



Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# Representações das pessoas com 65 ou mais anos de idade sobre a sua qualidade de vida: um estudo exploratório

**Neuza Duarte Pestana**

Professora Doutora Stella Bettencourt da Câmara

Dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre  
em Gerontologia Social

Lisboa  
2016

VALORIZAMOS PESSOAS

# Representações das pessoas com 65 ou mais anos de idade sobre a sua qualidade de vida: um estudo exploratório

Neuza Duarte Pestana

Licenciada em Psicologia Social e das Organizações

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas  
para obtenção de grau de mestre em Gerontologia Social,  
sob orientação da Professora Doutora Stella Bettencourt da Câmara

## Resumo

**Objetivos:** Este estudo visou identificar e compreender as representações das pessoas com 65 anos ou mais anos sobre a sua qualidade de vida (QdV) e formas de melhoria. Especificamente, explorar os conceitos de QdV, as dimensões que contribuem para uma boa e reduzida QdV, as dimensões mais valorizadas e o que permite melhorar a QdV. **Método:** A amostra foi constituída por 65 indivíduos com 65 ou mais anos. A recolha de dados foi realizada a partir de grupos focais, entrevistas e questionário de caracterização sociodemográfica e escala de autoavaliação da QdV em geral. **Resultados:** A saúde, relações sociais, bem-estar psicológico e papéis sociais/atividades foram as dimensões chave mais referidas pelas pessoas idosas no conceito de QdV. Para uma boa QdV salientaram-se as relações sociais, papéis sociais/atividades, bem-estar psicológico, crenças/valores/práticas e saúde. A contribuir para uma reduzida QdV ressaltou o mal-estar psicológico, falta de saúde, ausência de contacto/qualidade das relações sociais e economia doméstica deficitária. As dimensões mais valorizadas relacionaram-se com a saúde e relações sociais. Para melhorar a QdV individual emergiram a saúde e relações sociais e para a melhoria da QdV das pessoas da mesma idade o acesso a serviços e infraestruturas.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Pessoas idosas, Envelhecimento, Gerontologia Social, Representações Sociais.

### **Abstract**

**Aims:** This study aimed to identify and understand the older people (age of 65 or more) representations about their quality of life (QoL) and ways of improvement. More specifically, it aimed to explore their concepts of QoL, the dimensions that contribute the most for a good and bad QoL, the most valued QoL dimensions and what might contribute for QoL improvement. **Method:** The sample was constituted by 65 individuals with 65 or more years. The methods used in the study were focus group, interviews and sociodemographic questionnaires with overall personal-QoL scale. **Results:** Health, social relationships, psychological well-being and social roles/activities were associated to the meanings of QoL. For a good QoL, older people identified social relationships, social roles/activities, psychological well-being, beliefs/values/practices and health as key dimensions. About the poor QoL it was mentioned the psychological well-being, lack of health, lack of contact/quality of social relationships and reduced finances. The most important QoL dimensions were health and social relationships. To improve individual QoL health and social relationships emerged and to improve the QoL of others of the same age the most predominant wasservices and infrastructures.

**Key-words:** Quality of life, Older People, Aging, Social Gerontology, Social Representations.

### **Agradecimentos**

Este trabalho é fruto de muitas inquietações positivas, questionamentos, reflexões, conversas e inspirações. Trata-se de um processo de aprendizagem contínuo, individual e coletivo. Formal ou informalmente, tantos e tão bons contribuíram para o resultado deste trabalho que agora se partilha. O meu profundo e sincero agradecimento a todos e a cada um e, em especial:

À Professora Stella Bettencourt da Câmara, que de forma apaixonada, partilha os seus conhecimentos em Gerontologia Social e a quem fico grata por despoletar em mim a vontade e interesse em querer aprender mais sobre esta temática. Bem como todo o investimento e contributos na orientação deste trabalho.

À Diretora de inclusão social da Fundação Aga Khan Portugal, Anne Harrop, pelo desafio lançado e pela oportunidade deste trabalho constituir uma mais-valia para a prática de intervenção na área do envelhecimento.

À equipa dos “velhinhos” (Ana Pessoa, Cristina Cordeiro, Cláudia Marques, Evalina Dias e Marlene Vaz) que tornam realidade os valores e princípios da participação ativa e valorização dos mais velhos no dia-a-dia. Muito obrigada por todas as reflexões e *inputs* incansáveis, bem como toda a energia durante este intenso ano de trabalho que permitiram chegar a este resultado. E também à equipa do Pendão (Alexandra Santos, Sofia Peyssonneau, Carina Larsen e Ianick Insaly) pelo incentivo e apoio contínuo nesta jornada e que implicou algumas boas horas fora do território, bem como à Mónica Mascarenhas e Inês Bastos.

A todas as pessoas idosas com quem trabalho ou já trabalhei, que me possibilitam aprendizagens a vários níveis e que me inspiram ou inspiraram na pessoa e na profissional que sou hoje. E um especial agradecimento a todos os participantes nesta investigação que, de forma genuína, amistosa e generosa, partilharam as suas perspetivas e permitiram a riqueza deste trabalho que deve ser partilhado com o mundo.

Aos meus pais, que mais do que ninguém acreditam em mim, e me dão a força e incentivo para continuar a minha jornada. Sem eles nunca seria possível chegar até aqui.

Ao Filipe, companheiro de, praticamente, um quarto de vida, a quem agradeço todo o amor, paciência e apoio incondicional.

Aos meus manos e queridos amigos pela amizade e contínuo incentivo e encorajamento durante todo este processo de aprendizagem.

A todos os restantes que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização de mais este objetivo.

Com carinho e saudade dedico este trabalho ao meu avô, José Duarte

## Índice Geral

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 1  |
| PARTE I:.....  | 3  |
| ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....  | 3  |
| CAPÍTULO I: Gerontologia Social.....                                       | 4  |
| 1.1. A Gerontologia e a Gerontologia Social.....                           | 5  |
| 1.2. O Papel do Gerontólogo.....   | 10 |
| CAPÍTULO II: Envelhecimento.....   | 13 |
| 2.1. Envelhecimento Individual .....                                       | 14 |
| 2.1.1. Envelhecimento Biológico .....                                      | 16 |
| 2.1.2. Envelhecimento Psicológico .....                                    | 17 |
| 2.1.3. Envelhecimento Social.....  | 19 |
| 2.2. Envelhecimento Demográfico.....                                       | 23 |
| 2.1.1. Envelhecimento Demográfico no Mundo .....                           | 24 |
| 2.1.2. Envelhecimento Demográfico na Europa.....                           | 26 |
| 2.1.3. Envelhecimento Demográfico em Portugal .....                        | 31 |
| CAPÍTULO III: Qualidade de Vida .....                                      | 38 |
| 3.1. Perspetivas e Abordagens.....   | 39 |
| 3.2. Taxonomia de Definições de Qualidade de Vida.....                     | 42 |
| 3.3. Qualidade de Vida, Felicidade, Bem-Estar e Satisfação com a Vida..... | 44 |
| 3.4. Conceito de Qualidade de Vida.....                                    | 46 |
| 3.5. A Avaliação da Qualidade de Vida .....                                | 48 |
| CAPÍTULO IV: Qualidade de Vida no Envelhecimento .....                     | 53 |
| 4.1. Conceito de Qualidade de Vida no Envelhecimento.....                  | 54 |
| 4.2. Teorias da Qualidade de Vida no Envelhecimento .....                  | 55 |
| 4.3. Modelos para compreender o Envelhecimento .....                       | 56 |
| 4.3. Avaliação da Qualidade de Vida no Envelhecimento .....                | 58 |
| CAPÍTULO V: Representações Sociais .....                                   | 65 |
| PARTE II:.....   | 70 |
| ESTUDO EMPÍRICO .....  | 70 |
| CAPÍTULO I: Metodologia de Investigação.....                               | 72 |
| 1.1. Pergunta de Partida.....  | 73 |
| 1.2. Objetivos do estudo.....  | 73 |
| 1.3. Desenho do Estudo.....  | 74 |

|   |           |
|---|-----------|
| 1.4. Métodos e Técnicas de Investigação .....                             | 76        |
| 1.5. Instrumentos de Recolha de Dados .....                               | 78        |
| 1.6. Definição da amostra.....  | 80        |
| 1.7. Procedimentos .....  | 81        |
| 1.8. Identificação e caracterização do contexto de recolha de dados ..... | 84        |
| <b>CAPÍTULO II: Apresentação e Discussão dos Resultados.....</b>          | <b>86</b> |
| 2.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes .....              | 87        |
| 2.2. Auto-avaliação da QdV em geral .....                                 | 90        |
| 2.3. Resultados dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas .....    | 91        |
| Reflexões Finais .....  | 126       |
| Bibliografia.....   | 130       |
| APÊNDICES .....   | 141       |
| ANEXOS .....  | 161       |

## Índice de Gráficos

|   |     |
|---|-----|
| Gráfico 1 – Estrutura da população por idade e sexo, na UE, em 1994 e 2014* .....   | 27  |
| Gráfico 2 – Índice de dependência de idosos, na UE-28, em 1994 e 2014 .....   | 28  |
| Gráfico 3 – Pirâmide etária na UE-28, entre 2014 e 2080 (%).....  | 28  |
| Gráfico 4 – Índice de dependência, na UE-28, entre 2014 e 2080 (%) .....  | 29  |
| Gráfico 5 – Número de anos de vida saudável aos 65 anos, por sexo, na UE-28, em 2013  | 29  |
| Gráfico 6 – Total de População por grupo etário, em Portugal, entre 1950 e 2100 .....   | 31  |
| Gráfico 7 – Esperança de vida à nascença, por sexo, em Portugal, entre 1950 e 2100 .....  | 32  |
| Gráfico 8 – Fecundidade em Portugal e na Europa, entre 1950 e 2100 .....  | 32  |
| Gráfico 9 – Pirâmide etária de Portugal, em 1950 e 2015 .....   | 33  |
| Gráfico 10 – Pirâmide etária de Portugal, em 2050 e 2010.....   | 33  |
| Gráfico 11 – Índices de envelhecimento, dependência de idosos, dependência de jovens,<br>dependência total e de longevidade, em Portugal, entre 1960 e 2011 ..... | 34  |
| Gráfico 12 – Cruzamento entre o número de participantes e as unidades de registo por<br>categoria.....  | 97  |
| Gráfico 13 – Cruzamento entre o número de participantes e o número de unidades de<br>sentido.....   | 102 |
| Gráfico 14 – Representação em gráfico polar das categorias que contribuem para uma boa<br>e reduzida QdV .....  | 103 |
| Gráfico 15 – Multidimensionalidade da QdV a partir do número de participantes e número<br>de unidades de registo.....   | 112 |

## Índice de Tabelas

|  |     |
|--|-----|
| Tabela 1 – Áreas de intervenção do gerontólogo .....   | 11  |
| Tabela 2 - Principais alterações cognitivas que ocorrem com o processo de senescência ..   | 19  |
| Tabela 3 – População nas grandes regiões mundiais entre 2015 e 2100 .....  | 24  |
| Tabela 4 – Esperança de vida à nascença e à idade dos 65 anos, na UE-28, entre 2005 e 2013 .....   | 27  |
| Tabela 5 – Índices de envelhecimento, dependência de idosos, dependência de jovens, dependência total e de longevidade, em Portugal, entre 1960 e 2011 .....                   | 34  |
| Tabela 6 – Índice de envelhecimento em 2011 e Projeções para 2060, por zonas de Portugal, de acordo com os cenários baixo, central, alto e sem migrações.....                  | 35  |
| Tabela 7 – Esperança de vida à nascença em 2001 e Projeções para 2060, por zonas de Portugal, de acordo com os cenários baixo, central, alto e sem migrações, e por sexo ..... | 36  |
| Tabela 8 – Proposta de cruzamento das dimensões de QdV: .....  | 75  |
| Tabela 9 - Características sociodemográficas dos participantes.....  | 88  |
| Tabela 10 - Categorias e unidades de sentido emergentes da análise de conteúdo .....   | 93  |
| Tabela 11 – Número e percentagem de participantes e unidades de registo por categoria .  | 95  |
| Tabela 12 – Número e percentagem de participantes por categoria e por questão.....   | 96  |
| Tabela 13 – Número e percentagem de participantes e de unidades de registo por questão   | 98  |
| Tabela 14 – Número de unidades de registo por categorias e unidades de sentido e por questão .....   | 100 |
| Tabela 15 – Priorização de dimensões da QdV .....  | 125 |

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Proposta de domínios de QdV a explorar nas pessoas com 65 ou mais anos ....75

Figura 2 – Categorias/domínios de QdV emergentes ..... 124

## **Índice de Mapas**

|   |    |
|---|----|
| Mapa 1 – Percentagem de população com 65 ou mais anos, no mundo, em 2016.....                     | 25 |
| Mapa 2 – Média de idades da população, na UE, em 2014.....  | 26 |
| Mapa 3 – População com 65 ou mais anos a viver sozinha, por países na UE-28, em 2011<br>(%) ..... | 30 |

## Índice de Apêndices

|  |     |
|--|-----|
| Apêndice 1. Guião de Grupos Focais .....   | 142 |
| Apêndice 2. Guião de Entrevistas Semi-estruturadas .....   | 143 |
| Apêndice 3. Questionário de caracterização sociodemográfica e escala de autoavaliação da QdV em geral..... | 144 |
| Apêndice 4. Dinâmica de priorização das dimensões da QdV .....   | 146 |
| Apêndice 5. Programa do Workshop com Entrevistadores .....   | 147 |
| Apêndice 6. Consentimento informado .....  | 148 |
| Apêndice 7. Caracterização Sociodemográfica – Dados provenientes do Programa SPSS .....                    | 149 |
| Apêndice 8. Auto-avaliação da QdV em Geral – Dados provenientes do Programa SPSS .....                     | 156 |
| Apêndice 9. Grelha Analítica dos Resultados .....  | 159 |
| Apêndice 10. Priorização de dimensões da QdV .....   | 160 |

## Índice de Anexos

|  |     |
|--|-----|
| Anexo 1. Principais alterações fisiológicas que decorrem do processo de envelhecimento ..... | 162 |
| Anexo 2. Índice de Desenvolvimento Humano em todas Regiões .....                             | 164 |
| Anexo 3. SPIRAL: 8 dimensões e 60 componentes do bem-estar .....                             | 165 |
| Anexo 4. Resultados SPIRAL nos Concelhos de Sintra, Cascais e Loures.....                    | 166 |

### **Glossário de siglas**

AKF – Aga Khan Foundation (Fundação Aga Khan)

AKDN – Aga Khan Development Network

K`CIDADE – Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QdV – Qualidade de Vida

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life-Old

UE – União Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

## Introdução

O mundo atual atravessa um período de mudança e transformação acelerada a vários níveis, sobretudo nas sociedades ocidentais industrializadas. O envelhecimento da população é uma das alterações visíveis de um mundo globalizado. O crescente declínio da fecundidade e o aumento da esperança de vida têm contribuído para o aumento exponencial da população idosa, tendência esta que irá acentuar-se nas próximas décadas em todo o mundo (sobretudo entre velhos e muito velhos). Dada a inevitabilidade do aumento do envelhecimento da população, fenómeno este alcançado devido aos progressos médicos, sociais e económicos, torna-se imperativo compreender os processos e implicações que a longevidade das sociedades acarreta. Por um lado, em termos das implicações a nível político (e.g. relacionadas com a sustentabilidade dos sistemas sociais, nomeadamente em termos de reformas e pensões), social (e.g. imagem dos mais velhos na sociedade, frequentemente associadas a um grupo com características homogéneas), mas também em termos da qualidade dos anos vividos pelos indivíduos (Fernandes, 1997). Será, portanto, necessário encontrar e reinventar formas de ação que respondam aos desafios dessa longevidade, nomeadamente em termos de adoção e adaptação de medidas, mecanismos e políticas, respostas e serviços, que melhor respondam à promoção da QdV dos mais velhos.

Neste sentido, o tema a explorar nesta dissertação relaciona-se com as representações que os indivíduos com 65 ou mais anos têm sobre a sua qualidade de vida (QdV).

Este trabalho torna-se pertinente, a nível político, na medida em que pretende explorar e compreender os significados da QdV para as pessoas mais velhas e identificar as dimensões mais relevantes, contribuindo para a reflexão e desenvolvimento de estratégias, medidas, políticas, serviços e respostas que potenciem a QdV no envelhecimento, numa relação “*bottom-up*”.

Torna-se também relevante, a nível social, na medida em que esta investigação pretende trazer contributos para os profissionais que intervêm com as pessoas mais velhas, nomeadamente em termos de metodologias participativas com este público e na criação de pistas e reflexões para a intervenção.

Por outro lado, a nível científico, embora esta temática tenha sido objeto de estudo ao longo dos anos em Gerontologia, tem sido dada pouca primazia a estudos/investigaçãoes que afirmam a QdV a partir da visão dos destinatários. Assim, a pertinência científica desta dissertação reflete-se, por um lado, ao nível do contributo para a produção de conhecimento,

em contexto nacional sobre a QdV das pessoas com 65 ou mais anos de idade e, por outro, por refletir, de forma participada, a perspetiva dos mesmos.

Esta dissertação encontra-se organizada em duas áreas fundamentais: por um lado o enquadramento teórico e, por outro, o estudo empírico.

A primeira parte é composta por 5 capítulos distintos. O capítulo I é dedicado à Gerontologia e, em particular, à Gerontologia Social. Este capítulo debruça-se sobre a resenha história desta ciência e sobre o papel de um gerontólogo. O capítulo II problematiza o conceito de envelhecimento, diferenciando-o e caracterizando-o em termos de envelhecimento individual (biológico, psicológico e social) e demográfico (apresentando e refletindo sobre os dados sociodemográficos a nível mundial, europeu e nacional). Os capítulos III e IV procuram descrever o conceito de QdV e as dimensões emergentes na revisão de literatura, tanto em termos genéricos como aplicados ao envelhecimento. Nestes capítulos procura-se também identificar e descrever alguns programas internacionais de avaliação da QdV e investigações de referência. No que concerne ao capítulo V, procura-se sintetizar os principais contributos teóricos sobre a temática das representações sociais.

A segunda parte deste trabalho é composta por dois capítulos. O capítulo I é dedicado à fundamentação e pertinência deste estudo, à definição da pergunta de partida e objetivos da investigação tendo por base o estado da arte descrito, o desenho do estudo, os métodos e técnicas de investigação utilizados, os instrumentos desenvolvidos para a recolha de dados, a amostra e os procedimentos encetados. O capítulo II é dedicado à apresentação dos resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e autoavaliação da QdV em geral e dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas, assim como da discussão dos resultados tendo em conta a revisão de literatura.

Por fim, encontra-se uma reflexão final que resume as principais conclusões desta investigação e apresenta aprendizagens, pistas e recomendações para o futuro.

## **PARTE I:**



# **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# **CAPÍTULO I:**

---

## **Gerontologia Social**

## **Capítulo I – Gerontologia Social**

### **1.1. A Gerontologia e a Gerontologia Social**

Analisando a etimologia da palavra Gerontologia é possível compreender que esta deriva da palavra grega *geron* que significa velho e *logo* que significa ciência ou ramo de conhecimento, pelo que etimologicamente, a Gerontologia é a disciplina que estuda o envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2004).

A palavra Gerontologia surgiu pela primeira vez, em 1903, por Élie Metchnikoff. A Gerontologia refere-se à ciência que analisa e compreende o processo de envelhecimento humano a partir de um conhecimento multidisciplinar proveniente de disciplinas como as ciências biológicas (e.g. biologia, medicina, etc.), ciências psicológicas (e.g. psicologia do desenvolvimento, psicologia social, etc.) e ciências sociais (e.g. sociologia, demografia, etc.) (Câmara, 2015). Esta ciência caracteriza-se, assim, por uma abordagem multidisciplinar no qual combina conhecimentos de diversas disciplinas numa perspetiva bio-psico-social. De acordo com Birren (1972, 1996, cit. por Câmara, 2015), existem três tipos de envelhecimento, designadamente o biológico, o psicológico e o social (descritos no capítulo seguinte). Para Fernandez-Ballesteros (2000, cit. por Paúl & Fonseca, 2005) a Gerontologia é a ciência que estuda as bases sociais, psicológicas e biológicas da velhice e do envelhecimento. Schroots (1996, cit. por Fernández-Ballesteros, 2004) considerou como objeto de estudo da Gerontologia tanto o processo de envelhecimento, como o estado de velhice, e as condições específicas dos mais velhos. Segundo Bengston, Rice & Johnson (1999, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), os gerontólogos, numa abordagem multidisciplinar, visam compreender e explicar o envelhecimento como processo que decorre ao longo da vida (dimensões sociais, psicológicas e biológicas), os problemas funcionais dos mais velhos em termos de incapacidades para uma vida independente e, ainda, a idade enquanto padrão de comportamento social. Segundo Câmara (2015), a Gerontologia visa, assim, compreender o prolongamento da vida dos indivíduos (dando mais anos à vida) e, por outro, contribuir para a melhoria da QdV dos mesmos (ou seja, dando mais vida aos anos).

Segundo Fernández-Ballesteros (2004), em 1928, nos Estados Unidos da América, foi criado um dos primeiros laboratórios para o estudo do envelhecimento (Universidade de Stanford). No entanto, segunda a mesma autora, apenas em 1939, e sob a coordenação do biólogo Cowdry, foram publicados os primeiros artigos nos quais o envelhecimento foi abordado em termos médicos, psicológicos e sociais. No mesmo ano, foi também criada a primeira associação para a investigação na área do envelhecimento, o Clube de Investigação

sobre Envelhecimento (*Research Club on Aging*). Foi em 1943 que Burgess (reitor dos sociólogos nos Estados Unidos da América) conseguiu influenciar o Conselho de Investigação das Ciências Sociais a criar uma Comissão sobre o Ajustamento Social na Velhice, o que permitiu colocar na agenda a necessidade de investigação sobre várias temáticas: o processo de ajustamento individual ao envelhecimento e à reforma, o envelhecimento e a família, o envelhecimento e o emprego e os recursos financeiros, a relação com outras instituições sociais, entre outros tópicos (Tibbits, 1963). No entanto, foi em 1945 e 1946, que se deu a institucionalização da Gerontologia e da Gerontologia Social nos Estados Unidos da América, com a criação da Sociedade Gerontológica Americana e da revista científica dedicada ao estudo da Gerontologia, o *Journal of Gerontology* (Fernández-Ballesteros, 2004). Esta revista continha conteúdos bio-médicos mas também contributos provenientes das ciências sociais e humanas. Desde 1986, esta revista decidiu organizar e especializar as suas publicações em duas séries (A e B), nomeadamente em volumes dedicados às ciências biológicas e medicina clínica, e às ciências comportamentais e ciências sociais (Achenbaum & Albert, 1995). Impulsionado por Tibbits, em 1957, foi criado o Instituto de Formação Inter-Universidades em Gerontologia Social (Inter-University Training Institute in Social Gerontology) com sede na Universidade de Michigan (Câmara, 2015). Em 1960, a Sociedade Gerontológica Americana autorizou a criação de uma segunda revista científica dedicada à Gerontologia, designada *The Gerontologist*, com vista à criação de uma perspetiva multidisciplinar do estudo do envelhecimento, incluindo as dimensões de política social, o desenvolvimento de programas e a prestação de serviços (Achenbaum & Albert, 1995). Também nesse ano, Tibbits publicou um manual dedicado à Gerontologia Social.

Blieszner & Sanford (2010, cit. por Paúl, 2012), ao analisarem 437 artigos, do volume dedicado às ciências psicológicas da revista científica *Journal of Gerontology*, entre 2000 e 2008, constataram que a maioria das produções científicas relacionava-se com as temáticas da cognição (31,7%), saúde (19%), bem-estar (17,4%), personalidade (8%), cultura/género/etnia (7,8%), relações (6,7%) e perceções/atitude (2%). A maioria dos artigos publicados tinham amostras inferiores a 500 pessoas e utilizavam análises de variância e regressão (Paúl, 2012). A partir das análises estatísticas tem sido possível caracterizar subsistemas do organismo em termos de relações causais e interrelação entre variáveis (Birren, 2007). Em termos de perspetivas de investigação para o futuro é expeável a utilização de medidas repetidas que incluam o indivíduo e as suas redes sociais, a utilização de análises multivariadas e de métodos qualitativos fortes, para além de estudos transculturais (Paúl, 2012). Por outro lado, o aumento

de estudos longitudinais da população que englobem as influências genéticas, comportamentais, sociais ou outras, pode também contribuir para uma abordagem mais orgânica do estudo do envelhecimento (Birren, 2007).

De acordo com Birren (2007), a Gerontologia encontra-se em expansão por motivos científicos e práticos, havendo um interesse científico crescente nos processos de envelhecimento biológicos, comportamentais e sociais. No entanto, sendo esta ciência relativamente recente é possível constatar a elevada predominância de dados empíricos e a reduzida existência de teorias e modelos que permitam afirmar esta ciência (Birren & Bengston, 1988, cit. por Paúl, 2012). Estes são fundamentais porque servirão para explicar e sistematizar os fenómenos observados e levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, contribuindo, assim, para o desenvolvimento científico desta área (Paúl, 2012). Bengston *et al.* (1997, cit. por Paúl, 2012) realizou uma análise a vários artigos científicos publicados em oito reconhecidas revistas científicas em Gerontologia, entre 1990 e 1994, e verificou que 72% dos artigos era desprovido de qualquer teoria. Por outro lado, Alley *et al.* (2010, cit. por Paúl, 2012) verificou, no período de 1994-2004, que apesar da maioria da investigação em Gerontologia ser atórica (61%) houve um aumento de referências teóricas no âmbito da Gerontologia Social. Por outro lado, a maioria das investigações teve por base teorias transdisciplinares, muitas das quais, sem relação com as questões do envelhecimento (Paúl, 2012)<sup>1</sup> o que demonstra também a natureza multidisciplinar que caracteriza esta ciência. Não obstante ao acréscimo de teorias apresentadas na investigação em Gerontologia, e tal como proposto por Hendricks *et al.* (2010, cit. por Paúl, 2012), importa que os artigos científicos e os dados empíricos sejam enquadrados por teorias e modelos conceptuais. Seja a partir de processos indutivos ou dedutivos importa desenvolver questões que tenham por base teorias ou modelos conceptuais, bem como validar empiricamente os mesmos a partir do enquadramento e explicação dos resultados (Paúl, 2012).

Como é possível constatar, esta ciência foi ganhando cada vez maior relevância devido ao progressivo e crescente envelhecimento da população, ao aumento de investigação dedicada ao envelhecimento humano, ao aparecimento de associações de Gerontologia, à organização de congressos e seminários especializados, à publicação de jornais/revistas científicas com

---

<sup>1</sup> As teorias mais referidas relacionaram-se com a perspetiva de curso de vida (*life course*), teorias desenvolvimentais de curso de vida (*life-span*), teoria dos papéis, teoria da troca (*exchange*), teoria das pessoas/ambiente/teorias ecológicas. Os modelos mais comuns relacionaram-se com o *stress* e coping, envelhecimento bem-sucedido, modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde de Anderson, modelos de controlo, autoeficácia e mestria, e modelos de incapacidade (Paúl, 2012).

conteúdos sobre esta disciplina e à sua autonomização face a outras ciências e à criação de unidades de investigação com atribuição de graus académicos (Câmara, 2015).

Lowenstein (2004, cit. por Hernandis & Martínez, 2005) sustenta a Gerontologia como disciplina académica uma vez que: possui um objeto de estudo central (ou seja, o envelhecimento humano na perspetiva de ciclo de vida); conta com métodos específicos de investigação (estudo de biomarcadores de idade, utilização da fenomenologia e de técnicas quantitativas e qualitativas, bem como de investigação longitudinal); tem um conjunto de profissionais e especialistas organizados em rede/comunidade numa lógica de autoaprendizagem; detém várias publicações científicas especializadas; e dispõe de um corpo de conhecimento fundamentais com terminologias e conceitos próprios. Todavia, os gerontólogos foram confrontados com várias dificuldades e limitações quanto ao reconhecimento desta disciplina, sintetizando-se de seguida apenas algumas razões: o envelhecimento é um processo dinâmico e em constante mutação; as pessoas mais velhas, protagonistas do seu envelhecimento, têm características heterogéneas, sendo a idade o denominador comum; e a importância da Gerontologia versar uma abordagem multidisciplinar (Hernandis & Martínez, 2005). De acordo com estes autores, neste último aspeto, problematiza-se as fronteiras entre a Gerontologia como parte integrante do estudo científico do envelhecimento (i.e., podendo colocar em causa a legitimidade e pertinência desta disciplina) *versus* a assumpção de que o estudo do envelhecimento e das pessoas idosas são um terreno exclusivo da investigação gerontológica (fragmentando a disciplina em várias subespecialidades e criando tensão com outras ciências sociais). Katz (1996, cit. por Hernandis & Martínez, 2005) defende, no entanto, que a multidisciplinaridade gerontológica foi fruto de um processo estratégico. Esta multidisciplinaridade, porém, pode ser perspetivada de duas formas: como uma justaposição de diferentes estudos sobre a velhice a partir de diferentes disciplinas que contribuem para fragmentar a realidade em diversos aspetos (Dogan, 1994, cit. por Hernandis & Martínez, 2005) ou como disciplina aglutinadora/de encontro de investigações provenientes de outras disciplinas em torno do mesmo objeto de estudo (Hernandis & Martínez, 2005). A interdisciplinaridade visa precisamente ir mais além da mera justaposição e do somatório de descobertas, ou seja, pressupõe um intercâmbio de métodos e de pontos de vista (Hernandis & Martínez, 2005). Por outro lado, e não obstante, a forma como a Gerontologia tem vindo a perspetivar o envelhecimento também tem sido distinta. Se, por um lado, a Gerontologia mais tradicional assenta numa perspetiva que considera o envelhecimento como problemática (essencialmente negativa) outras correntes propõem uma análise pelas forças dos

mais velhos com potencial de desenvolvimento individual e social (Hernandis & Martínez, 2005).

De acordo com Câmara (2015), a Gerontologia divide-se em três ramos: a Gerontologia Biológica, a Gerontologia Clínica e a Gerontologia Social. A Gerontologia Biológica relaciona-se com o estudo dos mecanismos e processos de envelhecimento (Câmara, 2015). A Gerontologia clínica debruça-se sobre a doença, a prevenção, a reabilitação e a reinserção da pessoa idosa (Câmara, 2015). E a Gerontologia Social estuda o impacto dos fatores socioculturais e ambientais no envelhecimento e na velhice, as consequências sociais destes processos e as ações sociais que contribuem para a melhoria destes no processo de envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2004; Câmara, 2015). De acordo com Burgess (1958, cit. por Tibbitts, 1963), a Gerontologia Social estuda o estatuto e os papéis sociais dos mais velhos, os seus padrões culturais e forma de organização social, bem como o comportamento coletivo na medida em que afeta e é afetado pela mudança social. Para Tibbitts (1963), a Gerontologia Social preocupa-se com as mudanças dos papéis dos mais velhos, com os seus processos de ajustamento, personalidade e saúde mental e com os processos biológicos e psicobiológicos do envelhecimento. Segundo o autor, a Gerontologia Social procura também descobrir o papel da cultura, do ambiente e da mudança social como determinantes do envelhecimento, assim como do comportamento da pessoa idosa e a sua posição na sociedade; a relação das pessoas idosas como grupo; e o seu impacto nos valores e nas instituições, bem como na economia, política, etc. A Gerontologia Social, enquanto especialidade, apenas se afirmou nos anos 70 com uma publicação com a mesma designação (Tibbitts, 1960, cit. por Fernandez-Ballesteros, 2004). De acordo Tibbitts (1960, Fernández-Ballesteros, 2004) o gerontólogo social deve deter, assim, conhecimentos bio-psico-sociais sobre a velhice e sobre o envelhecimento por forma a compreender ambos os fenómenos a partir de uma perspetiva social, mas também colocando os seus conhecimentos em benefício das pessoas idosas.

Importa também diferenciar o conceito de Gerontologia e de Geriatria. Apesar da estreita articulação entre ambas as disciplinas, a Gerontologia trata os assuntos relacionados com o envelhecimento, enquanto a geriatria (ramo da medicina) estuda as doenças e as incapacidades que ocorrem durante a velhice (Birren, 1996; Fernández-Ballesteros, 2004).

## 1.2. O Papel do Gerontólogo

De acordo com Bastos *et al.*, (2008), considerando o aumento do envelhecimento demográfico e a multiplicidade de fatores que influenciam e condicionam o processo de envelhecimento, torna-se cada vez mais pertinente a criação de perfis técnicos/profissionais que respondam eficazmente aos desafios atuais, nomeadamente a partir da criação de cursos académicos no âmbito da Gerontologia Social, Educacional e Clínica. De acordo com Pimentel & Pereira (2012), na Europa, a Gerontologia tem sido institucionalizada academicamente a partir de programas de especialização e pós-graduação, frequentados sobretudo por profissionais das áreas da psicologia, serviço social, saúde, animação, entre outros. Porém, na última década, foi possível assistir, em Portugal, a um alargamento da oferta em termos de programas de licenciatura em Gerontologia e Gerontologia Social (Pimentel & Pereira, 2012), contribuindo, desta forma, para responder à necessidade crescente de qualificação dos recursos humanos nesta área. A formação em Gerontologia assenta em três pilares: uma dimensão orientada para a saúde, uma dimensão psicológica e uma dimensão social/organizacional (Pimentel & Pereira, 2012). Figueiredo *et. al.*, (2004, cit. por Bastos *et al.*, 2008: 18), caracterizaram um gerontólogo como um “profissional responsável pela avaliação, intervenção e investigação acerca do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção de problemas pessoais e sociais associados”. Considerando a proposta de Pereira (2008, adaptada de Martín, 2006), algumas áreas de intervenção prática do gerontólogo poderão relacionar-se com a promoção de cuidados, promoção de envelhecimento ativo, envelhecimento produtivo, investigação e desenvolvimento de políticas/ programas/ projetos e a formação/ treino de profissionais e voluntários/ cuidadores, tal como sintetizado na tabela 1. Segundo Pimentel & Pereira (2012), dada a formação e competências interdisciplinares detidas por um gerontólogo, este pode exercer a sua atividade profissional em vários contextos, destacando-se: a intervenção em contexto comunitário, junto da família, das instituições e redes locais, serviços de apoio domiciliário (e.g. com foco no apoio e formação de cuidadores, apoio na adaptação física do ambiente habitacional dos mais velhos a partir de ajudas técnicas, apoio na componente emocional), residências/lares e centros de dia (e.g. avaliação multidimensional das pessoas idosas, avaliação e adaptação dos serviços prestados, criação de planos individualizados de cuidados centrados nas necessidades dos mais velhos), bem como em instituições de saúde. Será igualmente função de um gerontólogo, antecipar, sensibilizar e avaliar necessidades, bem como formar e criar novos ou adaptar os serviços existentes às características, necessidades e oportunidades a fim de intervir eficazmente e com qualidade. Um gerontólogo pode também

desempenhar funções relacionadas com a reabilitação geriátrica e terapias de estimulação cognitiva, bem como com consultoria em várias das dimensões e componentes anteriormente descritas (Pimentel & Pereira, 2012).

Tabela 1 – Áreas de intervenção do gerontólogo

| Áreas de intervenção  |   |
|---|---|
| <b>Áreas horizontais</b>  |   |
| Promoção de cuidados  | Serviços de Informação<br>Assessoria legal e defesa de direitos<br>Programas de lares e/ou internamento<br>Programas inovadores e/ou alternativos<br>Centros de atenção diurna e noturna<br>Programas de adaptação ambiental<br>Programas de cuidado domiciliário<br>Intervenção em negligência e maus-tratos a idosos<br>Serviços de apoio a cuidadores informais                        |
| Promoção do envelhecimento ativo                                  | Programas de saúde e bem-estar físico<br>Programas de rendimentos económicos<br>Programas educacionais (formais e não formais)  |
| Promoção do envelhecimento produtivo                              | Voluntariado sénior e programas intergeracionais<br>Programas de emprego sénior   |
| <b>Áreas transversais</b>   |   |
| Investigação e desenvolvimento de políticas, programas e projetos | Influência direta nos agentes políticos<br>Consultoria a agentes políticos<br>Participação em movimentos dos cidadãos idosos<br>Formação de associações de idosos para poder político<br>Participação no processo de desenvolvimento das políticas sociais e na apresentação de alternativas  |
| Formação e treino de profissionais e voluntários (cuidadores)     | Diagnóstico de necessidades de formação<br>Planeamento de intervenções ou atividades formativas<br>Conceção de intervenções, programas, instrumentos e suportes formativos<br>Organização e promoção de intervenções ou atividades formativas<br>Desenvolvimento/execução de intervenções ou atividades formativas<br>Acompanhamento e avaliação de intervenções ou atividades formativas |

Fonte: Pereira, 2008 (adaptado de Martín, 2006)

Dado que a Gerontologia intervém em problemáticas complexas e multidimensionais, postulando um quadro de valores próprios e um carácter interdisciplinar (Lowenstein, 2004, cit. por Pereira, 2008), torna-se fundamental que os gerontólogos detenham competências instrumentais, interpessoais e éticas para o exercício da profissão. Fernández-Ballesteros (2004) enunciou algumas competências gerais no perfil de um gerontólogo em contexto clínico embora, pela sua transversabilidade, façam sentido a qualquer contexto de intervenção de um gerontólogo, designadamente: a empatia, a gentileza, a autenticidade, o respeito, o sentido de humor, as competências pedagógicas (e.g. transmissão de informação, facilitação da compreensão), a adoção de uma linguagem adequada, a objetividade, a participação/

empoderamento dos mais velhos a partir dos seus recursos, a constituição de modelo para as pessoas idosas, a flexibilidade, a escuta ativa, o comportamento profissional, a capacidade de síntese e a capacidade de gerir situações com familiares.

Neste seguimento, importa também mencionar os direitos específicos da população idosa, designadamente os consagrados pelas Nações Unidas (1991, cit. por António, 2013), que devem orientar a prática profissional de um gerontólogo, ainda que estes princípios não sejam exclusivos da intervenção destes especialistas. Estes princípios encontram-se agrupados em cinco áreas temáticas: a autonomia e independência (em termos de rendimentos e bens materiais, programas de aprendizagem ao longo da vida, opção de se manter na sua habitação regular), a participação das pessoas idosas na sociedade (tanto a nível familiar como com outros grupos intra e intergeracionais, otimizando oportunidades e rentabilizando os seus saberes, interesses e experiências e constituindo-se como um recurso na comunidade), a realização pessoal (pleno desenvolvimento pessoal e com acesso a recursos sociais, culturais, recreativos, educativos e espirituais), a dignidade (ambientes seguros física e mentalmente; tratamento digno e respeitoso; valorização) e a prestação de cuidados e assistência (benefício de cuidados, acesso a serviços de saúde; gozar dos seus direitos e liberdades se residentes em lares onde sejam prestados cuidados ou tratamento).

Por outro lado, importa também salientar o papel que um gerontólogo pode ter na facilitação e criação de medidas políticas ao nível de Programas como a Cidade Amiga das Pessoas Idosas e/ou da criação de Planos Gerontológicos. A Cidade Amiga das Pessoas Idosas é um programa lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) orientado para a operacionalização do conceito de envelhecimento ativo. Por outro lado, o Plano Gerontológico consite num instrumento de planeamento estratégico para a intervenção com a população mais velha, com vista à promoção da sua QdV. Segundo Quaresma (2013), o plano gerontológico concelhio pode constituir um instrumento de desenvolvimento local se implementado numa lógica participativa e com vista à promoção de uma cidade amiga para todos, ainda que com enfoque nas dinâmicas diretamente relacionadas com as questões do envelhecimento.

## **CAPÍTULO II:**

---

## **Envelhecimento**

## **Capítulo II – Envelhecimento**

O envelhecimento pode ser analisado a partir de duas perspetivas distintas, designadamente a partir da perspetiva individual (envelhecimento individual) e da dimensão demográfica (envelhecimento populacional).

### **2.1. Envelhecimento Individual**

Para Birren (1995, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), o envelhecimento é considerado um processo ecológico no qual há uma interação entre a dimensão genética e os diversos meios físicos e sociais. Importa identificar, analisar e compreender os processos e mecanismos de envelhecimento, assim como as dinâmicas e questões associadas à idade.

De acordo com Lima (2010, cit. por Carvalho, 2013), o envelhecimento é um processo multidimensional, contínuo na medida em que ocorre ao longo da vida e se relaciona com o envelhecer. Esta abordagem perspetiva o envelhecimento como um fenómeno dinâmico, em que importa considerar as experiências de vida dos indivíduos, as suas trajetórias e histórias individuais, em detrimento de uma abordagem estática assente apenas na idade cronológica (Fonseca, 2006, cit. por Carvalho, 2013). Ou seja, sendo o envelhecimento um processo individual este não ocorre da mesma forma em todos os indivíduos, variando e dependendo de vários fatores. Assim, envelhecimento individual relaciona-se com o processo de alterações bio-psico-sociais que decorre ao longo da vida de um indivíduo, desde que nasce até que morre.

De acordo com Birren & Cuningham (1985, cit. por António, 2013), existem três tipos de idades: a) a idade biológica, relacionada com o envelhecimento celular e do organismo e no qual vão ocorrendo perdas de capacidade no seu funcionamento; b) a idade psicológica, relacionada com os aspetos cognitivos e motivacionais, assim como com as competências comportamentais que os indivíduos podem canalizar para melhor interagirem com o ambiente; e c) a idade social, referente aos papéis sociais adoptados pelos indivíduos ou expectáveis de ser adoptados pelos indivíduos na sociedade considerando a cultura e história dos mesmos).

A idade cronológica, apesar de estar relacionada com o processo de envelhecimento, apresenta limitações no que concerne à informação produzida em termos das experiências vividas dos indivíduos, pois o número de anos vividos só por si produz pouca informação sobre a QdV vivida. No entanto, cumpre o papel de dar sentido aos acontecimentos que vão decorrendo ao longo desta fase do ciclo de vida (Lima, 2010 cit. por Carvalho, 2013). Partindo dos conhecimentos da Psicologia do Desenvolvimento, o desenvolvimento humano é perspetivado como um processo contínuo que decorre desde a concepção até à morte e no qual

é possível identificar algumas características, pese embora indivíduos da mesma idade cronológica manifestarem comportamentos semelhantes em diferentes fases do desenvolvimento humano, assim como indivíduos de diferentes idades cronológicas apresentarem comportamentos identificáveis na mesma fase de desenvolvimento humano (Carmo, Esgaio & Pinto, 2014). O processo de envelhecimento é diferenciado entre os indivíduos, não obedecendo a nenhum padrão desenvolvimental normativo (Fonseca, 2005, cit. por Câmara, 2015). No entanto, na literatura, esta fase do desenvolvimento humano associada à idade cronológica a partir 60/65 anos, tem vindo a denominar-se por idade madura. A literatura científica mais recente tem vindo a sugerir, no entanto, que esta possa corresponder a duas etapas do desenvolvimento e não apenas a uma (Carmo, Esgaio & Pinto, 2014). Com base na idade cronológica, Neugarten (1975, cit. por Fernandez-Ballesteros, 2004) caracterizou dois tipos de idosos: os jovens-velhos para categorizar os indivíduos entre os 55-75 anos e os velhos-velhos referentes aos indivíduos acima dos 75 anos. Riley (1988, cit. por Fernandez-Ballesteros, 2004) propôs uma categorização alternativa composta por três categorias, nomeadamente os jovens-velhos entre os 65-74 anos, os velhos-velhos entre os 75-85 anos e os muito velhos para os indivíduos com idade superior a 85 anos. De acordo com esta última proposta de categorização, os novos-velhos e os velhos-velhos seriam caracterizados por melhorias significativas da condição física, psicológica, social e económica derivada dos investimentos e medidas de política social, enquanto os restantes indivíduos de idades mais avançadas seriam caracterizados por uma condição de maior dependência devido à perda de competências derivadas da menor saúde física e mental (Carmo, Esgaio & Pinto, 2014). De acordo com Millán-Calenti (2001, cit. por Câmara, 2015), o processo de envelhecimento individual é influenciado por fatores endógenos (fatores genéticos e hábitos e estilos de vida) e exógenos (ambiente e fatores socioeconómicos). Relativamente aos fatores endógenos podem distinguir-se os aspetos de ordem genética (e.g. idade, género) que podem influenciar uma maior longevidade ou propiciar doenças crónicas; e os hábitos e estilos de vida saudável que podem contribuir para um aceleração ou retardamento de processos de envelhecimento. Quanto aos fatores exógenos, o envelhecimento individual é influenciado pelo ambiente, pelos factores socioeconómicos, o nível educacional, entre outros. As principais causas do envelhecimento individual poderão ser classificadas em quatro grandes áreas, designadamente: a genética; a deficiente utilização de uma função durante o crescimento e idade adulta; os fatores de risco que aceleram o processo de senescência (e.g. tabagismo); e as doenças ou acidentes que surgem (Câmara, 2015).

Importa também clarificar e reflectir sobre o conceito de velhice. Etimologicamente, velhice deriva de *vetulus*, ou seja, velho, idoso, antigo. Segundo Carvalho (2013), a velhice é perspectivada como parte integrante do ciclo de vida. Para Fernandez-Ballesteros (2004), a velhice é perspectivada como o último estado da vida, podendo ser determinada pela idade do indivíduo. Segundo Fernandes (1997), apesar de na história haver registos sobre diferentes formas das sociedades interpretarem e lidarem com a questão do envelhecimento, era inexistente a idade a partir do qual uma pessoa passasse a ser considerada velha. No entanto, nas sociedades industrializadas atuais a velhice aparece muito associada à idade cronológica dos indivíduos, muitas vezes marcada pela idade da reforma obrigatória (António, 2013). Fernandes (1997) verificou também que o conceito de velhice passou a ser marcado por representações associadas a um problema social cuja solução era imperativa<sup>2</sup>. Lenoir (1989, cit. por Fernandes, 1997: 12) definiu velhice como “uma categoria cuja delimitação resulta do estado (variável) das relações de força entre as classes e das relações entre as gerações, isto é, da distribuição do poder e dos privilégios entre as classes e entre as gerações”. Ou seja, ao considerar que as pessoas idosas são todas as que ultrapassam determinada idade (criação de categoria) e que este grupo é caracterizado por propriedades homogéneas, estamos a criar uma representação social que valida e legitima esta imagem negativa da velhice. Importa, assim, desconstruir estas concepções e encarar este fenómeno com a complexidade e variabilidade que lhe é subjacente.

Não obstante face ao exposto, o envelhecimento individual pode ser analisado a partir de três perspectivas, designadamente a biológica, a psicológica e a social:

### 2.1.1. Envelhecimento Biológico

Segundo Birren (1996: 546) o “envelhecimento é o termo que pode ser aplicado a qualquer alteração que dependa da passagem do tempo, quer essas alterações sejam consideradas boas, más ou indiferentes, independentemente do momento”.

Busse (1969, cit. por Fernandez-Ballesteros, 2004) distinguiu dois tipos de envelhecimento, designadamente o normal/primário referente ao processo de envelhecimento determinado pela idade (senescência); e o envelhecimento secundário/patológico influenciado por doenças e fatores externos. Segundo Birren (1996), a senescência é um processo de perda progressiva das capacidades dos indivíduos que se manifestam em termos físicos e cognitivos.

---

<sup>2</sup> Historicamente a velhice esteve associada à perda de capacidades dos operários mais velhos em termos de produtividade laboral.

De acordo com o autor, estima-se que, em média, um ser humano saudável perca a sua senescência em 0,5% de capacidade por ano entre os 30 anos e os 80 anos de idade, após a qual, a taxa de senescência acelera para 1% ao ano.

A perspectiva biológica é estudada pela biologia do envelhecimento, que avalia as alterações inerentes ao processo de envelhecimento (bioGerontologia), assim como as causas que o determinam. O envelhecimento biológico pode ser entendido como o processo de transformações fisiológicas do organismo que, com o tempo, diminuem a probabilidade de sobrevivência e as capacidades fisiológicas de adaptação (Câmara, 2015). Estas alterações não decorrem todas em simultâneo nem com o mesmo ritmo.

Tal como sistematizado por Millán-Calenti *et al.*, (2011, cit. por Câmara, 2015), analisando os tipos de alterações a nível fisiológico, é possível diferenciar as alterações estruturais (que contribuem para a alteração do funcionamento do organismo e do aspeto físico – e.g. músculos, ossos e articulações, pele, entre outras.) e as alterações funcionais (que se dão ao nível dos sistemas, designadamente o cardiovascular, respiratório, reprodutor, imunitário, entre outras)<sup>3</sup>.

Fernandez-Ballesteros (2004) distinguiu algumas teorias biológicas no sentido de explicar os processos fisiológicos decorrentes do envelhecimento: teorias genéticas (cujos pressupostos são orientados por genes do envelhecimento que resultam numa perda progressiva e irreversível); teorias celulares (perda de informação sofrida pelas células ao nível do ADN, resultando na morte das mesmas, ou seja, a morte das células é uma consequência das características genéticas das células em si; teoria dos radicais livres que provocam lesões nas células); teorias sistémicas (relacionadas com os sistemas endócrino, nervoso, imunológico e equilíbrio entre os mesmos, dando origem a teorias neuroendócrinas cujas funções vão diminuindo com a idade; a teorias imunológicas que defendem o declínio da capacidade imunitária; entre outras); entre outras teorias (teoria do desgaste que enfatiza que os sistemas biológicos vão-se deteriorando com a idade; etc.).

### 2.1.2. Envelhecimento Psicológico

Em relação à perspectiva psicológica, o envelhecimento é analisado pela psicologia do envelhecimento (Psicogerontologia), que procura compreender o comportamento e os processos mentais da população idosa. Vem estudar o comportamento nas diferentes idades,

---

<sup>3</sup> vide anexo 1.

comparando grupos de indivíduos de diferentes idades numa pesquisa transversal identificando causas e consequências da velocidade do processo de envelhecimento (Schroots, 1996). O processo de envelhecimento traz mudanças biológicas, como referido anteriormente, mas também traz alterações psicológicas, ao nível das funções mentais, essencialmente no campo da cognição (Millán-Calenti *et al.*, 2011, cit. por Câmara, 2015).

Tal como Berguer (1995, cit. por Câmara, 2015) constatou, verifica-se pouco declínio da capacidade cognitiva até aos 60/65 anos de idade (e.g. memória, inteligência, aprendizagem). No entanto, há medida que a idade vai avançando a capacidade de responder de forma rápida e abstrata vai diminuindo. O processamento neural desacelera e é necessário mais tempo para realizar o processamento da informação, o que resulta em tempos de reação mais longos, nomeadamente em termos de resolução de tarefas complexas (Ruth, 2015). No entanto, uma das alterações cognitivas que se dá nos mais velhos relaciona-se com a perda de memória, ainda que nem todo o tipo de memória se vá perdendo à medida que se vai envelhecendo (Erber, 2013). A memória sensorial pode ser mais fugaz nas pessoas mais velhas, podendo levar a uma dissipação mais rápida da informação (i.e., pode perder-se mais facilmente); ao nível da memória de curto prazo quanto mais complexas forem as manipulações mentais, menor a capacidade de resposta do indivíduo à medida que a idade vai avançando; em termos da memória de longo prazo, a investigação descobriu que os problemas de memória nos mais velhos são normalmente de natureza episódica (ou seja, o tipo de memória que captura o quê, onde, quando) em detrimento da memória semântica (e.g. eventos da juventude). Importante também salientar que apesar da capacidade das pessoas mais velhas para aprender e recordar ir diminuindo ao longo do tempo, quando o material é significativo para o indivíduo, há menos declínio na retenção (Erber, 2013). No entanto, alguns fatores são relevantes na adaptação das pessoas idosas às perdas cognitivas, tais como a reserva cognitiva, a personalidade do indivíduo, a atitude perante a vida, etc.

Por outro lado, o processo de senescência não acarreta apenas alterações cognitivas, mas também transformações ao nível das emoções, na motivação e na personalidade. Estas mudanças (tais como as biológicas) estão condicionadas a aspetos como a hereditariedade, a história de vida e a atitude de cada indivíduo (Zimmerman, 2007, cit. por Câmara, 2015). A capacidade de adaptação e aceitação da realidade e o funcionamento cerebral saudável constituem os maiores contributos para o equilíbrio psicológico do idoso (Carvalho, 2012, cit. por Câmara, 2015). Na tabela seguinte, apresentam-se as principais alterações cognitivas que ocorrem com o processo de senescência:

Tabela 2 - Principais alterações cognitivas que ocorrem com o processo de senescência

| <b>Modificações</b>                         |   |
|---|---|
| Alterações fisiológicas                     | - Atrofia cerebral e diminuição do peso do cérebro;<br>- Diminuição do número de neurónios.   |
| Inteligência                                | - Baixa de inteligência fluida;<br>- Manutenção ou melhoria da inteligência cristalizada;<br>- Baixa ligeira na grande velhice;<br>- Diminuição da capacidade de conceptualização;<br>- Manutenção do vocabulário e do raciocínio verbal;<br>- Manutenção dos conhecimentos adquiridos.   |
| Tempo de reacção                            | - Baixa da rapidez de reflexos e da execução dos gestos;<br>- Aumento do tempo de reacção.  |
| Aprendizagem                                | - Assimilação mais lenta;<br>- Baixa da motivação e aumento da fadiga;<br>- Atenção excessiva aos estímulos não pertinentes;<br>- Manutenção das capacidades de aprendizagem;<br>- Dificuldades acrescidas na organização, armazenamento e utilização de dados;<br>- Baixa da memória visual e auditiva a curto prazo.  |
| Manutenção ou melhoria das aptidões verbais | - Memória;<br>- Baixa da memória a curto prazo (imediata);<br>- Manutenção da memória a longo prazo (fixação);<br>- Dificuldade em utilizar as informações armazenadas e organizá-las;<br>- Baixa de memória visual e auditiva a curto prazo.   |
| Resolução de problemas e criatividade       | - Dificuldade em utilizar novas estratégias;<br>- Pensamento mais concreto que abstracto;<br>- Maior prudência e rigidez;<br>- Discriminação mais difícil entre os dados pertinentes e não pertinentes;<br>- Maior redundância na colheita de informações;<br>- Tendência para manter velhos hábitos;<br>- Baixa da criatividade em certos domínios (ciências exactas). |

Fonte: Câmara (2015)

### 2.1.3. Envelhecimento Social

No que se refere à perspectiva social, o envelhecimento social refere-se às alterações relacionadas com a idade em termos dos papéis e funções sociais no contexto em que os mais velhos estão inseridos; processos de ajustamento e estruturas sociais, ao envelhecimento da população e suas consequências. Vários fatores sociais devem ser tidos em consideração, tais como o envelhecimento demográfico e da solidariedade entre gerações, as políticas sociais dirigidas a este segmento da população, a transição para a reforma, as questões relacionadas com a importância da família no envelhecimento, as representações sociais da velhice, a participação e cidadania dos mais velhos, entre outras. Carmo, Esgaio & Pinto (2014) destacaram, em particular, a transformação dos papéis sociais dos mais velhos aquando da passagem à condição de reformado, bem como do seu estatuto social que, no caso das

sociedades industrializadas, encontra-se fortemente associado a representações depreciativas da velhice, podendo inclusivamente resultar em discriminações com base na idade (idadismo).

Perante um envelhecimento demográfico cada vez mais acentuado, António (2011) identificou três grandes desafios inerentes: a dimensão económica, devido aos potenciais custos de uma população cada vez mais envelhecida e com necessidades específicas em diversas áreas; geracionais, em que os custos e despesas com os mais velhos serão assegurados pelas contribuições das gerações mais jovens em idade ativa, podendo levar a um conflito entre gerações (Bengtson, 1993; Wallace, 2001, cit. por António, 2011); e sociais uma vez que a população idosa será cada vez mais habilitada física e intelectualmente. Todavia, a dimensão económica e financeira não deve ser a única componente de análise entre as gerações mais velhas e jovens. A Comissão Europeia (2009, cit. por António, 2011) tem vindo a recomendar, precisamente, o estímulo/criação de espaços e oportunidades relacionais entre diferentes gerações e que sejam potenciadores de um maior entendimento e cooperação. Segundo os resultados do Eurobarómetro sobre Solidariedade Intergeracional em Portugal (2009, cit. por António, 2011), na dimensão relativa ao tipo de relação entre os mais jovens e os mais velhos, a grande maioria dos respondentes considerava que dificilmente estas gerações chegariam a acordo sobre o melhor para a sociedade (77%) e que menos empregos ficaram disponíveis para os mais novos caso os mais velhos decidissem trabalhar até mais tarde (70%). Em termos dos custos de uma sociedade envelhecida, a grande maioria considerava a necessidade dos Governos disponibilizarem mais recursos financeiros para pensões e assistência aos mais velhos (91%) ao mesmo tempo que consideravam a incapacidade dos mesmos em conseguir cumprir com essas obrigações (81%). Por outro lado, no que diz respeito aos contributos dos mais velhos para a sociedade, a grande maioria dos respondentes considerava a importância do apoio familiar, a nível financeiro, concedido pelos pais e avós aos mais jovens (95%), a importância do contributo dos mais velhos na sociedade em termos do seu trabalho voluntário em organizações de caridade e na comunidade do seu país (92%), e com o facto dos cuidados prestados pelos mais velhos a familiares não ser suficientemente apreciado em Portugal (91%).

Estes resultados remetem para várias análises diferenciadas, sendo possível destacar pelo menos três dimensões: a dimensão dos direitos dos mais velhos no que concerne à questão da reforma (Paúl, 2012), as transferências intergeracionais no contexto e na rede familiar (Lopes & Gonçalves, 2012) e a imagem/representações sociais negativas da velhice observadas na Europa e em Portugal (Paúl, 2012). No que concerne à reforma, Bovenberg, van Soest & Zaidi (2010, cit. por Paúl, 2012), referem que o crescente envelhecimento demográfico tem impactos

significativos nos Estados-Providência e no mercado de trabalho, sendo necessário alterar e adaptar os sistemas vigentes relativamente às pensões, de saúde e segurança social<sup>4</sup>. Apesar das crescentes melhorias alcançadas, em termos de condições e qualidade de vida nas pessoas idosas, desde a institucionalização da reforma e dos sistemas de saúde e proteção social, considerando a tendência de retração económica crescente, tem-se assistido a uma diminuição de benefícios que apoiem e protejam os mais velhos no período de reforma (Paúl, 2012). Por outro lado, este aspeto também deve ser analisado em termos de variável que influencia o bem-estar psicológico das pessoas mais velhas, bem como os seus papéis na estrutura social. Vários estudos têm perspectivado a reforma como um processo resultante da idade que se caracteriza pela substituição do rendimento e do trabalho e de novas configurações nos papéis sociais das pessoas idosas na família e na sociedade. Relativamente à relação com a família, várias investigações e produções científicas têm vindo a ser desenvolvidas no sentido de identificar e compreender as transferências intergeracionais no contexto e rede familiar (Lopes & Gonçalves, 2012). Segundo Soldo & Hill (1995, cit. por Lopes & Gonçalves, 2012: 217), por transferência intergeracional entende-se “em sentido lato, partilha de recursos dentro e fora da família extensa, frequentemente medida numa das três moedas: tempo, espaço e dinheiro”. Ou seja, em termos de transferência de tempo materializa-se na prestação de cuidados de pessoas, de compras, limpezas, preparação de refeições ou outras; a transferência de espaços, por exemplo, a partir da coresidência; e de dinheiro ou de bens, nomeadamente com heranças, transmissão de riqueza a terceiros, etc. (Soldo & Hill, 1995, cit. por Lopes & Gonçalves, 2012). De uma forma geral esses contributos podem ser agrupados em dois tipos de teorias (Cox & Rank, 1992; Grundy, 2005, cit. por Lopes & Gonçalves, 2012): o modelo de trocas altruístas (não pressupõe qualquer retorno) e o modelo de reciprocidade (pressupõe uma troca recíproca, que pode ser diluída no tempo, por exemplo o apoio dos descendentes aos progenitores idosos). Do ponto de vista social, tem sido possível observar vários estereótipos e atitudes negativas face aos mais velhos. Marques (2011) define idadismo como o conjunto de atitudes e práticas negativas generalizadas em relação às pessoas mais velhas baseadas somente no denominador comum: idade. Marques (2011) classificou as atitudes idadistas em relação à população mais velha de acordo com três componentes: crenças ou estereótipos baseados no pressuposto de que o grupo etário das pessoas idosas tem características homogéneas e cujos traços são associados à doença e incapacidade; preconceitos face às pessoas idosas, podendo operacionalizar-se em atitudes de desdém (formas de expressão como a piedade ou o paternalismo); e discriminação

---

<sup>4</sup> A título ilustrativo, uma das medidas propostas relaciona-se com o aumento da idade da reforma.

em relação aos mais velhos (maus-tratos). É importante notar que o idadismo relaciona-se com a dimensão individual da pessoa idosa mas também, e sobretudo, a nível social e cultural (Marques, 2011), o qual exige um enquadramento e conceptualização específicos. Com efeito, investigações sobre os estereótipos negativos das pessoas idosas prevalecem na sociedade portuguesa, provenientes tanto dos próprios idosos mas também das gerações mais novas. Alguns estudos evidenciam que as representações negativas associadas aos idosos incorporam trações relacionados com a ideia de incompetência, incapacidade, lentidão, doença, isolamento e paternalismo. Do ponto de vista das representações positivas foram associadas a características de afetuosidade, experiência e sabedoria, sociabilidade, entre outros.

No que concerne à dimensão da participação dos mais velhos, esta tem sido considerada como cada vez mais importante na sociedade atual em termos de conceptualização, práticas e políticas de envelhecimento (Almeida, 2016). Tendência esta que vai ao encontro do próprio conceito de envelhecimento ativo da OMS, em que um dos pilares que visam melhorar a QdV dos mais velhos assenta precisamente na dimensão da participação, a par com a saúde e segurança (Fernandes & Botelho, 2007). A participação pode ser enquadrada a partir de duas perspetivas: a implicação nas políticas públicas (Roberts, 2004, cit. por Almeida, 2016) e a participação como valor e fim em si memo, como fator potenciador do *empowerment* individual e coletivo (Oakley & Kahssay, 1999, cit. por Almeida, 2016). A participação encerra em si várias significações podendo abarcar a participação cívica, social, económica, cultural e espiritual (Almeida, 2016). Em Portugal, de acordo com o estudo desenvolvido por Cabral et al., (2011, cit. por Almeida, 2016), entre os cidadãos mais velhos a participação cívica e política é reduzida e inferior ao conjunto global da população, variando em termos de modalidade de participação (e.g. voto, pertença a movimentos, grupos ou associações) e de fatores sociodemográficos. Os resultados do estudo desenvolvido por Almeida (2016) evidenciou também um reduzido número de iniciativas locais referentes a formas de participação cidadã senior (sendo, no entanto, um conceito difuso podendo estar associado a participação social ou participação ativa) o que aponta para a crescente oportunidade de desenvolvimento desta dimensão nos múltiplos níveis de participação, para além do nível de informação/consulta (Dewar, Jones & O'May, 2004; Vegeris et al., 2007, cit. por Almeida, 2016)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> E que, não obstante, revelam níveis inferiores aos observados em outros países (Almeida, 2016).

## **2.2. Envelhecimento Demográfico**

Segundo Fernandes (1997), o envelhecimento demográfico consiste no aumento relativo das pessoas que atingiram a idade dos 60 ou 65 anos, bem como na redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens, ou seja, um aumento progressivo e relativo de pessoas idosas no topo da pirâmide etária (envelhecimento no topo) face à diminuição relativa de jovens na base da pirâmide etária (envelhecimento na base). Este fenómeno é caracterizado assim por um duplo envelhecimento.

Segundo Carrilho (2007, cit. por Carvalho, 2013) o envelhecimento demográfico relaciona-se com a teoria da transição demográfica em que a queda da fecundidade e da mortalidade, anteriormente com valores elevados, passou a ter valores reduzidos. Ou seja, o fenómeno de envelhecimento populacional pode ser explicado pelos reduzidos níveis de fecundidade e mortalidade e pelo aumento da esperança de vida. Este cenário que tem vindo a ganhar expressão na segunda metade do XX em todo o mundo desenvolvido, tendência que se acentuará ainda mais nas próximas décadas.

O envelhecimento demográfico acarreta desafios aos quais é necessário dar resposta, desde o nível macro ao micro, nomeadamente em termos das questões de sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde (maior número de beneficiários, acréscimo dos montantes de pensões, etc.), das representações das sociedades sobre ser “velho” (isto é, conceber o envelhecimento como uma etapa do ciclo de vida), da participação dos mais velhos na sociedade, das suas redes de suporte (formal e informal), entre outras. Segundo Fernandes (1997), do ponto de vista demográfico, e em teoria (ou seja não obstante a todos os constrangimentos e riscos inerentes a estas propostas), algumas estratégias passíveis de contrariar a tendência do envelhecimento demográfico poderiam passar pela promoção da fecundidade a partir do desenvolvimento de políticas de incentivo à natalidade e de apoio objetivo às famílias ou de uma maior abertura à imigração de forma a revitalizar as estruturas demográficas envelhecidas.

### 2.1.1. Envelhecimento Demográfico no Mundo

De acordo com as Nações Unidas (2015), em meados de 2015, a população mundial atingiu os 7.3 biliões, em que 60% residia no continente Asiático, 16% no continente Africano, 10% na Europa, 9% na América Latina e Caraíbas e os restantes 5% na América do Norte e Oceânia (Nações Unidas, 2015). Os países mais populosos a nível mundial eram a China (1.4 biliões de habitantes) e a Índia (1.3 biliões), representando, respetivamente, 19% e 18% da população mundial (Nações Unidas, 2015). Em termos de género e distribuição etária, em 2015, verificou-se que 50,4% da população mundial era do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino e que 12% da população mundial detinha 60 e mais anos de idade (Nações Unidas, 2015).

Tabela 3 – População nas grandes regiões mundiais entre 2015 e 2100

| Área geográfica           | População (milhões) |      |      |       |
|---------------------------|---------------------|------|------|-------|
|                           | 2015                | 2030 | 2050 | 2100  |
| Mundo                     | 7349                | 8501 | 9725 | 11213 |
| África                    | 1186                | 1679 | 2478 | 4387  |
| Ásia                      | 4393                | 4923 | 5267 | 4889  |
| Europa                    | 738                 | 734  | 707  | 646   |
| América Latina e Caraíbas | 634                 | 721  | 784  | 721   |
| América do Norte          | 358                 | 396  | 433  | 500   |
| Oceânia                   | 39                  | 47   | 57   | 71    |

Fonte: Elaboração própria com dados retirados das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015). Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2015, Volume II: Perfis Demográficos

É também possível verificar que a longevidade tem vindo a aumentar globalmente. De acordo com as Nações Unidas (2015), a nível mundial, a esperança de vida à nascença aumentou cerca de 3 anos entre 2000-2005 e 2010-2015, cifrando-se a esperança de vida entre os 67 e os 70 anos respetivamente. No entanto, o maior aumento de esperança de vida à nascença verificou-se em África com 6 anos, apesar da esperança de vida ser de apenas 60 anos, face aos 72 anos na Ásia, 75 na América Latina/Caraíbas, 77 na Europa e Oceânia e 79 na América do Norte. De acordo com o mesmo relatório, em termos de projeções, prevê-se que a esperança de vida à nascença, a nível mundial, aumente de 70 anos entre 2010-2015 para 77 anos entre 2045-2050 e para 83 anos entre 2095-2100. O maior aumento verificar-se-á em África (19 anos até ao fim do século), seguido da Ásia e América Latina/Caraíbas (aumento da esperança de vida à nascença de 13-14 anos entre 2095-2100), Europa, América do Norte e Oceânia (10-11 anos).

Como já foi possível constatar, há medida que a fecundidade diminui e a esperança de vida aumenta, a população com uma determinada idade também aumenta. A população com 60 e mais anos de idade tem crescido a uma taxa de 3,26% por ano, verificando-se que a percentagem mais elevada de população com 60 e mais anos (24%) reside na Europa (Nações Unidas, 2015).

Segundo os resultados do *World Population Data Sheet*, do *Population Reference Bureau* (2016) é possível verificar a grande concentração de população com 65 ou mais anos a nível mundial. Atualmente, o continente Europeu é o que detém maior número de pessoas idosas (com 65 ou mais anos), seguido do Leste da Ásia (Japão), América do Norte e Oceânia.

Mapa 1 – Percentagem de população com 65 ou mais anos, no mundo, em 2016



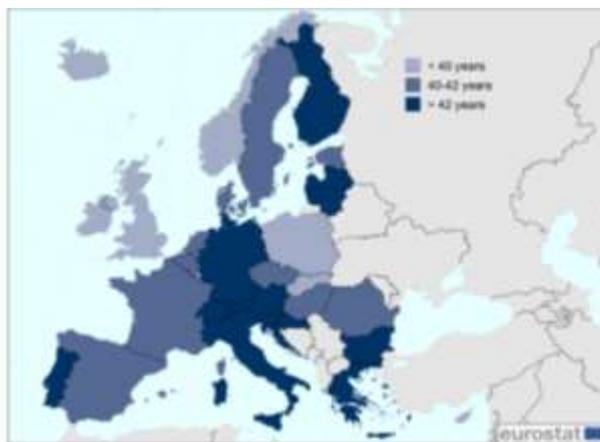
Fonte: World Population Data Sheet, Population Reference Bureau (2016).

Os índices de dependência total são baseados em comparações entre a população que geralmente é economicamente inativa (i.e. jovens e idosos) face à população em idade ativa. O índice de dependência de idosos refere-se à proporção de dependentes idosos (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) face às pessoas em idade ativa, sendo os valores expressos por cada 100 pessoas em idade ativa. De acordo com os dados das Nações Unidas (2015), o índice de dependência total, a nível mundial, em 2015, era de 52.3, projetando-se para 2020 um índice de 53.4, para 2050 um índice de 59.6 e para 2100 um índice de 67.96. Relativamente ao índice de dependência de idosos, em 2015, este cifrava-se nos 12.6, projetando-se um aumento contínuo até 2100, em que em 2020 este índice deverá atingir os 14.3 idosos por cada 100 pessoas ativas, os 25.6 em 2050 e os 38.2 em 2100.

### 2.1.2. Envelhecimento Demográfico na Europa

Segundo o Eurostat (2015), residiam na União Europeia, UE-28, em 2014, 506,8 milhões de habitantes, ou seja, cerca de 7% da população a nível mundial, entre os quais, 94 milhões (18,5%) com 65 ou mais anos (57,5% do sexo feminino). Na mesma data, a idade média da população na UE era de 42,2 anos, sendo que ao nível dos Estados-Membro a população mais velha encontrava-se na Alemanha (45,6 anos), Itália (44,7 anos), Bulgária (43,2 anos), Portugal (43,1 anos) e Grécia (43,0 anos) e os mais novos na Irlanda (36 anos), Chipre (36,8 anos), Eslováquia (38,6 anos), Luxemburgo e Polónia (ambas 39,2 anos).

Mapa 2 – Média de idades da população, na UE, em 2014



Fonte: Eurostat (2015)

De acordo com o relatório do Eurostat (2015) foi possível constatar que a esperança de vida à nascença na UE-28, em 2013, era de 80,6 anos (mulheres com 83,3 anos e homens com 77,8 anos) face a 2003 que se cifrou nos 77,7 anos (mulheres com 80,9 anos e homens com 74,5).

Em 2013, as mulheres na UE-28 ao atingir a idade de 65 anos poderiam esperar viver, em média, um adicional de 21,3 anos enquanto os homens com 65 anos poderiam esperar viver um adicional de 17,9 anos (Eurostat, 2015). Assim, verifica-se que, em 2013, as mulheres podiam esperar viver, em média, até aos 86,3 anos enquanto os homens até aos 82,9 anos.

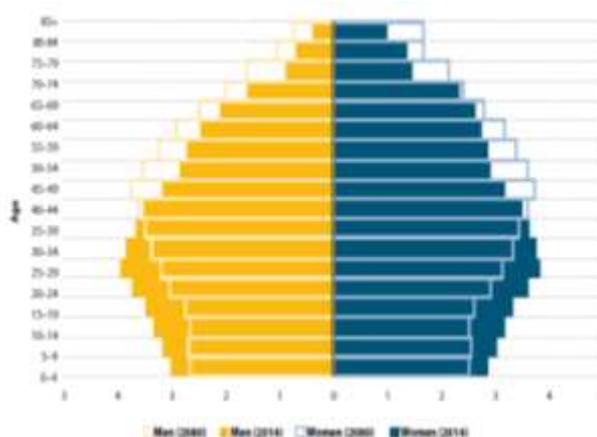
Tabela 4 – Esperança de vida à nascença e à idade dos 65 anos, na UE-28, entre 2005 e 2013

|                                      | 2005 | 2010 | 2013 |
|--------------------------------------|------|------|------|
| <b>Esperança de vida à nascença</b>  | 78,5 | 79,9 | 80,6 |
| Masculino                            | 75,4 | 76,9 | 77,8 |
| Feminino                             | 81,5 | 82,8 | 83,3 |
| <b>Esperança de vida aos 65 anos</b> | 18,3 | 19,4 | 19,8 |
| Masculino                            | 16,4 | 17,5 | 17,9 |
| Feminino                             | 19,9 | 21,0 | 21,3 |

Fonte: Fonte: Elaboração própria com dados retirados do Eurostat (2015)

Este aumento da esperança de vida aliado às diminutas taxas de fecundidade tem contribuído para a crescente proporção de pessoas idosas (Eurostat, 2015). Em todos os países europeus os níveis para a substituição integral da população no longo-prazo são inferiores aos necessários, ou seja, em média 2,1 filhos por mulher.

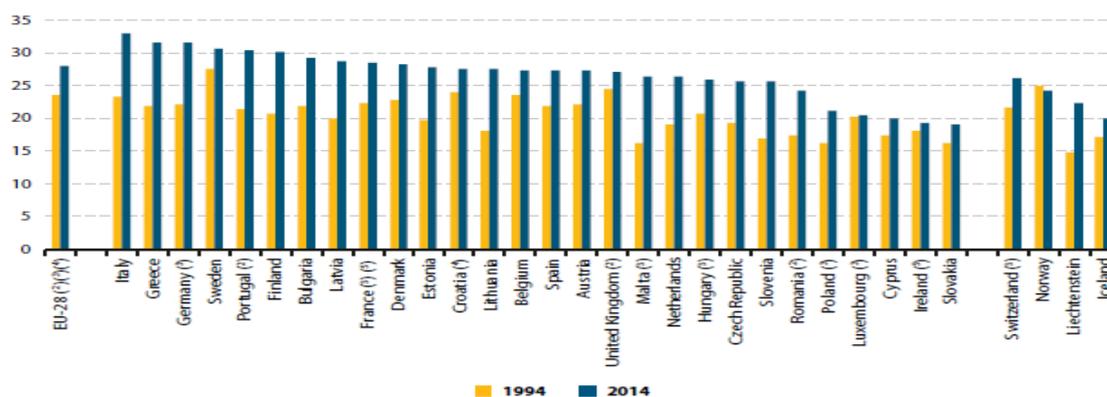
Gráfico 1 – Estrutura da população por idade e sexo, na UE, em 1994 e 2014



Fonte: Eurostat (2015)

Em 2014, na UE-28, o rácio de dependência de idosos foi de 28,1 %, ou seja, superior a 1994 cujo rácio foi de 24% (Eurostat, 2015). Comparando este indicador entre os Estados-membros da UE foi possível verificar que os países com os rácios de dependência de idosos mais elevados, em 2014, foram em Itália, Grécia, Alemanha, Suécia, Portugal e Finlândia e os mais reduzidos no Chipre, Irlanda e Eslováquia (Eurostat, 2015), tal como se pode observar pelo gráfico 2.

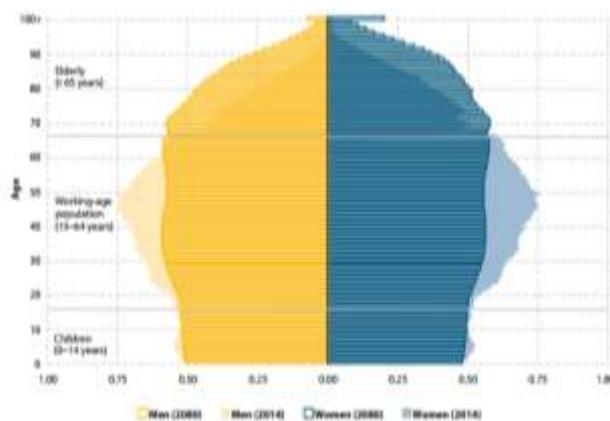
Gráfico 2 – Índice de dependência de idosos, na UE-28, em 1994 e 2014



Fonte: Eurostat (2015)

Em termos de projeções demográficas para a UE-28, de acordo com o relatório do Eurostat (2015), haverá um aumento substancial do número de pessoas muito idosas (no relatório definida entre os 80 e mais anos) nas próximas décadas (aumento de 5,1% em 2014 para 12,3% em 2080), tal como é possível observar pelo gráfico 3.

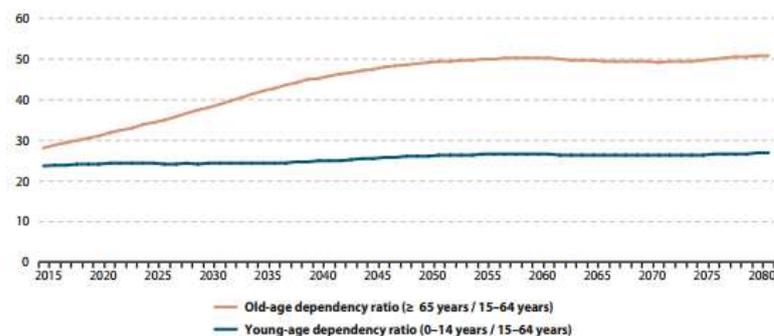
Gráfico 3 – Pirâmide etária na UE-28, entre 2014 e 2080 (%)



Fonte: Eurostat (2015)

Quanto aos índices de dependência dos idosos entre 2014 e 2080, prevê-se, igualmente um aumento, num ritmo acelerado até 2045, tal como é possível verificar pelo gráfico 4. De acordo com o Eurostat (2015), prevê-se que o índice de dependência de idosos aumente de 28,1%, em 2014, para 51%, em 2080. Como tal, enquanto em 2014, registava-se aproximadamente quatro pessoas em idade ativa por cada idoso, em 2080, esta proporção será de duas pessoas em idade ativa para cada pessoa idosa.

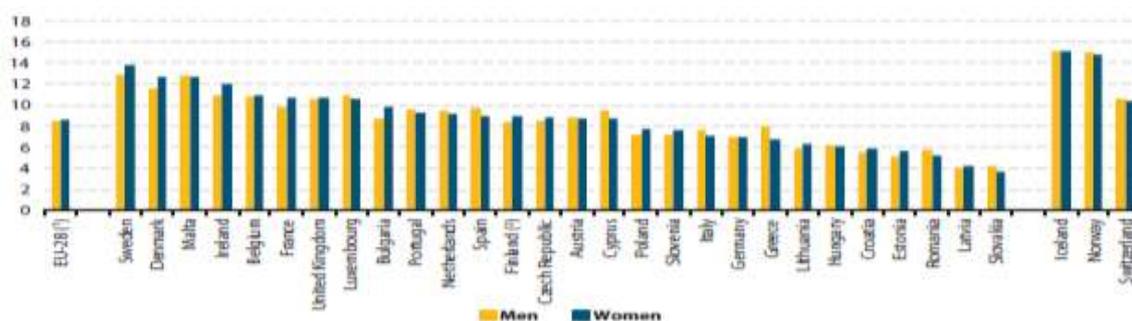
Gráfico 4 – Índice de dependência, na UE-28, entre 2014 e 2080 (%)



Fonte: Eurostat (2015)

Por fim, importa também analisar o número de anos de vida saudável, ou seja, a combinação de informações sobre a mortalidade e o estado de saúde. Tal como é possível observar pelo gráfico 5, constataram-se diferenças significativas entre os diversos Estados-membros da UE-28, em 2013, no que concerne ao número de anos de vida saudável aos 65 anos de idade (Eurostat, 2015). De acordo com este relatório, e a partir da análise do gráfico 5, foi possível constatar que a Suécia deteve os valores mais elevados em termos de um maior número de anos vividos de forma saudável (entre os elementos do sexo feminino 14 anos e entre os elementos do sexo masculino, aproximadamente 13 anos) e, no polo oposto, com os valores inferiores, a Eslováquia e a Letónia com apenas 4 anos de vida saudável no caso feminino masculino respetivamente.

Gráfico 5 – Número de anos de vida saudável aos 65 anos, por sexo, na UE-28, em 2013



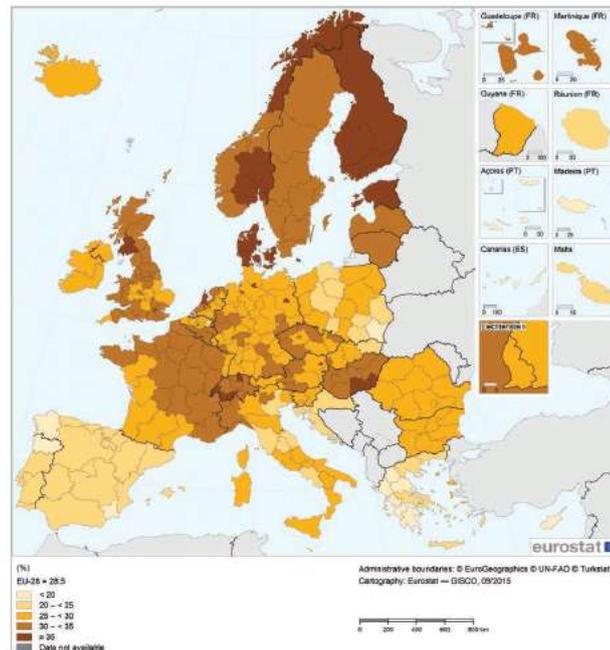
Fonte: Eurostat (2015)

Analisando o indicador indivíduos com 65 ou mais anos de idade a residir sozinhos, foi possível constatar que 28,5% da população da UE-28, em 2011, residia sozinha (Eurostat, 2015). A partir da análise ao mapa 3, é também possível verificar uma variação de resultados entre os diversos Estados-Membro, dado que a maioria dos indivíduos a residir sozinhos

Representações das pessoas com 65 ou mais anos de idade sobre a sua qualidade vida: um estudo exploratório

encontravam-se na Dinamarca, Finlândia, Reino Unido, face a países como Grécia, Espanha, Portugal, com menos de 20% dos idosos a residir sozinhos (Eurostat, 2015). De acordo com este relatório foi também possível aferir que apesar da maioria dos idosos residirem em regiões rurais, é nas zonas urbanas que residem mais idosos sozinhos.

Mapa 3 – População com 65 ou mais anos a viver sozinha, por países na UE-28, em 2011 (%)



Fonte: Eurostat (2015)

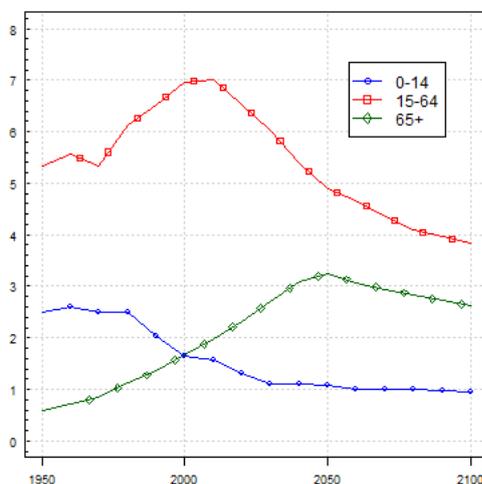
Face a todos estes dados e de acordo com Walker (2002, cit. por Fernandes & Botelho, 2007), os principais desafios políticos na UE face ao envelhecimento demográfico, relacionam-se com a dimensão dos encargos financeiros com a população envelhecida (e.g. pensões, saúde, entre outros); a solidariedade intergeracional; o combate à exclusão social causada pelo idadismo/ idosismo; a promoção de cidadania plena das pessoas mais velhas e a prestação de cuidados de longa duração considerando o contexto residencial da pessoa idosa e as alterações nos padrões familiares.

### 2.1.3. Envelhecimento Demográfico em Portugal

Segundo as Nações Unidas (2015), em 2015, residiam em Portugal 10.350 milhões de habitantes, dos quais 20.8% tinha 65 anos ou mais anos de idade. À semelhança da Europa, também em Portugal, o envelhecimento da população tem vindo a aumentar consideravelmente. Este fenómeno é explicado pela diminuição da taxa de mortalidade, declínio da fecundidade, aumento da esperança de vida e processos migratórios decorridos sobretudo nos anos de 1960 e 1970 (Cabral & Ferreira, 2013). Este fenómeno migratório deve ser interpretado em dois sentidos, por um lado em termos da saída de jovens do país em busca de melhores condições de vida e, por outro, em termos do regresso da população idosa emigrada (António, 2011).

Tal como é possível observar pelos gráfico 6, em Portugal, espera-se um contínuo aumento da população idosa até 2050, altura em que se projeta uma diminuição desacelerada até 2100. Paralelamente, prevê-se uma diminuição acentuada da população do grupo etário entre os 15-64 anos entre 2000 e 2100 e uma diminuição e estabilização de população entre os 0-14 anos de idade entre 1950 e 2100.

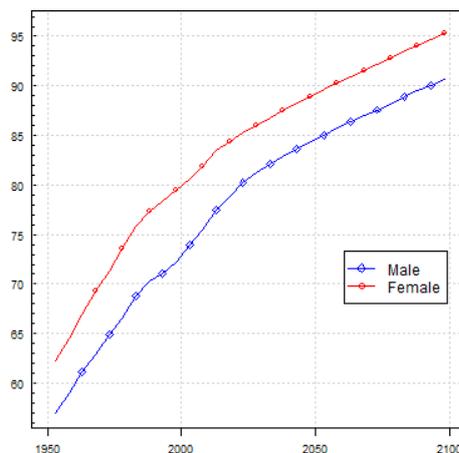
Gráfico 6 – Total de População por grupo etário, em Portugal, entre 1950 e 2100



Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015).  
Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2015, Volume II: Perfis Demográficos

Analisando a esperança de vida à nascença, em Portugal, entre 1950 e 2100, é possível constatar, a partir do gráfico 7, que esta vai aumentando progressivamente, indicando o aumento do número de anos de vida, bem como a tendência dos elementos do sexo feminino deterem uma esperança de vida à nascença superior à dos homens (Nações Unidas, 2015).

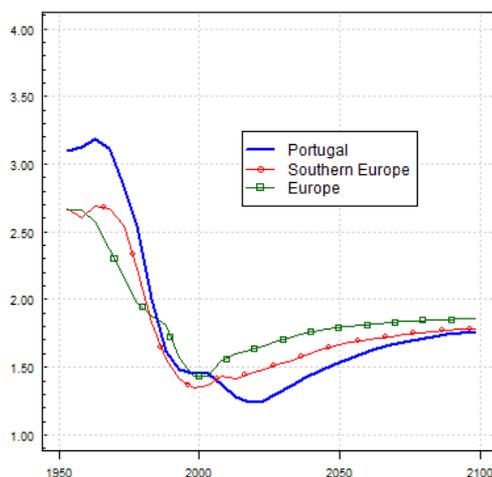
Gráfico 7 – Esperança de vida à nascença, por sexo, em Portugal, entre 1950 e 2100



Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015).  
Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2015, Volume II: Perfis Demográficos

Em termos do índice sintético de fecundidade (i.e, o número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil), é possível constatar que, em Portugal, este tem vindo a diminuir progressivamente desde 1950, embora se preveja um ligeiro aumento a partir da década de 2020. O gráfico 8 permite também observar que, em Portugal, a partir do ano 2000, este índice será progressivamente inferior aos valores da Europa até 2100 (Nações Unidas, 2015).

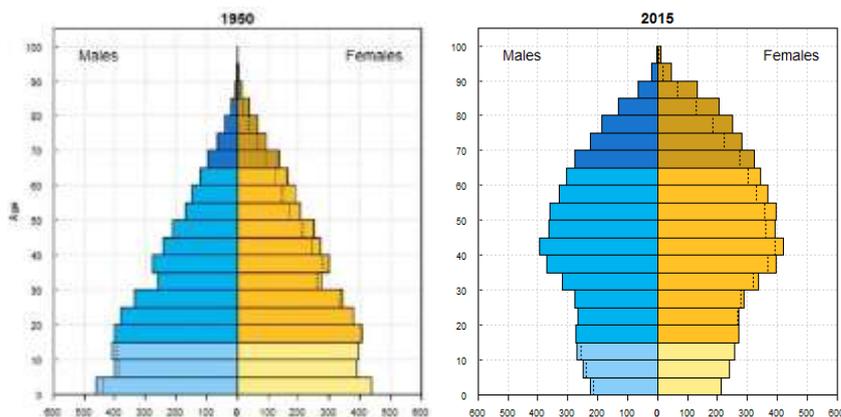
Gráfico 8 – Fecundidade em Portugal e na Europa, entre 1950 e 2100



Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015).  
Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2015, Volume II: Perfis Demográficos

Observando graficamente a evolução demográfica, a partir do gráfico 9, é possível constatar uma profunda alteração na pirâmide etária em Portugal entre 1950 e 2015 (inversão da pirâmide), significando um aumento significativo dos grupos de idosos face à população jovem na estrutura da nossa sociedade (Nações Unidas, 2015).

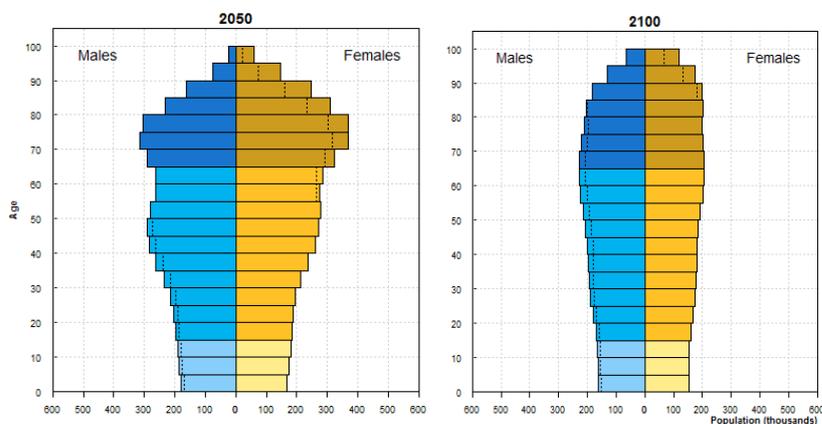
Gráfico 9 – Pirâmide etária de Portugal, em 1950 e 2015



Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015).  
Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2015, Volume II: Perfis Demográficos

Analisando o gráfico 10 sobre as projeções para 2100, é possível verificar que as projeções apontam para um estreitamento da pirâmide com valores praticamente semelhantes entre os diversos escalões etários (Nações Unidas, 2015). Esta mutação demográfica trará, assim, implicações sociais e económicas com desafios e impactos que devem ser tidos em consideração desde já.

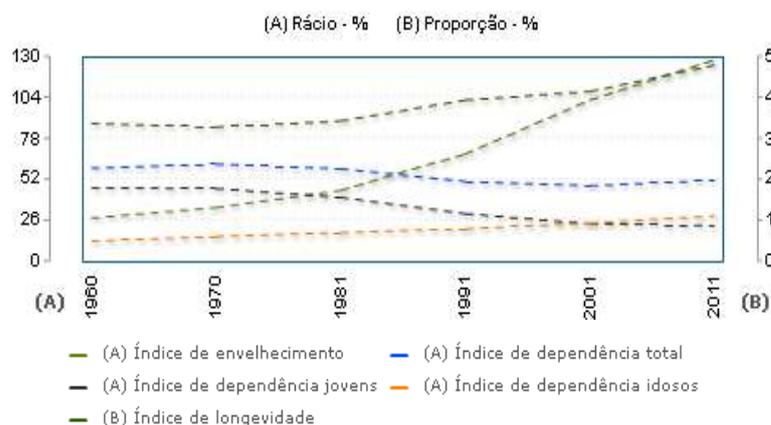
Gráfico 10 – Pirâmide etária de Portugal, em 2050 e 2100



Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (2015).  
Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2015, Volume II: Perfis Demográficos

Analisando os índices de envelhecimento, dependência de idosos, dependência de jovens, dependência total e de longevidade, em Portugal, entre 1960 e 2011, é possível constatar pelo gráfico 11 e pela tabela 4, que em Portugal, em 2011, o índice de envelhecimento era de 127,8, i.e., por cada 100 jovens registaram-se 128 idosos. Este índice aumentou exponencialmente considerando que o valor registado em 1960 para o mesmo indicador era de apenas 27,3. Por outro lado, também o índice de dependência de idosos aumentou de 12,7, em 1960, para 28,8, em 2011. Quanto ao índice de longevidade (população com 75 ou mais anos em relação ao total da população com 65 ou mais anos), em 2011, este índice era de 48 face a 41, em 2001.

