264312469665
- Kahana, E. & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* (Chap. 2, pp. 18-40). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Kahana, B. & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-180. doi: 10.1007/s12126-003-1022-8
- Kahana, E., Kelley-Moore, J. & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. doi: 10.1080/13607863.2011.644519
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A. ...& Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful Aging through the Life Span: Intergenerational Issues in Health*, (Chap. 6, pp. 101-123). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., Lawrence, R. H., Kahana, B., Kercher, K., Wisniewski, A., Stoller, E. ...& Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old-old. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 382-394. doi: 10.1097/00006842-200205000-00003
- Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Jafarabadi, M. A. (2014). Assessing the quality of life in elderly people and related factors in Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*, 3(4), 257-263. doi: 10.5681/jcs.2014.028

- Khan, A. R., & Tahir, I. (2014). Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia. *Open Medicine Journal*, 1(1), 29-35. doi: 10.2174/1874220301401010029
- Kumar, G., & Majumdar, A. (2014). Quality of Life (QOL) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in urban Puducherry, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(1), 54-57. doi: 10.7860/JCDR/2014/6996.3917
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Marques, E. M. B. G., & Jabour, R. S. (2017). Functional capacity as a factor promoting the quality of life of the elderly. *International Archives of Medicine*, 10(210), 1-9. doi: 10.3823/2480
- Marshall, V. (2009). Theory Informing Public Policy: The Life Course Perspective as a Policy Tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 573-593). NY: Springer.
- Martínez, S. (2009). Función Cerebral y Dependencia: un proceso y un estado reciprocamente relacionados. In J. A. Gregori & J. E. M. Núñez (Eds). *Dependencia en Geriátria* (pp. 151-153). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Martínez, F. M. & Astorga, G. L. (2009). Dependencia en Geriátria: definición, epidemiología, diagnóstico. In J. A. Gregori & J. E. M. Núñez (Eds). *Dependencia en Geriátria* (pp. 51-71). Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber Decidir, Fazer, Interpretar e Redigir*. Braga: Psiquilíbrios.
- Mertens, D. M. (2005). *Research and Evaluation in Education and Psychology* (2ª ed.). London: Sage.
- Mertens, D. M. (2010). *Research and Evaluation in Education and Psychology* (3ª ed.). London: Sage.
- Millán-Calenti, J. C. M. (2006). Gerontología y Geriátria. In J. C. Millán Calenti (Ed.). *Principios de Geriátria y Gerontología* (pp. 3-20). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S. L.
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 306-310. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.017
- Miranda, L. C. V., Soares, S. M., & Silva, P. A. B. (2016). Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3533-3544. doi: 10.1590/1413-812320152111.21352015
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-Chave em Gerontologia*. São Paulo: Alínea.
- Oliveira, D. A. S., Júnior, J. R. A. N., Bertolini, S. M. M. G., & Oliveira, D. V. (2016). Participação de idosos em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional. *Northeast Network Nursing Journal*, 17(2), 278-284. doi: 10.15253/2175-6783.2016000200016
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: AMGH Editora Ltda.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 20-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 76-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Qadri, S., Ahluwalia, S. K., Ganai, A., Bali, S., Wani, F., & Bashir, H. (2013). An epidemiological study on quality of life among rural elderly population of Northern India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(3), 514-522. doi: 10.5455/ijmsph.2013.2.492-500

- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Activo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 1-12). Lisboa: Lidel.
- Rizzolli, D. & Surdi, A. C. (2010). Perceção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 225-233. doi: 10.1590/S1809-98232010000200007
- Rodrigues, L. R., Tavares, D. S., Dias, F. A., Pegorari, M. S., Marchiori, G. F., & Tavares, D. M. S. (2017). Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(3), 1430-1438. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201715
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: FFMS.
- Rosa, M. J. V. & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: FFMS.
- Rowe, J. W. & Cosco, T. D. (2016). Successful aging. In V. L. Bengtson & R. A. Settersten (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (3ª edição) (pp. 539-549). New York: Springer.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). The structure of successful aging. In J. Rohe & R. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (Chap. 2, pp. 50-74). Michigan: Dell Pub.
- Şahin, A., Tekin, O., Cebeci, S., Işık, B., Özkara, A., Kahveci, R., ... & Şencan, İ. (2015). Factors affecting daily instrumental activities of the elderly. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(6), 1353-1359. doi: 10.3906/sag-1406-132
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ªed.). S. Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, L. F., Oliveira, L. M. A. C., Barbosa, M. A., Minamisava, R., Souza, B. N., & Nunes, D. P. (2017). Participação em grupo como recurso para promoção da saúde e qualidade de vida entre idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2(31), 1-12. doi: 10.18471/rbe.v31i2.17868
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C.M. L. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos metodológicos e conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200027
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Serra, A. V. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sharma, D., Parashar, A., & Mazta, S. R. (2014). Functional status and its predictor among elderly population in a hilly state of North India. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 3(3), 159-163. doi: 10.4103/2278-344X.138593
- Silva, M. F., Goulart, N. B. A., Lanferdini, F. J., Marcon, M., & Dias, C. P. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 635-642. doi: 10.1590/S1809-98232012000400004
- Spini, D., Jopp, D. S., Pin, S. & Stringhini, S. (2016). The multiplicity of aging: lessons for theory and conceptual development from longitudinal studies. In V. L. Bengtson & R. A. Settersten (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (3ª edição) (pp. 669-683). New York: Springer.
- Sowers, K. M. & Rowe, W. S. (2007). Global Aging. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of Gerontology: Evidence-based Approaches to Theory, Practice, and Policy* (pp. 3-16). New York: Wiley.
- Sousa, A. A. D., Martins, A. M. E. B. L., Silveira, M. F., Coutinho, W. L. M., Freitas, D. A., Vasconcelos, E. L., ... Ferreira, R. C. (2018). Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sciences*, 43(1), 14-24. doi: 10.7322/abcshs.v43i1.986
- Tavares, D. M. S., & Dias, F. A. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 112-120. doi: 10.1590/S0104-07072012000100013
- Tomassini, C. & Lamura, G. (2009). Population Ageing in Italy and Southern Europe. In P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 69-89). Texas: Springer.

- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2016a). Association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling older adults. *Journal of Epidemiology*, 26(10), 553-561. doi: 10.2188/jea.JE20150253
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2016b). Self-rated health predicts decline in instrumental activities of daily living among high-functioning community-dwelling older people. *Age and Ageing*, 46(2), 265-270. doi: 10.1093/ageing/afw164
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Age and gender differences in the association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-10. doi: 10.1186/s12877-017-0491-7
- Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N. J. (2003). Quality of life theory I. the IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040. doi: 10.1100/tsw.2003.82
- Veerapu, N., Praveenkumar, B. A., Subramanian, P., & Arun, G. (2016). Functional dependence among elderly people in a rural community of Andhra Pradesh, South India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(7), 1835-1840. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20162051
- Villaverde-Gutiérrez, C., Villegas-López, E., Ábalos-Medina, G. M., Fernández-Pérez, A. M., Ocaña-Peinado, F. M., & Ramírez-Rodrigo, J. (2015). Functional capacity and physical exercise in older women living in a rural environment: a correlational cross-sectional study. *Journal of Gerontology and Geriatric Research*, 4(6), 1-4. doi: 10.4172/2167-7182.1000261
- Walker, A. (2004). Quality of Life in Old Age in Europe. In A. Walker (Ed.), *Growing Older in Europe* (pp. 1-29). Milton Keynes: McGraw-Hill Education.
- Walker, A. & Mollenkopf, H. (2007). International and Multidisciplinary Perspectives on Quality of Life in Old Age: Conceptual Issues. In H. Mollenkopf & Walker, A. (Eds.), *Quality of Life in Old Age: International and Multi-disciplinary Perspectives* (pp. 3-13). Dordrecht: Springer.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. doi: 10.1080/00207411.1994.11449286
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization.