



Universidades Lusíada

Fralda, Lúcia Maria Beijinha

Envelhecimento ativo e serviço social : práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos

<http://hdl.handle.net/11067/776>

Metadados

Data de Publicação	2014-02-13
Resumo	O fenómeno mundial do Envelhecimento tornou-se um desafio para a sociedade contemporânea que, face à nova realidade demográfica, evidencia a necessidade de transformações profundas a nível estrutural, ideológico e institucional. Urge repensar, reavaliar e reorientar conceções, políticas, medidas e mentalidades. Uma das alterações mais preeminentes prende-se com a forma como a sociedade encara o envelhecimento, entendido como um processo redutor da condição humana, para entendê-lo como um process...
Palavras Chave	Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal, Idosos - Condições sociais - Portugal, Qualidade de vida, Serviço social com idosos - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:24:51Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**Envelhecimento ativo e serviço social: práticas de
envelhecimento ativo e seu reflexo na qualidade de vida e
bem-estar psicológico de idosos**

Realizado por:

Lúcia Maria Beijinha Fralda

Orientado por:

Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes

Orientador: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Arguente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Dissertação aprovada em: 5 de Fevereiro de 2014

Lisboa

2013



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 Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

Envelhecimento ativo e serviço social:
práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na
qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos

Lúcia Maria Beijinha Fralda

Lisboa

Setembro 2013



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 Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**Envelhecimento ativo e serviço social:
práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na
qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos**

Lúcia Maria Beijinha Fralda

Lisboa

Setembro 2013

Lúcia Maria Beijinha Fralda

Envelhecimento ativo e serviço social:
práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na
qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar

Lisboa

Setembro 2013

Ficha Técnica

Autora Lúcia Maria Beijinha Fralda
Orientador Prof. Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar
Título Envelhecimento ativo e serviço social: práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos
Local Lisboa
Ano 2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

FRALDA, Lúcia Maria Beijinha,

Envelhecimento ativo e serviço social : práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos / Lúcia Maria Beijinha Fralda ; orientado por Duarte Gonçalo Rei Vilar. - Lisboa : [s.n.], 2013. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - VILAR, Duarte Gonçalo Rei, 1954-

LCSH

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Portugal
2. Idosos - Condições sociais - Portugal
3. Qualidade de vida
4. Serviço social com idosos - Portugal
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging - Social aspects - Portugal
2. Older people - Social conditions - Portugal
3. Quality of life
4. Social work with older people - Portugal
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1451.F73 2013

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador de mestrado, Professor Doutor Duarte Vilar, pessoa importante nesta etapa particular da minha caminhada académica, sobretudo nas fases essenciais deste trabalho. Pelos seus conhecimentos, sugestões, orientações construtivas e notável disponibilidade, os meus sinceros agradecimentos!

Ao Centro Social Lidador em geral e à Diretora Técnica, Dr.^a Deolinda em particular, pelo apoio institucional e disponibilidade demonstrada, os meus agradecimentos!

Aos utentes do Centro Social Lidador, peças fundamentais e sem os quais a realização deste estudo seria inexequível, pela sua disponibilidade, convivialidade, partilha de experiências e saberes, os meus agradecimentos!

À minha família e amigos pelo forte apoio demonstrado ao longo de mais um árduo ano de trabalho, a todos o meu profundo agradecimento!

A todos quanto, de uma forma ou de outra, deram o seu contributo para a realização deste trabalho, a todos, o meu sincero e profundo,

OBRIGADO!

APRESENTAÇÃO

Envelhecimento ativo e serviço social: práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos

Lúcia Maria Beijinha Fralda

O fenómeno mundial do Envelhecimento tornou-se um desafio para a sociedade contemporânea que, face à nova realidade demográfica, evidencia a necessidade de transformações profundas a nível estrutural, ideológico e institucional. Urge repensar, reavaliar e reorientar concepções, políticas, medidas e mentalidades. Uma das alterações mais preeminentes prende-se com a forma como a sociedade encara o envelhecimento, entendido como um processo redutor da condição humana, para entendê-lo como um processo de capacitação e otimização das potencialidades dos idosos.

Esta mudança de concepção, designada por Envelhecimento Ativo, defende um papel mais pró-ativo e dinâmico do idoso em áreas cruciais como a saúde, a participação social e a segurança, como forma de promover e fomentar a coesão social e a solidariedade intergeracional. Sabendo que o idoso ativo é um indivíduo que, apesar de reformado, desenvolve atividades regulares no seu quotidiano, torna-se relevante neste trabalho conhecer e caracterizar o tipo de práticas realizadas pelo idoso, que permitem manter a sua atividade proporcionando-lhe, simultaneamente, qualidade de vida e bem-estar psicológico e, por outro lado, conhecer de que forma o Envelhecimento Ativo adquire pertinência para o Serviço Social, sabendo que o fenómeno do envelhecimento é uma das temáticas de maior aplicabilidade da disciplina e da prática profissional, na pessoa do assistente social.

O estudo realizado possibilitou identificar sinais evidentes de que as PEA contribuem para a QV e BEP dos idosos, constituindo-se, simultaneamente, como fator determinante do processo de Envelhecimento.

Questões como saúde e condição económica, descritas na literatura como redutoras da prática de atividade pelos idosos, são neste estudo inviabilizadas colocando em evidência a influência positiva que as PEA exercem na QV e BEP do idoso.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo, Qualidade de vida, Serviço social, Bem-estar psicológico e Práticas de envelhecimento ativo

ABSTRACT

Active Aging and Social Work: Active Aging Practices and their reflection on the quality of life and psychological well-being of elder people

Lúcia Maria Beijinha Fralda

Aging, as world wide phenomenon, has become a challenge to the contemporary society; due to the new demographic reality, rises the need of deep transformations on the structural, ideological and institutional level.

Rethink, reevaluate and changing the course of notions, policies, measures and mentalities, is required. One of the biggest changes in society points to a new consideration about aging; seen not just as a reducing process of human condition but understanding this as a way to optimize and maximize elder people skills, abilities and knowledge.

This paradigmatic change known as Active Aging, defends a more dynamic and proactive role of elder people in determinant areas of society such as health, security and social participation, promoting social cohesion and solidarity between generations.

If an active elder is a retired individual capable of developing daily activities, its relevant to this work to know and describe the sort of practices performed that allows him to keep is activity and simultaneously is quality of life and psychological well-being.

Knowing that the aging issue is a significant topic for Social Work, as professional (social worker) and scientific subject, this work also intends to know how Active Aging is relevant to Social Work.

The following study was enable to demonstrate evident signs that active aging practices contributes to quality of live and psychological well-being of elder people, becoming themselves important factor in the development of the Aging process.

Health and economic situation issues, described by the literature as reducing agents of activity practices by elder people, are rejected in this study, demonstrating the positive

influence that Active Aging Practices applies in the quality of life and psychological well-being of the elder.

KeyWords: Active Aging, Quality of Life, Social Work, Psychological Well-Being and Active Aging Practices

SUMÁRIO

1. Introdução	16
Parte I – Enquadramento teórico	19
2. Envelhecimento	20
2.1. Interpretação do envelhecimento	20
2.1.1. Definição e pressupostos do conceito	20
2.1.2. Perspetiva demográfica atual	26
2.2. O envelhecimento na sociedade moderna	29
2.2.1. Os aspetos sociais da velhice	29
2.2.2. Os aspetos psicológicos da velhice	32
2.3. O envelhecimento ativo	36
2.3.1. O conceito	36
2.3.2. O envelhecimento ativo em Portugal	41
3. Qualidade de vida	43
3.1. Perspetiva histórica da qualidade de vida	43
3.2. O conceito	46
3.3. A qualidade de vida e o envelhecimento	50
4. Bem-estar	53
4.1. Bem-estar subjetivo	53
4.1.1. Definição e fundamentos teóricos do conceito	53
4.2. Bem-estar psicológico	56
4.2.1. Definição e fundamentos teóricos do conceito	56
4.3. O bem-estar psicológico e o envelhecimento	59
5. Envelhecimento ativo e serviço social	62
5.1. Conceção e intervenção do serviço social em contexto de envelhecimento ativo	62
Parte II – Pesquisa empírica	70
6. Contextualização, metodologia(s) e operacionalização da investigação	71
6.1. O problema em estudo	71
6.2. Formulação das hipóteses	72
6.3. Definição da metodologia	73
6.3.1. Método de investigação	73
6.3.2. Caracterização da amostra estudada	73
6.3.3. Estratégias e procedimentos de recolha de dados	76
6.3.4. A ética na pesquisa empírica	78
6.3.5. Técnicas de recolha de dados	79
6.3.5.1. Guião de entrevista	79

6.4. Procedimentos de análise das entrevistas: a análise de conteúdo	79
7. Apresentação, tratamento e análise de dados.....	82
7.1. Fatores sociodemográficos.....	82
7.1.1. Perfil geral dos indivíduos inquiridos	82
7.2. Qualidade de vida	82
7.2.1. Saúde.....	82
7.2.1.1. Avaliação subjetiva dos inquiridos face à saúde física e mental	82
7.2.1.2. Caracterização da influência da saúde no nível económico, na prática de atividades e no quotidiano individual... ..	84
7.2.2. Condição económica.....	85
7.2.2.1. Classificação pessoal da condição económica e influência na prática de atividades	85
7.2.3. Avaliação individual de qualidade de vida	87
7.2.3.1. Definição e classificação subjetiva da qualidade de vida	87
7.3. Bem-estar psicológico	89
7.3.1. Conceção.....	89
7.3.1.1. Perfil dos inquiridos sobre a conceção subjetiva do termo bem-estar psicológico.....	89
7.3.2. Avaliação geral do bem-estar psicológico	91
7.3.2.1. Perfil dos inquiridos face às dimensões do bem-estar psicológico.....	91
7.3.3. Experiência de vida	93
7.3.3.1. Perfil dos inquiridos sobre o percurso pessoal de vida	93
7.4. Relacionamento familiar	94
7.4.1. Agregado familiar: composição familiar	94
7.4.1.1. Perfil dos inquiridos sobre a composição familiar	94
7.4.2. Relações familiares	95
7.4.2.1. Perfil dos inquiridos sobre as relações familiares	95
7.4.3. Relacionamento familiar	96
7.4.3.1. Perfil dos inquiridos sobre a classificação pessoal do relacionamento familiar.....	96
7.5. Práticas de envelhecimento ativo	96
7.5.1. Envelhecimento.....	96
7.5.1.1. Perfil dos inquiridos sobre a definição subjetiva e ajustamento pessoal ao envelhecimento	96
7.5.2. Reforma	98
7.5.2.1. Perfil dos inquiridos face à avaliação profissional, noção subjetiva de reforma, ajustamento pessoal à reforma, atividades pré-reforma e atividades pós-reforma	98
7.5.3. Práticas de envelhecimento ativo	101

7.5.3.1. Perfil dos inquiridos face ao conhecimento sobre envelhecimento ativo, noção pessoal de EA, atividade ou inatividade pessoal, atividades praticadas e definição pessoal de envelhecimento	101
7.6. Relação compreendida entre qualidade de vida, bem-estar psicológico e práticas de envelhecimento ativo	105
7.6.1. Análise global dos conceitos	105
7.6.1.1. Perfil dos inquiridos face à articulação subjetiva dos conceitos	105
8. Conclusão.....	108
Referências.....	114
Bibliografia.....	117
Apêndices.....	120
Lista de apêndices	120
Apêndice A	121
Apêndice B	126
Apêndice C	128

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Esquema da(s) variável(s) dependente(s) e independente(s) em estudo (fonte nossa, 2013).....	72
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra em função do género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, composição do agregado familiar e contexto habitacional	76
Tabela 2 - Distribuição da amostra em função da definição pessoal de qualidade de vida	89
Tabela 3 - Distribuição da amostra em função da conceção subjetiva do termo de bem-estar psicológico.....	90
Tabela 4 - Distribuição da amostra em função das atividades praticadas.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

BES – Bem-Estar Subjetivo

BEP – Bem-Estar Psicológico

IMI – Índice de Mortalidade Infantil

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEA – Práticas de Envelhecimento Ativo

PNA – Programa Nacional de Ação

PIB – Produto Interno Bruto

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

QVNRS – Qualidade de Vida Não Relacionada com Saúde

UE – União Europeia

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

1. INTRODUÇÃO

O Séc. XXI será reconhecido pela maior conquista da Humanidade, o Envelhecimento. Enquanto fenómeno mundial tornou-se um desafio para a sociedade contemporânea, evidenciando a necessidade de transformações estruturais e ideológicas profundas, que afetarão o Homem e a sua relação com a sociedade.

O envelhecimento, realidade emergente e transversal a todas as sociedades modernas e reflexo de uma nova estrutura demográfica está a gerar uma nova “classe social”, os idosos, que, pela sua heterogeneidade e multidimensionalidade, introduz profundas mudanças na vertente familiar, cultural, política e socioeconómica.

Adquirindo contornos de fenómeno social, torna-se imprescindível repensar, reavaliar e reorientar concepções, políticas, medidas e mentalidades. Uma das alterações mais preeminentes prende-se com a forma como a sociedade encara o envelhecimento, entendido, até agora, como um processo redutor da condição humana, para passar a compreendê-lo como um processo de capacitação, otimização e dinamização das potencialidades dos idosos.

Esta recente dinâmica social, geradora de novas visões e paradigmas, defende a conceção e implementação de um paradigma de envelhecimento renovado, assente numa perspetiva desenvolvimentista, positiva, ativa e dinâmica do processo em geral e do idoso em particular, em detrimento do paradigma de envelhecimento atual, baseado em pressupostos estereotipados, segregadores e redutores da condição humana.

Designado por Envelhecimento Ativo, este novo paradigma defende um papel pró-ativo e dinâmico do idoso em áreas cruciais como a saúde, participação social e segurança, como forma de impulsionar e fomentar a coesão social e a solidariedade intergeracional. A questão da Intergeracionalidade é inerente ao Envelhecimento Ativo, assumindo-se como elemento fundamental do processo, no qual o idoso, enquanto indivíduo de direitos e de cidadania plena, integra, participa e age em comunidade. O espaço comunitário adquire relevância e significado, na medida em que permite conhecer e entender as relações intergeracionais existentes, assim como as redes de vizinhança, redes de suporte familiar, social, institucional, de amizade e ainda os recursos/equipamentos disponíveis.

Promotor da qualidade de vida e bem-estar na velhice, o Envelhecimento Ativo torna-se, assim, um paradigma que é indispensável implementar e operacionalizar, com o intuito de fomentar a integração, a motivação e a participação do idoso nas múltiplas vertentes da sociedade.

Por um lado, atendendo ao aumento crescente da percentagem de idosos que apresentam capacidades intelectuais e físicas satisfatórias, níveis de formação e habilitações consideráveis e um manifesto interesse em desempenhar um papel ativo e, por outro lado, sabendo que o idoso ativo é um indivíduo que, embora reformado, desenvolve atividades regulares no seu quotidiano, torna-se relevante conhecer e caracterizar o tipo de práticas realizadas pelo idoso, que permitem manter a sua atividade proporcionando-lhe, simultaneamente, qualidade de vida e bem-estar. Outra questão de relevo prende-se com a pertinência que Envelhecimento Ativo tem para o Serviço Social atual, sobretudo, nas transformações que este novo paradigma introduz nas políticas, ação social e defesa dos direitos, uma vez que o fenómeno do envelhecimento se constitui temática de investigação para a disciplina e de aplicabilidade para a prática profissional do Assistente Social.

Pretende-se com este documento alcançar um objetivo pessoal, que passa pela progressão e consolidação de conhecimentos sobre o envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento ativo, pela enorme expressividade e dinamização na sociedade atual; como objetivo social, pretende este trabalho contribuir para uma “remodelação” da visão social sobre o envelhecimento e sobre o idoso, por forma a considerá-lo como elemento capaz de grandes contributos sociais, reconhecendo e valorizando o saber individual destes indivíduos e por último, como objetivo científico, pretende-se conhecer e caracterizar as práticas de envelhecimento ativo desenvolvidas pelo idoso que possibilitam qualidade de vida e bem-estar e conhecer de que forma o Serviço Social conceptualiza e intervém na temática do Envelhecimento Ativo.

Como ficou patente, o presente trabalho centra-se na temática do Envelhecimento Ativo e, sobretudo, de que forma, as práticas de envelhecimento ativo desenvolvidas pelo idoso promovem a qualidade de vida e bem-estar psicológico. A atualidade da temática e a ausência de bibliografia/dados produzidos sobre esta matéria suscitaram a realização do presente documento, que ambiciona responder à pergunta de partida de se o idoso que desenvolve práticas de envelhecimento ativo apresenta maior qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Face a esta pergunta, estabeleceram-se os seguintes objetivos gerais: (i) conhecer a(s) prática(s) de envelhecimento ativo desenvolvidas pelo idoso, (ii) analisar o contributo das práticas de envelhecimento ativo na qualidade de vida e bem-estar psicológico do idoso e (iii) avaliar o grau de satisfação do idoso face ao seu processo de envelhecimento. Nesta lógica de trabalho, constituíram-se os seguintes objetivos específicos: (i) identificar as atividades praticadas pelo idoso que favorecem a qualidade de vida e bem-estar psicológico, (ii) conhecer o efeito das atividades desenvolvidas no incremento da qualidade de vida e bem-estar psicológico e (iii) analisar o processo de envelhecimento face à diversidade de fatores sociodemográficos e familiares.

O presente documento divide-se em duas partes. A primeira parte (Parte I) dedica-se ao enquadramento conceptual, pilar de qualquer investigação de cariz científico. Esta por sua vez encontra-se subdividida em quatro capítulos que remete para a análise dos conceitos que estruturam este trabalho: Envelhecimento, Qualidade de Vida e Bem-Estar. É ainda elaborada uma abordagem entre o Envelhecimento Ativo e o Serviço Social. A segunda parte (Parte II) é orientada para a Pesquisa Empírica elaborada em torno da teoria apresentada. Consiste na apresentação do estudo empírico realizado destacando-se num primeiro capítulo a contextualização, a metodologia e a operacionalização da investigação e num segundo capítulo a apresentação, o tratamento e a análise dos dados obtidos. O documento termina com uma conclusão, onde são apresentadas as ideias finais elaboradas com base no estudo efetuado.

Torna-se imprescindível referir que o presente documento foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico com exceção de citações de autores cujas bibliografias são anteriores ao mesmo acordo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. O ENVELHECIMENTO

2.1. INTERPRETAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

2.1.1. DEFINIÇÃO E PRESSUPOSTOS DO CONCEITO

O envelhecimento foi, é e será sempre uma temática pertinente e presente na evolução das sociedades em geral e do indivíduo em particular. É um fenómeno que sempre despertou no ser humano o interesse em compreender as suas causas e efeitos, assim como o modo de mitigar as suas manifestações.

Sendo um fenómeno flexível a nível histórico, cultural e social, facilmente se entende a razão pela qual existem diversas visões e concepções de envelhecimento. Desde o Séc.XVIII até à atualidade, a evolução do Envelhecimento, espelhado na pessoa do idoso, demonstrou um sentido descendente marcado por transformações da esfera social e histórica que conduziram a uma visão negativa do fenómeno, essencialmente descrito e caracterizado por perda de valor, estatuto e papel social, ao qual se associou uma visão estereotipada de incapacidade e improdutividade.

Desta forma, é possível afirmar que o Envelhecimento não é uma realidade exclusiva do tempo moderno, mas sim um fenómeno mutável ao longo dos tempos, que espelha a evolução das estruturas sociais e individuais.

Constata-se que, no último século, o Envelhecimento adquiriu contornos de crescente banalidade na utilização do seu constructo pela sociedade, tornando-se algo trivial e comum. No entanto, apesar de banalizado, a sociedade tem procurado responder à seguinte pergunta: o que é o Envelhecimento?

O envelhecimento apresenta-se como um conceito multidimensional (biológico, psicológico e social), complexo, heterogéneo, contínuo e transversal a todos os indivíduos e sociedades. Pode apresentar diversas interpretações, umas mais vagas, outras mais complexas não sendo, portanto, um conceito facilmente delimitável, caracterizável e circunscrito por fronteiras fixas. Tratando-se de um fenómeno culturalmente construído, variável de sujeito para sujeito e de época para época, imprime nas disciplinas científicas um carácter pluridisciplinar e interdisciplinar, considerando todas as vertentes na realização de uma investigação sobre o envelhecimento, isto é, deve ser elaborada uma análise holística e não um estudo parcial ou unidimensional, de forma a obter-se um conhecimento integral e completo.

Não obstante, o Envelhecimento ganhou dimensões mundiais no último século, devido, em grande parte, à transformação demográfica da população (a questão demográfica será desenvolvida num subcapítulo posterior).

Em termos concepcionais, definir o Envelhecimento torna-se uma tarefa complexa uma vez que cientificamente os autores definem o envelhecimento de formas distintas. Contudo, há uma ideia comum e transversal a todos, ou seja, que o envelhecimento é um processo que, devido ao passar da idade, afeta a pessoa a nível bio-psico-social, sendo definido como um processo de “[...]perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente[...].” (Oliveira, 2010,p.26). Partindo desta definição, entende-se o envelhecimento como um processo contínuo que ocorre ao longo da vida do indivíduo, desde o nascimento até à morte e a velhice considerada como uma etapa de vida, uma etapa inerente ao próprio processo de envelhecimento, a última fase da vida. A este propósito Velasco (2006,p.21) refere que “[...]o envelhecimento não é a velhice. Ele é um processo irreversível, que se inscreve no tempo: começa com o nascimento e acaba com a morte do indivíduo [...]”.

Da definição anteriormente citada, identificam-se três componentes que constituem o envelhecimento, nomeadamente, a (i) componente biológica (senescência), compreende o ritmo biológico e individual de cada sujeito e do seu organismo, que segundo Velasco (2006,p.21) “[...]reflete as variações entre indivíduos com a mesma idade cronológica e se define como a posição do indivíduo em relação à sua expectativa de vida[...]”. Fonseca (2006) considera a esperança média de vida, à luz desta componente, um fator genético; a (ii) componente social, define o papel social desempenhado pelo indivíduo em concordância com a sua idade e que a sociedade espera que atue em conformidade. Ou seja, “[...]refere-se à posição e hábitos sociais adquiridos e sentidos pelo indivíduo como pertencentes ao papel social e cultural, esperado para a idade[...]” (Velasco, 2006,p.22). A este propósito, Fonseca (2006) acrescenta a esta definição a conjuntura histórica que contextualiza a sociedade numa determinada época; e por último, (iii) a componente psicológica, entendida como a experiência subjetiva e individual do tempo, como este é experienciado e vivido pelo indivíduo. São vários os autores que defendem a componente psicológica afirmando que a variável cronológica (a idade) não é totalmente explicativa, pois o número de anos que um indivíduo vive não explica, por si só, a qualidade de vida, a experiência psicológica ou a sua saúde. A este respeito Fonseca (2006,p.26) refere que:

“[...]o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia [...] outras que estabilizam [...] e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida[...]”.

A questão psicológica pressupõe a autorregulação do sujeito no campo das forças positivas/negativas no decorrer da trajetória de vida, traduzida no ato de tomar decisões que permitam adaptar-se ao processo de envelhecimento ou senescência.

Outra questão que sobressai do conceito de Envelhecimento prende-se com a sua terminologia. A utilização dos termos “envelhecimento”, “velho”, “velhice” ou “idoso” é secundária, pois a sua aplicação espelha a representação e a conotação social que está subjacente (positiva ou negativa). Contudo, ressaí um critério comum na nomenclatura, ou seja, a condição temporal, que se traduz no tempo e nas consequências que a passagem do tempo produz nos indivíduos e que o Senso Comum designa por idade. Neste trabalho, designa-se a idade como a idade cronológica, ou seja, “[...]o tempo transcorrido em horas, dias, semanas, meses ou anos desde o nascimento.” (Neri, 2001,p.34). Para a autora, a idade cronológica assume-se como a variável mais utilizada para explicar o processo de envelhecimento, mas que pode induzir erroneamente estudos e conceções sobre o fenómeno.

Face a isto, no estudo do envelhecimento, para além da idade cronológica, deve-se considerar a idade biológica. Esta defende que o funcionamento biológico apresenta uma programação interna (ritmo e duração) entre os diferentes sistemas que constituem o organismo. Quando essa programação sofre alterações que derivam do envelhecimento, torna-se fator indicador da redução da funcionalidade e da sobrevivência do indivíduo. Logo, a idade biológica descreve-se como “[...]a estimativa de tempo que resta a um indivíduo para viver, num dado momento da sua vida.” (Neri, 2001,p.35), demonstrando os níveis de maturidade física e estado de saúde do indivíduo.

Outra dimensão a ponderar é a idade social, que remete para o status, papéis e funções a desempenhar pelo indivíduo num determinado contexto histórico e cultural, caracterizada pela “[...]avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade.” (Neri, 2001,p.39).

Destaca-se ainda a idade psicológica, traduzida na perspectiva individual do sujeito face ao seu passado, presente e futuro. Constitui uma dimensão subjetiva sobre o desenvolvimento cognitivo e emotivo, sobre a capacidade de adaptação, de aprendizagem e motivação do indivíduo. O passado e o futuro tornam-se reconstruções que o indivíduo elabora a partir do seu momento atual (presente), constituindo-se a experiência temporal como multifacetada e multideterminada. De acordo com Neri (2001), a questão temporal ao longo da vida do indivíduo e, sobretudo, na velhice, deve ser entendida como uma revisão de vida, assumida como uma necessidade evolutiva do indivíduo e caracterizada por “[...]uma forma de lembrança intencional, estruturada em torno de eventos de transição e aplicada à avaliação de si mesmo e da própria existência.” (Neri, 2001,p.41). À luz das teorias de Jung, Neri defende que a revisão de vida “[...]cumprir a função evolutiva de restaurar o equilíbrio psicológico quando, na meia-idade e na velhice, a pessoa reconhece a sua própria finitude.” (Neri, 2001,p.41). A revisão de vida remete, assim, para o conhecimento especializado e individualizado sobre a própria existência individual.

Finalmente, a idade funcional, associada à dimensão biológica do envelhecimento, define-se “[...]pelo grau de conservação do nível da capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica.” (Neri, 2001,p.35). Este constructo encontra-se ligado ao conceito de Independência Funcional, caracterizado pela capacidade funcional do indivíduo, cuja ferramenta de mensuração e avaliação do grau de independência recai sobre a Escala ou Índice de Lawton, especialmente, sobre as AVD e as AIVD, onde o maior déficit de capacidades funcionais traduz maior dependência funcional. Contudo, é de salientar, que a perda de funcionalidade não abrange todas as áreas de funcionamento do idoso, ou seja, a incapacidade física para a realização de tarefas (AVD ou AIVD) não impede a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional.

Autores como Birren e Schroots (1996) e Cavanaugh (1997) evidenciam o caráter superficial da variável idade cronológica no estudo do envelhecimento e Lima (2004,p.9) refere mesmo que “[...]a idade é uma variável vazia[...]”, demonstrando que a idade cronológica não é determinante, pois apenas representa a passagem do tempo na vida do indivíduo. As variáveis sociodemográficas e as histórias de vida que acompanham o sujeito tornam-se mais marcantes e influenciam a construção da personalidade da pessoa.

Apesar de tudo o que foi referido até ao momento, o Envelhecimento encontra-se fortemente marcado pelo fator cronológico, estabelecendo os 65 anos de idade como a fronteira entre a adultez e a velhice e classificando o idoso como “[...]aquele que completou 65 anos de idade.” (Oliveira, 2010,p.12).

Sendo o envelhecimento difícil de delimitar e de operacionalizar em termos de tipologias ou categorias, Neugarten (1975-1979), principal pioneira nos estudos da meia-idade, identificou duas categorias de velhice: (i) jovens-idosos ou “young-old”, dos 55 aos 75 anos, considerados como uma maioria competente e ativa, mas desaproveitada e (ii) idosos-idosos ou “old-old” dos 75 anos em diante, caracterizados pela sua fragilidade e necessidade de cuidados especiais.

Por conseguinte, a OMS, considerando que a velhice tem início por volta dos 60 anos, classifica a velhice em três faixas distintas: (i) jovens-idosos entre 60-69 anos, (ii) meio-idoso, entre 70-79 anos e (iii) idosos velhos, com mais de 80 anos ou a 4ª Idade. A 4ª Idade começou recentemente a ser referenciada pelos investigadores como representativa de “[...]perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem.” (Fonseca, 2006,p.79), demonstrando um claro deterioramento comparativamente à 3ª Idade, que atualmente reflete um aumento da expectativa de vida e manutenção das capacidades físicas e cognitivas.

O processo de envelhecimento, enquanto processo heterogéneo, demonstra que os sujeitos apresentam ritmos e formas de envelhecer individuais, subjetivas e distintas, logo “[...]a realização de pesquisas deve [...] incidir no estudo da ocorrência de mudanças regulares nos indivíduos após o início da idade adulta e não somente “após a entrada na velhice”[...]” (Fonseca, 2006,p.72), podendo ser identificados padrões de envelhecimento. Para os investigadores Birren e Schroots (1996) as fronteiras entre padrões são ténues. No entanto, a conjugação de critérios como longevidade, presença de patologias e conservação de mecanismos adaptativos do organismo permitem identificar três padrões de envelhecimento: (i) Envelhecimento Primário, (ii) Envelhecimento Secundário e (iii) Envelhecimento Terciário.

O Envelhecimento Primário (Senescência ou Normal) é considerado fenómeno universal, que abrange todos os indivíduos por força de mecanismos genéticos típicos da espécie. É um fenómeno progressivo, que afeta gradual e cumulativamente o organismo, resultando no decréscimo da capacidade de adaptação. Não é considerado uma doença. O distinto ritmo de progressão deve-se à ação de diferentes

fatores, tais como estilo de vida, alimentação, exercício físico, situações stressantes, educação ou até a própria personalidade e desempenho de papéis sociais. A conjugação destes fatores pode definir diversas e variadas formas de envelhecer. As características mais comuns e indubitáveis neste padrão de envelhecimento são aquelas que se relacionam com a estética e a aparência física (cabelos brancos, rugas, flacidez muscular, entre outros). No entanto, existem outras características que também contribuem para este padrão de envelhecimento, nomeadamente, as alterações das capacidades funcionais energéticas (circulação, respiração, metabolismo), das capacidades biomecânicas (diminuição da força, mobilidade e resistência) e das capacidades psicomotoras (redução da aprendizagem, memória e cognição). A perda destas capacidades pode afetar a autoestima do indivíduo com efeitos negativos na sua motivação. Nas palavras de Neri (2001,p.33), “[...] quando um indivíduo que envelhece preserva características e funcionalidades [...] atividade, envolvimento e saúde física e mental[...]” estamos perante um envelhecimento ótimo ou bem-sucedido.

O Envelhecimento Secundário (Patológico) descreve as alterações provocadas por doenças associadas ao envelhecimento e que não se relacionam com as mudanças normais inerentes ao próprio processo. Trata-se de patologias que surgem associadas à evolução do próprio envelhecimento e que aumentam a probabilidade de ocorrência com a progressão da idade do organismo. Por doenças ou patologias entendem-se as patologias cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, entre outras.

Por último, o Envelhecimento Terciário (Terminal) traduz-se no declínio terminal caracterizado pelo agravamento das perdas físicas e cognitivas, marcado por um curto período no qual o indivíduo acaba por perecer, independentemente de ser originado por doenças associadas à idade ou pela acumulação dos efeitos de envelhecimento primário.

Poder-se-ia ainda fazer referência ao Envelhecimento Diferencial, que, segundo Paúl (2001), permite compreender as diferenças entre os indivíduos e ainda o Envelhecimento Ecológico de Birren (1995), em que o indivíduo se encontra inserido num meio físico e social variável e influenciável para o desenvolvimento individual.

A literatura sobre o Envelhecimento conheceu, nas últimas décadas, um crescimento exponencial, pelo que Oliveira (2010) fala mesmo numa “época de ouro”. No entanto, as teorias sobre o envelhecimento apresentaram períodos distintos entre si e numa

breve perspectiva histórica podem identificar-se três períodos distintos: (i) o Período Clássico, dos anos 40 a 70, (ii) o Período Moderno, dos anos 70 a 90 e (iii) o Período recente, iniciado na década de 80. Logo, fica patente que a concepção teórica do Envelhecimento tem evoluído historicamente e não é estática.

Por Teorias do Envelhecimento compreendem-se as Teorias Biológicas, que constituem um vasto conjunto e que tentam explicar o envelhecimento, existindo alguns pressupostos comuns entre todas. Por um lado, o indivíduo passa por três etapas distintas e essenciais ao longo da vida: o crescimento e desenvolvimento, maturidade e declínio e por outro lado, o decremento físico e o aumento das enfermidades são invariáveis, dependendo da predisposição genética e das condições de saúde do indivíduo. As teorias biológicas mais relevantes são a Teoria Genética, a Teoria Celular, a Teoria Sistémica e a Teoria dos Eventos Vitais Biológicos.

Segundo Ballesteros (2004), as Teorias Psicológicas descrevem as transformações operacionalizadas no funcionamento psicológico do indivíduo e defendem que nem todas as mudanças se adaptam ao funcionamento biológico com o passar do tempo e da idade. A ideia que prevalece é de que não se pode igualar a evolução biológica à evolução psicológica, uma vez que esta última está em constante desenvolvimento, independentemente da etapa de vida ou idade que o indivíduo apresente. São disto exemplo a Teoria do Desenvolvimento, a Teoria do Ciclo Vital, a Teoria da Atividade e a Teoria da Continuidade.

Por fim, as Teorias Sociais associadas ao Interacionismo Simbólico tentam explicar o fenómeno através da Teoria da Desvinculação, a Teoria da Subcultura e a Teoria da Modernização.

2.1.2. PERSPETIVA DEMOGRÁFICA ATUAL

O Envelhecimento enquanto fenómeno mundial é inegável assim como é incontestável a transformação demográfica da população que possibilitou a sua expansão.

Vários investigadores como Ballesteros (2004), Oliveira (2010) e Rosa (2012) descrevem o envelhecimento da população mundial a um ritmo exponencial e o impacto que o fenómeno tem na sociedade atual.

Para Ballesteros (2004), a modificação na estrutura por idades alterou a situação demográfica no último quarto de século construindo as bases de um novo futuro social e económico traduzido no envelhecimento da população mundial. Para o autor, o envelhecimento da população “[...] não é mais do que o aumento da proporção dos indivíduos velhos face à população[...].” (Ballesteros, 2004,p.55).

Conforme refere António (2010,p.89), “[...]o fenómeno do envelhecimento demográfico [é] entendido como o aumento relativo da população com 65 e mais anos no total da população[...]”. Desta forma, o envelhecimento enquanto fenómeno mundial caracteriza-se pelas alterações demográficas da população provocadas pela diminuição da taxa de natalidade, pela redução da taxa de mortalidade, pelo incremento da esperança média de vida (não só à nascença mas também em idade avançada) e pelos movimentos migratórios. Estes fatores são visíveis nas pirâmides etárias, constatando-se um duplo envelhecimento: o envelhecimento na base da pirâmide (menos crianças/jovens) e o envelhecimento no topo da pirâmide (mais idosos).

Alguns autores afirmam que não existem idosos a mais; existem sim, crianças e jovens a menos, devendo-se este acontecimento aos novos meios de controlo da natalidade, aos novos valores familiares, ao individualismo e à vida profissional. Ou seja, não há renovação de gerações. A menor taxa de natalidade e maior longevidade são consequências do baby-boom da década de 60/70 que originou as desigualdades na dimensão dos grupos etários. Segundo Oliveira (2010,p.15)

“[...]num século, nos países desenvolvidos, os jovens passaram de 45% para 15%, enquanto os idosos com mais de 65 anos passaram de 5% para quase 20%, ultrapassando por isso os jovens. Prevê-se que no ano 2050 a situação se agrave ainda mais na Europa havendo nessa altura menos 15% de jovens e mais de 25% de idosos[...]”.

Sendo um fenómeno mundial, Portugal não é exceção e, paralelamente à União Europeia, também demonstra alterações na estrutura demográfica, ou seja, “[...]o número de idosos tem vindo a aumentar quer em termos absolutos quer em termos relativos[...]” (Ferreira, 2006,p.24). Ainda segundo Ferreira (2006,p.24) “[...]atualmente com 10.356 milhões de habitantes, Portugal tem um total de 1.479 milhões de jovens com menos de 15 anos de idade (14,3%) e 1.693 milhões de pessoas com mais de 65 anos (16,4%) da população total”. Para Paúl (2005,p.15):

“[...]entre 1941 e 2001, um crescimento da população com idades igual ou superior a 65 anos [foi] da ordem dos 243%, tendo passado de cerca de 505.600 para 1.735.500

indivíduos [...] tudo indica que a população idosa atinja cerca de 2.027.000 indivíduos em 2020, representando então 19,2% do total nacional”.

As projeções do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat) vão mais longe, projetando que a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará entre 2004 e 2050, podendo chegar aos 31,9%, constituindo-se como o quarto país da UE com maior percentagem de idosos. Neste contexto, Rosa (2012:28-29) elabora uma conclusão abrangente destacando que:

“[...]em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida do que hoje: o número de pessoas com 65 e mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens [...]; um em cada três residentes em Portugal (32%) poderá ter 65 ou mais anos (atualmente o valor é de 19%, portanto menos de um em cada cinco); a população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representar cerca de 13% da população residente em Portugal [...]”.

Facilmente se observa que o aumento do número de idosos constitui um desafio para a sociedade. Este acarreta consigo consequências a nível (i) económico, refletindo-se na diminuição da população ativa e no aumento da população envelhecida (com necessidades específicas) e conseqüente acréscimo das despesas com prestações sociais; (ii) a nível social, através da diminuição da mobilidade social, alteração das relações profissionais e familiares e a crescente necessidade de instituições de assistência para idosos; (iii) a nível da saúde, traduzindo-se no aumento da população vulnerável no acréscimo do número de serviços prestados e de profissionais clínicos; (iv) a nível ético, que suscita a questão dos problemas do doente crónico e em fase terminal e (v) geracional “[...]onde os custos e despesas com os mais velhos serão suportados pelos impostos e contribuições sociais provenientes das gerações mais jovens em atividade[...]”. (António, 2010,p.91).

Outro dado relevante na sociedade portuguesa prende-se com o aumento da percentagem de mulheres (58%) na faixa etária dos 65 e mais anos, face aos homens do mesmo grupo etário (42%), constituindo-se um sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900. Identifica-se ainda o “envelhecimento dos envelhecidos”, ou seja, o aumento da esperança média de vida e os cuidados de saúde atuais, possibilitam a longevidade dos idosos com 80 e mais anos.

Perante isto, é necessário que as políticas e as medidas sociais estejam atualizadas e adequadas às necessidades e capacidades de satisfação pessoal, autonomia e

participação desta população específica. Urge assim repensar e refletir sobre o fenómeno e procurar reajustar as estruturas sociais, económicas, políticas e familiares a esta nova classe social: os idosos.

2.2. O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE MODERNA

2.2.1. OS ASPETOS SOCIAIS DA VELHICE

A velhice ou terceira idade, reflexo do fenómeno de Envelhecimento e agora reconhecida como “classe social”, resulta da associação da idade cronológica à idade da reforma assim como das transformações ocorridas na sociedade. Desta forma, os idosos, enquanto “classe social” heterogénea e diversificada, conduziram a uma reflexão sobre os aspetos sociais decorrentes do envelhecimento.

“A forma como o idoso gere e lida com as mudanças no processo de envelhecimento, vai reproduzir-se na relação que estabelece consigo próprio e com a sociedade onde se encontra inserido.” (Moura, 2010,p.49).

O Envelhecimento assume-se como problema social devido principalmente (i) aos mitos e estereótipos negativos criados e associados à velhice; (ii) à evolução rápida do conhecimento e dificuldades de adaptação do idoso às novas exigências; (iii) à necessidade de criação de estruturas de apoio específicas para esta classe etária, que sobrecarrega o sistema de proteção social; (iv) ao difícil acesso dos mais jovens aos recursos necessários ao seu envolvimento na entajuda familiar e na prestação de cuidados aos mais dependentes; (v) ao papel atual da família na vida do idoso, considerando que, a família não se deve demitir dos seus deveres, nem abandonar o seu idoso. A Família constitui o suporte social do idoso, é elemento promotor de bem-estar e saúde física e mental.

Como refere Correia (2003,p.35) “[...]como consequência [da] modificação da natureza e da intensidade dos laços intergeracionais, assiste-se a uma transferência da obrigação da assistência aos idosos dos filhos para a sociedade.”. Os problemas da população idosa saem da esfera familiar para a competência social; os encargos deixam de ser familiares para serem sociais; a gestão dos encargos com os idosos saem do contexto privado e familiar para ficar sob alçada do Estado e “[...]os conflitos de interesse reduzem-se a “confrontações entre os responsáveis político-

administrativos e especialistas das Instituições [surgindo] a política social.” (Correia, 2003,p.35).

A desvalorização das pessoas idosas conduz à criação de mitos, preconceitos, estereótipos e representações sociais negativas, prevalecendo a ideia de que os idosos são incapazes de desenvolvimento ou que a velhice corresponde a uma “segunda infância”, traduzida na infantilização do idoso e conseqüente redução do seu papel e estatuto social. Neste contexto, o estereótipo de velhice ou envelhecimento conduz basicamente à imagem de declínio absoluto e contínuo da pessoa, não percebendo as implicações sociais que o preconceito suscita no idoso, como sejam o isolamento, a solidão, a pobreza, a exclusão social e a doença. Logo, estereótipos socialmente produzidos e reproduzidos são facilmente reconhecidos, generalizados, homogêneos e associados a falsos pressupostos da idade sociocultural.

Atualmente e sobretudo nas sociedades ocidentais desenvolvidas, prevalece a visão tradicional e negativa do idoso. De acordo com Berger, Moura (2010) identifica sete estereótipos, que definem o idoso como (i) pessoa doente, (ii) infeliz, (iii) improdutivo, (iv) necessitado de ajuda, (v) conservador, (vi) igual a todos os outros velhos e (vii) isolado.

O Envelhecimento desperta sentimentos negativos (misericórdia, receio e incômodo) e a busca pela mítica imortalidade da eterna juventude. A importância excessiva atribuída ao aspeto físico/exterior e à imperatividade da juventude conduziu ao aumento de cirurgias estéticas e a uma cultura do descartável, do superficial, do supérfluo, subvalorizando o saber alcançado pela experiência de vida, a sabedoria.

Os idosos, não se enquadrando nos moldes atuais, são discriminados e segregados acentuando o seu isolamento, tanto físico como social. Perante tais rótulos, o idoso sente dificuldade em integrar-se na sociedade e no acesso a determinados bens e serviços, à mobilidade e à ocupação de tempos livres.

Outro aspeto social relevante prende-se com a questão da Reforma. A passagem à reforma constitui um momento importante na reestruturação dos papéis sociais. Uma vez terminada a vida profissional, é na família que o indivíduo encontra o equilíbrio social, pessoal e emocional, pelo que os papéis sociais ganham outra dimensão e relevância no interior desta. Neste âmbito, a reforma assume duas posturas: por um

lado pode ser entendida como promotora de relações familiares ou, por outro lado, pode ser impulsionadora de isolamento familiar.

Em última instância, a desvalorização social dos idosos pode conduzir a sérios episódios de Idadismo¹, isto é, um “[...]estereótipo, preconceito ou discriminação baseados na idade, neste caso especificamente face a pessoas idosas.” (Fonseca, 2006,p.27)

Fonseca (2006), reportando-se a Cavanaugh (1997), refere que uma das consequências mais graves associadas ao Idadismo, prende-se com o surgimento de emoções e sentimentos negativos dos jovens face aos idosos, podendo estes últimos interiorizar a imagem “socialmente aceitável” de incapaz e inútil. O idoso aceita e reproduz aquilo que foi socialmente inculcado, agravando a autoimagem face a si próprio e face aos outros. Fatores como reforma, casamento ou viuvez, condições de saúde, sexualidade, família, situação económico-financeira e estatuto socioeconómico são exemplos que agravam a imagem social do idoso.

Fonseca (2006), referindo-se a McHugh (2003), afirma que “[...]o Idadismo mais tradicional coexiste com uma visão do envelhecimento bem-sucedido assente precisamente em fórmulas de “anti-envelhecimento”.” (Fonseca, 2006,p.31), perspetivando que é necessário:

“[...]envelhecer criativamente, não apenas desmitificando os diversos mitos [...] mas promovendo [...] capacidades e criando uma cultura de respeito pela ancianidade, ao mesmo tempo que [os idosos] cuidam mais da sua saúde física e psíquica.” (Oliveira, 2010,p.28-29).

Neste âmbito “[...]olhar para o envelhecimento como algo capaz de ser otimizado através de intervenções deliberadas e sistemáticas permite contrariar a tendência geral [...] da desvalorização das pessoas idosas[...].” Fonseca (2006,p.27)

Torna-se pertinente a criação de programas promotores de autonomia e independência no decorrer do processo de envelhecimento, enfatizando o envelhecimento ativo, o desenvolvimento pessoal através da aprendizagem ao longo da vida e a nível institucional e político conceptualizar, implementar e executar políticas sociais geradoras de inclusão social.

¹ O Instituto do Envelhecimento (2011) refere que Portugal é o 4º país da Europa onde se verifica discriminação grave contra idosos

2.2.2. OS ASPETOS PSICOLÓGICOS DA VELHICE

Como já foi referido anteriormente, a velhice constitui uma etapa de vida inerente ao processo de Envelhecimento, por sua vez considerado um processo de adaptação-transição ao longo da vida do sujeito assente no desenvolvimento individual.

O “[...]processo de envelhecimento é acompanhado por mudanças físicas [...] cognitivas e de comportamento, que ocorrem em determinadas esferas e em [...] certa sequência temporal[...]” (Fleck, 2008,p.219), podendo dizer-se que os indivíduos não mantêm um comportamento estático e inalterado ao longo do tempo. Pelo contrário, a alteração comportamental emerge da necessidade de fazer face ao processo contínuo de mudança e adaptação/transição aos desafios da vida.

A trajetória de vida humana consiste num processo de desenvolvimento contínuo e dinâmico de adaptação do indivíduo ao meio envolvente, que implica uma tomada de decisão permanente através do comportamento. Desenvolvimento e Envelhecimento constituem-se assim como processos correlatos, paralelos entre si e adaptativos do indivíduo.

Fonseca (2006,p.8) refere que “[...]no processo de envelhecimento cruzam-se forças originárias quer do indivíduo, quer dos contextos em que a pessoa se encontra inserida, quer da interação entre ambos[...]”. Na esfera psicológica, o envelhecimento é entendido como parte integrante do processo de desenvolvimento que pressupõe que o indivíduo seja exposto a múltiplas situações de perdas/ganhos, de mudanças positivas e negativas, que capacitam o sujeito com as ferramentas adequadas para continuar o seu percurso, traduzindo-se o seu comportamento na interação da dimensão funcional com o contexto social e ambiental envolvente.

Esta interação é exequível pois “[...]a aprendizagem é o processo que possibilita [...] o desenvolvimento pessoal, a aquisição de informação e dos conhecimentos [...] para realizar tarefas de vida e adaptarmo-nos com eficácia[...]” (Ballesteros, 2004,p.169). Desta forma, a aprendizagem é o veículo que possibilita a adaptação do comportamento individual, o progresso social e cultural decorrente em qualquer idade, embora a ritmos distintos.

Pretende-se que o indivíduo detentor da capacidade individual para controlar a sua vida tome decisões e aja de acordo com as mesmas, mantendo a ligação com o

exterior e garantindo o normal funcionamento psicológico, que suporte a sua identidade e por conseguinte, um envelhecimento bem-sucedido.

Sabendo que o indivíduo e mais especificamente o idoso se insere num determinado contexto cultural e ambiental, a cultura surge como sinónimo de valor, convenções e convicções que “emolduram” a pessoa e o seu próprio processo de desenvolvimento, contribuindo para uma boa adaptação ao envelhecimento.

Os sujeitos apresentam diferenças multivariadas (regionais, éticas e sociais) mas “[...]envelhecem igualmente [e] as suas vivências e estratégias de adaptação são diferentes, como são os recursos.” (Paúl, 2011,p.5). A cultura apresentar-se assim como uma componente de compensação perante o declínio associado ao envelhecimento e entendida como “[...]o conjunto abrangente dos recursos pessoais e sociais disponíveis num dado momento histórico-espacial [...] de uma comunidade.” (Paúl, 2011,p.6).

Sabendo que a adaptação decorre naturalmente da transição, esta assume-se como processo pois a constante mudança de eventos implica a procura de respostas que sistematizadas geram um padrão, um processo. Atendendo à heterogeneidade do Envelhecimento, existem autores que defendem que o processo de adaptação-transição desenvolvido pelo idoso por forma a ultrapassar situações stressantes obedece ao processo de Seleção, Otimização e Compensação de envelhecimento.