Gráfico 11 – Índices de envelhecimento, dependência de idosos, dependência de jovens, dependência total e de longevidade, em Portugal, entre 1960 e 2011



Fonte: PORDATA (2015)

Tabela 5 – Índices de envelhecimento, dependência de idosos, dependência de jovens, dependência total e de longevidade, em Portugal, entre 1960 e 2011

| Anos | Índice de envelhecimento | Índice de dependência total | Índice de dependência de jovens | Índice de dependência de idosos |
|------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1960 | 27,3                     | 59,1                        | 46,4                            | 12,7                            |
| 1970 | 34,0                     | 61,7                        | 46,0                            | 15,6                            |
| 1981 | 44,9                     | 58,6                        | 40,5                            | 18,2                            |
| 1991 | 68,1                     | 50,6                        | 30,1                            | 20,5                            |
| 2001 | 102,2                    | 47,8                        | 23,6                            | 24,2                            |
| 2011 | 127,8                    | 51,3                        | 22,5                            | 28,8                            |

Fonte: Elaboração própria com dados retirados do PORDATA (2015)

Analisando o índice de sustentabilidade potencial (i.e., o número de indivíduos em idade ativa por cada idoso) é possível constatar que também este tem vindo a agravar-se, registando-se, em 2011, 3,5 face a 4,1 em 2001 (INE, 2012).

Considerando uma análise pelas regiões de Portugal, tal como é possível observar pela tabela 5, em 2011, o Alentejo (178), a zona Centro (163,8) e o Algarve (131) detinham os valores mais elevados em termos de índice de envelhecimento, contrariamente às Regiões Autónomas dos Açores (73,3) e da Madeira (90,7) onde este índice não alcançou os 100 (PORDATA, 2015). No entanto, de acordo com o Eurostat (2015), em 2011, as zonas de Pinhal Interior Sul (33.6%), Serra da Estrela (28,8%) e Beira Interior Sul (28,7%) eram as que detinham maior número de idosos

Em termos de projeções para o futuro por zonas territoriais portuguesas, e considerando os diferentes cenários (baixo, central, alto e sem migrações) apresentados pelo INE (2014) até 2060, é possível verificar, na tabela 5, que independentemente dos cenários, todas as zonas terão índices de envelhecimento superiores aos resultados de 2011, ou seja, com valores acima de 230.

Tabela 6 – Índice de envelhecimento em 2011 e Projeções para 2060, por zonas de Portugal, de acordo com os cenários baixo, central, alto e sem migrações

| Zona         | 2011  | 2060  |         |      |               |
|--------------|-------|-------|---------|------|---------------|
|              |       | Baixo | Central | Alto | Sem migrações |
| Norte        | 113,3 | 555   | 366     | 337  | 397           |
| Centro       | 163,4 | 555   | 352     | 324  | 408           |
| A.M.Lisboa   | 117,3 | 357   | 241     | 231  | 289           |
| Alentejo     | 178   | 495   | 325     | 301  | 364           |
| Algarve      | 131   | 367   | 243     | 227  | 323           |
| R.A. Açores  | 73,3  | 373   | 279     | 259  | 295           |
| R.A. Madeira | 90,7  | 541   | 338     | 310  | 409           |

Fonte: Elaboração própria com dados retirados do INE (2014) e PORDATA (2015)

Importa também verificar os dados correspondentes à esperança de vida à nascença para estas mesmas zonas e no mesmo espaço temporal. De acordo com os dados do INE (2012), no território português, no ano de 2011, todos os homens tinham como esperança de vida uma idade superior a 70 anos, detendo a zona Norte e Centro de Portugal os valores mais elevados, com 77,1 anos e a Região Autónoma da Madeira os valores mais reduzidos, com 73,2 anos, tal como é possível verificar na tabela 6. Por outro lado, as mulheres, nesse mesmo ano, registaram

uma esperança de vida à nascença entre os 82,9 anos na zona Norte e Centro de Portugal (valores mais elevados) e os 79,9 anos na Região Autónoma dos Açores (valores mais reduzidos). É também possível constatar a existência de uma maior dispersão de resultados nos homens, com aproximadamente 4 anos de diferença entre os valores mais baixos e mais altos do que no sexo feminino com 3 anos. Considerando as mesmas zonas, para 2060, as projeções apontam para, independentemente dos cenários (baixo, central, alto e sem migrações), um aumento da esperança de vida à nascença (INE, 2014).

Tabela 7 – Esperança de vida à nascença em 2001 e Projeções para 2060, por zonas de Portugal, de acordo com os cenários baixo, central, alto e sem migrações, e por sexo

| Zona         | 2001 |      | 2060  |      |         |      |      |      |               |      |
|--------------|------|------|-------|------|---------|------|------|------|---------------|------|
|              |      |      | Baixo |      | Central |      | Alto |      | Sem migrações |      |
|              | H    | M    | H     | M    | H       | M    | H    | M    | H             | M    |
| Norte        | 77,1 | 82,9 | 84,0  | 89,7 | 84,0    | 89,7 | 86,3 | 92,1 | 84,0          | 89,7 |
| Centro       | 77,1 | 82,9 | 84,5  | 90,1 | 84,5    | 90,1 | 86,7 | 92,4 | 84,5          | 90,1 |
| A.M.Lisboa   | 76,5 | 82,5 | 83,7  | 89,6 | 83,7    | 89,6 | 86,0 | 91,9 | 83,7          | 89,6 |
| Alentejo     | 76,4 | 82,0 | 84,0  | 89,5 | 84,0    | 89,5 | 86,2 | 91,9 | 84,0          | 89,5 |
| Algarve      | 76,4 | 82,9 | 83,8  | 90,1 | 83,8    | 90,1 | 86,0 | 92,3 | 83,8          | 90,1 |
| R.A. Açores  | 72,8 | 79,9 | 80,7  | 87,5 | 80,7    | 87,5 | 83,3 | 90,0 | 80,7          | 87,5 |
| R.A. Madeira | 73,2 | 80,3 | 81,3  | 87,5 | 81,3    | 87,5 | 83,8 | 89,9 | 81,3          | 87,5 |

Fonte: Elaboração própria com dados retirados do INE (2012; 2014)

Em jeito de conclusão, importa referir que os dados de caracterização demográfica aqui apresentados são importantes uma vez que permitem retratar a realidade demográfica atual e as consequências/efeitos inerentes, tais como, a (in)sustentabilidade do sistema público de segurança social ao nível das pensões e reformas, os custos com saúde e equipamentos sociais e as profundas alterações e redefinições em termos de dinâmicas familiares, económicas, sociais e políticas (António, 2008). No entanto, a realidade é mais complexa do que apenas centrada numa abordagem predominantemente economicista, pelo que não é possível ficar alheio às oportunidades que as sociedades com maior longevidade também acarretam. Tal como António (2008: 11) referiu, este crescente envelhecimento demográfico é acompanhado por uma “notável melhoria da QdV física e intelectual dos idosos posicionando-os cada vez mais favoravelmente para poderem usufruir de um maior índice de atividade, atividade que pode não ser apenas de lazer, mas com impactos sensíveis na estrutura das ocupações, como já se verifica nos países mais desenvolvidos, em consequência de políticas de reintegração ou

aproveitamento, perante o mercado de trabalho”. Por outro lado, permite, numa lógica prospetiva, projetar cenários e antecipar desafios e procurar soluções, influenciando medidas e políticas (António, 2011). Ainda assim, estes cenários constituem em si mesmos cenários, pelo que por mais bem elaborados que sejam, há sempre uma imprevisibilidade inerente (António, 2014).

## **CAPÍTULO III:**

---

# **Qualidade de Vida**

### **Capítulo III – Qualidade de Vida**

O termo QdV tem sido amplamente utilizado no discurso quotidiano, sendo objeto de estudo e de debate sobre diversos prismas, tais como na economia, filosofia, psicologia, sociologia, medicina, política, entre outras (Nussbaum & Sen, 1993; Alkire, 2002, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007). As perspetivas sobre o tema variam desde os fundamentos filosóficos de Aristóteles aos métodos estatísticos que visam quantificar e capturar a importância de determinados fatores e dimensões da QdV. Pelo que as questões da saúde, as dimensões económicas (rendimentos, condições de vida), a utilidade pessoal (felicidade, satisfação), entre outras, estão na origem e no centro deste debate.

#### **3.1. Perspetivas e Abordagens**

##### Ciências sociais:

A definição de QdV em investigação social assume vários significados que variam desde a satisfação com a vida (satisfação das necessidades humanas básicas) até à qualidade do ambiente externo (Edlund & Tancredi, 1985; Fowlie & Berkeley, 1987; Rogerson *et al*, 1989, cit. por Bowling, 2001). A perspetiva de que as necessidades humanas constituíam a fundação da QdV foi também defendida por alguns investigadores que acreditavam que a QdV relacionava-se com o grau de satisfação dessas necessidades. Esta perspetiva inspira-se na hierarquia das necessidades de Maslow (1954, 1962a, 1962b, cit. por Bowling, 2001) que considera que à medida que as necessidades básicas (fisiológicas e de segurança) são satisfeitas as necessidades emocionais e sociais (pertença/sociais, auto-estima, auto-realização) tornam-se salientes. No entanto, outros autores consideram que, na generalidade, muitas das necessidades básicas são atualmente satisfeitas, pelo que as perceções de QdV estarão mais relacionadas com as expectativas na vida (Michalos, 1986 & Calman, 1984, cit. por Bowling, 2001).

##### Abordagens filosóficas:

Associada à temática da QdV está também a felicidade. A felicidade e o bem-estar são temáticas amplamente consideradas pela filosofia (desde Aristóteles), mas também pelas ciências sociais (Bowling, 2001).

Bentham (1834, cit. por Bowling, 2001) introduziu a dimensão do hedonismo psicológico (ações humanas são motivadas por prazer evitando o sofrimento) como princípio da conduta humana na forma de bem-estar e correspondendo à diferença de valor entre a soma de prazeres e a soma de sofrimento de todos os tipos experienciada. Como referido por Peterson,

Park, & Seligman, cit. por Giannopoulos & Vella-Brodrick (2011, cit. por D'Araújo *et al.*, 2015), no hedonismo dá-se primazia à compreensão do impacto das ações gratificantes e dos processos que potenciam o prazer e reduzem o sofrimento. Bentham (1834, cit. por Bowling, 2001) visou demonstrar, a partir da teoria moral do utilitarismo, que o fim da conduta humana era a maior felicidade para a maioria. Este foco do utilitarismo na felicidade deriva do conceito de florescimento humano ou eudaimonia (assente nos racionais de Aristóteles). A perspetiva eudaimónica é um processo contínuo que busca a felicidade centrada numa *boa vida* (Ryan, Huta, & Deci, 2008, cit. por D'Araújo *et al.*, 2015) e na satisfação de desejos/ preferências e realização de objetivos/ ideais/ propósitos a longo prazo (Brock, 1993; Scanlon, 1993, cit. por Bowling, 2001).

Veenhoven (2000) também constatou que alguns termos são frequentemente utilizados como sinónimos da QdV, nomeadamente o bem-estar, a felicidade, a utilidade e, em alguns contextos, a saúde. Resultante da necessidade de organizar conceitos e partindo da noção de que a QdV é frequentemente associada ao ter uma *boa vida*, Veenhoven (2000) propôs uma distinção composta por dois eixos sobre o que define uma *boa vida*: por um lado, as oportunidades para uma boa vida *vs* uma boa vida propriamente dita e, por outro, as qualidades internas *vs* externas. Relativamente ao primeiro eixo, o autor postula que, apesar de estarem relacionadas, ambas as dimensões são distintas: nem sempre os indivíduos conseguem operacionalizar as oportunidades, da mesma maneira que, apesar das poucas oportunidades, os indivíduos conseguem alcançar muito na sua vida. No segundo eixo, a distinção das qualidades evidencia-se entre as qualidades dos indivíduos *vs* qualidades existentes no meio. Resultante dessa combinação o autor formulou, assim, quatro categorias de QdV: a) condições de vida, associadas explicitamente às características do meio e não apenas às condições materiais; b) as capacidades dos indivíduos para lidar com os desafios da vida (a psicologia utiliza o termo eficácia; Nussbaum & Sen (1993) definiram a teoria das capacidades); c) a utilidade da vida tem um propósito (termo também associado ao significado da vida, aos valores); d) a apreciação da vida, ou seja a forma como o indivíduo a percebe (também referida como bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, felicidade).

#### Significados individuais:

As abordagens fenomenológicas no estudo da QdV postulam que este conceito depende das perceções e interpretações dos indivíduos (Ziller, 1974, cit. por Bowling, 2001). A descrição dos domínios que compõem a QdV por si não é suficiente, dado que a compreensão da

relevância que estes assumem para os indivíduos é uma peça fundamental (Cohen, 1982, cit. por Bowling, 2001).

As investigações desenvolvidas por O'Boyle *et al.* (1989, 1990, 1992, 1993, cit. por Bowling, 2001) consideram o significado individual da QdV. Os estudos desenvolvidos por estes investigadores visam igualmente a integração de técnicas de análise do julgamento humano (Brehmer & Joyce, 1988, cit. por Bowling, 2001) de forma a aceder à sua QdV. Calman (1984, cit. por O'Boyle *et al.*, 1993) refere que a QdV é refletida nas diferenças entre as expectativas de um indivíduo e a sua experiência atual, ou seja, a QdV está dependente da experiência adquirida dos indivíduos, assim como do seu estilo de vida atual e as suas expectativas e ambições futuras. Considerando que a maioria dos instrumentos existentes para avaliar a QdV propõem indicadores padronizados de partida (com dimensões pré-selecionadas sobre a QdV), a relevância dos mesmos para cada individuo acaba por imiscuir-se. De acordo com os autores, na avaliação da QdV, deve dar-se a oportunidade de cada indivíduo identificar as dimensões que contribuem para a sua QdV, a importância que cada uma das dimensões tem para si, bem como auto-avaliar-se perante essas dimensões (positivas e negativas).

Em síntese, de acordo com esta perspetiva, a QdV depende das preferências e prioridades de um indivíduo na vida. O significado de QdV está dependente da utilização do termo, da sua compreensão e da sua contextualização nas estruturas sociais e políticas (Edlund & Tancredi, 1985, cit. por Bowling, 2001). Na avaliação da QdV deverão ser portanto consideradas medidas que reflitam estes elementos e que acedam ao peso/preponderância pelos indivíduos (Diamond & Becker, 1999, cit. por Bowling, 2001).

### 3.2. Taxonomia de Definições de Qualidade de Vida

Partindo da revisão da literatura sobre este tema é possível constatar que se trata de um conceito vago, em que os determinantes que contribuem para a QdV são variados (Hagerty *et al.*, 2001, cit. por Galloway, 2005) e os instrumentos que a permitam avaliar são inúmeros. A multiplicidade de definições, abordagens, modelos, associada às diversas disciplinas e perspectivas distintas que se têm dedicado ao estudo da temática, tem contribuído para a pouca consensualização científica da definição deste conceito e formas de avaliação (Mollenkopf & Walker, 2007).

Gill & Feinstein (1994), partindo da análise a vários artigos que mediam a QdV, verificaram que, na maioria dos estudos, o conceito de QdV não era definido, as dimensões a avaliar não eram identificadas e as opções de aplicação dos instrumentos selecionados não eram justificadas. Esta ambiguidade, que influencia as definições de QdV, deve-se a vários fatores, entre os quais se enunciam: a) as definições propostas pelos investigadores são limitadas às disciplinas que postulam, bem como dependentes dos objetivos dos estudos/ pesquisas; b) dilemas sobre o peso a atribuir a cada dimensão do conceito de QdV (quem deve definir as dimensões da QdV, qual o peso a atribuir às várias dimensões e quem deve fazê-lo); e o ambiente cultural em que a QdV, como representação social (com dimensões objetivas e subjetivas), é marcada pela relatividade cultural (Schipper & Clinch, 1988, cit. por Farquhar, 1995).

Segundo Minayo, Hartz & Buss (2000, cit. por Pereira, Teixeira & Santos, 2012), a QdV remete para o plano individual. Este conceito caracteriza-se pela influência de determinantes históricos (o conceito de QdV no âmbito do seu desenvolvimento social, económico e tecnológico pode assumir um significado diferente consoante o período temporal/histórico em que se insere), culturais (valores e necessidades que refletem as tradições de uma determinada sociedade) e estratificações sociais (em que o conceito de QdV é associado à estratificação das pessoas em classes sociais).

Segundo Farquhar (1995) têm sido identificadas, em diversas investigações, limitações no que concerne à definição do conceito de QdV: perceções e definições limitadas sobre o conceito, indefinição do que se pretende medir, peso a atribuir a cada componente/dimensão e incerteza sobre quem deve decidir o peso a atribuir. Por outro lado, há correntes que postulam que os investigadores/peritos detêm conhecimento para formular e sustentar definições de QdV e desenvolver medidas válidas para a sua aplicação, enquanto outros autores consideram tratar-

se de um conceito com significados diferentes para diferentes pessoas (Binstock & George, 2006).

Assim, Farquhar (1995) estabeleceu uma taxonomia de definições sobre a QdV: as definições provenientes de peritos/profissionais e as definições leigas provenientes de não-especialistas. No âmbito das definições resultantes dos peritos/profissionais foi possível distinguir quatro tipologias distintas, designadamente as definições globais, as definições por componentes, as definições focalizadas e as definições combinadas:

- Tipo I: Definições Globais - São consideradas as mais comuns em termos de definição do conceito de QdV, no entanto, dada a sua generalidade há poucas referências quanto aos possíveis componentes que integram este conceito. Referências relacionadas com a felicidade/infelicidade e satisfação/insatisfação. Estas definições têm em consideração tanto a parte qualitativa como quantitativa da QdV.

- Tipo II: Definições por Componentes - São definições que decompõem o conceito de QdV em diversas dimensões, componentes ou domínios. São mais utilizadas quando se pretende a operacionalização deste conceito. As definições de componentes subdividem-se, por sua vez, em específicas e não-específicas da investigação. A definição de componentes não-específicas da investigação relaciona-se com a identificação de várias dimensões da QdV sem, no entanto, abranger todas. A definição de componentes específicas da investigação relaciona-se com a escolha ou exclusão de dimensões consideradas mais ou menos relevantes tendo em conta os objetivos/foco da investigação.

- Tipo III: Definições Focalizadas - As definições focalizadas centram o seu foco numa componente ou num reduzido número de componentes da QdV. Podem ainda ser classificadas como explícitas ou implícitas. As definições explícitas verificam-se quando o foco, de forma explícita, se centra numa dimensão ou num reduzido número de dimensões da QdV (e.g. QdV na saúde). As definições implícitas verificam-se quando se define uma componente ou um reduzido número de componentes da QdV mas que não é explícito.

- Tipo IV: Definições Combinadas - São definições globais que também englobam componentes específicas (tipo II).

### 3.3. Qualidade de Vida, Felicidade, Bem-Estar e Satisfação com a Vida

Há algumas décadas o conceito de QdV encontrava-se muito associado aos bens materiais/ condições de vida e riqueza, no entanto, ao longo dos anos, este conceito tem carecido de uma abordagem mais ampla e holística. Tal como constatado por Layard (2003, cit. por Kanji, Hatcher & Khowaja, 2008) os estudos indicam que, após um certo nível de satisfação das necessidades básicas, as condições de vida/bens materiais não se correlacionam diretamente com a percepção de QdV ou de felicidade. Com efeito, termos como a felicidade, uma *boa vida*, satisfação com a vida e bem-estar aparecem relacionados com a QdV. Dado que estes conceitos não têm significados inequívocos, acentua-se a divergência sobre esta temática e a necessidade contínua de debater e refletir sobre estes conceitos.

Associada a uma abordagem centrada no desenvolvimento humano, Nussbaum & Sen (1993) propuseram uma abordagem assente nas capacidades, criticando o conceito de utilidade e riqueza por assumir uma visão redutora do conceito de bem-estar. Existem contributos essenciais para o bem-estar, como o respeito pelos outros ou noções de justiça, que não são captados pela interpretação utilitária. Como alternativa à abordagem utilitária, os autores defenderam uma avaliação da QdV utilizando a abordagem das capacidades para medir o bem-estar individual. Esta abordagem foca-se na medição dos funcionamentos e das capacidades de um indivíduo. Os funcionamentos relacionam-se com os comportamentos, ações, ou estados de ser que o indivíduo realiza. Por outro lado, as capacidades são o conjunto de comportamentos, ações ou estados de ser que o indivíduo tem à sua disposição e dos quais deve escolher um para realizar. Para se poder medir a QdV ou o bem-estar individual, utilizando a teoria das capacidades, é preciso construir um espaço de avaliação que inclua os vários funcionamentos e as várias capacidades à disposição do indivíduo. Existem certos funcionamentos que, apesar de poderem estar disponíveis, não acrescentam valor à medição da QdV por não serem valorizados pelo indivíduo. Ou seja, é preciso que o espaço de avaliação reflita os valores do indivíduo. Os autores defendem esta abordagem em detrimento de uma abordagem utilitarista, utilizando o argumento de que a abordagem utilitarista foca-se apenas na medição da ‘felicidade’ em vez de considerar a felicidade como um dos objetos disponíveis, entre um conjunto de vários. Estes autores argumentam que um bem não tem valor intrínseco por si, o valor de um bem é derivado da contribuição que o bem pode promover no conjunto de capacidades dos indivíduos.

A felicidade é um conceito abrangente que se aplica à vida em geral e não apenas a um domínio em particular. Segundo Veenhoven (2007, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007), a felicidade pode ser definida como o grau em que um indivíduo avalia a sua QdV como

globalmente favorável. Isto é, implica um contínuo entre felicidade e infelicidade e não uma separação entre ambas as dimensões (Layard, 2003, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007), assim como uma avaliação individual e subjetiva que tem em consideração a vida como um todo, ou seja, as experiências passadas e as expectativas futuras (Diener *et al.*, 1985, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007). A felicidade é também sinónimo de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo (Veenhoven, 1997, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007).

O bem-estar subjetivo (Diener & Lucas 2000; Andrews & Withey 1976; cit. por Brown, Bowling & Flynn, 2004) consiste nas auto-avaliações dos indivíduos sobre as suas vidas, tanto em termos cognitivos (e.g. satisfação com a vida) como afetivos (e.g. sentimentos de prazer). Estes conceitos apesar de diferentes estão interrelacionados. Diener & Lucas (2000, cit. por Brown, Bowling & Flynn, 2004) argumentaram que o bem-estar pode ser dividido em estado e traço, sendo que as medidas de auto-avaliação do bem-estar refletem pelo menos quatro fatores, designadamente as aspirações, as circunstâncias, a comparação com os outros e a sua disposição (Warr, 1999, cit. por Brown, Bowling & Flynn, 2004). Layard (2006, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007) identificou também como determinantes as seguintes dimensões: relações familiares, trabalho, comunidade e amigos, liberdade individual, valores individuais e situação financeira. A dimensão financeira tem uma menor influência sobre a felicidade, enquanto o trabalho é fundamental para gerar felicidade (vocação profissional) ou infelicidade (desemprego/insegurança laboral). Por outro lado, as relações familiares e sociais são uma dimensão importante que contribui para o aumento da felicidade, assim como a saúde física e mental. Também a liberdade individual e a autonomia na tomada de decisões (que vão ao encontro dos seus valores e crenças) demonstrou ter um efeito positivo na felicidade, assim como a fé e as práticas espirituais (Layard, 2003, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007). A investigação desenvolvida pelo Grupo de Bem-Estar em Desenvolvimento da Universidade de Bath no Reino Unido indicou precisamente que a QdV não é equacionada apenas em termos da felicidade, mas relacionada com todos os aspetos da vida que os indivíduos valorizam e consideram importantes (Camfield, 2006, cit. por Kanji, Hatcher & Khowaja, 2008).

Por outro lado, a satisfação com a vida relaciona-se com a avaliação que o individuo realiza sobre a sua vida, nomeadamente a partir da reflexão e comparação entre as suas aspirações e aquilo que consegue/conseguiu alcançar (Brown, Bowling & Flynn, 2004). Quanto menor discrepância existir entre as circunstância de vida percebidas e alcançadas maior será a satisfação com a vida. A satisfação com a vida constitui, assim, um indicador social da QdV (Andrews & Withey, 1976; Campbell *et al.*, 1976, cit. por Brown, Bowling & Flynn, 2004).

### 3.4. Conceito de Qualidade de Vida

Para Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente (2005), a QdV, para além de considerar os valores culturais e éticos, considera também a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou atividades diárias, o ambiente circundante, a auto-estima e bem-estar pessoal, o estado emocional, as relações sociais, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde e a dimensão económica.

Para Fahey, Nolan & Whelan (2003, cit., por Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2004), as principais características associadas ao significado de QdV relacionam-se com: a) o referir-se a situações de vida em que as percepções dos indivíduos assumem um papel central; b) a multidimensionalidade do conceito em que a descrição e interação entre domínios é importante; e c) o facto da QdV ser medida a partir de indicadores objetivos e subjetivos.

De acordo com Ribeiro et al. (2011: 312) a QdV é um “conceito individual e perceptivo, depende do sistema de valores de cada pessoa, assim como de condicionantes emocionais e pessoais, associados a factores socioeconómicos, culturais, espirituais e também a interesses, expectativas, experiência de vida e circunstâncias objectivas do momento. É um termo com representação pública, mas também com percepção individual, podendo modificar-se na mesma pessoa e ao longo do tempo sendo, por isso, um fenómeno subjectivo, multifacetado e complexo, particularmente quando relacionado com situações de vulnerabilidade/fragilidade da pessoa em qualquer uma das suas dimensões”.

Vilar (2015), na sua revisão de literatura, reforçou que apesar da diversidade de paradigmas (indicadores económicos-psicossociais; componentes objetivas-subjectivas; medidas relacionadas com a saúde-globais), pode definir-se QdV como um conceito amplo, numa perspetiva holística e biopsicossocial do ser humano, multidimensional e subjectivo, na medida em que valoriza as percepções dos indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde definiu QdV como a “percepção dos indivíduos acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Vilar, 2015: 28). Esta perspetiva foi um contributo importante na definição do conceito alicerçando-se em três pressupostos: a) multidimensionalidade do conceito (diversidade de dimensões); b) subjectividade (em que as perspetivas individuais são fulcrais); e c) polaridade de dimensões (positivas e negativas).

Para o Programa de Avaliação Bem-Estar nos Países em Desenvolvimento (Ruta, Camfield & Donaldson, 2006)) a QdV é perspectivada como o resultado da diferença entre os

objetivos das pessoas e a percepção dos recursos que estão ao seu dispor, no contexto do ambiente em que estão, da sua cultura, valores e experiências.

Concomitantemente, o conceito de QdV adoptado pelo Programa de Avaliação da QdV da Rede Aga Khan para o Desenvolvimento (AKDN) enfatizou a dimensão das capacidades e dos recursos individuais. Para a AKDN, a QdV é entendida como a interação entre os recursos que uma pessoa é capaz de gerir, o que se consegue atingir com os mesmos, os significados que lhes atribui e que orientam as suas aspirações e estratégias (Mcgregor, 2006, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007).

### 3.5. A Avaliação da Qualidade de Vida

Tal como problematizado anteriormente, verifica-se uma enorme controvérsia sobre a definição do conceito de QdV, os constituintes que a compõem e, por conseguinte, a sua forma de mediação. Dependendo da perspetiva que se está a seguir haverá uma maior influência por aquilo que se pretende medir, bem como pela opção da forma de avaliação (Bond & Corner, 2004). Tentando, no entanto, classificar os diversos estudos sobre a QdV, Day & Jankey (1996, cit. por Pereira, Teixeira & Santos, 2012) propuseram quatro categorias distintas:

- A dimensão socioeconómica que, na década de 60, postulava uma abordagem essencialmente economicista, associada à melhoria das condições de vida, à aquisição de bens materiais e ao crescimento económico, sendo mais tarde alargada a fatores de desenvolvimento social (e.g. educação);

- A dimensão psicológica, ou seja, uma dimensão mais subjetiva, relacionada com a experiência e perceção individual sobre a QdV. Esta dimensão combinou seis dimensões de análise, nomeadamente o objetivo-realização entre o que se tem e o que se quer, o ideal de vida, a relação percebida entre a situação atual e o que se espera tornar, a relação percebida entre a atual QdV e a que experienciou no passado, o que é detido pela própria pessoa e pelo grupo de referência e o ajuste do indivíduo ao meio em que se insere;

- A abordagem médica relacionada com as condições de saúde e funcionamento social, saúde e estado subjetivo de saúde. Dimensão muito associada à cura e sobrevivência dos indivíduos;

- As abordagens holísticas em que a QdV é caracterizada como conceito multidimensional, com organização dinâmica dos seus componentes (que variam de acordo com os indivíduos).

A perspetiva dominante na avaliação da QdV relaciona-se com a abordagem dos especialistas/peritos. Ao longo das últimas décadas têm proliferado inúmeras metodologias e instrumentos para medir a QdV, assistindo-se a um elevado investimento na robustez e qualidade de propriedades psicométricas (e.g. validade, consistência, etc.) de alguns desses instrumentos. Gill & Feinstein (1994) realizaram uma pesquisa a partir da qual selecionaram 75 artigos que continham referências a pelo menos 159 instrumentos diferentes. Tendo em conta a diversidade destes caberá ao investigador justificar as suas opções (Gill & Feinstein, 1994).

Os autores, partindo da análise a vários estudos que pretendiam medir a QdV, consideraram que, apesar das inúmeras ferramentas desenvolvidas para avaliar a QdV, era fundamental que se tivesse em consideração as percepções dos indivíduos. Os autores

elencaram algumas recomendações para futuras investigações: utilização de classificações gerais que refletissem os valores e preferências dos indivíduos; a avaliação da magnitude dos problemas nos domínios identificados bem como a importância desses problemas; e a inclusão de itens suplementares aos instrumentos estandardizados, de forma a permitir que os indivíduos pudessem acrescentar outros domínios importantes.

Resultando da revisão de literatura sobre o tema, sistematizam-se, assim, alguns programas e instrumentos internacionais que avaliam a QdV e o bem-estar:

#### Índice de Desenvolvimento Humano, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento:

Este índice alicerça-se na teoria das capacidades numa leitura ampliada do desenvolvimento humano<sup>6</sup>. Genericamente, esta teoria refere-se a tudo o que uma pessoa pode fazer ou ser e que determina as suas escolhas. Este índice foi desenvolvido por Haq & Sen e é utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2014)<sup>7</sup> em vários países do mundo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) utiliza três indicadores para o efeito: a esperança de vida, os anos de escolaridade e o rendimento. Trata-se de uma medida comparativa para classificar os países em termos do seu grau de desenvolvimento humano, categorizando os países em desenvolvidos (valores mais elevados de desenvolvimento humano), em desenvolvimento (valores médios) e subdesenvolvidos (valores reduzidos). O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2014, entre outras recomendações, referiu a necessidade de se investir mais no apoio à QdV dos mais velhos.

#### Qualidade de Vida na Saúde, incluindo a Organização Mundial de Saúde:

A relação entre QdV e saúde tem sido bastante estudada e é de inegável importância. No entanto, a OMS definiu a QdV na saúde como uma medida integradora de bem-estar físico e emocional, nível de independência, relações sociais e a sua relação com as principais características do seu ambiente (OMS, 1995, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007) e não

---

<sup>6</sup> O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) define o conceito de desenvolvimento humano como “o processo de aumento das escolhas das pessoas, que lhes permitam levar uma vida longa e saudável, adquirir conhecimento, ter acesso aos recursos necessários para um nível de vida digno, enquanto os preservam para as gerações futuras, proteger a segurança pessoal e alcançar a igualdade para todas as mulheres e homens”, ou seja, um “aumento das opções dos indivíduos e dos seus grupos, de forma a satisfazerem as suas necessidades básicas, a aumentarem a sua segurança pessoal e a atingirem um nível de vida digno, em várias dimensões (saúde, educação, bem-estar material, cultura, etc.)”, cit. por Amaro (2003: 15).

<sup>7</sup> Ver anexo 2.

apenas relacionada com a doença. Wilson & Cleary (1995, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007) identificaram também que a satisfação ou felicidade em relação aos diversos domínios da vida afectam ou são afectados pela saúde de um indivíduo.

O projeto de avaliação da QdV da OMS (WHOQOL) nasceu em 1991 com o objetivo de desenvolver um conjunto de instrumentos genéricos de avaliação da QdV transculturais. A OMS iniciou uma parceria com 15 centros espalhados no mundo (colaborando atualmente com 40 países, incluindo Portugal), com os quais desenvolveu as seguintes medidas: o WHOQOL-100 e WHOQOL-Brief (Vilar, 2015). Tratam-se de medidas genéricas da QdV que têm como pressupostos fundamentais a subjetividade do conceito (valorização das percepções dos indivíduos), a multidimensionalidade (interação das diversas dimensões) e a dimensão da polaridade positiva-negativa (Vilar, 2015). Os instrumentos foram desenvolvidos tendo em consideração a padronização das medidas por forma a poder-se realizar comparações entre diferentes populações e configurações culturais (OMS, 1994, 1996, cit. por Bowling, 2005). Desta forma, estes instrumentos têm sido muito reconhecidos e utilizados a nível mundial. A versão longa WHOQOL-100 avalia seis domínios da QdV, designadamente os domínios da saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais (Pereira, Teixeira & Santos, 2012) organizados em 24 facetas específicas que os representam e ainda uma faceta de QdV geral (Vilar, 2015). A versão breve WHOQOL-Brief utiliza um subgrupo de questões incluídas no WHOQOL-100 e considera os domínios: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Como será descrito mais adiante, reconhecendo a relevância de adaptar estes instrumentos às pessoas com 65 ou mais anos, devido às suas características e especificidades, o grupo de trabalho WHOQOL, desenvolveu um módulo específico para aferir a QdV dos mais velhos (Vilar, 2015).

#### Programa de Avaliação da Qualidade de Vida, Rede Aga Khan para o Desenvolvimento:

Numa abordagem que combinou a revisão de literatura e a recolha da visão das comunidades (estudos exploratórios), a Rede Aga Khan para o Desenvolvimento (AKDN), em 2007, começou a desenhar o seu Programa de Avaliação da QdV. O Programa tem como objetivos medir a QdV num dado contexto, em diferentes momentos do tempo, permitindo aferir e compreender as alterações de determinados domínios da QdV ao longo do tempo. Este programa não visa associar os resultados obtidos ao trabalho desenvolvido pela AKDN, dada a influência de inúmeros fatores (sociais, económicos, políticos, ambientais). Resultante de uma

revisão de literatura que enfatiza a estreita relação entre os conceitos de QdV, bem-estar, felicidade e teorias das capacidades, a AKDN considera que este conceito é composto por elementos subjetivos, materiais e sociais (White, 2008, cit. por Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, 2013). A AKDN adotou, assim, como conceito de QdV a interação entre os recursos que uma pessoa é capaz de gerir, o que se consegue atingir com os mesmos, os significados que lhes atribui e que orientam as suas aspirações e estratégias (McGregor, 2006, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007). A implementação do programa de avaliação da QdV inicia com o desenvolvimento de um estudo exploratório (grupos focais e entrevistas semiestruturadas) com vista à compreensão das perceções dos indivíduos sobre o significado de QdV, os aspetos que contribuem para uma boa QdV e os domínios e recursos considerados mais relevantes (Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, 2013). Partindo da investigação exploratória, desenvolvem-se, à medida, dois outros instrumentos a aplicar a cada 3-5 anos em territórios de intervenção da AKDN: 1) um questionário estruturado a fim de recolher informação quantitativa (representativa) que possa ser monitorizada ao longo do tempo e 2) estudos sentinela, a partir de grupos de discussão e entrevistas individuais, com vista ao aprofundamento de tópicos relacionados com a QdV individual e coletiva e recolha de informação em profundidade sobre alterações da QdV (Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, 2013). Partindo dos estudos exploratórios desenvolvidos em alguns países em desenvolvimento, foi possível identificar alguns domínios que contribuem para a QdV: economia doméstica, saúde e educação, ambiente natural/construído, vida social e cultural e voz e representação. Os resultados incluíram também dimensões psicológicas e espirituais que não foram consideradas pela AKDN (pouca expressão por parte dos participantes e pelo facto da AKDN não ter um foco de ação nessas dimensões). Foi possível também constatar a existência de relações entre domínios (Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, 2013).

#### Metodologia SPIRAL, Conselho da Europa:

O Conselho da Europa desenvolveu em várias regiões da Europa, e em parceria com o Congresso Europeu dos Poderes Locais e Regionais, a metodologia *Societal Progress Indicators and Responsibilities for All* (SPIRAL) com vista a monitorizar o progresso social para o bem-estar de todos. Integrada na estratégia de coesão social, esta ferramenta assenta numa avaliação participativa que visa dar voz aos cidadãos partindo das suas visões sobre o bem-estar, sendo os grupos organizados de acordo com o que se pretende aceder, por exemplo a nível territorial (e.g. cidade, bairro, etc.), grupo-alvo, institucional (e.g. escola, empresas, etc.)

(Conselho da Europa, 2016). Para tal este processo divide-se em três fases: 1) construção de grupo de coordenação local representativo de vários atores; 2) mobilização de cidadãos e construção de grupos homogéneos; e 3) mobilização de todos para o desenvolvimento de indicadores que permitam monitorizar o progresso (Tobias, Sargaço, Sousa, Viana & Vieira, 2011). O Conselho da Europa (2016) elencou como questões de partida os significados de bem-estar e mal-estar para cada indivíduo e a identificação do que cada um pode fazer para assegurar o seu bem-estar e o bem-estar dos restantes. A metodologia assenta em 60 componentes de bem-estar estruturadas em torno de oito dimensões, designadamente meios de subsistência, quadro de vida, relações com e entre organizações, relações pessoais, equilíbrios sociais, sentimentos de bem-estar/mal-estar e atitudes e iniciativas (Conselho da Europa, 2016)<sup>8</sup>.

Em Portugal vários municípios aderiram à metodologia, no entanto nem todos os resultados estão disponíveis para consulta. Ainda assim, sintetizam-se os resultados obtidos no Distrito de Lisboa, a partir dos dados provenientes dos municípios de Sintra, Cascais e Loures. Em Sintra as dimensões de equilíbrio pessoal, relações sociais e acesso aos recursos essenciais foram os itens mais associados ao bem-estar assim como ao mau-estar. Relativamente à forma como pode assegurar o bem-estar coletivo, a dimensão mais referenciada pelos participantes relacionou-se com as atitudes e iniciativas. Quanto à dimensão do bem-estar nas gerações futuras, as percepções dos participantes foram diversas, salientando-se, ligeiramente, face às restantes, o acesso a recursos essenciais. Quanto ao concelho de Cascais, as dimensões de equilíbrio pessoal, relações sociais e acesso aos recursos essenciais foram os itens mais associados ao bem-estar assim como ao mau-estar, à semelhança de Sintra, embora com valores mais acentuados. Relativamente à forma como se pode assegurar o bem-estar coletivo, a dimensão mais referenciada relacionou-se com as atitudes e iniciativas, bem como as relações criadas no seio da sociedade. Em Loures, as dimensões mais referenciadas no bem-estar foram o acesso aos recursos essenciais, o equilíbrio pessoal e as relações sociais. Do ponto de vista do mau-estar os participantes referiram fragilidades de equilíbrio pessoal, atitudes e iniciativas e relações pessoais. Relativamente à forma como se poderia assegurar o bem-estar coletivo, a dimensão mais referenciada relacionou-se com as atitudes e iniciativas. Quanto ao bem-estar nas gerações futuras as percepções dos participantes relacionaram-se com o equilíbrio social, a dimensão do acesso aos recursos essenciais e com as atitudes e iniciativas<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Ver anexo 3.

<sup>9</sup> Ver anexo 4.

## **CAPÍTULO IV:**

---

# **Qualidade de Vida no Envelhecimento**

## **Capítulo IV – Qualidade de Vida no Envelhecimento**

De acordo com Bond & Corner (2004), na literatura gerontológica, duas grandes correntes dominaram a forma como o conceito de QdV foi emergindo: a investigação sobre os indicadores sociais e a investigação sobre os resultados da QdV nas áreas da saúde e cuidados sociais. A investigação de indicadores sociais surgiu como resposta ao descontentamento, por parte dos decisores políticos, da utilização de indicadores económicos como medidas para avaliar o bem-estar da população. A importância científica e social da QdV nas áreas da saúde e cuidados sociais, despoletou mais investigações na área da promoção da saúde, independência dos mais velhos, entre outros (Mollenkopf & Walker, 2007). Ambas as tradições têm sido fundamentais para responder aos desafios das agendas políticas em termos de estratégias e medidas promotoras de uma maior QdV da população, no entanto, abordagens mais holísticas e integradoras têm sido enfatizadas.

### **4.1. Conceito de Qualidade de Vida no Envelhecimento**

Tal como postulado por Fernández-Ballesteros (1998, cit. por Mollenkopf & Walker, 2007), no último século, emergiu um avultado número de referências científicas em Gerontologia. Para Carr & Higginson, 2011 (cit. por, Fry 2000), a QdV representa uma avaliação individual em que os domínios e componentes considerados importantes na QdV de cada indivíduo são variáveis (Bowling, Gabriel, Dykes, Dowding, Evans, Fleissig, Banister & Sutton, 2003). Para Hendry & McVittie (2004, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), a QdV configura-se como um processo fenomenológico e multidimensional. Segundo Mollenkopf & Walker (2007), a QdV na velhice constitui-se como um produto da combinação interativa das experiências ao longo da vida e dos fatores situacionais imediatos, ou seja, as perceções que os indivíduos mais velhos detêm sobre a QdV são influenciadas pela história, estrutura social, cultura, bem como pela experiência e recursos acumulados ao longo da vida, situações atuais, características individuais e biológicas e expectativas. Para estes autores, apesar dos fatores que determinam a QdV dos mais velhos serem semelhantes aos de outros grupos etários, ao comparar as respostas dos jovens e das pessoas mais velhas, verificou-se que as questões relacionadas com a saúde e a capacidade funcional assumiam maior preponderância entre as pessoas mais velhas (Hughes, 1990; Lawton, 1991, cit. por Mollenkopf & Walker, 2007). Neste sentido, na investigação em Gerontologia, torna-se fundamental captar a QdV no contexto da relação entre os indivíduos mais velhos e a sociedade (Bond & Corner, 2004).

Para Lawton (1983, cit. por Bowling, 2001; cit. por Fernández-Ballesteros, 2008) a QdV dos mais velhos está ancorada no bem-estar psicológico (otimismo, felicidade), a QdV percebida (medida a partir de avaliação individual subjetiva de cada domínio da vida – família, amigos, trabalho, atividades, rendimentos), a competência comportamental (referente ao funcionamento do indivíduo e medida por exemplo a partir de indicadores como a saúde, mobilidade ou cognitivos) e o ambiente objetivo/físico (contexto ecológico e construído, medido por exemplo a partir de indicadores económicos, relacionados com a habitação, outros). Ou seja, de acordo com este autor, o conceito de QdV deveria considerar os aspetos objetivos da competência comportamental e as perceções individuais sobre a QdV em relação a cada uma das dimensões da competência comportamental (Lawton, 1991, cit. por Bowling *et al.*, 2002).

Bowling *et al.*, (2002) definiram QdV como um conceito amorfo e multidimensional que reflete as influências sociodemográficas, macro-sociais e micro-individuais, sendo caracterizada pelo conjunto de dimensões objetivas e subjetivas que interagem entre si.

Bowling & Gabriel (2007) consideram que a definição e avaliação da QdV deve ser acedida a partir da visão dos mais velhos (visões leigas). De acordo com Silva & Alves (2011), o conhecimento leigo refere-se à forma como os indivíduos (não especialistas/ peritos) constroem conhecimento a partir da prática, à forma como interpretam e compreendem a realidade, nas suas diversas dimensões, considerando os seus conhecimentos, crenças e valores.

#### **4.2. Teorias da Qualidade de Vida no Envelhecimento**

No âmbito da Gerontologia, foram desenvolvidas várias investigações e teorias que incidiram sobre o bem-estar dos mais velhos e a satisfação destes com a vida. Bond & Corner (2004) sintetizaram as principais contribuições teóricas, emergentes da literatura em Gerontologia, que permitem enquadrar e explicar a QdV nas pessoas idosas:

- Teoria da atividade: A teoria da atividade no envelhecimento relaciona-se com a existência de uma relação positiva entre a existência de atividades sociais e a satisfação com a vida. Quanto maior a perda de papéis e funções sociais desempenhados pelos indivíduos maior a insatisfação com a vida. Algumas investigações permitiram aferir que as atividades que implicam relações interpessoais são preditoras do bem-estar no envelhecimento: a participação em atividades de voluntariado contribuíam para um nível de ajustamento maior dos indivíduos (Burgess, 1954, cit. por Bond & Corner, 2004) e relações próximas com um confidente constituíam uma medida protetora contra a depressão (Brown & Harris, 1978, cit. por Bond & Corner, 2004). Todavia, esta teoria foi perdendo força na medida em que não foi possível

explicar a relação entre os indivíduos e o seu ambiente social em mudança apenas a partir dos níveis de atividade social e satisfação com a vida.

- Teoria da continuidade: Esta teoria postula a continuidade de estratégias de adaptação ao longo da vida (Atchley, 1989, cit. por Bond & Corner, 2004), ou seja, apesar de todas as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, os idosos vão mobilizando estratégias para se irem adaptando às mudanças decorrentes do ciclo de vida e às mudanças sociais e são consistentes nas suas atitudes, valores, padrões de pensamento (continuidade interna e externa). Este processo de adaptação é influenciado pelo ambiente social em torno dos mais velhos. As construções sociais da realidade são, assim, influenciadas tanto pelos indivíduos à nossa volta como pela sociedade (Berger & Luckmann, 1966, cit. por Bond & Corner, 2004) e as construções individuais pelas experiências vividas por cada indivíduo. Neste sentido, as percepções subjetivas da QdV assumem relevância nesta abordagem.

- Teoria da desvinculação/ruptura (*disengagement*): Esta teoria enfatiza a ideia de que à medida que os indivíduos vão envelhecendo, estes vão-se preparando para uma redução das interações na esfera social, ou seja, a QdV é mantida a partir da preparação dos idosos para a mudança (Cumming & Henry, 1961, cit. por Bond & Corner, 2004). Porém, esta teoria tem sido criticada na medida em que sugere o alheamento de políticas e estratégias para colmatar as necessidades dos mais velhos, que pressupõe que a desvinculação/ruptura seja inevitável (simplificando a complexidade da realidade e ignorando possíveis padrões de relação social dos indivíduos ao longo da vida) (Bond & Corner, 2004).

- Importa ainda referir a relação da QdV com o *self* na medida em que estes conceitos têm emergido na literatura em Gerontologia (Ryff & Marshall, 1999, cit. por Bond & Corner, 2004). A identidade individual é influenciada pelo meio que rodeia os indivíduos (cultura, época histórica, etc.), pelo que a QdV é também definida pela identidade do indivíduo. Assim, salienta-se que a QdV tanto implica uma avaliação subjetiva dos indivíduos como objetiva dado o seu enquadramento na vida e estrutura social.

#### **4.3. Modelos para compreender o Envelhecimento**

- O modelo do envelhecimento bem-sucedido tem sido muito estudado em Gerontologia. Baseia-se no pressuposto de que o envelhecimento bem-sucedido relaciona-se com fatores como uma boa saúde, segurança económica e presença de amigos e familiares (Havighurst, 1963, cit. por Bond & Corner, 2004). No entanto, Baltes & Baltes (1990, cit. por Bond & Corner, 2004), para além de considerarem a satisfação com a vida e moral, focaram-se

em compreender a minimização das perdas (resultantes da capacidade cognitiva, física, social) juntamente com a maximização dos benefícios no envelhecimento (capacidade de adaptação, conhecimento e sabedoria). Desenvolveram assim um conjunto de indicadores para um envelhecimento bem-sucedido: duração da vida, saúde biológica, saúde mental, capacidade cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e satisfação com a vida. Este modelo espelha, assim, um convite à participação ativa e adaptação dos indivíduos e da sociedade ao processo de envelhecimento, em detrimento de uma experiência passiva, assumindo os mais velhos um papel ativo na sua QdV (Baltes & Baltes, cit. por Bond & Corner, 2004).

- O modelo do envelhecimento saudável relacionado com a condição de saúde considera o envelhecimento como positivo (i.e, sem doenças), negativo (envelhecimento patológico com doenças) e normal (ou seja, relacionado com a capacidade dos indivíduos prevenirem o envelhecimento patológico) (Carvalho, 2013).

- O modelo do envelhecimento produtivo enfatiza a relação com o mercado de trabalho e o acesso à reforma e transição para a mesma. Considera o papel e contributos dos mais velhos na sociedade, repartindo as suas tarefas em dimensões relacionadas com a família, o tempo de lazer, o tempo de trabalho, bem como as consequências positivas que advêm em termos do seu bem-estar e QdV (Carvalho, 2013).

- O modelo do envelhecimento ativo enfatiza a optimização das oportunidades relacionadas com as dimensões de “saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a QdV à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, cit. por Fernandes & Botelho, 2007: 16). A palavra ativo relaciona-se com a “participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho” (OMS, 2002, cit. por Fernandes & Botelho, 2007: 16). Este modelo tem como pressupostos a manutenção da autonomia e independência, a participação social, a saúde tanto a nível físico como mental, a manutenção de relações sociais (incluindo as intergeracionais), acesso a bens e serviços básicos, bem como a recursos sociais e educacionais e ainda a dimensão económica (rendimentos e trabalho digno e protecção social) (Fernandes & Botelho, 2007; Carvalho, 2013).

### **4.3. Avaliação da Qualidade de Vida no Envelhecimento**

Tal como Bond & Corner (2004) referiram, a perspetiva dominante na avaliação da QdV relaciona-se com a abordagem dos especialistas/peritos, verificando-se uma maior prevalência de utilização de métodos de avaliação quantitativos. Porém, muitos instrumentos de avaliação da QdV não estão validados para ser utilizados com os mais velhos e/ou não foram construídos considerando as suas especificidades (Halvorsrud & Kalfoss, 2007; Haywood, Liang, Chiu, & Fitzpatrick, 2005, cit. por Vilar, 2015). Por outro lado, as escalas e instrumentos desenvolvidos para medir a QdV no envelhecimento, variam bastante em termos do conceito de QdV postulado ou dos itens a avaliar (Farquhar, 1995).

Farquhar (1994, 1995, cit. por Bond & Corner, 2004) constatou que, nos estudos em que se privilegiou a avaliação da QdV a partir da voz da população idosa, as componentes mais frequentemente referidas relacionaram-se com a família, contactos sociais, saúde, mobilidade, recursos materiais, atividades, felicidade, juventude e ambiente em que a pessoa vive. Estas avaliações pareceram ter por base as suas experiências e histórias de vida (Fisher, 1992, cit. por Bond & Corner, 2004), bem como uma contextualização em termos de espaço(s) e tempo(s). Fry (2000), num estudo sobre as perceções de QdV a pessoas com mais de 58 anos, constatou que a maioria dos participantes privilegiavam a autonomia, controlo e independência. Irigaray & Trentini (2009) também sistematizaram alguns estudos cujos aspetos mais relevantes para a QdV dos indivíduos relacionavam-se com as relações familiares, as relações sociais, a boa vizinhança/ comunidade, a saúde, a independência, o bem-estar psicológico, os papéis sociais desempenhados, a existência de atividades, a existência de recursos financeiros e o facto de viver em casa. Paúl, Fonseca, Martín & Amado (2005), no seu estudo sobre a QdV dos idosos portugueses, em meio rural e urbano, verificaram que a rede de suporte social era elevada (composta por familiares, amigos, vizinhos e confidentes), constatando que esta dimensão está claramente associada à QdV (Bosworth & Schaie, 1997; Krause, 1997; cit. por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Verificou-se também que o nível de autonomia, em termos de capacidade instrumentais, também era elevado. Em termos das dimensões relacionadas com a saúde, a maioria demonstrou sentir-se insatisfeita com a mesma (58% dos participantes considerou-se insatisfeito ou muito insatisfeito com a sua saúde). Em termos da avaliação da sua QdV em geral, 41% referiu que esta não era boa nem má, 32% avaliavam como má ou muito má e 27% como boa ou muito boa.

Neste sentido, e não obstante à diversidade de programas e instrumentos existentes, sistematizam-se algumas investigações, programas e instrumentos que avaliam a QdV no envelhecimento, direta ou indiretamente:

WHOQOL-OLD, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde:

Considerando a necessidade de construir e/ou adaptar instrumentos existentes às características e especificidade da população mais velha, a OMS criou, em 1999, o módulo complementar WHOQOL-OLD. Este instrumento é composto por seis facetas num total de 24 itens. Contempla os seguintes domínios: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas/ presentes/ futuras, participação social, morte/ morrer e intimidade (cit. por Vilar, 2015). De referir que este instrumento foi recentemente adaptado, validado e normalizado à população portuguesa (Vilar, 2015).

Cidade Amiga dos Idosos, Organização Mundial de Saúde:

A Cidade Amiga dos Idosos foi um projeto iniciado Kalache A. e Plouffe L. (cit. por Organização Mundial de Saúde, 2008), partindo de grupos de discussão em 33 cidades do mundo localizadas nos cinco continentes. A OMS solicitou a vários idosos que explorassem vantagens e obstáculos relativamente a oito áreas da vida na cidade, sendo que essas áreas correspondiam a características de comunidades amigas identificadas por idosos em investigações anteriores. Resultante da análise foi possível estabelecer uma lista de verificação com recomendações sobre as cidades amigas dos idosos. Não sendo uma iniciativa que vise diretamente avaliar a QdV dos mais velhos, considera-se a pertinência e impacto deste instrumento nesta matéria (Organização Mundial de Saúde, 2008):

- Participação social (facilidade de acesso a eventos e atividades, acessibilidade económica, variedade de eventos e atividades, instalações e contextos, divulgação e informação sobre atividades, formas de lidar com o isolamento, fomentar a integração na comunidade);

- Respeito e inclusão social (serviços respeitadores e inclusivos, representações públicas do envelhecimento, interação intergeracional e na família, educação na sociedade, inclusão na comunidade, inclusão económica);

- Participação cívica e emprego (opções de voluntariado, opções de emprego, formação, acessibilidade, participação cívica, valorização dos contributos, empreendedorismo, pagamento);

- Apoio comunitário e serviços de saúde (acessibilidade dos serviços, oferta de serviços, apoio voluntário, planos e cuidados de emergência);
- Espaços exteriores e edifícios (ambiente, espaços verdes e acessos pedonais, bancos no exterior, passeios adaptados, rodovias, ciclovia, tráfego, segurança, edifícios, serviços, casas de banho públicas);
- Transportes (acessibilidade económica, fiabilidade e frequência, destinos de viagem acessíveis a todos, veículos amigos de pessoas idosas, serviços especializados, lugares prioritários, motoristas dos meios de transporte, segurança e conforto, paragens e estações de transportes, informação, transporte comunitário, táxis acessíveis, rodovias adaptadas, competência dos condutores, estacionamento);
- Habitação (acessibilidade económica, serviços básicos, projeto habitacional com materiais apropriados, com espaço suficiente, equipamentos que apoiam na climatização da habitação, adaptações e modificações, manutenção, envelhecer em casa, integração dos mais velhos na comunidade, opções de habitação, ambientes em que os mais velhos residem);
- Comunicação e informação (informação disponível, comunicação verbal, informação escrita, linguagem simples, comunicação e equipamentos automáticos, computadores e internet).

#### Bem-estar e Participação, Universidade de Brighton:

A Universidade de Brighton desenvolveu, em colaboração com a Age Concern Brighton, Hove e Portslade, uma investigação sobre o bem-estar na idade maior (Ward, Barnes & Gahagan, 2012). O projeto foi desenvolvido entre 2008 e 2011, a partir de uma investigação com metodologias participativas, designadamente com recurso a grupos focais e entrevistas individuais em que se tentou captar as perspetivas dos mais velhos e dos colaboradores da Age Concern sobre esta temática (Ward, Barnes & Gahagan, 2012). Os mais velhos foram questionados sobre as circunstâncias em que experienciavam bem-estar, o que isso significava para eles, o que produzia sentimentos de bem-estar e como esse estado se modificou ao longo dos anos (Ward, Barnes & Gahagan, 2012), tendo ressaltado a relevância dos seguintes aspetos:

- relações e interações dos mais velhos com outros indivíduos contribuem para a manutenção de relações recíprocas e sentimento de valorização e de identidade (família, amigos, vizinhos, contactos com desconhecidos em lojas e transportes, contacto com animais);

- saúde, cuidados e apoio recebido têm um impacto significativo no bem-estar (suporte recebido, cuidados prestados, acesso a bens e serviços);

- recursos internos e externos dos indivíduos (recursos pessoais, experiência de vida, fé/espiritualidade, adaptação à mudança, pensamento prospetivo, recursos financeiros, tecnologia);

- habitação e ambiente externo (sentimento de segurança, manutenção da casa, espaço público, transportes, natureza, bens e serviços de proximidade).

Em síntese, os principais resultados desta investigação concluíram que apesar de muitos idosos desfrutarem da sua vida para alguns é difícil manter o sentimento de bem-estar (Ward, Barnes & Gahagan, 2012). A existência de relações gratificantes contínuas ou pontuais (família, amigos, vizinhos, comércio local, profissionais, desconhecidos) têm um impacto significativo na forma como as pessoas se sentem consigo próprias (Ward, Barnes & Gahagan, 2012). A relação das pessoas idosas com os espaços e lugares circundantes à sua zona de habitação também têm uma influência no bem-estar dos mesmos, assim como a disponibilidade de recursos financeiros suficientes que satisfaça as suas necessidades (Ward, Barnes & Gahagan, 2012).

#### Programa Growing Older Programme do Concelho de Investigação Social e Económico (ERSC):

O Programa Growing Older Programme do Conselho de Investigação Social e Económico (Economic and Social Research Council – ESRC) do Reino Unido teve o seu início em 1998, sob a coordenação científica de Alan Walker. Este programa tem dois objetivos fundamentais: por um lado o desenvolvimento de estudos multidisciplinares sobre as diferentes dimensões que contribuem para a QdV das pessoas em idade maior e, por outro, contribuir para o desenvolvimento de políticas e intervenções sociais relacionadas com a sua QdV. Este programa tem permitido a realização de investigações representativas a nível nacional, assim como estudos com um grande nível de profundidade. As diferentes investigações debruçaram-se sobre seis tópicos-chave, designadamente as desigualdades; o envelhecimento ativo e saudável; as redes de suporte familiar; a participação e atividades na grande idade; a tecnologia, os transportes e o ambiente construído; e ainda, as diferentes formas de definir e medir a QdV. Os principais resultados deste programa de investigação sobre a QdV no envelhecimento podem

ser agrupados em três grandes áreas: diversidade, exclusão social e a importância do suporte formal e informal:

- Em termos da diversidade uma das mensagens mais relevantes a reter dos vários estudos promovidos pelo ESRC relaciona-se com a heterogeneidade deste grupo (género, classe social, cultura, étnias, entre outros). Ou seja, apesar da idade ser o denominador comum entre diferentes pessoas, não significa que o envelhecimento seja homogéneo para os mesmos. Beaumont & Kenealy (cit. por Dean & Economic and Social Research Council) desenvolveram um estudo cujos resultados sobre os fatores mais relevantes para uma boa QdV nas idades avançadas relacionavam-se com a família, a saúde e a habitação (a capacidade funcional e a saúde foram identificados como relevantes no que concerne às expectativas individuais e adaptação). Os autores concluíram ainda que o ambiente social (dimensões da habitação, transportes, serviços, segurança, entre outros) foi o factor preditor mais importante da QdV individual. Um outro estudo desenvolvido por Warr, Robertson, Callinan & Bardzil (cit. por Dean & Economic and Social Research Council), com pessoas entre os 50 e os 75 anos reformados, desempregados e com emprego, verificou que os indivíduos que estavam à procura de trabalho ou desempregados apresentavam níveis de bem-estar subjetivo mais reduzidos. O bem-estar dos idosos não se relaciona unicamente com a dimensão do estatuto face ao emprego, mas às preferências individuais e à natureza das características do meio associadas a esse estatuto. De referir que os níveis de satisfação eram mais salientes em atividades profissionais exercidas a tempo parcial. Por outro lado, os indivíduos que trabalhavam por razões de necessidade financeira detinham piores níveis de saúde psicológica.

- Na área da exclusão social os estudos desenvolvidos pelo ESRC verificaram que em comunidades mais desafiadas do ponto de vista social e económico residem muitas pessoas idosas em profunda exclusão social, privação e pobreza, refletida em termos materiais e sociais. Scharf, Phillipson, Kingston & Smith (cit. por Dean & Economic and Social Research Council) verificaram que em territórios desafiados do ponto de vista social e económico muitos idosos ficavam adstritos ao seu bairro/ comunidade na maioria do tempo. 70% das pessoas que participaram nesta investigação experienciaram alguma forma de exclusão social sendo que 40% experienciou várias formas de exclusão. Outros riscos experienciados pelos idosos relacionaram-se com a pobreza e incapacidade de satisfazer necessidades básicas (cerca de metade dos participantes desta investigação encontrava-se em situação de pobreza, valor este de cerca do dobro da média nacional), elevado isolamento e solidão (16% sofriam de solidão

grave ou muito grave) e insegurança. Este estudo também permitiu evidenciar que a percepção de exclusão social de idosos com origens étnicas era maior.

- Relativamente ao suporte formal e informal foi possível analisar o papel dos cuidadores (família e amigos) e dos serviços para as pessoas com mais de 65 anos (cuidadores formais, a relevância dos transportes e da aprendizagem ao longo da vida). Relativamente aos cuidadores formais, o estudo desenvolvido por Baldock & Hadlow (cit. por Dean & Economic and Social Research Council) com idosos impossibilitados de sair de sua casa por motivos de doença ou incapacidade demonstrou que o contacto com os prestadores de serviços despoletam efeitos positivos ao nível da auto-estima dos mesmos, ainda que os serviços sejam pouco desejados. No que concerne aos cuidadores informais, Evandrou & Glaser (cit. por Dean & Economic and Social Research Council) verificaram que os cuidadores informais do sexo feminino evidenciavam um maior risco de penalização económica no mercado de trabalho, dada a inexistência de políticas públicas que prevejam as necessidades de cuidado aos ascendentes. Outra conclusão de um outro estudo levado a cabo por este programa, relacionou-se com o facto das pessoas com 65 e mais anos deterem carro próprio ou acesso a transportes contribuir para uma boa QdV (relutância em pedir apoio à família para ser transportado). Relativamente à dimensão de aprendizagem formal e informal (e.g. atividades sociais), foi possível verificar que as pessoas em idade maior reconheciam a importância da mesma em termos de estimulação mental e bem-estar (cit. por Dean & Economic and Social Research Council).

No âmbito deste Programa, alguns investigadores (Rogerson *et al.*, 1989; Bowling, 2001, cit. por Mollenkopf & Walker, 2007), constataram que tem sido dada maior primazia à utilização de medidas que têm por base a perspectiva dos investigadores em detrimento da visão dos indivíduos, havendo pouca evidência empírica sobre a relevância desses itens para as pessoas e para as suas vidas (Brown, Bowling & Flynn, 2004). Desta forma, Bowling *et al.* (2003), desenvolveram um estudo em que se propuseram a identificar e analisar as definições de QdV referidas pelas pessoas com 65 ou mais anos, as suas justificações e as suas prioridades para uma boa QdV. Para o efeito, os investigadores aplicaram um questionário sobre a QdV que incluía questões estruturadas e escalas, bem como questões abertas, permitindo que os participantes descrevessem o que era para si QdV (boa e má), as suas prioridades e pistas sobre como a QdV poderia ser melhorada. Os conteúdos do questionário resultaram de uma revisão de literatura e de grupos focais, cujos resultantes foram objeto de uma categorização temática. Em termos dos constituintes de uma boa QdV emergiram, por ordem de importância as seguintes dimensões: a existência de relações sociais (81%); atividades e papéis sociais (60%);

outras atividades de lazer realizadas individualmente (48%); saúde (44%); bem-estar psicológico (38%); habitação e vizinhança/ comunidade (37%); circunstâncias financeiras (33%); independência (27%); outros aspetos (8%); sociedade/ política (1%). Por outro lado, em termos dos aspetos identificados como contribuindo para uma diminuição da QdV, salientaram-se: saúde (50%); habitação e vizinhança/ comunidade (30%); outros aspetos (29%); circunstâncias financeiras (23%); bem-estar psicológico (17%); sociedade/ política (16%); relações sociais (12%); independência (4%); outras atividades de lazer realizadas individualmente (2%); e atividades e papéis sociais (1%). Analisando as respostas sobre o que poderia contribuir para uma melhoria da QdV foi possível constatar que as respostas mais referidas foram a existência de mais saúde e rendimentos suficientes (ou seja, as dimensões mais valorizadas relacionaram-se com os aspetos que mais foram perdendo). Neste estudo foi também possível identificar as áreas da vida que estão interrelacionadas, aferindo-se que a independência e a participação social estão parcialmente dependentes da saúde e dos seus rendimentos. Foi também possível aferir, a partir de modelos de regressão, que a QdV dos participantes é influenciada por comparações sociais e expectativas na vida; optimismo e crença de que tudo acabará bem (em detrimento de visões pessimistas ou derrotistas); boa saúde e funcionamento físico; envolvimento num grande número de atividades sociais e sentir-se apoiado; viver numa vizinhança/ comunidade com boas instalações comunitárias e serviços (incluindo transportes); e sentimento de segurança na sua zona de residência/comunidade. Num estudo publicado posteriormente, Bowling & Gabriel (2007) analisaram as razões identificadas sobre a importância desses temas para a QdV dos participantes e constatararam que as principais razões relacionaram-se com: a liberdade de poderem realizar o que pretendiam sem restrições; o prazer e a satisfação com a vida, a harmonia mental; as ligações sociais/sentimento de pertença, o ter companhia, intimidade, amor, contacto social e envolvimento, apoio; papéis sociais; e sentimento de segurança.

## **CAPÍTULO V:**

---

# **Representações Sociais**

## Capítulo V – Representações Sociais

Como referido por Moscovici (1981, cit. por Vala, 2002: 458) “as representações sociais são um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual (...) podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”. Para este investigador, as representações sociais são enquadradas no sistema da cultura (influenciadas pelas dimensões políticas, científicas, humanas, entre outras), podendo ser transmitidas de geração em geração a um ritmo desacelerado ou rapidamente a toda a população num curto período de vigência (Sperber, 1989, cit. por Vala, 2002).

Para Jodelet (2001), as representações sociais referem-se à forma de conhecimento socialmente elaborado que contribui para a construção de uma realidade coletiva, dando sentido a uma realidade socialmente partilhada. As representações sociais são sempre relativas a alguma coisa/ objeto ou a alguém/ sujeito e são fundamentais na vida social pois trata-se de sistemas de interpretação que orientam a relação com o meio em que estamos inseridos, ou seja, o meio é interpretado através de representações mentais/imagens, partilhadas numa dada cultura/ contexto/ grupo. Tal como referido por Pinto (2011), as representações não são cópias da realidade, mas produtos que dependem dos processos de percepção e cognição dos indivíduos. Trata-se de uma forma de conhecimento transformado e enquadrado/influenciado também pelo espaço e tempo sociais. As representações sociais expressam-se por meio de categorias que traduzem a linguagem dos indivíduos, i.e., é a partir da narrativa dos indivíduos comunicam-se as representações sociais. De uma forma geral pode-se afirmar que as representações sociais estão associadas a um saber prático, constituem uma forma de conhecimento associada ao senso comum (Jodelet, 2001). A partir das representações sociais é possível aceder à forma como os indivíduos pensam, sentem e constroem a realidade (Pinto, 2011).

De acordo com Berger & Luckmann (1999, cit. por Pinto, 2011) a realidade enquanto construção social é, simultaneamente, uma realidade objetiva e subjetiva. A primeira dimensão refere-se ao processo de institucionalização em que se tipificam ações e atores que são reconhecidos pela sociedade e legitimados (Corcuff, 1997 cit. por Pinto, 2011) e, a segunda, referente ao processo de interiorização pelos indivíduos através de processos de socialização.

Analisando a teoria das representações sociais é possível constatar que Moscovici (1988b, cit. por Vala, 2002), diferenciou as representações sociais em: representações sociais hegemónicas ou coletivas, representações sociais emancipadas e representações sociais polémicas. As representações sociais hegemónicas referem-se ao conceito de representação

coletiva proposto por Durkheim, que se refere ao conjunto de crenças, ideias, significados produzidos e partilhados por um grupo estruturado. As representações sociais emancipadas consideram a troca de significados sobre um mesmo objeto entre grupos sociais. As representações sociais polémicas relacionam-se com as relações diferenciadas entre grupos sociais sobre o mesmo objeto.

Tal como constatado por Doise (1993, cit. por Vala, 2002), as representações sociais tendem a acentuar a coerência social dos julgamentos afetando as operações cognitivas, nomeadamente em termos das inferências/associações/discriminações produzidas e do controlo/verificação dessa mesma informação (Moscovici, 1976, cit. por Vala, 2002). Considerando também que as representações sociais são geradas a partir das relações interpessoais e intergrupais pode-se afirmar que o conhecimento é social, ou seja, os processos representacionais são sociais (Pinto, 2011). Assim, as representações sociais baseiam-se em processos cognitivos individuais, mas também em processos socialmente gerados (Pinto, 2011).

Em termos de formação das representações sociais, Moscovici (1961, cit. por Vala, 2002) destacou dois processos sociocognitivos: a objetivação e a ancoragem.

A objetivação refere-se à forma como se organiza os elementos da representação e à forma como o objeto é transformado numa imagem, ou seja, implica 1) a identificação de elementos, procurando encontrar um sentido para determinado objecto; 2) reflexão e seleção de conceitos que podem apoiar na definição do objecto; 3) compreensão da relação entre esses conceitos e o esquema de interrelações criado (esquematisação) e, por fim 4) a organização do processo em categorias, permitindo a sua naturalização e materialização. Neste processo encontramos como etapas a esquematização (relativa ao processo de organização e esquematização dos elementos e componentes de uma representação num padrão, num conjunto de relações organizadas que formam uma imagem e/ou figura que suporta o processo de compreensão e construção da representação) e a naturalização (processo intimamente ligado ao anterior na medida, em que após, a organização dos conceitos numa lógica esquemática e figurativa, é possível “arrumar” as interrelações criadas em categorias “naturais”, ganhando, como tal, “materialidade”, ou seja, as dimensões abstratas ganham fundamento com o apoio de metáforas, imagens, figuras). O processo de naturalização ou materialização pode desenvolver-se através de três mecanismos: a personificação, a figuração e a ontologização: a) personificação, ou seja, a materialização, pode desenrolar-se de duas formas: por exemplar ou por protótipo. Na lógica exemplarista os atributos reconhecidos de uma categoria estão associados aos exemplares que se reconhece como fazendo parte dessa categoria sendo através

desse processo que se vai apreendendo mais informação. Parte-se do pressuposto que determinada categoria acolhe exemplos que apoiam no processo de materialização e procura de sentido para a representação. A lógica do protótipo implica o reconhecimento da existência do “ideal-tipo”, enquanto colectivo de atributos que, de forma inequívoca, caracterizam determinado objecto, tornando-se como um protótipo que apoia na leitura e naturalização nos processos de objetivação e, neste caso, naturalização de uma representação; b) a metaforização, sendo que as metáforas assumem uma enorme importância que ultrapassa a dimensão linguística, uma vez que são formas de expressão do pensamento e conceitos mais abstratos, através de figuras e sentidos reconhecíveis, permitindo o processo de naturalização, facilitando a construção de sentido; c) a ontologização está associada à atribuição de características, qualidades e atributos aos conceitos.

A ancoragem, as quais incluem diferentes fases, por um lado o processo em que o não-familiar se torna familiar e, por outro, o processo em que uma representação adquire o estatuto de organizador de relações sociais. A ancoragem posiciona-se antes e após o processo de objetivação, porque, por um lado, cada pessoa traz sempre consigo “bagagem”, referências e, portanto, no processo de análise de um novo objeto irá sempre trazer essas referências. Por outro, são as representações arrumadas e esquematizadas, ancoradas enquanto referência nos nossos esquemas mentais, que nos permitem recriar relações sociais. Este processo de ancoragem pode também ser analisado à luz do contexto de comunicação, ou seja sobre a forma como uma representação é comunicada e ativada juntos de diferentes sujeitos. Neste campo, Moscovici (1961, cit. por Vala, 2002) refere três tipos de comunicação: propagação, difusão e propaganda. Na propagação as mensagens que se pretendem comunicar são construídas por um grupo para os seus pares. No caso da difusão, a mensagem pretende atingir um público mais alargado e, como tal, mais eclético, podendo a mensagem incluir componentes e visões antagónicas, a intenção será mais informar. Por fim, na lógica propagandista, a mensagem pretende apoiar a afirmação da identidade e um grupo e, por isso, tem acolhe muitas vezes dinâmicas e visões conflituais.

No âmbito do estudo sobre as representações sociais importante ainda analisar as suas funções. As representações sociais têm como função “a atribuição de sentido ou a organização significativa do real” (Vala, 2002: 479). Servem por um lado para orientar para a ação, ou seja, a num nível comportamental (Moscovici, 1976, cit. por Vala, 2002), são também fundamentais na comunicação, na forma como descrevemos, avaliamos, explicamos, argumentamos e

debateamos (Moscovici & Hewstone, cit. por Vala, 2002) e ainda nas dimensões da diferenciação social e identidade (Moscovici, 1961, cit. por Vala, 2002).

Segundo Abric (1994, cit. por Vala, 2002), as representações têm dois sistemas de significados: o central e o periférico. O central é estável, não muda, é constante e associado ao que não é questionado, representa a homogeneidade. Já o sistema periférico está associado à flexibilidade, possibilidade de mudança e adaptação e está associado à ideia de heterogeneidade. Nesse sentido, deve haver um equilíbrio entre os dois pólos, permitindo por um lado a construção de representações e adaptação destas ao contexto que se vai vivendo e moldando, mas por outro lado se proteja a dimensão central e nuclear.

## **PARTE II:**



## **ESTUDO EMPÍRICO**

Este estudo é relevante na medida em que permite contribuir com conhecimento teórico e empírico sobre a QdV das pessoas com 65 ou mais anos de idade. Vários investigadores têm salientado a importância de se avaliar a QdV tendo em conta os significados e dimensões mais valorizadas pelos indivíduos. Neste sentido, esta investigação, permite dar voz aos participantes, assegurando o seu direito de definir e determinar o seu significado de QdV, as dimensões mais relevantes, as suas expectativas para o futuro e os seus recursos individuais e coletivos.

Este trabalho torna-se, assim, pertinente a nível político, na medida em que pretende explorar e compreender os significados da QdV para os idosos e identificar as dimensões mais relevantes, contribuindo para o fornecimento de pistas que possam contribuir para a reflexão e desenvolvimento de estratégias, medidas, políticas, serviços e respostas que potenciem a QdV no envelhecimento, numa relação “*bottom-up*”.

Torna-se também relevante, a nível social, na medida em que esta investigação pretende trazer contributos para os profissionais que intervêm com idosos, nomeadamente em termos de metodologias participativas, colocando os idosos no centro do processo de avaliação, inspirando outros a desenvolverem mecanismos participativos.

E por fim, a nível científico ao nível da sistematização de conhecimento teórico sobre a temática da QdV em Gerontologia Social e da produção de conhecimento em contexto nacional sobre esta temática.

## **CAPÍTULO I:**

---

# **Metodologia de Investigação**

## **Capítulo I – Metodologia de Investigação**

Este capítulo é dedicado à apresentação da metodologia utilizada na realização desta investigação. Apresenta-se a pergunta de partida que deu origem a este estudo, a definição dos objetivos desta investigação, a definição da amostra, os instrumentos criados, os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos de análise de dados.

Considerando a natureza exploratória das representações dos indivíduos com 65 ou mais anos sobre a sua QdV, este estudo tem um desenho qualitativo. É também transversal uma vez que os dados foram obtidos num único momento de avaliação.

### **1.1. Pergunta de Partida**

Segundo Quivy & Campenhoudt (2008), uma investigação deve começar por uma questão de partida ou fio condutor. Assim, a presente dissertação pretende investigar e responder às seguintes questões: Que representações as pessoas com 65 ou mais anos têm sobre a sua QdV? Que dimensões atribuem a uma boa e má QdV?

### **1.2. Objetivos do estudo**

#### Objetivo Geral

Identificar e compreender as representações das pessoas com 65 anos e mais anos sobre a sua QdV e formas de melhoria.

#### Objetivos Específicos

- Explorar os conceitos sobre QdV;
- Explorar as dimensões que contribuem para uma boa e má QdV;
- Explorar as dimensões da QdV mais valorizadas;
- Explorar as dimensões que contribuem para melhorar a QdV.

### 1.3. Desenho do Estudo

Partindo da revisão de literatura sobre o tema, salientam-se como principais inspirações no desenvolvimento deste trabalho: 1) o Programa de Avaliação da QdV desenvolvido pela AKDN (2013) que permitiu identificar as dimensões de QdV mais valorizadas pela população (vida social e cultural, saúde e educação, ambiente natural e construído, economia doméstica e voz/representação); 2) as investigações desenvolvidas por Bowling *et al.* (2002, 2003, 2004, 2007), sobre os significados e dimensões da QdV mais valorizadas pelos idosos a partir das suas visões leigas: relações sociais, papéis e atividades sociais, outras atividades realizadas individualmente, saúde, bem-estar psicológico, habitação e comunidade, situação financeira e independência, outros aspetos e sociedade/política; 3) o Programa Cidade Amiga dos Idosos desenvolvido pela Organização Mundial Saúde (2008) no qual resultou a identificação de recomendações em oito dimensões-chave com impacto na QdV dos idosos: participação social, participação e emprego, respeito e inclusão social, suporte social e serviços de saúde, habitação, espaços exteriores e edifícios, comunicação e informação e transportes.

Considerando o enquadramento teórico apresentado nesta dissertação, assume-se as seguintes definições de QdV: 1) a QdV como relação entre os recursos que os indivíduos têm possibilidade de comandar; o que têm possibilidade de alcançar com esses recursos; e os significados que atribuem e que orientam as suas aspirações e estratégias (AKDN, 2013); e 2) a QdV como conceito multidimensional que reflete as influências sociodemográficas, macro-sociais e micro-individuais, sendo caracterizada pelo conjunto de dimensões objetivas e subjetivas que interagem entre si (Bowling *et al.*, 2003, 2004, 2007).

Partindo da proposta de cruzamento das dimensões de QdV anteriormente descritas, assume-se como ponto de partida para a exploração da temática as dimensões de QdV apresentadas na tabela e gráficos seguintes:

Tabela 8 – Proposta de cruzamento das dimensões de QdV:

| Dimensões propostas           | Programas e Investigações                            |   |  |
|-------------------------------|--|---|--|
|                               | Programa Avaliação da Qualidade de Vida, AKDN (2013) | Investigações de Bowling <i>et al.</i> sobre QdV no envelhecimento (2002, 2003, 2004, 2007) | Programa Cidade Amiga dos Idosos, OMS (2008)         |
| Vida social e cultural        | Vida social e cultural                               | Atividades e papéis sociais<br>Outras atividades de lazer realizadas individualmente        | Participação Social<br>Participação cívica e emprego |
| Relações sociais              | -  | Relações sociais  | Respeito e inclusão social                           |
| Acesso a serviços             | -  | Acesso a serviços   | Suporte comunitário e serviços de saúde              |
| Saúde                         | Saúde e educação                                     | Saúde   | -  |
| Ambiente natural e construído | Ambiente natural e construído                        | Habitação e vizinhança/comunidade   | Habitação<br>Espaços exteriores e edifícios          |
| Rendimentos                   | Economia doméstica                                   | Circunstâncias financeiras  | Participação cívica e emprego                        |
| Voz e representação           | Voz e representação                                  | Sociedade/política  | Participação Social<br>Participação cívica e emprego |
| Independência                 | -  | Independência   | -  |
| Bem-estar psicológico         | -  | Bem-estar Psicológico   | -  |
|                               | -  | -   | Comunicação e informação                             |
|                               | -  | -   | Transportes  |

Fonte: Elaboração própria com base no Programa de Avaliação da QdV da AKDN (2013); Investigações de Bowling *et al.* (2002, 2003, 2004, 2007); e do Programa Cidade Amiga dos Idosos da OMS (2008).

Figura 1 – Proposta de domínios de QdV a explorar nas pessoas com 65 ou mais anos



Fonte: Elaboração própria com base no Programa de Avaliação da QdV da AKDN (2013); Investigações de Bowling *et al.* (2002, 2003, 2004, 2007); e do Programa Cidade Amiga dos Idosos da OMS (2008).

#### 1.4. Métodos e Técnicas de Investigação

Uma vez que se pretende compreender o fenómeno da QdV a partir da narrativa dos participantes, verifica-se que este conhecimento será construído a partir da realidade numa perspetiva indutiva. Glasser & Strauss (cit. por Carmo & Ferreira, 2008) definiram inclusivamente por teoria fundamentada, a teoria que é desenvolvida numa lógica *bottom-up*. O sistema de significados atribuídos pelos participantes sobre a temática revela-se assim fundamental na utilização deste método, na medida em que se procura compreender as perspetivas dos próprios em detrimento das perspetivas dos investigadores (Carmo & Ferreira, 2008). O processo de investigação releva-se assim tão importante quanto os resultados decorrentes (Carmo & Ferreira, 2008).

A recolha de dados foi, assim, realizada a partir de grupos focais e entrevistas semiestruturadas:

- Grupos focais: Segundo Morgan (1998), os grupos focais são especialmente relevantes quando se pretende ouvir e aprender com os participantes. Trata-se de entrevistas realizadas em grupo com vista a debater um determinado tópico em específico. São geralmente constituídos por 6 a 8 participantes. Numa investigação com desenho qualitativo privilegiam-se amostras mais reduzidas dado pretender-se explorar e/ou aprofundar a informação recolhida. Geralmente os grupos são constituídos a partir da partilha de uma ou mais características de interesse para a investigação. Os grupos focais são geridos por um facilitador que vai colocando questões para que o grupo possa ir debatendo (Fontana & Frey, 1994, cit. por Denzin & Lincoln, 1994). Os grupos menos estruturados são úteis em estudos exploratórios dado permitir a emersão das suas opiniões e *insights*, enquanto os grupos estruturados são aconselhados se se pretende perceber como diferentes grupos respondem a um conjunto de questões.

- Entrevistas individuais semi-estruturadas: A entrevista é “o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo” (Ruquoy, 1997: 89). Pressupõe a existência de um objetivo (Bingham & Moore, 1924, cit. por Ghiglione & Matalone, 1992) e um permanente *feedback* entre o entrevistador e entrevistado. Segundo Ghiglione & Matalone (1992) é possível distinguir três tipos de entrevistas: as não-estruturadas (introdução da temática pelo investigador em que o participante interpreta o conteúdo de forma livre), as semiestruturadas (definição de um conjunto de questões pelo entrevistador com flexibilidade para determinar a ordem consoante pela qual as vai introduzindo) e a estruturadas (muito próxima de um questionário, em que os participantes respondem às questões previamente definidas pelo entrevistador).

Alguns autores defendem também a possibilidade de combinar diferentes métodos de recolha de dados, nomeadamente qualitativos e quantitativos, considerando como vantagens o contributo para uma melhor compreensão dos fenómenos (Reichardt & Cook, 1986, cit. por Carmo & Ferreira, 2008). Patton (1990, cit. por Carmo & Ferreira, 2008) defendeu também que a triangulação de resultados pode conduzir a um plano de investigação mais robusto. Denzin (1978, cit. por Carmo & Ferreira, 2008) sistematizou um conjunto de quatro tipos de triangulação possíveis: triangulação de dados obtidos a partir de diferentes fontes; triangulação de investigadores; triangulação de teorias para interpretar o mesmo conjunto de dados e triangulação de métodos para estudar o mesmo problema.

Nesta investigação, foram ainda criados e aplicados os seguintes instrumentos:

- Questionário de caracterização sociodemográfica e escala de autoavaliação da QdV em geral: De acordo com Quivy & Campenhoudt (2005), os questionários são relevantes quando se pretende obter informação e caracterizar uma dada população, a partir de uma análise de natureza quantitativa. Colocam-se um conjunto de questões relativas à sua situação social, profissional ou familiar, opiniões, nível de conhecimentos, etc. A administração do questionário pode ser direta (quando o participante o preenche) ou indireta (quando o entrevistador auxilia no preenchimento).

- Adaptação, devido às características do público em questão, do instrumento Person Generated Index© of Quality of Life (AKDN, 2013), a partir de uma dinâmica de priorização de domínios de QdV identificados pelos participantes nas entrevistas de grupo e individuais.

## 1.5. Instrumentos de Recolha de Dados

### □ Guião de entrevista grupos focais:

Tendo por base a revisão de literatura realizada no âmbito desta dissertação e considerando os objetivos específicos foi definido o seguinte conjunto de questões<sup>10</sup>: explorar os conceitos de QdV dos participantes (*O que é para si QdV?*); explorar as dimensões que contribuem para uma boa QdV / uma má QdV (*Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que fazem a sua vida ser “boa”? Que dimensões dão qualidade à sua vida? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser. Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que reduzem a sua QdV? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser*); explorar as dimensões da QdV mais valorizadas (*Considerando todas as coisas boas e más que mencionou quais as mais importantes para si? Porque considerou esses aspetos?*); explorar as dimensões que contribuem para melhorar a QdV (*Qual o aspeto -apenas um- que melhoraria a sua QdV? Porquê? Qual o aspeto -apenas um- que melhoraria a QdV em geral das pessoas da sua idade? Porquê?*). Salienta-se que devido à dinamização do plenário, cada grupo será solicitado a realizar um breve resumo das ideias principais refletidas na sua mesa com vista a despoletar um debate de ideias entre os participantes (*Em que medida se revêm nas dimensões de QdV identificadas? Porque identificaram essas características? Houve outros grupos em que algumas dimensões e características também tivessem/não tivessem sido referidas?*).

### □ Guião de entrevistas semiestruturadas:

Tendo por base a revisão de literatura realizada no âmbito desta dissertação e considerando o objetivos específicos foram definidas o seguinte conjunto de questões, igual ao dos grupos focais<sup>11</sup>: explorar os conceitos de QdV dos participantes (*O que é para si QdV?*); explorar as dimensões que contribuem para uma boa QdV / uma má QdV (*Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que fazem a sua vida ser “boa”? Que dimensões dão qualidade à sua vida? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser. Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que reduzem a sua QdV? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser*); explorar as dimensões da QdV mais valorizadas (*Considerando todas as coisas boas e más que mencionou quais as mais importantes para si? Porque considerou esses aspetos?*); explorar as dimensões que contribuem para melhorar a QdV (*Qual o aspeto -apenas um- que melhoraria a sua QdV? Porquê? Qual o aspeto -apenas um- que melhoraria a QdV em geral*

---

<sup>10</sup> Vide apêndice 1.

<sup>11</sup> Vide apêndice 2.

*das pessoas da sua idade? Porquè?; e explorar as aspirações/recursos para o futuro (Que mudanças gostaria de ver na sua vida? Quais as suas aspirações para o futuro? E como considera que essas mudanças podem ser alcançadas - individualmente e enquanto comunidade?).*

☐ Questionário de caracterização sociodemográfica e escala de auto-avaliação da QdV em geral:

O questionário de dados sociodemográficos foi desenvolvido especificamente para este estudo, sendo constituído por questões relativas aos dados pessoais, nomeadamente em termos do sexo, idade, nacionalidade, naturalidade, escolaridade, concelho de residência, proveniência de rendimentos e tipologia de elementos a residir com os participantes do estudo.

A escala de auto-avaliação da QdV em geral foi desenvolvida especificamente para este estudo, sendo que os participantes deviam assinalar em que nível (1= muito má; 2 = má; 3 = boa; 4 = muito boa) consideravam que se encontrava a sua QdV em geral. A cotação será analisada através do somatório das respostas de todos os participantes, em que valores mais elevados indicam maior QdV e os valores mais reduzidos uma QdV mais deficitária<sup>12</sup>.

☐ Priorização das dimensões de QdV:

Atendendo às características do grupo-alvo desta investigação, neste estudo optou-se por adaptar o instrumento Person Generated Index© of Quality of Life (AKDN, 2013). Assim, em vez da aplicação do referido índice, o instrumento utilizado para aferir a priorização das dimensões de QdV foram folhas coloridas (com a identificação das dimensões e características referidas *in loco* pelos participantes) e bolas autocolantes (para a priorização)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Vide apêndice 3.

<sup>13</sup> Vide apêndice 4.

## 1.6. Definição da amostra

Entende-se por amostra o subconjunto de indivíduos pertencentes a uma determinada população tendo como objetivo a obtenção de informação sobre as características dessa população (Ramos, 2004). Os métodos de amostragem podem distinguir-se em dois tipos, as amostras probabilísticas e as amostras não-probabilísticas. As amostras probabilísticas referem-se à probabilidade de cada elemento da população poder ser incluído na amostra, permitindo a generalização das conclusões à população, pois as amostras são representativas da população. Por outro lado, as amostras não-probabilísticas permitem a escolha dos indivíduos a incluir na amostra, pelo que não permitem a generalização das conclusões à população, pois as amostras não são representativas da população. A amostragem pode ser por conveniência, por quotas, sequencial, *snowball* ou *sur place* (Ramos, 2004).

De acordo com Glaser e Strauss (1967, cit. por Morgan, 1998), a saturação de informação é alcançada quando as situações não produzem nova informação. Segundo Adler & Adler (2012) numa investigação qualitativa, o número de entrevistas a realizar deve corresponder entre 16 e 60 conforme o objetivo da investigação.

Definiu-se que a amostra seria selecionada através do método não-probabilístico de conveniência. Considerando a natureza exploratória desta investigação e a dimensão de saturação da informação, definiu-se que esta seria constituída por 60 adultos com 65 ou mais anos, de ambos os sexos, residentes em contexto domiciliário, em zonas urbanas na Grande Lisboa. Para a recolha dos dados teve-se em consideração alguma diversidade de características dos participantes, designadamente: em termos de distribuição etária (jovens-velhos, velhos e muito velhos), género, nível educacional, percurso migratório e território de residência. Por outro lado, esta amostra foi selecionada a partir de contextos de facilidade para a investigadora, designadamente em territórios e contextos de intervenção da AKF Portugal, a partir de convites endereçados a pessoas individuais e coletivas, em Lisboa, Sintra, Oeiras e Cascais. Não obstante, para serem elegíveis para esta investigação, os participantes deveriam cumprir os seguintes requisitos: deter idade igual ou superior a 65 anos; demonstrar capacidades intelectuais que permitissem compreender esta investigação e aceitar participar de forma livre nesta investigação.

## 1.7. Procedimentos

A presente investigação desenvolveu-se em quatro fases distintas: *workshop* para equipa de entrevistadores; realização de grupos focais; realização de entrevistas semiestruturadas; e codificação, tratamento e análise de dados.

