



Universidades Lusíada

Gomes, Sueli Galhardo Marcelino Costa, 1972-

Espiritualidade e qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo

<http://hdl.handle.net/11067/4410>

Metadados

Data de Publicação	2018
Resumo	<p>Tendo em conta o processo de envelhecimento na sua generalidade, os conceitos de qualidade de vida, reforma e envelhecimento ativo não são percecionados de forma linear, podendo diferir quanto à relevância e impacto na vida das pessoas, consoante as suas próprias perceções de vida. O principal objetivo do presente trabalho será compreender os fatores espirituais, e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo, considerando-se o idoso como a população-alvo. Procurou-se també...</p> <p>Considering the aging process in general, concepts such as quality of life, retirement and active aging are not perceived in a linear way, and can differ in relevance and impact in people's lives, according to their own perceptions of life. The main purpose of the present study was to understand the spiritual factors, and the quality of life in the process of retirement and active aging, considering the elderly as the target population. It was also sought to identify the agreement and/or discre...</p>
Palavras Chave	Envelhecimento - Aspectos psicológicos, Qualidade de vida, Espiritualidade
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:22:42Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Espiritualidade e qualidade de vida
no processo de reforma e envelhecimento ativo**

Realizado por:
Sueli Galhardo Marcelino Costa Gomes

Orientado por:
Prof.^a Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 10 de Dezembro de 2018

Lisboa
2018



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Espiritualidade e qualidade de vida no processo de
reforma e envelhecimento ativo**

Sueli Galhardo Marcelino Costa Gomes

Lisboa

julho 2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Espiritualidade e qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo

Sueli Galhardo Marcelino Costa Gomes

Lisboa

julho 2018

Sueli Galhardo Marcelino Costa Gomes

Espiritualidade e qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos

Lisboa

julho 2018

Ficha Técnica

Autora Sueli Galhardo Marcelino Costa Gomes
Orientadora Prof.^a Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos
Título Espiritualidade e qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

GOMES, Sueli Galhardo Marcelino Costa, 1972-

Espiritualidade e qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo / Sueli Galhardo Marcelino Costa Gomes ; orientado por Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2018. - Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - SANTOS, Teresa Cristina da Cruz Fatela dos, 1977-

LCSH

1. Envelhecimento - Aspectos psicológicos
2. Qualidade de vida
3. Espiritualidade
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging - Psychological aspects

2. Quality of life

3. Spirituality

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HQ1061.G66 2018

Agradecimentos

Quero a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram direta ou indiretamente, tornado possível a realização deste trabalho.

Gostaria de agradecer a minha orientadora, Professora Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos, por todo apoio, respaldo e atenção com que guiou-me neste trajeto.

A todas as pessoas que me auxiliaram de alguma forma no decorrer deste percurso, o meu muito obrigado.

“Todo o tempo em que pensei que estava
aprendendo a viver, estive aprendendo a
morrer.”

(Cadernos de Leonardo Da Vinci)

Resumo

Tendo em conta o processo de envelhecimento na sua generalidade, os conceitos de qualidade de vida, reforma e envelhecimento ativo não são percebidos de forma linear, podendo diferir quanto à relevância e impacto na vida das pessoas, consoante as suas próprias percepções de vida.

O principal objetivo do presente trabalho será compreender os fatores espirituais, e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo, considerando-se o idoso como a população-alvo. Procurou-se também identificar a concordância e/ou discrepância entre a percepção da população-alvo, a percepção dos técnicos e a percepção dos empregadores quanto ao sentido da espiritualidade e qualidade de vida do idoso.

O presente estudo constitui-se uma investigação qualitativa, realizada através da análise de conteúdo de entrevistas de sete Grupos Focais com indivíduos de idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, assim como entrevistas individuais com técnicos e empregadores que estavam em contato direto com a população alvo. No total, 65 indivíduos foram entrevistados.

Os principais resultados apontam para uma homogeneidade na percepção dos entrevistados relativamente à qualidade de vida, nomeadamente à importância dada à saúde física, às relações sociais e ao rendimento. Contudo, verificou-se uma discrepância entre a percepção de alguns técnicos e empregadores, relativamente à importância dada pelos idosos à espiritualidade na última fase de suas vidas.

Este estudo sugere que o envelhecimento ativo pode constituir-se como uma mais-valia contra o isolamento social e um contributo para o bem-estar psicológico dos idosos.

Contudo, mais estudos futuros serão necessários para aprofundar esta temática.

Palavras-chave: Análise qualitativa; Envelhecimento ativo; Espiritualidade; Idosos; Qualidade de vida; Reforma.

Abstract

Considering the aging process in general, concepts such as quality of life, retirement and active aging are not perceived in a linear way, and can differ in relevance and impact in people's lives, according to their own perceptions of life.

The main purpose of the present study was to understand the spiritual factors, and the quality of life in the process of retirement and active aging, considering the elderly as the target population. It was also sought to identify the agreement and/or discrepancy between the perceptions of the target population, the technicians and the employers, for the sense of spirituality and quality of life of the elderly.

The present study is a qualitative research, carried out through content analysis of interviews of 7 focus groups with individuals aged between 50 and 75 years, as well as individual interviews with technicians and employers, who were in direct contact with the target population. In total, 65 individuals were interviewed.

The main results point out a homogeneity in the interviewees' perception of quality of life, namely the given importance to physical health, social relations and income level. However, a discrepancy between the perception of some technicians and employers regarding the importance that elderly confer to spirituality in the last phase of their lives.

This study suggests that active aging can represent an important asset against social isolation and a contribution to the psychological well-being of the elderly. However, in the future more studies will be needed to deepen this theme.

Keywords: Qualitative analysis; Active aging; Spirituality; Elderly; Quality of life; Reform.

Índice

Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract	XI
Índice.....	XIII
Índice de Tabelas	XV
Introdução	1
Enquadramento Teórico.....	3
Envelhecimento.....	3
Envelhecimento: Dados Epidemiológicos	8
Qualidade de Vida no Envelhecimento.....	11
Reforma.....	14
Qualidade de Vida e a Passagem à Reforma	16
Espiritualidade	18
Espiritualidade e Qualidade de Vida.....	20
Objetivos do Estudo.....	25
Objetivo Geral.....	25
Objetivos Específicos.....	25
Metodologia	27
Participantes.....	27
Instrumentos.....	27
Procedimentos.....	27
Processamento e Tratamento de Dados	30
Pesquisa Qualitativa.....	30
Resultados	33
Qualidade de Vida nos Idosos, Técnicos e Empregadores	34
Espiritualidade nos Idosos, Técnicos e Empregadores.....	39
Análise Geral de Semelhanças/Discrepâncias na População-alvo, Técnicos e Empregadores, Separadamente para Qualidade de Vida e Espiritualidade	40
Discussão	45
Qualidade de Vida.....	45
Espiritualidade	55
Forças/Limitações do Estudo e Recomendações para Futuras Investigações	58
Conclusão.....	61
Referências.....	63

Anexos	71
Lista de Anexos.....	73
Anexo A.....	75
Anexo B	79
Anexo C	87
Anexo D.....	93

Índice de Tabelas

Tabela 1: Categorias e subcategorias previamente estabelecidas	33
Tabela 2: Categorias e subcategorias identificadas.....	34
Tabela 3: Subcategorias (de qualidade de vida) que mais contribuíram para a discussão na população-alvo.....	35
Tabela 4: Subcategorias (de qualidade de vida) que mais contribuíram para a discussão nos técnicos	36
Tabela 5: Subcategorias (de qualidade de vida) que mais contribuíram para a discussão nos empregadores	38
Tabela 6: Subcategorias (de espiritualidade) que mais contribuíram para a discussão na população-alvo.....	39
Tabela 7: Subcategorias (de espiritualidade) que mais contribuíram para a discussão nos técnicos	40
Tabela 8: Subcategorias (de espiritualidade) que mais contribuíram para a discussão nos empregadores	40
Tabela 9: Análise geral de semelhanças/discrepâncias na população-alvo, técnicos e empregadores, na qualidade de vida	41
Tabela 10: Análise geral de semelhanças/discrepâncias na população-alvo, técnicos e empregadores, na espiritualidade.....	44

Introdução

O envelhecimento é visto como a continuação de um processo de desenvolvimento influenciado por acontecimentos de vida significativos para o indivíduo, bem como pelas consequências desses acontecimentos.

O presente trabalho tem como objetivo principal compreender, através de uma abordagem de investigação qualitativa, os fatores espirituais, e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo, considerando-se o idoso como a população-alvo. Para tal, será considerada a capacidade do indivíduo em se adaptar ao processo de mudança num todo: psicológico, emocional e orgânico, bem como o modo idiossincrático em que este se posiciona numa fase sénior.

O presente estudo intitulado “Espiritualidade e Qualidade de Vida no Processo de Reforma e Envelhecimento Ativo”, pretende dar sequência ao estudo qualitativo intitulado “Qualidade de Vida no Processo de Reforma e Envelhecimento Ativo”, realizado por um grupo de investigação da Universidade Lusíada de Lisboa sob a orientação da Professora Doutora Tânia Gaspar (Gaspar, 2016), que teve por objetivo principal identificar e caracterizar os fatores sociais e psicológicos que influenciam a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo, tendo também o propósito de verificar a correlação existente entre as variáveis estudadas na população-alvo. Sendo elas: qualidade de vida, fatores psicossociais do trabalho, satisfação com o suporte social, sentido de vida e espiritualidade.

Das diferentes variáveis abordadas na investigação, o presente estudo foca-se em duas variáveis: a qualidade de vida e a espiritualidade na fase sénior.

Considera-se pertinente a utilização da metodologia qualitativa à conceção e realização deste estudo, uma vez que “...o conhecimento científico do mundo não reflete

diretamente o mundo tal como ele existe externamente ao sujeito conhecedor, mas é produzido ou constituído pelas pessoas e dentro de relações históricas, sociais e culturais” (Henwood & Nicolson, 1995, p. 109). Por essa razão a metodologia qualitativa é utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, dando grande importância ao processo de construção desse conhecimento, uma vez que suporta-se na crença de que não existe conhecimento independente do sujeito conhecedor e que os relatos não são isentos de valores (Fernandes & Maia, 2002).

Este trabalho de investigação será dividido em três partes: na primeira parte, foi feito um enquadramento teórico, onde foram abordados os conceitos que serviram de base à execução do mesmo. Na segunda parte é apresentada a metodologia bem como as respetivas técnicas de investigação utilizadas para a elaboração do trabalho. Por último, na terceira parte são expostos os resultados e as principais conclusões das entrevistas realizadas aos idosos, bem como aos técnicos e empregadores em contato direto com a população alvo (idosos) do estudo. Foram discutidos e interpretados os aspetos relevantes ao estudo, desde as concordâncias às discrepâncias, considerando a individualidade e subjetividade de cada um. Serão também apresentados na terceira parte as principais limitações e forças do estudo, bem como sugestões para futuras investigações.

Enquadramento Teórico

A primeira fase de uma investigação, fase conceptual, é onde se justifica o tema escolhido, onde são delineados as perguntas e objetivos da investigação, e por fim, onde é realizado o enquadramento teórico, sendo fundamental para fornecer ao investigador as bases necessárias para o desenrolar do processo de investigação (Fortin, 2003).

Envelhecimento

Em Portugal como em outros países, a população idosa tem aumentado progressivamente, sendo uma tendência contínua, um processo natural e uma realidade deste século. A subjetividade do que é expectado pelo indivíduo aquando do processo de atividade/inatividade, o modo como é experienciado por ele tal processo de mudança, bem como a perceção do reformado de ver-se a si mesmo na fase última da sua vida, e não apenas a conseguinte, leva a que este trabalho de investigação tenha como principal objetivo a compreensão do papel da espiritualidade e a sua influência na qualidade de vida do idoso reformado.

Mas, será que todos os indivíduos se desenvolvem e envelhecem com a mesma perspetiva face ao futuro? Terão todos a mesma prospetiva ao envelhecerem? Com que olhos verão a sua própria realidade? Colocadas algumas questões a esse processo de envelhecimento, tentamos compreendê-lo através dos estudos inerentes ao mesmo, uma vez que esta mudança demográfica poderá evidentemente suscitar consequências psicológicas e comportamentais acentuadas nos indivíduos. Debruçamo-nos à Teoria Psicossocial do Desenvolvimento, elaborada por Erikson (1987), tendo sido de grande importância a estudos realizados neste contexto.

Erik Homburger Erikson, embora partilhasse a maioria das suposições básicas de Freud, deslocou a ênfase da centralidade do impulso sexual para o gradual surgimento de um

senso de identidade, tendo em conta as interações do indivíduo com o meio, elaborando sua própria versão da terapia psicanalítica, que, com suas concepções de desenvolvimento e de identidade, influenciou pesquisas posteriores nessa vertente.

Na Teoria Psicossocial do Desenvolvimento, Erikson propõe uma concepção de desenvolvimento em oito estágios psicossociais, perspectivados em oito idades que decorrem desde o nascimento até à morte, sendo cada estágio atravessado por uma crise psicossocial normativa, ocasionada por pressões do ambiente que, geram um conflito interno e força à uma resolução. Cada conflito tem de ser resolvido positiva ou negativamente pelo indivíduo, podendo potenciar sua aprendizagem e experiência a cada resolução de conflito. Se positiva, melhor desenvolvimento e equilíbrio mental, surgindo um ego mais rico e forte e, se negativa, surge sentimentos de inadequação, de ansiedade e de fracasso, logo, um ego mais fragilizado.

Erikson faz uma ressalva acerca das crises e de suas consequências na construção da personalidade. Em suas palavras, *“Uma personalidade saudável domina ativamente seu meio, demonstra possuir uma certa unidade de personalidade (...). De fato, podemos dizer que a infância se define pela ausência inicial desses critérios e de seu desenvolvimento gradual em passos complexos de crescente diferenciação. Como é, pois, que uma personalidade vital cresce ou, por assim dizer, advém das fases sucessivas da crescente capacidade de adaptação às necessidades da vida com algumas sobras de entusiasmo vital?”* (Erikson, 1987, p. 91).

A primeira idade é a da *Confiança vs. Desconfiança* (0-18 meses) - A criança neste período, aprende a ter ou não confiança, partindo da relação com a mãe. Quando se desenvolve a confiança, há uma chance maior de a criança desenvolver autonomia na segunda fase, no segundo conflito. Se a criança não se sentir segura e confiante, poderá

desenvolver medos e sentimentos de desconfiança que influenciarão as suas relações futuras (Erikson, 1987).

A segunda idade é a da *Autonomia vs. dúvida e vergonha* (18 meses a 3 anos) - A crise principal vivida pela criança nesse período, se refere a desenvolver sua autonomia ou uma dúvida em relação às suas capacidades. Nessa fase a criança direciona sua energia à experiência exploratória e à conquista da autonomia. Porém, logo a criança começa a compreender que não pode usar sua energia exploratória à vontade, tendo que respeitar certas regras sociais e incorporá-las ao si, aprendendo o autocontrole (Erikson, 1976).

De um sentimento de autocontrole sem perda de autoestima resulta um sentimento constante de boa vontade e orgulho; de um sentimento de perda do autocontrole e de supercontrole exterior resulta uma propensão duradoura para a dúvida e a vergonha. (Erikson, 1976, p.234).

A terceira idade é a da *Iniciativa vs. Culpa* (3-6 anos) - Os pais serão importantes no sentido de encorajar a criança em suas iniciativas e responsabilidades ou reforçarão um sentimento de ansiedade e culpa pelas iniciativas. Agora, cabe associar à autonomia e à confiança, a iniciativa, como forma de adquirir o crescimento intelectual necessário para apurar sua capacidade de planeamento e realização (Erikson, 1987).

A quarta idade é a da *Produtividade vs. Inferioridade* (6-12 anos) - Erikson utiliza a palavra indústria no sentido de produtividade, de mestria, de capacidades. Nesse momento, a criança aprende as habilidades valorizadas pela sua sociedade, ou seja, na nossa sociedade, a leitura, a escrita, a habilidade para relacionar-se com outras pessoas. Ao ser exigida no desenvolvimento de tais habilidades, ela constrói um sentimento de perseverança, de ser capaz de dar conta das demandas, de produzir, fazendo surgir, portanto, um interesse pelo futuro. Ou predomina nela um sentimento de incapacidade, de inferioridade (Erikson, 1987).

A quinta idade é a da *Identidade vs. Confusão de papéis* (12-18/20 anos) - É a fase em que o jovem está na transição da infância para a vida adulta. A construção da identidade constitui uma tarefa específica desta idade, em que o indivíduo precisa organizar quem ele é, aprender sobre si mesmo e fazer escolhas. Daí vem a questão da escolha vocacional, dos grupos de pertença, de metas para o futuro, da escolha do par, etc, a fim de ter uma identidade “realizada”. O versus negativo refere aos sentimentos de confusão/difusão de quem ainda não se encontrou a si próprio, não sabe o que quer e tem dificuldade em fazer escolhas (Erikson, 1987).

A sexta idade é a da *Intimidade vs. Isolamento* (18/20-30 e tal anos) - Se o sentido de identidade foi bem integrado na quinta crise, já estabeleceu uma identidade definitiva e fortalecida, poderá então estabelecer relações verdadeiramente íntimas com outras pessoas, sejam relações amorosas e/ou de amizade. Existe agora a possibilidade de associação com intimidade, parceira e colaboração. Se o senso de confusão de identidade predominou, a chance de que o adulto se mantenha na condição de isolamento é maior (Erikson, 1987).

A sétima idade é a da *Criatividade (Generatividade) vs. Estagnação* (30 e tal-65 anos) - É uma fase de desenvolvimento das potencialidades do ego. O conflito é a preocupação ou necessidade de orientar e cuidar da próxima geração, necessidade de sentir que sua existência tem continuidade através de suas obras e realizações e que as novas gerações podem dar esse sentido. É uma forma de fazer valer todo o esforço de sua vida, de saber que tem um pouco de si nos outros. Essa preocupação pode se expressar em relação a filhos, parentes mais jovens e comprometimento social, como no trabalho. A estagnação seria a contrapartida negativa da generatividade, na qual o indivíduo centra-se nos seus próprios interesses, sem se preocupar com o empobrecimento das relações interpessoais (Erikson, 1987).

A oitava idade é a da *Integridade de Ego vs. Desespero* (acima dos 65 anos) – O indivíduo reflete principalmente em termos de ordem e significado de suas realizações. Os adultos mais velhos tentam dar sentido às suas vidas, olham para trás e avaliam o que fizeram com as suas vidas. Vê sua vida numa perspectiva positiva e significativa, apesar das dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento ou desespera-se diante dos objetivos nunca alcançados, sentindo-se fraco, impotente e sem capacidade de produzir mais nada (Erikson, 1987).

De acordo com os dados recentemente recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), o envelhecimento é observado como um dos maiores problemas do séc. XXI. A preocupação mais acentuada relativamente ao envelhecimento consiste na aceitação, tanto social como do reformado, às mudanças relacionadas ao envelhecer e na atenção à qualidade de vida no envelhecimento, bem como à saúde ou à sua ausência.

Deve-se definir o envelhecimento na atualidade, como uma tarefa que permanece dentro de um contexto favorável de sociabilidade familiar e de vizinhança (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013).

O envelhecimento é um processo inverso do desenvolvimento, uma vez que, quando esse atinge o seu máximo, pode-se observar a diminuição progressiva das capacidades e aptidões, tanto físicas como mentais: é a involução, em contraposto com a evolução que a precedeu. Embora nenhuma teoria do envelhecimento biológico tenha sido cabalmente comprovada pelos factos, são úteis para nos ajudar a perspetivar a complexidade dos fenómenos. Numa ótica individual ter uma vida mais longa pode significar mudanças no quadro de vida das pessoas, sendo notoriamente o envelhecimento um período da vida marcado, do ponto de vista normativo das culturas ocidentais, por um conjunto de desafios (Barreto, 2009).

Compreende-se o processo de envelhecimento como uma regressão mental seguindo a lei da involução de Ribot, neurologista francês do séc. XIX, consistindo no fato de estarmos em constante desenvolvimento desde o dia em que nascemos, e conseqüentemente, envelhecemos. Contudo, a sociedade estigmatiza o envelhecer, pondo-o num patamar de rejeição social nomeadamente devido à falência física ou mental do próprio organismo (Fontaine, 1999). Porém, a redução de capacidade funcional, não é e nem deve ser fator de exclusão das pessoas mais velhas da vida social, antes pelo contrário (Cabral et al., 2013).

À medida que o indivíduo desenvolve e aumenta a complexidade das funções psicológicas, assim aumentam também as áreas cerebrais que nelas interagem, apresentando melhor gestão da sua estruturação. Quer isto dizer que durante o processo de envelhecimento algumas ações psicológicas mantêm-se intactas São a quantidade de mudanças ocorridas ao longo da vida do ser humano que irão determinar cada um dos tipos de idade inerentes ao ser humano, sendo elas: a cronológica ou biológica, a psicológica ou funcional e a social ou cognitiva (Fontaine, 1999).

Envelhecimento: Dados Epidemiológicos

Nas últimas décadas verificou-se um registo mais acentuado no aumento do número de pessoas com idades superiores a 65 anos, transformando assim Portugal numa sociedade ocidental contemporânea envelhecida, verificando-se em 1960, um índice de envelhecimento de 27,3%, enquanto em 2011, verifica-se um índice de envelhecimento de 127,8%. Se seguirmos o mesmo padrão de acontecimentos históricos, estima-se que em 2050 três em cada dez pessoas terão 65 ou mais anos. A esperança média de vida aos 65 anos tem vindo a assinalar um aumento substancial de população envelhecida em Portugal, com dados entre 19,38% no Continente, 16,84% na Região Autónoma dos Açores e 17,67% na Região Autónoma da Madeira (período de referência dos dados 2013 – 2015, tendo a última

atualização destes dados à 30 de setembro de 2016), derivado aos mais variados fatores (INE, 2015).

Independentemente da forma de medir, a conjugação da queda da fecundidade com o aumento da esperança média de vida, bem como a fortíssima emigração portuguesa das décadas de 1960 e 1970, estão na base desse envelhecimento e da importância absoluta e relativa que a população idosa tem hoje na sociedade portuguesa (Cabral et al., 2013).

No respeitante ao envelhecimento demográfico, ou seja, ao aumento da percentagem de idosos no conjunto da população, tem-se registado nas últimas décadas, drásticas modificações na estrutura da população nos países desenvolvidos, devido ao aumento da longevidade e à diminuição da taxa de natalidade, apontando a um declínio na percentagem de jovens na população. Em Portugal, a população idosa (65 anos ou mais) já excede a população juvenil (0-14 anos), que sendo já uma população bastante idosa, cada vez mais o será. A proporção de indivíduos do sexo masculino relativamente aos de sexo feminino, é cada vez menor, à medida que avança na escala da idade, e assim acontece ao longo de todo o período da velhice, significando que os homens representam menos da metade das mulheres, considerando o conjunto da população idosa portuguesa (Simões, 2006).

O envelhecimento tem sido fruto dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, transformando as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas (Cabral et al., 2013), sendo um fenómeno positivo tanto para os indivíduos quanto para as próprias sociedades, devido aos progressos realizados nessas áreas (Rosa, 2012).

Os anos mais recentes trouxeram consigo profundas alterações na estrutura da população portuguesa, evidenciada pelo envelhecimento e aumento da longevidade. As consequências desses factos a nível socioeconómico têm sido amplamente debatidas.

Contempla-se um crescente sector de inativos vivendo essencialmente de pensões, um sistema de segurança social em profunda crise de financiamento e constantes necessidades decorrentes de situações de doenças que aumentam com a idade. Calcula-se que 60% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crónica que lhes traz limitações e sofrimento, e 33% têm duas dessas doenças sobrepostas (Barreto, 2009). Sendo observado da cronicidade mais associada à população portuguesa sénior, as doenças do aparelho circulatório, do sistema osteo-muscular e doenças endócrinas, nomeadamente diabetes de tipo B (Cabral & Ferreira, 2012).

Embora o envelhecimento da população nos coloque problemas de ordem económica, sanitária e educacional, entre outros, o certo é que igualmente oferece oportunidade de aproveitamento de potencial inexplorado em prol do desenvolvimento da sociedade, ou seja, os idosos, devendo considerar que a dependência, agravada pelo aumento dos idosos, é compensada pela diminuição dos jovens. Nesse sentido, o envelhecimento da população não deve ser encarado como uma ameaça, mas antes, visto como oportunidade de progresso (Simões, 2006), sendo necessário pensarmos nos desafios decorrentes dessa mudança (Faleiros, 2009).

As alterações demográficas reanimaram as consciências para a necessidade de promoção de envelhecimento saudável, ou seja, saúde, autonomia, e independência durante o maior período de tempo possível. Esta nova realidade, implica uma necessidade de repensar o conceito do envelhecimento como um desafio individual e coletivo, tendo em conta uma atitude preventiva e promotora de saúde (Sequeira, 2010).

Qualidade de Vida no Envelhecimento

Questões bastante pertinentes, como a aceitação do envelhecimento e das mudanças, são desenvolvidas em psicologia, bem como o impacto emocional resultante do processo da reforma, que ocasionam consequências que podem refletir na qualidade de vida do idoso.

Segundo a Comissão Europeia (CE), é através da atividade que o envelhecimento se torna saudável. O envelhecimento ativo visa aumentar a expectativa de uma vida saudável, que mantenha a autonomia e a independência, bem como a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as mais frágeis e que requerem cuidados de saúde, sendo a preocupação da Organização Mundial de Saúde - OMS, responder aos problemas que resultam do facto de as pessoas viverem mais tempo e da importância crucial de preservarem a saúde, sem a qual não é possível garantir a qualidade de vida (Cabral et al., 2013).

Em traços gerais, o envelhecimento acaba por vulnerabilizar o estado de saúde e consequente isolamento social, que acaba por ditar uma dependência física, mental e económica do indivíduo, trazendo à superfície maiores exigências nas relações entre as gerações e acabam não só por influenciar as transações económicas entre as faixas etárias, como pode promover um desequilíbrio entre ativos e não ativos e entre jovens e idosos (Rosa, 2012). Enfim, o processo de envelhecimento conduz à existência de mais pessoas a viverem sozinhas e, por conseguinte, implica uma diminuição das que vivem nas famílias conjugais e nas outras situações familiares. No entanto, isso não significa que as pessoas mais velhas vivam maioritariamente sozinhas, mas sim que aquelas que vivem sós tendem a aumentar em função da idade, tornando inevitável uma relação entre a vida a sós e o processo de envelhecimento (Cabral & Ferreira, 2012). Neste segmento, à medida que envelhecemos a saúde agrava-se gradualmente, condicionando a liberdade e autonomia do indivíduo. Uma grande parte dos idosos portugueses com idade superior a 75 anos requerem inclusivamente

cuidados médicos ou familiares em casa de modo a usufruir de uma vida digna e com o mínimo de condições básicas (Gaspar, 2015).

Face ao aumento das situações de morbilidade (física, psíquica e mista), fragilidade e dependência, a resposta dada pela nossa sociedade é escassa e de má qualidade. Assenta ela em dois componentes tradicionais: os cuidados informais dispensados por parentes e vizinhos e os lares residenciais (Barreto, 2009). A longevidade pode também significar mudanças radicais no que diz respeito a saúde, podendo ocasionar na falta de autonomia do indivíduo, tornando-o dependente de apoios sociais e familiares (Rosa, 2012), uma vez que o indivíduo fica cada vez mais exposto a doenças sintomáticas e crónicas, entre outros riscos, para além de a recuperação ser mais lenta com o avançar da idade (Barreto, 2009; Rosa, 2012).

O processo atual de envelhecimento acarreta riscos e custos associados à sustentabilidade do serviço de saúde e à segurança social, o que exige uma sólida análise das estruturas sociais e económicas. No entanto, para além do fator económico, cabe à sociedade envelhecida, a preocupação em aceitar novos desafios e participar numa vida ativa com maior qualidade, saúde e bem-estar social (Cabral et al., 2013).

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem. Uma maior despesa em saúde reflete em melhores resultados de saúde, ainda que sendo sensível às escolhas políticas e ao contexto. Assim sendo, um crescimento económico lento é sinónimo de recursos estagnados para a saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008).

A saúde é portanto, um dos principais condicionamentos à liberdade e autonomia das pessoas, considerando as condições de vida adequadas, as atividades e ocupações, como potenciais estímulos para que as pessoas possam fortalecer laços sociais e pessoais que

contribuem em certa medida, para o desenvolvimento de um melhor bem-estar subjetivo (Rosa, 2012).

Atualmente é consensual para a sociedade e instituições, e não apenas para os investigadores, que o conceito de qualidade de vida no idoso tornou-se um fator fundamental na criação de programas assistenciais e de apoio na idade geriátrica (Papalia & Feldman, 2013).

Os indivíduos podem beneficiar-se a si próprios através de comportamentos e cuidados como alimentação, exercício, envolvimento intelectual, relações sociais e atividades voluntárias, que conduzirão a uma maior vitalidade na velhice (Kahn, 2004; Hao, 2008), desde que não haja um excesso de atividades ou tarefas, que poderão conduzir ao cansaço e ao declínio do bem-estar (Bromer & Henly, 2004). Salienta-se ainda que o envelhecimento bem-sucedido só será alcançado através de um esforço intencional por parte do indivíduo (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006). Assim sendo, é preciso considerar a necessidade de alternativas de serviços de suporte social (Bressan, Mafra, França, & Melo, 2012).

Os fatores sociais e familiares devem ser priorizados, uma vez que a família, os laços e as relações sociais assumem cada vez mais uma influência decisiva para a manutenção da qualidade de vida do indivíduo em todo o seu processo de desenvolvimento e envelhecimento humano. Podemos referir que o desenvolvimento de atividades ou ocupações por parte das pessoas mais velhas, permite criarem novos laços sociais, autorrecriando-se no sentido de autonomia. Por essa razão é que a política de envelhecimento ativo, almeja flexibilizar a separação rígida entre atividade e inatividade (Cabral et al., 2013). A velhice deixa de ser apenas uma fase cronológica e biológica, passando a ter diferentes transformações de acordo com as relações de dominância, expectativas dos papéis sociais, relações de gênero, em que

podemos interpretar o mundo e encaminhar situações de readaptação, reinvenção de valores que construímos em nossa vida (Rodrigues & Mercadante, 2016).

É necessário compreender o envelhecimento individual e o envelhecimento socialmente considerado, sendo uma oportunidade de desenvolvimento em que se deve considerar tanto o conceito como o preconceito (Faleiros, 2009).

Reforma

A reforma é vista como um marco na passagem da meia-idade para a velhice, no entanto, existe a necessidade de rever a variabilidade desta ideia uma vez que a idade de reforma era aos sessenta e cinco anos, e que hoje em dia já existem indivíduos reformados aos 55 anos (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Ou seja, devido às mudanças substantivas em torno das questões relativas ao envelhecimento, deverão também serem propostas novas formas de gestão aos problemas socioeconômicos gerados com as mudanças (Rocha, 2015).

A passagem à reforma é vista como uma mudança significativa, em que, segundo Moen & Wethington (1999), não se concentra a uma idade cronológica, mas num processo que decorre ao longo dos anos, e deste modo envolvendo diversas transformações (Fonseca, 2006).

O indivíduo ao longo da sua vida atravessa várias fases desde da sua concepção à sua morte, passando pelo que alguns autores designam por meia-idade. Neugarten & Datan (1974) referem que o período cronológico da meia-idade decorre dos 40 aos 60 ou 65 anos e pode ser caracterizado por acontecimentos de natureza biológica e social que se encontram ao longo do ciclo de vida, como a carreira profissional, a saída dos filhos de casa, a morte dos pais, o ser avô/avó, as doenças, a reforma e a viuvez (Fonseca, 2006).

A maior parte dos idosos que ainda têm seus cônjuges costumam apoiarem-se um ao outro, como forma de conseguir ultrapassar as adversidades e limitações relativas ao

envelhecimento. Quando um membro do casal de idosos sofre questões de saúde mais complexas acarreta uma maior fragilidade no outro, conduzindo-o muitas vezes ao desânimo (Vieira, 2014).

A velhice é marcada pelo abandono da atividade laboral remunerada, em que esta passagem à reforma é considerada como uma crise de vida que o indivíduo atravessa, e deste modo a reforma pode ser considerada como uma singularidade do envelhecimento (Fonseca, 2006), ou ainda pode ter um significado permeado pela lógica produzida pelo sistema capitalista, no qual o indivíduo é valorizado somente enquanto for produtivo (Costa & Lopes, 2016).

A noção de trabalho não deve ser contudo adotada exclusivamente à vida profissional. Trata-se de uma opção que proporciona as atividades individuais de cada indivíduo que possam contribuir para que o mesmo se mantendo ativo, mantenha igualmente um estilo de vida saudável e independente. Por esta ótica, quaisquer atividades que incorporem exercício físico ou intelectual, o relacionamento social e ainda o sentido de utilidade e de reconhecimento são consideradas salutares (Cabral et al., 2013).

A organização do ciclo de vida tem em conta três fases: a formação, o tempo de atividade e a reforma. Sendo que, com o aumento da esperança média de vida ficou comprometida. Considerando que a reforma aos 65 anos se trata da última fase do ciclo de vida (Fernandes, 2005).

Phillipson (1998, 2003) aborda as novas características do abandono da atividade profissional e entrada na reforma, onde os indivíduos se vão envolvendo em atividades comunitárias e de lazer, ou seja, a existência de novas posturas quanto à entrada na reforma, assim para o autor a meia-idade trata de um período delimitado de modo fluido, decorrendo dos trinta e poucos anos até aos 50 e 60 anos, e mesmo depois (Fonseca, 2006).

Qualidade de Vida e a Passagem à Reforma

A conceptualização da velhice ultrapassa a existência de estereótipos referentes à idade psicológica e de idade social. Sendo, a idade psicológica, a ideia pré-concebida que distingue o idoso do jovem, é a rigidez da personalidade referente à idade social. Entretanto no último estágio da vida humana começa a manifestar-se a decadência das funções vitais, independentemente da idade cronológica. O que pode levar à reflexão que, no momento da reforma, o indivíduo pode sofrer um decréscimo na autoestima (Fernández-Ballesteros, 2000, cit. por Fonseca, 2006).

A interpretação individual face às transformações físicas, psicológicas e cognitivas associadas ao contexto socioeconómico e familiar, é que nos vão moldar a perspetiva da passagem à reforma. Diante uma sociedade cada vez mais exigente, o paradigma do envelhecimento ativo surge, como um programa de intervenção na sociedade voltado para a mudança da condição do idoso, procurando ao mesmo tempo responder aos problemas do aumento da longevidade. Com efeito, o envelhecimento ativo convida a reformular a articulação entre a atividade e a reforma, entre o trabalho e a saúde, entre a participação e a exclusão, enfim, convida a que se caminhe para uma sociedade sem discriminações em torno da idade (Cabral & Ferreira, 2012).

Com a industrialização capitalista, o que passou a ser valorizado na sociedade foi o trabalho assalariado e principalmente a produtividade, estando centrada na exploração do trabalho e na estigmatização do não trabalho, atribuída ao parasitismo, e predominando uma visão do envelhecimento como momento improdutivo. No entanto, o envelhecimento e a velhice não se resumem a um estereótipo e nem podem ser reduzidos a um estigma, mesmo num contexto construído socialmente para o lugar do improdutivo (Faleiros, 2009).

A tendência de encarar o processo de reforma de uma forma desfavorável, tende a ter um impacto negativo na saúde do indivíduo, sendo causadora de doenças e mal-estar a nível físico e psicológico (Ekerdt, 1987). No entanto, existem efeitos contraditórios da reforma referentes ao impacto na saúde individual (Fonseca & Paúl, 2004).

A passagem à reforma pode levar a sentimentos depressivos e de ansiedade, levando ao aparecimento de doenças psicossomáticas. Tal deve-se à passagem para a inatividade e à falta de planos para a reforma (França, 1999).

Ao mesmo tempo que reforma traz a possibilidade de aproveitar a vida e as novas oportunidades que possam surgir, poderá ocorrer que o indivíduo não consiga lidar com o tempo livre devido ao tempo em que passou focado no seu trabalho. Sendo importante nesta nova fase, que o indivíduo venha desenvolver algumas atividades, que poderão representar novas opções de identidade social e de reforço na autoestima (França, 2010).

Todo o processo de envelhecimento é contínuo, não tendo um biomarcador que nos permita distinguir entre as fases, e consequentemente dificultando o reconhecimento de uma etapa de vida homogénea num determinado grupo etário com interesses comuns. O envelhecimento ativo remete para a noção biomédica, da manutenção da atividade motora e cognitiva por parte das pessoas mais velhas, nomeadamente quando passam da atividade à inatividade. Deste ponto de vista, a epítome do envelhecimento ativo são os estilos de vida saudáveis, sendo imprescindível a manutenção da saúde para garantir a qualidade de vida. É necessário abrangermos as atividades ocupacionais de cada reformado para podermos desenvolver questões como a qualidade de vida na reforma, uma vez que o envelhecimento ativo leva as pessoas a encarem a longevidade sob diferentes perspetivas. (Cabral et al., 2013).

Espiritualidade

Koenig, McCullough, & Larson (2001) esclarecem os conceitos básicos de religião, religiosidade e espiritualidade: Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, transcendente (Deus, força maior, verdade suprema). Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não-organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão). Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Já a espiritualidade positiva envolve o desenvolvimento de uma relação pessoal internalizada com o sagrado ou transcendente, ou seja, a espiritualidades positiva usa aspectos da religião em sua espiritualidade. Promove o bem-estar e o envolvimento ativo na vida através de religião e / ou atividades comunitárias, oração e outras práticas (Fetzer Institute, 1999).

A religiosidade pode ou não estar vinculada a uma religião. Os indivíduos podem ter crenças pessoais sem se voltar a crenças e atividades específicas de uma religião, ou seja, as religiões se constituem, antes de tudo, como fontes de capital simbólico, dando sentido às novas experiências (Rodrigues & Mercadante, 2016).

Para Platão, a felicidade era um estado contemplativo da alma. Esta ideia teve muito êxito ao longo dos séculos e pode ser encontrada também no pensamento cristão, entre outros. Nesse sentido, a ideia de bem supremo e único adquire o nome de Deus, e a autêntica felicidade converte-se num estado interior que consiste basicamente na união da alma com o Ser Supremo (Punset, 2010).

O facto de a velhice ser considerada a última etapa da vida faz com que ocorra um aumento da frequência sobre o pensar na morte e, sobretudo, a respeito do que vem depois dela. De acordo com estudos efetuados por McFadden (1995), estes revelaram que os idosos mostraram maior envolvimento religioso do que os mais jovens. O mesmo pode ser verificado num estudo realizado por Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Nasri, & Nacif (2011) que concluiu ainda existir uma relação íntima entre a espiritualidade e os diferentes aspetos do envelhecimento. Além disso, a espiritualidade tem consequências importantes na saúde mental, especialmente no que diz respeito a lidar com as situações relacionadas à saúde e incapacidade crônica (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002).

É na plena assunção da sua finitude que o ser humano mais aprofunda a relação e o comprometimento com a vida. Nisto reside o enorme potencial da terceira idade, que só sabemos apreciar na medida da nossa própria vitalidade (Barreto, 2009).

A religiosidade e a espiritualidade podem ser estratégias de apoio cotidiano, na medida em que auxiliam a aliviar ou amenizar as situações de perda, como, por exemplo, as relacionadas à finitude, à distância da família e ao desconforto muitas vezes gerado pelo contexto socioeconômico desfavorável (Rodrigues & Mercadante, 2016). Ou seja, a espiritualidade pode ajudar ao indivíduo a lidar melhor com o sofrimento e com as situações menos favoráveis (Goldstein, 2003; Faria & Seidl, 2005; Zenevicz, Moriguchi, & Madureira, 2013).

Os idosos são mais capazes que os jovens de vivenciar emoções mais complexas e, simultaneamente, emoções positivas e negativas. Têm mais senso de domínio sobre o meio, sendo capazes de gerar estratégias compensatórias (Neri, 2007).

Os idosos podem, ainda, vivenciar a religião de duas maneiras: extrínseca ou intrínseca. A maneira extrínseca refere-se à vivência da religião como meio de obter

benefícios; na maneira intrínseca, vivenciam a religião colocando suas crenças religiosas em primeiro lugar, vivendo de acordo com seus preceitos, numa atitude de comprometimento e busca do sentido da vida (Rodrigues & Mercadante, 2016).

A religião é um suporte para amenizar a dor advinda do rompimento e da separação, oferecendo explicações àquilo que ainda é ininteligível e assustador ao ser humano, sendo relatado por algumas pessoas, que, ao se encontrarem “em Deus”, sentem-se menos assustadas perante a morte, sentindo-se mais fortalecidos ao sofrimento diante do qual a morte os coloca (Barbosa, Melchiori, & Neme, 2011).

Espiritualidade e Qualidade de Vida

Ao convidar a que se caminhe para uma sociedade sem discriminações em torno da idade, o envelhecimento ativo é a ligação entre a forma de viver e a forma de envelhecer e morrer, a par de todas as ameaças externas que fragilizam a saúde física e mental, a quebra de laços sociais, e as inúmeras formas de dependência da população com idade avançada que importa fundamentar e investigar (Cabral et al., 2013).

O envelhecimento possibilita a uma oportunidade de desenvolvimento contínuo, sendo porém, distinto a cada indivíduo, uma vez que não interrompe o processo de relações e de autodesenvolvimento e nem encerra o ciclo da vida, mas constitui uma etapa de ganhos e de perdas num equilíbrio instável entre ambos (Faleiros, 2009).

Em suma, o equilíbrio entre o alto funcionamento físico e cognitivo, a manutenção da saúde, o envolvimento na sociedade e a espiritualidade, são fatores reveladores de autonomia e autocontrolo sobre si mesmo num processo de envelhecimento ótimo (Kahn, 2004).

Cada um de nós é apanhado entre duas forças que competem pelo nosso futuro pessoal, a força da evolução, que faz prolongar a vida, e a força da entropia, que faz com que as coisas físicas se deterioresem com o tempo. Sendo o envelhecimento uma forma complexa

de entropia, não há razão para que o indivíduo deixe de optar por evoluir a cada dia (Chopra & Tanzi, 2013).

O sentimento genérico de felicidade tem propensão à diminuir com o avançar da idade. As características das ligações pessoais do idoso, bem como a sua ocupação nos tempos de lazer, são imperativas para o seu estado de saúde subjetivo, como também para o sentimento de felicidade. Na realidade, as relações centradas na família e a coabitação e a regularidade na demonstração de afetos, apoio emocional e demonstração de sentimentos, originam os estados de felicidade, bem como aquelas atividades associadas ao envelhecimento ativo e as representações otimistas da velhice (Cabral et al., 2013).

Os idosos enfrentam mais perdas do que indivíduos em outras fases do ciclo vital, considerando que a solidão intensa pode ser uma lembrança permanente daqueles que morreram (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

O ser humano vai, ao longo da sua existência, adaptando-se às perdas e ameaças que sofre, quer modificando as próprias situações que o rodeiam, quer alterando a percepção que faz delas, a sua atitude perante elas. O sucesso dessa adaptação não é universal nem automático, como também está na dependência de fatores internos como externos, incluindo segurança física e económica, convivência, grau de estimulação e posição de se sentir ativo e útil. Isto representa todo um sistema social e familiar de apoio (Barreto, 2009).

Na década de 1990, pesquisas buscaram identificar os determinantes do envelhecimento bem-sucedido, utilizando medidas objetivas e tentativas de operacionalização do fenómeno. Nos últimos anos, a ênfase tem sido conhecer as percepções dos idosos sobre a experiência, associando esse conhecimento aos resultados das avaliações profissionais (Teixeira & Neri, 2008).

Focando-nos nesta visão, pondo em questão quais os aspetos, entre a perspectiva e a realidade, têm maior impacto na vida do reformado, uma vez que o seu comportamento está muitas vezes, dependente do grau de satisfação relativamente ao percurso de vida, que o auxiliam ou não, a enfrentar as vicissitudes do envelhecimento (Cabral et al., 2013), uma vez que nosso cérebro, ao contrário de outros órgãos como o coração e o fígado, é capaz de evoluir e aperfeiçoar-se ao longo da vida, ou seja, usamos nosso cérebro para evoluir e desenvolvermo-nos, guiados pelas nossas intenções (Chopra & Tanzi, 2013).

A felicidade e a alegria são emoções, e como tal, serão sempre transitórias, assim como também é transitória a infelicidade. É difícil para o ser humano entender o carácter transitório das suas emoções. Em suma, temos uma incapacidade essencial para conseguir colocarmo-nos realmente no lugar da pessoa que vamos ser (Punset, 2010).

Viver de uma forma saudável implica, naturalmente, a existência de boas condições de saúde que são correlativas do modo de viver dos indivíduos, das atividades com que estes ocupam o tempo e das relações que estabelecem com os outros, como já há muito, foi colocado pelo filósofo Lucio Séneca: *“O homem vive preocupado em viver muito e não em viver bem, quando na realidade não depende dele o viver muito, mas sim o viver bem.”*

É-se tendencialmente mais doente à medida que se envelhece, mas não se é tendencialmente mais infeliz quando há qualidade de vida e atividades de envelhecimento ativo que preenchem o quotidiano, bem como um conjunto estável de relações sociais que ajudem a absorver uma interpretação otimista sobre o que se entende por envelhecer. O sentimento genérico de felicidade tem propensão à diminuir com o avançar da idade. As características das ligações pessoais do idoso, bem como a sua ocupação nos tempos de lazer, são imperativas para o seu estado de saúde subjetivo, como também para o sentimento de felicidade. Na realidade, as relações centradas na família e a coabitação e a regularidade na

demonstração de afetos, apoio emocional e demonstração de sentimentos, originam os estados de felicidade, bem como aquelas atividades associadas ao envelhecimento ativo e as representações otimistas da velhice (Cabral & Ferreira, 2012).

Mas terminamos com esta ideia: o diálogo com a morte equivale ao diálogo com a vida. É na plena assunção da sua finitude que o ser humano mais aprofunda a relação e o comprometimento com a vida. Nisto reside o enorme potencial da fase sénior, que só sabemos apreciar na medida da nossa própria vitalidade (Barreto, 2009).

Objetivos do Estudo

Objetivo Geral

O principal objetivo do presente trabalho será compreender, através de uma análise qualitativa, os fatores espirituais, e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo, considerando-se o idoso como a população-alvo deste trabalho.

Objetivos Específicos

- Identificar e caracterizar a espiritualidade e a qualidade de vida da população-alvo;
- Identificar a concordância e/ou discrepância entre a percepção da população-alvo, a percepção dos técnicos e a percepção dos empregadores quanto ao sentido da espiritualidade na qualidade de vida do idoso.

Metodologia

Participantes

Este estudo qualitativo incluiu um grupo de 65 participantes aos quais foram realizadas entrevistas, mais especificamente: 16 entrevistas individuais e 49 entrevistas realizadas a partir de 7 grupos focais. As 16 entrevistas individuais abrangeram 8 técnicos e 8 empregadores que trabalham em proximidade com a população-alvo deste estudo, ou seja, pessoas de idades entre os 50 e os 75 anos. Por sua vez, as entrevistas realizadas a partir dos grupos focais incluíram um total de 49 pessoas com idades entre os 50 e os 75 anos, das quais 44 eram mulheres e 5 eram homens.

Instrumentos

O estudo teve como base “Grupos Focais” (*Focus group*) em indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, assim como em entrevistas semiestruturadas individuais a técnicos e empregadores que mantêm o contato direto com a população alvo (idosos) do estudo, sendo, em ambos os casos, realizadas entrevistas semiestruturadas. Os guíões das entrevistas individuais e de grupo foram concebidos para o estudo de Gaspar (2016), como forma de avaliarem, entre outros fatores, a espiritualidade e qualidade de vida dos idosos.

As entrevistas semiestruturadas foram usadas neste estudo, uma vez que possibilitam ao entrevistador encaminhar e direcionar as questões, de modo que os inquiridos sintam uma maior abertura para relatarem suas experiências e seus pontos de vista (Flick, 2005).

Procedimentos

O presente estudo deriva de um estudo anterior mais abrangente que se focou na análise das variáveis em estudo na população idosa, e de onde foram retirados os dados para a investigação atual.

Assim, a secção do Procedimento reporta precisamente os procedimentos conduzidos no âmbito do estudo inicial anterior “Qualidade de Vida no Processo de Reforma e Envelhecimento Ativo” (Gaspar, 2016), onde foram os contatos foram realizados através de telefone ou correio eletrónico com diferentes entidades como empresas, autarquias, centros de dia, universidades sénior, paróquias, instituições particulares de solidariedade social que integrassem as características necessárias para a realização de entrevistas com população-alvo. Os participantes deveriam respeitar os critérios de inclusão, sendo estes: serem voluntários, com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos e uma condição cognitiva e psicológica estável. Para as entrevistas individuais, deveriam ser pessoas que interviessem diariamente junto desta população. Como critérios de exclusão foram definidos: situação física incapacitante (acamados) e doença psicológica incapacitante (doença demencial, estados psicóticos, estados de alteração do estado de consciência).

Os investigadores reuniram-se previamente com as entidades de interesse, onde foram apresentados os objetivos e metodologia do estudo bem como a sua envolvência e necessidades práticas para a realização de entrevistas. Após a aceitação por parte dos intervenientes foram agendadas as datas para a realização das entrevistas individuais e dos grupos focais.

Em conjunto com as entidades que aceitaram colaborar foram realizadas entrevistas individuais com técnicos que exercessem funções de proximidade com a população. De um modo geral, cada entrevista teve a duração de 40 a 60 minutos. Os grupos focais tiveram em média uma duração de 60 a 90 minutos, formados por 6 a 7 pessoas com idades compreendidas entre 50 e 75 anos. Para a realização das entrevistas foram utilizados gravadores e guiões de entrevista semiestruturada tendo sido explicado à população a

utilização dos instrumentos bem como o pedido de consentimento informado para o uso dos resultados obtidos garantindo o seu anonimato.

Durante as entrevistas individuais e dos grupos focais, os investigadores foram introduzindo temas sobre a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo permitindo o desenvolvimento deste tema por parte dos participantes de forma pouco rígida com o objetivo de promover o debate. Foi possível obter uma estrutura para a realização das entrevistas, tendo sido fomentado a discussão através dos seguintes pontos propostos:

1. Qualidade de vida;
2. Fatores psicossociais do trabalho;
3. Satisfação com o suporte social;
4. Sentido de vida;
5. Espiritualidade.

As transcrições das entrevistas foram realizadas na íntegra, bem como procedeu-se à conceção de subcategorias para posteriormente serem revistas para a realização da análise das variáveis do estudo.

No presente estudo, após o procedimento anteriormente referido, procedeu-se à realização da análise de conteúdo a partir dos dados obtidos através das entrevistas transcritas e a sua relação. Este estudo focou-se em explorar as componentes qualidade de vida e espiritualidade, entre os pontos inicialmente propostos. Para tal, recorreu-se à análise qualitativa adjacente a uma revisão de literatura, de modo a identificar a significância da qualidade de vida no processo de envelhecimento ativo e o sentido da espiritualidade na qualidade de vida da população-alvo (idoso), bem como a concordância e/ou discrepância entre a perceção da população-alvo e a perceção dos técnicos e dos empregadores quanto à significância da qualidade de vida no processo de envelhecimento ativo e ao sentido da

espiritualidade na qualidade de vida do idoso, considerando a individualidade e subjetividade do ser humano, que irão delimitar os níveis de adaptação psicológica do indivíduo no que se refere à interpretação idiossincrática das componentes em estudo, considerando um processo de envelhecimento que se verifica cada vez mais mutável e particularmente importante na investigação.

Processamento e Tratamento de Dados

A metodologia utilizada na análise das entrevistas individuais e dos grupos focais foi qualitativa, tendo sido aplicada a análise de conteúdo, identificando temáticas e categorias e subcategorias previamente estabelecidas. Posteriormente foi registada a frequência com que cada tema ocorria ao longo das entrevistas.

Pesquisa Qualitativa

Sendo o presente trabalho uma investigação qualitativa, tornou-se relevante enquadrar a relevância de uma investigação deste tipo.

Como definição genérica inicial, pode-se dizer que a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. A análise qualitativa é um campo de investigação que envolve uma abordagem naturalista, na qual estuda-se os fenómenos em seus cenários naturais e procura-se interpretá-los de modo que se chegue o mais próximo possível dos significados que as pessoas atribuem a estes, e sendo de particular relevância ao estudo das relações sociais, devido a diversidade das esferas de vida (Denzin & Lincoln, 2006).

Na pesquisa qualitativa, o objeto em estudo é o fator que determinará qual o método a ser utilizado (Flick, 2009). Entre os métodos ou técnicas empregados na análise qualitativa, considera-se uma constante utilização da análise de conteúdo (Campos, 2004), que tem evoluído progressivamente em virtude da preocupação com o rigor científico e a

profundidade das pesquisas, que visam dar resposta aos questionamentos levantados inicialmente (Mozzato & Grzybovski, 2011).

Define-se a análise de conteúdo como sendo um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, aplicados a diferentes contextos e que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade sempre questionada da subjetividade, tendo a necessidade de ir além das aparências (Bardin, 1977). Esta metodologia de análise de dados teve suas características e diferentes abordagens desenvolvidas mais especificamente ao longo dos últimos cinquenta anos, integrando-se positiva e progressivamente na exploração qualitativa. A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como livros, relatos autobiográficos, gravações, entrevistas, entre outros, que ajudará a reinterpretar as mensagens através da indução e da intuição, de modo a alcançar um nível de compreensão mais aprofundado dos fenômenos que se propõe a investigar (Moraes, 1999).

A Psicologia como ciência humana complexa sofre influências histórico-culturais tanto internas como externas. Em psicologia clínica tal complexidade fica ainda mais evidente quando adotado o modelo qualitativo de pesquisa científica, pois este implica em um processo personalizado e dinâmico de investigação, tratando-se de um procedimento construtivo-interpretativo (Pinto, 2004).

Nos últimos anos, a investigação qualitativa tem recebido uma crescente aceitação e reconhecimento nas diferentes vertentes em psicologia, ressaltando o valor e tratamento que os dados qualitativos mereceram no âmbito da investigação em psicologia, sendo esclarecedor que o investigador não deve deixar de dar importância aos dados qualitativos que se relacionam com a experiência, o discurso e a história (Fernandes & Maia, 2002), assim como têm atingido novas e mais desafiadoras possibilidades na investigação (Moraes, 1999).

Neste sentido, a pesquisa qualitativa em psicologia clínica realiza uma ciência de viabilidade, não pretendendo uma verificação direta dos resultados e conclusões, mas visa apontar para um sentido da realidade, do fenômeno ou do processo estudado (Pinto, 2004).

Resultados

Para uma melhor compreensão dos resultados, primeiramente irão ser expostas as categorias e subcategorias previamente estabelecidas no estudo de Gaspar (2016), mas que são relevantes ao presente estudo, uma vez que foram os elementos condutores da nossa pesquisa. As categorias e subcategorias são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1
Categorias e subcategorias previamente estabelecidas

Categorias	Subcategorias
<p>Qualidade de Vida: Percepção da pessoa sobre o impacto da sua vida física, psicológica, social e ambiental no seu bem-estar, tendo em consideração os seus objetivos, expectativas, crenças e preocupações.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Física • Saúde Psicológica • Saúde “Ambiental” • Saúde Social
<p>Espiritualidade: Percepção da pessoa quanto ao modo como enfrenta as dificuldades da minha vida, tendo em consideração as suas expectativas e preocupações com o futuro. Se através das crenças “espirituais/religiosas” que lhe dão sentido à vida e forças nos momentos difíceis, ou através do “otimismo” ao futuro iminente, tendo aprendido a valorizar as pequenas coisas da vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Através da Religião • Através do Otimismo

No âmbito do presente trabalho e após a análise de conteúdo realizada foram identificadas as frequências inerentes a cada categoria e subcategoria para os idosos, técnicos e empregadores. A frequência de cada categoria e subcategoria dentro das entrevistas individuais e de grupo foi analisada separadamente. Os resultados são apresentados considerando o número de indivíduos entrevistados (seja em grupo ou individualmente) e o número de respostas inerentes a cada categoria e subcategoria, sendo registada a frequência com que cada tema ocorria ao longo das entrevistas. As frequências podem ser observadas na

Tabela 2
Categorias e subcategorias identificadas

Categoria/Subcategoria	Frequência		
	Idosos (N=59)	Técnicos (N=8)	Empregadores (N=8)
Qualidade de Vida/ Saúde Física	31	8	5
Qualidade de Vida/ Saúde Psicológica	27	8	8
Qualidade de Vida/ Saúde “Ambiental”	29	8	7
Qualidade de Vida/ Saúde Social	33	8	6
Espiritualidade/ Através da Religião	19	3	6
Espiritualidade/ Através do Otimismo	6	5	4

Qualidade de Vida nos Idosos, Técnicos e Empregadores

Seguidamente irão ser expostas dentro da categoria de qualidade de vida, as subcategorias que mais contribuíram para a discussão nos grupos focais e nas entrevistas individuais, separadamente de acordo com a população-alvo (idosos), técnicos e empregadores, respetivamente a Tabela 3, a Tabela 4 e a Tabela 5.

Na categoria qualidade de vida constatou-se que a população-alvo deu uma maior importância às subcategorias saúde social (nomeadamente à família e amigos) e saúde física (nomeadamente relacionada com dores físicas e autonomia). Na subcategoria saúde ambiental os idosos referiram como significativo o rendimento e os acessos aos cuidados de saúde. Os idosos relacionaram a subcategoria saúde psicológica, como sendo diretamente influenciada pela saúde física, pela saúde social e pela saúde ambiental. Podendo verificar-se na Tabela 3.

Tabela 3

Subcategorias (de qualidade de vida) que mais contribuíram para a discussão na população-alvo

Subcategorias

- Saúde Física:

“...É uma vida muito ruim, a saúde é muito importante porque a gente não pode se deslocar como quer...” (Idosa)
“... eu tenho má circulação (...) a agilidade já não é a mesma.” (Idosa)
“É os meus joelhos que eu não posso com eles até me custa carregar com o andarilho, estou a ficar sem força.” (Idosa)
“...sou uma pessoa que tem muitos problemas (...) sinto-me tão cansada, tão doente.” (Idosa)
“Quando se chega a uma certa idade as limitações aparecem.”
“...queria mais uma esmola de saúde e é isso que eu não tenho...canso-me, canso-me, ando sempre cansada.”
“...tenho o meu ponto de saúde que não é nenhum (...) é muito complicado.”
“...ceguei e acabou-se, passei a depender de terceiros.”

- Saúde Psicológica:

“Ah mas eu tenho muita alegria de vida!”
“Fazemos o que nos dá prazer logo estamos bem (...) eu gosto muito de ser eu...
“...estou muito satisfeita (...) estou contente por aquilo que fiz, bem ou mal foram escolhas minhas.”
“...nunca consideraria a minha vida sem sentido, que disparete.”
“Eu gosto de viver. Não tenho pressa nenhuma de partir (risos).”
“É a parte final da minha vida (...) Eu procuro viver bem...”
“...psicologicamente não estou bem comigo mesma porque não tenho dinheiro para as minhas necessidades...”
“Eu sinto-me realmente muito feliz e amada (...) Agora não gosto muito de estar aqui, não tenho vontade de viver porque sofro muito das minhas pernas.”
“...todos os dias quando me levanto a primeira coisa que eu penso é realmente no suicídio.”

- Saúde “Ambiental”:

“Mas eu tenho um problema, eu sou pobre (...) sou uma pessoa que tem uma pequena reforma e não dá.”
“E alguma capacidade financeira senão nada disso se consegue fazer.”
“É preciso é isso manter-se ocupada (...) porque a saúde é mantida através de dinheiro.”
“...só falta-nos o acesso por vezes (...) em termos da saúde (...) aí está as dificuldades.”
“...não tenho médica de família, é a médica do dia.”
“Tenho que trabalhar, a reforma não dá.”
“Não temos acesso a diversas coisas até primárias porque são muito caras.”
“...tenho uma reforma de porcaria que não dá para nada...”

- Saúde Social:

“O que eu acho mais importante é a vida em família.”
“É muito importante a amizade! (...) amarem-se umas às outras, quer seja família quer não seja, isso é muito importante.”
“Ah sem dúvida alguma a família primeiro de tudo e depois os amigos (...) que às vezes são até mais do que alguns familiares.”
“Eu acho que a família e os amigos são bastante importante. O vir para aqui foi maravilhoso (...) o convívio faz bem.”
“...às vezes, por exemplo, venho para aqui sem vontade (...) depois chego ao pé das pessoas [aquilo fica para trás] e pronto, volto ao meu normal.”
“A vida social conta muito (...) e acho maravilhoso o que se passa aqui dentro (...) estar em casa com a mulher e os filhos (...) em primeiro lugar estão eles.”

As subcategorias saúde física e saúde social foram consideradas pelos técnicos como sendo as mais influenciadoras ao bem-estar do idoso. Na subcategoria saúde ambiental os técnicos referiram como significativos o poder económico e os acessos aos cuidados de saúde. A subcategoria saúde psicológica foi relacionada ao desgaste emocional, ao sentimento de solidão, ou ainda no sentido da realização pessoal dos idosos. Tais resultados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4
Subcategorias (de qualidade de vida) que mais contribuíram para a discussão nos técnicos

Subcategorias
<ul style="list-style-type: none">• Saúde Física: “...há muitos que têm já muitas doenças e isso faz-lhes muita confusão...” “...toda a gente precisa de cuidados médicos a partir de certa altura.” “A capacidade física deles não é a mesma de antigamente e depois aparecem as doenças próprias da idade.” “...as capacidades deixam de ser como eram há uns anos atrás. Não conseguem andar tão depressa (...) cansam-se.” “Sim, eles têm mais energia que eu! Alguns têm muita energia mesmo.” “Isso é muito individual (...) porque há a questão das dores e depois há situações muito complexas (...) muito graves (...) e essas de facto vão tendo limitações na sua vida ativa, o que é perfeitamente natural.” “...a partir de uma certa idade, começa a faltar-nos e, às vezes, perdemos qualidade de vida por não existir saúde.” “...está sozinha e qualquer dia vai precisar de um sítio onde tenha apoio de alguém (...) é uma deficiência muito específica e com muitas limitações.”
<ul style="list-style-type: none">• Saúde Psicológica: “...importante para eles é a necessidade que eles têm de se divertirem, de se sentirem importantes e de fazerem a atividade física...” “...alguns deles são deprimidos e que se não puxarmos por eles, eles ficam tristes a pensar no mal (...) na doença e na morte.” “...um terço deles já deviam de ter ido embora, acham eles que já deviam de ter ido embora, não estão cá a fazer nada.” “Gostam da vida porque (...) sentem-se valorizados porque, lá está, têm um lugar onde se podem socorrer...” “Eu acho que eles têm apetência pela vida (...) estas ocupações (...) dá-lhes mais força e uma forma de trabalhar a mente...” “...as pessoas começam a viver e a pensar um bocadinho mais na sua felicidade...” “Há muitos que adoram a vida (...) querem é viver a vida.”

- Saúde “Ambiental”:

“Há uma preocupação, especialmente económica por causa dos cortes.”

“Os que têm algum conformo económico pensam muito em viajar para fora. Os que não têm (...) o que é que pensam? Em sobreviver.”

“...uns têm satisfação a estar a ver televisão e outros têm satisfação a serem mais ativos (...) ir ao teatro, gosta de ir à cultura.”

“...as pessoas queixaram-se que para terem uma consulta têm que acordar às vezes às seis da manhã, para irem para o posto aguardar por marcação ao final do dia.”

“Estamos a correr o risco dos utentes da freguesia irem para outro posto que oferece melhores condições, em que o atendimento é melhor.”

“...reformadas, mas a trabalham a dias (...) dizem o dinheiro dá jeito (...) lá está não têm uma situação de reformas que por vezes consigam fazer frente às dificuldades e então quando há doenças ainda pior.”

- Saúde Social:

“É um apoio entre o grupo, e a ligação torna-se muito forte (...) há muita energia...”

“Eu acho que eles têm uma vida familiar na maioria muito pobre. São muito sozinhos...”

“...há muitos deles que ficam tristes, na altura das festas não estão os filhos todos, uns estão longe, outros não estão, outros não vêm.”

“...das redes sociais, encontraram amigos que não viam há anos, fizeram novas amizades e conheceram outras culturas que de outra forma não conseguiam”

“Temos uma senhora (...) ultrapassou a solidão foi através dos meios eletrónicos, utiliza-os para falar com os filhos emigrados e sentir que estão presentes.”

“Perde-se a aproximação, o contacto em si eu acho que não se perde (...) mais afastados dos filhos, se estão longe se calhar gostavam mais de estar perto, mas a vida está mesmo assim...muito acelerada.”

“Temos uma boa relação, criou-se uma boa dinâmica no grupo (...) e depois realizam-se convívios, festas que promovem essas relações.”

Podemos verificar na Tabela 5, que os empregadores referiram as subcategorias saúde social e saúde física como sendo as mais significativas para os idosos. Na subcategoria saúde ambiental os empregadores referiram como significativos o rendimento e os acessos aos cuidados de saúde. Na subcategoria saúde psicológica os empregadores referiram que esta é maioritariamente influenciada pela saúde física e pelo poder económico.

Tabela 5
Subcategorias (de qualidade de vida) que mais contribuíram para a discussão nos empregadores

Subcategorias

- Saúde Física:

“...fazerem as coisas mais lentamente (...) São pessoas mais atreitas também a questões de saúde...”

“...para além dos seus problemas de saúde também está a dar apoio ao marido que também está em um estado doente...”

“...cansam-se mais depressa e portanto não têm tanta energia.”

“...mais triste é uma pessoa ir para a reforma e não ter qualidade de vida a nível da saúde, isso é muito triste...”

“...acima dos cinquenta já se começa a ver-se algum limite nas suas capacidades, começa-se a notar.”

- Saúde Psicológica:

“Acho que lidam bem com o stress, acho que até lidam melhor do que os mais novos.”

“Acho que são pessoas mais cabisbaixas e tristes, acho que sentem que já estão no final da caminhada...”

“...tem a ver sobretudo com as pessoas satisfazerem o seu desejo de se sentirem concretizadas...”

“Não sinto que o sentido de vida seja muito importante aqui (...) pessoas cujos vencimentos são baixos e às vezes o que eles precisam são coisas mesmo básicas e não tão presas a essas questões...”

“...acho que são pessoas que já sofreram tanto na vida que já estão preparadas para muita luta...”

“... há pessoas que são muito velhas com 30 anos e pessoas com 60 anos que são muito jovens.”

“Há pessoas que são mais otimistas, mais positivos, mais gratos por aquilo que têm (...) valorizam e portanto vivem bem (...) outros (...) é uma questão de personalidade também, estão sempre mal dispostos, de mal com a vida...”

- Saúde “Ambiental”:

“...gostariam de se reformar porque se sentem cansados, porque o trabalho que fazem é um trabalho duro que são auxiliares ou da cozinha...”

“Há uma preocupação, especialmente económica por causa dos cortes.”

“...era positivo terem melhores acessos dado justamente a idade que já têm e as dificuldades que possam ter a esse nível...”

“Desde que as pessoas tenham uma remuneração condizente com as suas habilitações e as suas funções eu penso que isso melhora-lhes não só o ego como ajuda à tal qualidade de vida...”

“E depois é muito complicado dizer à pessoa “olhe você não está capaz para trabalhar” quando o médico diz que está e a pessoa está a arrastar-se...”

“...é ter dinheiro para poder fazer o básico sem ter que se estarem a preocupar...”

- Saúde Social:

“Em termos familiares acho que querem sempre ampliar...”

“...têm a felicidade alguns de já terem netos, têm trabalho e têm perto as pessoas que gostam deles.”

“...estão integrados nas suas redes, até nas redes sociais, apesar de terem mais de cinquenta anos estão muito integrados nas redes sociais.”

“...a pessoa muda quando as relações pessoais não estão bem, quando existe uma pessoa doente na família.”

Espiritualidade nos Idosos, Técnicos e Empregadores.

Seguidamente irão ser expostas dentro da categoria de espiritualidade, as subcategorias que mais contribuíram para os grupos de discussão, separadamente de acordo com a população-alvo (idosos), técnicos e empregadores, respetivamente a Tabela 6, a Tabela 7 e a Tabela 8.

Na categoria espiritualidade foi referido como mais significativa na população-alvo a subcategoria religião, seguida de otimismo. Podemos verificar na Tabela 6.

Tabela 6

Subcategorias (de espiritualidade) que mais contribuíram para a discussão na população-alvo

Subcategorias

- Através da Religião:

“Eu sou católica e ajuda-me muito em tudo o que eu já passei.”

“A espiritualidade é muito importante, realmente. Eu tenho muita fé e peço muito a Deus que me ajude.”

“A mim também me ajuda muito porque eu creio muito em Deus e tenho uma santa preferida que é a Santa Conceição (...) é um grande apoio.”

“...pensarmos que não estamos sós e que temos Deus connosco e que nos vai ajudar.”

“Eu sempre acreditei em Deus, hoje em dia tenho mesmo fé...”

“Eu acho que a religião ajuda as pessoas, pertença ela a qual pertencer...”

“...as pessoas que não tiverem fé acho que é um vazio autêntico (...) como também quero que as outras pessoas aceitem e respeitem a minha fé.”

“A religião ajuda-nos a suportar muitas partes más da vida.”

“...tenho andado com pouca fé e sinto que ajuda. A pessoa tem que acreditar em alguma coisa.”

- Através do Otimismo:

“...enquanto nós podermos fazer vamos fazendo, é essa a nossa espiritualidade.”

“Otimismo, otimismo é muito importante.”

“...eu fui sempre assim, sempre otimista...”

Embora tivesse sido considerada pelos técnicos a significância da espiritualidade na fase sénior, foi referida como mais significativa a subcategoria religião, seguida de otimismo. Podendo verificar-se na Tabela 7.

Tabela 7

Subcategorias (de espiritualidade) que mais contribuíram para a discussão nos técnicos

Subcategorias

- Através da Religião:

“Acho que metade talvez, a outra metade não liga nenhuma à espiritualidade (risos) são só corpo, não são alma. Eu acho que eles não olham para essa parte.”

“Em alguns vejo essa preocupação, noutros não (...) Mas penso que quase toda a gente recorre à fé.”

“A espiritualidade eu acho que também é muito importante (...) é uma orientação para a pessoa...”

“...é poderem ir a Fátima na Páscoa, portanto a religião é muito importante...”

- Através do Otimismo:

“Podemos considerar as duas vertentes mas, pessoalmente, acho que é mais otimismo.”

“...está relacionado com a maneira de eles estarem na vida. Considero até mais o otimismo e a esperança porque religião cada um tem a que tem...”

Os empregadores referem como mais significativa a subcategoria religião, e consideram que na fase sénior os indivíduos não acreditam grandes mudanças. Podendo verificar-se na Tabela 8.

Tabela 8

Subcategorias (de espiritualidade) que mais contribuíram para a discussão nos empregadores

Subcategorias

- Através da Religião:

“Eu acho que não é importante para eles.”

“Eu diria que sim, que se apoiam na sua espiritualidade (...) há algumas que são crentes mesmo em termos de religião, católicos, e que vão aí buscar constante apoio...”

“Mas de resto espiritualidade não vejo uma única pessoa aqui que fale sobre isso pelo menos.”

“...se calhar ainda somos uma cultura muito religiosa, de muita fé portanto há aí um bocadinho dos dois lados.”

- Através do Otimismo:

“Não sei responder. Mas (...) acreditam menos nas pessoas e que as coisas possam ser diferentes...”

Análise Geral de Semelhanças/Discrepâncias na População-alvo, Técnicos e

Empregadores, Separadamente para Qualidade de Vida e Espiritualidade

Relativamente à qualidade de vida foram verificadas semelhanças entre a perceção da população-alvo, dos técnicos e dos empregadores no respeitante a significância dada à qualidade de vida na fase sénior. De modo geral, houve uma homogeneidade nos grupos de

discussão quanto a influência da saúde social, da saúde física, da saúde ambiental e da saúde psicológica na qualidade de vida dos idosos. Tal resultado pode ser observado na Tabela 9.

Tabela 9

Análise geral de semelhanças/discrepâncias na população-alvo, técnicos e empregadores, na qualidade de vida

Subcategorias (comuns)	Subcategorias (discrepâncias)
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Física: <p>“Eu nunca tive doença nenhuma, sou uma pessoa realmente muito feliz nesse aspeto”. (Idoso)</p> <p>“É os meus joelhos que eu não posso com eles até me custa carregar com o andarilho...” (Idoso)</p> <p>“...sou uma pessoa que tem muitos problemas (...) sinto-me tão cansada, tão doente.” (Idoso)</p> <p>“...queria mais uma esmola de saúde e é isso que eu não tenho...canso-me, canso-me, ando sempre cansada.” (Idoso)</p> <p>“...era o meu marido ter saúde para eu (...) conseguir fazer ainda mais do que aquilo que eu consigo.” (Idoso)</p> <p>“...há muitos que têm já muitas doenças e isso faz-lhes muita confusão...” (Técnico)</p> <p>“A qualidade de vida é poder realizar as suas atividades de vida quotidiana de forma saudável, sem dependência, com autonomia...” (Técnico)</p> <p>“...quase todas as pessoas quando a idade vai avançando têm alguns problemas de saúde...” (Técnico)</p> <p>“...a partir de uma certa idade (...) perdemos qualidade de vida por não existir saúde.” (Técnico)</p> <p>“...para além dos seus problemas de saúde também está a dar apoio ao marido que também está em um estado doente...” (Empregador)</p> <p>“...porque a partir do momento em que começam a não ser saudáveis já não se sentem nem com capacidade nem com energia nem com alma...” (Empregador)</p> <p>“...acima dos cinquenta já se começa a ver-se algum limite nas suas capacidades, começa-se a notar.” (Empregador)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Física:
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Psicológica: <p>“Ah mas eu tenho muita alegria de vida!” (Idoso)</p> <p>“Eu sinto-me realmente muito feliz e amada (...) Agora não gosto muito de estar aqui, não tenho vontade de viver porque sofro muito das minhas pernas.” (Idoso)</p> <p>“...ocupar a mente é muito importante (...) a gente tem que dar a volta por cima...” (Idoso)</p> <p>“...nunca consideraria a minha vida sem sentido, que disparate.” (Idoso)</p> <p>“Eu gosto de viver. Não tenho pressa nenhuma de partir (risos).” (Idoso)</p> <p>“ Eu estou muito satisfeita por tudo aquilo que alcancei.” (Idoso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Psicológica: <p>“Não sinto que o sentido de vida seja muito importante aqui...” (Empregador)</p>

“Fazemos o que nos dá prazer logo estamos bem (...) eu gosto muito de ser eu...” (Idoso)

“...estou muito satisfeita (...) estou contente por aquilo que fiz, bem ou mal foram escolhas minhas.” (Idoso)

“...já não espero mais nada, o que é que eu espero agora?” (Idoso)

“...todos os dias quando me levanto a primeira coisa que eu penso é realmente no suicídio.” (Idoso)

“...psicologicamente não estou bem comigo mesma porque se não tenho dinheiro para as minhas necessidades...” (Idoso)

“...vive-se com mais prazer e pronto...” (Idoso)

“É a parte final da minha vida (...) Eu procuro viver bem...” (Idoso)

“...quando estou a ir abaixo eu consigo-me levantar...” (Idoso)

“...olhe para mim é tudo uma maravilha (...) graças a Deus tenho sido muito feliz.” (Idoso)

“Eu estou satisfeita com tudo, não mudava nada...” (Idoso)

“...um terço deles já deviam de ter ido embora, acham eles que já deviam de ter ido embora, não estão cá a fazer nada.” (Técnico)

“São pessoas que ainda têm alguma vontade de viver.” (Técnico)

“...às vezes as coisas mais pequeninas e mais simples são aquelas que fazem com que as pessoas se sintam melhor.” (Técnico)

“Há muitos que adoram a vida (...) querem é viver a vida.” (Técnico)

“Acho que são pessoas mais cabisbaixas e tristes, acho que sentem que já estão no final da caminhada...” (Empregador)

“...acho que são pessoas que já sofreram tanto na vida que já estão preparadas para muita luta...” (Empregador)

• Saúde “Ambiental”:

“Mas eu tenho um problema, eu sou pobre (...) sou uma pessoa que tem uma pequena reforma e não dá.” (Idoso)

“É preciso é isso manter-se ocupada ... porque a saúde é mantida através de dinheiro.” (Idoso)

“...só falta-nos o acesso por vezes (...) em termos da saúde (...) aí está as dificuldades.” (Idoso)

“...não tenho médica de família, é a médica do dia.” (Idoso)

“Tenho que trabalhar, a reforma não dá.” (Idoso)

“...ter algumas restrições para mim não é qualidade de vida. Tenho restrições a nível financeiro...” (Idoso)

“Não temos acesso a diversas coisas até primárias porque são muito caras.” (Idoso)

“Há uma preocupação, especialmente económica por causa dos cortes.” (Técnico)

“Os que têm algum conformo económico pensam muito em viajar para fora. Os que não têm (...) o que é que pensam? Em sobreviver.” (Técnico)

“...as pessoas queixaram-se que para terem uma consulta têm que acordar às vezes às seis da manhã, para irem para o posto aguardar por marcação ao final do dia.” (Técnico)

“Mas havendo saúde, situação económica, habitação e outras coisas, em conformidade com o possível, existe qualidade de vida.” (Técnico)

• Saúde “Ambiental”:

“Desde que as pessoas tenham uma remuneração condizente com as suas habilitações e as suas funções eu penso que isso melhora-lhes não só o ego como ajuda à tal qualidade de vida...”(Empregador)

- Saúde Social:

“O que eu acho mais importante é a vida em família.” (Idoso)

“...não tenho nada mas pelo menos aqui tenho amigos, sinto-me mais distraída.” (Idoso)

“É muito importante a amizade! (...) amarem-se umas às outras, quer seja família quer não seja, isso é muito importante” (Idoso)

“Ah sem dúvida alguma a família primeiro de tudo e depois os amigos (...) que às vezes são até mais do que alguns familiares.” (Idoso)

“As relações que definiu ao longo do tempo são a sua família.” (Idoso)

“As relações que definiu ao longo do tempo são a sua família.” (Idoso)

“A vida social conta muito (...) e acho maravilhoso o que se passa aqui dentro (...) estar em casa com a mulher e os filhos (...) em primeiro lugar estão eles.”(Idoso)

“Os filhos têm a vida deles estão se nas tintas para mim (...) onze irmãos vivos (...) eles não me atendem o telefone. Portanto qualidade de vida, eu não tenho nenhuma!”(Idoso)

“...há muitos deles que ficam tristes, na altura das festas não estão os filhos todos, uns estão longe, outros não estão, outros não vêm.”(Técnico)

“É um apoio entre o grupo, e a ligação torna-se muito forte...”(Técnico)

“...pouco apoio da parte das famílias mas que esta casa acaba por lhes dar um bocadinho essa compensação (...) é mesmo uma casa.” (Técnico)

“Podem ter satisfação e alegria por estarem ocupadas e conhecerem outras pessoas, culturas porque muitas pessoas da freguesia estão isoladas.” (Técnico)

“As pessoas sorriem, sentem-se felizes por agradecer os outros, por ter alguém a quem cumprimentar, porque alguém lhes telefona se eles não aparecem...”(Técnico)

“...todos acima dos sessenta anos que vão todos almoçar juntos porque têm aqueles hábitos...”(Empregador)

- Saúde Social:

Relativamente à espiritualidade foram verificadas discrepâncias entre a perceção da população-alvo, dos técnicos e dos empregadores no respeitante a significância dada à espiritualidade na fase sénior, nomeadamente na subcategoria religião. A subcategoria otimismo foi menos referida. Entretanto, em alguns casos foi considerada a relevância tanto do otimismo como da religião, como sendo fatores significantes na vida dos idosos, cujos resultados se encontram na Tabela 10.

Tabela 10

Análise geral de semelhanças/discrepâncias na população-alvo, técnicos e empregadores, na espiritualidade

Subcategorias (comuns)	Subcategorias (discrepâncias)
<ul style="list-style-type: none"> • Através da Religião: <p>“...é muito importante (...) Ajuda-me muito na minha qualidade de vida.” (Idoso)</p> <p>“A espiritualidade é muito importante, realmente. Eu tenho muita fé e peço muito a Deus que me ajude.” (Idoso)</p> <p>“A fé a mim ajuda-me muito (...) Para mim é muito importante.” (Idoso)</p> <p>“...pensarmos que não estamos sós e que temos Deus connosco e que nos vai ajudar.” (Idoso)</p> <p>“Sem dúvida, não podemos viver sem isso.” (Idoso)</p> <p>“A mim também me ajuda muito porque eu creio muito em Deus e tenho uma santa preferida que é a Santa Conceição (...) é um grande apoio.” (Idoso)</p> <p>“Eu acho que a religião ajuda as pessoas, pertença ela a qual pertencer...” (Idoso)</p> <p>“A religião ajuda-nos a suportar muitas partes más da vida.” (Idoso)</p> <p>“...as pessoas que não tiverem fé acho que é um vazio autêntico...”(Idoso)</p> <p>“Mas penso que quase toda a gente recorre à fé.” (Técnico)</p> <p>“A espiritualidade eu acho que também é muito importante (...) é uma orientação para a pessoa...” (Técnico)</p> <p>“Eu diria que sim, que se apoiam na sua espiritualidade...” (Empregador)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Através da Religião: <p>“...são só corpo, não são alma. Eu acho que eles não olham para essa parte.” (Técnico)</p> <p>“É mais uma coisa, uma atividade e o padre é simpático.” (Técnico)</p> <p>“...digamos que não é a nossa principal preocupação.” (Técnico)</p> <p>“Eu acho que não é importante para eles...” (Empregador)</p> <p>“...não vejo uma única pessoa aqui que fale sobre isso pelo menos.” (Empregador)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Através do Otimismo: <p>“...enquanto nós podermos fazer vamos fazendo, é essa a nossa espiritualidade.” (Idoso)</p> <p>“Otimismo é, otimismo é muito importante.” (Idoso)</p> <p>“...eu fui sempre assim, sempre otimista...” (Idoso)</p> <p>“Considero até mais o otimismo e a esperança porque religião cada um tem a que tem...”(Técnico)</p> <p>“As duas coisas são importantes.” (Idoso)</p> <p>“Podemos considerar as duas vertentes mas, pessoalmente, acho que é mais otimismo.” (Técnico)</p> <p>“Umás coisas influenciam outras, isto é o que eu acho...” (Técnico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Através do Otimismo:

Discussão

Qualidade de Vida

Os presentes resultados obtidos sugerem a importância de diferentes fatores relevantes para a qualidade de vida geral na fase sénior. Dentro da qualidade de vida houve uma maior frequência na saúde social, sendo apontada como significativa para o bem-estar, nomeadamente no que diz respeito à família, aos amigos e às relações estabelecidas. A saúde física foi a segunda mais frequente nos grupos de discussão, sendo considerada pelos idosos como imprescindível para a autonomia e bem-estar psicológico; Na saúde ambiental, o rendimento e o poder económico foram referidos como fatores que contribuem para a independência social e a autonomia no processo de reforma; A saúde psicológica foi mais frequente nos idosos, estando diretamente ligada à saúde física, à saúde social e à saúde ambiental, que influenciam indiretamente a saúde psicológica. Dentro da espiritualidade a religião foi mais frequente do que o otimismo, verificando-se discrepâncias entre os grupos de discussão sobre a significância da espiritualidade na fase sénior, nomeadamente a religião. Dentro das semelhanças/discrepâncias observou-se maior valorização da fé e da religiosidade por parte dos idosos do que por parte dos técnicos, e principalmente, dos empregadores.

Os dados observados a partir da análise das entrevistas individuais e dos grupos focais possibilitou explicitar alguns fatores de maior influência para a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo.

De modo geral, a saúde social foi a mais referida nas entrevistas, sendo percebida pelos participantes como o fator de maior relevância para o bem-estar na fase sénior. Evidenciando uma correlação muito clara e forte entre as relações sociais e a felicidade (Punset, 2010). Seguidamente, a saúde física foi a segunda mais referida pelos participantes, que relacionaram-na não apenas com as dores físicas, mas também com a autonomia, que,

segundo Rosa (2012), é muitas vezes condicionada pelo estado de saúde do idoso. Em termos gerais, a saúde física está relacionada também à saúde social, indo de encontro com Barreto (2009), ao considerar que o desaparecimento da família alargada conduz à perda de papéis sociais e familiares decorrentes do isolamento do idoso, e ainda acompanha uma gradual limitação funcional comum do envelhecimento.

Verifica-se que a inserção num contexto de envelhecimento ativo tem um impacto positivo na população-alvo. Importa salientar que a satisfação do reformado está no apoio das redes de suporte informais, nomeadamente a família, os amigos e serviços tradicionais locais (Gaspar, 2015; Simões, 2006).