Autores como Baltes (1987) sugerem o modelo psicológico de envelhecimento baseado no processo de Seleção, Otimização e Compensação a ser aplicado na segunda metade da vida humana, que consiste numa estratégia adaptativa e facilitadora do envelhecimento. Pretende conhecer os mecanismos adaptativos individuais (internos ou externos) utilizados perante as transformações biológicas, psicológicas e sociais (entendidas como oportunidades ou obstáculos ao desenvolvimento) e de que forma otimizam ganhos e minimizam perdas ao longo do tempo. Neste contexto, os idosos utilizam predominantemente o mecanismo de compensação, pelo recurso à cultura e ao “seu acervo pessoal e social” de recursos. A título de exemplo, a utilização de óculos (mecanismo adaptativo) pelo idoso procura compensar a perda de visão (transformação biológica).

À luz desta teoria, o indivíduo pode sempre atrasar o percurso individual descendente e otimizar os percursos positivos, ou como refere Paúl (2011,p.7) “[...]partimos da

nossa localização específica no curso da vida, alargamos os recursos, mudamos comportamentos e reformulamos opções. Há sempre possibilidade de estar melhor [...] de ser mais activo [...]”. Compete ao indivíduo adotar o mais cedo possível, comportamentos e atitudes que possibilitem envelhecer com qualidade face à inevitabilidade do Envelhecimento.

Outro aspeto psicológico a considerar no envelhecimento prende-se com as estratégias de coping que o idoso aplica perante um evento de stress, de ganhos/perdas, que pode advir de acontecimentos de vida (reforma, morte de cônjuge) ou de situações crónicas stressantes (institucionalização, cuidados específicos e exigentes a um familiar). As estratégias de coping são vistas como:

“[...]a forma como o indivíduo lida com uma situação [...] são esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo desenvolve para responder às exigências de uma situação que se considera que exige recursos superiores àqueles de que dispõe.”
(Paúl, 2012,p.164)

No decorrer do processo de adaptação-transição o idoso aplica algumas estratégias de coping, sendo de sublinhar as estratégias de (i) coping centradas no problema e (ii) na emoção. Estes mecanismos de adaptação são utilizados pelo idoso para “[...]reorientar, reduzir, ou tolerar as exigências geradas por determinada situação.” (Paúl, 2012,p.164).

Paúl (2012), fazendo alusão a Lazarus e Folkman (1984), refere que as estratégias de coping centradas no problema implicam um envolvimento direto do indivíduo na resolução do evento causador de stress, tendo “[...]como objetivo eliminar, lidar ou melhorar uma situação stressante, isto é, implicam uma ação direta para alterar a situação.” (Paúl, 2012,p.164); por sua vez as estratégias de coping centradas na emoção “[...]de carácter paliativo, [pretendem] regular a resposta emocional perante uma situação stressante, aliviando o seu impacto físico.” (Paúl, 2012,p.164). Autores afirmam que os idosos têm tendência a utilizar mais frequentemente as estratégias de coping centradas na emoção, por julgarem que, face a uma determinada situação, não há nada a fazer, controlando assim a emoção e atenuando os efeitos desta a nível físico.

Sabendo que o desenvolvimento individual transporta consigo múltiplos processos de adaptação-transição, um dos acontecimentos mais marcantes é a Reforma² que “[...]”

² A reforma constitui um direito adquirido recentemente, resultante da luta dos movimentos operários no Séc. XIX

já assumiu o carácter de ritual de passagem ao estatuto de idoso, representa a transição [de indivíduos] activos à dos [indivíduos] reformados, inactivos e improdutivos[...]" (Sousa, 2004,p.31), sendo um reflexo das sociedades modernas fortemente marcadas por concepções económicas, orientadas pelo e para o trabalho.

Apresentando uma conotação negativa de inatividade, a reforma é facilmente associada ao Envelhecimento, ao declínio resultante do envelhecimento e à perda de estatuto social, sobretudo o estatuto social que o trabalho imprime no indivíduo. Contudo, entende-se que a cessação da vida profissional não é o fim da vida em si.

A “passagem à reforma”, entendida no senso comum como a “porta de entrada para a velhice”, pode suscitar o aparecimento de alterações psicológicas e sociais no indivíduo. Frequentemente associada a sentimentos negativos (solidão, debilidade física, pobreza e cessação da capacidade produtiva), a reforma pode, no entanto, ser encarada como um instrumento que atribui um novo sentido à vida, dependendo da forma como o indivíduo está preparado para se adaptar a essa nova fase.

Numa perspetiva mais positiva, a reforma pode ser entendida como um reiniciar de vida, que encoraja a procura de novos objetivos e projetos de vida, que confirmam sentido à existência pessoal e ainda como um meio que faculte a mudança de papel ou ocupação, privilegiando as relações próximas e a realização de atividades que proporcionem bem-estar e que nesta fase da vida poderão ser retomadas e executadas.

Fonseca (2006), reportando-se a Moen e Wethington (1999), defende que a reforma (sobretudo o pós-reforma) deve ser reforçada positivamente pela sua atividade e vitalidade. Não deve ser atribuída conotação negativa, pois a uma maior longevidade do indivíduo é associada uma noção de atividade e vitalidade. Fonseca (2006,p.37) refere que é necessário que os indivíduos se “[...] [envolvam] em cada vez mais actividades comunitárias e de lazer [...] quem faça planos profissionais para executar precisamente depois de “passar à reforma.”.

Uma reforma bem adaptada ou bem-sucedida implica uma preparação prévia por parte do indivíduo que antecedeu este momento e que posteriormente poderá ser colocada em prática. Para uma reforma bem-sucedida, há que considerar o grau de investimento profissional, que define a relevância que o trabalho tem (ou teve) para o

indivíduo e o género, pois a forma como a reforma é entendida difere do homem para a mulher, demonstrando o seu carácter heterogéneo.

A fase da reforma deve ser considerada como uma fase em que se acrescenta algo de novo à vida já vivida, assumindo um novo papel, uma nova função que torne a reforma mais gratificante e não apenas uma fase de frustração pessoal derivada do corte profissional.

Em suma, para alcançar uma reforma bem-sucedida e adaptada, poderá ser necessário (i) investir em novas atividades, (ii) prolongar e enriquecer as atividades, anteriormente, desenvolvidas, (iii) manter e aprofundar o sentido de utilidade para si próprio e para as pessoas com quem se relaciona, (iv) combater o risco de isolamento e (v) promover uma atitude positiva perante a vida.

É evidente que a temática da reforma não se esgota nestas linhas, mas pretendeu-se neste ponto, contribuir brevemente para uma nova perspetiva sobre a reforma, demonstrar que esta pode ser um período positivo, ancorado ao desenvolvimento e crescimento pessoal, de aprofundamento das redes sociais, do relacionamento familiar, mas sobretudo de encarar esta nova fase como uma fase de dinamização pessoal.

2.3. O ENVELHECIMENTO ATIVO

2.3.1. O CONCEITO

Num contexto de transformações estruturais, a alteração de maior impacto prendeu-se com o envelhecimento demográfico que impulsionou a mudança de paradigma sobre o envelhecimento. Gerou-se uma reconceptualização do fenómeno assente na erradicação de estereótipos atribuídos à velhice em geral e ao idoso em particular.

O envelhecimento demográfico introduziu uma reflexão sobre as dimensões atuais da sociedade (sobretudo as europeias) no que respeita ao envelhecimento. Esta reflexão privilegia a vertente da cidadania, das relações intergeracionais, o papel do Estado, as representações sociais sobre a idade, a interação entre idade/trabalho e ainda as políticas públicas direcionadas ao envelhecimento. Não se destina unicamente a uma reflexão ou reorganização do Sistema de Segurança Social e/ou regime de pensões.

A alteração de mentalidades conduziu à mudança do paradigma de Envelhecimento atual (reduzidor da condição humana) para um paradigma de Envelhecimento que perspetiva e fomenta “[...]ganhos de anos de vida com saúde e com independência, de funcionalidade, de participação, de intergeracionalidade [...]”(Paúl, 2011,p.XIII). Essa alteração de paradigma denomina-se de Envelhecimento Ativo.

O desiderato de promover o Envelhecimento Ativo com qualidade de vida foi o mote encontrado por várias Instituições, Organismos e Governos para a criação de um conjunto disperso de medidas e programas de ação. Neste contexto, predominam duas visões que se complementam entre si. A primeira visão, de carácter mais económico e produtivo, proposta pela OCDE e UE³, foca a participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, no prolongamento da vida laboral, da sua condição de saúde e de trabalho referindo-se ao envelhecimento como “[...]a capacidade de as pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia [...] repartem o tempo de vida entre as atividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e cuidados aos outros.” (OCDE, 1998,p.92).

Uma segunda perspetiva de cariz mais salutogénico defendida pela OMS centra-se na participação social, saúde e bem-estar dos idosos. O conceito de Envelhecimento Ativo surgiu na II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento (Madrid,2002), organizada pela ONU, com o intuito de elaborar uma Revisão do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento aprovado na I Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento (Viena,1982) e de examinar as urgências das pessoas idosas e o desmedido crescimento deste segmento da população e as suas consequências. O conceito de Envelhecimento Ativo precede assim o conceito de Envelhecimento Produtivo, tornando-se mais abrangente.

Assumindo carácter multidimensional, o conceito transpõe as fronteiras da Saúde, estendendo-se e alcançando os domínios socioeconómicos, psicológicos, ambientais, familiares e comunitários. Assenta sobretudo na promoção de QV mas não negligencia a saúde traduzida na manutenção da autoestima física e estilos de vida saudáveis, a

³ Decisão nº 940 de 2011 Parlamento e Conselho Europeu, de 14 de Setembro de 2011 - Artigo 2 – “ Promover o envelhecimento activo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza (...) e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação activa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade. Tal implica (...) adaptar as condições de trabalho, lutar contra os estereótipos negativos relacionados com a idade e contra a discriminação em razão da idade, melhorar a saúde e a segurança no trabalho, adaptar os regimes de aprendizagem ao longo da vida às necessidades de uma mão-de-obra que envelhece e garantir que os sistemas de protecção social sejam adequados e proporcionem os incentivos correctos”

vertente psicológica e social. Manuel Villaverde Cabral (2012) referiu a este respeito que “O envelhecimento ativo pode ser problema quando não é acompanhado de qualidade de vida. O envelhecimento ativo responde à questão da qualidade de vida.”.

Outra questão pertinente a ponderar no envelhecimento ativo consiste na transição da atividade para a inatividade, ou seja “[...]o envelhecimento ativo convida a reformular a articulação entre a actividade e a reforma, entre o trabalho e a saúde [...] convida a que se caminhe para uma sociedade sem discriminações sobre a idade.” (Cabral, 2013,p.17). Atendendo ao peso que o envelhecimento demográfico incute no desequilíbrio entre ativos e inativos, é inquestionável o prolongamento da vida ativa, desde que este processo seja acompanhado de “[...]condições que permitam às pessoas idosas sentirem-se motivadas para prolongar a vida activa, [...] tenham condições de saúde para o fazer e que as condições de trabalho o possibilitem.” (Cabral, 2013,p.19). Atualmente a ênfase tem sido colocada no crescimento da taxa de emprego e no prolongamento da vida ativa, de forma a manter a sustentabilidade do sistema de Segurança Social, subvalorizando as medidas de envelhecimento ativo, que promovem o próprio indivíduo em envelhecimento, ou seja,

“[...]o prolongamento da vida ativa alicerçado num trabalho apropriado e digno e numa participação na família com qualidade [através do] incremento da formação profissional, a reorganização do tempo de trabalho e a melhoria das condições de trabalho, o reconhecimento formal do leque de mecanismos de apoio que os idosos concretizam junto das gerações mais novas.” (Lopes, 2012,p.224).

A nível concecional, o envelhecimento ativo define-se como “[...]o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.” (Paúl, 2011,p.2). O envelhecimento ativo torna-se agente de mudança da conceção até então em vigor, evoluindo de uma abordagem centrada nas necessidades dos idosos, para uma perspetiva focada nos direitos e na participação ativa das pessoas idosas na esfera familiar, social, cultural, política e ambiental.

Neste novo paradigma, os idosos detêm uma postura mais ativa no seu processo de envelhecimento, são agentes promotores da própria saúde, rejeitam o papel de passividade e de meros recetores de medidas de ação social inculcidas pela sociedade e são ainda agentes dinamizadores no desenvolvimento de respostas adequadas e ajustadas à sua realidade e às suas necessidades. Pretende-se tornar os idosos atores socialmente integrados e de cidadania plena.

Para Paúl (2011,p.2) o envelhecimento ativo deve ser “[...]considerado numa perspectiva de vida [...] em que envelhecer corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados [...] heterogêneos e idiossincráticos[...]”, ou seja, o envelhecimento ativo é também o resultado obtido do equilíbrio entre ganhos e perdas, que decorrem da adaptação individual ao processo de desenvolvimento durante curso de vida e que se materializa no processo de envelhecimento.

Observando cuidadosamente o constructo de envelhecimento ativo, verifica-se que o próprio termo “ativo” imprime dinâmica e significado ao conceito a que se associa remetendo:

“[...]para uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho [...] enfatiza a importância de as pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida” (Paúl, 2011,p. 2)

Infere-se, assim, que o envelhecimento ativo é dinamizador das capacidades individuais do idoso, motivando a saúde cognitiva, a interação com terceiros, hábitos de vida saudável e afetividades. O envelhecimento ativo é o estímulo às múltiplas vertentes que fazem parte integrante da vida do idoso e não apenas à parte física.

O conceito de envelhecimento ativo proposto pela OMS assenta numa multiplicidade de fatores, podendo ser de natureza pessoal (fatores genéticos, biológicos e psicológicos), de ordem comportamental (estilos de vida saudável), de cariz económico (rendimentos e proteção social), relacionados com o meio físico (acessibilidade, saneamento, higiene e segurança alimentar), de natureza social (apoio social) e ainda fatores relativos ao serviço social e à saúde (promoção de saúde e prevenção de doenças). Desta forma, constata-se que a projeção de medidas e estratégias relativas ao envelhecimento ativo devem ser tomadas tendo com base uma abordagem coletiva e holística do fenómeno e individualmente, no que respeita ao idoso, dotá-lo e consciencializá-lo do poder e controlo sobre a sua vida, sendo prioritária a aceitação de si mesmo e a sua autonomia.

Atendendo ao que já referido sobre envelhecimento ativo, é assim possível identificar os quatro pressupostos-chave que contornam o constructo, nomeadamente: (i) a autonomia (controlo individual sobre a sua vida e poder de decisão); (ii) a

independência (a nível das AVD e das AIVD); (iii) expectativa de vida saudável (o tempo que se pode viver sem cuidados especiais) e (iv) qualidade de vida (íntegra a saúde física, bem-estar psicológico, satisfação de vida, estado psicológico, nível de dependência, rede social, crenças pessoais e meio ambiente e cultural em que se insere). O novo paradigma de envelhecimento ativo reconhece “[...]a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade [...] e auto-realização[...]” (Paúl, 2011,p.3), incutindo no idoso a responsabilidade de ser mais ativo no exercício da sua cidadania e da participação na vida social.

Sendo o envelhecimento ativo um conceito relevante para OMS e para a UE e, por conseguinte, de grande valorização na implementação e execução de medidas políticas e sociais, torna-se pertinente referir que, na base desta decisão, se encontram três pilares que fundamentam o conceito, nomeadamente, (i) a saúde, como aspeto central do conceito, (ii) a segurança, que se prende a pressupostos macro sobre questões de planeamento habitacional e o clima social e (iii) a participação social, marcada pela relação existente entre as várias instituições.

O conceito, pela complexidade e heterogeneidade identificadas, deve ser conceptualizado e operacionalizado atendendo às diferentes características contextuais políticas, sociais, económicas e culturais de cada país e indivíduo. Compete a cada indivíduo, enquanto sujeito singular, adaptar o conceito às suas próprias características, isto porque “[...]envelhecer enquanto homem ou mulher determina formas diferentes de viver a saúde, os estados de doença, a (in)dependência, a autonomia ou a participação social e [...] devem ser tidas em conta[...]”(Paúl, 2011,p.5). Logo, o envelhecimento ativo deve ser compreendido numa perspetiva de género e cultura (traduzida nos valores, convenções e convicções que cada indivíduo possui), aspetos considerados como transversais à compreensão do conceito.

O envelhecimento ativo apresenta-se desta forma como um conceito complexo, multidimensional, heterogéneo, transversal e dinâmico que, adaptado às características individuais de cada sujeito, poderá ser o instrumento facilitador de um envelhecimento considerado saudável e bem-sucedido.

2.3.2. O ENVELHECIMENTO ATIVO EM PORTUGAL

Atendendo ao carácter global do envelhecimento e à sua expressão na Europa (considerada entre as sociedades modernas como a mais envelhecida), o Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia designaram o ano de 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo”, visando incentivar e apoiar o empenho dos Estados-membros, das autoridades regionais e locais, dos parceiros sociais e da sociedade civil, na promoção do envelhecimento ativo, no sentido de facilitar a criação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, baseada numa sociedade para todas as idades. Este objetivo ficou estabelecido na Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro de 2011, onde são identificados os principais objetivos propostos e defendidos pela União Europeia.

Portugal, caminhando lado a lado com a União Europeia no que concerne à questão do envelhecimento ativo, comprometeu-se com o desenvolvimento de uma série de iniciativas que estimulam o debate, o intercâmbio de boas práticas e a sensibilização da opinião pública para a mudança cultural sobre o envelhecimento.

Neste âmbito, Portugal (Janeiro, 2012) desenvolveu o Programa Nacional de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (PNA-AEEASG), que estabelece as medidas políticas e sociais a aplicar ajustadas à realidade nacional e que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas, assim como para o bem-estar, a inclusão social e o reconhecimento da importância dos seniores nas comunidades.

Este Programa assenta em cinco eixos operativos, designadamente: (i) emprego, trabalho e aprendizagem, (ii) saúde⁴, bem-estar e condições de vida, (iii) solidariedade e diálogo intergeracional, (iv) voluntariado e participação cívica e, por último, (v) conhecimento e sensibilização social.

No âmbito do PNA, “[...]a estrutura da organização portuguesa do Ano Europeu traduz a preocupação em fazer envolver todos os agentes relevantes que [...], são chamados a gerar as mudanças necessárias para enfrentar os desafios do envelhecimento.” (PNA, 2012,p.9). A temática do envelhecimento ativo é transversal a toda a sociedade e implica o envolvimento e intervenção de múltiplos atores, tanto da esfera pública

⁴ O Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas 2004/2010 reflete o impacto do envelhecimento na saúde e bem-estar

(Ministérios e Instituições) como da vertente privada, não olvidando a sociedade civil em geral.

3. QUALIDADE DE VIDA

3.1. PERSPETIVA HISTÓRICA DA QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida (QV), enquanto constructo social e culturalmente elaborado, tem acompanhado a evolução do ser humano ao longo dos tempos. Desta forma, progredindo em termos espaço-temporais, verifica-se que o conceito não é estático. A sua evolução permitiu identificar dois períodos distintos, mas significativos, relativamente ao desenvolvimento do conceito de QV.

Desta forma, identifica-se um primeiro período, abrangendo os finais do Séc.XVIII até à década de 1960. Considera-se que este período foi o fomentador dos estudos sobre a QV, aquando do entrosamento na Medicina. Os avanços e progressos científicos da época, que se refletiram sobretudo na melhoria das condições higiénico-sanitárias, possibilitaram o aumento da esperança média de vida das populações, tornando-se “[...]imperativo, que os mesmos traduzissem uma efetiva qualidade de vida.” (Mesquita, 2007,p.90).

Dos finais do Séc. XVIII até inícios do Séc. XX, a utilização do termo QV disseminou-se e banalizou-se na sociedade, conduzindo a uma profusão de interpretações provenientes dos conhecimentos da população “[...]que por força das suas idiosincrasias, a [consideraram] de formas distintas.” (Mesquita, 2007,p.90).

Mesquita (2007,p.90) refere ainda que “[...]até ao Séc. XX [a QV foi considerada] como sendo o resultado da capacidade humana para fazer uso das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas [...] visando o desenvolvimento equilibrado da sociedade e o escrupuloso respeito pelo universal direito à vida.”.

Estudada sobretudo por disciplinas como a Economia, Política e Medicina, só a partir do Séc. XX, mais concretamente a partir da década de 1960, a QV se torna objeto de estudo para as disciplinas sociais, manifestando um interesse crescente na análise e avaliação de QV.

Entra-se no segundo período de desenvolvimento do conceito QV, o período que compreende a década de 1960 até à atualidade. A emergente expansão de estudos sobre QV nesta época em particular atribui-se “[...]por força do impulso dado pelas economias pós-guerra, com especial visibilidade nos países mais desenvolvidos[...].” (Mesquita, 2007,p.90) evidenciando uma preocupação crescente com o

desenvolvimento da QV e o bem-estar das populações, para além dos domínios económicos em progressiva expansão.

Tratando-se de um conceito sem fronteiras conceptuais delimitadas, claras e objetivas, a sua utilização relaciona-se ou aproxima-se de conceitos afins, de carácter (i) biológico ou funcional, que alberga o *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; de (ii) cariz social e psicológico, que remete para o bem-estar, satisfação e felicidade e (iii) económico, traduzido na teoria da preferência.

Até 1960, o conceito de QV foi fortemente marcado pela Saúde, sendo comumente equiparado à “promoção de saúde”. Neste contexto, em 1946, a OMS definiu Saúde como “[...]um *status* de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” (Fleck, 2008,p.21), constatando-se uma correlação entre QV e *status* de saúde, sendo este último entendido como “[...]o nível de saúde de um indivíduo, grupo ou população avaliado de forma subjetiva [...] ou através de medidas mais objetivas.” (Fleck, 2008,p.21). Segundo Fleck (2008), para investigadores como Gill e Feinstein (1994) a QV difere de *status* de saúde, na medida em que “[...]é um reflexo da maneira como o paciente percebe e reage ao seu *status* de saúde e com outros aspetos não médicos de sua vida[...]” (Gill e Feinstein, 1994 apud Fleck, 2008,p.21).

A partir da década de 1970, o constructo QV assume-se como parte integrante do domínio da Saúde, adotando uma conotação próxima desta área e da definição de Saúde da OMS, ou seja, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS). Este conceito tem sido utilizado como “guarda-chuva” para albergar uma série de ferramentas desenvolvidas com base nos pressupostos funcionalistas.

A aproximação entre QV e QVRS e, mais especificamente, entre a promoção de saúde e a promoção de QV/QDRS, gerou uma equivalência e sobreposição de constructos, que conduziram à utilização banal das expressões nos contextos de Saúde, afirmando Fleck (2008,p.33) que “[...]os termos de qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida não deveriam ser usados como sinónimos.”

Apesar da área da Saúde constituir questão indissociável do estudo e avaliação da QV, outros indicadores devem ser tidos em conta. Até finais da primeira metade do Séc. XX, a QV da população era avaliada com base nos indicadores económicos. Essa situação alterou-se a partir da segunda metade do Séc. XX, em que a sociedade

rejeita os indicadores económicos (PIB, renda per capita e IMI) como indicadores de bem-estar dos indivíduos, considerando-os insuficientes. O processo de democratização das sociedades, a consciencialização dos direitos individuais e a participação ativa do sujeito no seu projeto de vida “[...]levou à necessidade de encontrar outros indicadores que expressassem melhor esta nova perspetiva e [...] os tornassem susceptíveis de avaliação.” (Mesquita, 2007,p.91), medidas mais complexas de natureza sociocultural (Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)) conforme elaboradas pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento.

De acordo com Mesquita, o Relatório da Comissão on National Goals (1960) foi o agente impulsionador dos estudos da QV, manifestando uma preocupação com o “[...]desenvolvimento da QV e bem-estar da sociedade e que se refletia na variedade de indicadores sociais e ambientais (educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar.” (Mesquita, 2007,p.91).

Tendo como ponto de partida a multiplicidade de indicadores que avaliam a QV, a segunda metade do Séc.XX registou um crescimento exponencial de estudos sobre esta matéria. Mesquita (2007) destaca três grandes investigações realizadas entre 1970 e 1980, nomeadamente os trabalhos de Liu (1975), Campbel, Converse e Rodgers (1976) e Flanagan (1982).