Previamente à recolha de informação é fundamental que os entrevistadores estejam preparados para a implementação do processo. Considerando o modelo de recolha de dados proposto nesta investigação (grupos focais precedidos por um debate em plenário) foi, assim, constituída uma equipa de 6 entrevistadores com experiência de facilitação de processos participativos, que auxiliaram a aluna-investigadora. Com vista ao reforço de competências da equipa, foi realizado um *workshop* facilitado pela aluna e por um especialista em Investigação (colaborador da AKF Portugal). Neste *workshop* foram abordadas as seguintes temáticas<sup>14</sup>: a) QdV e QdV no envelhecimento: conceitos, abordagens, investigações e programas; b) apresentação dos objetivos, desenho do estudo exploratório (proposta de dimensões de QdV a explorar), amostra e procedimentos; c) metodologias de recolha de informação: *grupos focais*; e c) instrumentos de recolha de informação: guião de entrevista; questionário de caracterização sociodemográfica e de autoavaliação da QdV em geral.

Tanto nos grupos focais como nas entrevistas individuais, previamente à recolha de informação, os investigadores informaram os participantes sobre os objetivos e procedimentos da investigação, tendo sido garantida a confidencialidade das respostas e reforçada a importância da sua opinião sincera, não havendo respostas certas nem erradas. Foi ainda dada oportunidade de colocarem questões e esclarecerem dúvidas. Para além da informação fornecida verbalmente foi solicitada autorização escrita/ consentimento informado sobre os objetivos e procedimentos da investigação, bem como as condições de participação na mesma designadamente em termos da gravação da sessão<sup>15</sup>. Após a obtenção escrita do consentimento informado, procedeu-se à administração dos questionários de caracterização sociodemográfica, auxiliando os participantes individualmente sempre que necessário.

Quanto aos grupos focais, estabeleceu-se o Centro Ismaili de Lisboa como local privilegiado para a dinamização dos grupos focais, por uma questão de conveniência. O transporte e a alimentação foram garantidos aos participantes. Os participantes foram previamente distribuídos em grupos de trabalho, de forma a garantir equilíbrio em termos de género, percurso migratório, distribuição etária e proveniência territorial. Foram realizados 11

---

<sup>14</sup> Vide apêndice 5.

<sup>15</sup> Vide apêndice 6.

grupos focais, compostos por 5 a 6 pessoas por grupo (cerca de 60 participantes). Foram também promovidas dinâmicas de quebra-gelo e apresentação inicial (inspiradas no inquérito apreciativo), bem como diversos *energizers* ao longo do dia de forma a contribuir para a manutenção dos níveis de atenção e motivação dos participantes. Após discussão em pequenos-grupos, foi facilitado um plenário com todos os participantes, de forma a promover a partilha e o debate de ideias coletivo sobre as dimensões em análise. Antes de finalizar o encontro, foi distribuído um envelope a cada participante com 10 bolas coloridas. Após identificação das dimensões e características emergentes dos grupos focais, *in loco*, os participantes foram solicitados a atribuir esses pontos nas dimensões e características que considerassem mais relevantes para a sua QdV. Por fim, foi aplicado o questionário de caracterização sociodemográfica.

No caso das entrevistas semiestruturadas, o objetivo prendia-se com a necessidade de obter informação mais detalhada. Assim, estabeleceu-se como critério que as entrevistas individuais deveriam ser realizadas a 10% do total de participantes nos grupos focais, ou seja, seis entrevistas semiestruturadas. As entrevistas contaram apenas com a presença do entrevistador e do entrevistado, numa lógica de pergunta-resposta, tendo sido realizadas em contextos de conveniência para os participantes, designadamente em estruturas locais de proximidade (e.g. espaços comunitários, associações locais, entre outros). No final das questões, foi distribuído um envelope a cada participante com 10 bolas coloridas. Após identificação das categorias emergentes, *in loco*, os participantes foram solicitados a atribuir esses pontos nas dimensões e características que considerassem mais relevantes para a sua QdV. Por fim, foi aplicado o questionário de caracterização sociodemográfica.

Na condução dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas consideraram-se alguns aspetos de forma a garantir a qualidade das respostas, designadamente: o respeito pelos indivíduos envolvidos no processo de investigação; a capacidade de estabelecer relações de empatia e confiança com os participantes para que a recolha de informação decorresse de forma fluída; a utilização de técnicas que mantivessem ativas a partilha e reflexão de ideias (e.g. reformulações, clarificações, sínteses/resumos, frases de transição); a colocação de questões curtas; a utilização de um vocabulário acessível e sem avaliações ou juízos de valor; a garantia de que todos ouviam e eram ouvidos; pausas frequentes e respeito pelo ritmo de cada um.

Quanto ao processo de análise de dados, de referir que as características sociodemográficas dos participantes são analisadas a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Os dados resultantes da auto-avaliação da QdV em geral são descritos em

termos de frequência e médias. Os resultados provenientes dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas são analisados a partir da técnica de tratamento de informação, análise de conteúdo. Toda a análise de conteúdo é desenvolvida manualmente, ou seja, sem recurso a programas especializados.

## **1.8. Identificação e caracterização do contexto de recolha de dados**

A Fundação Aga Khan (AKF) foi criada por Sua Alteza o Príncipe Aga Khan, em 1967, na Suíça. A AKF é uma das nove agências da Rede Aga Khan para o Desenvolvimento, uma rede que reúne um conjunto de organizações lucrativas e não lucrativas que trabalham para a melhoria das condições e da QdV das populações. As intervenções são desenhadas para acrescentar valor e massa crítica ao desenvolvimento económico, social e cultural de determinada região, tanto em meios rurais como em áreas urbanas.

Em Portugal desde 1986, a AKF trabalha em áreas relacionadas com a educação e desenvolvimento de infância e desenvolvimento comunitário/ fortalecimento da sociedade civil. Mais recentemente iniciou um programa dedicado ao envelhecimento. Alicerça-se no desenvolvimento, implementação e disseminação de soluções nas áreas do desenvolvimento da infância, educação e desenvolvimento social/comunitário. A missão da AKF Portugal caracteriza-se pela contribuição para o desenvolvimento do pluralismo nas sociedades europeias, onde todos tenham igualdade de oportunidades para participar em pleno e que todos valorizem as várias visões e perspetivas que pessoas diferentes trazem, acreditando que abraçando a diversidade dentro das comunidades todos beneficiam e as sociedades serão bem-sucedidas no aumento da sua QdV.

- A AKF atua, há mais de 20 anos, na área da Educação e do Desenvolvimento da Infância. Gere um espaço infantil (Centro Infantil dos Olivais-Sul), ao abrigo de uma parceria com o Instituto de Segurança Social. Este Programa, visa desenvolver, testar e investigar o modelo de Pedagogia-em-Participação. Tem como objetivos contribuir para a partilha e disseminação de boas práticas quer ao nível pedagógico quer de gestão escolar, junto de outros centros infantis. Desenvolve também outras intervenções na área da educação, tais como o programa de literacia familiar Conto Contigo, o programa de desenvolvimento parental Gerar.Te, entre outros.

- O Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano K'CIDADE surgiu em 2004 e assenta na convicção de que todas as pessoas, independentemente do seu percurso, qualificações, situação socioeconómica ou religião, tem talentos e pode desempenhar um papel importante na mudança positiva da sua vida e na vida das comunidades urbanas onde residem. As intervenções partem de uma estratégia de animação territorial que mobiliza pessoas e organizações e facilita as condições para a sua participação no desenho, planeamento e execução das intervenções. Atualmente atua nas seguintes áreas geográficas da Área

Metropolitana de Lisboa: Lisboa (Alta de Lisboa, Vale Chelas, Vale Alcântara), Sintra (Tapada das Mercês, Queluz/Pendão) e Oeiras (Porto Salvo).

- O Programa dedicado ao envelhecimento foi criado, em 2016, com o objetivo de promover a QdV dos mais velhos. Existem três linhas estratégicas de atuação, designadamente o fortalecimento de redes formais e informais, a promoção da participação e representação das pessoas idosas na sociedade e o aumento das oportunidades dos mais velhos constituírem-se como recurso na comunidade. Rege-se por uma abordagem centrada no indivíduo, com valores de participação, empowerment, trabalho em parceria, sustentabilidade e replicabilidade. A presente investigação será também parte integrante deste programa dedicado ao envelhecimento.

## **CAPÍTULO II:**

---

# **Apresentação e Discussão dos Resultados**

## Capítulo II – Apresentação e Discussão dos Resultados

### 2.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Para apresentar as características dos participantes nesta investigação foi realizada uma análise estatística a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v. 22.0). Foram calculadas estatísticas descritivas para caracterizar os dados sociodemográficos da amostra (nomeadamente, médias, desvios-padrão e análise de frequências)<sup>16</sup>.

Participaram nesta investigação um total de 65 pessoas idosas, no entanto apenas 64 participantes preencheram o questionário de caracterização sociodemográfica. Assim, dos 64 participantes, 64% eram do sexo feminino e 36% do sexo masculino.

As idades dos participantes nesta investigação variaram entre os 65 e os 101 anos, sendo a média de idades de 74,70 anos e o desvio em relação à média de cerca de 8,147 anos. Considerando a categorização definida por Riley (1988, cit. por Fernandez-Ballesteros, 2004) a grande maioria dos participantes pertencia, assim, à categoria jovens-idosos (58,7%), seguido dos idosos (28,6%) e dos muito-idosos (12,7%).

Analisando o indicador nacionalidade verificou-se a predominância de participantes com nacionalidade portuguesa (96,8%). No entanto, analisando a naturalidade dos participantes foi possível assistir a uma maior diversidade em termos suas origens, dado que 28,6% dos participantes detinham origem imigrante, sobretudo africana (Angola e Moçambique com 9,5%, Guiné 4,8% e Cabo-Verde 3,2%).

Em relação ao nível de instrução desta amostra a esmagadora maioria detinha o 1º ciclo (54%), seguindo-se o nível de ensino secundário (15,9%), o 2º ciclo (9,5%), o 3º ciclo (4,8%) e o ensino superior (4,8%). Assistiu-se igualmente a uma expressão significativa de participantes sem qualquer grau académico (11,1%). A partir do cruzamento das habilitações literárias segundo o sexo dos participantes, também foi possível observar que a maioria das pessoas que não sabia ler nem escrever eram do sexo feminino (15% face a 4,3% do sexo masculino), enquanto a maioria dos participantes com ensino secundário eram do sexo masculino (21,7% face a 12,5% do sexo feminino).

Em termos dos locais de residência, a grande maioria da amostra residia nos concelhos de Lisboa (41% dos inquiridos) e Sintra (26,2% dos inquiridos), seguido de Oeiras e Cascais (ambos com 14,8% dos participantes), entre outros (3,3%).

---

<sup>16</sup> Vide apêndice 7.

Quanto à origem dos rendimentos, a grande maioria dos participantes auferia rendimentos provenientes da reforma (60,7%) e pensões (23%).

Relativamente à tipologia de elementos com quem os participantes residiam foi possível aferir que a maioria dos participantes residia com alguém, seja o cônjuge/companheiro (31,1%) ou outros familiares (26,2%). Ainda assim 32,8% dos participantes da amostra residia sozinho. Se analisarmos mais pormenorizadamente, a percentagem de pessoas que afirmou residir sozinho, constata-se que esta vai aumentando com a idade (22,9% dos 65-74 anos, 38,9% dos 75-84 anos e 62,5% mais de 85 anos) e a percentagem de pessoas que residia com o companheiro/cônjuge vai diminuindo à medida que a idade vai avançando (40% dos 64-75 anos, 22,2% dos 75-84 anos e 12,5% mais de 85 anos). Dos respondentes que indicaram viver com familiares, a maioria detinha entre 75-84 anos (38,9%). Na tabela seguinte são apresentadas as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 9 - Características sociodemográficas dos participantes

| <b>Variáveis sociodemográficas</b> |   | <b>População com 65 ou mais anos</b> |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Sexo, n (%)                        | Feminino  | 41 (64%)                             |
|                                    | Masculino   | 23 (36%)                             |
| Idade, <i>M (DP)</i>               |   | 74,70 (8,147)                        |
| Grupos etários, n (%)              | 65-74 anos  | 37 (58,7%)                           |
|                                    | 75-84 anos  | 18 (28,6%)                           |
|                                    | +85 anos  | 8 (12,7%)                            |
| Nacionalidade, n (%)               | Portuguesa  | 61 (96,8%)                           |
|                                    | Angolana  | 2 (3,2%)                             |
| Naturalidade, n (%)                | Portuguesa  | 45 (71,4%)                           |
|                                    | Angolana  | 6 (9,5%)                             |
|                                    | Caboverdiana  | 2 (3,2%)                             |
|                                    | Moçambicana   | 6 (9,5%)                             |
|                                    | Guineense   | 3 (4,8%)                             |
|                                    | Outra   | 1 (1,6%)                             |
|                                    | Não sabe nem escrever                               | 7 (11,1%)                            |
| Escolaridade, n (%)                | 1º Ciclo  | 34 (54,0%)                           |
|                                    | 2º Ciclo  | 6 (9,5%)                             |
|                                    | 3º Ciclo  | 3 (4,8%)                             |
|                                    | Ensino Secundário                                   | 10 (15,9%)                           |
|                                    | Ensino Superior                                     |                                      |
|                                    | (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento) | 3 (4,8%)                             |
| Concelho de residência, n (%)      | Lisboa  | 25 (41,0%)                           |
|                                    | Sintra  | 16 (26,2%)                           |
|                                    | Oeiras  | 9 (14,8%)                            |
|                                    | Cascais   | 9 (14,8%)                            |
|                                    | Outro   | 2 (3,3%)                             |
|                                    | Pensão  | 14 (23%)                             |

|   |   |            |
|---|---|------------|
| n (%)                                       | Reforma   | 37 (60,7%) |
|   | Pensão e reforma                                  | 3 (4,9%)   |
|   | Reforma e trabalho                                | 2 (3,3%)   |
|   | Reforma e outros                                  | 2 (3,3%)   |
|   | Outros  | 3 (4,9%)   |
| Tipologia de elementos na residência, n (%) | Sozinho   | 20 (32,8%) |
|   | Companheiro/Cônjuge                               | 19 (31,1%) |
|   | Familiares (ex. filhos, netos, outros familiares) | 16 (26,2%) |
|   | Companheiro/Cônjuge e Familiares                  | 5 (8,2%)   |
|   | Outros  | 1 (1,6%)   |

Fonte: Elaboração própria

## 2.2. Auto-avaliação da QdV em geral

Para a auto-avaliação da QdV em geral, foram também calculadas estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, análise de frequências e cruzamentos entre variáveis)<sup>17</sup>.

Analisando os resultados da auto-avaliação da QdV em geral, em que 1 era “muito má” e 4 “era muito boa”, verifica-se que a média de respostas se situa em 1,82, com um desvio-padrão em relação à média de 0,725. A maioria dos respondentes (65%) auto-avaliou a sua QdV como boa, no entanto, 23,3% considerou que a sua QdV se encontrava no pólo oposto, tendo-a auto-avaliado como má ou muito má.

Considerando o cruzamento do indicador QdV em geral com o género foi possível constatar que a maior parte dos elementos do sexo masculino avaliaram a sua QdV como boa (71,5%) tendo registado valores ligeiramente superiores aos do sexo feminino. No entanto, salienta-se que houve bastante mais participantes do sexo feminino a avaliarem a sua QdV como muito boa do que os homens (15,4% face a 4,8%).

Quanto à QdV em geral, por grupo etário, foi possível aferir que entre os 65-74 anos a maioria dos participantes percepcionava a sua QdV como boa (60%), face a 22,8% que a considerava má ou muito má. Entre os 75-84 anos e os +85 anos, a percentagem de pessoas que auto-avaliava a sua QdV como boa era maior do que no grupo etário anterior (70,6% e 75%).

Analisando os dados por concelho de residência, Sintra foi o concelho que obteve os piores resultados ao nível da percepção de QdV, dado que 40% dos resultados apontaram para uma QdV má (26,7%) ou muito má (13,3%). Os participantes residentes em Lisboa, Oeiras e Sintra avaliaram a sua QdV como boa (69,6%, 66,7% e 66,7%, respetivamente).

Por fim, observando o cruzamento da QdV em geral, por agregado familiar a residir na mesma habitação, constatou-se que os participantes que residiam sozinhos auto-avaliavam a sua QdV em geral como boa (80%), ainda que 15% a considerasse negativa. Os participantes que residiam apenas com o companheiro/cônjuge apresentaram maior variabilidade de resultados, uma vez que 50% avaliava a sua QdV como boa e aproximadamente 40% dos participantes considerava a sua QdV má ou muito má. Nas situações em que os participantes residiam com outros familiares (tais como netos, filhos, ou outros parentes) a percepção da sua QdV era avaliada como bastante positiva (75% avalia como boa ou muito boa), tendência semelhante quando residiam conjuntamente com o companheiro/cônjuge e com familiares (80% avaliava como boa e 20% como muito boa).

---

<sup>17</sup> Vide apêndice 8.

### 2.3. Resultados dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas

Do ponto de vista da análise dos resultados provenientes dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas privilegiou-se, como técnica de tratamento de informação, a análise de conteúdo.

Para Berelson (1952, cit. por Carmo & Ferreira, 2008) a análise de conteúdo permite uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo. Mas Krippendorff (1980, cit. por Vala, 1986) foi mais além ao referir que esta técnica de investigação visa realizar inferências válidas e replicáveis dos resultados para o seu contexto. Bardin (1977, cit. por Carmo & Ferreira, 2008) aponta na mesma direção referindo que a inferência de conhecimentos é fundamental uma vez que possibilita a passagem da descrição dos resultados à interpretação dos mesmos. Ou seja, a análise de conteúdo visa a descrição dos resultados (características) mas também a interpretação dos mesmos (significados), constituindo a inferência um mecanismo intermédio. Este procedimento permite, assim, inferir pressupostos a partir da organização da informação sistematizada.

Ao proceder à análise de conteúdo será necessário respeitar alguns pressupostos, designadamente a definição de objetivos e de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa, a constituição de um *corpus* (ou seja o conjunto de documentos escolhidos para se proceder à análise), a definição de categorias, a definição de unidades de análise, a quantificação dos resultados (optativo) e a interpretação dos resultados obtidos (Carmo & Ferreira, 2008). Para Hogenraad (1984, cit. por Vala, 1986), uma categoria corresponde a um termo-chave que indica o sentido do conceito, ou seja, a sua significação central, podendo a sua construção ser feita antes do estudo (a partir da revisão de literatura) ou depois da investigação (a partir dos resultado obtidos) ou, ainda, através da combinação destes dois processos. De acordo com Carmo & Ferreira (2008), a escolha das categorias é fundamental no processo de análise de conteúdo devendo ter em consideração as seguintes características-chave: as categorias devem ser exaustivas (i.e., todo o conteúdo que se decidiu classificar deve ser integralmente incluído nas categorias definidas, excepto se o conteúdo não tem relação com os objetivos propostos podendo, por isso, ser omitido, desde que devidamente justificado), as categorias devem ser mutuamente exclusivas (ou seja, os mesmos conteúdos devem pertencer apenas a uma categoria e não a várias), objetivas (as categorias devem ser explicitadas sem ambiguidade) e pertinentes (estreita relação com os objetivos e conteúdos que estão a ser objeto de classificação). É ainda importante que as categorias não sejam numerosas, pormenorizadas, extensas ou demasiado genéricas/englobantes. Os autores distinguem ainda três tipos de

unidades dentro das unidades de análise: a unidade de registo (i.e., o segmento de conteúdo que se caracteriza, podendo distinguir-se entre as unidades formais relativas a uma palavra ou frase e as unidades semânticas que podem incluir a temática); a unidade de sentido ou de contexto (ou seja, o segmento de conteúdo mais lato e mais longo e que está dependente da unidade de registo); e a unidade de enumeração (i.e., a quantificação da unidade de registo ou outra). De acordo com Vala (1986), em termos da quantificação dos resultados este pode assumir três formas distintas, a análise de ocorrências (frequência), a análise avaliativa (estudo das atitudes face a determinados objetos) ou a análise estrutural (relevar a atenção que os indivíduos conferem aos conteúdos inventariados). Quanto à descrição dos dados este processo deve ser realizado de forma rigorosa, podendo ser feito a partir da transcrição de entrevistas, registo de observações, fotografias, gravações, ou outras fontes. Para além da descrição dos mesmos será importante assegurar a interpretação e compreensão dos mesmos. A fidelidade e validade dos dados depende muito do rigor, conhecimento e experiência do investigador e da capacidade de executar corretamente as etapas do processo de análise (Carmo & Ferreira, 2008).

Neste estudo, os dados recolhidos no âmbito dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas foram gravados em áudio e transcritos sem notas, ou seja, uma transcrição pragmática (Evers, 2011). Nesta investigação, o processo de categorização iniciou-se a partir de uma grelha analítica decorrente das questões de partida: conceito de QdV, boa QdV, reduzida QdV, domínios da QdV considerados mais importantes e formas de melhoria da QdV dos próprios e dos outros<sup>18</sup>. A definição das categorias resultou de um processo misto (Hogenraad, 1984, cit. por Vala, 1986) em que se teve em consideração o sistema de categorias desenvolvidos em outros estudos, tais como o de Bowling *et al.* (2003) e AKDN (2013), mas também de uma pré-análise de algumas entrevistas de grupo e individuais e exploração de material (Bardin, 1977, cit. por Carmo & Ferreira, 2008). O sistema de categorização foi ainda refletido com um conjunto de técnicos investigadores o que permitiu, em reuniões de trabalho, recodificar categorias e unidades de sentido. Este processo desenvolvido manualmente, ou seja, sem recurso a programas especializados, resultou na identificação de categorias e de unidades de sentido a partir das unidades de registo. Foram excluídas desta análise os conteúdos relativos à apresentação dos indivíduos, bem como conteúdos sem relação com os objetivos da presente investigação. Como parte integrante desta análise de conteúdo, procedeu-se também à quantificação dos resultados em termos do número de participantes e do número de ocorrências face a determinada unidade de sentido e categoria. Tratando-se de um conceito

---

<sup>18</sup> Vide apêndice 9.

multidimensional foi também possível verificar que algumas respostas apresentavam interrelações com outras categorias, pelo que apesar de apenas serem codificadas numa única categoria (garantindo o critério da exclusividade) procedeu-se a um cruzamento com outras categorias. De forma a garantir o anonimato das respostas foi atribuído um código de análise a cada participante. Nas unidades de registo sempre que se verificou nomeação de indivíduos passíveis de ser identificados utilizou-se a sigla XYZ em substituição. Salienta-se também que, decorrente das sessões plenárias dinamizadas nos grupos focais, nem sempre foi possível identificar e associar os respondentes aos conteúdos, pelo que se optou-se por não analisar e contabilizar esses registos.

Resultante da análise dos dados foi, assim, possível extrair as seguintes categorias (11) e unidades de sentido (59) que, na perspetiva dos participantes, compõe a QdV das pessoas com 65 ou mais anos:

Tabela 10 - Categorias e unidades de sentido emergentes da análise de conteúdo

---

Acesso a Serviços e Infra-Estruturas

- comércio local e serviços de proximidade
- infraestruturas de saneamento básico, higiene urbana, água, eletricidade, gás, telefone, internet
- respostas sociais de centro dia e centro convívio; respostas socioeducativas (universidades senior, associações, etc.)
- respostas sociais de lar e SAD
- serviços de apoio e atendimento social
- serviços de saúde
- serviços privados prestados por cuidadores formais

---

Ambiente Natural e Construído

- ambientes naturais e construídos (jardins, parques, equipamentos desportivos ao ar livre, etc.)
- acesso e qualidade da habitação (preços acessíveis, adequação)
- gostar de estar em casa/conforto
- percepção de segurança
- residir em locais sem poluição, tráfego, barulho, agitação/ a funcionar 24h/dia
- prática de jardinagem/horticultura

---

Bem-estar Psicológico

- aceitação
  - afetos, amor, amizade, carinho
  - atitude perante a vida
  - esperança
  - expetativas/ aspirações
  - felicidade
  - memórias
  - paz, tranquilidade, satisfação com a vida
  - sentimento de solidão e de vazio
  - sentimento de utilidade e integração
-

---

Crenças/Valores/Práticas

- conduta ética, moral e valores
  - crenças e práticas espirituais
  - predisposição/compromisso com o outro
- 

Economia Doméstica

- estabilidade económica/ autosuficiência financeira e material
  - fonte de rendimentos: reformas e pensões estatais
  - fonte de rendimentos: trabalho/ geração extra de rendimentos
  - recursos financeiros para pagar as despesas correntes
- 

Independência e Autonomia

- capacidade de fazer as coisas sozinho/ independência
  - liberdade para tomar decisões e poder fazer o que quer
- 

Papéis Sociais e Atividades

- apoiar a família
  - atividades da vida diária
  - atividades de lazer individuais
  - atividades artísticas/ culturais
  - atividades de voluntariado
  - atividades desportivas e/ou realizar exercício físico
  - atividades intergeracionais
  - jogos
  - passear / ir de fim de semana / refeições fora
  - ter aulas/ aprendizagem ao longo da vida
  - convívio em geral
- 

Relações Sociais

- apoio familiar
  - relação com amigos e/ou conhecidos
  - relação com filhos e/ou família em geral
  - relação com os netos
  - relação com vizinhos
  - relação conjugal
- 

Saúde

- alimentação correta
  - saúde física
  - saúde mental
- 

Transportes

- preços dos transportes
  - serviço de transporte (horários, proximidade, etc.)
  - transportes adaptados à mobilidade/acessibilidades (rampas, acompanhamento transportes, etc.)
- 

Voz/Representação/Influência

- consciência sobre os direitos e responsabilidades
  - envolvimento na esfera pública e/ou na sociedade civil/ participação cidadã
  - percepção de equidade social
  - sentimento de representação
- 

Fonte: Elaboração própria

Tal como é possível verificar pela tabela 10, considerando o total de 65 participantes nos grupos focais e entrevistas semiestruturadas, independentemente da questão de partida (conceito, constituintes para uma boa e reduzida QdV, características mais importantes, formas de melhoria), os participantes fizeram referências às questões da saúde (97%), das relações sociais (95%), do bem-estar psicológico (91%), dos papéis sociais e atividades (88%), das crenças/valores/práticas (80%), do acesso a serviços e infra-estruturas (77%), do ambiente natural e construído (74%), da economia doméstica (68%), da voz/representação/influência (43%), da independência e autonomia (40%) e dos transportes (31%). Analisando o indicador frequência das unidades de registo (expressões-chave) por categoria, independentemente do número de participantes, foi possível aferir 2609 unidades de registo. Destas 38 foram consideradas inválidas por não ser possível identificar os respondentes (sessões plenárias dos grupos focais), o que resulta num universo de 2571 unidades de registo válidas.

Tabela 11 – Número e percentagem de participantes e unidades de registo por categoria

| Categorias                           | Total Participantes<br>(n, %) | Total Unidades<br>Registo (n, %) |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Acesso a Serviços e Infra-Estruturas | 50 (77%)                      | 310 (12%)                        |
| Ambiente Natural e Construído        | 48 (74%)                      | 196 (8%)                         |
| Bem-estar Psicológico                | 59 (91%)                      | 386 (15%)                        |
| Crenças, Valores e Práticas          | 52 (80%)                      | 288 (11%)                        |
| Economia Doméstica                   | 44 (68%)                      | 174 (7%)                         |
| Independência e Autonomia            | 26 (40%)                      | 57 (2%)                          |
| Papéis Sociais e Atividades          | 57 (88%)                      | 326 (13%)                        |
| Relações Sociais                     | 62 (95%)                      | 397 (15%)                        |
| Saúde                                | 63 (97%)                      | 283 (11%)                        |
| Transportes                          | 20 (31%)                      | 50 (2%)                          |
| Voz, Representação e Influência      | 28 (43%)                      | 104 (4%)                         |

*\*total de participantes, n=65; total de unidades de registo, n= 2571*

Fonte: Elaboração própria

Analisando a percentagem de participantes nos grupos focais e entrevistas semiestruturadas, por questão, a partir da tabela 11, verificou-se que, no conceito de QdV, a maioria dos participantes fez referência a características relacionadas com a saúde (66%), relações sociais (55%), bem-estar psicológico (54%) e papéis sociais e atividades (49%). Quanto aos constituintes para uma boa QdV, a maioria dos participantes fez referência a características relacionadas com as relações sociais (83%), papéis sociais e atividades (78%), bem-estar psicológico (71%), crenças/valores/práticas (68%) e saúde (52%). Nos constituintes de uma reduzida QdV a maioria dos participantes fez referências a características relacionadas

com o mal-estar psicológico (69%), falta de saúde (51%), ausência de contacto/qualidade das relações sociais (49%) e economia doméstica deficitária (48%). Como mais importantes para a QdV a maioria dos participantes fez referências a características relacionadas com a saúde (38%) e relações sociais (28%). Relativamente à melhoria da QdV individual os participantes fizeram referências a questões relacionadas com a saúde (25%), relações sociais (20%), acesso a serviços e infraestruturas (20%) e papéis sociais e atividades (18%). Na melhoria da QdV das pessoas da sua idade a maioria faz referências a questões relacionadas com o acesso a serviços e infraestruturas (17%). Da análise da tabela é também possível verificar que houve registos de mais participantes nas respostas às questões relacionadas com o conceito de QdV e constituintes de boa e reduzida QdV do que nas áreas da QdV mais importantes e formas de melhoria.

Tabela 12 – Número e percentagem de participantes por categoria e por questão

| Categorias                          | Conceito<br>(n, %) | Boa QdV<br>(n, %) | Reduzida<br>QdV<br>(n, %) | Mais<br>importantes<br>(n, %) | Melhoria<br>sua QdV<br>(n, %) | Melhoria<br>QdV<br>outros<br>(n, %) |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Acesso a Serviços e InfraEstruturas | 25 (38%)           | 28 (43%)          | 26 (40%)                  | 6 (9%)                        | 13 (20%)                      | 11 (17%)                            |
| Ambiente Natural e Construído       | 21 (32%)           | 31 (48%)          | 26 (40%)                  | 3 (5%)                        | 7 (11%)                       | 3 (5%)                              |
| Bem-estar psicológico               | 35 (54%)           | 46 (71%)          | 45 (69%)                  | 9 (14%)                       | 9 (14%)                       | 6 (9%)                              |
| Crenças, valores, práticas          | 13 (20%)           | 44 (68%)          | 20 (31%)                  | 9 (14%)                       | 9 (14%)                       | 3 (5%)                              |
| Economia Doméstica                  | 19 (29%)           | 25 (38%)          | 31 (48%)                  | 3 (5%)                        | 7 (11%)                       | 8 (12%)                             |
| Independência e Autonomia           | 9 (14%)            | 18 (28%)          | 10 (15%)                  | 2 (3%)                        | 3 (5%)                        | 0 (0%)                              |
| Papéis Sociais e Atividades         | 32 (49%)           | 51 (78%)          | 4 (6%)                    | 8 (12%)                       | 12 (18%)                      | 4 (6%)                              |
| Relações Sociais                    | 36 (55%)           | 54 (83%)          | 32 (49%)                  | 18 (28%)                      | 13 (20%)                      | 6 (9%)                              |
| Saúde                               | 43 (66%)           | 34 (52%)          | 33 (51%)                  | 25 (38%)                      | 16 (25%)                      | 9 (14%)                             |
| Transportes                         | 3 (5%)             | 4 (6%)            | 12 (18%)                  | 1 (2%)                        | 3 (5%)                        | 4 (6%)                              |
| Voz, Representação e Influência     | 8 (12%)            | 12 (18%)          | 15 (23%)                  | 2 (3%)                        | 6 (9%)                        | 5 (8%)                              |

\*cada individuo foi contabilizado uma vez por cada categoria, total de participantes, n=65.

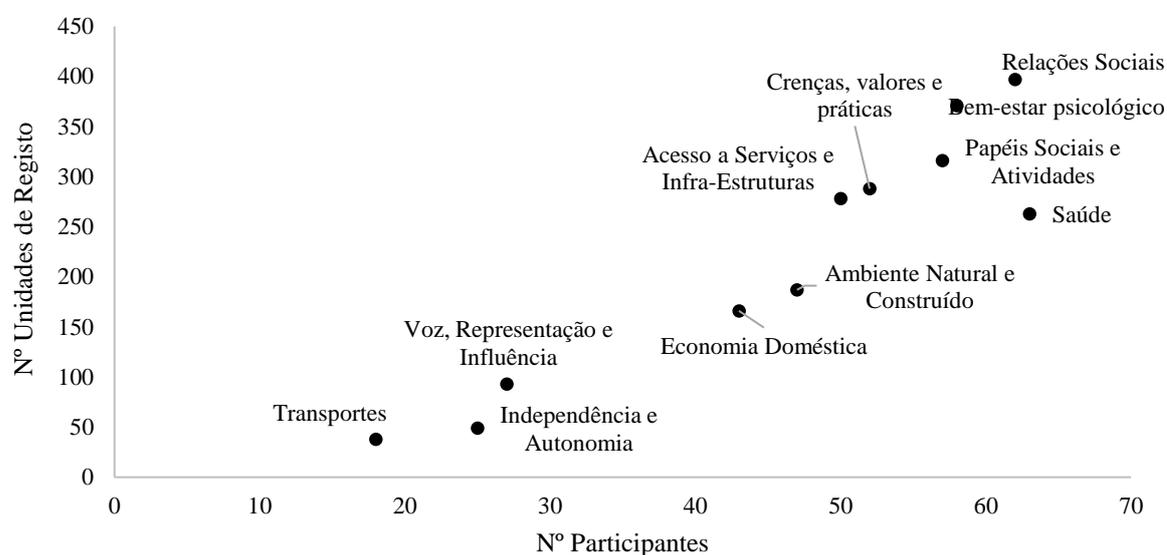
Fonte: Elaboração própria

Considerando a análise ao indicador unidades de registo, das 2571 unidades de registo aferidas e consideradas válidas, optou-se por não considerar aquelas que continham menor expressão<sup>19</sup>. Assim, foram objeto de análise nesta investigação, 2446 unidades de registo, referentes a 11 categorias e 46 unidades de sentido.

<sup>19</sup> A exclusão de unidades de sentido com menor expressão foi feita categoria a categoria.

O gráfico 12 permite ilustrar visualmente as categorias que obtiveram maior número de respondentes em relação ao número de unidades de registo. As categorias com mais participantes e unidades de registo foram as relações sociais, o bem-estar psicológico, os papéis e atividades sociais e a saúde. Do lado oposto, as categorias relacionadas com os transportes, independência/autonomia e voz/representação/influência, apesar de terem referidas (denotando-se, assim, a sua pertinência para a população idosa), obtiveram o número mais reduzido de respondentes e de unidades de registo.

Gráfico 12 – Cruzamento entre o número de participantes e as unidades de registo por categoria



Fonte: Elaboração própria

Tal como se pode verificar pela tabela 13, analisando a distribuição de referências das unidades de registo, por questão, é possível verificar que a maioria das referências relacionou-se com a questão dos constituintes de uma boa QdV (40%) e reduzida QdV (21%), seguido do conceito de QdV (22%), das dimensões mais importantes (7%) e formas de melhoria da sua QdV (7%) e dos outros da mesma idade (4%).

Tabela 13 – Número e percentagem de participantes e de unidades de registo por questão

| Questões                   | Total de Participantes<br>(n, %) | Total de Unidades de<br>Registo (n, %) |
|----------------------------|----------------------------------|--|
| Conceito de QdV            | 63 (97%)                         | 528 (22%)                              |
| Boa QdV                    | 65 (100%)                        | 990 (40%)                              |
| Reduzida QdV               | 63 (97%)                         | 507 (21%)                              |
| Mais Importantes           | 41 (63%)                         | 159 (7%)                               |
| Melhoria da Sua QdV        | 39 (60%)                         | 164 (7%)                               |
| Melhoria da QdV dos Outros | 27 (42%)                         | 98 (4%)                                |

*\*total de participantes, n=65; total de unidades de registo, n= 2446*

Fonte: Elaboração própria

Considerando a frequência de unidades de registo por categoria, unidade de sentido e questão colocada, foi possível constatar, a partir da tabela 13 que, independentemente do sentido da resposta (positivo ou negativo), no conceito de QdV, a maioria dos registos relacionou-se com a dimensão bem-estar psicológico (85) em termos de atitude perante a vida (16), sentimento de solidão e de vazio (15), sentimento de utilidade e integração (15) e afetos, amor, amizade e carinho (13). A segunda dimensão com maior número de referências sobre o significado de QdV foi o acesso a serviços e infraestruturas (81), em particular dos serviços de saúde (36). A saúde (78) foi a terceira dimensão com maior número de registos, nomeadamente a saúde física (67). Os papéis sociais e atividades (77) foi a quarta dimensão mais referida, designadamente associada às atividades desportivas (15), apoiar a família (13), realização de passeios/fins-de-semana/ refeições fora (13) e prática de voluntariado (10). Com elevada expressão, registaram-se também as relações sociais (74) sobretudo com os filhos e/ou família em geral (27).

Para uma boa QdV, as relações sociais foi a dimensão que registou maior número de referências (205). Os aspetos enunciados, nesta dimensão, relacionaram-se sobretudo com a importância de existência dessas relações, a sua frequência, bem como a sua qualidade, associando a proximidade e significância das relações, a entreatajuda, o convívio e os afetos às mesmas. Os filhos e/ou família em geral (61), os amigos e/ou conhecidos (46) e a existência de apoio familiar (41) foram as unidades de sentido mais referenciadas. Em segundo lugar, a dimensão papéis sociais e atividades foi a que obteve maior número de referências (196). Os constituintes mais referenciados pelos participantes relacionaram-se com as atividades de lazer realizadas individualmente (29) e a participação (individual ou em grupo) em atividades artísticas/culturais (28) e desportivas (27). Também o poder apoiar a família deteve uma

expressão significativa (27), precedida da realização de atividades da vida diária (20). As crenças, valores e práticas foram também bastante referidas (171) verificando-se que 66% das referências diziam respeito às crenças e/ou práticas espirituais (114). O bem-estar psicológico foi a quarta dimensão com maior número de registos (128), destacando-se a importância de existência de uma atitude positiva perante a vida (31), o sentimento de paz, tranquilidade e satisfação com a vida (26), precedido dos afetos, amor, amizade e carinho (17). A dimensão da saúde também deteve bastantes referências (58) sobretudo a nível físico (57).

Por outro lado, para a redução da QdV, sobressaíram o bem-estar psicológico (122), designadamente em termos do sentimento de solidão e de vazio (56). A dimensão da economia doméstica deficitária (61) foi também bastante referida como contribuindo para uma reduzida QdV, sobretudo em termos da inexistência de recursos financeiros que permitissem o pagamento de despesas correntes (44), ou seja, um nível adequado de rendimentos para satisfazer as necessidades básicas, sem luxos. A ausência de saúde (59) foi também enfatizada por vários participantes como contribuindo para uma reduzida QdV, sobretudo relativa à perda de capacidades decorrentes do processo de senescência e/ou aparecimento de doenças a nível físico (54). Verificaram-se também várias referências à ausência ou má qualidade das relações sociais (53) como contribuindo para uma redução da QdV, nomeadamente em termos da ausência de apoio familiar, relações com filhos e/ou família em geral e com amigos/conhecidos.

Quanto às dimensões (positivas e negativas) consideradas mais importantes pelos participantes registaram-se maior número de ocorrências nas dimensões de saúde (37), em particular saúde física (36) e relações sociais (31) designadamente com filhos e/ou família em geral (11) e apoio familiar (10).

Relativamente às formas de melhoria da sua QdV, a maioria das frequências verificadas concentraram-se nos aspetos relacionados com a dimensão do acesso a serviços e infraestruturas (42), designadamente de lar/SAD (23), bem como em termos de saúde (22). As relações sociais foram as segundas mais referidas (19) nomeadamente em relação aos amigos e/ou conhecidos (10).

Em termos da melhoria da QdV das pessoas da mesma idade, a maioria das frequências apontaram para a dimensão do acesso e qualidade aos serviços e infraestruturas (20) em termos de lar/SAD (6), saúde (5) e respostas sociais de centro de dia/centro de convívio e outras socioeducativas (5). A melhoria da economia doméstica (14) foi também das mais referidas.