Nos últimos anos novos lares públicos e privados têm emergido como forma de suprir as atuais necessidades observadas relativamente na população idosa e o envelhecimento ativo tem ganhado novos contornos. Podemos observar porém, que embora as atividades desenvolvidas sejam percecionadas pelos idosos (população-alvo) como uma forma gestão face ao estresse causado pelas adversidades, a maior parte prefere apenas frequentar as atividades em centros de dia enquanto conseguem manter-se autónomas. Segundo Papalia & Feldman (2013) essa fase é conhecida como “envelhecer em casa”, que constitui a opção da maioria dos idosos enquanto autónomos, ou que necessitam de ajuda mínima. Do mesmo modo, Paúl (2012) diz ainda que, devido à vulnerabilidade às doenças e à perda da autonomia sobretudo na idade mais avançada, a institucionalização verifica-se apenas quando a prestação de cuidados formal ou informal se torna insuficiente, ou falha. Barreto (2009) salienta ainda que muitos idosos, na maioria mulheres, preferem viver sós enquanto podem, uma vez que a carência em comodidade e companhia é-lhes compensada pela maior liberdade, e pelo gosto de permanecer no seu meio habitual. No entanto evidenciam-se maiores mudanças a partir dos 85 anos, momento em que se verifica uma maior fragilidade e

consequentemente, maior dependência (Simões, 2006). Em suma, embora viver sozinho seja frequentemente equiparado a isolamento social, ou mesmo a solidão, importa não concluir equivocadamente, mas antes identificar os eventos decisivos que conduzem a essa situação, e investigar o modo como ela é vivenciada (Cabral et al., 2013).

Através dos relatos presentes neste estudo, foi possível observar que as relações familiares são bastante significativas e influenciam a qualidade de vida do idoso. Verificou-se que não apenas as relações familiares são importantes nessa fase da vida, como também a relação com os amigos, e ainda o convívio com os pares no contexto de atividades de apoio social na qual estão inseridos. Estas demonstraram ser uma mais-valia contra o isolamento social e um contributo para o bem-estar psicológico dos idosos. Isso Hartup e Stevens (1999) referem que no que diz respeito à amizade, os adultos mais velhos têm os seus relacionamentos mais fincados na camaradagem e no apoio mútuo. Da mesma forma, deVries (1996) enfatiza que as amizades mais solidificadas e significativas existentes com indivíduos específicos, são menos propensas a serem substituídas quando tais amigos morrem, ou se mudam.

Na presente investigação, ainda que tendo sido mencionado pelos técnicos a tristeza observada nos idosos pela ausência dos familiares, importa comentar o que foi mencionado por um dos idosos, referindo não ter nenhuma qualidade de vida devido ao afastamento dos seus filhos e dos seus onze irmãos. Segundo Simões (2014), este facto vem evidenciar a importância dada pelo idoso não só da sua aproximação com os filhos adultos, mas também na relação com os irmãos idosos, por possibilitar a partilha de memórias passadas comuns, que contribuem de certa forma para o apoio emocional e para a sua autonomia. Neste sentido, Cicirelli (1989) refere que quando os idosos mantêm relações de maior proximidade e afinidade com os seus irmãos experienciam um maior bem-estar face à vida, e têm menor

preocupação com o envelhecimento do que os idosos sem irmãos, ou que não mantêm laços íntimos com estes. Para Barbosa et al., (2011), o mundo não é somente partilhado pela interação entre indivíduos, mas pela significância individualizada dos contextos, das situações e das relações, entre outros. Portanto, é a partir da relação com os outros que o indivíduo passa a compreender-se a si mesmo e ao mundo, podendo referenciar suas atitudes e pensamentos.

No que concerne à saúde ambiental, foi verificado que é comumente influenciada pelo rendimento do idoso, e pelos acessos aos cuidados de saúde. No entanto, as recompensas materiais isoladas são insuficientes para a sensação de felicidade, já que não substituem a vida familiar satisfatória, os amigos e o lazer (Myers & Diener, 1995). Neste sentido, a reforma pode ser vista como um estatuto adquirido pelos vários anos de participação na força de trabalho, ou como uma transição do emprego a tempo pleno, à inexistência de emprego, sendo caracterizado pelo facto de o indivíduo estar livre para se dedicar a atividades de tempo livre ou de lazer (Simões, 2006).

No entanto, podemos averiguar na população-alvo, que alguns idosos ainda trabalham, estando ou não, reformados. Quanto a estes, podemos dividi-los em três grupos distintos: 1) os que sentem satisfação em trabalharem, ainda que como voluntários depois de já estarem reformados; 2) os que ainda não estão reformados e embora ambicionassem estar, ainda não podem; 3) e ainda há os que sendo já reformados, continuam a trabalhar enquanto se sentem capacitados, como forma suplementar aos valores recebidos através da reforma. Esses últimos optam por trabalhos que exijam menor força de trabalho e, principalmente, que tenham uma carga horária reduzida, devido às limitações inerentes da faixa etária.

É fundamental referir que a OMS (2002) define o termo ativo como a participação contínua em questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas, não se focando

apenas na capacidade física ou na força de trabalho. Ser ativo evidencia-se assim como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem (Cabral et al., 2013). A promoção do envelhecimento produtivo é considerada como uma forma de garantir a manutenção dos papéis, implicando diretamente no bem-estar e na qualidade de vida do idoso, e ao mesmo tempo representa uma mudança na imagem tradicional do idoso como incapaz, doente e pouco produtivo (Gonçalves et al., 2006).

Neste sentido, presume-se que o primeiro grupo referido anteriormente (os idosos que sentem satisfação em trabalharem, ainda que como voluntários depois de já estarem reformados) possa sentir satisfação no trabalho produtivo, tal como o voluntariado e o trabalho não remunerado (exemplo: cuidar dos netos), podendo-se traduzir numa maneira positiva de viver a velhice (Simões, 2006). O trabalho voluntário parece estar diretamente relacionado ao processo de reforma e envelhecimento ativo, conduzindo ao bem-estar na fase sénior (Hao, 2008). Salienta-se que o fazer coisas e ter relacionamentos que causem satisfação, são dois aspetos positivamente significativos para a população idosa, sendo considerados pelos idosos como uma extensão das suas histórias de vida (Kelly, 1994). Por outro lado, não é possível afirmar que os resultados sejam sempre positivos, estando condicionados pelas condições em que os papéis do idoso se desenvolvem, ou seja, o cuidar dos netos poderá promover o bem-estar do idoso, mas a acumulação de tarefas poderá conduzir ao declínio do mesmo (Bromer & Henly, 2004).

Quanto ao segundo grupo (os que ainda não estão reformados e embora ambicionassem estar, ainda não podem), algumas informações foram reportadas tanto por pessoas pertencentes a este grupo, como também por parte dos empregadores que tenham a seu cargo pessoas de diferentes idades. Para melhor compreensão apresenta-se um excerto de

alguns empregadores: “...gostariam de se reformar porque se sentem cansados, porque o trabalho que fazem é um trabalho duro...”; “E depois é muito complicado dizer à pessoa “olhe você não está capaz para trabalhar” quando o médico diz que está e a pessoa está a arrastar-se...”; “...para além dos seus problemas de saúde também está a dar apoio ao marido que também está em um estado doente...”; “...fazerem as coisas mais lentamente (...) São pessoas mais atreitas também a questões de saúde...”. Diante da problemática apresentada podemos referir que a importância do trabalho na vida das pessoas começa antes mesmo do seu início, e desde muito cedo o indivíduo se prepara para ele, considerando que o indivíduo atua intencionalmente sobre o meio para obter o que necessita. Se levarmos em conta a sua preparação e a etapa do trabalho propriamente dita, observamos que este ocupa parte significativa da vida do indivíduo. Na sociedade contemporânea o trabalho é o principal ordenador da vida, ditando regras que se organizam de acordo com as exigências impostas (Costa & Lopes, 2016). Os avanços da medicina e na qualidade de vida trouxeram maior longevidade. Contudo, não significa necessariamente que a longevidade seja acompanhada de qualidade de vida, podendo representar anos a mais de solidão, de pobreza, de doença ou incapacidade (Rocha, 2015). Importa referir que tais fatores implicam diretamente no agravamento da “situação do idoso” e, para alguns idosos, o viver anos a mais não é sinónimo de satisfação e bem-estar. Isto porque com as legislações de trabalho também se trabalha mais anos e tal surge não tanto por opção do idoso, mas como algo a cumprir.

Já no que diz respeito ao terceiro grupo (os idosos que sendo já reformados, continuam a trabalhar enquanto se sentem capacitados, como forma suplementar aos valores recebidos através da reforma), Rocha (2015) salienta que apesar de a reforma representar a garantia de direitos e de inclusão social, poderá também ser sinónimo de insatisfação, nomeadamente devido à insuficiência dos valores recebidos, não permitindo ao idoso o

atendimento satisfatório das suas necessidades de sobrevivência, principalmente se acrescidas das despesas de saúde que comumente acompanham o envelhecimento. Pode sugerir-se como hipótese explicativa que as preocupações económicas dos idosos tenham sido agravadas com os anos recentes da crise económica que afetou a Europa e Portugal em particular, bem como devido à crescente dependência da Segurança Social.

A retirada da vida ativa tem tomando formas cada vez mais diversificadas. Pode dizer-se que os indivíduos mais favorecidos na força de trabalho têm maior probabilidade de se reformarem mais cedo, ao passo que os mais desfavorecidos tendem a fazê-lo mais tardiamente (Simões, 2006).

Entre os fatores que favorecem o prolongamento da vida ativa, um estudo realizado por Cabral & Ferreira (2012), concluiu que a satisfação dos seniores ativos em relação com o trabalho está diretamente associada com a remuneração e a atividade exercida, ou seja, quanto maior o rendimento e a posição social, maior a satisfação. Se o trabalho for experienciado de modo insatisfatório ou penoso, influenciará a adesão e o prolongamento no mercado de trabalho, podendo levar a uma pressão que conduz à reforma. De modo geral, estando ou não associado ao cansaço, o facto é que a satisfação com o trabalho diminui à medida que a idade aumenta, sobretudo se considerarmos que as pessoas mais envelhecidas têm profissões menos qualificadas e conseqüentemente, menos satisfatórias. Bressan, Mafra, França, & Melo (2012) enfatizam que apesar de a reforma ter significado relativamente semelhante nas sociedades ocidentais, esse significado pode diferir dentro de um mesmo país ou organização, consoante as diferentes atividades realizadas ou ainda pelos motivos que conduziram a reforma, sendo esta vivenciada de forma singular e individualizada, tendo cada um suas especificidades, e portanto, torna-se difícil ter um único olhar face à reforma.

Quanto às limitações dos idosos relativamente aos serviços prestados e ao acesso a estes, embora o redireccionamento das políticas visem facilitar o acesso a todos os níveis de atenção à saúde do idoso, existe uma discrepância entre o proposto e a implementação na sua totalidade, dificultando aos idosos usufruírem dos seus direitos e sobrecarregando as redes de apoio informal e formal (Rocha, 2015). Por outro lado, podemos observar através dos relatos no presente trabalho, que tais serviços são mais rapidamente acedidos quando se opta pela via privada, mas este é um recurso disponível a uma pequena minoria das pessoas reformadas.

No que diz respeito à questão da “saúde psicológica”, nomeadamente o desgaste emocional, o receio de solidão e o sofrimento experienciado de forma singular, está diretamente ligada à saúde física, à saúde social e à saúde ambiental da população-alvo. Podemos observar que existe um elo de ligação inter-relacional que influencia a qualidade de vida do idoso, tendo um impacto significativo na sua saúde psicológica. Tal perspetiva vai de encontro com Simões (2006), salientando que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas consiste nas dimensões do bem-estar físico, bem-estar mental e bem-estar social integradas numa rede de relações e apoios sociais, podendo também englobar importantes determinantes culturais e sociais.

Entre os fatores que influenciam a saúde psicológica, foi-nos mencionada a personalidade como sendo um fator significativo e determinante, sendo considerado inclusive que “... há pessoas que são muito velhas com 30 anos e pessoas com 60 anos que são muito jovens.” Para Lawton e colaboradores, o bem-estar psicológico deve ser entendido como parte integrante daquilo que designamos por vida boa, e que, para além dos fatores contributivos ao bem-estar objetivo e subjetivo, a personalidade ou o eu do indivíduo também o influenciará quanto à qualidade de vida percebida (Lawton, 1983; Lawton, Kleban & diCarlo, 1984). Por exemplo, pessoas com personalidade extrovertida tendem manter a

positividade ao longo da vida mais do que as outras pessoas (Charles, Reynolds, & Gatz, 2001).

Relativamente às entrevistas feitas na população-alvo, observa-se que alguns idosos relatam que “*gosto de viver*”, “*estou satisfeita com tudo, não mudava nada*” referindo ainda, que “*vive-se com mais prazer*” na fase sénior. Segundo Sadock et al., (2017), a consciência que o indivíduo tem quanto à limitação da vida e à sua finitude, incute nos humanos valores, paixões, desejos e o impulso de aproveitar o tempo ao máximo.

Embora exista uma correlação entre bem-estar físico, bem-estar mental e bem-estar social, os relatos dos idosos presentes neste trabalho divergem consoante aos aspetos que são significativos no momento, nomeadamente: “*Eu sinto-me realmente muito feliz e amada (...) Agora não gosto muito de estar aqui, não tenho vontade de viver porque sofro muito das minhas pernas*”; “*...todos os dias quando me levanto a primeira coisa que eu penso é realmente no suicídio.*”

Podemos verificar no primeiro relato que o mesmo indivíduo que diz sentir-se feliz e amado, também menciona ter perdido a vontade de viver, evidenciando um certo conflito causado pelas dores, ou seja, pelas situações que levam à maior insatisfação e pior julgamento da qualidade de vida, não significando com isso que o indivíduo deixe de se sentir feliz. Neste sentido, Punset (2010) refere que a felicidade é uma emoção e, portanto, um estado transitório. Enfatiza ainda que as causas da infelicidade são tão variadas como os indivíduos que a sofrem. Assim sendo, o indivíduo deve observar os acontecimentos com certa distância sem se esquecer de disfrutar das pequenas coisas e dos instantes de felicidade que são permitidos durante a nossa existência. Pode dizer-se também, que existe uma falta de correspondência entre o que pensamos e o modo como nos comportamos, sendo difícil dominar as nossas próprias ações ou aceitar tais contradições. O tentar aprofundar o

conhecimento que se tem sobre si próprio e sobre as limitações existentes poderá ajudar a aumentar a sensação de felicidade. Do mesmo modo, Chopra & Tanzi (2013) referem que o cérebro não se limita a interpretar o mundo, mas criá-lo à medida única de cada sujeito através das suas vivências, o que permite reconhecer novas aptidões, aperfeiçoando-se ao longo da vida. Machado (2007) enfatiza ainda que o declínio progressivo das funções vitais e as causas intrínsecas e extrínsecas a este poderão influenciar no comportamento do indivíduo.

Relativamente às causas que poderão influenciar os pensamentos e comportamentos do indivíduo, o que muitas vezes é apenas uma ideiação, poderá deixar de sê-lo, se observarmos os dados apresentados pelo INE (2017), revelando que a taxa de suicídio em Portugal tende a aumentar com a idade, verificando-se uma proporção três vezes mais alta entre as pessoas com mais de 65 anos do que entre as pessoas com menos de 65 anos, e sendo mais frequente nos homens. Relativamente a essa questão, Azevedo & Afonso (2006) referem que os idosos estão mais propensos à depressão e ao isolamento social do que os mais jovens, podendo expressar os seus sentimentos por meio de queixas psicossomáticas, manifestações depressivas, ou mesmo através de tentativas de suicídio. Saliendam ainda a relevância que o envelhecimento ativo tem na saúde psicológica dos idosos, não somente pela atenção à comunicação verbal e não-verbal tida pelos profissionais, como também pela convivência com os pares. Neste segmento, podemos verificar através dos relatos a importância dada na relação com os pares, tendo demonstrado ser uma mais-valia para o bem-estar. Em suma, segundo Barreto (2009) a adaptação aos desafios associados ao envelhecimento é, dentro do previsível, a adaptação a uma estrutura de vida final, implicando diretamente no bem-estar do idoso.

Espiritualidade

Na categoria Espiritualidade a subcategoria mais frequente foi a religião, sendo maioritariamente referida a fé em Deus, seguida da fé com base na religião católica. Em outras palavras, “...a religião ajuda as pessoas, pertença ela a qual pertencer” (Técnico). Koenig, McCullough, & Larson (2000) enfatizam que o envolvimento religioso está associado com maior bem-estar e satisfação de vida, maior sentido de vida, esperança e otimismo, menor ansiedade e depressão (Crowther et al., 2002), conduzindo à reflexão sobre o significado da existência (Zenevicz et al., 2013), como também servindo de estratégia de apoio face às questões relacionadas à finitude (Rodrigues & Mercadante, 2016).

No entanto, verifica-se uma certa discrepância entre a percepção da população-alvo, dos técnicos e dos empregadores no que diz respeito à significância dada à espiritualidade na fase sénior. Verificou-se uma distância entre a percepção de alguns técnicos e principalmente dos empregadores, relativamente à importância dada à espiritualidade pelos idosos entrevistados. Enquanto alguns dos primeiros referem “nunca terem falado sobre isso”, que “eles não olham para essa parte” ou ainda não ser a “principal preocupação” por parte da entidade acolhedora, nenhum dos idosos mencionou não dar importância à espiritualidade. Vieira (2014) enfatiza que trabalhar como técnico de envelhecimento ativo com grupos de idosos requer uma atitude investigadora por parte do profissional, de modo que este possa aprender e compreender o público com que se pretende trabalhar.