Para Liu (1975), a QV era constituída por duas grandes componentes, que incluíam nove indicadores mensuráveis. Tratava-se da componente subjetiva (psicológica) e a componente objetiva (social, económico, político e ambiental). Nas palavras de Mesquita, “[...]a componente subjetiva tinha por natureza um carácter mais qualitativo, dependendo [...] do indivíduo, enquanto os componentes objetivos eram de carácter mais quantitativos [...] [e] aparentemente de fácil avaliação.” (Mesquita, 2007,p.92). Liu deu particular ênfase às componentes objetivas, visto as componentes subjetivas serem de difícil avaliação.

Os trabalhos de Campbel, Converse e Rodgers (1976) deram um grande contributo na definição de padrões de estudos da QV, assim como na mensuração dos elementos subjetivos. Estudos de Campbel (1976) permitiram concluir que não existe uma relação linear entre condições objetivas e subjetivas sobre QV. Para Mesquita, esta investigação “[...]assentava no princípio de que a avaliação que o indivíduo faz das suas características [...] depende da sua perceção desse atributo, por comparação com os seus padrões pessoais.” (Mesquita, 2007,p.92).

Já o estudo de Flanagan (1982) permitiu definir “[...]domínios para avaliar a [QV] com recurso a uma técnica conhecida como “técnica dos incidentes críticos”.” (Mesquita, 2007,p.92).

Ao longo destes períodos, o desenvolvimento da QV enquanto “conceito” fica marcado por seis vertentes, nomeadamente: (i) Estudos de base epistemológica sobre felicidade e bem-estar sugeriram a necessidade de conhecer a sociedade a nível de saúde mental, pontos fracos/fortes, identificar problemas e lidar com os mesmos; (ii) Busca de indicadores sociais, ou seja, a rejeição de indicadores económicos (PIB, renda per capita e IMI) como indicadores de bem-estar dos indivíduos, considerados insuficientes; (iii) Insuficiência das medidas objetivas de desfecho em Saúde, traduzidas pelos típicos meios de diagnóstico, centrados mais na doença do que no doente, considerados insuficientes para compreender o estado de saúde objetivo do indivíduo, incluindo a QV e o BEP; (iv) Psicologia Positiva, que coloca em evidência os aspetos positivos da vida humana, reforçando o estudo e a análise das características adaptativas do indivíduo (criatividade, sabedoria, ...); (v) Satisfação do cliente, onde a crescente preocupação económica com a satisfação dos seus clientes permitiu desenvolver um planeamento estratégico, no qual a QV é prioridade; (vi) Movimento de humanização da Medicina, que, face ao crescimento das tecnologias na Saúde, tornou necessário “reumanizar” o atendimento e tentar recuperar a relação médico-paciente.

Dada a existência de múltiplas vertentes, a conceção definitiva de QV é bastante delicada, resultando na ausência de consenso entre investigadores. Contudo, a QV assume-se como campo ilimitado e indefinido de potenciais investigações científicas, multidisciplinares e interdisciplinares.

3.2. O CONCEITO

Falar em Qualidade de Vida (QV) é falar em algo que se manifesta e valoriza a vida humana. Como tal, a QV constitui uma dimensão da vida humana assumida como objetivo que o indivíduo se propõe alcançar ao longo da sua trajetória de vida.

Atualmente, o termo QV utilizado pela sociedade pretende definir algo que é idealizado como “desejado” e até mesmo “devido”. Trata-se de um constructo recente e polissémico, que emerge na encruzilhada do contexto político, socioeconómico, ambiental e de saúde.

A multiplicidade de dimensões abrangidas pelo conceito de QV demonstra o seu carácter complexo, multidimensional, ambíguo, abrangente, mutável de época para época e de sujeito para sujeito, de onde advém a subjetividade inerente ao conceito. Esta subjetividade resulta da forma como cada indivíduo se vê e vê o mundo e da avaliação feita com base em múltiplos pressupostos comparativos (educação, profissão, escolaridade, necessidades individuais, saúde) que diferem entre os indivíduos e a diversidade de situações de vida. Neste âmbito “[...]a qualidade de vida não é um resultado linear, nem adquirido de uma vez por todas e para todos de modo genérico[...]” (Archer, 2001,p.222), podendo existir tantas definições de QV quanto existem indivíduos.

No entanto, sendo a QV um conceito fortemente marcado pela subjetividade, este é visto como um método frequentemente utilizado para medir as condições de vida do indivíduo, numa perspetiva de bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, de relacionamento social (família, amigos e vizinhos), de saúde, educação, poder de compra, habitação, saneamento básico, entre outros aspetos da vida quotidiana.

Nas palavras de Archer (2001,p.222), “[...]o que é a qualidade de vida também está por definir[...]”. Na sua terminologia, o conceito de QV apresenta contornos conceptuais dificilmente limitáveis e definíveis provenientes do seu carácter subjetivo e pragmático. Apesar da difícil conceptualização, Hunt (1997), McKenna e Whalley (1998) tentam abordar a QV partindo de dois modelos teóricos: o modelo da satisfação e o modelo funcionalista.

O modelo de satisfação encontra-se enraizado nas perspetivas sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar. Neste modelo, a QV encontra-se intrinsecamente associada à satisfação de vários níveis de vida (deixando transparecer a influência da teoria das necessidades de Maslow) considerados importantes pelo indivíduo, constituindo uma experiência de vida. Neste âmbito, o indivíduo que realiza aquilo que procura, experiencia a satisfação do sucesso; no sentido oposto, o indivíduo que reduz as suas realizações pessoais sente resignação. O sucesso ou a resignação são inerentes ao contexto histórico-cultural do indivíduo.

O modelo funcionalista defende que o indivíduo para ter uma boa QV “[...]precisa de estar “funcionando” bem, isto é, desempenhando de forma satisfatória o seu papel social e as funções que valoriza.” (Fleck, 2008:24). Logo, qualquer evento desviante desta premissa (exemplo um episódio de doença) pode interferir e alterar o papel

social. No entanto, autores como Albrecht e Devlieger (1999) levantaram algumas críticas e dúvidas relativas a este modelo, uma vez que um indivíduo que viva uma situação de incapacidade/deficiência pode apresentar uma boa QV ou, como refere Fleck (2008,p.25) “[...]para alguns indivíduos a deficiência parece ter servido para reorientar a vida.”. Nesta situação, indivíduos que apresentem incapacidades/deficiências físicas, resultantes de doença ou acidente, podem reforçar a componente cognitiva e emocional. O objetivo consiste em ultrapassar as barreiras impostas pela limitação física.

Sendo um constructo que tem contribuído para a expansão dos trabalhos científicos, não existe, no entanto, um consenso entre os vários investigadores sobre o conceito definitivo de QV. Dada à sua complexidade, torna-se impossível conceptualizar adequadamente, sendo por isso preferível considerar a QV como uma variável emergente, com características e indicadores próprios. A única questão consensual entre os demais investigadores prende-se em reconhecer a importância da avaliação da QV, de onde emergem os inúmeros instrumentos e ferramentas que operacionalizam a QV, produzindo um recrudescimento de informação, suscetível de influenciar determinadas áreas da sociedade. A QV não é, portanto, mensurável em termos quantitativos. Contudo, a articulação da metodologia quantitativa e qualitativa constitui-se como um elemento importante na mensuração de QV. Como não existe uma definição concreta e universal do constructo QV, não é possível correlacionar a informação obtida que está a ser medida com o que deveria estar sendo medido, à luz do definido no “conceito”.

Face a isto, a definição proposta pela OMS é aquela que melhor se enquadra no constructo de QV e que o WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life) definiu como “[...]a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.” (Fleck, 2008,p.25), abrangendo, desta forma, os vários domínios da vida humana (saúde, estado psicológico, relações sociais, meio cultural e ambiental).

Nesta definição de QV proposta pelo WHOQOL identificam-se os pressupostos que sustentam esta descrição. São eles: (i) a subjetividade, onde “[...]a perspectiva do indivíduo é o que está em questão.” (Fleck, 2008,p.25); (ii) a multidimensionalidade, em que a avaliação das dimensões de QV deverá ser efetuada por diversos

instrumentos que permitam uma análise global e holística do objeto; e (iii) a presença de dimensões positivas e negativas, na medida em que, para uma boa QV é necessário a presença de alguns elementos e a ausência de outros.

A busca de operacionalização de QV exige o desenvolvimento de instrumentos que realizem uma mensuração conceptual, metodológica e estatística, espelhando-se no aprimoramento de modelos teóricos que contemplem a complexidade do constructo, incluindo os aspetos sociais e transculturais.

Desta forma, existem razões para avaliar e medir a QV, na medida em que é fundamental compreender e conhecer o ponto de vista do indivíduo. Partindo desta premissa, os investigadores devem considerar a QV como um fator individual e, por outro lado, como uma temática geradora de instrumentos que permitam a sua própria mensuração refletindo as preocupações do indivíduo, dado que a QV está associada ao que o indivíduo percebe e sente e aos valores intrínsecos e intuitivos do sujeito, aos seus anseios básicos de viver e sentir-se bem.

Uma das questões levantadas pelo fator individual da QV prende-se com a individualização da avaliação enfatizando o sujeito. Neste âmbito, as avaliações de QV não podem ser idênticas entre indivíduos “[...]uma vez que cada avaliação mostra uma experiência individual que pode ser limitada pelo ambiente particular do indivíduo ou pelo momento específico.” (Fleck, 2008,p.30-31). O indivíduo apresenta-se como entidade individual e única com distintas características físicas, emocionais e espirituais.

A questão da individualização da avaliação de QV suscitou o aparecimento de algumas abordagens teóricas, sendo de destacar: (i) a abordagem idiográfica, que enfatiza o indivíduo; (ii) a abordagem nomotética, que centraliza a avaliação no grupo, no geral; (iii) a abordagem modular, focada na variação cultural e operacionalizada por ferramentas desenvolvidas pelo WHOQOL e na avaliação parcial de um grupo específico; e (iv) a abordagem baseada nas necessidades, em que “[...]os indivíduos são vistos como guiados ou motivados por suas necessidades.” (Fleck, 2008,p.31), simultaneamente trabalhada por autores como Hornquist (1982) e Patrick (1988).

Apesar de existirem quatro tipos de abordagens, todas evidenciam um aspeto comum na avaliação da QV, ou seja, a individualização.

Outra questão central remete para a forma de mensurar a QV, que também apresenta alguns obstáculos devido ao que tem sido referido até agora, ou seja, o problema conceptual de QV. No entanto, deve-se ter em consideração que, para compreender e mensurar QV, se deve integrar o constructo num contexto global e não analisá-lo individualmente, numa só dimensão. Conceptualizar e medir o conceito não é consensual, devido às várias formas de definir QV que pode ser entendida como: (i) oposto de quantidade de vida, (ii) sinónimo de experiência global vivida por um indivíduo, (iii) satisfação de um indivíduo com todos os aspetos da vida, (iv) importância atribuída pelo indivíduo a diferentes domínios da sua vida, (v) felicidade ou bem-estar e (vi) uma combinação de tudo o que foi descrito anteriormente.

Há, no entanto, que sublinhar que QV não é sinónimo de saúde ou de bem-estar. Esta proximidade de conceitos e significados deriva do que já foi referido anteriormente, ou seja, da trivialidade e desorganização com que os conceitos são utilizados. O bem-estar constitui-se como elemento importante na QV e a QV é mais abrangente do que a saúde, uma vez engloba aspetos do tecido ambiental que podem ou não ser influenciados pela saúde, adotando-se a designação de qualidade de vida não relacionada com saúde (QVNRS). Logo, a noção de QV é mais ampla que o estado de saúde.

Em suma, conceptualizar a QV consiste em tornar evidente a sua amplitude e os obstáculos patentes na delimitação de fronteiras, podendo no seu limite englobar todas as vertentes da vida humana em geral e do indivíduo em particular, isto é, integrando fatores ambientais, culturais, individuais, subjetivos, objetivos e psicológicos, explicando desta forma o vasto conjunto de instrumentos inerentes à sua mensuração.

3.3. A QUALIDADE DE VIDA E O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população encontra-se associado aos avanços tecnológicos e à elevação da QV neste segmento específico da sociedade, podendo-se mesmo dizer que as “[...]populações compostas por um grande número de pessoas idosas são eventos recentes. Ou seja, paradoxalmente, a velhice é jovem [e] é o período etário sobre o qual dispomos de menos conhecimentos.” (Fleck, 2008,p.219).

Com o aumento da expectativa de vida do indivíduo, o interesse da QV na velhice ganhou mais relevo, sobretudo, nos países mais industrializados. Paradoxalmente é

nos países mais desenvolvidos e de maior longevidade que a população idosa, na perspectiva da QV, é desvalorizada, prevalecendo ainda os pressupostos económicos em detrimento dos indicadores de valor humano e positivos da sociedade.

Segundo Fleck, para Lawton (1991), a QV na velhice é entendida como um processo de adaptação multidimensional entre as premissas socio-normativas e pessoais. A questão da multidimensionalidade reúne consenso entre os investigadores, contudo, dada a heterogeneidade específica dos idosos, não existe consenso quanto aos critérios e dimensões da QV na velhice.

Sobressai o pressuposto de que a QV na velhice depende de dimensões inter-relacionadas. Sendo a QV um produto interativo que se desenha à medida que os indivíduos e as sociedades evoluem “[...]a política relativa aos idosos deve basear-se num conhecimento aprofundado das suas realidades e da respetiva condição psicológica, social e económica [...] não basta saber quantos são[...]” (Paúl, 2005,p. 76). Torna-se relevante compreender a realidade do idoso, para melhor compreender os seus contextos e subjetividades.

Não obstante, é possível indicar como critérios de análise da QV na velhice: (i) as perdas biológicas (exemplo: capacidades sensoriais), (ii) alteração de padrões metabólicos (exemplo: sono), (iii) perdas progressivas na memória e comunicação, (iv) proximidade da morte, (v) insegurança em relação a doenças, (vi) risco de dependência, (vii) níveis de renda e escolaridade, (viii) boas condições de vida e de saúde e (ix) rede satisfatória de amigos.

Poder-se-á então dizer que a QV na velhice, mais especificamente no idoso, depende da saúde e das capacidades funcionais (AVD e AIVD), da existência de redes sociais e familiares, da dependência (autonomia), do sentimento de utilidade e pertença social do idoso, quer enquanto indivíduo detentor de sabedoria e experiência, quer enquanto indivíduo produtor de contributo económico e social e finalmente, pela ausência de condições económicas deficientes.

Num estudo realizado em 2003 por Bowling, Banister e Sutton, estes concluíram que os idosos, em termos de QV na velhice, valorizavam: (i) as boas relações com a família e amigos, (ii) o desempenho de papéis sociais, tais como o voluntariado, (iii) ter boa saúde e funcionalidade, (iv) viver numa casa boa e ter boa vizinhança e (v) ter

uma visão positiva da vida, manter o controle e independência. Para Fleck (2008,p.221)

“[...]envelhecer satisfatoriamente depende, assim, do delicado equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades/potencialidades do indivíduo. Tal relação irá possibilitar ao idoso lidar, com diferentes graus de sucesso, com as perdas características do envelhecimento [...]”.

Para avaliar a QV no idoso existem escalas que são indispensáveis. Entre muitos exemplos de escalas, destaca-se a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, o Geriatric Quality of Life Questionnaire e o WHOQOL-OLD, elaborado por Fleck e colaboradores, com a coordenação da OMS.

Em suma e citando Neri (2001,p.88):

“ A qualidade de vida na velhice envolve uma avaliação multidimensional, por critérios intrapessoais e normativo-sociais das relações sociais. [...] Ligada a essa concepção está a de envelhecimento bem-sucedido, considerado um dos ideais humanos, ao lado de valores básicos como felicidade, esperança e sentido de vida[...]”.

4. BEM-ESTAR

O bem-estar constitui-se como um domínio da Psicologia Positiva, entendida como a disciplina que estuda as emoções positivas, as forças e as virtudes humanas. Enquanto domínio deste ramo da Psicologia, o bem-estar abrange as experiências subjetivas do passado, do presente e/ou do futuro do indivíduo.

O bem-estar implica “[...]a necessidade das pessoas reconhecerem e viverem de acordo com o seu [...] verdadeiro self, isto é, de acordo com as suas mais elevadas capacidades e talentos, por forma a atingirem a perfeição e a realização pessoal.” (Novo, 2003,p.15), tornando-se num processo de construção de identidade e personalidade do sujeito.

No estudo e análise do bem-estar identificam-se dois modelos distintos em origem, percurso e orientações metodológicas/teóricas apresentando um elemento comum: o objeto de estudo, o indivíduo. Neste âmbito, destaca-se o modelo de bem-estar subjetivo (BES) e o modelo de bem-estar psicológico (BEP). Especificamente para este trabalho, será dada maior relevância ao segundo modelo de bem-estar.

4.1. O BEM – ESTAR SUBJETIVO

4.1.1. DEFINIÇÃO E FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO CONCEITO

O bem-estar subjetivo (BES) constitui um vasto campo de estudos, em que a problemática da “[...]terminologia tem sido [ultrapassada pela] convergência que se tem estabelecido em torno da multidimensionalidade.” (Felizardo, 2012,p.138), uma vez que não existe uma plataforma consensual a nível teórico e metodológico.

O conceito BES “[...]nasce num contexto empírico de procura de identificação das características [...] associadas à qualidade de vida, à satisfação e [à] felicidade [...] com o objetivo [de avaliar] o que as pessoas fazem da sua vida[...].” (Novo, 2003,p.22). Caracteriza-se por ser um constructo complexo e multideterminado, incluindo na sua composição aspetos cognitivos e afetivos, assim como um largo conjunto de diversos domínios, que, analisados coletivamente, permitem a sua total compreensão.

Nesta perspetiva, sobressaem três pressupostos que delineiam o BES, (i) a subjetividade, resultante da experiência individual; (ii) a presença de aspetos positivos, contrastando com a ausência de aspetos negativos e (iii) a avaliação global da

situação vivida, na qual o indivíduo não se limita a uma avaliação redutora e minimalista, centrada numa só vertente da sua vida. Por outras palavras, o BES pode ser descrito como uma resposta ou análise subjetiva do próprio indivíduo face à sua vida, autoavaliando a sua satisfação de vida e felicidade.

Neste contexto, facilmente se identificam as duas dimensões que constituem o BES. Por um lado, a satisfação de vida, entendida como componente cognitiva e representativa do balanço psicológico que cada indivíduo faz da sua vida em geral e, por outro lado, a felicidade, considerada como vertente emocional/afetiva, que reflete a avaliação individual face às expectativas emocionais positivas ou negativas. Embora sejam componentes que divergem entre si, dada a sua especificidade psicológica, estas correlacionam-se de forma a obter uma avaliação mais ampla e global do indivíduo.

Alguns investigadores defendem também uma noção de BES multifacetada baseada em respostas emocionais, na diversidade cultural, de essência individualista e na recusa dos parâmetros normativos, vigentes na sociedade.

Na década de 60, estudos extensivos permitiram compreender a satisfação com a vida e os estados subjetivos associados a esta, ou seja, a forma como o indivíduo interpreta subjetivamente os acontecimentos e de onde emergem os afetos positivos e negativos, assim como o conceito de felicidade. O estudo inicial, fortemente marcado pela identificação e influência de características sociodemográficas na qualidade e satisfação de vida, deu posteriormente lugar à pertinente compreensão de variáveis e processos psicológicos implicados no BES, incidindo os novos estudos sobre os objetivos de vida, influências sociais e culturais no bem-estar.

Atualmente surgiram novos temas de investigação que se prendem com os valores e objetivos pessoais e ainda com as dimensões da personalidade que intervêm nos acontecimentos externos da experiência subjetiva. Segundo Felizardo (2012), as variáveis de personalidade mais preditoras de intervenção nos eventos externos são “[...]a confiança, a estabilidade emocional, o desejo de controlo, a resistência ao stress, a afetividade positiva e a tensão.” (Felizardo, 2012,p.140). O estabelecimento de objetivos de vida, autoestima, existência de fatores de comparação social ou recursos podem influenciar o BES.

Identificam-se dificuldades associadas à ausência de uma concepção teórica orientadora e ainda a valorização da felicidade como critério central de definição de bem-estar, fundamentando que todas as escolhas do indivíduo visam a procura da felicidade.

Destaca-se, como principal investigador deste modelo, Ed Diener, que define o BES “[...]como avaliação cognitiva (satisfação com a vida) e afetiva (felicidade) que os indivíduos fazem da sua vida.” (Novo, 2003,p.24). Para Diener, valores como a saúde mental e o funcionamento positivo não se apresentam como parâmetros universais, constituindo-se a procura de satisfação com a vida e a felicidade os únicos pressupostos dotados de universalidade. De acordo com Diener, o BES “[...]reflete os valores das pessoas e o reconhecimento do que elas pensam ser importante [...] e que cada indivíduo tem o direito de decidir se a sua vida é ou não positiva.” (Ed Diener apud Novo, 2003,p.25). Ainda de acordo com o autor, “[...]as pessoas têm um abundante bem-estar subjetivo, quando sentem emoções positivas e poucas emoções negativas, quando estão envolvidas em atividades interessantes e vivenciam prazeres[...]”(Diener apud Novo, 2003,p.334) pelo que as “[...]pessoas reagem positivamente quando se aproximam das metas pretendidas e negativamente quando não se sentem capazes de atingi-las.” (Felizardo, 2012,p.140).

Estudos realizados vão ao encontro desta ótica, revelando que relações sociais positivas, laços de amizade, laços familiares e a realização de atividades são determinantes para o bem-estar subjetivo. Estes mesmos estudos revelam ainda que não existe correlação direta entre o aumento dos recursos económicos e o aumento do BES ou satisfação de vida.

De acordo com Novo, “[...]a dificuldade de construção teórica neste domínio, pelo menor poder cumulativo da informação proveniente de investigação conduzida com recurso a metodologias, critérios e, até, objetivos de investigação tão diversos[...]” (2003,p.32), determina que a operacionalização de BES seja realizada através de uma diversidade de metodologias e instrumentos de recolha de dados, sobretudo, por meio de autorrelatos, mas que, segundo Novo (2003,p.32), “[...]os diferentes instrumentos têm, certamente, valor empírico desde que utilizados com critério e segundo objetivos específicos de estudo, por pessoas treinadas e com participantes cooperantes.”.

4.2. O BEM - ESTAR PSICOLÓGICO

4.2.1. DEFINIÇÃO E FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO CONCEITO

O segundo modelo de bem-estar, o bem-estar psicológico (BEP), apresenta-se como um constructo proveniente do contexto teórico humanista, com fundações na Psicologia Clínica e do Desenvolvimento e que visa aprofundar a compreensão dos processos psicológicos associados ao bem-estar, à luz da componente da saúde mental.

Este modelo inclui na sua definição um conjunto de pressupostos globais de personalidade (saúde mental, personalidade e desenvolvimento individual) para além da componente associada à felicidade. Poder-se-á dizer que este modelo encontra alguns pontos em comum com o modelo de bem-estar subjetivo, tendo o cuidado de seguir uma orientação teórica/metodológica diferente.

Este modelo tem o intuito de operacionalizar, por um lado, as dimensões do funcionamento psicológico positivo provenientes dos sistemas teóricos clássicos defendidos por Jung, Rogers e Maslow e, por outro, executar os modelos conceptuais de desenvolvimento humano e de saúde mental propostos por Allport, Neugarten e Jahoda. Neste contexto, o BEP torna-se relevante para a Psicologia Clínica e para disciplinas emergentes como a Gerontologia e tem beneficiado do contributo de vários investigadores, tal como Christopher.

Christopher considera o BEP “[...]um conceito abrangente, que deve ser compreendido à luz do contexto cultural e histórico [...] e que tem associado o “eu” a pressupostos de natureza individualista.” (Christopher, 1999 apud Fonseca, 2006,p.150), pretendendo com isto indicar que as teorias subjacentes ao BEP são inerentes às tradições culturais e religiosas, assim como à experiência humana de carácter material.

Para Irigaray et al (2011,p.811), o conceito de BEP “[...]está relacionado ao ajustamento emocional e social, na medida em que engloba o cumprimento de tarefas evolutivas e de expectativas sociais [...] seus atributos físicos, cognitivos, afetivos, idade e género.”, compreendido como a busca de crescimento pessoal.

Para Carol Ryff, o BEP assenta em dois pressupostos. Por um lado, o funcionamento psicológico deve refletir o estado de saúde mental e a ausência de estados negativos;

por outro lado, remete para o reconhecimento de que o bem-estar não se encontra limitado à componente de felicidade, abrangendo outras dimensões psicológicas pertinentes para caracterizar o funcionamento positivo.