Tabela 14 – Número de unidades de registo por categorias e unidades de sentido e por questão

|   | Conceito de QdV (n) | Boa QdV (n) | Reduzida QdV (n) | Mais Importantes (n) | Melhoria da sua QdV (n) | Melhoria da QdV outros (n) |
|---|---------------------|-------------|------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|
| <b>Categorias e unidades de sentido</b>   |                     |             |                  |                      |                         |                            |
| Acesso a Serviços e Infra-Estruturas:   | 81                  | 74          | 49               | 12                   | 42                      | 20                         |
| - serviços de saúde   | 36                  | 19          | 20               |                      | 12                      | 5                          |
| - respostas sociais de lar/ SAD   | 19                  | 7           | 15               | 12                   | 23                      | 6                          |
| - respostas sociais de centro dia e centro convívio; e respostas socioeducativas de universidades senior, associações, etc. | 19                  | 33          | 2                |                      | 4                       | 5                          |
| - comércio local e serviços de proximidade  | 7                   | 15          | 12               |                      | 3                       | 4                          |
| Ambiente Natural e Construído:  | 32                  | 73          | 52               | 13                   | 11                      | 6                          |
| - percepção de segurança  | 2                   | 18          | 36               |                      | 4                       | 3                          |
| - ambientes naturais e construídos (por ex. jardins, parques, equipamentos desportivos ao ar livre, etc.)                   | 5                   | 17          | 2                | 7                    | 4                       | 2                          |
| - gostar de estar em casa/conforto  | 13                  | 13          | 5                | 3                    |                         |                            |
| - acesso e qualidade da habitação (preços acessíveis, adequação)  | 9                   | 6           | 9                | 1                    | 3                       | 1                          |
| - ter prática de jardinagem/horticultura  | 3                   | 19          |                  | 2                    |                         |                            |
| Bem-estar psicológico:  | 85                  | 128         | 122              | 14                   | 12                      | 10                         |
| - paz, tranquilidade, satisfação com a vida   | 12                  | 26          | 34               | 10                   | 1                       | 4                          |
| - sentimento de solidão e de vazio  | 15                  | 6           | 56               | 1                    | 1                       | 1                          |
| - atitude perante a vida  | 16                  | 31          | 3                |                      | 7                       | 1                          |
| - sentimento de utilidade e integração  | 15                  | 20          | 6                |                      | 1                       | 3                          |
| - afetos, amor, amizade, carinho  | 13                  | 17          | 1                | 3                    |                         |                            |
| - memórias  | 5                   | 12          | 11               |                      |                         | 1                          |
| - expetativas/ aspirações   | 5                   | 5           | 9                |                      |                         |                            |
| - felicidade  | 4                   | 11          | 2                |                      | 2                       |                            |
| Crenças, valores, práticas:   | 37                  | 171         | 42               | 22                   | 11                      | 5                          |
| - crenças e práticas espirituais  | 6                   | 114         | 9                | 7                    | 5                       | 1                          |
| - conduta ética, moral e valores  | 18                  | 29          | 31               | 15                   | 2                       | 1                          |
| - predisposição/compromisso com o outro   | 13                  | 28          | 2                |                      | 4                       | 3                          |
| Economia Doméstica:   | 39                  | 38          | 61               | 7                    | 7                       | 14                         |
| - recursos financeiros para pagar as despesas correntes   | 15                  | 19          | 44               | 7                    | 2                       | 5                          |
| - estabilidade económica/ autosuficiência financeira e material   | 12                  | 16          | 5                |                      | 4                       | 5                          |

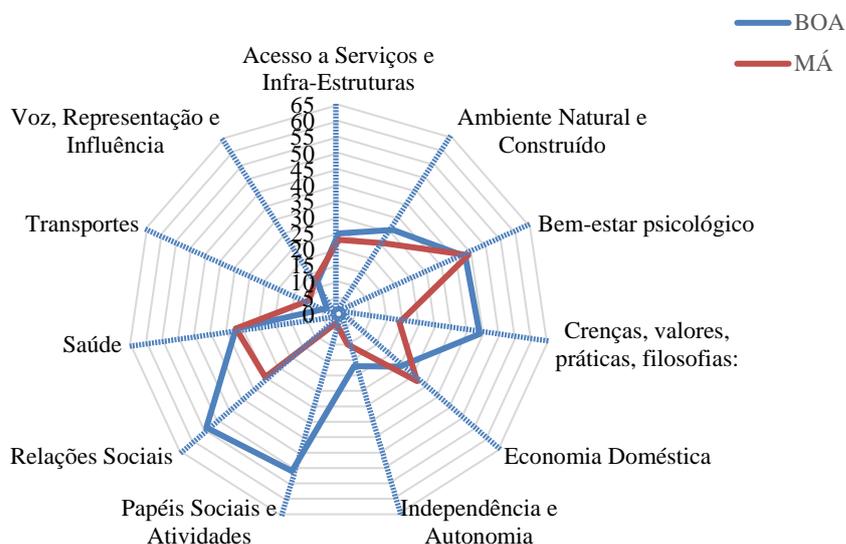
Representações das pessoas com 65 ou mais anos de idade sobre a sua qualidade vida: um estudo exploratório

|   |     |     |     |     |     |    |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| - fonte e adequação dos rendimentos:<br>reformas e pensões estatais   | 12  | 3   | 12  |     | 1   | 4  |
| Independência e Autonomia:  | 10  | 21  | 12  | 2   | 4   |    |
| - capacidade de fazer as coisas<br>sozinho/ independência   | 10  | 21  | 12  | 2   | 4   |    |
| Papéis Sociais e Atividades:  | 77  | 196 | 3   | 11  | 23  | 6  |
| - atividades desportivas e/ou realizar<br>exercício físico  | 15  | 27  |     | 1   | 8   | 1  |
| - passear / ir de fim de semana /<br>refeições fora   | 13  | 21  | 1   | 1   | 6   | 5  |
| - apoiar a família  | 13  | 27  |     | 3   |     |    |
| - atividades de lazer individuais   | 9   | 29  |     |     |     |    |
| - atividades artísticas/ culturais  | 2   | 28  | 1   | 1   | 1   |    |
| - atividades de voluntariado  | 10  | 13  | 1   | 4   |     |    |
| - atividades da vida diária   | 3   | 20  |     |     |     |    |
| - jogos   | 3   | 13  |     |     | 3   |    |
| - convívio em geral   | 8   | 8   |     | 1   | 2   |    |
| - ter aulas/ aprendizagem ao longo da<br>vida   | 1   | 10  |     |     | 3   |    |
| Relações Sociais:   | 74  | 205 | 53  | 31  | 19  | 15 |
| - relação com filhos e/ou família em<br>geral   | 27  | 61  | 12  | 11  |     | 2  |
| - relação com amigos e/ou conhecidos  | 13  | 46  | 15  | 9   | 10  | 8  |
| - apoio familiar  | 14  | 41  | 12  | 10  | 3   | 4  |
| - relação com vizinhos  | 9   | 21  | 7   |     | 2   | 1  |
| - relação conjugal  | 7   | 20  | 7   |     | 3   |    |
| - relação com os netos  | 4   | 16  |     | 1   | 1   |    |
| Saúde:  | 78  | 58  | 59  | 37  | 22  | 9  |
| - saúde física  | 67  | 57  | 54  | 36  | 22  | 9  |
| - saúde mental  | 11  | 1   | 5   | 1   |     |    |
| Transportes:  | 3   | 4   | 18  | 1   | 4   | 8  |
| - serviço de transporte (horários,<br>proximidade, etc.)  | 1   | 4   | 15  | 1   |     | 3  |
| - transportes adaptados à mobilidade e<br>acessibilidades (e.g. rampas,<br>acompanhamento em transportes, etc.) | 2   |     | 3   |     | 4   | 5  |
| Voz/Representação/Influência:   | 12  | 22  | 36  | 9   | 9   | 5  |
| - sentimento de representação   | 5   | 1   | 17  | 5   | 4   | 3  |
| - envolvimento na esfera pública e/ou<br>na sociedade civil/ participação cidadã                                | 4   | 18  | 2   | 4   | 5   | 1  |
| - percepção de equidade social  | 3   | 3   | 17  |     |     | 1  |
| Total Geral   | 528 | 990 | 507 | 159 | 164 | 98 |

Fonte: Elaboração própria



Gráfico 14 – Representação em gráfico polar das categorias que contribuem para uma boa e reduzida QdV



Fonte: Elaboração própria

Ilustram-se também algumas unidades de registo referidas pelos participantes para cada uma das categorias e unidades de sentido que contribuem para uma boa e reduzida QdV:

O *acesso a serviços e infraestruturas* estava relacionado com o acesso e qualidade dos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde, outros), serviços sociais e socioeducativos (centros de dia, centros de convívio, universidades senior, coletividades, outros), respostas sociais de lar e/ou SAD, serviços básicos (de saneamento básico, higiene urbana, água, luz, eletricidade, gás, outros) comércio local e serviços de proximidade (supermercados, bancos, correios, outros), serviços de apoio e atendimento social e serviços prestados por cuidadores formais:

Serviços de saúde:

*Boa QdV:* “Eu o caso do meu marido foi agora há pouco tempo, foi com as minhas filhas, chamamos o INEM, estiveram lá em 10 minutos, foram muito atenciosos, eu ainda fiquei a pensar vou ficar ali o dia todo no Santa Maria há espera mas não, foi tudo muito rápido e fui encaminhada para o meu problema, e foi tudo muito rápido, muito bem atendida”. FG#S52, Mulher

*Boa QdV:* “No meu caso, parte de consulta eu não pago nada, estou isento. Posso tirar chapas, análises e não pago nada”. FG#S13, homem

*Má QdV:* “Não, não estamos. Não estamos muito informadas porque nós vamos aos serviços sociais, ao centro de saúde, agora tiraram parte das coisas que lá estavam e uma pessoa para ir ao médico, para ter uma consulta é uma complicação muito grande. E algumas são mal-educadas”. FG#S14, Mulher

*Má QdV:* “E já agora se me permite, eu queria recuar só um bocadinho à pergunta que a menina me tinha feito, acerca do que eu disse de mal dessa médica do hospital de Santa Maria, eu queria realçar o porque é que eu disse mal dela, porque todos os outros me fizeram análises e radiografias e tudo e ela

*não, a febre da carraça só é detetada ao 7º dia, e eu já tinha mais dias, eu cheguei ao pé dela e tive de estar para aí 2 minutos, com ela a mascar uma pastilha sem me perguntar o que é que eu havia de fazer, e eu quase a morrer. Eu não podia parar porque senão era um barulho na minha cabeça que eu tinha de estar sempre agarrado há cabeça. Só se virou para mim e perguntou-me o que é que eu tinha e eu disse satora é isto assim e assim, eu até tinha o meu corpo todo manchado, disse há isso não é nada o que é que você está a tomar, eu estou a tomar isto assim e assim, há então tome um atarax que isso é uma alergia ao medicamento e não tome mais esse medicamento, nessa altura se essa médica fosse um bocadinho conscienciosa e se fizesse o trabalho dela como deve ser humanamente ela fazia-me uma simples análise, e nessa simples análise evitava-me o sofrimento que eu passei e que podia ter morrido pronto era só isso”. FG#S50, Mulher*

Serviços sociais e socioeducativos:

*Boa QdV: [centro de convívio] “Isso vou para lá todas as tardes, quando posso, quando estou disponível”. EI#S5, Mulher*

*Boa QdV: “Ter onde estar e o que aprendemos nos centros é tão bom, isso dá-nos qualidade”. FG#S29, Mulher*

*Boa QdV: “E então fui procurar e gostei do centro, e estou lá, e sinto-me bem. Também é preciso convivência”. EI#S2, Mulher*

*Má QdV: “Não gosto muito do ambiente daquilo” [centro de convívio]. FG#S18, Homem*

Respostas sociais de lar e/ou SAD:

*Boa QdV: “Pedir o apoio domiciliário que iam todos os dias levar-me a casa a comida”. FG#S6, Mulher*

*Boa QdV: “Sim sim, como me dão banho, já não tenho medo de cair”. EI#S3, Homem*

*Má QdV: “é que há pessoas que estão nos lares e estão revoltadas, querem morrer e claro, nem é para elas nem é para quem as trata porque não é fácil também essas pessoas tratarem. E a revolta é tanta que depois não é para ninguém. E depois acontecem casos de agressividade de uns e de outros, que eu nunca ponho tudo de um lado, eu acho que a culpa nunca está só de um lado, está sempre nos dois”. FG#S50, Mulher*

Comércio local e serviços de proximidade:

*Boa QdV: “e noto nos cafés e nas pastelarias, poque ali há muito comércio e pastelarias (...) Por exemplo no mercado de Arroios. Eu gosto muito de ir aos mercados. Prefiro ir aos mercados que aos supermercados...”. FG#S47, Mulher*

*Má QdV: “Porque nós não temos vida para andar todos os dias nas compras. No bairro onde eu moro não há nada. Quando eu preciso de alguma coisa tenho que ir muito longe”. FG#S42, Mulher*

*Má QdV: “Há aquelas mercearias mas as pessoas não vão, é tudo muito caro”. FG#S21, Mulher*

O ambiente natural e construído estava relacionado com a habitação (acesso e qualidade da habitação e o gostar de estar em casa/conforto) e com o espaço público (ambientes naturais e construídos, a percepção de segurança e o residir em locais sem poluição, tráfego, barulho, agitação/ a funcionar 24h/dia):

Habitação:

*Boa QdV: “A casa é o melhor porque é o nosso espaço. O nosso espaço é o melhor”. FG#S8, Mulher*

*Boa QdV: “A minha casa é o meu mundo (...) Gosto muito da casa, uma casa grande com quintal (...)”. FG#S6, Mulher*

*Boa QdV: “vou para a varanda, cuidado das flores”. FG#S11, Mulher*

*Má QdV: “Em minha casa tenho um quarto de dormir com três camas. Eu deixei de ter sala, que é o espaço da minha filha e da minha neta. E deixei de ter a minha cama para ter um sofá-cama, e aí é onde está a televisão. De dia a minha cama é sofá e à noite o sofá é cama. E assim falta espaço. A minha filha às vezes tem insónias e não tem para onde ir. Eu estou a dormir, a menina está a dormir e ela não pode sair da cama embora apeteça sair não há espaço nem capacidade”. FG#S3, Mulher*

Espaço público:

Boa QdV: “Onde nós moramos, desde que nós tenhamos a convicção de que estamos em segurança, que também não temos nenhum problema, isso também influi muito para a nossa qualidade de vida. Para a gente se sentir confortável. Sentir que não corre perigos”. FG#S45, Homem

Má QdV: “Por exemplo o nosso ar, que está muito poluído, que também dá cabo da vida da gente”. FG#S37, Mulher

Má QdV: “E principalmente as pessoas que recebem a reforma nos correios. Uma vez eu fui aos correios levantar a minha reforma e vi um senhor que tinha levantado a reforma a sair com o dinheiro para fora, assim na mão, e lá fora tinha uns moços, uns jovens na rua, eu olhei, deixei de receber e fui chamar o senhor e disse-lhe “guarde o dinheiro no bolso, não leve o dinheiro na mão”, mas eu acompanhei o senhor até à porta, fiquei à porta a ver onde o senhor ia e se alguém ia mexer no senhor”. FG#S11, Mulher

O bem-estar psicológico estava relacionado com as emoções, sentimentos, memórias (paz/tranquilidade/satisfação com a vida, sentimento de solidão e de vazio, sentimento de utilidade e integração, afetos/amor/amizade/carinho, memórias, felicidade) e com as características pessoais (atitude perante a vida e expectativas/aspirações):

Paz, tranquilidade, satisfação com a vida:

Boa QdV: “Eu penso que para todos os casos, uma boa qualidade de vida é uma pessoa viver num ambiente calmo. “Um ambiente onde não haja atropelos. Num ambiente em que haja respeito, uns pelos outros. Num ambiente familiar”. EI#S1, Homem

Boa QdV: “paz”. FG#S52, Mulher

Má QdV: “às vezes o andar stressada, quero fazer muitas coisas... Mas isso é problema meu, que eu gosto de fazer tudo à pressa, que saia tudo bem, e às vezes ando stressada, e isso não ajuda”. FG#S35, Mulher

Sentimento de solidão e vazio:

Má QdV: “Porque as pessoas muitas vezes... mesmo na própria família.. As pessoas de idade, há uma festa e não sei quê, a pessoa de idade tem a sua vivência.. não é os computadores nem aquelas ideias... mas tem a sua vivência e muitas vezes querem participar nessas discussões familiares e começam a falar, e sistematicamente é lhes cortada a palavra, até que pronto, calam-se e metem-se a um canto. É a questão que hoje se verifica é a invisibilidade das pessoas de idade. Elas estão ali num canto, mas é como se não estivessem lá.” EI#S1, Homem

Má QdV: “mas de mim ninguém se importou e eu tenho sofrido sozinha”. FG#S16, Mulher

Má QdV: “Quando eu me vi a não aguentar e a ver que ia entrar numa bravíssima depressão, que nunca mais me livrava dela, não tenho quem me dê uma palavra de carinho, não tenho amor de ninguém, e entro numa depressão que não dou conta da minha vida, a todos os níveis”. FG#S26, Mulher

Má QdV: “fico a pensar no meu marido que está falecido há três meses. Foi um grande meu amigo”. FG#S11, Mulher

Má QdV: “A mim o que mais me fez sofrer foi a minha filha. Teve um cancro no estômago. Depois ela começou a adoecer. Ia para o hospital mais a minha filha, mais a neta, a filha da filha. Já era crescidinha. E depois detetou-se essa tal doença. Levou para casa para fazer os tratamentos. Mas chegou ao ponto que não melhorava, só piorava sempre. Tornou-se novamente a levá-la ao hospital, onde depois ela foi internada para fazer exames, análises e foi quando se descobriu que era essa doença má, que nos mata a todos. Alguns ainda se safam. Ela gostava era de beber café, chegava a beber uns 10 cafés por dia e por vezes zangava-me. Em casa tínhamos máquina. Acabava de tomar um café já estava a pedir para lhe tirar outro. E chegava a um ponto que dizia que não, mas depois dava novamente. Depois ela adoeceu, fui com ela ao hospital várias vezes até que ficou internada, depois foi transferida para o Hospital Curry Cabral. Do Curry Cabral mandaram-na para o Hospital do Restelo. Até que foi para o Hospital Egas Moniz e foi lá que foi operada. Estava aquilo tão avançado que mal abriram fecharam logo. Depois o que me custou foi ela pedir-me para trazer a escova do cabelo para se pentear. Quando começou a escovar caiu uma grande mexa de cabelo de tão minada que já estava. Desculpem falar assim”. FG#S59, Homem

Sentimento de utilidade e integração:

Boa QdV: “dou as minhas voltas, passo as tardes aqui.. pronto, dou as explicações quando tenho alunos. A XYZ também tem sido um óptimo contato comigo. Portanto tudo isso para mim tem sido impecável”.

EI#S3, Homem

Boa QdV: “É importante sentirmo-nos ocupados, nem que seja a ajudar a servir os cafés”. FG#S56, Mulher

Boa QdV: “Então agora estou sempre em atividade lá, ajudo e sinto-me útil” [na associação]. FG#S50, Mulher

Má QdV: “Essa frase, quando for erradicada do léxico das pessoas de idade, pronto atingiu-se aquilo que se pretende. As pessoas andam sempre cá a fazer alguma coisa, desde que sintam essa... e que não as ponham à margem”. EI#S1, Homem

Afetos/amor/amizade/carinho:

Boa QdV: “Sim, o afeto ajuda. A mim emociona-me muito”. FG#S57, Mulher

Boa QdV: “e o amor é a coisa melhor que há no mundo”. FG#S52, Mulher

Má QdV: “O que é que lhe falta, falta-lhe amor”. FG#S6, Mulher

Felicidade:

Boa QdV: “E sinto-me feliz na vida”. FG#S1, Homem

Má QdV: “Não sou feliz nem nada”. FG#S23, Mulher

Atitude perante a vida:

Boa QdV: “É querer. A pessoa lutar para realizar. Isso é que traz o resto. A pessoa não confiar em si mesmo não vale a pena”. FG#S10, Homem

Boa QdV: “daí que eu qualquer problema que tenha eu sou otimista já de natureza e tento-me libertar e vou para um lado vou para o outro, mexo-me acolá vou ter com amigo converso para não ficar obcecado desse problema [solidão]”. FG#S49, Homem

Boa QdV: “Mas tem de fazer um esforço que é o que eu estou sempre a dizer”. FG#S24, Mulher

Má QdV: “A idade devia trazer paciência às pessoas mas não, traz insatisfação, quer dizer os dias são mais curtos.. uma pessoa quanto mais vive mais curto é o tempo, logicamente. O tempo passa mais depressa, uma pessoa mede o tempo não é em função do relógio, também o é, mas em função do tempo já vivido. A pessoa que viveu muito tempo faz uma comparação do tempo do dia a dia e os dias são mais curtos.. e é essa insatisfação que...”. EI#S1, Homem.

Expectativas/Aspirações:

Boa QdV: “e termos objetivos”. FG#S50, Mulher

Má QdV: “Nós na nossa comunidade temos um problema, a terceira idade está muito acomodada. Não quer sair fora das casas. Nós fazemos um programa, para trazê-los cá para fora, e quase que temos que pedir de joelhos que venham lá, que a gente oferece o almoço e fazemos essa atividade, e lá fazem o favor de vir. Senão ficam em casa a ver a televisão e as novelas, e não saem. Nós temos neste momento quase trezentas pessoas de idade na comunidade, e só setenta, oitenta, é que costumam aproveitar os nossos eventos”. FG#38, Homem

As crenças, valores e práticas estavam relacionadas com a conduta ética, moral e valores, as crenças e práticas espirituais e a predisposição/compromisso com o outro:

Conduta ética, moral e valores:

Boa QdV: “Não estar a invejar outra pessoa. Não vejo nenhuma religião do mundo, mas aceitarmos aquilo que podemos ter sem inveja de ninguém, isso é muito grande”. FG#S3, Mulher

Boa QdV: “...cumprimentar os mais velhos...nós precisamos de beber da experiência que eles têm...”. FG#S30, Mulher

Má QdV: “porque sabemos que hoje as crianças são traquinas, têm um palavreado um bocado pesado contra os velhos”. FG#S41, Homem

Crenças e práticas espirituais:

Boa QdV: “Tive uma mãe que era uma santa que me deu este dom da fé que ela tinha muita fé e incutiu em mim esse dom. Fui sempre muito crente. Sou católica praticante”. FG#6, Mulher

Boa QdV: “Estamos a faltar aos 10 mandamentos, é a história da vida, temos de a acompanhar a novela desses 10 mandamentos. Mas hoje as pessoas não querem saber, têm outra mentalidade”. FG#S4, Homem

Boa QdV: “Penso que sim tem de haver objetivos, tem de haver um, a gente tem de ver sempre qualquer coisa mais do que a realidade”. FG#S50, Mulher

Má QdV: “Eu tenho muita pena das pessoas que não têm fé, porque todos estamos sujeitos a problemas graves, e quem tem fé agarra-se a Deus e reza e pede. As pessoas que não têm fé, eu não sei como é mas.. não têm a quem se agarrar, não têm a quem pedir, é só materialismo”. EI#S2, Mulher

Predisposição/compromisso com o outro:

Boa QdV: “Fazer bem e não olhar a quem! Gosto muito de fazer bem”. FG#S51, Mulher

Má QdV: “Eu cheguei a ser censurado porque havia um senhor que ia lá buscar umas coisitas, mas o homem tinha um problema num pé e custava-lhe a andar, e eu fiquei de ajudar a levar as coisas a casa do senhor e fui lá duas, três ou quatro vezes. Depois havia uma senhora que me condenava por detrás, que dizia assim nestes termos “tu vais ajudar depois quando tu precisares eu quero ver quem é que te ajuda!”. FG#S9, Homem

A *economia doméstica* estava relacionada com os recursos financeiros para pagar as despesas correntes, a estabilidade económica/autossuficiência financeira e com a fonte e adequação dos rendimentos a partir de reformas e pensões estatais:

Recursos financeiros para pagar as despesas correntes:

Boa QdV: “A qualidade de vida é as pessoas terem capacidade económica para fazer face a essas despesas. Água, luz, eletricidade, gás. Se não fica dependente. São os encargos que são muitos”. FG#S40, Mulher

Má QdV: “A falta de uns tostõezinhos para ter o que é essencial. Que há pessoas que não têm dinheiro para comprar remédios, não têm dinheiro para comer sequer”. EI#S2, Mulher

Má QdV: “Quando vem a renda, vem a luz...vem tudo de uma vez para pagar, é demais também!”. EI#S4, Mulher

Má QdV: “Por vezes não temos qualidade de vida também devido à questão monetária. A parte económica destrói-nos. Eu falo por mim, ou vou à farmácia, ou vou ao supermercado. Das duas coisas não posso ter”. FG#S57, Mulher

Estabilidade económica/autossuficiência financeira:

Boa QdV: “É bom e pronto não falta nada, tem vida assim, estável”. FG#13, Homem

Má QdV: “Temos de ter a preocupação com a vida do dia-a-dia, não podemos contar só com uma coisa, gastar tudo numa coisa, temos que durante o mês fazer a orientação, cálculo da situação”. FG#S12, Homem

Fonte e adequação dos rendimentos a partir de reformas e pensões estatais:

Boa QdV: “A minha reforma permite-me viver com uma boa qualidade de vida”. FG#S59, Mulher

Má QdV: “As reformas são muito pequenas”. EI#S2, Mulher

Má QdV: “tenho de pagar a água, a luz, o gás, o condomínio, tem a escola das crianças para pagar. Tenho um filho que trabalha mas o salário dele é muito pouco, não chega para nada, mesmo ajudando com o meu que eu recebo 213€ também não chega”. FG#S11, Mulher

A *independência e autonomia* estava relacionada com a capacidade de fazer as coisas sozinho/ independência:

Capacidade de fazer as coisas sozinho/ independência:

Boa QdV: “E continuo. Sou totalmente independente”. EI#S5, Mulher

*Boa QdV: “Eu também vivo sozinha e desenrasco-me”. FG#S20, Mulher*

*Boa QdV: “Eu vou sempre só, “você qualquer dia é assaltado”, “não, eu ainda estou rijo”. FG#S15, Homem*

*Boa QdV: “Às vezes aos fins-de-semana eles vão sair, e que maravilha, não tenho almoço, não tenho nada para fazer, só que depois também lá vou eu para a rua”. FG#S37, Mulher*

*Má QdV: “Mas põe-se um problema, eu agora parti o braço. Quando parti o braço não podia conduzir. Como não podia conduzir já tinha um problema muito grande”. FG#S6, Mulher*

*Má QdV: “Estar dependente é muito difícil”. FG#S3, Mulher*

Os papéis e atividades sociais estavam relacionados com as atividades de lazer realizadas individualmente, a participação (individual ou em grupo) em atividades artísticas/culturais, desportivas, passeios/ir de fim-de-semana/refeições fora, voluntariado, jogos, ter aulas/aprendizagem ao longo da vida, convívio em geral, atividades da vida diária e apoiar a família:

Atividades de lazer realizadas individualmente:

*Boa QdV: “danço muito, sozinha em minha casa. Quando há aquelas músicas no fim-de-semana que são do Minho e de Trás-os-Montes, aquilo tudo...”. FG#S14, Mulher*

*Boa QdV: Gosto de ler. FG#S6, Mulher*

Atividades artísticas/culturais:

*Boa QdV: “Não é para mim, é para toda a gente. Eu acho que toda a gente, se não tiver um interesse cultural pelas coisas... pronto. Uma pessoa vai ver uma coisa qualquer... um monumento... antes de ir – e hoje há a internet, é facilímo – antes de ir para essas visitas a pessoa deve documentar-se para saber, para estar a olhar para uma parede e as paredes têm história, contam as suas histórias e uma pessoa, se tiver dúvidas depois pergunta ao guia, ou se não tiver guia... , tem a história, cada parede e cada muro tem a sua história. Se uma pessoa já for documentada, ou então toma notas chegando a casa depois, quer dizer essa viagem que foi feita, nunca mais se esquece, é um elemento que fica para a vida toda. O aspecto cultural é isso, a cultura dos monumentos... agora a cultura em Portugal é gastronomia. Toda a gente sabe, se vai visitar uma região, se vai visitar Évora, é o restaurante. ‘Parei no restaurante, comi um grande cozido à portuguesa’ que eu também gosto de comer, atenção... e as viagens são baseadas nas paragens dos restaurantes para comer e para se alimentar. Que é importante, a gastronomia é uma arte também, mas para além da gastronomia há outras coisas importantes e nas paragens que vão fazendo deviam... mas pronto isto é a minha opinião”. EI#S1*

*Boa QdV: “Vêm de outros lados. Aquilo à noite, o baile começa às nove e meia. Às nove e meia começa o baile e eu vou sempre e estou bem”. FG#S15, Homem*

Atividades desportivas e/ou de exercício físico:

*Boa QdV: “Eu faço caminhadas”. FG#S14, Mulher*

*Boa QdV: “Praticar desporto, praticar exercícios, caminhadas, isso tudo faz parte da nossa vida”. FG#S48, Mulher*

Passeios/ir de fim-de-semana/refeições fora:

*Boa QdV: “Vou a excursões quando posso”. FG#S36, Mulher*

*Boa QdV: “Eu gosto é de passear”. FG#S53, Mulher*

*Má QdV: “Gosto muito de comer fora. Mas não como mais vezes porque o dinheiro não chega. Mas adoro comer fora! Mais do que passear”. FG#S3, Mulher*

Voluntariado:

*Boa QdV: “Eu tenho dedicado a maior parte do nosso tempo a serviços, ao voluntariado”. FG#S38, Homem*

*Boa QdV: “O serviço voluntário para mim é muito válido também. Ajudar o próximo”. FG#S32, Mulher*

*Má QdV: “Depois quando a minha mulher começou a ter problemas deixei essas coisas” [voluntariado]. FG#S9, Homem*

Jogos:

Boa QdV: “jogamos ao dominó, às cartas, jogo da paciência”. FG#S33, Mulher

Boa QdV: “vou divertir-me com colegas a jogar cartas”. FG#S22, Homem

Ter aulas ALV:

Boa QdV: “E continuava muito ativa a fazer cursos e cursos e cursos”. FG#S50, Mulher

Convívio geral:

Boa QdV: “O convívio é muito bom”. FG#S15, Homem

Atividades da vida diária:

Boa QdV: “às compras”. FG#S46, Homem

Boa QdV: “Para mim é ficar aqui em casa, a limpar, a arrumar, não gosto de estar sentada. Gosto de ter a minha casa sempre limpinha. Estender a roupa... gosto de me mexer, não gosto de ficar parada”.

EI#S4, Mulher

Boa QdV: “Vou às compras, faço a minha vida de casa, passar a ferro. Essas coisas básicas”. FG#S36, Mulher

Apoiar a família:

Boa QdV: “Mas graças a Deus ainda ajudo muito a minha filha, naquilo que posso. Sou muito feliz em ainda a poder ajudar.” FG#43, Mulher

Boa QdV: “Todos os dias vou buscá-lo [o neto] à creche. Este ano vai para a escola. Mesmo assim quando vem para o ATL, quando chega a hora sou eu que o vou buscar, enquanto o pai está no trabalho”.

EI#S4, Mulher

Boa QdV: “Se não fossemos nós agora a ajudar os netos eles [filhos] muita coisa não faziam. Os netos não fariam. Ir buscar ao colégio, ir levar à escola. Eles já agora precisam muito dos avós, são muito importantes (...) Porque eu reformei-me aos 55 anos e tenho ajudado imenso”. FG#S50, Mulher

Boa QdV: “Vivem connosco, não pagam renda de casa, já é uma grande ajuda, não é?” FG#S2, Mulher

As relações sociais com a família estavam relacionadas com os filhos e/ou família em geral, amigos e/ou conhecidos, vizinhos, relação conjugal, relação com netos e com o facto de receber apoio familiar:

Relação com filhos e/ou família em geral:

Boa QdV: “E há uma outra coisa que eu faço relativamente à família que já era para ter contado há bocado. Eu como patriarca de uma família, todos os fins-de-semana organizo na minha casa um almoço, o almoço da família. E temos presentes todas as semanas entre 12 a 20 pessoas”. FG#S41, Homem

Boa QdV: “Todos os dias, pelo telefone a gente fala para saber se está tudo ok (...) Sentimos é claro um pouco de saudades”. FG#S22, Homem

Boa QdV: “É ser muito amiga dos meus irmãos todos. Nunca me zanguei com eles. Todos gostam de mim”. FG#S43, Mulher

Má QdV: “As desavenças, os conflitos”. FG#S40, Mulher

Relação com amigos e/ou conhecidos:

Boa QdV: “Pois. Ela vem ver-me, eu vou vê-la. Se eu precisar de limpar a casa... Quando eu parti a perna, a minha colega XYZ dos batuques, veio lá a casa limpar-me os quartos”. EI#S4, Mulher

Boa QdV: “Qualidade de vida é viver num grupo de amigos, ter um grupo de amigos à nossa volta”.

Má QdV: “O que eu não gosto é de pessoas que são maldosas, afirmam coisas que nunca se passaram, que já me aconteceu a mim, que eu até fiquei muito ofendida com a pessoa que disse que me viu dar uma coisa que eu nem sabia, eu depois conto-lhe a história”. FG#S14, Mulher

Relação com vizinhos:

Boa QdV: “Se eu precisar tenho os vizinhos. Tenho uma vizinha que mora em cima de mim, que uma vez eu estava com dores nas pernas e que me veio trazer uma sopa. Se ela estiver doente eu também lhe posso levar uma tigela de sopa”. EI#S4, Mulher

*Má QdV:* "Sim, fazem sentir um pouco melhor. Hoje em dia sobretudo quem vive num prédio não conhece os vizinhos, nem bom dia nem boa tarde. Mas não se tem convívio nenhum, aliás, há pessoas que até nos fazem mal, por exemplo, lá em casa, no prédio, as pessoas não têm cuidado, esquecem-se. Eu tenho um patamarzinho cá em baixo, um terracinho, e as pessoas deixam cair tudo". FG#S9, Homem

Relação conjugal:

*Boa QdV:* "com a vivência dentro de casa, entre o casal entre o amor a vida bem compartilhada".

FG#S48, Mulher

*Má QdV:* "Se eu não tiver uma relação conjugal como deve ser, eu não tenho uma boa qualidade de vida". FG#S40, Mulher

Relação com netos:

*Boa QdV:* "Aos domingos passear com eles no jardim. Eu me sinto feliz ao lado dos meus netinhos. Eles sabem que eu hoje vim para aqui. Eles me perguntaram: "Avó tu vais para onde?" e eu disse "A avó vai passear", "e vais vir logo?" "Sim a avó vai vir logo!" FG#S11, Mulher

Apoio familiar:

*Boa QdV:* "A minha filha é que me sustenta porque a minha reforma é tão pequenina, não dá para tudo. Está a ver como é a vida? É assim. (...) [os outros filhos] Trabalham nos serviços da câmara. "Como é? Os ordenados são pequenos, têm filhos também. Coitados, é a vida!" FG#S8, Mulher

*Boa QdV:* "Primeiro que tudo se não tivermos uma família que nos apoie é um bocadinho é um bocadinho destruído para a gente. É a destruição total". FG#S17, Mulher

*Má QdV:* "Eu já pus o assunto à família e com a resposta que tive soube que dali não vinha nada". FG#S23, Mulher

*Má QdV:* "Não tive um apoio da família, porque a minha família, quando eu me divorciei do meu primeiro marido, do ricaço, afastou-se toda a gente, e nunca houve um telefonema a perguntar: precisas de uma ajuda?". FG#S26, Mulher

A saúde estava relacionada com a saúde física e com a saúde mental:

Saúde física:

*Boa QdV:* "Então... não tenho diabetes, não tenho colesterol, não tenho asma, que se saiba não sofro do coração... eu acho que é uma saúde boa". EI#S5, Mulher

*Boa QdV:* "Ter uma boa saúde tem uma boa qualidade de vida. Em todos os aspetos. Primeiro vem a saúde. A gente tendo saúde pode fazer tudo". FG#S25, Mulher

*Má QdV:* "[tem diabetes, colesterol...] Tiroide...Muitas coisas. Agora que estou velha é que vieram muitas doenças". EI#S4, Mulher

*Má QdV:* "Quando foi para me vir a menopausa não senti nada, não tive calores não tive nada, agora é que me vêm os calores. E depois traz-me ansiedade. Agora estou a fazer tratamento para a ansiedade". FG#S23, Mulher

Saúde mental:

*Má QdV:* "Daí que haja menos qualidade de vida. Perdemos, por exemplo a minha memória já me atraiçoia muito. Muitas vezes torno-me repetitivo, esqueço-me que já disse aquilo e volto a dizer novamente". FG#S9, Homem

Os transportes estavam relacionados com o serviço de transportes em si (horários, proximidade) e a adaptação dos transportes à mobilidade e acessibilidades (rampas, acompanhamento):

Transportes:

*Boa QdV:* "Ali na minha zona temos muito bons transportes. Tenho metro, muitos autocarros. Estou muito bem...". FG#46, Homem

*Má QdV:* " Eu também sinto que muitas vezes estamos tanto tempo à espera. Por exemplo temos uma consulta marcada para X horas, ou para fazer umas análises, é raro a gente chegar àquela hora que está marcada. Ou temos de sair com duas horas de antecedência". FG#S56, Mulher

Por fim, a voz, *representação e influência* estavam relacionadas com:

Sentimento de representação:

*Boa QdV:* " Pronto. Portanto, eu penso que a terceira idade, a chamada terceira idade, nunca viveu tão bem como agora. E a tendência, realmente, é para melhorar porque há muita protecção, há muitas associações e instituições que protegem as pessoas de idade". EI#S1, Homem

*Má QdV:* " Agora o Estado muitas vezes é que é o principal... porque passa a vida a aterrorizar os velhotes. Não havia necessidade nenhuma, porque os velhotes não fizeram mal a ninguém... a não ser ter vivido até uma determinada idade não é? E o Estado não devia aterrorizar os velhotes da maneira como vem fazendo até agora. Devia ter uma outra postura... se queria fazer uma alteração das leis, devia avisar... 'ah mas saiu e está no decreto-lei não sei quê'... mas quem é que lê? Qual é a pessoa de idade que anda a ler os decretos-lei?" EI#S1, Homem

Envolvimento na esfera pública e/ou na sociedade civil/ participação cidadã:

*Boa QdV:* "Estão completamente erradas. E eu tenho um exemplo disso ao longo da minha vida. Pessoas completamente erradas. O bairro onde eu resido foi um bairro conseguido através desta associação de moradores. É o único caso de realojamento neste país, com casas individuais, tipo vivendas. E houve pessoas naquela comunidade que pensavam que conseguiam sozinhas. Não conseguiram nada, e ficaram sem casa. Os outros que acreditaram que era possível todos juntos lutar, têm lá a sua casa, estão lá a viver". FG#S41, Homem

*Boa QdV:* "É ter voz, é ouvirem as nossas reclamações, é nós sentirmos que eles vêem as nossas necessidades". FG#S17, Mulher

*Má QdV:* "Ainda aqui há tempos encontrei o presidente da junta de Porto Salvo e disse-lhe "Está a ver senhor presidente, então como é que é? Olhe o meu marido com setenta e tal anos e eu com setenta e vimos aqui carregados que nem uns burros. Nem uns supermercados temos...".FG#S17, Mulher

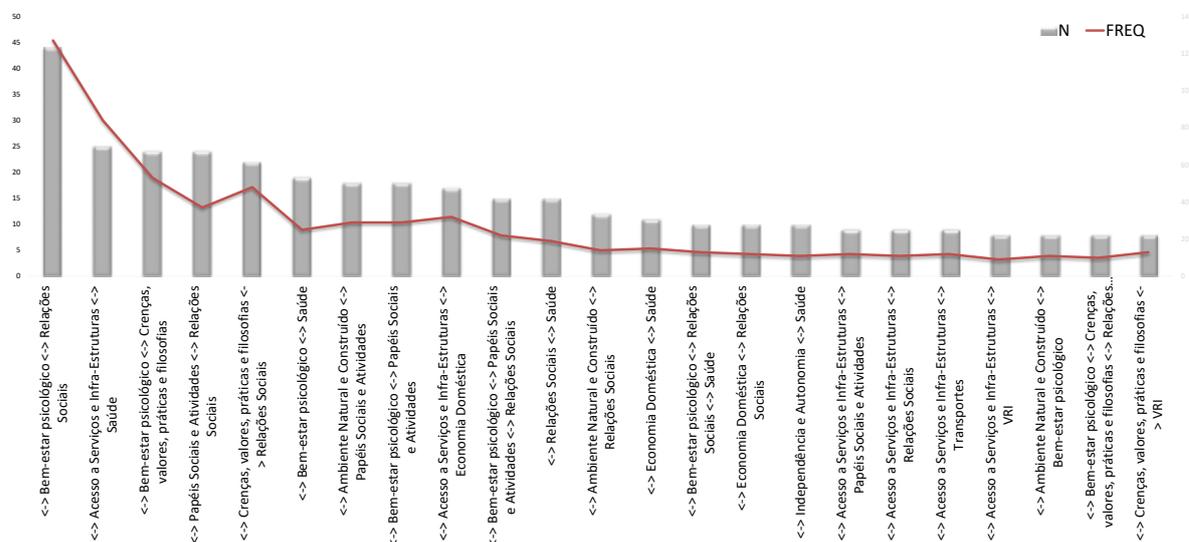
Percepção de equidade social:

*Má QdV:* " Sempre foi assim. Uns terem mais do que outros". FG#S8, Mulher

*Má QdV:* "Sim, sim. E que tenham o suficiente para terem uma vida não degradada. Para que tenham o indispensável, para se sentirem melhor, para não se sentirem uns infelizes e uns abandonados". FG#S42, Mulher

Tal como já foi referido anteriormente, o carácter multidimensional deste conceito, também foi evidente nesta investigação. Tal como é possível observar pelo gráfico seguinte, cruzando o número de participantes com o número de registos (para todas as questões), a maioria das referências nas quais é possível aferir maior multidimensionalidade foram entre as dimensões de bem-estar psicológico e relações sociais; acesso a serviços e infraestruturas e saúde; bem-estar psicológico e crenças/valores/práticas designadamente as crenças e práticas espirituais; papéis sociais e atividades e relações sociais; crenças/valores/práticas e relações sociais; bem-estar psicológico e saúde; entre outros.

Gráfico 15 – Multidimensionalidade da QdV a partir do número de participantes e número de unidades de registo



Fonte: Elaboração própria

#### Bem-estar psicológico e relações sociais:

*“E é a minha maior preocupação é o futuro, a estabilidade da minha filha e da minha neta. Porque eu com 79 anos, não vou chegar aos 92, nem quero. Na minha família, o máximo da idade de vida foi 83. Eu digo com certeza que o meu prazo de validade está a chegar ao fim e não conto viver mais do que os 83 anos. Porque é o máximo que a minha família, do lado materno. Mas é a segurança da minha filha”.* FG#S3, Mulher

#### Acesso a serviços e infraestruturas e saúde:

*“Fui eu, foi o INEM, toda a gente fala mal do INEM e eu em menos de meia hora foram-me pôr ao hospital”.* FG#S52, Mulher

*“Não há um enfermeiro para dar uma injeção”.* FG#S17, Mulher

*“Não, não estamos. Não estamos muito informadas porque nós vamos aos serviços sociais, ao centro de saúde, agora tiraram parte das coisas que lá estavam e uma pessoa para ir ao médico, para ter uma consulta é uma complicação muito grande. E algumas são mal-educadas”.* FG#S14, Mulher

#### Bem-estar psicológico e crenças/valores/práticas (crenças e práticas espirituais):

*“Não critico quem não o faça, mas eu tenho e sinto-me feliz”.* FG#S1, Homem

*“Mas esta força que uma pessoa tem, esta fé que tem, dá a força para a gente não sentir tanta solidão”.* FG#S17, Mulher

*“Graças a Deus. Também é a religião. Porque tenho fé, tenho muita fé em Deus e eu sinto que tenho ajuda. O que é que eu posso pedir mais? Eu sou feliz”.* FG#S47, Mulher

#### Papéis sociais e atividades e relações sociais:

*“(…)Qualidade de vida é viver e estar com os meus filhos e os meus netos, garantir o dia-a-dia de cada um, seja os meus filhos ou as minhas netas, é isso”.* FG#S10, Homem

*“Uma das razões porque fui foi também para conhecer mais pessoas do que as que conhecia. Combinamos, vamos tomar café juntas, conversamos, falamos sobre nós, para nos conhecermos umas às outras e é bom. Duas vezes por semana, não é nada de especial mas é um dia diferente”. FG#S54, Homem*

#### Crenças/valores/práticas e relações sociais:

*“É a de todos que comigo convivem e que no dia a dia nós travamos conversa e eu estou a ver que os outros precisam da minha ajuda, então eu devia ajudar, mas eu não tenho, não posso. Como ajudar? Eu quero-me sentir bem e quero estar bem, mas há uma pessoa ao meu lado que não está bem”. FG#S29, Mulher*

*“Há dias eu estava numa paragem de autocarro, e havia uma senhora, que por acaso até de “cor” levava umas coisas grandes, e havia ali bastante gente e ninguém ajudou. Eu cheguei-me à frente e fiquei feliz comigo mesmo ao ver o ar agradecido da senhora para comigo. Eu nunca tinha visto a senhora nem estava a espera de nada em troca”. FG#S9, Homem*

#### Bem-estar psicológico e saúde:

*“Quando eu fico muito stressada, por causa da minha doença”. FG#S34, Mulher*

*“Exatamente. Stressada com o que me vai acontecer, se vou ser operada ou não”. FG#S33, Mulher*

Por fim, analisando as aspirações e expectativas para o futuro captadas nas entrevistas semiestruturadas (e também a partir de alguns registos dos grupos focais) foi possível verificar referências relacionadas com a manutenção de relações frequentes com a família, recursos financeiros, a possibilidade de visitar as terras de origem, a existência de algum apoio formal ou informal em caso de necessidade (integração em lar vs permanência na habitação), bem como um mundo mais equitativo e orientado pela ética e valores.

Perante a descrição dos dados obtidos nesta investigação, importa agora relacionar os resultados deste estudo com a revisão de literatura em Gerontologia Social. Assim, apresenta-se o enquadramento e relação conceptual dos resultados empíricos, organizado a partir das categorias emergentes:

#### Acesso a infraestruturas e serviços:

A maioria dos participantes nesta investigação fez menção à importância de existência de diversos tipos de infraestruturas e serviços, designadamente na área do apoio domiciliário e institucionalização, comércio/serviços de proximidade, serviços de âmbito social/educativo e de saúde.

Em termos dos serviços de apoio domiciliário e de institucionalização (lares), de acordo com Almeida & Azeredo (2011), a representação que alguns idosos detêm sobre os lares é positivo, na medida em que possibilitam salvaguardar a dignidade da pessoa idosa em caso de incapacidade e dependência. No entanto, muitos manifestam o anseio de poder permanecer nas

suas habitações enquanto detiverem condições de saúde físicas e mentais que lhes permitam manter os seus hábitos de vida (Kihlgren & Thorsén, 1996, 1998; cit. por Almeida & Azeredo, 2011). Concomitantemente, em outras investigações desenvolvidas (AARP, 2003, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008) foi possível verificar que 90% dos idosos gostaria de permanecer o mais tempo possível nas suas habitações. Na presente investigação, apesar de alguns participantes referirem receber cuidados e apoio das suas famílias, outros perspetivam a grande dificuldade dos filhos poderem assegurar eventuais cuidados numa fase de maior dependência. Nesse sentido, muitos referem-se aos lares como garantia de apoio quando a rede de interação informal e afetiva não tem capacidade para dar resposta (Pimentel, 2001, cit. por Almeida & Azeredo, 2011).

Na presente investigação o comércio local e os serviços de proximidade foram igualmente referidos como sendo de grande pertinência para os mais velhos, que não raramente têm dificuldades de mobilidade, de transporte ou de natureza financeira para se deslocarem a locais mais distantes. Esta tendência é também verificada na literatura. Hooyman & Kiyak (2008) identificaram que a satisfação dos mais velhos com a sua comunidade aumentava mediante a existência de serviços e comércio de proximidade, nomeadamente mercearias, bancos, centros de dia/ convívio, entre outros com relevância para a população mais velha.

Tal como identificado por Paúl & Ribeiro (2012), a saúde física e mental é das principais preocupações das pessoas mais velhas. Entre os fatores relacionados com a saúde destacam-se os comportamentos dos indivíduos e o acesso a serviços de saúde (Putnam *et al.*, 2003, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). Quanto à tipologia de respostas mencionadas pelos participantes nesta investigação foi possível verificar características relativas ao acesso a infraestruturas serviços de saúde públicos e privados (e.g. ter médico de família, existência de serviços de medicina de especialidade, serviços de urgência, enfermeiros e assistentes) e qualidade dos mesmos (e.g. acesso a informação, qualidade do atendimento, rapidez na marcação de consultas, etc.), designadamente em termos de centros de saúde, hospitais, entre outros.

#### Ambiente Natural e Construído:

Na categoria ambiente natural e construído as questões da habitação foram bastante referidas pelos participantes nesta investigação, nomeadamente em termos do gostar/ desfrutar da sua habitação. Estes resultados são congruentes com a literatura, na medida em que a importância da habitação torna-se cada vez mais significativa à medida que as pessoas vão

envelhecendo (Peace, 1988, 1993; Sixmith, 1986, 1990, cit. por Bond, 1993). A habitação está frequentemente associada à dimensão doméstica, à privacidade e à intimidade. Sixmith (1990, cit. por Bond, 1993), numa investigação a pessoas idosas, identificou três grandes áreas associadas aos significados da habitação por parte dos participantes: a primeira relacionava-se com a centralidade da habitação para os mais velhos podendo tornar-se um local de refúgio (em especial quando a dimensão dos papéis sociais diminui); a segunda relaciona-se com a questão da independência face aos outros, nomeadamente em termos instrumentais; e o terceiro relativo à dimensão emocional atribuída à habitação, ou seja, enquanto espaço de memórias e significações passadas mas com impactos no presente e no futuro. Por outro lado, os participantes neste estudo problematizaram bastante as questões relativas à segurança e insegurança, tendo descrito várias situações de roubo e burlas vividas na primeira pessoa ou de conhecimento de outros. De acordo com Hooyman & Kiyak (2008), as condições em que os crimes decorrem contra as pessoas idosas diferem de outros grupos etários, nomeadamente porque a vitimização geralmente decorre durante o dia, na habitação das pessoas idosas ou nas suas imediações, por indivíduos sozinhos e sem recurso a armas. O receio de ser atacado constitui um elevado sentimento de vulnerabilidade das pessoas idosas, sendo esse receio mais acentuado nas mulheres do que nos homens. De acordo com estes autores, apesar dos mais velhos estarem menos sujeitos a crimes violentos, os crimes e fraudes económicas dominam nesta faixa etária, segundo dados provenientes dos departamentos policiais nas grandes cidades (e.g. fraude comercial).

#### Autonomia e Independência:

Na presente investigação os participantes mencionaram a importância de manterem a sua autonomia/independência de forma a continuarem a gerir as suas próprias vidas de forma independente. Nas sociedades ocidentais parece ser frequente associar-se a palavra dependência às pessoas da grande idade, no entanto estes estereótipos necessitam ser trabalhados. Clark (1972, cit. por Johnson, 1993) distinguiu várias formas de dependência sociopsicológica e individual-psicológica, nomeadamente a dependência em situações de crise (e.g. perda de um cônjuge), a dependência neurótica (desenvolvimento de patologias) e as dependências transitórias (e.g. transição para a reforma, menopausa, entre outras). A dependência verifica-se sempre que as pessoas idosas, de forma temporária ou permanente, são incapazes de desenvolver um conjunto de ações expectáveis na sociedade, bem como na sua vida quotidiana, tais como mobilidade física, funções sensoriais, estabilidade mental e comunicação verbal ou

escrita (Johnson, 1993). Nesta investigação, os participantes referiram e valorizaram a importância de manterem as suas capacidades de desenvolver as atividades da vida diária, tais como higiene pessoal e as tarefas domésticas, a sua vida social e poderem deslocar-se de forma autónoma. Carp (1980, cit. por Birren, 2007: 198) referiu que “na sociedade moderna, os idosos, como os de outras idades, têm de sair de casa para atender às necessidades de manutenção e de sociabilidade e recreação”. A capacidade de se movimentar de forma independente e autónoma tem bastante influência na QdV percebida dos mais velhos (Birren, 2007). Baltes & Silverberg (1995, cit. por Almeida & Azeredo, 2011) também categorizam a dependência em três vetores, nomeadamente a dependência estruturada (processo culturalmente construído em que o valor do indivíduo é determinado pela sua capacidade de produção); a dependência física (derivada da incapacidade funcional, ou seja, da incapacidade de desenvolver tarefas da vida diária); e a dependência comportamental (ou seja, as competências são avaliadas por outrem). No entanto, em situações de dependência de terceiros, os participantes enfatizaram a importância das relações com a família nos cuidados de assistência, ou seja, deterem apoio familiar/ rede de suporte informal.