Podemos observar que a espiritualidade é considerada um fator de grande importância pela população-alvo, estando maioritariamente relacionada à religiosidade do idoso, mas também com o otimismo, sendo considerado por alguns, que as duas vertentes são importantes. Importa referir que em situações de crises pessoais, muitos indivíduos reagem com medo, por ser instintivo, mas ao quando se lida com a experiência subjetiva do

indivíduo, seja ela direcionada para a religiosidade ou para o otimismo, verifica-se que a sabedoria pode ser um incentivo para enfrentar as dificuldades, transformando frustração e derrota em pontos de viragem e conquistas (Chopra & Tanzi, 2013).

A espiritualidade no sentido religioso, está de certo modo associada à saúde psicológica do idoso, com o modo que percebe sua própria vida e com o que ainda espera da vida. Contudo, existe um dualismo entre a satisfação com a vida ou a espera pela morte. Segundo Kübler-Ross (1996) quanto mais a ciência avança, maior o temor e a negação de uma realidade: a morte. Esta mudança de paradigma tem conduzido à diminuição do número de pessoas que acreditam incondicionalmente em Deus, como também tem alterado a crença na recompensa futura face ao sofrimento presente, ou seja, se no “céu” não existe recompensa alguma pelo sofrimento humano, logo, este perde a sua razão de ser. Estas mudanças têm também interferido no papel da religião, na transmissão de esperança ao indivíduo que sofre, e na sua compreensão sobre o sentido das tragédias e dos acontecimentos dolorosos na sua vida, tendo com isso ocasionado um maior grau de ansiedade. Somente quando o indivíduo reflete sobre a própria morte é que conseguirá confrontar os seus problemas com alguma serenidade. Zenevich e col. (2013) salientam que o processo de envelhecimento acarreta situação de perdas, sofrimento e dor e que através da religião o indivíduo torna-se mais resistente para enfrentar tais situações, sendo considerada uma mais-valia para lidar com crises existenciais especialmente para as pessoas idosas.

Foi-nos referido que, para alguns idosos, a espiritualidade “*é mais uma coisa, uma atividade*” (Técnico). Neste sentido, importa referir que a espiritualidade é uma busca pessoal, que pode ou não levar o indivíduo a desenvolver práticas religiosas (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Por sua vez, a prática religiosa é um conjunto de atos por parte do indivíduo com o intuito de externalizar a sua espiritualidade através da religião

(Oliveira & Alves, 2014). A espiritualidade positiva ou experiência religiosa usa aspetos de religião e da espiritualidade, sendo uma relação pessoal e internalizada com o sagrado ou transcendente (Fetzer Institute, 1999). É de salientar que a psicologia tem alguma dificuldade em compreender a religiosidade do indivíduo, por ser difícil identificar onde começa e acaba a experiência religiosa, e até que ponto ela conduz e sustenta os comportamentos e os costumes religiosos, ou o indivíduo passa apenas a ter ações vazias, isentas da experiência religiosa (Ávila, 2007). A liberdade encontra-se no âmbito da espiritualidade, tendo uma forte correlação com a consciência e autonomia. Podendo ser guiada por Deus, a liberdade envolve a consciência de autonomia, de ter nas mãos as rédeas da própria vida, e envolve um processo de escolha, no qual o indivíduo toma a responsabilidade pela construção do seu próprio mundo (Anjos, 2003).

Alguns estudos realizados no âmbito da saúde demonstraram que o *coping* religioso está intimamente relacionado ao controlo do estresse, permitindo experimentar uma maior saúde psicológica, face aos problemas de saúde. Por outro lado, os comportamentos para lidar com situações da vida dos indivíduos que se consideram independentes de Deus estão relacionados a uma maior depressão, menor qualidade de vida e menor controlo do estresse (Crowther et al., 2002). Entende-se por *coping* religioso como os comportamentos para lidar com a doença usando a religião (Lucchetti et al., 2011). É de salientar que vários estudos assumem existir uma correlação entre a espiritualidade (focada na religiosidade) e os resultados de saúde (McCauley et al., 2008; Bartlett et al., 2003; Potter & Zauszniewski, 2000; Bekelman et al., 2007; Giaquinto et al., 2007).

Em suma, a religiosidade parece garantir aos idosos a esperança num mundo melhor e sem sofrimento ou com uma diminuição deste, estando vinculada intrinsecamente a um cunho emocional. Poderá servir de suporte para um envelhecimento condigno e bem-

sucedido, propiciando ao indivíduo uma nova forma de lidar com o sofrimento, e com os desafios ao longo da vida (Goldstein, 2003; Faria & Seidl, 2005). Desta forma, considera-se que a ciência deveria estudar mais seriamente a relação entre religião, espiritualidade, saúde e envelhecimento devido ao crescente reconhecimento de que as crenças e suas práticas têm relevância clínica (Koenig, 1999; McFadden, 1996).

Forças/Limitações do Estudo e Recomendações para Futuras Investigações

Relativamente às forças do estudo, consideramos o elevado número da amostra para um estudo tipicamente qualitativo como positivo. Sobretudo, se se tiver em conta a escassez de estudos qualitativos na área do envelhecimento ativo, qualidade de vida e espiritualidade. Logo, esta investigação torna-se bastante pertinente e quase como que exploratória sobre o tema. Isto significa que permitiu “abrir caminhos” trazendo maior conhecimento sobre as variáveis em estudo dentro desta faixa etária, que seriam importantes como objeto de investigações posteriores.

Como limitações do estudo aponta-se o facto das entrevistas já terem sido recolhidas previamente num estudo anterior, e o facto de não se ter entrado em contacto direto com os entrevistados.

Futuramente, seria necessário investigar a espiritualidade e a qualidade de vida no envelhecimento, com o objetivo de colmatar lacunas na investigação e de obter maior conhecimento nesta área na população portuguesa. Assim, seria importante investigar comparações entre: diferentes grupos etários (com 50 e/ou mais anos); homens e mulheres; idosos com psicopatologia diagnosticada (ansiedade/depressão, por exemplo) *vs.* sem psicopatologia diagnosticada (ansiedade/depressão, por exemplo); idosos com suporte social *vs.* sem suporte social; e, idosos em processo de envelhecimento ativo *vs.* sem envelhecimento ativo (sendo considerado como envelhecimento ativo os indivíduos incluídos

em atividades de voluntariado ou universidades seniores). É de salientar também, a importância de se fazer a ligação dos presentes dados qualitativos com dados quantitativos, no intuito de analisar as semelhanças/discrepâncias dos fatores investigados.

Como pistas para práticas futuras, sugere-se uma intervenção no âmbito de promover a criação de programas assistenciais e de apoio à população mais envelhecida. Sugere-se também uma intervenção na criação e divulgação de novas formas de acesso aos serviços de saúde pela população mais envelhecida, visando promover a autonomia e o envelhecimento ativo.

Conclusão

O principal objetivo do presente trabalho foi compreender, através de uma análise qualitativa, os fatores espirituais, e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo, considerando-se o idoso como a população-alvo. Procurou-se ainda identificar a concordância e/ou discrepância entre a percepção da população-alvo, a percepção dos técnicos e a percepção dos empregadores quanto ao sentido da espiritualidade e qualidade de vida do idoso.

A partir deste estudo qualitativo foi possível analisar a importância da espiritualidade e dos diferentes fatores relevantes para a qualidade de vida geral na fase sénior. Os principais resultados apontam para uma homogeneidade na percepção dos entrevistados sobre a qualidade de vida, no que diz respeito à importância dada à saúde social, saúde ambiental e saúde física relativamente ao bem-estar do idoso. A saúde social foi identificada como significativa para o bem-estar, nomeadamente no que diz respeito à família, aos amigos e às relações que são estabelecidas socialmente (incluindo as relações com os pares no contexto de atividades de apoio social). Na saúde ambiental, o rendimento foi referido como um fator contributivo para a independência social e autonomia, ou ainda como forma de suprir as necessidades emergentes do dia-a-dia. A saúde ambiental pode ser influenciada pelo rendimento do idoso e pelos acessos aos cuidados de saúde. A saúde física foi considerada como imprescindível para a autonomia e bem-estar psicológicos, contudo, pode estar frequentemente condicionada pela dor física, doença crónica ou pela perda de capacidades. A saúde psicológica surge diretamente relacionada à saúde física, à saúde social e à saúde ambiental da população-alvo. Assim sendo, esta inter-relação tem uma influência significativa no bem-estar psicológico e na qualidade de vida do idoso.

A espiritualidade foi considerada como um fator de grande significância pela população-alvo, estando maioritariamente relacionada à fé e à religiosidade do idoso, mas também ao otimismo, sendo estas duas vertentes importantes. No entanto, os resultados apontam para discrepâncias entre a percepção de alguns técnicos, e principalmente dos empregadores, relativamente à importância dada pelos idosos à espiritualidade na última fase de suas vidas.

Os presentes resultados parecem apontar para a contribuição fulcral do envelhecimento ativo para uma melhor qualidade de vida na população acima dos 50 anos, constituindo-se como uma mais-valia contra o isolamento social e um contributo fundamental para o bem-estar psicológico dos idosos. Contudo, dada a escassez de estudos qualitativos nas variáveis em estudo dentro desta faixa etária, mais investigações serão necessárias no futuro.

Referências

- Almeida, R. (2015). Aportes teóricos da psicologia: experiência religiosa. In A. Prates, H. Divino, L. Rocha, & R. Almeida, *Psicologia da religião* (pp. 23-32). Montes Claros: Unimontes.
- Anjos, M. F. (2003). Rumos da liberdade em bioética: uma leitura teológica. *O Mundo da Saúde*, 27(3), 473-478.
- Araújo, M., Almeida, M., Cidrack, M., Queiroz, H., Pereira, M., & Menescal, Z. (2008). O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 21(3), 201-208.
- Ávila, A. (2007). *Para conhecer a psicologia da religião*. São Paulo: Edições Loyola.
- Azeredo, Z., & Afonso, M. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324.
- Barbosa, C. G., Melchiori, L. E., & Neme, C. M. (2011). A Família e a morte: Reflexões sobre as vivências de adolescentes, adultos e idosos. In T. G. Valle, & A. B. Maia, *Psicologia do desenvolvimento humano e aprendizagem* (pp. 189-205). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, J. F. (2009). Psicoterapia da depressão no idoso. *Comunicação apresentada nas VII Jornadas de Saúde Mental do Idoso*. Porto. Portugal.
- Bartlett, S., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A., & Bathon, J. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 49(6), 778-783.

- Bekelman, D., Sydney, M., Becker, D., Wittstein, I., Hendricks, D., Yamashita, T., & Gottlieb, S. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine, 22*(4), 470-477.
- Bressan, M., Mafra, S., França, L., & Melo, M. (2012). Aposentadoria e trabalho: percepções de servidores públicos de uma universidade federal. In L. França, & D. Stepansky, *Propostas multidisciplinares para o bem-estar na aposentadoria* (pp. 199-222). Rio de Janeiro: Quartet.
- Bromer, J., & Henly, J. R. (2004). Child care as family support: Caregiving practices across child care providers. *Children and Youth Services Review, 26*, 941-964.
- Cabral, M., & Ferreira, P. (2012). *Envelhecimento ativo em Portugal - Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- 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.
- Campos, C. J. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem, 57*(5), 611-614.
- Charles, S., Reynolds, C., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136-151.
- Chopra, D., & Tanzi, R. E. (2013). *Supercérebro*. Parede: Self Desenvolvimento Pessoal.
- Cicirelli, V. G. (1989). Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. *Psychology and Aging, 4*(2), 211-216.

- Costa, A., & Lopes, R. (2016). O significado da aposentadora para os servidores públicos: o caso de uma universidade. In S. C. Fonseca, *O Envelhecimento ativo e seus fundamentos* (pp. 302-335). São Paulo: Portal Edições.
- Crowther, M., Parker, M., Achenbaum, W. A., Larimore, W., & Koenig, H. (2002). Rowe and Kahn's Model of successful aging revisited: positive spirituality - the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54(10), 821-827.
- de Vries, B. (1996). The understanding of friendship: An adult life course perspective. In C. Magai, & S. McFadden, *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 249-269). San Diego: Academic Press.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Ekerdt, D. (1987). Why the notion persists that retirement harms health. *The Gerontologist*, 27, 454-457.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Faleiros, V. (2009). O direito humano ao envelhecimento e o impacto das políticas públicas. *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 63-77). Brasília DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Faria, J., & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Fernandes, A. A. (2005, Julho/Dezembro). Envelhecimento e saúde. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 23, 45-48.

- Fernandes, E. M., & Maia, Â. (2002). Grounded Theory. In E. M. Fernandes, & L. Almeida, *Modelos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Fetzer Institute. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/ spirituality for use in health research*. Kalamazoo: Author.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. . Lisboa: Monitor.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, A. M. (2004). Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. (*Dissertação de doutoramento não publicada*). Universidade do Porto. Porto, Portugal.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento - uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2004). Saúde percebida e "passagem à reforma". *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 17-29.
- Fontaine, R. (1999). *Psicologia do envelhecimento*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- França, L. H. (2010). Preparação para a reforma: Responsabilidade individual e colectiva. *Psychologica*, 53, 47-66.
- França, L. H. (1999). Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In R. P. Veras, *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição* (pp. 11-34). Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Unati/UERJ.

- Galvani, C., & Silveira, N. D. (2016). Longevidade e psicomotricidade: envelhecer com qualidade de vida. In S. C. Fonseca, *O envelhecimento ativo e seus fundamentos* (pp. 418-442). São Paulo: Portal Edições.
- Gaspar, T. (2015). *Fatores psicossociais e profissionais promotores de qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento ativo*. Lisboa: Universidade Lusíada.
- Gaspar, T. (2016, unplied). *Qualidade de Vida no Processo de Reforma e Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Edições Lusíada.
- Giaquinto, S., Spiridigliozzi, C., & Caracciolo, B. (2007). Can Faith Protect From Emotional Distress After Stroke? *Stroke*, 38, 993-997.
- Goldstein, L. L. (2003). Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In A. L. Neri, *Qualidade de vida e idade madura* (5ª ed., pp. 83-108). Campinas: Papirus.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.
- Hao, Y. (2008). Productive activities and psychological well-being among older adults. *Journals of Gerontology*, 63(2), S64-72.
- Hartup, W., & Stevens, N. (1999). Friendships and adaptation across the life span. *Blackwell Publishers*, 8(3), 76-79.
- Henwood, K., & Nicolson, P. (1995). Qualitative research. *The Psychologist*, 8(3), 109-110.
- INE. (26 de Maio de 2015). Lisboa. Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Kahn, R. L. (2004). *Sucessful aging: myth or reality*. EUA: University of Michigan School of Social Work.
- Kelly, J. R. (1994). Recreation and leisure. In A. Monk, *Columbia Retirement Handbook* (pp. 489–508). New York: Columbia University Press.

- Koenig, H. G. (1999). *The healing power of faith*. New York: Simon & Schuster.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press
- Kovács, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. *O Mundo da Saúde*, 31(2), 246-255.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lawton, M. P. (1983). The varieties of wellbeing. *Experimental Aging Research*, 9(2), 65-72.
- Lawton, M., Kleban, M., & diCarlo, E. (1984). Psychological well-being in the aged. *Research on Aging*, 6(1), 67-97.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., Bassi, R., Nasri, F., & Nacif, S. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 159-167.
- Machado, P. (2007). Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento activo, pensando no envelhecimento em meio urbano. *Forum Sociológico*, 17, 53-63.
- McCauley, J., Tarpley, M., Haaz, S., & Bartlett, S. (2008). Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. *Arthritis & Rheumatism*, 59(1), 122–128.
- McFadden, S. H. (1995). Religion and well-being in aging persons in an aging society. *Journal of Social Issues*, 51 (2), 161-175.
- McFadden, S. H. (1996). Religion, spirituality, and aging. In J. Birren, & W. Schaie, *Handbook of the psychology of aging* (4ª ed., pp. 162–177). San Diego: Academic Press.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.

- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: Potencial e desafios. *Revista de Administração ConTEMPorânea*, 15(4), 731-747.
- Myers, D., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In *Enfoque Multidisciplinar* (pp. 13-60). Campinas: Papirus.
- Oliveira, R., & Alves, V. (2014). A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 305-327.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Cuidados de saúde primários: Agora mais que nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros em gerontologia. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia, aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Pinto, E. B. (2004). A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*, 15 (1/2), 71-80.
- Potter, M., & Zauszniewski, J. (2000). Spirituality, resourcefulness, and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. *Holist Nurs Journal*, 18(4), 311 - 331.
- Punset, E. (2010). *A alma está no cérebro*. Alfragide: Publicações Dom Quixote.

- Rayner, E. (1978). *O desenvolvimento do ser humano*. São Paulo: Edições 70.
- Rocha, M. C. (2015). A Educação das pessoas idosas e o envelhecimento ativo/produtivo: políticas, possibilidades e constrangimentos em Portugal e no Brasil. In G. Dátalo, & A. Cordeiro, *Envelhecimento humano : diferentes olhares* (pp. 167-206). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Rodrigues, T. S., & Mercadante, E. F. (2016). Seicho no Ie: idosos migrantes de religiões. In S. C. Fonseca, *O envelhecimento ativo e seus fundamentos* (pp. 161-175). São Paulo: Portal Edições.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). Questões relativas ao fim da vida. In *Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 1352-1370). Porto Alegre: Artmed.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, M. M. (2014). *Cuidar humanidade, enfermagemneurorrelacional*. Coimbra: PMP.
- Teixeira, I. N., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *USP, 19(1)*, 81-94.
- Vieira, R. (2014). Trajetórias de vida, subjetivação e qualidade de vida de idosos. In J. D'Almeida, P. Sousa, & H. Afonso, *Perspetivas sobre o envelhecimento ativo* (pp. 145-162). Lisboa: Cáritas Portuguesa.
- Zenevicz, L., Moriguchi, Y., & Madureira, V. (2013). A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(2)*, 433-439.