A operacionalização do BEP realiza-se em função de três aspetos: (i) características mais relevantes da personalidade; (ii) dimensões causadoras de diferenças entre indivíduos, de acordo com o sistema de valores deste e (iii) integrar o Bem-estar no contexto da saúde mental.

Porém, dada a diversidade de variáveis identificáveis a nível do funcionamento positivo, personalidade e realização pessoal, é difícil operacionalizar o constructo de BEP. Para Ryff, o BEP,

“[...]é um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta, dimensões avaliadas a partir de seis escalas a saber: Aceitação de si mesmo, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio, crescimento Pessoal, Objetivos de Vida e Autonomia” (Novo, 2003,p.48).

Para Ballesteros (2004,p.173), o BEP “[...]consiste numa ampla categoria de fenómenos que incluem respostas afetivas por parte das pessoas, o grau de satisfação com determinadas áreas [...] do funcionamento socio pessoal [...] e os juízos globais de satisfação com a vida[...]”. Na perspetiva de Ballesteros, o BEP pode ser entendido como a presença do estado afetivo positivo (ou ausência de mal estar) em articulação com a satisfação de vida.

Teoricamente este modelo valoriza as conceções clínicas e de desenvolvimento humano, distanciando-se de noções restritas de felicidade e de satisfação, porém enfatiza as dimensões que promovam essa felicidade e satisfação. O modelo de BEP pode ser multidirecional, podendo subdividir-se em teorias finalistas ou teleológicas, teorias de prazer/dor, teoria da atividade, teoria “top-down” e “bottom-up”, teorias cognoscitivas de comparação ou de juízo valorativo, teoria biogenética e teorias que enfatizam a influência de disposições e de atividades de ocupação de vida.

Um dos fundamentos teóricos que constituem o BEP prende-se com a teoria das necessidades de Maslow, que defende o modelo de crescimento pessoal e de desenvolvimento do “eu”, onde todos os indivíduos apresentam necessidades universais que promovem o crescimento e o desenvolvimento. Deve-se ter em consideração o contexto social do indivíduo, que permite fomentar ou inibir a

capacidade individual de realização de si mesmo, o desenvolvimento individual. Neste modelo teórico, a aceitação de si é essencial para o crescimento e desenvolvimento humano. Desta forma, Ryff extrai de Maslow o conceito de autoaceitação, crescimento pessoal e a realização aplicada ao modelo de BEP.

Outra teoria constituinte do BEP, a teoria do desenvolvimento da personalidade (Carl Rogers) sustenta que “[...]cada indivíduo vive e interpreta a sua própria realidade [tendo] as capacidades e responsabilidades [...] para responder às situações[...]” (Novo, 2003,p.51). Assume-se assim que o indivíduo possui capacidades próprias para fazer face às constantes transformações ao longo da vida, as quais culminam no envelhecimento. Para Rogers, os indivíduos detêm uma orientação positiva resultante da “[...]necessidade de cada indivíduo manter, realizar e desenvolver as suas características e potencialidades[...]” (Novo, 2003,p.51) tendo presente um objetivo de vida. Da teoria de Rogers sobressaem os pressupostos de realização de si, autoaceitação e maturidade como qualidade emergente do processo natural de desenvolvimento e adaptação e ainda o pressuposto de objetivo de vida. Ryff filtra da teoria de Rogers os parâmetros da capacidade que o indivíduo tem de construir e reconstruir a sua vida, de lhe atribuir sentido e objetivo.

Por último, identifica-se também a Teoria da Personalidade de Jung que defende “[...]o processo de individuação e de realização de si como um processo natural, de progressivo crescimento da individualidade [...] que, na fase da maturidade, permite alcançar aquilo que é único a cada ser.” (Novo, 2003,p.53). Para Jung, o indivíduo vive cada etapa da vida evoluindo com as mesmas, construindo a sua personalidade e os alicerces para uma boa maturidade.

Jung, considerado um dos primeiros autores a dar expressão e relevância ao percurso de vida do indivíduo, argumentava que a seguir à infância e sobretudo à adolescência, ocorriam mudanças estruturadas. Para Jung a personalidade estruturava-se em torno de dois eixos: (i) extroversão, vista como a atitude para com o mundo exterior e (ii) introversão, entendida como a atitude para com o mundo interior do indivíduo. Jung defendia a existência de um equilíbrio entre ambas as forças e também que uma orientação pode superar a outra atendendo ao fator idade, ou seja,

“[...]na juventude prevalece a extroversão, que se traduz pela necessidade de afirmação e realização pessoal e profissional. Na segunda metade da vida dominaria a introversão, voltando-se a pessoa para a análise dos seus sentimentos, para o balanço

e sentido da vida e para a tomada progressiva de consciência da morte...” (Oliveira, 2010,p.40).

Nesta perspectiva, existem tarefas que se impõem aos adultos em idade avançada (ou velhice), destacando-se a aceitação das transformações físicas, o reconhecimento da finitude da vida e a perda progressiva de relações interpessoais.

Ryff retira da teoria de Jung o aspeto motivacional humano, com especial relevo na fase da velhice, em que o idoso não pode deixar de se confrontar com a realidade vivida, uma vez que a sua qualidade de vida e até o bem-estar psicológico dependem de como interioriza essa realidade.

Em suma, o BEP pressupõe a busca do crescimento pessoal e da autorrealização associada ao ajustamento emocional e social do indivíduo. Para a concretização deste desiderato, torna-se necessário o cumprimento de expectativas sociais e emocionais, juntamente a atributos físicos, cognitivos, afetivos, idade e género. A articulação concomitante destes pressupostos possibilita a adaptação à mudança de forma mais célere e consistente. O indivíduo através da sua experiência de vida, traduzida em variáveis como a saúde, trabalho e educação, poderá influenciar o seu BEP. Assim, as experiências de vida individuais vividas num determinado contexto social, profissional emocional, cultural e histórico influenciam o BEP.

4.3. O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E O ENVELHECIMENTO

É possível afirmar, com base nos fundamentos teóricos anteriormente descritos, que existe uma tendência evolutiva do BEP face ao processo de envelhecimento, ou, como refere Fonseca (2006), “[...]as pessoas são capazes de alterar as situações que as rodeiam e inclusive produzirem mudanças em si mesmas à medida que envelhecem, tendo em vista garantir um nível adequado de bem-estar psicológico[...]” (Fonseca, 2006,p.154). Desta forma, o BEP assume-se como um instrumento de construção da identidade, potencializando-se como uma qualidade, sobretudo na velhice.

Ryff, principal mentora deste modelo, constatou que, apesar do BEP apresentar limites na sua abordagem, ele é comumente utilizado como variável dependente em estudos centrados na questão do envelhecimento, investigando o seu efeito sob as variáveis independentes “[...]tão diversas como religião, interações sociais e familiares, objetivos de vida, capacidade financeira, saúde [...] reforma [...]” (Fonseca, 2006,p.159). A literatura sobre o BEP na velhice é escassa e a que existe muitas

vezes define BEP na velhice como a ausência de doença ou depressão, descurando as capacidades e possibilidades do envelhecimento positivo da população idosa.

Num estudo efetuado por Ryff (1986) com a população idosa, a autora demonstrou que “[...]os idosos, independentemente do sexo, não se sentiam infelizes com as suas vidas actuais e não se mostravam particularmente interessados em mudá-las[...]” (Fonseca, 2006,p.165), sublinhando que este segmento da população apresenta uma capacidade indutiva de ajustamento ao envelhecimento. O BEP na velhice evidencia por um lado uma orientação para os outros, desenvolvendo a capacidade de cuidar de terceiros e de manter um bom relacionamento familiar e, por outro lado, revela uma aceitação de si mesmo e das progressivas mudanças do “eu” que emergem do envelhecimento biológico e da contínua evolução externa. Poder-se-á afirmar que o BEP é a ferramenta, através da qual se operacionaliza uma rutura com as noções desenvolvidas pelo senso comum relativamente ao envelhecimento e à forma como este é observado pela sociedade em geral.

O estudo desenvolvido por Ryff possibilitou delinear um quadro positivo e favorável ao BEP associado ao envelhecimento, reforçando o pressuposto de que a velhice “[...]não é um tempo de acentuada infelicidade, insatisfação, baixa auto-estima ou ânimo pobre.” (Ryff,1989b:204 apud Fonseca, 2006,p.169). No entanto, a autora manifesta dúvidas quanto ao facto de esta realidade resultar de um contínuo aperfeiçoamento do processo de envelhecimento ou se apenas reflete uma adaptação subjetiva ao que já não pode ser alterado.

Em suma, as várias investigações com idosos revelaram um aspeto comum: que não existe um recuo do BEP nos idosos resultante do aumento da idade; os mesmos revelam possuir uma visão positiva da velhice sobressaindo em domínios relativos ao ambiente, à autonomia e à autoaceitação, contrariando as concepções socialmente elaboradas. O BEP enquanto indicador de adaptação ao processo de envelhecimento deverá incidir sobre os afetos, sobre a felicidade e ainda sobre a congruência existente entre as aspirações individuais e a possível realização das mesmas.

Para viver uma boa velhice, o idoso deve fazer um bom acompanhamento da sua vida e afastar-se da desidealização ou da regressão do idoso a estados infantis, sendo necessário encontrar novos ideais, valores e novos sentidos e metas de vida.

Para Oliveira (2010,p.44) “[...]ao idoso compete fazer uma correta e contínua revisão de vida [...] sabendo aceitar os aspetos negativos do passado [...] e valorizando ainda mais os aspetos positivos, adaptando-se à nova realidade da velhice.”.

5. SERVIÇO SOCIAL E ENVELHECIMENTO ATIVO

5.1. CONCEÇÃO E INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO ATIVO

A sociedade moderna espelha uma realidade social e cultural nova, complexa e difícil. Uma realidade onde predomina o hedonismo, a perda de laços sociais, familiares e de identidade, o aumento da desigualdade e da exclusão social, sem negligenciar o cenário de crise económico-financeira. É nesta conjuntura que atuam os agentes políticos, sociais e familiares e onde emerge o envelhecimento ativo.

De acordo com Carvalho (2011), a crise atualmente instalada deixa transparecer as fragilidades estruturais e económicas da sociedade, assistindo-se a uma sobreposição do pensamento económico às políticas sociais, sobrepondo-se ao bem-estar social dos cidadãos.

Coutinho (2010,p.30) refere que “[...]o envelhecimento tornou-se um fenómeno muito relevante, devido sobretudo à sua implicação na esfera socioeconómica.”. Desta forma, a questão do envelhecimento ativo ganha ainda mais relevância no contexto de crise atual.

Em Portugal evidencia-se um retrocesso social ao nível dos direitos de cidadão, baseado na revisão dos direitos adquiridos e na alteração de políticas públicas com conseqüente impacto no bem-estar e qualidade de vida da população, sobretudo a mais desfavorecida. Privilegiando a dimensão económica em detrimento da responsabilidade social “[...]quem tem o poder de decisão [...] são as entidades que detêm o poder económico [...] empresas, mercados financeiros onde se geram novas formas de controlo político e económico com implicações desprotetoras para a vida das pessoas.” (Carvalho, 2011,p.49). Abriu-se o caminho a uma “(re)orientação ou crise do Estado Social” (Rodrigues, 2011). Constata-se a passagem do paradigma de cidadania participada para um paradigma de emergência social, com impacto direto no funcionamento das estruturas e desenvolvimento de políticas sociais, de forte cariz assistencial e neoliberal. Este novo paradigma é visível no Programa do XIX Governo Constitucional, que reflete a atual crise económico-financeira ao abrigo do Programa de ajustamento económico.

Não obstante, o ritmo acelerado das mudanças deixa transparecer a incapacidade de adaptação das sociedades face às novas transformações, constituindo-se essas alterações um verdadeiro desafio. O envelhecimento, traduzido no aumento da esperança média de vida e no recuo da taxa de natalidade, constitui-se um desafio mundial deixando evidente que as sociedades terão de se adaptar ao facto de os indivíduos viverem mais anos, tornando-se necessário encontrar novas formas e mecanismos de gestão.

Numa sociedade permeável à mudança, as transformações devem ser vistas como oportunidades e inovação e não como sinónimo de problema ou obstáculo. No caso específico do envelhecimento, Carvalho (2011,p.49) defende que “[...]somos desafiados a construir uma sociedade onde os mais velhos tenham lugar ativo e proactivo e que colectivamente com as políticas e as práticas integrem acções[...]” que proporcionem bem-estar social, integração e participação na sociedade, no exercício dos seus direitos e cidadania. O serviço social na prática com o idoso tem o desafio de consciencializar a sociedade do verdadeiro papel do idoso, garantindo o seu lugar numa sociedade

Para tal, é necessário uma reavaliação e reformulação das políticas económicas e sociais, sendo esta uma tarefa da “[...]responsabilidade de todos os agentes onde o Serviço Social adquire um papel de relevo[...]” (Carvalho, 2011:50). Torna-se indispensável um ajustamento das políticas sociais à nova realidade, contribuindo para o exercício da cidadania plena dos cidadãos e para a implementação de serviços de qualidade que correspondam às reais necessidades/expetativas dos indivíduos.

Atualmente o serviço social deve refletir sobre os problemas sociais e através das suas teorias, conhecimentos e práticas, perspetivar “[...]a construção de uma sociedade proactiva onde as pessoas mais velhas se constituam como mais-valia na superação das dificuldades.” (Carvalho, 2011,p.50), uma sociedade coesa, inclusiva e equitativa que combata a discriminação, a segregação e a exclusão dos mais idosos.

O serviço social constitui uma área de conhecimento das Ciências Sociais e Humanas, com autonomia e responsabilidade social reconhecida. É operacionalizado através de práticas sociais e profissionais específicas na sociedade, no âmbito das políticas públicas e sociais. É a prática do assistente social que determina e distingue a especificidade do serviço social perante as restantes disciplinas científicas. A prática do assistente social é amplamente desenvolvida junto de entidades de poder central e

local, da sociedade civil e em proximidade com as redes sociais “[...]desenvolvendo] relações de ajuda. [...]. No âmbito das políticas sociais desenvolvem actividade de concepção, de mobilização, de desenvolvimento social e de ação direta junto das populações.” (Carvalho, 2011,p.51)

“[...]O Serviço Social promove a mudança, como uma acção [...] de adaptação e readaptação aos problemas do quotidiano[...]” (Carvalho, 2011,p.51), ou seja, construindo e desconstruindo a problemática e analisando as dimensões que apresenta, é possível alcançar a compreensão global e holística do fenómeno, do qual faz parte o indivíduo enquanto sujeito de ação, pois para o serviço social “[...]os sujeitos e as organizações interagem entre si e definem estratégias a cada momento para resolver os problemas.” (Carvalho, 2011,p.51) ao abrigo de uma perspetiva sistémica-ecológica.

Numa breve análise, a perspetiva sistémica-ecológica em serviço social distingue-se pela teoria geral dos sistemas e pela teoria ecológica dos sistemas. No primeiro caso, a teoria dos sistemas “[...]aceita e analisa as ordens sociais existentes [...] articula-se [...] com a estrutura profissional [e com] a estrutura institucional, que faz parte o Estado[...]” (Payne, 2002,p.199). Esta teoria demonstra ainda “[...]como é que os vários agentes de mudança podem estar envolvidos e a forma como os trabalhadores sociais [...] podem ser eles próprios agentes de mudança[...]” (Payne, 2002,p.199).

Pincus e Minahan (1973), pioneiros da aplicação da teoria do sistema ao serviço social, defendem que o princípio fundamental reside no facto de “[...]as pessoas [dependerem] de sistemas no seu ambiente social imediato para conseguirem uma vida satisfatória, por isso o trabalho social tem que se concentrar nesses sistemas[...]” (Payne, 2002,p.200). Por sistemas, Pincus e Minahan referem-se ao sistema informal (família, redes de amizade e vizinhança); ao sistema formal (comunidade) e ao sistema societal (hospitais, escolas). O serviço social “[...]tenta ver onde é que os elementos nas interacções entre os clientes e o seu ambiente estão a causar problemas[...]” (Payne, 2002,p.201) e procura uma resposta adequada às necessidades identificadas.

Por outro lado, a teoria ecológica dos sistemas (defendida por German e Gitterman. 1980) observa “[...]as pessoas como que em constante adaptação num intercâmbio com muitos aspetos diferentes do seu ambiente[...]” (Payne, 2002,p.205).

À luz desta teoria, os indivíduos mudam e são mudados pelo ambiente numa adaptação recíproca uma vez que “[...]os problemas sociais [...] poluem o ambiente social reduzindo a possibilidade de adaptação recíproca[...].” (Payne, 2002,p.205).

O serviço social, ao abrigo desta teoria, deve “[...]fortalecer as capacidades adaptativas das pessoas e influenciar os seus ambientes de forma a que as transacções sejam mais adaptativas[...].” (Payne, 2002,p.206). Esta perspetiva defende que os problemas sociais (pobreza, discriminação, segregação, exclusão) derivam da fraca adaptação dos indivíduos às transformações que ocorrem nas suas vidas.

Neste âmbito, Payne (2002,p.32) refere que “[...]o trabalho social é complexo e varia com as diferentes culturas [...] apenas o podemos compreender no contexto social e cultural dos elementos participantes.”. O autor acrescenta ainda que “[...]o trabalho social [é] construído a partir de três elementos: o profissional, o cliente e o contexto.” (Payne, 2002,p.33).

No contexto atual de persistência e agravamento das desigualdades sociais, os direitos humanos são subvalorizados pelos agentes económicos, pelo que o serviço social, enquanto profissão de direitos humanos deve privilegiar a autodeterminação, a justiça social, o desenvolvimento social e pessoal e o bem-estar, indo ao encontro do que defende David Jones (2011), que afirma que “[...]o mundo perdeu a visão humanista. É necessário recuperar valores mais humanistas e pensar no indivíduo. Atualmente a visão é muito económica, colocando de parte as pessoas e o aspeto social”. Para Carvalho (2011,p.51),

“[...]significa por um lado defender os direitos, a autonomia, a participação dos sujeitos e por outro lado desafiar a desigualdade potenciando a coesão social, isto é, a valorização dos sujeitos na sociedade independentemente da sua posição social.”

O serviço social, agindo e intervindo na sociedade, sobretudo a sociedade atual marcada pelo envelhecimento demográfico, não se encontra alheio ao novo paradigma de envelhecimento ativo.

Conforme já foi referido no decurso deste trabalho, a definição de envelhecimento ativo pressupõem que os indivíduos devem capacitar-se das suas potencialidades, construir o seu bem-estar e adotar uma postura mais participativa na sociedade, ou seja, “[...]implica na prática otimizar as oportunidades para a saúde física, social e

mental e permitir que as pessoas mais velhas tenham um papel activo na sociedade para desfrutar de uma qualidade de vida o mais autónoma e independente possível.” (Carvalho, 2011,p.53).

Perante este cenário, o serviço social detém e desempenha um papel privilegiado e fundamental no desenvolvimento social, nos direitos humanos e na dinamização das capacidades individuais, onde “[...]os sujeitos têm um papel relevante na acção, tendo em conta as suas capacidades, independentemente, da situação de vulnerabilidade em que se encontra.” (Carvalho, 2011,p.53), podendo-se mesmo falar em empowerment.

O empowerment é o “[...]processo que desafia as concepções tradicionais acerca do poder, participação, colaboração, ajuda e realização pessoal[...].” (Moura;2010,p.72), promovendo formas alternativas de intervir nas realidades sociais e fomentando a mudança social indo assim ao encontro do que é defendido pelo serviço social. No caso específico do envelhecimento, o “[...]Empowerment [é o] processo social, multidimensional que permite ao idoso aumentar as suas capacidades de desempenho, com a finalidade [de] prevenção e promoção da saúde[...].” (Moura;2010,p.72).

A complexidade crescente dos fenómenos sociais, da qual é exemplo o envelhecimento ativo, determina que o serviço social recorra à investigação como instrumento de interpretação da realidade social e das transformações que nela ocorrem, como forma de encontrar respostas adequadas ao objeto de investigação. Como refere Batista (2001,p.8) “[...]a investigação em Serviço Social tem como horizonte a compreensão e a explicação do real, e constitui-se num meio de resposta aos desafios que se colocam historicamente[...].”

Conceptualizado numa realidade marcada por mudanças progressivas e contínuas que afetam as políticas sociais, “[...]o Serviço Social [...] na medida em que se refazem e se reconstroem as relações na sociedade, vai-se reconstruindo e refazendo.” (Batista, 2001,p.15). Neste processo de construção/reconstrução, a prática do assistente social é fundamental e promove a criação de novos conhecimentos. Logo, a prática profissional gera conhecimento, pelo que “[...]a investigação em Serviço Social não serve apenas para dar suporte teórico-metodológico às práticas mas também para as transformar.” (Ferreira, 2011,p.111)

O serviço social em contexto de envelhecimento ativo pretende conhecer a dimensão demográfica, social e política; pretende conhecer os sistemas informais, formais e sociais onde interagem os idosos, mas sobretudo, pretende conhecer o aumento do número de idosos em situação de vulnerabilidade social (isolamento, solidão, pobreza, exclusão, necessidade de cuidados de saúde e cuidados específicos), devido em grande parte ao decréscimo do suporte familiar e dos rendimentos económicos.

A intervenção do serviço social no envelhecimento ativo exige uma prática profissional interdisciplinar, exigindo aos profissionais um conhecimento amplo da temática sobre a qual exercem a sua prática, possibilitando a adequada e correta intervenção.

A prática profissional do assistente social “[...]situada no contexto das relações sociais de cada sociedade[...]”(Batista, 2001,p.13) centra a sua intervenção no sujeito. Este facto privilegia as dimensões cognitivas, éticas, políticas e a própria prática profissional, perspetivando uma investigação mais qualitativa. “O assistente social desenvolve a sua intervenção com o objetivo de criar oportunidades para o desenvolvimento das capacidades individuais e coletivas, para que cada cidadão possa exercer os seus poderes e responsabilidades individuais e sociais.” (Ferreira, 2011,p.106). A própria evolução da sociedade “[...]exige ao assistente social a reorganização das práticas sociais sem perda dos direitos sociais do cidadão em sociedade.”. (Ferreira, 2011,p.102).

Sabendo que um dos fatores integrantes do envelhecimento ativo consiste na qualidade dos equipamentos/respostas sociais e sabendo que as Instituições de Solidariedade Social constituem o âmbito de aplicação do serviço social, estas “[...]têm a responsabilidade de promover o envelhecimento ativo [contudo] orientam as suas práticas para a satisfação de necessidades humanas fundamentais em função não das expectativas dos clientes mas das possibilidades das instituições.” (Carvalho, 2011,p.55).

Numa breve análise aos equipamentos sociais, registou-se um aumento da criação e ocupação das valências de Serviço de Apoio Domiciliário, Lar e Centros de Dia. Contudo, como foi referido anteriormente, o pensamento económico, influenciando as políticas sociais, nega o seu papel de promotoras de autonomia, participação e integração do idoso. Face a isto, as Instituições Sociais condicionadas por critérios económicos e contabilísticos, direcionam as suas respostas e recursos,

exclusivamente para a satisfação das necessidades básicas do idoso, colocando alguns entraves na intervenção do serviço social.

Perante esta nova situação, sabendo que “[...]a natureza e os fundamentos do serviço social estão associados aos direitos humanos[...]” (Carvalho, 2011,p.57) e que a especificidade da prática de serviço social associa-se a temáticas que incluem o envelhecimento, alguns autores defendem uma reformulação da prática em serviço social.

Malcolm Payne é um dos autores que defende essa reformulação, sugerindo que a prática em serviço social deve adotar uma perspectiva mais humanista, sobretudo em temáticas de maior vulnerabilidade e complexidade. Esta nova perspectiva, associada à Psicologia Humanista e aos Direitos Humanos, define o Humanismo como “[...]uma filosofia ou sistema de verdade que dá importância à capacidade do ser humano utilizar a racionalidade, de pensar e de actuar, de viver a vida tendo em conta o ambiente.” (Carvalho, 2011,p.58).

Para Payne (2002), o humanismo privilegia a capacidade dos indivíduos para obter poder pessoal, controlar as suas vidas e alterar a forma de viver. De acordo com o autor, “[...]o humanismo acredita na capacidade dos seres humanos para conscientes fazerem escolhas e agirem livremente[...]” (Payne, 2002,p.242). Esta nova perspectiva valoriza a capacidade de raciocínio, a descrença na religião (ateísmo ou agnosticismo), como forma de colmatar as dificuldades e atribui significado à existência humana, onde os indivíduos são entendidos como sujeitos e não como objetos, agindo e sendo influenciados por um determinado ambiente.