#### Bem-estar Psicológico:

Na presente investigação foram realizadas várias referências dos participantes à dimensão psicológica e emocional. Segundo Fonseca (2014), o bem-estar psicológico relaciona-se com a compreensão dos processos psicológicos inerentes ao bem-estar. Apesar deste domínio ser relativamente recente tem contribuído com investigações relevantes na área da Psicologia e da Gerontologia. De acordo com Pinquart & Sorensen (2000, cit. por Fonseca, 2014), o bem-estar psicológico aplicado à Gerontologia relaciona-se com dimensões como a auto-estima, a satisfação com a vida, o ânimo, entre outras de natureza mais cognitiva. Por outro lado, Ryff *et al.* (1989, 1991, 1995, cit. por Fonseca, 2014), considerou no seu modelo multidimensional várias dimensões do funcionamento psicológico, tais como a detenção de objetivos na vida, crescimento pessoal, aceitação de si mesmo, autonomia, domínio do meio e relações positivas com outros. Adicionalmente, o *Population Reference Bureau* (2015) considerou a existência de três fatores no âmbito do bem-estar subjetivo, nomeadamente a satisfação com a vida, o bem-estar vivido (emoções como felicidade, tristeza, zanga, stress/tranquilidade ou dor) e o bem-estar eudaimónico (significado e propósito na vida).

Por outro lado, os participantes referiram também sentimentos relacionados com a solidão e vazio, alguns associados à dimensão de perdas/lutos. De acordo com alguns autores foi possível verificar que a maioria das pessoas idosas pensam ou falam sobre a morte com maior frequência do que pessoas de outros grupos etários, evidenciando calma e tranquilidade nos seus discursos (Munnichs, 1966, 1992; Kalish & Reynolds, 1976; Cameron *et al*, 1973; Lieberman & Tobin, 1983; Schneider, 1987, cit. por Sidell, 1993). No entanto, outros autores consideram que associada à morte, nas sociedades contemporâneas, estão características relacionadas com o isolamento e a burocratização (Prior, 1989, cit. por Sidell, 1993). A consciencialização da morte nas pessoas mais velhas pode provocar emoções distintas entre diferentes indivíduos ou até sentimentos e atitudes contraditórias na mesma pessoa (Sidell, 1993). Ainda assim, segundo Marshall (1980, cit. por Sidell, 1993), parece haver uma tendência para o receio em relação à morte ir diminuindo à medida que a idade avança. Por outro lado, e não obstante, a literatura gerontológica dedicada às questões do luto/perdas indicam que se trata de um processo bastante difícil para as pessoas idosas. Parkes (1986, cit. por Sidell, 1993), a partir das suas investigações, construiu um modelo que permitiu classificar os diferentes estágios de um indivíduo lidar com o falecimento de outrem. De acordo com este autor, quando um elemento do casal percebe que o companheiro já não se encontra neste mundo, numa fase inicial, experimenta sentimentos de grande angústia, no entanto, e de forma gradual, esses sentimentos vão dando lugar à capacidade dos indivíduos reorganizarem e a sua vida. Este autor verificou também a grande importância do falecimento ser acompanhado pelos cônjuges. No entanto, se as pessoas idosas, no último estágio de luto, não conseguirem reorganizar/ reintegrar a sua vida, o luto ainda não fica resolvido. De salientar que o luto e a perda de entes próximos e queridos afeta negativamente a saúde física e mental dos mais velhos (Sidell, 1993). O sentimento de solidão constitui, assim, um dos problemas mais sérios identificados pelas pessoas idosas (Bowling & Cartwrights, 1982, cit. por Sidell, 1993) evidência esta que também é consonante com as perspetivas partilhadas pelas pessoas idosas que participaram nesta investigação. Com efeito, o falecimento de irmãos, amigos e conhecidos constituem marcos que relembram a sua própria finitude, assim como marcam a perda de relações com o passado (Sidell, 1993).

#### Crenças, Valores, Práticas:

Tal como foi possível constatar no capítulo de apresentação de dados, neste estudo verificou-se um elevado número de referências dos participantes sobre crenças, valores e

práticas, marcadamente acentuadas pelas questões religiosas e espirituais. Esta dimensão foi associada à capacidade de dar significado à vida, de ultrapassar as dificuldades e desafios e ao sentimento de bem-estar psicológico (esperança, tranquilidade). A participação em grupos religiosos constitui uma importante fonte de suporte emocional e instrumental nas pessoas idosas (Cutler e Hendricks, 2000, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). O significado e importância da religião são mais acentuados na população mais velha do que nas camadas mais jovens (Wink e Dillon, 2001, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), evidência esta que vem ao encontro dos resultados desta investigação. A religião refere-se a um sistema organizado de crenças e valores espirituais e comportamentos compartilhados numa comunidade/grupo que são transmitidos ao longo do tempo (Hooyman & Kiyak, 2008). Segundo os autores, muitos idosos referem praticar diariamente a sua fé e religião e, para muitos, a fé e a oração são componentes efetivas para lidar com as dificuldades e adversidades. A religião exerce uma influência importante na saúde física (e.g. imunidade) e mental dos indivíduos (diminuição de doenças mentais tais como a depressão, ansiedade, entre outras) e está frequentemente associada a emoções de gratidão, esperança e perdão (Hooyman & Kiyak, 2008). Segundo alguns autores (Hudson, 2002; Koening, 2002; Miller e Thoresen, 2003; Oman e Thoresen, 2002; Smith, McCullough e Poll, 2003, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), a religião pode inclusivamente ajudar a lidar com problemas de saúde, na medida em que a pessoa idosa sente que a sua vida tem significado e encara o futuro com esperança. A relação entre a atividade religiosa e a saúde parece ser mais expressiva quando os idosos são voluntários em contextos religiosos (Hooyman & Kiyak, 2008). Para além da saúde, a religião também parece contribuir para o sentimento de pertença e suporte social, o que por sua vez também contribui para o aumento do seu bem-estar (Idler, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). Por outro lado, a espiritualidade é um conceito mais lato que a religião e está associado à crença de que a vida está relacionada com algo maior e poderoso, podendo em situação de doença ou no fim da vida estar também associado ao significado e propósito da vida e a questões relacionadas com a vida após a morte (Hooyman & Kiyak, 2008). Elevados níveis de espiritualidade também parecem estar relacionados com indicadores o significado/propósito da vida, autoestima e QdV percebida (Idler, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008).

#### Economia Doméstica:

A questão da pobreza e privação das pessoas idosas tem sido alvo de diversas investigações a nível científico na área do envelhecimento e, apesar do compromisso crescente

a nível político que tem permitido assegurar pensões aos idosos, diversas investigações têm confirmado e produzido conhecimento sobre a predominância da pobreza nas pessoas idosas (Cole e Utting, 1962; Townsend e Wedderburn, 1965; Townsend, 1979, cit. por Walker, 1993). A questão dos baixos rendimentos e pobreza além de afetar uma proporção substancial da população idosa pode constituir uma experiência bastante duradoura. Nesta investigação, vários participantes enfatizaram a importância de deter pelo menos recursos financeiros suficientes para pagar as despesas correntes (renda, água, eletricidade, gás, alimentação, medicamentos), no entanto foi também expresso, por alguns participantes, as dificuldades face ao cumprimento dessas obrigações, as estratégias para ultrapassá-las e os impactos inerentes a estas dificuldades, tais como a privação (e.g. por vezes tendo de optar entre a aquisição de alimentos ou medicamentos). Tal como referido por Walker (1993), a incidência de baixos rendimentos e pobreza entre a população idosa é refletida em várias formas de privação, tais como a menor capacidade de adquirir bens duradouros (e.g. frigorífico), a reduzida aquisição de alimentos frescos na maioria das suas refeições, a incapacidade de participar em atividades sociais, entre outros (Townsend, 1979, cit. por Walker, 1993).

#### Papeis Sociais e Atividades:

As atividades de lazer podem ser definidas como qualquer atividade caracterizada pela ausência de obrigação e à qual é inerente um sentimento de satisfação. As atividades de lazer podem variar consoante o género e a condição socioeconómica dos mais velhos: enquanto os homens tendem a realizar a manutenção da habitação e a cuidar do quintal/jardim/horta, as mulheres tendem a realizar mais tarefas domésticas, a desempenhar o papel de cuidador e de apoio à família, assim como a desempenhar mais funções de voluntariado (Hooyman & Kiyak, 2008). Na presente investigação foi possível identificar como principais resultados, as atividades da vida diária e de lazer realizadas individualmente, a questão do apoiar a família, as atividades desportivas, artísticas e culturais, passeios/ir de fim-de-semana/refeições fora, jogos, ter aulas/aprendizagem ao longo da vida e o voluntariado. De acordo com Hooyman & Kiyak (2008), as pessoas mais velhas tendem a desenvolver mais atividades sozinhas e sedentárias do que os mais novos (e.g. ler, ver televisão), assim como a despender mais tempo nos cuidados pessoais, dormir e descansar, ir às compras ou não fazer nada em específico. Em particular, a questão da realização das atividades da vida diária (e.g. cozinhar, entre outras) cumprem um papel crítico na vida das pessoas idosas em termos da manutenção das suas competências pessoais, auto-estima e satisfação com a vida. De acordo com os mesmos autores,

um dos maiores benefícios associados à realização das atividades de lazer relaciona-se com a criação de redes de suporte informal. As atividades que privilegiam e valorizam a pessoa idosa como recurso na sociedade cumprem também um papel particularmente importante na satisfação com a vida e o bem-estar psicológico (Menec, 2003, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008).

### Relações Sociais:

À medida que as pessoas vão envelhecendo as relações sociais vão-se alterando, podendo intensificar-se, inclusivamente, a necessidade de suporte social (Hooyman & Kiyak, 2008). O suporte social da rede informal pode ser a nível de informação, emocional ou instrumental, verificando-se que as pessoas idosas privilegiam primeiro estes recursos e só posteriormente as redes de suporte formal (Hooyman & Kiyak, 2008). A importância do apoio e suporte emocional e instrumental tem sido bastante estudado cientificamente, ressaltando como principais benefícios o bem-estar físico e mental e o sentimento de utilidade e de controlo (Berkman, 2002; Kraus, 2006; Lubben e Gironde, 2003; Lubben et al., 2006; Lyyra e Heikkinen, 2006; Uchino, 2004, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), bem como melhorias do funcionamento cognitivo (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2004; Liang, Krause & Bennett, 2001; Moren-Cross & Lin, 2006; Seeman *et al.*, 2002, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008).

Nesta investigação, os participantes enfatizaram bastante a importância das redes de suporte informal na sua QdV, em termos do contacto e da qualidade da relação, designadamente com a família (cônjuge, filhos, netos e família alargada), os amigos e os vizinhos. A centralidade da família foi, no entanto, predominante, constituindo-se como a fonte de suporte mais valorizada pelos participantes. Os resultados deste estudo estão também em consonância com a literatura, na medida em que a família é identificada como fonte principal de apoio das pessoas mais velhas (Hooyman & Kiyak, 2008).

De acordo estes autores, uma tendência cada vez mais crescente relaciona-se com o cruzamento familiar entre diferentes gerações (devido ao aumento da longevidade), no entanto verifica-se que a disponibilidade dos membros para cuidar e apoiar as pessoas idosas vai diminuindo (redução do tamanho das famílias, da crescente empregabilidade das mulheres e do aumento do número de dissoluções familiares). Apesar desta tendência, e da consciencialização dos mais velhos sobre os desafios inerentes aos cuidadores familiares, verifica-se uma elevada valorização dos participantes relativo ao apoio familiar recebido. Concomitantemente com os

resultados desta investigação, a relação conjugal desempenha um papel crucial na idade maior, sendo também associada a uma boa QdV (George, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). As relações com os cônjuges são importantes em termos de suporte social, saúde física e bem-estar psicológico designadamente em termos de satisfação com a vida e felicidade, em especial nos homens (Connidis, 2001; Lyyra e Heikkinen, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). Três funções principais são associadas à conjugalidade, nomeadamente a intimidade, a interdependência e o sentimento de pertença. Por outro lado, a perda de suporte social em situações de viuvez, perda de entes queridos ou divórcio, contribuem para a existência de problemas de saúde, assim como um sentimento de mal-estar crescente. Nesta investigação, muitos participantes referiram-se ao sentimento de solidão e vazio, especialmente em situações de perda de entes queridos (cônjuge, filhos, entre outros). De acordo com a literatura científica, o isolamento social pode conduzir a um elevado risco de incapacidade, reduzida capacidade recuperação em caso de doença, entre outros impactos negativos (Findlay, 2003; Lyyra e Heikkinen, 2006; Moren-Cross e Lin, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). A relação com os netos foi também destacada por alguns participantes. De acordo com alguns autores (Drew e Silverstein, 2004; Mueller e Elder, 2003; Reitzes e Mutran, 2004, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), a relação entre os avós e netos está associada à sua satisfação com a vida e bem-estar psicológico. Hooyman & Kiyak (2008) referem que, frequentemente, os avós pretendem transmitir valores e padrões éticos aos netos, crenças religiosas e compromisso com o sucesso.

Por outro lado, e tal como referido pelos participantes neste estudo, os amigos e vizinhos desempenham um importante papel de suporte emocional mas também instrumental (e.g. apoio pontual em situações de doença, transporte, etc.). Segundo Steven et al (2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), se as amizades forem recíprocas e satisfizerem as necessidades sociais e instrumentais, o sentimento de solidão pode ser compensado. A reciprocidade e qualidade das relações são fatores críticos de manutenção das redes de amizade e são muitas vezes associadas a felicidade e bem-estar psicológico (Adams, Blieszner e de Vries, 2000; Hogan, Linden e Najarian, 2002, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). Por outro lado, neste estudo alguns participantes também referiram que a contribuir para uma redução da QdV estavam os amigos, designadamente pela dificuldade em estabelecer novas relações, a falta de sensibilidade de outros idosos face aos desafios sentidos, entre outras situações. Tal como evidenciado por vários autores (Hogan et al, 2002; DeMallie et al, 1997; Litwin, 2003, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), as amizades também podem ser caracterizadas por interações negativas tais como

conselhos ou assistência indesejados, respostas que minimizam as dificuldades enfrentadas pelos idosos e demandas excessivas de assistência.

### Saúde:

De acordo com a OMS (s/d, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008), uma boa saúde relaciona-se com um estado de bem-estar pleno a nível físico, mental e social. A saúde implica uma interação e integração entre o corpo, a mente e o espírito. No entanto, outro termo associado relaciona-se com o estado de saúde que, por sua vez, refere-se à presença ou ausência de doença e ao nível de incapacidade funcional (e.g. capacidade de executar atividades da vida diária, etc. Nesta investigação, foi possível constatar a existência de conteúdos que remetiam para ambas as situações, tendo sido registadas afirmações associadas à alimentação/dieta, ao tabagismo, ao consumo de álcool, à atividade física, entre outros (Hooyman & Kiyak, 2008). Para Hooyman & Kiyak (2008), QdV pode ser definida como a combinação das condições físicas de uma pessoa idosa, os seus sentimentos de competência, independência nas atividades da vida diária e satisfação com a vida. De uma forma geral, as pessoas idosas que se autoavaliam como tendo uma saúde razoável tendem a sentir-se mais felizes e satisfeitas e a participar nas atividades sociais do que os indivíduos que se autoavaliam como tendo níveis de saúde muito reduzidos (Hooyman & Kiyak, 2008). Nesta investigação também foi possível verificar várias menções a doenças ou episódios de saúde específicos. De acordo com Direção Geral de Saúde (2014), considerando os óbitos da população com 65 ou mais anos, as principais causas de morte em Portugal são por tumores malignos (65-74 anos) e doenças do aparelho circulatório (75 ou mais anos).

Nesta investigação, alguns participantes também fizeram referências a dimensões relacionadas com a saúde mental e os impactos das mesmas na sua vida e/ou na dos outros indivíduos. Segundo Hooyman & Kiyak (2008), do ponto de vista da saúde mental destacam-se algumas características de um envelhecimento psicológico dito normal, designadamente alterações a nível dos processos cognitivos (e.g. memória, atenção, capacidade de lidar/ultrapassar os desafios), de personalidade, entre outros. No entanto, algumas pessoas idosas vão experienciando problemas mais graves em termos de capacidades cognitivas, estabilidade emocional, comportamento interpessoal, etc. De acordo com os autores, algumas das situações de saúde mental mais comuns entre os mais velhos, relacionam-se com a depressão, podendo esta ser despoletada, em alguns casos, por eventos/situações traumáticas (e.g. doença, morte de um ente querido). Os indivíduos com limitações físicas mais incapacitantes (e.g. cancro, dor crónica, etc.) e sem rede de suporte social estão mais expostos

a esse risco. Outras situações de saúde mental bastante comuns são as demências, causadas ou associadas a mutações cerebrais que debilitam as funções cognitivas, comportamentais e de personalidade. Algumas demências são reversíveis e outras são irreversíveis. Os estudos epidemiológicos identificaram uma prevalência significativa de situações demenciais à medida que a idade avança, designadamente a entre os indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e os 90 anos (Hooyman & Kiyak, 2008).

#### Transportes:

Esta categoria está bastante relacionada com a dimensão da autonomia, independência e satisfação com a vida. Segundo Birren (2007), os mais velhos que detinham uma capacidade de mobilidade mais limitada devido questões de saúde ou ausência de carro autoavaliavam-se como estando menos satisfeitas. A dimensão de ser detentor de um carro e poder conduzi-lo, assim como uma boa rede de transportes, em termos de acesso e qualidade, foi mencionada por alguns participantes deste estudo. Estes indicadores foram também endereçados por investigadores, nomeadamente em termos da maximização de autonomia a partir da disponibilização de transportes e recursos que apoiem os mais velhos, em especial com maiores incapacidades, a permanecer nas suas habitações (Austin et al., 2001; Hanson & Emlet, 2006, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). Hooyman & Kiyak (2008) identificaram também a necessidade de existir carrinhas especiais ou outro tipo de transportes adaptados que possibilitassem e apoiassem os idosos nas deslocações a diferentes serviços.

#### Voz, Representação, Influência:

Nesta investigação as principais referências produzidas pelos participantes referiram-se ao sentimento de representação pelo poder político, percepção de equidade social e envolvimento na esfera pública e/ou na sociedade civil/ participação cidadã. A participação cidadã ou envolvimento cívico é geralmente definido como um processo no qual os indivíduos participam ativamente na vida das comunidades, a partir de atividades individuais e coletivas, tais como votar, participar em movimentos/ grupos/ associações e voluntariado (Harvard/MetLife, 2004, cit. por Hooyman & Kiyak, 2008). O envolvimento cívico enfatiza a responsabilidade individual, a auto-confiança e o seu contributo (Hooyman & Kiyak, 2008). Outra importante característica subjacente a esta categoria relaciona-se com a participação política. Esta participação pode variar entre o votar a fazer parte integrante de um movimento

ou grupo político (Hooyman & Kiyak, 2008). Como vimos nesta investigação e em consonância com os resultados obtidos em outras investigações em Portugal (e descritas anteriormente no capítulo dedicado ao envelhecimento social), urge fortalecer e otimizar a participação dos mais velhos e o seu sentimento de representação nas diferentes modalidades (política, pertença a movimento e organizações de base local ou associativa, entre outros).

Por fim, com vista a representar graficamente os resultados obtidos, apresenta-se a figura seguinte:

Figura 2 – Categorias/domínios de QdV emergentes



Fonte: Elaboração própria

## 2.4. Priorização de dimensões da QdV

Resultante das ponderações atribuídas pelos participantes (a partir das 10 bolinhas disponíveis) nas diversas dimensões de QdV apresentadas no final dos grupos focais e entrevistas semiestruturadas (e cuja proposta de arrumação foi realizada *in loco*) foi possível verificar que os participantes atribuíam grande importância às dimensões: saúde (19,4%), bem-estar psicológico (12,5%), economia doméstica (11,6%), ambiente natural e construído (10,3%), relações sociais (9,6%) e independência (8,5%)<sup>20</sup>. De referir que, neste exercício, a dimensão do bem-estar psicológico incluiu características referentes a crenças, valores e práticas, pelo que esta priorização de dimensões não corresponde à categorização realizada nos grupos focais (nesta última optou-se por criar uma categoria referente a crenças, valores e práticas).

Tabela 15 – Priorização de dimensões da QdV

| Dimensões                                | Resultados  |
|--|-------------|
| Saúde, <i>n</i> (%)                      | 117 (19,4%) |
| Bem-estar psicológico, <i>n</i> (%)      | 75 (12,5%)  |
| Recursos financeiros, <i>n</i> (%)       | 70 (11,6%)  |
| Habitação e espaço público, <i>n</i> (%) | 62 (10,3%)  |
| Relações sociais, <i>n</i> (%)           | 58 (9,6%)   |
| Independência, <i>n</i> (%)              | 51 (8,5%)   |
| Transportes, <i>n</i> (%)                | 48 (8,0%)   |
| Vida social e cultural, <i>n</i> (%)     | 46 (7,6%)   |
| Voz e representação, <i>n</i> (%)        | 42 (6,8%)   |
| Acesso a serviços, <i>n</i> (%)          | 34 (5,6%)   |

<sup>20</sup> Vide apêndice 10.

## **Reflexões Finais**

### **Síntese dos principais resultados e pertinência dos mesmos**

Sintetizando os principais resultados obtidos nesta investigação é possível verificar que as respostas dos participantes são diversas no que concerne ao significado que atribuem a este conceito, aos constituintes de uma boa e reduzida QdV, às dimensões que mais valorizam e à forma como consideram que estas podem ser melhoradas. Relativamente ao conceito as categorias referidas pela maioria das pessoas idosas foram: a saúde (66%), relações sociais (55%), bem-estar psicológico (54%) e papéis sociais e atividades (49%). Quanto aos constituintes para uma boa QdV, a maioria dos participantes fez referência a características relacionadas com as relações sociais (83%), papéis sociais e atividades (78%), bem-estar psicológico (71%), crenças/valores/práticas (68%) e saúde (52%). Nos constituintes de uma reduzida QdV a maioria dos participantes fez referências a características relacionadas com o mal-estar psicológico (69%), falta de saúde (51%), falta de contacto/qualidade das relações sociais (49%) e economia doméstica deficitária (48%). Como mais importantes para a QdV a maioria dos participantes fez referências a características relacionadas com a saúde (38%) e relações sociais (28%). Relativamente à melhoria da QdV individual os participantes fizeram referências a questões relacionadas com a saúde (25%), relações sociais (20%), acesso a serviços e infraestruturas (20%) e papéis sociais e atividades (18%). Na melhoria da QdV das pessoas da sua idade a maioria faz referências a questões relacionadas com o acesso a serviços e infraestruturas (17%).

Em termos da auto-avaliação da QdV em geral foi igualmente possível constatar que a maioria dos participantes auto-avaliou a sua QdV como boa (65%), no entanto, importará refletir que 23,3% autoavaliou a sua QdV no pólo oposto, ou seja, como má ou muito má.

Não obstante, importa referir que os resultados desta investigação vêm reforçar o carácter multidimensional deste conceito dada a identificação, pelos participantes, da interrelação entre diferentes dimensões da QdV (e.g. saúde e relações sociais, bem-estar psicológico e relações sociais, entre outros). Este conceito reporta também para as dimensões macro (ao nível dos sistemas) e micro (características individuais), assim como de carácter objetivo e subjetivo. Foi igualmente visível que se trata de um conceito em que os mais velhos identificam os seus recursos internos e externos e o que conseguem alavancar com os mesmos.

Foi também possível observar algumas variações de respostas entre participantes, assim como as suas justificações e perspetivas. Em parte, essas diferenças poderão estar relacionadas com as diferentes experiências de vida adquiridas pelos indivíduos, assim como ao seu estilo

de vida atual e expectativas e aspirações para o futuro (Diener *et al.*, 1985, cit. por Kanji, Khowaja & Hicks, 2007). Por outro lado, o facto dos participantes terem debatido entre si, nos grupos focais, poderá ter gerado efeitos não previstos inicialmente no que concerne à alteração das suas representações. Se por um lado estimular a reflexão sobre este tema contribui para a clarificação das representações dos participantes sobre esta temática, por outro, é expetável que, partindo da comunicação/interação com diferentes pessoas, estas possam ser modificadas.

De salientar que, apesar de não ser possível estabelecer comparações com o estudo de Bowling *et al.* (2003), os principais constituintes de uma boa QdV e de uma QdV reduzida são semelhantes, apesar de deterem expressões percentuais diferentes.

Face ao exposto, é visível a pertinência de estudar a temática da QdV nas pessoas mais velhas em Gerontologia Social. Como foi possível observar a partir dos dados atuais e projeções para o futuro, as sociedades desenvolvidas ou em desenvolvimento têm um futuro com cada vez maior número de pessoas idosas. Por sua vez, trata-se de um grupo heterogéneo constituído por pessoas que detém um conjunto diverso de interesses, necessidades e aspirações, que estão em constante mutação. Este processo de envelhecimento é igualmente influenciado por fatores de vária ordem numa perspetiva ecológica (antecedentes genéticos, processos comportamentais, bem como sociais). Assim, torna-se imprescindível, a nível científico e social, identificar e compreender as perspetivas das pessoas idosas de forma a garantir elevados padrões de eficácia e eficiência. Em termos mais concretos, esta investigação é pertinente pela produção de conhecimento científico, com dados empíricos e enquadramento conceptual ao nível da Gerontologia Social, em território nacional. O facto deste estudo ter um desenho predominantemente qualitativo também constitui uma mais-valia por possibilitar aceder à enorme riqueza de informação veiculada pelos mais velhos. Por outro lado, esta investigação torna evidente a interrelação entre dimensões demonstrando o seu carácter multidimensional, o que permite dar pistas para a necessidade de se desenhar e desenvolver estratégias, medidas, políticas, serviços e programas integrados, nomeadamente que vão ao encontro dos domínios da saúde (física e mental) e do bem-estar psicológico, das relações sociais sobretudo ao nível da família (mas também dos amigos), da existência de papeis sociais e de atividades da vida diária e desportivas/ artísticas/ culturais/ recreativas/ cívicas na comunidade. Foi igualmente importante compreender a relevância de outros domínios menos investigados em Gerontologia Social mas com impactos na vida dos mais velhos, tais como a autonomia e independência, a questão das crenças/valores/práticas e dos transportes/mobilidade. Os serviços/infraestruturas, designadamente em termos de cuidados domiciliários e/ou institucionalização, foram também

domínios importantes considerados pelos participantes em termos de acesso/capacidade dos mesmos e de qualidade dos modelos/sistemas atualmente em vigor.

### **Limitações do estudo**

Importa refletir sobre algumas limitações deste estudo, designadamente o facto de nem todos os participantes, nos grupos focais, terem respondido a todas as questões colocadas pelo entrevistador, por limitações de tempo. Por outro lado, nem todas as perguntas detiveram o mesmo tempo de investimento para explorar as respostas dos participantes, designadamente nas questões relacionadas com as dimensões mais valorizadas e formas de melhoria da QdV individual e dos indivíduos da mesma idade. Salienta-se também, como limitação deste estudo, o facto de, decorrente das sessões plenárias, não ter sido possível identificar alguns respondentes na transcrição das entrevistas, tendo-se excluindo, por isso, esses registos. Em termos de instrumentos e ferramentas utilizadas nesta investigação, foi possível verificar que, apesar da adaptação e simplificação do instrumento Person Generated Index© of Quality of Life (AKDN, 2013) a sua aplicação revelou-se confusa para os participantes, pelo que será necessário estruturá-la de forma diferente, nomeadamente a partir da atribuição de mais tempo aos participantes para realizarem a tarefa.

### **Implicações para futuras investigações**

Em termos de implicações para estudos e investigações posteriores importará mencionar que, apesar de se considerar a natureza exploratória desta investigação e de ter sido privilegiado o método de seleção da amostra por conveniência, seria interessante o desenvolvimento de investigações futuras que também permitam uma generalização de resultados (i.e., utilização mista de métodos e técnicas de recolha de dados). Isso permitiria, por um lado, contribuir para o aumento da produção científica, com amostras representativas, em território nacional e, por outro, estabelecer ligações e comparações com estudos e investigações desenvolvidas em outros países (e.g. investigações desenvolvidas por Bowling *et al.*, no âmbito do Growing Older Programme no Reino Unido, entre outras investigações), numa lógica de aumentar e reforçar o conhecimento científico em Gerontologia Social. Seria também interessante compreender e avaliar como este tipo de estudo contribui para o empoderamento dos participantes, uma vez que permitiu dar voz aos mesmos. Pese embora a opção clara de, neste estudo, privilegiar-se o público com 65 ou mais anos de idade, deixa-se também a sugestão de que futuras investigações possam abranger um público mais novo (com 60 anos de idade). De forma a contribuir para

uma maior fidelidade na análise de conteúdo sugere-se ainda a criação de uma equipa de investigadores que codifiquem os conteúdos, de forma rigorosa, a partir dos mesmos critérios (a fidelidade inter-codificadores). Em termos de técnicas de investigação, considerando a experiência tida nesta investigação, considera-se pertinente a realização de grupos focais e de entrevistas semiestruturadas. No entanto, dada a possibilidade de obtenção de informações em maior profundidade e detalhe pode ser interessante aumentar a quantidade destas últimas.

## Bibliografia

- Achenbaum, W. & Albert, D. (1995). *Profiles in gerontology: A biographical dictionary*. Westport: Greenwood Press.
- Adler e Adler (2012). Expert voices. In Baker, S. & Edwards, R., *How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research* (pp. 8-11). National Centre for Research Methods Review Paper. Acedido em [http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how\\_many\\_interviews.pdf](http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf), a 15 de Abril de 2016.
- Almeida, M. & Azeredo, Z. (2011). A pessoa idosa e os seus medos. In UNIESEP, Núcleo de investigação em saúde e qualidade de vida. *Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir* (pp. 252-257). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F721889083/E-book\\_final.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf), a 1 de Setembro de 2016.
- Almeida, M. (2016). Iniciativas de participação cidadã de idosos em Portugal: um estudo exploratório. *Análise Social*, 219, 2, 402-431, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Acedido em [http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS\\_219\\_art06.pdf](http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_219_art06.pdf), a 1 de Setembro de 2016.
- Amaro R. (2003). Desenvolvimento: um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria. *Cadernos de Estudos Africanos*, 4. Acedido em <https://cea.revues.org/pdf/1573>, a 29 de Janeiro de 2016.
- António, S. (2008). Prospetiva demográfica. In *Cadernos de Economia*, 84, Jul/Set., pp. 7-12.
- António, S. (2011). Um mundo grisalho. In *Cadernos de Economia*, 96, Jul/Set., pp. 15-19.
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. Carvalho (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 81-101). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- António, S. (2014). Envelhecimento demográfico e insustentabilidade da segurança social. In *Cadernos de Economia*, 108, Jul/Set., pp. 38-44.
- António, S. (2011). Solidariedade intergeracional: Envelhecimento demográfico e opiniões dos portugueses. *Intervenção Social*, 36, pp. 87-97.
- Bastos, A., Faria, C., Azevedo, C. & Carvalho, J. (2008). Desafios e oportunidades. In *Cadernos de Economia*, 84, Jul/Set., pp.14-19. Lisboa.

- Binstock, R. & George, L. (2006). *Handbook of aging and the social sciences* (6<sup>th</sup> edition). Burlingon: Academic Press.
- Birren, J. (2007). History of Gerontology. In Birren, J. (Ed.). *The Encyclopedia of Gerontology, Age, Aging, and the Aged* (2nd edition) (pp.601-610). USA: Academic Press.
- Birren, J. (1996). Theories of aging: Biological. In Yates, F. (Ed). *The Encyclopedia of Gerontology, Age, Aging, and the Aged* (pp.601-610). New York: Academic Press.
- Birren, J. (1996). Theories of aging: Psychological. In Schroots, J. (Ed). *The Encyclopedia of Gerontology, Age, Aging, and the Aged* (pp.611-620). New York: Academic Press.
- Birren, J. (1996). Theories of aging: Social, In Marshall, V. (Ed). *The Encyclopedia of Gerontology, Age, Aging, and the Aged* (pp.621-630). New York: Academic Press.
- Bond, J. (1993). Living arrangements of elderly people. In Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. *Ageing in society: An introduction to social gerontology* (2nd edition) (pp. 200-225). London: Sage Publications.
- Bond, J. & Corner, L. (2004). *Rethinking ageing: Quality of life and older people*. United Kingdom: McGraw-Hill.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales* (2nd edition). USA: Open University Press.
- Bowling, A. (2005). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales* (3rd edition). USA: McGraw-Hill.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Mental Health*, 6, 355-371.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D. & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and human Development*, 56(4), 269-306.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Banister, D. & Sutton, S. (2002). Adding quality to quantity: older people's views on their quality of life and its enhancement. *Research Findings, Growing Older Programme* (7), 1-4. Acedido em [www.growingolder.group.shef.ac.uk/Bowling\\_F7.pdf](http://www.growingolder.group.shef.ac.uk/Bowling_F7.pdf), a 5 de Fevereiro de 2016.
- Bowling & Gabriel (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27, 827-848.

- Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. (2004). Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of the literature. In *European Forum on Population Ageing Research*. Acedido em <https://lemosandcrane.co.uk/resources/European%20Forum%20on%20Population%20Ageing%20Research%20-%20Models%20of%20Quality%20of%20Life.pdf>, a 1 de Fevereiro de 2016.
- Cabral, M. & Ferreira, P. (2013). *O envelhecimento ativo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em [https://ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo\\_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf](https://ffms.pt/upload/docs/envelhecimento-activo_qD9h1QM-u0a6cpVzHYdAmw.pdf), a 18 de Março de 2016.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em [www.ffms.pt/upload/docs/4e326275-8ec4-4e10-8e5d-0dab9ad2657a.pdf](http://www.ffms.pt/upload/docs/4e326275-8ec4-4e10-8e5d-0dab9ad2657a.pdf), a 18 de Março de 2016.
- Câmara, S. (2015). *Atitudes de futuros profissionais de saúde e serviço social face ao trabalho com a população idosa: Escala de Kogan e relações intergeracionais*. Tese de Doutoramento. Departamento de Medicina. Coruña: Universidade da Coruña.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem* (2ª Ed). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, H., Esgaio, A. & Pinto, C. (2014). *Intervenção social com grupos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa.
- Carvalho, M. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In M. Carvalho (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 149-161). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- D'Araújo, A., Alpuim, M., Rivero, C., & Marújo, H. (2015). Possibilidades para envelhecer positivamente: Um estudo de caso com base na psicologia positiva. *Revista E-Psi*, 5(1), 40-75. Acedido em [http://apeipp.com/pages/eventos/d-Araujo-et-al-2015\\_Possibilidades-para-Envelhecer-Positivamente.pdf](http://apeipp.com/pages/eventos/d-Araujo-et-al-2015_Possibilidades-para-Envelhecer-Positivamente.pdf), a 1 de Fevereiro de 2016.

- Dean, M. (s/d). Growing older in the 21st century. *Research Programme on Extending Quality Life*. Acedido em [www.growingolder.group.shef.ac.uk/GOinthe21stCent.pdf](http://www.growingolder.group.shef.ac.uk/GOinthe21stCent.pdf), a 7 de Janeiro 2016.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research* (pp.1-17). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Portugal idade maior em números: 2014*. Direção de Serviços de Informação e Análise. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>, a 1 de Setembro de 2016.
- Economic and Social Research Council (s/d). *Growing Older Programme Project Summaries. Research Programme on Extending Quality Life*. Acedido em [www.growingolder.group.shef.ac.uk/GOProgSumms.pdf](http://www.growingolder.group.shef.ac.uk/GOProgSumms.pdf), a 1 de Fevereiro de 2016.
- Erber, J. (2013). *Ageing and older adulthood* (3rd edition). Chicester: Wiley-Blackwell.
- Evers, J. (2011). From the past into the future. How technological developments change our ways of data collection, transcription and analysis. In *Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), Acedido em <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1636>, a 15 de Abril de 2016.
- Eurostat (2015). *People in the EU: who are we and how do we live?* Luxembourg: Publications Office of the European Union. Acedido em <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7089681/KS-04-15-567-EN-N.pdf/8b2459fe-0e4e-4bb7-bca7-7522999c3bfd>, a 8 de Dezembro de 2015.
- Eurostat (2015). *La population de l'EU: Un aperçu d'une richesse sans précédent*. Eurostat Communiqué de Presse. Acedido em <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7088509/3-27112015-AP-FR.pdf/91777ab3-2b02-4ac7-8674-8f405cf9d20b>, a 2 de Abril de 2016.
- Farquar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursuring*, 22, 502-508.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

- Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecer ativo, envelhecer saudável: O grande desafio. *Fórum Sociológico, Série II, 17(5)*, pp. 11-16.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. USA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia social*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Fonsesa, A. (2014). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Fontana, A. & Frey, J. (1994). The art of science, In Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.). *The Handbook of Qualitative Research* (pp. 361-76). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fry, P. S. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *International Journal of Aging and Human Development, 50 (4)*, 361-383.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2004). *Quality of life in Europe: First european quality of life survey 2003*. Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. Acedido em [www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf), a 18 de Março de 2016.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society, 24 (5)*, 675-691.
- Galloway, S., Hamilton, C. & Scullion, A. (2005). *Literature review in quality of life and well-being, measuring the benefits of culture and sport: Literature and thinkpiece*. Scottish Executive Social Research. Glasgow: Scottish Executive Social Research. Acedido em <http://www.gov.scot/resource/doc/89281/0021350.pdf>, a 2 de Abril 2016.
- Ghiglione, R. & Matalone, B. (1992). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gill, M. & Feinstein, R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *Journal of the American Medical Association, 272(8)*, 619-26. Acedido em <http://www.researchgate.net/publication/15472082>, a 8 de Dezembro de 2015.
- Hernandis, S. & Martínez, M. (2005). *Gerontología: Atualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Hooymans, N. & Kiyak, H. (2008). *Social gerontology* (8th ed). Boston: Pearson.

- Hughes, B. (1990). Quality of life. In Peace, S. (Ed.). *Researching Social Gerontology* (pp.44-58). London: Sage Publications.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Projeções de população residente 2012-2060*. Destaque INE. Acedido em [www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt), a 16 de Janeiro de 2016.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos Portugal*. Lisboa: INE. Acedido em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554), a 16 de Janeiro de 2016.
- Irigaray, T. & Trentini, C. (2009). Qualidade de vida em pessoas idosas: A importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 297-304.
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Johnson, M. (1993). Dependency and interdependency. In Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. *Ageing in society: An introduction to social gerontology* (2nd edition). (pp. 255-279). London: Sage Publications.
- Kanji, N., Hatcher, J. & Khowaja, L. (2008). *Assessing quality of life: methods, measurement and meaning*. Manuscrito não publicado. Genebra: Rede Aga Khan para o Desenvolvimento.
- Kanji, N., Khowaja, L. & Hicks, N. (2007). *AKDN's quality of life assessment: A review of relevant literature*. Genebra: Rede Aga Khan para o Desenvolvimento.
- Kreitler, S. & Kreitler, M. (2006). Multidimensional quality of life: A new measure of quality of life in adults. *Social indicators research*, 76, 5–33.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. Birren, J. Lubben & J. Rowe & D. Deutchmann (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp.3-27). San Diego: Academic Press.
- Lee, J. (2005). An exploratory study on the quality of life of older chinese people living alone in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 71, 335–361.

- Lopes, A. & Gonçalves, C. (2012) Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. In Pereira, F. (Coord.). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mollenkopf, H. & Walker, A. (2007). *Quality of life in old age*. International and Multidisciplinary Perspectives. Dordrecht: Springer.
- Morgan, D. (1998). *The focus group guidebook*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.
- Nações Unidas (2015). *Perspetivas da população mundial: Revisão de 2015. Volume II: Perfis Demográficos*. Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, Divisão da População (ST/ESA/SER.A/380). Acedido em [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015\\_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf), a 2 de Abril de 2016.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (1993). *The quality of life*. Oxford: Oxford University Press.
- O'Boyle C., McGee, H., Hickey A., Joyce C., Browne J., O'Malley K., Hiltbrunner B. (1993). *The schedule for the evaluation of individual quality of life: Administration manual*. Dublin: Royal College of Surgeons.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Guia global: Cidade amiga do idoso*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido em <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>, a 1 de Fevereiro de 2016.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação para grau de mestre em Medicina, Universidade de São Paulo.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. & Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In A. Fonseca & C. Paúl. *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Ribeiro, C. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Pereira, E., Teixeira, C. & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Desporto*, 2, 241-250.

- Pereira, F. (2008). Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde. In *IV Congresso Português de Sociologia*, 402, 1-10. Acedido em [www.aps.pt/vicongresso/pdfs/402.pdf](http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/402.pdf), a 18 de Março de 2016.
- Pimentel, H. & Pereira, F. (2012). Emergência da gerontologia e do gerontólogo. In Pereira, F. (Coord.). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do empowerment nos trabalhadores sociais*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2014). *Relatório do desenvolvimento humano 2014 sustentar o progresso humano: Reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência*. USA: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Acedido em [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014\\_pt\\_web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf), a 2 de Abril de 2016.
- Quaresma, M. (2013). Urbanização do envelhecimento e intervenção social: Territórios da Gerontologia social. In M. Carvalho (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 149-161). Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, M. (2004). *Amostragem*. Manuscrito não publicado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Rede Aga Khan para o Desenvolvimento (2013). *Quality of life assessment programme manual*. Manuscrito não publicado. Genebra: Rede Aga Khan para o Desenvolvimento.
- Rede Aga Khan para o Desenvolvimento (2008). *Quality of life assessment programme*. Genebra: Rede Aga Khan para o Desenvolvimento. Acedido em [http://www.akdn.org/sites/akdn/files/media/publications/2013\\_-\\_akdn\\_-\\_quality\\_of\\_life\\_assessment\\_programme\\_engl\\_-\\_low\\_res.pdf](http://www.akdn.org/sites/akdn/files/media/publications/2013_-_akdn_-_quality_of_life_assessment_programme_engl_-_low_res.pdf), a 3 de Janeiro de 2016.
- Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.
- Ribeiro, T., França, A., Mendes, A., Ourives, A., Pinto, C. & Ribeiro, I. (2011). Qualidade de vida: do conceito à tomada de decisão ética. In UNIESEP, Núcleo de investigação em saúde e qualidade de vida. *Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir* (pp. 309-

- 319). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em [http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F721889083/E-book\\_final.pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf), a 1 de Setembro de 2016.
- Ruquoy, D. (1997). Situação da entrevista e estratégia do entrevistador. In L. Albarello, F. Diagneffe, J.P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy, & P. Saint-Georges (Eds.). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais* (1ª ed.) (pp. 84-116). Lisboa: Gradiva.
- Ruta, D., Camfield, L. & Donaldson, C. (2006). Sen and the art of quality of life maintenance: Towards a working definition of quality of life. *Research Group on Wellbeing in Developing Countries*, 12, 1-49. Acedido em [www.bath.ac.uk/soc-pol/welldev/research/workingpaperpdf/wed12.pdf](http://www.bath.ac.uk/soc-pol/welldev/research/workingpaperpdf/wed12.pdf), a 18 de Março de 2016.
- Ruth, A. (2015). Growing old: Psychological aging. *Research Starters: Sociology*. Acedido em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=89185518&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site>, a 2 de Abril de 2016.
- Schalock (2000). Three decades of quality of life. *Focus on autism and other development disabilities*, 15(2), 116-127. Acedido em <http://aristeiainmed.aegean.gr/ext-files/miteres-pou-megalonoun/focus-on-autism.pdf>, a 18 de Março de 2016.
- Sidell, M. (1993). Death, dying and bereavement. In J. Bond, P. Coleman & S. Peace. *Ageing in society: An introduction to social gerontology* (2nd edition). (pp. 151-179). London: Sage Publications.
- Silva, L. & Alves, F. (2011). Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1207-1229.
- Tibbitts, C. (1963). Introduction social gerontology: origin, scope and trends. In *Old Age. International Social Science Journal*, Vol. XV, 3, 339-354. Acedido em <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000173/017381eo.pdf>, a 18 de Março de 2016.
- Tobias, T., Sargaço, F., Sousa, I., Viana, S. & Vieira, S. (2011). *SPIRAL: Guia do facilitador*. Sintra: Conselho Local de Ação Social de Sintra.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Eds.). *Metodologia das ciências sociais* (pp.101-128). Porto: Afrontamento.
- Vala, J. (2002). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. Monteiro (Coords). *Psicologia Social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Epidemiol*, 8(3), 246–252.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies* 1, 1-39.
- Vilar, M. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Walker, A. (1993). Poverty and inequality in old age. In Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. *Ageing in society: An introduction to social gerontology* (2nd edition) (pp. 280-303). London: Sage Publications.
- Ward, L., Barnes, M. & Gahagan, B. (2012). *Well-being in old age: Findings from participatory research*. United Kingdom: University of Brighton and Age Concern, Brighton, Hove and Portslade. Acedido em <http://www.foragenetwork.eu/database/item/664-2012-well-being-in-old-age-findings-from-participatory-research/>, a 1 de Fevereiro de 2016.