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A - Declaração de Consentimento Informado

Anexo B - Guião de Entrevista (Grupos Focais)

Anexo C - Guião de Entrevista (Empregadores)

Anexo D - Guião de Entrevista (Técnicos)

Anexo A

Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

“Qualidade de Vida no Processo de Reforma E Envelhecimento Ativo”

Eu, _____ tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar.

Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias e de todas obtive respostas satisfatórias.

Tive conhecimento que a participação é voluntária e com possibilidade de me retirar da investigação a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Desta forma, consinto a realização da entrevista bem como a sua gravação e, posterior, utilização de dados.

Lisboa, _____ de _____ de 2016

(Assinatura do Participante)

Anexo B

Guião de Entrevista (Grupos Focais)

GUIÃO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Idade _____

Estado Civil

Solteiro(a)
 União de Facto
 Casado(a)
 Separado(a)
 Divorciado(a)
 Viúvo(a)

Género Feminino
 Masculino

Tem filhos?

Sim

Não

Quantos?

Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>			
Não completou o Ensino Básico	<input type="checkbox"/>			
Ensino Básico	1º Ciclo	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	10º Ano	<input type="checkbox"/>	11º Ano	<input type="checkbox"/>
Licenciatura		<input type="checkbox"/>		
Mestrado		<input type="checkbox"/>		
Doutoramento		<input type="checkbox"/>		

Situação profissional

Atividade profissional ativa
 Reformado(a)
 Reformado(a) com Atividade profissional ativa

Se é reformado(a), com que idade se reformou? _____

Onde reside atualmente?

Casa própria	<input type="checkbox"/>	Casa dos filhos	<input type="checkbox"/>
Casa alugada	<input type="checkbox"/>	Instituição	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual?	_____

Tem alguma doença crónica ou condição de saúde que tenha impacto no seu dia-a-dia?

Não Sim Qual _____

QUALIDADE DE VIDA

O que é para si Qualidade de Vida?

O que considera que mais influencia a sua qualidade de vida? A saúde física? A sua satisfação e alegria face à vida? A família? Os amigos? As condições de acesso à saúde e informação? Quais as mais importantes? Porquê?

Saúde Física

Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?

Tem energia suficiente para a sua vida diária?

Em que medida as dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?

Saúde Psicológica

Até que ponto gosta da vida?

Em que medida sente que a sua vida tem sentido?

Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?

Saúde Social

Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)

Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?

Saúde Ambiental

Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?

Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?

FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Quais os fatores do trabalho que mais influenciam a sua satisfação profissional? A relação com a chefia? A relação com os colegas? A autonomia e satisfação com o

que faz? A quantidade e ritmo de trabalho? Os prazos/objetivos a cumprir? A conjugação família/trabalho ao nível de tempo e qualidade de relação?

Relação com a chefia

O seu superior direto valoriza a satisfação no trabalho?

O seu superior está disponível para ouvir os seus problemas de trabalho?

Os conflitos são resolvidos de forma justa?

Autonomia

O seu trabalho requer que tenha iniciativa?

Sente que o trabalho que faz é importante?

O seu trabalho tem objetivos claros?

Gestão do Stress

Com que frequência se sente emocionalmente exausto?

Com que frequência se sente stressado?

Com que frequência se sente irritado?

Gestão da Pressão

É necessário que trabalhe num ritmo elevado?

Trabalha num ritmo elevado ao longo do dia?

Sente que o seu trabalho lhe tira tanto tempo que tem um efeito negativo na sua vida pessoal?

SUPORTE SOCIAL

Está satisfeito com a quantidade e qualidade do suporte social que tem?

Família

Satisfação com o que faço em conjunto com a família, com a forma como se relaciona com a família e satisfeito com a quantidade de tempo que passa com a família

Amigos

Com a quantidade e tipo de amigos? Com as atividades e coisas que faz com o grupo de amigos

Quando precisa de desabafar com alguém encontra facilmente amigos/pessoas com quem o fazer

Atividade de suporte social

Gostaria de participar mais em atividades de organizações (clubes desportivos/recreativos, partidos políticos)

Amigos

Estou satisfeito(a) com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos

Estou satisfeito(a) com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos

Família

Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família

Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família

Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família

Intimidade

Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer

Mesmo em situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer

Atividades

Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria

Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam

SENTIDO DA VIDA

Quais são os seus principais objetivos de vida? Ser feliz? Gosto de viver? Perseguir e criar objetivos? Porquê? Exemplos.

ESPIRITUALIDADE

Como encaro o futuro e como enfrento as dificuldades da minha vida?

Através da religião?

As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida

A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis

Através do Otimismo?

Vejo o futuro com esperança

Sinto que a minha vida mudou para melhor

Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida

ATIVIDADES

Está envolvido em projetos de voluntariado; cidadania ativa; intervenção política a nível autárquico, desportivo, cultural, outros?

Se está envolvido o que o levou a isso? E se não está porquê?

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

SE REFORMADO

Como descreve o seu processo de reforma?

O que mudou na sua vida?

Que atividades individuais, sociais e profissionais desenvolver?

Antes da reforma, como encarava esta etapa (vantagens/desvantagens)? Preparou a sua reforma? De que forma?

SE TRABALHADOR/DESEMPREGADO

Pensa na altura da reforma? Como encara esta etapa (vantagens/desvantagens)?

Está a preparar a sua reforma? De que forma?

O que pensa fazer de diferente e igual depois de se reformar? (ao nível pessoal, familiar, social e profissional)

TODOS

Que desafio aceitaria que de algum modo mudasse a sua vida?

Anexo C

Guião de Entrevista (Empregadores)

GUIÃO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Empresa _____

Cargo _____

Idade _____

Estado Civil

Género

Feminino	
Masculino	

Solteiro(a)	
União de Facto	
Casado(a)	
Separado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	

Tem filhos?

Sim Não Quantos?

Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever					
Não completou o Ensino Básico					
Ensino Básico	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo
Ensino Secundário	10º		11º		12º
	Ano		Ano		Ano
Licenciatura					
Mestrado					
Doutoramento					

Situação Profissional

Atividade profissional ativa

Reformado(a) com atividade profissional ativa

Considera que os seus empregados já pensaram na reforma?

E prepararam-na? De que forma?

Na sua perspetiva como pensa que encaram esta etapa?

Quais as vantagens e desvantagens que pensa que consideraram?

O que pensam fazer diferente depois de se reformarem? E o que pretendem manter igual?

Por exemplo, a nível pessoal, familiar, social e profissional.

Que desafio considera que aceitariam que, de algum modo, mudasse a sua vida?

QUALIDADE DE VIDA

O que pensa significar Qualidade de Vida para os seus empregados?

Considerando os seus funcionários acima dos 50 anos, o que considera que influencia a sua qualidade de vida? A saúde física? A satisfação e alegria face à vida? A família? Os amigos? As condições de acesso à saúde e informação?

No trabalho, considera como influência na qualidade de vida dos seus funcionários a autonomia e a satisfação com o trabalho? Reconhecimento pelo trabalho realizado? Remuneração e benefícios? Boa relação com a chefia? Boa relação com os colegas? Gestão da quantidade e ritmo de trabalho? Condições de acesso aos serviços de saúde? Estabelecimento de objetivos e prazos? Conjugação do trabalho com a vida social/familiar? Ambiente psicológico e físico no local de trabalho?

Quais as mais importantes? Porquê?

Considerando os funcionários acima de 50 anos, entende que têm iniciativa/autonomia?

Na sua opinião, sente que valorizam o trabalho que realizam?

Estão satisfeitos com a forma como as suas capacidades são utilizadas?

No contexto de trabalho, de que forma considera que os funcionários com mais de 50 anos contribuem para um ambiente laboral? Em aspetos como estabilidade, ritmo de trabalho, distribuição de funções?

Nota diferenças no desempenho do trabalho de acordo com a idade dos seus funcionários?

Que fatores considera contribuir para a motivação dos seus funcionários?

Considera a satisfação com o trabalho como um fator importante para a realização de funções? Em que medida?

Considera que existem disponibilidade para ouvir os problemas de trabalho dos funcionários?

Na sua opinião, considera que os funcionários têm acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?

Têm o acesso necessários aos serviços de saúde?

Sente que existe uma preocupação por parte da chefia em proporcionar informação e acesso aos serviços de saúde?

Considera que a idade é um fator determinante na necessidade de cuidados médicos dos funcionários? E em relação à energia diária? Em relação a dor física? Gosto pela vida? Sentido de vida? Satisfação com o próprio?

Considerando os funcionários com idade igual ou superior a 50 anos, considera que correspondem aos objetivos estabelecidos? E no cumprimento de prazos?

Considera relevante as relações pessoais (família, amigos, colegas, etc.) dos funcionários para a execução de tarefas? E em questões de rendimento de trabalho? E em qualidade de vida?

Em relação à gestão do stress, considera que os funcionários com idade igual ou superior a 50 anos se sentem com frequência emocionalmente exaustos?

E em relação à frequência com que se sentem stressados? E irritados?

Até que idade considera que os funcionários deveriam trabalhar? Porquê?

SUPORTE SOCIAL

ente que os funcionários se encontram satisfeitos com a respetiva quantidade e qualidade de suporte social?

Considera que o tempo passado em família está relacionado com a satisfação no trabalho?

E com os amigos?

O ambiente de trabalho proporciona interação e proximidade entre os funcionários, de forma a serem criadas redes de suporte?

Entende que atividades de organizações (clubes desportivos/recreativos, partidos políticos), potenciam a criação de redes de suporte no trabalho?

SENTIDO DA VIDA

Felicidade

Na sua perspetiva, os funcionários consideram que a existência pessoal não tem qualquer sentido ou objetivo?

Depois da reforma, pensa que gostariam de fazer algumas das coisas entusiasmantes que sempre quiseram fazer

Vontade de Viver

Na perspetiva dos funcionários, considera que a vida e o mundo parece-lhes muito mais confuso?

Considera que para os funcionários enfrentar as tarefas do dia-a-dia é uma fonte de prazer e satisfação?

Dar significado à vida

No que diz respeito aos objetivos na vida considera que os funcionários sentem conseguiram alcançar os objetivos ou não fizeram progressos

Consideram a vida vazia e cheia de desespero?

ESPIRITUALIDADE

Como considera que a maioria dos funcionários encara o futuro e como enfrentam as dificuldades da vida?

Através da religião?

As crenças espirituais/religiosas dão sentido à vida dos funcionários?

A fé e crenças dão força nos momentos difíceis?

E através do Otimismo?

Vêm o futuro com esperança?

Sentem que a vida muda para melhor?

E aprendem a dar valor às pequenas coisas da vida?

ATIVIDADES

Os funcionários envolvem-se em projetos de voluntariado; cidadania ativa; intervenção política a nível autárquico, desportivos, culturais, outros?

Se estão envolvidos o que acha que os levou a isso? E se não estão porquê?

Anexo D

Guião de Entrevista (Técnicos)

GUIÃO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Empresa _____

Cargo _____

Idade _____

Estado Civil

Género

Feminino	
Masculino	

Solteiro(a)	
União de Facto	
Casado(a)	
Separado(a)	
Divorciado(a)	
Viúvo(a)	

Tem filhos?

Sim Não Quantos?

Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever					
Não completou o Ensino Básico					
Ensino Básico	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo
Ensino Secundário	10º		11º		12º
	Ano		Ano		Ano
Licenciatura					
Mestrado					
Doutoramento					

Considera que os utentes que não são reformados já pensam na reforma?

Considera que já preparam a reforma? De que forma?

Como considera que os utentes encaram esta etapa?

Quais as vantagens e desvantagens?

O que pensa que os utentes fazem diferente depois de se reformarem? E o que pretendem manter igual? Por exemplo, a nível pessoal, familiar, social e profissional.

Que desafio considera que aceitariam que, de algum modo, mudasse as suas vidas?

QUALIDADE DE VIDA

O que pensa ser qualidade de vida para os utentes?

Considerando os utentes acima dos 50 anos, o que considera que influencia a sua qualidade de vida? A saúde física? A satisfação e alegria face à vida? A família? Os amigos? As condições de acesso à saúde e informação?

Na instituição, considera como influência na qualidade de vida dos utentes a autonomia e a satisfação? Reconhecimento pelas suas capacidades? Boa relação com os técnicos? Boa relação com os pares? Condições de acesso aos serviços de saúde? Conjugação da vida social com a familiar? Ambiente psicológico e físico na instituição?

Quais as mais importantes? Porquê?

Considera que os utentes têm iniciativa/autonomia?

Na sua opinião, sentem-se valorizados? Estão satisfeitos com a forma como as suas capacidades são utilizadas?

No contexto da instituição, de que forma considera que os utentes contribuem para um melhor ambiente? Em aspetos como estabilidade, atividades?

Considera que a instituição contribui para a qualidade de vida dos utentes? Em que medida?

Saúde Física

Em que medida considera que os utentes necessitam de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?

Considera que os utentes têm energia suficiente para a sua vida diária?

Em que medida as dores (físicas) os condicionam na realização de tarefas diárias?

Saúde Psicológica

Até que ponto considera que os utentes gostam da vida?

Em que medida pensa que a vida para os utentes faz sentido?

Até que ponto estão satisfeitos consigo próprios, na sua perspetiva?

Saúde Social

Do ponto de vista de técnico considera que existe um envolvimento favorável por parte das famílias dos utentes? Até que ponto os mesmo estão satisfeitos com as suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)

Saúde Ambiental

Até que ponto considera que os utentes estão satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde?

Considera que a instituição é facilitadora de acessos a informação necessária na organização da vida diária? E no acesso a cuidados de saúde?

FATORES PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

Quais os fatores do trabalho que mais influenciam a satisfação profissional dos utentes? A relação com a chefia? A relação com os colegas? A autonomia e satisfação com o que faz? A quantidade e ritmo de trabalho? Os prazos/objetivos a cumprir? A conjugação família/trabalho ao nível de tempo e qualidade de relação?

Relação com a chefia

Pensa que os superiores diretos valorizavam a satisfação no trabalho?

Estavam disponíveis para ouvir os problemas de trabalho?

E os conflitos eram/são resolvidos de forma justa?

Autonomia

Considera que o trabalho dos utentes requer/requeria que tenham iniciativa?

Considera que sentem que o trabalho que fazem é importante?

O trabalho tem/tinha objetivos claros?

Gestão do Stress

Com que frequência considera que se sentem emocionalmente exaustos?

Com que frequência se sentem stressados?

Com que frequência se sentem irritados?

Gestão da Pressão

Segundo a sua perspetiva, para os utentes era necessário que o trabalho mantivesse um ritmo elevado?

Considera que os utentes sentem que o seu trabalho lhes tira/tirava tempo? E se sim que tem um efeito negativo na sua vida pessoal?

Sentem-se satisfeitos com o que fazem em conjunto com a família, com a forma como se relacionam com a família e satisfeitos com a quantidade de tempo que passam com a família? E em relação a amigos?

SUPORTE SOCIAL

Considera que os utentes estão satisfeitos com a quantidade e qualidade do suporte social que tem? De que forma a instituição colabora?

Considera que são promovidas relações entre os utentes?

Na sua opinião gostaria que existissem mais atividades de organizações (clubes desportivos/recreativos, partidos políticos)

Intimidade

Considera que o ambiente na instituição promove o desabafo e o apoio aos utentes?

Mesmo em situações mais embaraçosas, se for necessário apoio de emergência?

SENTIDO DA VIDA

Felicidade

Na sua perspetiva, os utentes consideram que a existência pessoal não tem qualquer sentido ou objetivo?

Depois da reforma, pensa que gostariam de fazer algumas das coisas entusiasmantes que sempre quiseram fazer

Vontade de Viver

Na perspetiva dos utentes, considera que a vida e o mundo parece-lhes muito mais confuso?

Considera que para os utentes enfrentar as tarefas do dia-a-dia é uma fonte de prazer e satisfação?

Dar significado à vida

No que diz respeito aos objetivos na vida considera que os utentes sentem conseguiram alcançar os objetivos ou não fizeram progressos
Consideram a vida vazia e cheia de desespero

ESPIRITUALIDADE

Como considera que a maioria dos utentes encara o futuro e como enfrentam as dificuldades da vida?

Através da religião?

As crenças espirituais/religiosas dão sentido à vida dos utentes?

A fé e crenças dão força nos momentos difíceis?

E através do Otimismo?

Vêm o futuro com esperança?

Sentem que a vida muda para melhor?

E aprendem a dar valor às pequenas coisas da vida?

ATIVIDADES

Os utentes envolvem-se em projetos de voluntariado; cidadania ativa; intervenção política a nível autárquico, desportivos, culturais, outros?

Se estão envolvidos o que acha que os levou a isso? E se não estão porquê?

TODOS

Que desafio aceitaria que de algum modo mudasse a sua vida?