O serviço social humanista de Payne enfatiza a dignidade humana, os direitos humanos, a responsabilidade social e privilegia a compreensão do sujeito, sublinhando que “[...]os modelos humanistas propõem que as interpretações das pessoas sobre si mesmas sejam válidas e valiosas[...]” (Payne, 2002,p.244), enfatizando a capacidade do ser humano para mudar e aperfeiçoar a sua condição, contrariando a vulnerabilidade, indo ao encontro do que é defendido pelo serviço social.

Prevalece a ideia “[...]de que todos [...] participem, juntos, nas relações sociais e beneficiem a sociedade como um todo para alcançarem uma maior realização pessoal.” (Carvalho, 2011,p.58), através do desenvolvimento humano, inovação, democracia, direitos humanos, liberdade pessoal e realização pessoal.

A “[...]abordagem humanista orienta-se para a compreensão da experiência e das significações do sujeito, tendo em conta o ambiente, os princípios e valores e a cultura de determinada sociedade [...] centra-se no que sentem, o que pensam e como atuam os sujeitos face aos problemas do quotidiano.” (Carvalho, 2011,p.58).

O envelhecimento ativo diz respeito a todos os indivíduos, idosos ou não, e à sociedade, assumindo-se o idoso como elemento integrante e imprescindível na dinâmica social. É imprescindível romper com a visão redutora da sociedade sobre o idoso, fomentando a consciencialização da temática, e cessar a reprodução de estereótipos que não dignificam a velhice.

A sociedade deve criar espaços e equipamentos sociais diversificados, seguros e acessíveis aos idosos, garantir e fomentar a participação cívica a todos os níveis de decisão. Deve promover a participação social, o exercício da cidadania, a responsabilidade coletiva, a autonomia, os deveres e direitos individuais e a identidade do idoso.

Em suma, o serviço social encontra-se intrinsecamente associado à forma como são desenvolvidas as relações em sociedade. Ao intervir/atuar junto da sociedade e do indivíduo, o serviço social promove a mudança; estimula, dinamiza e capacita o indivíduo para que este, através das suas potencialidades, efetue as mudanças que julgue adequadas à sua situação. Para Carvalho (2011,p.59) é nesta linha de pensamento que o “[...]assistente social é um facilitador, orientador da ação, desafiador dos direitos negativos e defensor dos direitos sociais dos sujeitos fundados na justiça social.”.

Este desiderato só será alcançado através da intergeracionalidade da sociedade; de uma sociedade que responda a todas as gerações, de uma readaptação da política e papel da família e de medidas políticas e públicas que considerem o novo ciclo de vida e promoção dos idosos na sociedade

A multiplicidade e complexidade da questão social do envelhecimento e, por conseguinte, do envelhecimento ativo, espelham-se no idoso justamente na questão da exclusão social devido, em parte, à ausência de suporte familiar, à privação de acesso a direitos e serviços associados ao idoso, à carência de recursos das famílias, à situação de pobreza e miséria enfrentada pelas famílias e idosos, que inviabilizam a qualidade de vida dos seus idosos.

PARTE II - PESQUISA EMPÍRICA

6. CONTEXTUALIZAÇÃO, METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

6.1. O PROBLEMA EM ESTUDO

No quadro conceptual foram definidos e aprofundados os conceitos que proporcionam elementos para a compreensão e posterior interpretação da temática em questão. Na fase da pesquisa empírica procede-se à operacionalização da teoria, dos conceitos definidos e à delimitação dos “[...]métodos que [o investigador] utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas.” (Fortin, 1999,p.40) de forma a atingir os objetivos propostos e, conseqüentemente, verificar a validade do estudo.

O fenómeno do envelhecimento imprimiu uma mudança conceptual sustentada pelo paradigma desenvolvimentista e inclusivo do indivíduo designado por envelhecimento ativo, assente num papel mais pró-ativo e dinâmico do idoso em áreas cruciais como a saúde, a participação social e a segurança.

Como forma de promover e fomentar a coesão social e a solidariedade intergeracional e sabendo que o idoso ativo, enquanto indivíduo reformado, desenvolve atividades regulares no seu quotidiano, torna-se relevante neste trabalho conhecer e caracterizar o tipo de práticas realizadas pelo idoso, que permitem manter a sua atividade proporcionando-lhe, simultaneamente, qualidade de vida e bem-estar psicológico. Por outro lado, este trabalho permitirá conhecer de que forma o envelhecimento ativo adquire pertinência para o serviço social, sabendo que o fenómeno do envelhecimento é uma das temáticas de maior aplicabilidade da disciplina e de prática profissional, na pessoa do assistente social.

Neste contexto, a presente pesquisa empírica centrar-se-á na temática do envelhecimento ativo e, sobretudo, na verificação de que forma as práticas de envelhecimento ativo, desenvolvidas pelo idoso, se refletem na sua qualidade de vida e bem-estar psicológico.

A atualidade da temática e a ausência de bibliografia/dados produzidos sobre esta matéria suscitaram a realização do presente documento, que ambiciona responder à pergunta de partida, aos objetivos gerais e específicos apresentados na Introdução.

6.2. FORMULAÇÃO DAS HIPÓTESES

Tendo como ponto de partida os objetivos traçados e o quadro teórico de suporte, construíram-se as hipóteses. Como hipótese principal deste estudo, pretende-se saber se:

H1 - Há influência positiva das práticas de envelhecimento ativo na qualidade de vida e bem-estar psicológico do idoso.

No seguimento da hipótese principal, surgiram outras hipóteses pertinentes, a saber:

H2 - Há influência dos fatores sociodemográficos (de género, idade, estado civil, habilitações, situação profissional, composição do agregado e contexto habitacional) na realização de práticas de envelhecimento ativo;

H3 – Existe predominância de atividades individuais no desenvolvimento de práticas envelhecimento ativo;

H4 – Há influência negativa da saúde e das condições económicas no desenvolvimento de práticas de envelhecimento ativo;

H5 – Há correlação positiva entre a reforma e as práticas de envelhecimento ativo;

H6 – Há Influência negativa dos fatores sociodemográficos, saúde, condição económica, relacionamento familiar e reforma no processo de envelhecimento.

A Ilustração 1 demonstra o esquema da(s) variável(s) independente(s) e dependente(s) que se pretendem abordar neste documento, sendo de constatar que a variável independente identifica-se com o envelhecimento ativo e como variáveis dependentes consideram-se a qualidade de vida e bem-estar psicológico.

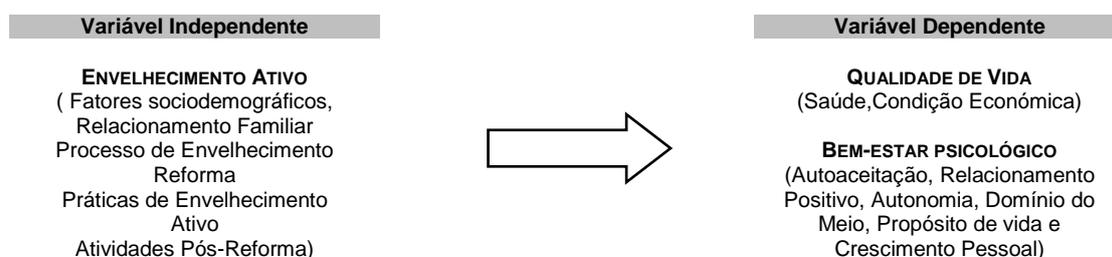


Ilustração 1 – Esquema da(s) variável(s) dependente(s) e independente(s) em estudo
Fonte: Ilustração nossa

6.3. DEFINIÇÃO DA METODOLOGIA

6.3.1. MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Para alcançar os objetivos propostos anteriormente, foi delineada uma estratégia metodológica centrada no Método Qualitativo ou Indutivo de investigação que:

“[...]tenta compreender o sentido de um fenómeno em estudo tal como é percebido pelos participantes de uma investigação e que utiliza para fazê-lo a dinâmica da co-construção de sentido que se estabelece entre o investigador e os participantes.” (Gauthier, 2003,p.279)

O estudo assume relevância qualitativa pois permite explicar e compreender a percepção que os idosos têm da sua realidade individual, partindo da análise das suas experiências, conhecimentos, perspetivas e aspirações através de uma abordagem interpretativa, ou seja, através deste método é possível compreender a perspetiva subjetiva individual do percurso de vida.

Face ao tema em estudo e tratando-se de uma investigação em serviço social, “[...]a indução assume particular impacto na caracterização do modelo predominante de investigação[...]” (Ferreira, 2011,p.111), o Método Qualitativo, aquele que segundo Ferreira (2011) dá Voz aos sujeitos. Pretende-se, desta forma, enriquecer e consolidar a parte teórica (Parte I), com uma abordagem qualitativa e compreensiva assente na interpretação da informação partilhada pelos inquiridos sobre as suas percepções individuais face ao tema em estudo.

Embora este estudo específico privilegie o método qualitativo, atualmente as investigações realizadas no âmbito do Serviço Social manifestam a existência de planos metodológicos que articulam entre si métodos quantitativos e métodos qualitativos, podendo-se mesmo falar em plurimetodologia de investigação. Face à complexidade dos fenómenos e das temáticas sociais, esta articulação metodológica é cada vez mais necessária por forma a alcançar o desiderato de obter o conhecimento sobre as várias vertentes dos problemas sociais, refletindo-se paralelamente num conhecimento mais holístico e abrangente da questão analisada.

6.3.2. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

Atendendo aos objetivos propostos para a execução deste trabalho, decidiu-se implementar este estudo junto da população idosa reformada (+65 anos) da cidade de

Beja. A cidade de Beja, comumente a outras cidades do território nacional, depara-se com o envelhecimento da sua população e com a existência de equipamentos sociais para ela direcionados. Assim sendo, o local selecionado para a recolha de dados, obedeceu a determinados critérios, destacando-se: i) existência de equipamento social (Instituição) direcionado para a temática da terceira idade (envelhecimento); ii) possibilidade de contactar com indivíduos de múltiplas características sociodemográficas; iii) possibilidade de entrevistar indivíduos que manifestassem alguma atividade e iv) disponibilidade pessoal e temporal dos indivíduos para a recolha dos dados pretendidos.

A escolha do local incidiu, assim, sobre um Centro Social para idosos, um equipamento municipal de natureza social, que presta apoio aos seus utentes e favorece a prática do conceito de envelhecimento ativo. O equipamento escolhido proporciona aos indivíduos atividades que favorecem a prática de exercício físico e ainda atividades lúdicas e pedagógicas que vão ao encontro dos gostos pessoais e culturais, onde os próprios indivíduos se auto-organizam, gerem e desenvolvem as respetivas atividades.

Desta forma, após uma análise e estudo prévio da população-alvo, foi constituída uma amostra de doze idosos, seis indivíduos do género feminino e seis indivíduos do género masculino, pretendendo-se, com esta amostra, fornecer uma análise representativa da população-alvo em “[...]função de características específicas que o investigador quer pesquisar.” (Guerra, 2006,p.46). Foi constituída uma amostra por casos múltiplos, privilegiando o contraste-saturação “[...]geralmente aplicada em problemáticas [...] restritas [através de] entrevistas de pequena dimensão, bem centradas em apenas alguns tópicos.” (Guerra, 2006,p.47).

A tabela 1 que a seguir se apresenta resume os dados recolhidos e possibilita uma leitura sintética dos fatores sociodemográficos identificados na amostra.

O grupo de entrevistados abrangeu indivíduos de ambos os géneros, em igualdade numérica, com idades compreendidas entre os 61 anos e mais de 80 anos. A faixa etária com maior expressividade de inquiridos situou-se entre os 71 e 80 anos, correspondendo a mais de metade dos idosos. Nesta amostra destacou-se a predominância dos inquiridos casados(as) com quase três quartos das respostas, sobre os restantes estados civis, viúvos(as), solteiros(as) e divorciados(as).

Na análise realizada às habilitações literárias, denotou-se uma maioria clara da 4ª classe, abrangendo perto de três quartos dos inquiridos detentores deste grau de qualificação. Apesar disso, foi ainda possível identificar em menos de um quarto dos inquiridos, indivíduos que possuíam 2º ano de escolaridade (antigo 6º ano); o 12º ano e por último, uma situação em que o inquirido(a) não sabia ler ou escrever. Poder-se-á afirmar que a predominância da 4ª classe a nível das habilitações literárias se prende com a economia essencialmente rural/agrícola praticada e desenvolvida na região.

A partir dos dados obtidos, verificou-se que a totalidade da amostra estudada era reformada, sendo este um dado transversal a todos os inquiridos. Contudo, verificaram-se diferentes modalidades de reforma, em que mais de metade dos inquiridos era reformada por idade⁵, perto de um quarto dos entrevistados eram reformados por invalidez⁶ e desemprego⁷ e apenas um caso remetia para a reforma por doença.

No que respeita à composição do seu agregado familiar, mais de metade dos inquiridos vivia com o cônjuge, sobrepondo-se a quase dois quartos que afirmavam viver sozinho(a)s.

Por último, a análise efetuada demonstrou que a maior parte dos indivíduos, mais de três quartos dos entrevistados, residia em casa própria e apenas nalguns casos residuais, menos de um quarto dos inquiridos, habitava em casa de renda.

⁵ Reforma por idade ou velhice “prestação pecuniária mensal do regime de Segurança Social, destinada a proteger os beneficiários quando atingem a idade mínima, legalmente presumida como adequada para a cessação do exercício da actividade profissional, desde que tenha completado 65 anos de idade e com 15 anos de registo de remunerações” (folheto informativo “Pensão de Velhice” da Segurança Social – ISS,IP)

⁶ Reforma por Invalidez ou Doença é “uma prestação pecuniária mensal do regime de Segurança Social, destinada a proteger os beneficiários nas situações incapacitantes de causa não profissional determinantes de incapacidade física, sensorial ou mental permanente para o trabalho.

⁷ Reforma por desemprego constitui uma forma de pensão de velhice antecipada em caso de desemprego involuntário de longa duração

Tabela 1 - Distribuição da amostra em função do género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, composição do agregado familiar e contexto habitacional

Género	n
Feminino	6
Masculino	6
Total	12
Idade	n
[61,70]	4
[71,80]	7
[+80]	1
Total	12
Estado Civil	n
Solteiro(a)	1
Casado(a)	8
Viúvo(a)	2
Divorciado(a)	1
Total	12
Habilitações Literárias	n
Não saber ler ou escrever	1
4ª classe	8
2º ano (antigo 6º ano)	2
12º ano	1
Total	12
Situação Profissional	n
Reformado(a) por idade	7
Reformado(a) por doença	1
Reformado(a) por invalidez	2
Reformado(a) por desemprego	2
Total	12
Composição Agregado Familiar	n
Vive com o cônjuge	7
Vive sozinho(a)	5
Total	12
Contexto Habitacional	n
Vive em casa própria	10
Vive em casa de renda	2
Total	12

Fonte: tabela nossa

6.3.3. ESTRATÉGIAS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a exequibilidade do estudo empírico, foi necessário delinear e recorrer a um conjunto de estratégias e procedimentos que permitiram o desenvolvimento da investigação e sem os quais o estudo não seria realizável.

Neste contexto, numa primeira fase, após uma revisão da literatura mais intensiva sobre a questão e os conceitos a investigar e definida a população a inquirir, foram elaborados os instrumentos de recolha de dados, ou seja, as entrevistas dirigidas aos idosos do Centro Social, com o intuito de efetuar um levantamento sociodemográfico e

de percepção sobre a realidade pessoal e individual sobre os conceitos destacados neste estudo. Neste estudo específico, a entrevista:

“[...]consiste numa interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente em igualdade de relação, a fim de partilharem um saber experienciado e isto, para melhor compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas.” (Gauthier, 2003,p.281).

A entrevista pode ser entendida como uma interação verbal entre o investigador e um inquirido, constituindo este último parte importante da investigação. Esta interação implica, por parte do investigador, o exercício da escuta ativa perante a partilha de informações imbuídas de conotações pessoais e sociais. Trata-se em suma de uma conversa informal que permite recolher informação privilegiada para a investigação. Segundo Gauthier (2003,p.284-285) esta técnica de recolha de dados possibilita “[...]tornar explícito o universo [...] e a compreensão do mundo do outro[...]”, permite recolher informação rica e profunda, perceber a pessoa e os seus atos no conjunto da sua identidade e observar os contextos de vida dos entrevistados.

Por conseguinte, foi realizado um guião de entrevista que obteve parecer positivo por parte do orientador de mestrado e que posteriormente, após algumas aplicações, foi sujeito a reformulação de forma a torná-lo menos extenso e mais acessível, evitando desta forma rejeição e cansaço por parte dos inquiridos idosos.

Numa segunda fase, para operacionalizar os instrumentos, foi requerida uma reunião com a Diretora Técnica do Centro Social com o intuito de explicar o teor e objetivos da investigação. Desta reunião sobressaiu a aprovação por parte da Diretora Técnica da realização do estudo, a qual também se disponibilizou para auxiliar na investigação, tornando-se mais tarde elemento essencial devido ao profundo conhecimento que detinha sobre os indivíduos frequentadores do Centro Social.

Contudo, tratando-se de um equipamento social pertencente ao Município, foi necessário formalizar o pedido de estudo à Câmara Municipal de Beja. Foi pedida autorização para realizar o estudo através de carta enviada por correio à Câmara Municipal de Beja (Apêndice B) onde constava a apresentação da investigação, conteúdo e objetivos obtendo-se, posteriormente, deferimento autorizando a sua realização.

Obtido o consentimento, a aplicação do guião e das entrevistas ocorreu em dois locais distintos: algumas entrevistas tiveram lugar no Centro Social e outras ocorreram no

Pavilhão Gimnodesportivo de Beja. Esta situação deveu-se sobretudo à programação diária de atividades que cada idoso tinha e, como tal, foi necessário ir ao encontro dos mesmos.

6.3.4. A ÉTICA NA PESQUISA EMPÍRICA

Nas palavras de Fortin (1999,p.113) “[...]qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”. Ao traçar uma metodologia de investigação sobre um determinado tema ou objeto “[...]a questão da ética deve ser salvaguardada[...]” (Fortin, 1999,p.114).

De acordo com Fortin (1999) existem cinco princípios éticos fundamentais que o investigador deve levar em consideração ao delinear uma pesquisa empírica, são eles: (i) o direito à autodeterminação, (ii) o direito à intimidade, (iii) o direito ao anonimato e confidencialidade, (iv) o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o (v) direito a um tratamento justo e leal.

No âmbito deste estudo e na aplicação das entrevistas, assegurou-se a exequibilidade destes princípios aos indivíduos inquiridos. Neste caso específico, os indivíduos foram convidados a participar no estudo ao qual acederam voluntariamente, não colocando em causa o primeiro direito identificado.

Atendendo ao segundo princípio, não foram colocadas questões que “invadissem” a intimidade do inquirido. Foi realizada uma introdução prévia da entrevista, onde constou o teor e os objetivos da entrevista, obtendo-se o consentimento livre e informado (Apêndice C) do inquirido para a gravação de voz das informações. Toda a informação recolhida foi voluntariamente partilhada, assegurando-se o direito ao anonimato e à confidencialidade do que foi comunicado, não sendo possível a identificação da fonte de informação.

Este estudo assegurou ainda que nenhum dos indivíduos seria afetado ou prejudicado pela sua participação e prestação de informação. Todos os indivíduos, no decorrer da entrevista, foram tratados de forma equitativa, não existindo qualquer tipo de discriminação de qualquer natureza.

As entrevistas foram realizadas em locais confortáveis e em que o inquirido se sentisse à vontade; foi utilizada uma linguagem aproximada do quotidiano dos

inquiridos e foi respeitada a vontade do inquirido de não responder a determinadas questões.

6.3.5. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

6.3.5.1. GUIÃO DE ENTREVISTA

O guião de entrevista “[...]é geralmente estruturado em grandes capítulos, desenvolvendo depois perguntas de “lembrança”[...]” (Guerra, 2006,p.53). O guião de entrevista utilizado neste estudo (Apêndice A) abrange aspetos relacionados com o passado, o presente e o futuro das trajetórias de vida e desenvolvimento individual dos inquiridos.

A elaboração de um guião de entrevista visa a “[...]clarificação dos objetivos e dimensões de análise que a entrevista comporta[...]” (Guerra, 2006,p.53) que derivam da problemática que se pretende estudar. As questões colocadas incidiram maioritariamente sobre a caracterização sociodemográfica, qualidade de vida, bem-estar psicológico, relacionamento familiar, envelhecimento, envelhecimento ativo e práticas de envelhecimento ativo e por último sobre preocupações futuras.

6.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: A ANÁLISE DE CONTEÚDO

“A análise de conteúdo pretende descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito.” (Guerra, 2006,p.69). À luz desta citação, a análise dos dados recolhidos nas doze entrevistas permitiu interpretar, descrever, caracterizar e construir categorias e subcategorias temáticas através da comparação das situações identificadas.

Para efetuar a análise das entrevistas, foi necessário recorrer a alguns procedimentos. Inicialmente foi feita a transcrição. As entrevistas aplicadas foram gravadas num gravador de voz digital (com prévia autorização dos inquiridos) e tiveram a duração média de 50 minutos. A informação recolhida em primeira mão e na primeira pessoa foi posteriormente transcrita integralmente. A transcrição operacionalizada seguiu os passos propostos por Guerra (2006,p.69), ou seja:

“[...]numa primeira fase transcrever (de preferência logo no computador) o que se entende na audição, deixando espaços brancos nas passagens em que a audição não é clara [...] numa segunda fase, rever a gravação e preencher manualmente as

“brancas” [...] numa terceira fase, redigir um discurso capaz de ser inteligível, com pontuação, supressão de elementos inúteis[...].”

Seguidamente foram elaboradas as sinopses das entrevistas, ou seja, as

“[...]sínteses dos discursos que contêm a mensagem essencial da entrevista e são fiéis [...] ao que disseram os entrevistados. Trata-se portanto de material descritivo que [...] identifica as temáticas e as problemáticas.” Guerra (2006,p.73).

Tendo em consideração que as entrevistas e sobretudo o guião apresentavam um quadro concetual de suporte, a problemática a analisar já se encontrava identificada *a priori*.

Neste estudo em particular, foi desenhada uma grelha, em que na primeira coluna vertical se identificaram os grandes conceitos a analisar (referidos no ponto 6.3.5.1.) e na primeira linha horizontal se introduziram as entrevistas por ordem numérica (E1, E2, E3 e assim sucessivamente), possibilitando o preenchimento das restantes colunas com as respostas dadas pelos inquiridos. Acrescenta-se ainda que, numa segunda coluna vertical, foram identificadas subcategorias dos conceitos gerais (por exemplo: ao conceito qualidade de vida foram associadas as subcategorias Saúde e Condição Económica). No final, obteve-se uma grelha de grandes dimensões que possibilitou agrupar e comparar informação. Para este efeito, Guerra (2006,p.73) refere que as sinopses permitem:

“[...]reduzir o montante do material a trabalhar [...] [permitem] o conhecimento da totalidade do discurso, mas também das diversas componentes [...] [facilitam] a comparação longitudinal das entrevistas e [permitem] ter uma percepção da saturação das entrevistas.”

As sinopses através desta esquematização permitem obter duas leituras das entrevistas: uma leitura horizontal, possibilitando um conhecimento global do conjunto analisado, identificando aspetos idênticos ou distintos e ainda uma leitura vertical, permitindo conhecer a história de vida individual.

Outro procedimento realizado foi a análise descritiva, ou seja, “[...]a análise de uma grande diversidade de material escrito [...] [cuja] intenção é contar ao leitor o que nos disseram os entrevistados, mas, em lugar de contar 25 opiniões, agregam-se as diferentes lógicas do que nos foi contado.” (Guerra, 2006,p.77).

Com base nos dados recolhidos, foi possível agrupar a informação em diversas tipologias ou categorias sendo que “[...]o estabelecimento de tipologias é uma das

operações mais correntes e das mais praticadas quer nas ciências sociais, quer nas ciências experimentais.” (Guerra, 2006,p.77). A construção de uma tipologia consiste numa “[...]operação básica da análise de conteúdo [...] em ordenar os materiais recolhidos, classificá-los segundo critérios pertinentes, encontrar dimensões de semelhanças e diferenças[...]” (Guerra, 2006,p.78).