Sites consultados:

- Conselho da Europa (2016). Acedido em [https://wikispiral.org/tiki-index.php?page=Nouvel+accueil&structure=Nouvel+accueil&page\\_ref\\_id=835](https://wikispiral.org/tiki-index.php?page=Nouvel+accueil&structure=Nouvel+accueil&page_ref_id=835), a 15 de Maio de 2016.
- Nações Unidas (2016). Acedido em <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>, a 1 de Fevereiro de 2016.
- PORDATA (2016). Acedido em <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>, a 1 de Fevereiro de 2016.
- PORDATA (2016). Acedido em <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348>, a 1 de Fevereiro de 2016.
- Population Reference Bureau (2016). *World Population Data Sheet*. Acedido em <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2016/2016-world-population-data-sheet.aspx>, a 20 de Setembro de 2016.

Population Reference Bureau (2015). *Research on health and well-being aims to improve quality of life in later years, 31*. Today's Research on Aging. Acedido em <http://www.prb.org/pdf15/TodaysResearchAging31.pdf>, a 20 de Setembro de 2016.

## **APÊNDICES**



Apêndice 1. Guião de Grupos Focais

| <b>Guião</b>                                     |  |
|--|--|
| Acolhimento e Apresentação                       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Boas-vindas.</li><li>- Apresentação dos facilitadores, objetivos do encontro, procedimentos, plano de sessão, consentimento informado. Garantia de confidencialidade. Reforço da importância de opinião sincera/respostas certas nem erradas.</li><li>- Dinâmica de apresentação</li></ul>   |
| Discussão de Grupo (com pausa para coffee-break) | <ul style="list-style-type: none"><li>- O que é para si QdV?</li><li>- Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que fazem a sua vida ser “boa”? Que dimensões dão qualidade à sua vida? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser.</li><li>- Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que reduzem a sua QdV? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser.</li><li>- Considerando todas as coisas boas e más que mencionou quais as mais importantes para si?</li></ul> |
| Debate/Plenário                                  | <p>Convidar cada mesa a partilhar resumidamente as dimensões mais priorizadas, as dimensões que mais contribuem para uma boa/má QdV. Despoletar o debate de ideias entre os participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Em que medida se revêm nas dimensões de QdV identificadas?</li><li>- Porque identificaram essas dimensões?</li><li>- Houve outras mesas em que algumas dimensões também tivessem/não tivessem sido referidas?</li></ul>                             |
| Pausa almoço                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Almoço.</li><li>- Energizer.</li></ul>   |
| Discussão de Grupo                               | <ul style="list-style-type: none"><li>- Qual o aspeto (Apenas um) que melhoraria a sua QdV? Porquê?</li><li>- Qual o aspeto (Apenas um) que melhoraria a QdV em geral das pessoas da sua idade? Porquê?</li></ul>  |
| Priorização                                      | <p>Depois de sistematizadas as dimensões da QdV identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- atribuir 10 bolinhas a cada participante e solicitar que cada um priorize as dimensões da QdV mais importantes para si, atribuindo o peso respetivo a cada dimensão</li></ul>   |
| Questionário e Auto-avaliação QdV                | <ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica</li><li>- Escala de auto-avaliação da QdV em geral</li></ul>  |
| Conclusão  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Agradecimentos</li></ul>   |

Apêndice 2. Guião de Entrevistas Semi-estruturadas

| <b>Guião</b>                      |  |
|-----------------------------------|--|
| Acolhimento e Apresentação        | - Boas-vindas.<br>- Apresentação dos facilitadores, objetivos do encontro, procedimentos, plano de sessão, consentimento informado. Garantia de confidencialidade. Reforço da importância de opinião sincera/ respostas certas nem erradas.  |
| Questões                          | - O que é para si QdV?<br>- Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que fazem a sua vida ser “boa”? Que dimensões dão qualidade à sua vida? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser.<br>- Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que reduzem a sua QdV? Pode mencionar tantas coisas quanto quiser.<br>- Considerando todas as coisas boas e más que mencionou quais as mais importantes para si?<br>- Qual o aspeto (Apenas um) que melhoraria a sua QdV? Porquê?<br>- Qual o aspeto (Apenas um) que melhoraria a QdV em geral das pessoas da sua idade? Porquê?<br>- Que mudanças gostaria de ver na sua vida? Quais as suas aspirações para o futuro? E como considera que essas mudanças podem ser alcançadas – individualmente e enquanto comunidade? |
| Priorização                       | Depois de sistematizadas as dimensões da QdV identificadas:<br>- atribuir 10 bolinhas a cada participante e solicitar que cada um priorize as dimensões da QdV mais importantes para si, atribuindo o peso respetivo a cada dimensão   |
| Questionário e Auto-avaliação QdV | - Aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica<br>- Escala de auto-avaliação da QdV em geral   |
| Conclusão                         | - Agradecimentos   |

Apêndice 3. Questionário de caracterização sociodemográfica e escala de autoavaliação da QdV em geral

**QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DA  
QUALIDADE DE VIDA EM GERAL**

Os dados obtidos neste questionário são importantes para conhecermos melhor o perfil sociodemográfico dos participantes e a auto-avaliação da qualidade de vida em geral. Solicita-se que responda a todos os itens com atenção. O questionário é anónimo e confidencial e as respostas fornecidas serão utilizadas apenas para tratamento estatístico. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

1. Sexo:  Feminino  Masculino

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

3. País de origem/naturalidade: \_\_\_\_\_

4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

5. País de origem dos pais/avós: \_\_\_\_\_

6. (se nasceu fora de Portugal) Há quantos anos reside em Portugal? \_\_\_\_\_

7. (se nasceu em Portugal mas fora da Grande Lisboa) Há quantos anos reside na Grande Lisboa? \_\_\_\_\_

8. Porque razão veio residir para Portugal/Grande Lisboa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Zona de residência:

Urbana

Peri-Urbana

10. Concelho e Freguesia de residência: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

11. Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever

1º ciclo do Ensino Básico (1º a 4º ano)

2º ciclo do Ensino Básico (5º a 6º ano)

3º ciclo do Ensino Básico (7º a 9º ano)

Ensino Secundário (10º a 12º ano)

Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

12. Origem dos rendimentos:

- Pensão
- Reforma
- Trabalho
- Outros. Qual? \_\_\_\_\_

13. Quem reside em sua casa?

- Resido sozinho(a )
- Companheiro(a)/ Esposo(a)
- Filhos
- Irmãos
- Netos
- Pai     Mãe
- Outros familiares. Quais? \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

14. De acordo com a escala de 4 pontos, por favor avalie a sua qualidade de vida em geral:

- 1 “Muito Má”
- 2 “Má”
- 3 “Boa”
- 4 “Muito Boa”

**Muito obrigado pela colaboração.**

Apêndice 4. Dinâmica de priorização das dimensões da QdV



Apêndice 5. Programa do Workshop com Entrevistadores

| <b>Guião</b> |   |
|--------------|---|
| Parte I      | - Introdução e objetivos da sessão  |
| Parte II     | - Qualidade de vida e Qualidade de vida no envelhecimento: conceitos, abordagens, investigações e programas   |
| Parte III    | - Apresentação dos objetivos, desenho do estudo exploratório (proposta de dimensões de QdV a explorar), amostra e procedimentos                         |
| Parte III    | - Metodologias qualitativas de recolha de informação: <i>grupos focais</i>  |
| Parte IV     | Instrumentos de recolha de informação:<br>- guião de entrevista<br>- questionário de caracterização sociodemográfica e de autoavaliação da QdV em geral |
| Parte V      | Conclusão   |

Apêndice 6. Consentimento informado

Pedido de Autorização para Recolha de Dados

Representações das pessoas com 65 ou mais anos sobre a sua Qualidade de vida: Um estudo exploratório

Exmo(a) Sr(a),

Este estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa e da intervenção desenvolvida pela aluna na Fundação Aga Khan Portugal na área do envelhecimento.

Este estudo tem como finalidade identificar e compreender as representações das pessoas com 65 ou mais anos sobre a sua qualidade de vida. Este estudo é dirigido a homens e mulheres, de todas as nacionalidades, residentes em Portugal Continental, com idade igual ou superior a 65 anos.

A participação neste estudo consiste na resposta voluntária a um conjunto de questões colocadas, em grupo e/ou individualmente, sobre os significados e dimensões mais relevantes da qualidade de vida para as pessoas com 65 ou mais anos. Pretende-se com base nessa informação sistematizar e analisar as respostas dos participantes, bem como criar um instrumento com indicadores que permita avaliar, em diferentes momentos no tempo, a qualidade de vida.

Neste sentido, solicita-se a sua autorização para proceder à recolha de dados. As entrevistas serão gravadas em áudio e serão realizados registos fotográficos. Não existem respostas certas nem erradas, sendo o seu contributo muito importante para a produção de conhecimento científico e social. As respostas serão confidenciais. Apenas serão solicitados dados sociodemográficos para efeitos estatísticos e em nenhum momento serão solicitados dados que permitam a sua identificação (por exemplo, número de identificação pessoal, outros dados).

Os dados recolhidos serão utilizados no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, bem como no âmbito da intervenção da Fundação Aga Khan Portugal. A metodologia e os resultados poderão também ser apresentados em reuniões e fóruns públicos e privados, publicados em artigos, revistas e livros científicos, publicações da Fundação Aga Khan, bem como em outras publicações.

Agradecendo toda a colaboração de V. Ex.a, solicito que assine a presente declaração.

**Consentimento Informado**

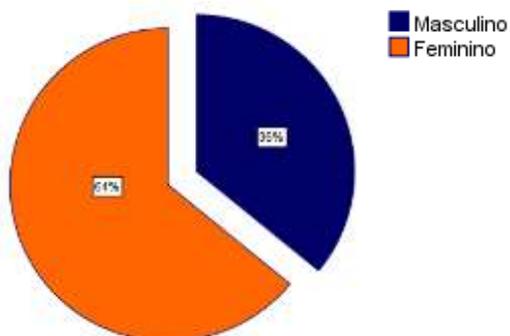
Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter consciência dos objetivos e procedimentos do estudo/encontro *Representações das pessoas com 65 ou mais anos sobre a sua qualidade de vida: um estudo exploratório*, bem como do meu papel enquanto participante. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Local de recolha: \_\_\_\_\_

Apêndice 7. Caracterização Sociodemográfica – Dados provenientes do Programa SPSS

1) Sexo



2) Idade

| Statistics |                |       |
|------------|----------------|-------|
| N          | Valid          | 63    |
|            | Missing        | 1     |
|            | Mean           | 74,70 |
|            | Std. Deviation | 8,147 |

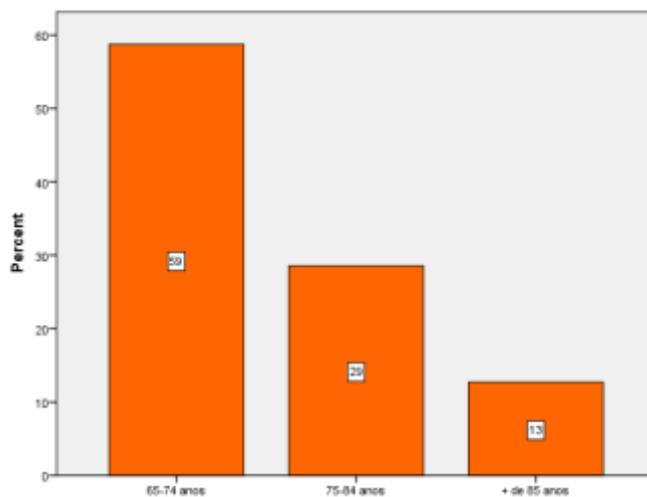
|       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 65        | 4       | 6,3           | 6,3                |
|       | 66        | 2       | 3,1           | 3,2                |
|       | 67        | 1       | 1,6           | 1,6                |
|       | 68        | 5       | 7,8           | 7,9                |
|       | 69        | 11      | 17,2          | 17,5               |
|       | 70        | 5       | 7,8           | 7,9                |
|       | 71        | 3       | 4,7           | 4,8                |
|       | 72        | 2       | 3,1           | 3,2                |
|       | 73        | 3       | 4,7           | 4,8                |
|       | 74        | 2       | 3,1           | 3,2                |
|       | 75        | 2       | 3,1           | 3,2                |
|       | 76        | 3       | 4,7           | 4,8                |
|       | 77        | 3       | 4,7           | 4,8                |
|       | 78        | 1       | 1,6           | 1,6                |
|       | 79        | 1       | 1,6           | 1,6                |
|       | 81        | 1       | 1,6           | 1,6                |
|       | 83        | 2       | 3,1           | 3,2                |
|       | 84        | 4       | 6,3           | 6,3                |

Representações das pessoas com 65 ou mais anos de idade sobre a sua qualidade de vida: um estudo exploratório

|         |        |    |       |       |       |
|---------|--------|----|-------|-------|-------|
|         | 86     | 2  | 3,1   | 3,2   | 90,5  |
|         | 88     | 1  | 1,6   | 1,6   | 92,1  |
|         | 89     | 1  | 1,6   | 1,6   | 93,7  |
|         | 90     | 1  | 1,6   | 1,6   | 95,2  |
|         | 92     | 1  | 1,6   | 1,6   | 96,8  |
|         | 93     | 1  | 1,6   | 1,6   | 98,4  |
|         | 101    | 1  | 1,6   | 1,6   | 100,0 |
|         | Total  | 63 | 98,4  | 100,0 |       |
| Missing | System | 1  | 1,6   |       |       |
| Total   |        | 64 | 100,0 |       |       |

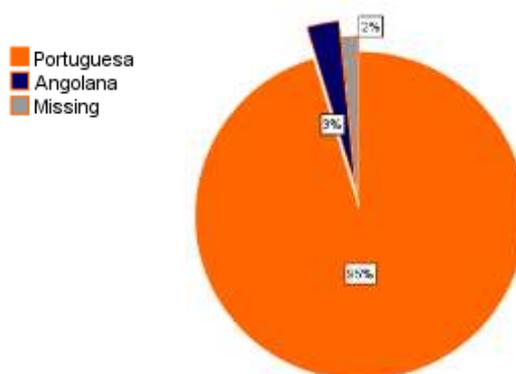
3) Grupo Etário

|         | Frequency    | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | 65-74 anos   | 37      | 57,8          | 58,7               |
|         | 75-84 anos   | 18      | 28,1          | 87,3               |
|         | + de 85 anos | 8       | 12,5          | 100,0              |
|         | Total        | 63      | 98,4          | 100,0              |
| Missing | System       | 1       | 1,6           |                    |
| Total   |              | 64      | 100,0         |                    |



4) Nacionalidade

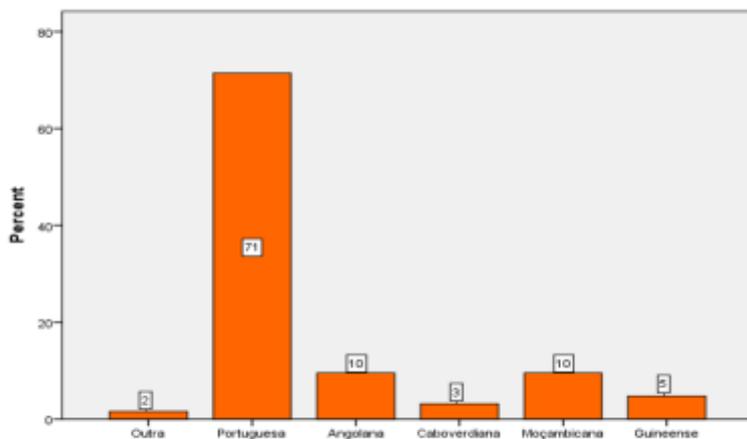
|                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Portuguesa | 61        | 95,3    | 96,8          | 96,8               |
| Valid Angolana   | 2         | 3,1     | 3,2           | 100,0              |
| Total            | 63        | 98,4    | 100,0         |                    |
| Missing System   | 1         | 1,6     |               |                    |
| Total            | 64        | 100,0   |               |                    |



5) Naturalidade

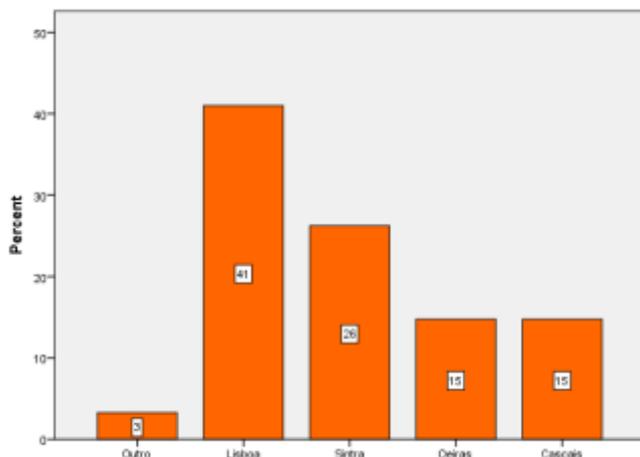
|                    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Outra        | 1         | 1,6     | 1,6           | 1,6                |
| Valid Portuguesa   | 45        | 70,3    | 71,4          | 73,0               |
| Valid Angolana     | 6         | 9,4     | 9,5           | 82,5               |
| Valid Caboverdiana | 2         | 3,1     | 3,2           | 85,7               |
| Valid Moçambicana  | 6         | 9,4     | 9,5           | 95,2               |
| Valid Guineense    | 3         | 4,7     | 4,8           | 100,0              |
| Total              | 63        | 98,4    | 100,0         |                    |
| Missing System     | 1         | 1,6     |               |                    |
| Total              | 64        | 100,0   |               |                    |

Representações das pessoas com 65 ou mais anos de idade sobre a sua qualidade de vida: um estudo exploratório



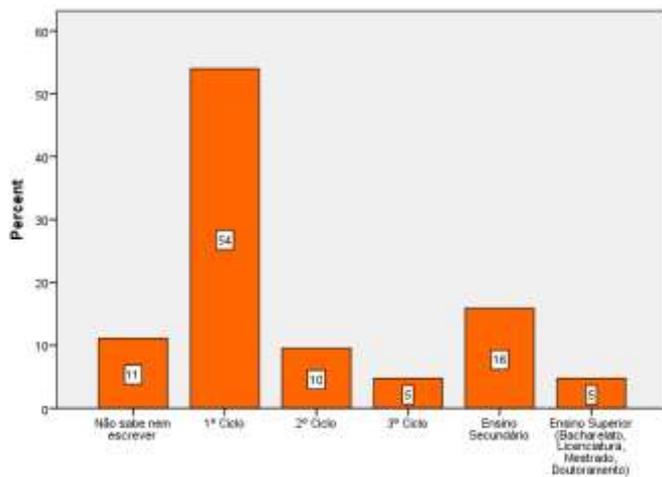
6) Concelho de residência

|         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   |           |         |               |                    |
| Outro   | 2         | 3,1     | 3,3           | 3,3                |
| Lisboa  | 25        | 39,1    | 41,0          | 44,3               |
| Sintra  | 16        | 25,0    | 26,2          | 70,5               |
| Oeiras  | 9         | 14,1    | 14,8          | 85,2               |
| Cascais | 9         | 14,1    | 14,8          | 100,0              |
| Total   | 61        | 95,3    | 100,0         |                    |
| Missing |           |         |               |                    |
| System  | 3         | 4,7     |               |                    |
| Total   | 64        | 100,0   |               |                    |



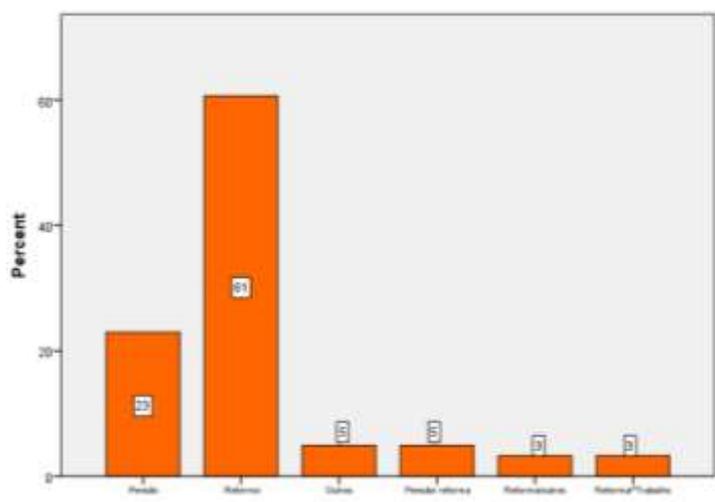
7) Escolaridade

|   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Não sabe nem escrever   | 7         | 10,9    | 11,1          | 11,1               |
| 1º Ciclo  | 34        | 53,1    | 54,0          | 65,1               |
| 2º Ciclo  | 6         | 9,4     | 9,5           | 74,6               |
| 3º Ciclo  | 3         | 4,7     | 4,8           | 79,4               |
| Ensino Secundário   | 10        | 15,6    | 15,9          | 95,2               |
| Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento) | 3         | 4,7     | 4,8           | 100,0              |
| Total   | 63        | 98,4    | 100,0         |                    |
| Missing System  | 1         | 1,6     |               |                    |
| Total   | 64        | 100,0   |               |                    |



8) Rendimento

|   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Sozinho(a)                                  | 20        | 31,3    | 32,8          | 32,8               |
| Companheiro/Cônjuge                               | 19        | 29,7    | 31,1          | 63,9               |
| Familiares (ex. filhos, netos, outros familiares) | 16        | 25,0    | 26,2          | 90,2               |
| Outros  | 1         | 1,6     | 1,6           | 91,8               |
| Companheiro/Cônjuge e Familiares                  | 5         | 7,8     | 8,2           | 100,0              |
| Total   | 61        | 95,3    | 100,0         |                    |
| Missing System                                    | 3         | 4,7     |               |                    |
| Total   | 64        | 100,0   |               |                    |



9) Cruzamentos Escolaridade Vs Sexo

|              |   | Sexo      |            |          |            |
|--------------|---|-----------|------------|----------|------------|
|              |   | Masculino |            | Feminino |            |
|              |   | Count     | Column N % | Count    | Column N % |
| Escolaridade | Não sabe nem escrever   | 1         | 4,3%       | 6        | 15,0%      |
|              | 1º Ciclo  | 12        | 52,2%      | 22       | 55,0%      |
|              | 2º Ciclo  | 3         | 13,0%      | 3        | 7,5%       |
|              | 3º Ciclo  | 1         | 4,3%       | 2        | 5,0%       |
|              | Ensino Secundário   | 5         | 21,7%      | 5        | 12,5%      |
|              | Ensino Superior (Bacharelato,<br>Licenciatura, Mestrado,<br>Doutoramento) | 1         | 4,3%       | 2        | 5,0%       |

10) Cruzamento Agregado Familiar Vs Grupo Etário

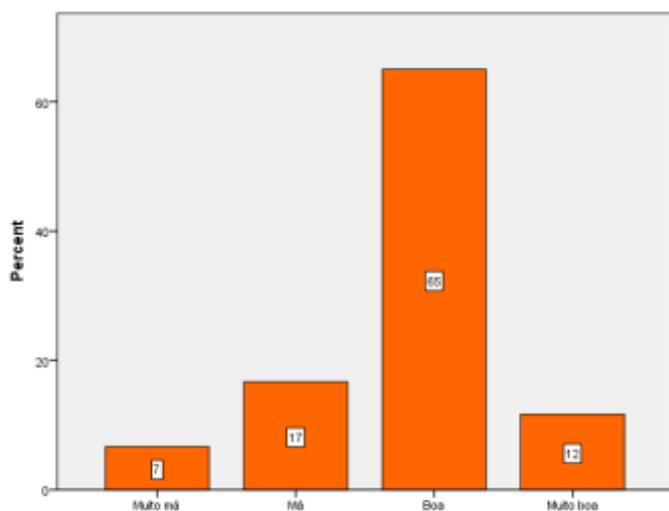
|                                |  | Grupo Etário |            |            |            |              |            |
|--------------------------------|--|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
|                                |  | 65-74 anos   |            | 75-84 anos |            | + de 85 anos |            |
|                                |  | Count        | Column N % | Count      | Column N % | Count        | Column N % |
| Agregado familiar_recodificado | Sozinho(a)   | 8            | 22,9%      | 7          | 38,9%      | 5            | 62,5%      |
|                                | Companheiro/Cônjuge                                  | 14           | 40,0%      | 4          | 22,2%      | 1            | 12,5%      |
|                                | Familiares (ex. filhos,<br>netos, outros familiares) | 8            | 22,9%      | 7          | 38,9%      | 1            | 12,5%      |
|                                | Outros   | 0            | 0,0%       | 0          | 0,0%       | 1            | 12,5%      |
|                                | Companheiro/Cônjuge<br>e Familiares                  | 5            | 14,3%      | 0          | 0,0%       | 0            | 0,0%       |

Apêndice 8. Auto-avaliação da QdV em Geral – Dados provenientes do Programa SPSS

1) Auto-Avaliação da QdV em Geral

| Statistics     |         |      |
|----------------|---------|------|
| N              | Valid   | 60   |
|                | Missing | 4    |
| Mean           |         | 1,82 |
| Std. Deviation |         | ,725 |

|         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid   | Muito má  | 4       | 6,3           | 6,7                |
|         | Má        | 10      | 15,6          | 23,3               |
|         | Boa       | 39      | 60,9          | 88,3               |
|         | Muito boa | 7       | 10,9          | 100,0              |
|         | Total     | 60      | 93,8          | 100,0              |
| Missing | System    | 4       | 6,3           |                    |
| Total   |           | 64      | 100,0         |                    |



2) Cruzamento QdV Vs Sexo

|              |           | Sexo      |            |          |            |
|--------------|-----------|-----------|------------|----------|------------|
|              |           | Masculino |            | Feminino |            |
|              |           | Count     | Column N % | Count    | Column N % |
| QdV_em_geral | Muito má  | 1         | 4,8%       | 3        | 7,7%       |
|              | Má        | 4         | 19,0%      | 6        | 15,4%      |
|              | Boa       | 15        | 71,4%      | 24       | 61,5%      |
|              | Muito boa | 1         | 4,8%       | 6        | 15,4%      |

3) Cruzamento QdV vs Grupo Etário

|              |           | Grupo etário_recodificado |            |            |            |              |            |
|--------------|-----------|---------------------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
|              |           | 65-74 anos                |            | 75-84 anos |            | + de 85 anos |            |
|              |           | Count                     | Column N % | Count      | Column N % | Count        | Column N % |
| QdV_em_geral | Muito má  | 2                         | 5,7%       | 2          | 11,8%      | 0            | 0,0%       |
|              | Má        | 6                         | 17,1%      | 3          | 17,6%      | 1            | 12,5%      |
|              | Boa       | 21                        | 60,0%      | 12         | 70,6%      | 6            | 75,0%      |
|              | Muito boa | 6                         | 17,1%      | 0          | 0,0%       | 1            | 12,5%      |

4) QdV vs Concelho de Residência

|           |           | Concelho de Residência |            |        |            |        |            |        |            |         |            |
|-----------|-----------|------------------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|---------|------------|
|           |           | Outro                  |            | Lisboa |            | Sintra |            | Oeiras |            | Cascais |            |
|           |           | Count                  | Column N % | Count  | Column N % | Count  | Column N % | Count  | Column N % | Count   | Column N % |
| QdV_geral | Muito má  | 0                      | 0,0%       | 1      | 4,3%       | 2      | 13,3%      | 0      | 0,0%       | 1       | 11,1%      |
|           | Má        | 0                      | 0,0%       | 3      | 13,0%      | 4      | 26,7%      | 3      | 33,3%      | 0       | 0,0%       |
|           | Boa       | 2                      | 100,0%     | 16     | 69,6%      | 7      | 46,7%      | 6      | 66,7%      | 6       | 66,7%      |
|           | Muito boa | 0                      | 0,0%       | 3      | 13,0%      | 2      | 13,3%      | 0      | 0,0%       | 2       | 22,2%      |

5) QdV Vs Cruzamento Agregado Familiar

|           |           | Agregado familiar_recodificado |               |                         |               |   |               |        |               |                                      |               |
|-----------|-----------|--------------------------------|---------------|-------------------------|---------------|---|---------------|--------|---------------|--------------------------------------|---------------|
|           |           | Sozinho(a)                     |               | Companheiro/<br>Cônjuge |               | Familiares (ex. filhos, netos, outros familiares) |               | Outros |               | Companheiro/<br>Cônjuge e Familiares |               |
|           |           | Count                          | Column<br>N % | Count                   | Column<br>N % | Count   | Column<br>N % | Count  | Column<br>N % | Count                                | Column<br>N % |
| QdV_geral | Muito má  | 1                              | 5,0%          | 2                       | 11,1%         | 1   | 6,2%          | 0      | 0,0%          | 0                                    | 0,0%          |
|           | Má        | 2                              | 10,0%         | 5                       | 27,8%         | 3   | 18,8%         | 0      | 0,0%          | 0                                    | 0,0%          |
|           | Boa       | 16                             | 80,0%         | 9                       | 50,0%         | 9   | 56,2%         | 1      | 100,0%        | 4                                    | 80,0%         |
|           | Muito boa | 1                              | 5,0%          | 2                       | 11,1%         | 3   | 18,8%         | 0      | 0,0%          | 1                                    | 20,0%         |

6) QdV Vs Agregado Familiar

|                                |   | QdV_em_geral |               |       |               |       |               |           |               |
|--------------------------------|---|--------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-----------|---------------|
|                                |   | Muito má     |               | Má    |               | Boa   |               | Muito boa |               |
|                                |   | Count        | Column<br>N % | Count | Column<br>N % | Count | Column<br>N % | Count     | Column<br>N % |
| Agregado familiar_recodificado | Sozinho(a)  | 1            | 25,0%         | 2     | 20,0%         | 16    | 41,0%         | 1         | 14,3%         |
|                                | Companheiro/Cônjuge                               | 2            | 50,0%         | 5     | 50,0%         | 9     | 23,1%         | 2         | 28,6%         |
|                                | Familiares (ex. filhos, netos, outros familiares) | 1            | 25,0%         | 3     | 30,0%         | 9     | 23,1%         | 3         | 42,9%         |
|                                | Outros  | 0            | 0,0%          | 0     | 0,0%          | 1     | 2,6%          | 0         | 0,0%          |
|                                | Companheiro/Cônjuge e Familiares                  | 0            | 0,0%          | 0     | 0,0%          | 4     | 10,3%         | 1         | 14,3%         |

Apêndice 9. Grelha Analítica dos Resultados

| Pergunta de Partida   | Objetivo Geral  | Objetivos Específicos  | Dimensões   | Indicadores | Fontes de Obtenção de Dados          | Métodos e Técnicas a Utilizar                | Questões Possíveis   |
|---|---|--|---|-------------|--------------------------------------|--|--|
| Que representações as pessoas com 65 ou mais anos têm sobre a sua QdV? Que dimensões atribuem a uma boa e má QdV? | Identificar e compreender as representações das pessoas com 65 anos e mais anos sobre a sua QdV e formas de melhoria. | Explorar os conceitos QdV  | Objetivas, Subjetivas, Multidimensionais.   | O quê?      | Pessoas com 65 ou mais anos de idade | Grupos focais e entrevistas semiestruturadas | O que é para si QdV?   |
|   |   | Explorar as dimensões que contribuem para uma boa QdV / uma má QdV |   | O quê?      |                                      |  | Pensando na sua vida como um todo, quais as coisas que fazem a sua vida ser “boa”? Que dimensões dão/retiram qualidade à sua vida? |
|   |   |  |   | Como?       |                                      |  | Em que medida esses aspetos contribuem ou podem contribuir para a sua boa/má QdV?  |
|   |   |  |   | Porquê?     |                                      |  | Porque considerou esses aspetos da vida? O que significam para si?   |
|   |   | Explorar as dimensões da QdV mais valorizadas                      |   | O quê?      |                                      |  | Considerando todas as coisas boas e más que mencionou quais as mais importantes para si?   |
|   |   |  |   | Porquê?     |                                      |  |  |
|   |   | Explorar as dimensões que contribuem para melhorar a QdV           |   | O quê?      |                                      |  | Qual o aspeto (Apenas um) que melhoraria a sua QdV?  |
|   |   |  |   | Porquê?     |                                      |  | Qual o aspeto (Apenas um) que melhoraria a QdV em geral das pessoas da sua idade?<br>Porque considerou esses aspetos?              |
| Explorar as aspirações para o futuro e os recursos necessários  | Recursos individuais e coletivos  | O quê? Como?   | Considera que consegue alcançar essas dimensões (individualmente e enquanto comunidade)? O que seria necessário para conseguir? |             |                                      |  |  |

Apêndice 10. Priorização de dimensões da QdV

|               | Transportes | Recursos financeiros | Saúde | Independência | Relações sociais | Vida social e cultural | Bem-estar psicológico | Habitação e espaço público | Voz e representação | Acesso a serviços | Total |
|---------------|-------------|----------------------|-------|---------------|------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|-------|
| Entrevista 1  | 1           | 1                    | 2     | 1             | 1                | 1                      | 1                     | 1                          | 0                   | 1                 | 10    |
| Entrevista 2  | 0           | 1                    | 1     | 1             | 2                | 0                      | 4                     | 1                          | 0                   | 0                 | 10    |
| Entrevista 3  | 1           | 1                    | 1     | 1             | 1                | 1                      | 1                     | 1                          | 1                   | 1                 | 10    |
| Entrevista 4  | 2           | 2                    | 3     | 0             | 0                | 0                      | 0                     | 3                          | 0                   | 0                 | 10    |
| Entrevista 5  | 0           | 1                    | 2     | 3             | 4                | 0                      | 0                     | 0                          | 0                   | 0                 | 10    |
| Entrevista 6  | 0           | 0                    | 0     | 0             | 10               | 0                      | 0                     | 0                          | 0                   | 0                 | 10    |
| Grupos focais | 44          | 64                   | 108   | 45            | 40               | 44                     | 69                    | 56                         | 40                  | 32                | 542   |
| Total (N)     | 48          | 70                   | 117   | 51            | 58               | 46                     | 75                    | 62                         | 41                  | 34                | 602   |
| Total (%)     | 8,0         | 11,6                 | 19,4  | 8,5           | 9,6              | 7,6                    | 12,5                  | 10,3                       | 6,8                 | 5,6               | 100,0 |

## **ANEXOS**



Anexo 1. Principais alterações fisiológicas que decorrem do processo de envelhecimento

| <b>Modificações</b>                   |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Células e Tecidos</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuição do número de células activas;</li><li>- Aparecimento de lipofuscina e de estatina em diversas células ou tecidos;</li><li>- Abrandamento do ritmo da multiplicação celular;</li><li>- Diminuição do número de glóbulos (vermelhos e brancos);</li><li>- Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos;</li><li>- Atrofia e perda de elasticidade tecidular.</li></ul>   |
| <b>Composição Corporal</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro;</li><li>- Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos.</li></ul>   |
| <b>Músculos, ossos e articulações</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuição de 25 a 30% da massa muscular (podendo atingir os 50%);</li><li>- Diminuição da mobilidade de diversas articulações;</li><li>- Adelgaçar dos discos vertebrais, provocando redução de 1-5 cm na altura;</li><li>- Redução da dimensão da caixa torácica;</li><li>- Perdas de cálcio (osteoporose);</li><li>- Diminuição no funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio.</li></ul>  |
| <b>Pele e tecido subcutâneo</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura da pele; possibilidade de equimoses e queratoses; modificações vasculares e cutâneas múltiplas;</li><li>- Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas;</li><li>- Perda de elasticidade da pele;</li><li>- Persistência da prega cutânea;</li><li>- Aparecimento de rugas;</li><li>- Acentuação das proeminências ósseas;</li><li>- Descair das faces, queixo e pálpebras, e alongamento dos lobos das orelhas.</li></ul>  |
| <b>Cabelo, pelos e unhas</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>- Pelos finos e raros, excepto na face (surgimento de pelos nas fossas nasais e no pavilhão auricular);</li><li>- Perda de cabelos, calvície ou cabelos brancos;</li><li>- Acinzentar e descolorir dos cabelos;</li><li>- Espessamento das unhas (onicogrifose).</li></ul>  |
| <b>Sistema cardiovascular</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>- Degenerescência cálcica das válvulas;</li><li>- Diminuição de 18% do volume de água;</li><li>- Diminuição de 40% do débito cardíaco (capacidade máxima);</li><li>- Aumento da tensão arterial em repouso (sístole e diástole);</li><li>- Redistribuição do fluxo sanguíneo: cérebro, artérias coronárias e músculos esqueléticos recebem maior fluxo residual do que o fígado e os rins;</li><li>- Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes;</li><li>- Aumento da resistência dos vasos periféricos (1% ao ano).</li></ul> |
| <b>Sistemas respiratório</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>- Perda de capacidade de expansão pulmonar;</li><li>- Diminuição de 50% da capacidade respiratória;</li><li>- Diminuição do consumo basal de oxigénio;</li><li>- Atrofia e rigidez pulmonar;</li><li>- Problemas de expectoração das secreções brônquicas.</li></ul>  |
| <b>Sistema renal e urinário</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Diminuição do número de nefrónios;</li><li>- Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular, do fluxo sanguíneo renal e da "clearance" urinária;</li><li>- Possibilidade de incontinência, primeiro nas mulheres, depois nos homens;</li><li>- Micções mais frequentes e menos abundantes.</li></ul>  |
| <b>Sistema gastrointestinal</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Modificações dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries, etc.;</li><li>- Perda do tónus muscular;</li><li>- Atrofia das glândulas salivares;</li></ul>   |

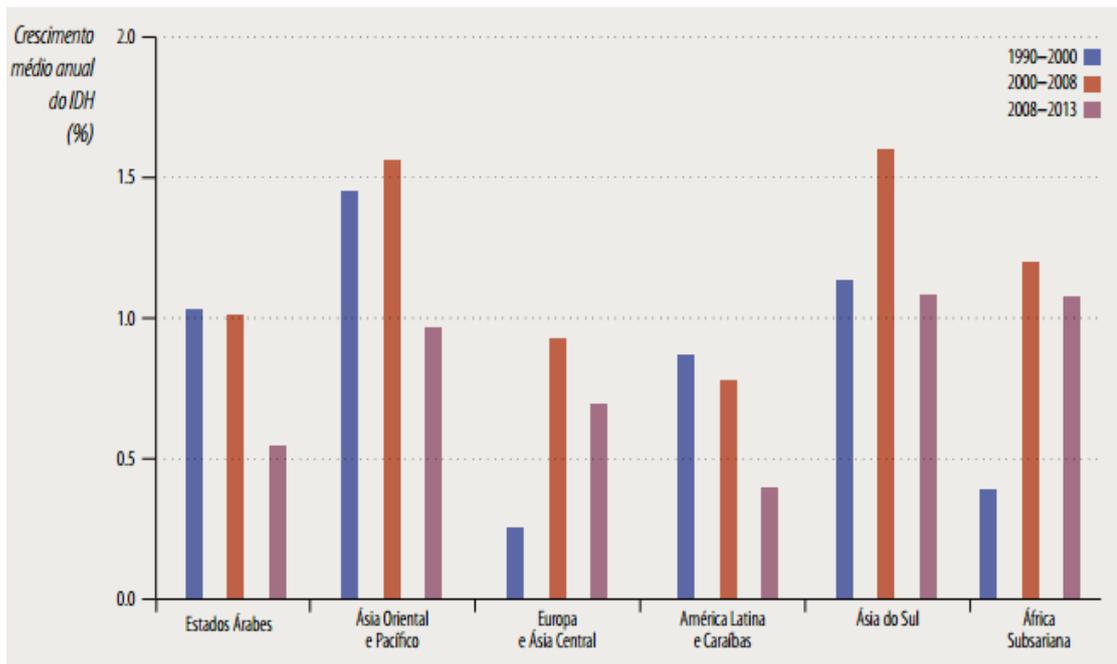
---

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Baixa do sentido do paladar;</li><li>- Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (lípase);</li><li>- Diminuição da secreção de ácido clorídrico (60 %), da pepsina e do suco pancreático;</li><li>- Perturbações da absorção;</li><li>- Diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação (fecalomas, obstipação, etc.).</li></ul>   |
| <b>Sistema nervoso</b>                | <ul style="list-style-type: none"><li>- Baixa do consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral;</li><li>- Declínio gradual da condução nervosa (10 a 15%) e demora no tempo de reacção;</li><li>- Diminuição da condução periférica (nervos), sobretudo após os 40 ou 50 anos, e dos neurotransmissores;</li><li>- Perda de eficácia dos proprioceptores (sobretudo da dor e do tacto);</li><li>- Dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio;</li><li>- Perda da motricidade fina;</li><li>- Alteração do controlo do sistema autónomo;</li><li>- Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo.</li></ul> |
| <b>Sistema sensorial</b>              | Gosto e Olfacto: Elevação do limiar da percepção do sabor e dos odores;<br>Tacto: Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e temperatura;<br>Audição: Diminuição auditiva (presbiacusia), sobretudo para os sons agudos;<br>Sensações auditivas anómalas (acufenos);<br>Visão: Diminuição, a partir dos 20 anos, da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna; Redução da acuidade visual e da visão periférica; Possibilidade de cataratas senis e/ou de glaucoma.  |
| <b>Sistema endócrino e metabólico</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Perturbação no metabolismo da glucose em 70% dos idosos;</li><li>- Abrandamento da utilização periférica da tiroxina;</li><li>- Alterações menores do funcionamento corticosuprenal;</li><li>- Baixa do metabolismo basal;</li><li>- Diminuição da taxa de estrogénio a partir dos 35 ou 45 anos.</li></ul>   |
| <b>Sistema reprodutor</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Atrofia dos órgãos genitais internos e externos;</li><li>- Modificação do ritmo de erecção e de ejaculação;</li><li>- Modificação da libido no homem e na mulher.</li><li>- Andropausa (homens: menor resistência física e reprodutiva);</li><li>- Menopausa.</li></ul>   |
| <b>Sistema imunitário</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>- Lentidão da resposta imunitária a um antigénio;</li><li>- Imunodeficiência relativa.</li></ul>  |
| <b>Ritmos biológicos e sono</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>- Modificação das fases do sono;</li><li>- Períodos mais frequentes de sono ligeiro;</li><li>- Diferente repartição das horas de sono.</li></ul>  |

---

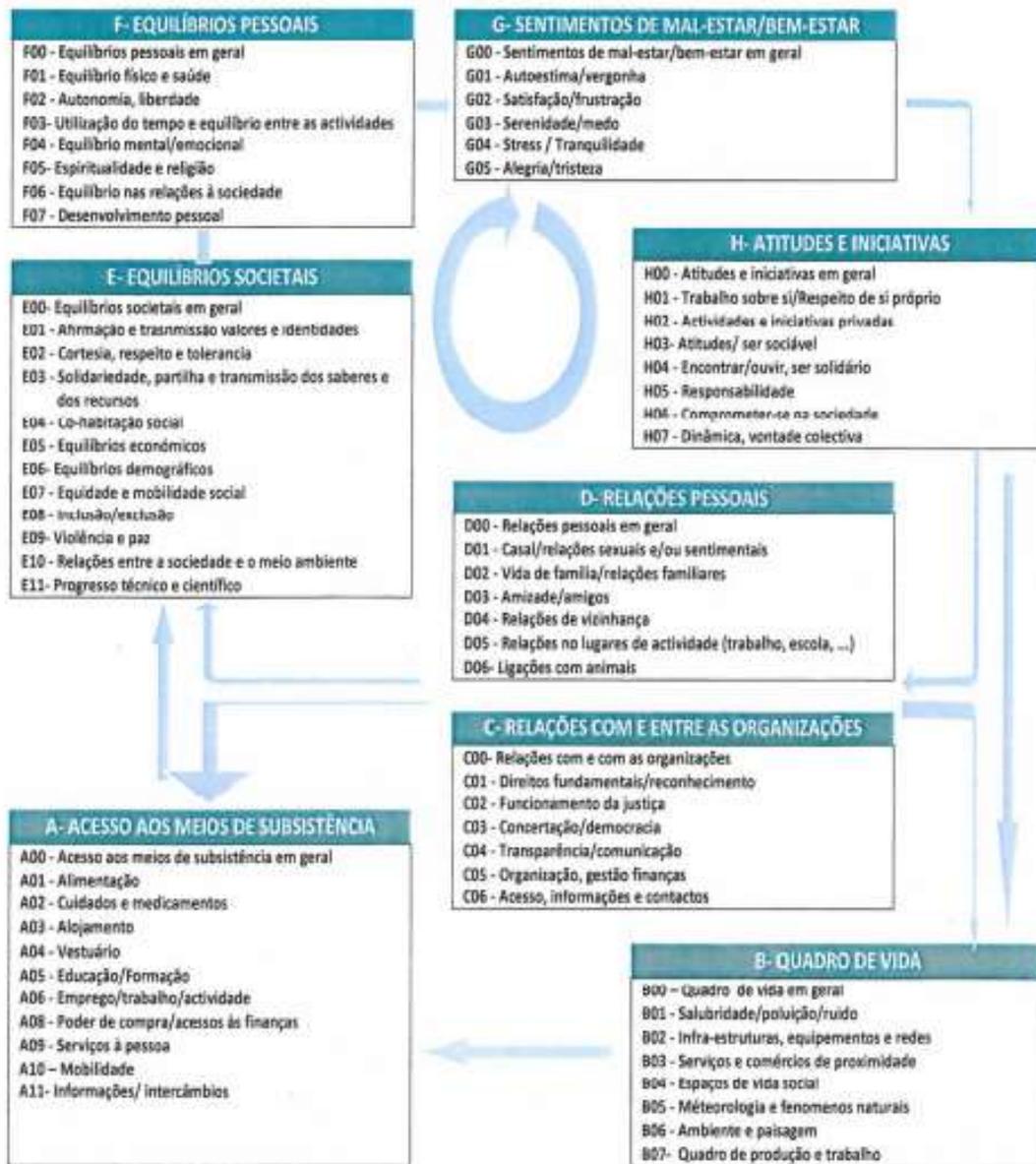
Fonte: Câmara (2015)

Anexo 2. Índice de Desenvolvimento Humano em todas Regiões



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2014)

Anexo 3. SPIRAL: 8 dimensões e 60 componentes do bem-estar



Fonte: Tobias, Sargaço, Sousa, Viana & Vieira (2011)

Anexo 4. Resultados SPIRAL nos Concelhos de Sintra, Cascais e Loures



Fonte: Conselho da Europa (2016).