Se as tipologias provenientes da análise descritiva possibilitaram descrever, agrupar e organizar a informação proveniente dos relatos dos inquiridos, a análise interpretativa permitiu analisar as tipologias à luz de um quadro teórico. Pretende-se encontrar o “[...]sentido social que está subjacente à descrição dos fenómenos através da rearticulação das variáveis, quer da ligação aos fenómenos estruturais que conhece.” (Guerra, 2006,p.83). Ainda, como refere Guerra (2006,p.83), “[...]no contexto de uma investigação compreensiva, o investigador não pretende fazer uma demonstração social, mas sim defender o sentido da plausibilidade.”. Por fim, foi apresentada uma conclusão dos dados recolhidos (apresentada no ponto 8 – conclusão).

7. APRESENTAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

7.1. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

7.1.1. PERFIL GERAL DOS INDIVÍDUOS INQUIRIDOS

Atendendo à leitura realizada no ponto 6.3.2. deste trabalho, constata-se que foram inquiridos idosos de ambos os géneros, sobressaindo os indivíduos com idades compreendidas entre os 71-80 anos. A amostra constituiu-se maioritariamente por entrevistados(as) casados(as), detentores da 4ª Classe, reformados e residindo em casa própria com o respetivo cônjuge.

7.2. QUALIDADE DE VIDA (QV)

7.2.1. SAÚDE

7.2.1.1. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DOS INQUIRIDOS FACE À SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Uma das componentes que caracteriza a QV é a saúde. A saúde é questão fulcral e encontra-se no topo das preocupações dos idosos no decorrer do seu processo de envelhecimento. Tornou-se pertinente analisar a questão da saúde, pela influência que exerce no sujeito ao canalizar todas as capacidades individuais para a recuperação, podendo contribuir para o decréscimo do poder económico, da autonomia, das relações sociais e comprometer e alterar as atividades diárias.

Os resultados obtidos demonstraram uma amostra que considera a sua condição de saúde má, com presença de inúmeras patologias, razão pela qual frequenta o médico e toma medicamentos. Contudo, apesar da sua condição clínica, a amostra demonstrou não efetuar gastos com saúde e que a ausência de saúde não inviabilizava o normal funcionamento do seu quotidiano ou a prática de atividades. Desta forma, pode-se referir, que a saúde não é, neste estudo específico, fator impeditivo da prática de atividades pelo idoso e que este, apesar das suas limitações clínicas continua a praticar e a desenvolver ações que gosta e que o fazem sentir bem.

Quando questionados sobre a avaliação que faziam da sua condição de saúde, o grupo de entrevistados apresentou uma discrepância ténue de opinião variando entre

boa, razoável e má, sendo esta última classificação referenciada por quase metade dos inquiridos, como exemplifica o seguinte relato:

E⁸2 - "... a minha saúde como digo, está má..."

Embora esta classificação fosse predominante, mais de um quarto dos indivíduos consideraram a sua saúde boa, referindo que:

E11 - "...é própria da idade, mas tenho tido saúde graças a Deus..."

Não obstante, um quarto dos inquiridos avaliou a sua saúde como razoável, afirmando que :

E6 - "...está mais ou menos...está razoável..."

Perante a existência de estados de saúde considerados maus, era previsível a presença de patologias que condicionassem essa avaliação. Por forma a compreender melhor a avaliação subjetiva efetuada, considerou-se relevante conhecer as patologias que interferiam com o bom funcionamento físico. No grupo de entrevistados foi possível identificar uma panóplia de enfermidades que podiam comprometer e explicar a saúde individual. Assim, para um quarto da amostra estudada, as patologias que mais afetavam os inquiridos prendiam-se com problemas de próstata e dores nos membros (superiores e inferiores), como é visível nos seguintes excertos:

E10 - "... sofro da próstata, mas também faço a minha vida normal..."

E6 - "...tenho dores nos joelhos, nos braços, nas pernas ..."

Para metade da amostra, o leque de patologias identificadas distribuiu-se por problemas de sangue, coluna, osteoporose, problemas intestinais, depressão, dores nos membros, colesterol e tensão. Contudo, é relevante destacar que apenas dois inquiridos não apresentaram qualquer enfermidade, afirmando que:

E11 - "...não tenho nada de grave que me afete..."

Identificadas as patologias, verificou-se que mais de metade dos inquiridos dirigia-se frequentemente ao médico e tomava medicamentos, contrastando apenas com um

⁸ A letra E define a palavra Entrevista

indivíduo que não frequentava o médico e não tomava medicamentos, como ilustram os seguintes relatos:

E3 - "...olhe, fui a semana passada...[tomo] muitos, muitos, muitos [medicamentos] óh se for contar (risos)..."

E2 - "...não sou muito de ir [ao médico] ...fujo sempre aos medicamentos..."

7.2.1.2. CARATERIZAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA SAÚDE NO NÍVEL ECONÓMICO, NA PRÁTICA DE ATIVIDADES E NO QUOTIDIANO INDIVIDUAL

Como referido anteriormente, a saúde pode influenciar a vida do indivíduo a vários níveis. Pretende-se neste ponto demonstrar a influência da saúde nas questões económicas e na prática de atividades realizadas pelo indivíduo, podendo ou não limitar a atividade e o acesso a bens e serviços.

Desta forma, no que se refere à dimensão económica, mais de metade dos entrevistados declarou não gastar dinheiro com saúde (na qual se incluem despesas com medicamentos, consultas, tratamentos e afins) tendo capacidade para comprar aquilo de que gosta. Tais inquiridos revelaram que:

E12 - "...não, não gasto muito dinheiro com a minha saúde...tenho o suficiente para uma vida normal..."

Por sua vez, um quarto dos inquiridos afirmou que tinha despesas com saúde, mas adquiria produtos, bens ou serviços quando podia, ou seja, quando a sua capacidade económica o permitia, argumentando que:

E4 - "...gasto, gasto bastante [com saúde] ...mas, se esticar bem, chega para alguma coisa..."

Contrariamente a estes, apenas um inquirido referiu que tinha gastos com a saúde, impossibilitando despesas de outra natureza referindo que:

E3 - "...gasto pois ... gasto à volta de 15 contos todos os meses, com uma reforma pequena já viu...não posso comprar muita coisa..."

Não obstante, existiu ainda um entrevistado que declarou que tinha encargos com saúde, mas conseguia ter rendimentos para outros gastos não relacionados com a saúde.

Quando questionados sobre a influência da saúde na prática de atividades, uma grande maioria de idosos constituída por três quartos da amostra expressou que a sua condição de saúde não impedia a prática de atividades, contrapondo-se a um quarto dos inquiridos que declararam que o seu estado de saúde inviabilizava a prática de atividades, tal como demonstram os seguintes excertos:

E12 - "...ainda consigo fazer as minhas coisas sem problemas..."

E2 - "...sim...os braços ficam sem força e já não consigo fazer nada..."

Relativamente ao facto de a ausência de saúde afetar ou não a sua vida, registou-se uma grande divergência de respostas, em que uma maioria bastante significativa composta por três quartos dos inquiridos declarou que a perda de saúde não afetava a sua vida ou o seu quotidiano, contrastando com um quarto dos indivíduos que afirmou que a ausência de saúde afetava a sua vida quotidiana, refletindo-se nos seguintes relatos:

E1 - "...olhe não me afeta muito porque eu não penso nesse problema...há outras pessoas que estão muito piores do que eu..."

E3 - "...vejo tristeza ... querer governar-me e não ter força..."

7.2.2. CONDIÇÃO ECONÓMICA

7.2.2.1. CLASSIFICAÇÃO PESSOAL DA CONDIÇÃO ECONÓMICA E INFLUÊNCIA NA PRÁTICA DE ATIVIDADES

Outra dimensão comumente associada à qualidade de vida prende-se com a condição económica, os rendimentos pessoais do indivíduo. Tratando-se de uma amostra de indivíduos reformados, pretendeu-se analisar a componente económica e de que forma, esta podia inviabilizar ou não a prática de atividades.

Os resultados encontrados evidenciaram uma amostra com uma condição económica razoável, auferindo valores mensais que oscilam entre 350€-449€. Demonstrou-se que

situação económica dos idosos não impede a prática de atividades, ou seja, não é necessário ser detentor de grandes rendimentos para exercer atividades. Ficou patente que o idoso, independentemente dos rendimentos auferidos, desenvolve diversas atividades sem recorrer a grandes despesas e que geram em si sentimentos de grande satisfação.

Um primeiro ponto a considerar, prendeu-se com a avaliação pessoal da capacidade económica. Neste âmbito, o grupo de entrevistados apresentou uma distinção ténue de opiniões variando entre boa, má e razoável, sendo esta última classificação referenciada por quase metade dos inquiridos, que afirmou ter uma capacidade económica razoável, referindo que:

E11 - "...tem-se o suficiente para a casa..."

Por outro lado, quase metade dos idosos entrevistados admitiu ter uma boa capacidade económica, declarando que:

E1 - "...não tenho problemas nesse aspeto..."

Contrastando com as situações anteriores, um quarto dos entrevistados declarou ter má condição económica, afirmando que:

E4 - "...é mais má que boa..."

Uma análise aos valores monetários permitiu observar que os montantes auferidos pelos entrevistados não demonstravam quantias avultadas. Para um quarto dos idosos o valor mensal da sua reforma variava entre 350€/449€ em oposição a dois inquiridos que auferiam mais de 800€ mensais. Os restantes inquiridos apresentavam valores individuais intermédios entre os 450€ e os 800€.

Poder-se-á dizer que esta diferença de valores se encontra relacionada com a profissão anteriormente desenvolvida, sendo que as remunerações mais baixas se associam a funções de baixo *status* profissional (por exemplo, costureira, domésticas) e maiores reformas equivalem a funções de maior responsabilidade (por exemplo, funcionário(a) público(a)).

Ao questionar os inquiridos sobre o facto de a sua capacidade económica interferir com a prática de atividades, as respostas foram quase unânimes, mais de três quartos dos inquiridos afirmou que a sua condição económica não impedia a prática de

atividades, contrastando com dois inquiridos que respondeu que a sua condição económica afetava a prática de atividades, como ilustram os seguintes relatos:

E1 - "...faço aquilo que gosto, com aquilo que recebo..."

E2 - "...ganho pouco, mas faço aquilo que gosto..."

E5 - "...eu gostava de fazer, mas não posso..."

7.2.3. AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DE QUALIDADE DE VIDA (QV)

7.2.3.1. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO SUBJETIVA DE QV

Sendo a qualidade de vida um conceito marcadamente subjetivo, tornou-se importante para este estudo saber como os inquiridos definiam QV e classificavam a sua própria QV.

Da análise aos dados recolhidos sobressaem aspetos importantes a reter. Por um lado, a maioria dos indivíduos conceptualiza a QV como tendo saúde e condições económicas, indo ao encontro do que está estabelecido no quadro teórico. Por outro lado, a autonomia e o desempenho de um papel ativo pelo indivíduo começam a ser pressupostos integrante da conceção subjetiva de QV. Poder-se-á referir que os idosos começam a ter uma compreensão mais ampla do que é QV; que esta não se limita unicamente, a ter saúde e condições económicas, abrangendo também outras dimensões da vida do indivíduo como a autonomia e a prática de atividades, como demonstrou este estudo.

Relativamente à definição subjetiva de QV recolheu-se e identificou-se uma diversidade de conceções individuais. Para quase metade dos indivíduos, QV consistia em ter saúde e condições económicas, como demonstra o relato:

E6 - "... é ter saúde, termos uma vida razoável onde tenhamos condições de vida...não faltar dinheiro e não faltar nada ..."

Menos de um quarto dos entrevistados defendia que QV pressupunha ter saúde e ser ativo(a), como ilustra o exposto:

E7 - "... é a pessoa ter saúde e poder fazer as coisas que gosta..."

Por forma a permitir uma leitura mais acessível da diversidade de concepções subjetivas, optou-se por criar uma pequena tabela síntese que agrupou as opiniões individuais dos restantes inquiridos, que, embora singular e de pouca expressão quantitativa, tem relevância qualitativa para o estudo.

Na tabela 2 é possível observar que apenas um indivíduo considerou que ter QV passava por ter condições económicas, saúde, bom relacionamento familiar e ser ativo, como a seguir se exemplifica:

E1 - "... eu acho que seja a pessoa ter dinheiro para as suas coisas, não gastar demais, dar-se bem com a sua família e ser puder, fazer aquilo que gosta...como eu que faço voluntariado..."

Outros indivíduos conceptualizaram QV como tendo saúde, condições económicas e ser independentes, como demonstra o excerto:

E3 - "...é uma pessoa ter saúde e poder se governar enquanto ... eu considero-me com qualidade de vida enquanto me poder mexer e fazer o meu governo..."

A QV foi ainda definida por alguns entrevistados como tendo uma vida independente e ativa, ou seja:

E4 - "... é a gente com esta idade ainda podermos fazer as nossas coisas...faço as minhas coisas sem ainda precisar de outras pessoas...faço a minha vida normal..."

Ainda nesta diversidade de concepções, para um entrevistado, QV definia-se como tendo saúde, condições económicas e ser ativo, argumentando que:

E8 - "... para mim qualidade de vida é poder ter saúde, não passar necessidades e fazer as coisas que gosto..."

Um entrevistado entendeu que QV consistia em ter condições económicas, ser autónomo e independente, tal como demonstra o seguinte relato:

E11 - "... não estar dependente, ter autonomia, ter espaço para viver com as condições médias..."

Outra questão pertinente para este estudo prendeu-se com a forma como os inquiridos classificavam a sua QV. Neste âmbito, o grupo de entrevistados apresentou uma diferença equitativa de opiniões variando entre boa e razoável, sem que houvesse

registo de uma avaliação considerada má. Por conseguinte, observou-se que metade da amostra avaliou a sua QV como boa, afirmando que:

E10 - "...a minha qualidade de vida é boa..."

Em contrapartida, verificou-se que a outra metade da amostra considerou ter uma QV razoável. No entanto, alguns relatos demonstraram que esta razoabilidade poderia ser colmatada com melhorias a nível económico e na saúde, se os entrevistados dispusessem de mais rendimentos e mais saúde, assim como ilustram os relatos:

E4 - "...poderia ser melhor talvez em saúde...ter mais saúde e também ter mais um bocadinho de reforma..."

E5 - "...podia ser melhor, devido á minha saúde"(...)"se tivesse um bocadinho mais de saúde..."

E6 - "...é mais ou menos...é média"(...)"se tivesse mais um pouco de dinheiro, podia melhorar...mas não está má..."

Tabela 2 – Distribuição da amostra em função da definição pessoal de qualidade de vida

Definição Pessoal QV	n
Ter condições económicas, Saúde, bom relacionamento familiar e ser ativo	1
Ter Saúde e condições económicas	5
Ter Saúde, condições económicas e ser independente	1
Ter uma vida independente e ativa	1
Ter Saúde e ser ativa	2
Ter Saúde, condições económicas e ser ativo	1
Ter condições económicas, ser autónomo e independente	1
Total	12

Fonte: tabela nossa

7.3. BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (BEP)

7.3.1. CONCEÇÃO

7.3.1.1 PERFIL DOS INQUIRIDOS SOBRE CONCEÇÃO SUBJETIVA DO TERMO DE BEM - ESTAR PSICOLÓGICO

Sendo o constructo de bem-estar psicológico importante para este estudo, considerou-se pertinente analisar a forma como os inquiridos definiam este conceito.

Tratando-se de uma concepção subjetiva, recolheu-se uma multiplicidade de concepções pessoais sobre o conceito, sendo de destacar que apenas dois inquiridos definiram BEP como tendo boa disposição interior, como evidencia o relato:

E7- “...acho que é a pessoa sentir-se bem...sem ter problemas que não o deixem dormir...”

Perante a existência de uma grande diversidade de concepções individuais (que embora singulares e de pouca expressão quantitativa, detêm relevância qualitativa para o documento) e por forma a permitir uma leitura mais acessível desta diversidade subjetiva, optou-se por criar uma pequena tabela síntese (tabela 3) que agrupou as opiniões singulares dos restantes inquiridos. Eis alguns excertos de entrevistas que ilustram a variedade de tais concepções:

E1- “...bem-estar é a pessoa ter...se precisa de comprar uma coisa, poder comprar...”

E8- “...acho que é a pessoa sentir-se bem, ter uma vida razoável e ter a família perto de si...”

E10- “...o bem-estar é eu dar-me bem com a família, conforme dou e no que puder ajudar a elas, sempre tenho ajudado, o meu bem-estar é poder ajudar os meus...”

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da concepção subjetiva do termo de bem-estar psicológico

Concepção	n
Condição económica	1
Liberdade individual	1
Ter saúde e ver a família bem	1
Boa disposição interior	2
Boa disposição interior, saúde e convívio	1
Condição material e relações de amizade	1
Sentir-se bem consigo mesmo e ter bom relacionamento familiar	1
Condição económica, bom relacionamento familiar e convívio	1
Bom relacionamento familiar, prestar apoio e sentir-se bem em ajudar	1
Ter saúde e ter condições económicas	1
Ter saúde e bom relacionamento familiar	1
Total	12

Fonte: tabela nossa

7.3.2. AVALIAÇÃO GERAL DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

7.3.2.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS FACE ÀS DIMENSÕES DO BEP

Pretendeu-se neste ponto demonstrar o perfil dos inquiridos face às dimensões que constituem o constructo de BEP, nomeadamente autoaceitação, relacionamento positivo, autonomia, domínio do meio, propósito de vida e crescimento pessoal.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram que o BEP é entendido subjetivamente como tendo boa disposição interior. Esta “boa disposição interior”, de acordo com os dados encontrados, traduziu-se numa amostra que se sente feliz consigo própria, em que através de uma autoavaliação interior de fatores positivos e negativos conseguiu positivamente adaptar-se às diferentes etapas de vida e assim munir-se de ferramentas para fazer face a outras transições de vida (ex. reforma e envelhecimento).

Os dados revelaram uma amostra que apresenta uma rede social de amizade composta por amigos e conhecidos, que conjuntamente com a Família constituem um forte suporte ao idoso, prevenindo e evitando situações de isolamento, solidão, abandono e exclusão social.

A amostra revelou ser autónoma a nível das AVD e das AIVD e ter uma boa integração e participação no meio, demonstrando uma boa interação do idoso no meio, comunidade e bairro onde reside; tendo conhecimento e participando em atividades/projetos desenvolvidos e promovidos pelas entidades e agentes locais (Câmara, Junta de freguesia, Associações) como passeios, atividades lúdicas e educativas e projetos de ordem vária.

A amostra não apresenta planos de vida pois já realizou os seus objetivos de vida. Contudo, existem indivíduos que ainda têm metas de vida por realizar. Trata-se de uma amostra que está satisfeita com a vida alcançada até ao momento, mas que demonstra vontade de aprender coisas novas, sobretudo aprender a usar o computador.

Poder-se-á referir que perante os dados alcançados e face ao exposto, os idosos não se enquadram na visão negativa que foi criada pela sociedade de indivíduos passivos e inativos. Os dados revelam o idoso como um indivíduo autónomo e com vontade de se manter ativo; um indivíduo que mantém as suas redes sociais e de amizade e

pretende enriquecer os seus conhecimentos com novas aprendizagens (aprendizagem ao longo da vida) pressupondo assim o desenvolvimento individual, objetivo capital do BEP. Neste caso, é necessário que a sociedade seja capaz de criar as estruturas e condições necessárias que permitam ao idoso a continuidade de um papel ativo, tanto na sua própria vida como na sociedade.

Neste contexto, no que respeita à dimensão autoaceitação (aceitação e atitudes positivas em relação a si e à vida), verificou-se que três quartos dos inquiridos afirmou sentir-se feliz consigo próprio(a), contrastando com um quarto dos idosos que declarou que não se sentia feliz consigo próprio(a). A questão da autoaceitação encerra em si uma análise interior da pessoa, promovendo uma autoavaliação da sua vida, identificando e gerindo aspetos positivos e negativos. Esta análise intrínseca permitirá ao indivíduo capacitar-se e munir-se com as ferramentas necessárias para fazer face a futuros eventos de mudança, stress, adaptação e transição, sendo o processo de envelhecimento exemplo disso.

Relativamente à dimensão relacionamento positivo (relacionamento satisfatório com outros através de redes sociais, redes de amizade e interação com os outros), quando questionados sobre as amizades, identificou-se uma divergência significativa e expressiva de respostas. Por conseguinte, mais de três quartos dos inquiridos (a quase totalidade) afirmou que tem amigos e que a amizade é importante para si. A esta opuseram-se dois entrevistados que referiram que tem conhecidos e que a amizade é algo que é importante para si. Os termos “amigos” e “conhecidos” encontram-se sublinhados pois, para os inquiridos, são algo totalmente distinto, ou seja, amigos são indivíduos de sua total confiança, ao passo que conhecidos são pessoas com as quais mantêm relações de amizade, sem no entanto existir um elevado grau de intimidade. Outro dado a ressaltar neste estudo prendeu-se com o fato de os inquiridos referirem que gostam de se relacionar com várias pessoas, sejam elas da mesma idade ou até mais jovens.

Atendendo à dimensão autonomia, os dados foram unânimes. A totalidade da amostra afirmou ser autónoma, sem qualquer hesitação na resposta.

O domínio do meio (controlar e integrar um meio adequado à idade) é outra dimensão presente no constructo de BEP e que se relaciona com a integração e participação do indivíduo no meio e comunidade em que se insere. Neste âmbito, quase três quartos dos entrevistados afirmou ter boa integração e participação no meio e comunidade

onde residia, contrapondo-se a estes um quarto dos indivíduos que tinha uma fraca integração e participação no meio onde habitava. Pretendeu-se, com esta questão, conhecer a interação do idoso no meio, comunidade e bairro onde residia, através do conhecimento e participação deste em atividades/projetos desenvolvidos e promovidos pelas entidades e agentes locais (Câmara, Junta de freguesia, Associações) como passeios, atividades lúdicas e educativas e projetos de ordem vária, assim como o envolvimento do idoso na conceção, criação e realização de atividades/projetos.

No que concerne ao propósito de vida (senso de significado da vida), as respostas obtidas foram variadas. Quase metade da amostra respondeu não ter planos de vida pois já tinha realizado os seus objetivos, em comparação a dois inquiridos, que não tinham planos de vida e nem objetivos de vida realizados. Contudo, é de referir que um quarto da amostra afirmou ter metas/planos de vida que ainda pretendia realizar.

Na análise à última dimensão de BEP, o crescimento pessoal, (realização e desenvolvimento do próprio potencial) observou-se que mais de três quartos dos entrevistados (uma maioria relevante) declarou estar satisfeito(a) com sua a vida, mas que ainda gostaria de aprender coisas novas. Em contrapartida, um inquirido afirmou estar pouco satisfeito(a) com a vida, mas que gostaria de aprender coisas novas. Apenas um entrevistado não sabia/não respondia.

7.3.3. EXPERIÊNCIA DE VIDA

7.3.3.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS SOBRE O PERCURSO PESSOAL DE VIDA

Atendendo ao facto de se tratar de uma amostra constituída por entrevistados(as) reformados(as) e sabendo que a trajetória de vida implica processos de transição-adaptação às várias etapas de vida, considerou-se importante a análise do percurso de vida dos inquiridos.

Desta forma, identificaram-se três tipos de percursos de vida: feliz, normal e difícil. No que respeita ao percurso de vida feliz, este foi vivenciado apenas por um inquirido e que ficou a dever-se às bases educacionais recebidas.

O percurso de vida normal foi referenciado por mais de metade dos entrevistados. No entanto, foi possível identificar subtipos neste tipo de percurso, sendo o percurso de

vida normal atribuído à força e vontade de viver, ao gosto pelo trabalho e em ser ativo, à educação recebida e vontade de aprender, à educação recebida e ao gosto pelo trabalho.

Na análise ao percurso de vida difícil, indicado por um quarto dos entrevistados, constatou-se que este se deveu sobretudo à ausência de estudos, à falta de liberdade pessoal, falecimento de familiares e problemas pessoais e ainda a objetivos de vida não realizados.

7.4. RELACIONAMENTO FAMILIAR ATUAL

7.4.1. AGREGADO FAMILIAR: COMPOSIÇÃO FAMILIAR

7.4.1.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS SOBRE A COMPOSIÇÃO FAMILIAR

A família constitui a base de suporte do idoso, logo é pertinente conhecer as relações familiares existentes entre o(a) inquirido(a) e a sua família. Pretendeu-se assim conhecer a composição do agregado familiar e o relacionamento existente.

Os resultados recolhidos permitiram verificar que o agregado familiar do inquirido é constituído sobretudo por um filho e dois netos que vivem perto do idoso. Esta proximidade permite a visita diária dos seus familiares. No entanto, esta amostra não pede apoio familiar, mas em contrapartida presta apoio aos seus familiares, sobretudo financeiro. A amostra toma as suas próprias decisões evidenciando a sua autonomia. Os familiares demonstram preocupação pela pessoa do idoso e desenvolvem atividades em conjunto. Em síntese, o relacionamento familiar atual é considerado bom. O estudo permitiu demonstrar o importante papel da família enquanto suporte do idoso constituindo-se, simultaneamente, como agente promotor de QV e BEP. O idoso que integra um ambiente familiar satisfatório anexa mais uma componente à sua QV e BEP.

Verificou-se pelos dados recolhidos uma grande variedade de composições de agregados, sendo de destacar que um quarto dos entrevistados indicou que o seu agregado familiar é composto por um filho e dois netos. A restante amostra é constituída por uma multiplicidade de agregados que engloba filhas(os), netas(os), bisnetos, sobrinhos e primos.

7.4.2. RELAÇÕES FAMILIARES

7.4.2.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS SOBRE AS RELAÇÕES FAMILIARES

No que respeita ao relacionamento familiar, objetivou-se conhecer a forma como os familiares interagiam entre si e com o(a) inquirido(a). Os dados recolhidos permitiram verificar que a quase totalidade dos entrevistados tem familiares a residir perto de si contrastando apenas com um inquirido que referiu que os familiares residiam longe de si.

Relativamente à periodicidade das visitas, verificou-se que quase três quartos dos entrevistados são visitados diariamente pelos seus familiares e apenas dois entrevistados referiram que são frequentemente ou raramente visitados pelos familiares.

Relativamente ao apoio familiar, três quartos dos inquiridos (uma maioria significativa) não pede apoio aos seus familiares, mas presta apoio, podendo este apoio assumir várias formas (monetário, géneros, serviços). Um quarto dos entrevistados não pede apoio e não presta apoio aos familiares e apenas um inquirido pede apoio e presta apoio aos familiares.

Ao analisar a importância da família na tomada de decisões, observou-se que mais de metade dos entrevistados não pede opinião aos seus familiares, denotando algum grau de autonomia na tomada de decisão. Por outro lado, um quarto dos inquiridos pede opinião aos familiares, sobretudo aos filhos(as) e apenas um entrevistado pede opinião aos seus familiares ocasionalmente.

Quando questionados sobre a preocupação dos familiares com a sua pessoa, registaram-se respostas divergentes. Uma parte significativa da amostra composta por três quartos dos entrevistados afirmou que os seus familiares se preocupavam com a sua pessoa, contrastando com um quarto dos inquiridos que declarou que os seus familiares não se preocupavam consigo.

Por forma a conhecer o relacionamento familiar existente, os inquiridos, quando questionados sobre a prática de atividades em família, perto de três quartos dos inquiridos referiu que desenvolviam atividades familiares, essencialmente encontros para almoços e jantares. Contudo, um quarto dos entrevistados mencionou que não praticava qualquer tipo atividades em família.

7.4.3. RELACIONAMENTO FAMILIAR

7.4.3.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS SOBRE A CLASSIFICAÇÃO PESSOAL DO RELACIONAMENTO FAMILIAR

Não obstante o que foi descrito no ponto anterior, quase três quartos da amostra considerou bom o seu relacionamento familiar atual. Apenas dois entrevistados afirmaram ter um relacionamento muito bom. Dois inquiridos afirmaram ainda, ter um relacionamento familiar normal. Não se registaram relacionamentos maus.

7.5. PRÁTICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO (PEA)

7.5.1. ENVELHECIMENTO

7.5.1.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS SOBRE A DEFINIÇÃO SUBJETIVA E AJUSTAMENTO PESSOAL AO ENVELHECIMENTO

Como já foi referido em capítulos anteriores, o processo de envelhecimento é um processo contínuo marcado por etapas às quais o indivíduo deverá saber adaptar-se. Desta forma, tornou-se relevante conhecer como os inquiridos caracterizavam o seu processo de envelhecimento e como foi o seu processo de adaptação.

No estudo realizado, verificou-se que os idosos conceptualizam o envelhecimento como uma fase positiva e natural da vida. Poder-se-á afirmar que esta conceção do fenómeno resulta do desenvolvimento individual alcançado ao longo da trajetória de vida, em que o idoso através de um processo adaptativo às diferentes fases da sua vida adquiriu as ferramentas necessárias para superar as diversas etapas. Neste contexto, a amostra afirmou que o seu próprio processo de envelhecimento foi natural e bem aceite.

Neste âmbito, através dos dados recolhidos, observaram-se duas tendências sobre o envelhecimento: uma tendência positiva, vista como fase natural da vida, e outra tendência entendida como fase negativa da vida.

No que concerne à primeira tendência, uma maioria expressiva da amostra, constituída por três quartos dos entrevistados, considerou o envelhecimento como uma fase natural da vida, como ilustram alguns relatos:

E1 - "...não me apercebo que vou envelhecer, que estou velha...isto é uma coisa que vai-se passando e eu acho que o que conta é aquilo que nós sentimos, no nosso íntimo, na nossa maneira de ser, porque todas as idades são bonitas, eu hoje gosto imenso do meu cabelo branco, das minhas rugas..."

E7 - "...acho que é natural, é o passar do tempo...a pessoa vai vivendo, o tempo vai passando, vai ficando velha..."

E8 - "...é uma fase da vida...todos chegamos lá..."

E10 - "...o envelhecimento faz parte da nossa vida porque fomos jovens e foi-se passando o tempo, casámos, tivemos filhos, os anos vão passando e vamos envelhecendo...é a coisa mais natural da vida é o envelhecimento..."

Relativamente à segunda tendência observada, um quarto dos inquiridos definiu o envelhecimento como uma fase negativa da vida, como exemplificam os excertos:

E3 - "...aí que tristeza...(risos) quem me dera voltar atrás (risos)..."

E5 - "...deve ser a coisa pior que pode haver...o que a gente era e o que a gente fazia...e depois chegar à velhice e já não poder fazer nada..."

Relativamente ao ajustamento pessoal ao envelhecimento, detetaram-se quatro tipos de atitude face ao processo. Desta forma, para metade dos idosos envelhecer foi um processo natural e bem aceite, como demonstram os relatos:

E3 - "...eu vivi...nem dei por ir indo envelhecendo...fui andando (risos) agora olho para trás e digo aí como tu estás (risos) olha lá o pescoço, olha lá isto (risos)..."

E7 - "...vi com naturalidade...as coisas são mesmo assim...não faço as coisas como quando era mais novo...mas vai-se fazendo..."

Seguidamente, dois inquiridos referiram que envelhecer foi um processo positivo e bem aceite, como realçam os testemunhos:

E1 - "...bem, encarei bem, acho que me sinto feliz assim..."

E10 - "...foi bom, não tenho pena nenhuma de ter envelhecido e ainda gostava de ser mais velho (risos)..."

Para inquiridos singulares (um entrevistado), o ajustamento ao envelhecimento foi entendido como um processo positivo embora com fraca aceitação e até mesmo difícil, refletindo-se nos seguintes testemunhos:

E2 - "...além dos contratempos ... estranhei muito, mas já estou madura..."

E4 - "...às vezes penso, ai já tenho esta idade, custou ficar com rugas, porque eu não tinha ruga nenhuma e agora tenho..."

Apenas se registaram alguns casos, inferiores a um quarto da amostra de inquiridos, que não sabiam/não respondiam

7.5.2. REFORMA

7.5.2.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS FACE À AVALIAÇÃO PROFISSIONAL, NOÇÃO SUBJETIVA DE REFORMA, AJUSTAMENTO PESSOAL À REFORMA, ATIVIDADES PRÉ-REFORMA E ATIVIDADES PÓS-REFORMA

Como etapa de vida associada ao processo de envelhecimento, surge a reforma. Este estudo demonstrou que os idosos definem a reforma como a passagem de um estado ativo para um estado inativo, o que por sua vez vai ao encontro do que é defendido nas várias bibliografias dedicadas ao tema. Face a isto, a amostra demonstrou que o seu próprio processo de ajustamento à reforma foi um processo positivo, pois permite ter mais tempo livre para exercer outras atividades fora do âmbito profissional. Desta forma, a amostra demonstrou que a fase da reforma não se reveste de significado negativo, contrariando a visão que a sociedade tem desta fase da vida. O resultado obtido vai ao encontro do quadro teórico, quando se refere que a fase da reforma pode ser uma fase positiva da vida do indivíduo, contribuindo para o desempenho de novos papéis, novos objetivos de vida e novas aprendizagens, deixando de ser sinónimo de inatividade.

Na amostra estudada, verificou-se que a quase totalidade dos entrevistados gostava da profissão que desempenhava, pois esta proporcionava sentimento de utilidade, produtividade e boa remuneração. Apenas um inquirido não gostava da função que exercia.

Quando questionados sobre o que consideravam ser a reforma, obtiveram-se várias respostas, embora muito aproximadas entre si. Desta forma, para mais de metade dos

inquiridos a reforma consiste na passagem do estado ativo para inativo, como corroboram os seguintes relatos:

E7 - "...olhe, é quando uma pessoa deixa de trabalhar e passa a ter mais tempo livre para fazer aquilo que gosta..."

E11 - "...a pessoa reformou-se, deixou de ter aquela vida ativa, de cumprir horários, mas a pessoa tem de ter alguma coisa que o absorva, não ficar ali sentado numa poltrona, a olhar para a paisagem..."

A reforma é ainda definida por dois inquiridos, como uma salvaguarda após o trabalho e como perda/cessação da utilidade profissional, como deixam antever os testemunhos:

E1 - "...é uma coisa muito importante para a gente sobreviver..."

E5 - "...a reforma é quando já não pudemos trabalhar mais..."

Numa última análise, a reforma é encarada por um inquirido como uma fase redutora da capacidade económica do indivíduo, ou como descreve o relato:

E6 - "...é muito complicado, acho que depois de trabalhar, todos nós devíamos ter uma reforma razoável, que desse para toda a gente viver..."

Tratando-se de uma amostra constituída totalmente por indivíduos reformados(as), considerou-se importante para este estudo saber como decorreu o processo de adaptação a esta nova etapa de vida. Assim sendo, a análise à amostra permitiu identificar três tipos de adaptação: positiva, normal e negativa.

A reforma foi considerada um processo positivo por quase metade dos entrevistados, como realçam os seguintes excertos:

E1 - "...foi o dia mais feliz que eu tive, foi o dia que me reformei, há pessoas que dizem que estranharam, eu não...tinha o tempo todo para mim, achei maravilhoso..."

E9 - "...parecia-me que era mentira (risos)..."

Quase dois quartos dos inquiridos consideraram a adaptação à reforma como um processo normal, tal como demonstram os relatos:

E7 - "...pensei que já tinha atingido a idade da reforma e já tinha trabalhado o suficiente..."

E8 - "...senti que tinha cumprido com o meu dever..."

Apenas dois inquiridos afirmaram que a reforma foi um processo difícil para eles, como exemplifica o seguinte excerto:

E4 - "...a gente não se sente assim muito bem...estamos habituadas a ter o emprego..."

Dos inquiridos, quando questionados sobre a prática de atividades antes da reforma (pré-reforma), ou seja, os tempos livres, uma parte expressiva da amostra, superior a três quartos, afirmou que desenvolviam atividades nos seus tempos livres, as quais assumiam várias formas: tarefas domésticas, idas ao cinema/teatro/revistas, fazer renda, leitura, pequenos trabalhos agrícolas, desporto, conduzir o carro. Contrastando com estes dados, apenas dois inquiridos referiram que não ocupava o seu tempo livre com qualquer tipo de atividade.

Sabendo que a reforma é uma etapa comumente caracterizada por ter tempo livre devido à ausência de horários profissionais, tornou-se imprescindível para este estudo conhecer como os entrevistados ocupavam agora o seu tempo, ou seja, pretendeu-se conhecer que atividades desenvolviam agora como reformados.

Neste âmbito, na análise efetuada às atividades desenvolvidas no período pós-reforma, verificou-se que um quarto dos entrevistados privilegiava as atividades familiares, sobretudo de ajuda à família. Dois entrevistados desenvolviam atividades que implicavam o uso do computador e a prática de ginástica. Apenas um inquirido desenvolvia atividades como voluntariado, dança, passeios e cante. Apenas se registou um caso isolado que não sabia/não respondia.

7.5.3. PRÁTICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO (PEA)

7.5.3.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS FACE AO CONHECIMENTO SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO (EA), NOÇÃO PESSOAL DE EA, ATIVIDADE OU INATIVIDADE PESSOAL, ATIVIDADES PRATICADAS E DEFINIÇÃO PESSOAL DE PEA

Questão fulcral neste estudo é o envelhecimento ativo (EA) e as práticas de envelhecimento ativo (PEA) desenvolvidas pelos entrevistados(as). Como tal, houve necessidade de inquirir a amostra sobre o seu conhecimento do conceito em questão.

Este estudo demonstrou que a amostra desconhece o termo envelhecimento ativo, muito por causa da falta de esclarecimentos e informações sobre o termo. No entanto, relativamente às práticas de envelhecimento ativo, a amostra definiu estas como as atividades que o indivíduo executa para se manter ativo, constituindo-se a amostra como ativa.

Na esfera das atividades, os dados encontrados demonstram que os idosos mantêm a execução de atividades anteriormente desenvolvidas (atividades de pré-reforma) e simultaneamente, desenvolvem novas atividades promovendo desta forma o crescimento pessoal assente numa aprendizagem individual contínua. Constatou-se que existem vastas categorias de atividades que o idoso desenvolve, com o objetivo de se manter ativo, nomeadamente, individuais, conjugais, familiares, de amizade e de cidadania. Neste contexto, as atividades individuais, traduzidas na prática de ginástica, uso do computador e ir buscar os netos à escola são transversais a ambos os géneros, em oposição às atividades de cidadania que apresentam uma execução muito ténue por parte do género feminino e às atividades laborais, que não apresentam qualquer registo de execução.

Por conseguinte, os entrevistados, quando questionados sobre o conceito de envelhecimento ativo, mais de metade da amostra referiu que desconhecia o termo. Por outro lado, quase dois quartos dos inquiridos afirmaram ter conhecimento do conceito.

Face à ambivalência de respostas (positivas e negativas), tornou-se pertinente conhecer a conceção subjetiva dos entrevistados(as) sobre o constructo EA. Desta forma, analisando os dados obtidos, registaram-se três conceções aproximadas entre

si. Para metade dos entrevistados, o EA consistia na capacidade que a pessoa tem para se manter ativa; tal como corroboram os seguintes excertos:

E5 - "...para mim acho que seja bom... se a pessoa gosta de fazer as suas coisas deve continuar..."

E7 - "...acho que é bom...a pessoa só porque é velha não tem de estar sentada em casa...deve continuar a fazer a sua vida..."

Para um quarto dos inquiridos, o EA é algo Bom, assim como ilustra o exposto:

E2 - "...é bom..."

Para o restante um quarto da amostra estudada, o EA é descrito como a pessoa sentir-se bem com ela própria e ser ativa. Eis alguns excertos de entrevistas que ilustram tais afirmações:

E10 - "...o envelhecimento ativo é a pessoa que vai sempre mexendo e que não se põem de braços cruzados a olhar e que tem sempre uma coisa para fazer , hoje uma, amanhã outra e vai estando ativo..."

E6 - "...acho que é bom (...) eu venho á ginástica, faço as minhas caminhadas, de manhã levanto-me, vou beber o meu café, vou conviver um bocadinho, vou buscar os netos á escola..."

E8 - "...acho que é bom, quer dizer que a pessoa não é porque é idosa que tem de ficar em casa sem fazer nada...o idoso deve continuar a fazer as coisas que gosta e com que se sente bem..."

Quando questionados sobre a sua atividade ou inatividade, as respostas recolhidas foram unânimes, ou seja, a totalidade dos inquiridos declarou ser ativo(a).

Uma vez afirmada a sua atividade, tornou-se essencial identificar e caraterizar as atividades desenvolvidas pelos entrevistados em contexto de EA, ou seja, aquilo que neste estudo se designa de práticas de envelhecimento ativo. Pretendeu-se analisar as atividades pós-reforma ao nível individual, conjugal, familiar, das amizades, de cidadania e laboral.

Atendendo ao facto de existirem múltiplos perfis ou categorias de atividades, foi criada uma pequena tabela que sintetiza e reúne todas as atividades por forma a permitir uma leitura mais perceptível dos dados.

Neste contexto, a amostra estudada permitiu identificar que um quarto dos entrevistados desenvolve atividades de carácter individual, conjugal, familiar e de amizade.

Dois inquiridos pratica atividades que apresentam um perfil individual, conjugal e familiar.

Constata-se que existem inquiridos singulares (um entrevistado) que desenvolvem atividades que adquirem inúmeros perfis. Da observação e análise dos dados da tabela 4 é possível afirmar que a vertente individual das atividades é a mais praticada ao invés da vertente cidadania e laboral que é a menos praticada/desenvolvida.

Tabela 4 – Distribuição da amostra em função das atividades praticadas

Atividades Praticadas	n
Atividades Individuais / Cônjuge / Família / Amizades / Cidadania	1
Atividades Individuais / Família / Amizades / Cidadania	1
Atividades Individuais / Família / Amizades	1
Atividades Individuais / Amizades	1
Atividades Individuais / Cônjuge	1
Atividades Individuais / Cidadania	1
Atividades Individuais / Cônjuge / Família	2
Atividades Individuais / Cônjuge / Família / Amizades	3
Atividades Individuais	1
Total	12

Fonte: tabela nossa

Uma análise mais profunda às ações desenvolvidas em cada categoria de atividades pós-reforma em função do género permitiu observar que as atividades de carácter individual são transversais a ambos os géneros: a divergência neste perfil prendeu-se com as ações praticadas por cada género. Assim sendo, as atividades individuais femininas incluem ações como: tarefas domésticas, ver televisão, fazer renda/costura, prática de ginástica, conversar com as vizinhas, dança, ir buscar os netos à escola e usar o computador. No que respeita ao género masculino, as atividades individuais repartem-se por: ver televisão, prática de ginástica, passeios, ir buscar os netos à escola, ir à Biblioteca ler o jornal e usar o computador.

É visível que a prática de ginástica, o uso do computador e ir buscar os netos à escola é fator comum a ambos os géneros, sobressaindo o carácter “tipicamente feminino” e instrumental de obrigação quotidiana de algumas atividades. Por sua vez as ações desenvolvidas pelo género masculino revelam um perfil mais lúdico e informal e sem carácter instrumental e obrigacional. Poder-se-á referir que esta distinção de atividades entre os géneros resulta de fatores educacionais e culturais.

A nível das atividades conjugais, observou-se uma equivalência em ambos os géneros, ou seja, ambos apontam a partilha de tarefas domésticas como atividades que realizam enquanto casal. Apenas no género feminino é identificado o jogo de cartas como atividade de casal.

Na categoria atividades familiares, verificou-se apenas uma prática simultânea a ambos os géneros, que consiste nos almoços/jantares em família.

A nível das atividades realizadas com as amigadas, registou-se outra igualdade de ações que se prendem com o cante no grupo coral, sair com os amigos(as) e as atividades desenvolvidas no Centro Social.

No que respeita à categoria cidadania, constatou-se que este perfil apenas se reflete no género feminino e remete para ações como: frequentar a Igreja e voluntariado.

Da análise realizada, verificou-se que a categoria laboral não registou qualquer resposta por parte dos entrevistados.

Analisando as conceções subjetivas de práticas de envelhecimento ativo (PEA) recolhidas junto da amostra, observou-se que mais de metade dos inquiridos definiu PEA como ações que o indivíduo executa para se manter ativo(a), como realçam alguns excertos:

E8 - “...acho que é aquilo que a pessoa faz para não estar parada em casa, faz as coisas que gosta...”

E9 - “...isso fica ao critério de cada um, mas uma pessoa não deve estar em casa, dentro das suas paredes e se tiver condições para se tornar o mais ativo possível, que o faça...”

E10 - “...é a pessoa fazer as coisas que gosta para nos irmos mantendo ativos, fazendo sempre, ir sempre mexendo para não parar...”

Para dois entrevistados as PEA são entendidas como ter a oportunidade de praticar a atividade que se gosta, tal como ilustra o seguinte testemunho:

E3 - "...o que me faz motivar é ter oportunidade para fazer aquilo que gosto, vestir-me e ir-me a um lado qualquer, faz-me bem..."

Observou-se ainda que um inquirido, se refere às PEA como a possibilidade de praticar atividades e sentir-se bem consigo próprio(a), exemplificada pelo seguinte excerto:

E5 - "...é ir á ginástica, gostar de cantar, gostar de fazer as coisas que gosto para não estar parada..."

Outro inquirido, considera que as PEA consistem em praticar a atividade que se gosta com autonomia, como demonstra o relato:

E4 - "...é a gente estar autónoma para fazer as coisas que gostamos, continuarmos a fazer as coisas que gostamos..."

7.6. RELAÇÃO COMPREENDIDA ENTRE QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E PRÁTICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO

7.6.1. ANÁLISE GLOBAL DOS CONCEITOS

7.6.1.1. PERFIL DOS INQUIRIDOS FACE À ARTICULAÇÃO SUBJETIVA DOS CONCEITOS

Na parte final da entrevista e após tratados os vários conceitos abordados, pretendeu-se analisar como os entrevistados relacionavam os conceitos de QV, BEP e PEA.

O estudo permitiu constatar que a relação existente entre QV, BEP e PEA é positiva, refletindo-se no bem-estar e na atividade da pessoa, uma vez que as PEA influenciam positivamente a QV e o BEP, pois permitem reconhecer o potencial do idoso em várias áreas e a capacidade para novas experiências. Outro dado que sobressaiu neste estudo, prende-se com as prioridades futuras do idoso, as quais são direcionadas para a Família, colocando em evidência o peso que a família tem para o idoso.

A totalidade dos entrevistados considerou que a conjugação e articulação destes três conceitos representava algo positivo para o indivíduo, refletindo-se no bem-estar e na atividade da pessoa, tal como ilustram as seguintes afirmações:

E6 - "...se a pessoa conseguir desenvolver essas 3 coisas, acho que a pessoa sente-se feliz com ela própria..."

E9 - "...isto tá tudo ligado, porque a pessoa se não tiver qualidade de vida, se não tiver saúde, se não tiver essas coisas todas a contribuir para o mesmo, não pode ter a atividade em dia..."

Como questão final da entrevista, procurou-se saber quais seriam as preocupações ou prioridades dos inquiridos face ao futuro.

As respostas obtidas demonstraram que quase metade dos entrevistados tem como maior prioridade futura a sua família, como ilustra o seguinte relato:

E11 - "...quero manter o equilíbrio da família, a ajuda, o apoio que a gente possa dar aos filhos e aos netos e aquilo que a gente poder fazer para os acompanhar, porque eles precisam, de facto, de alguém que os acompanhe..."

Dois inquiridos, definem como prioridade futura a preocupação individual com a sua saúde e também familiar, tal como descreve o relato:

E8 - "...desejo ver a minha família bem e eu ter saúde para ver isso..."

Na análise efetuada, entrevistados singulares (um inquirido) observou-se a existência de várias preocupações que afetam os inquiridos, nomeadamente a preocupação individual com a sua saúde e com o futuro do país, preocupação individual em sentir-se útil e ter qualidade de vida, preocupação individual em manter-se ativo(a) e aprender coisas novas; preocupação individual em prestar apoio à família; preocupação individual em manter-se ativo e finalmente um testemunho que afirma não ter preocupações futuras.

Nesta última análise, considerou-se importante ilustrar com excertos das entrevistas, as referências às preocupações com a atividade individual e a manutenção de QV:

E3 - "...o que me preocupa muito são as doenças, de ficar inutilizada que é o que eu temo..."

E4 - "...agora como isto está, gostava ainda de ser útil, de continuar assim e ter a qualidade de vida e também depende da gente fazer por isso..."

E5 - "...continuar a fazer aquilo que tenho feito até agora, se houver coisas novas para fazer eu quero tentar fazer..."

8. CONCLUSÕES

A Conclusão, etapa basilar em qualquer trabalho de investigação, assume caráter preeminente, pois permite “[...]revisitar novamente os modelos e as concepções e, ainda, abalar [...] ideias preconcebidas, noções [permitindo] saber mais para melhor intervir.” (Felizardo, 2012,p.302).

Partindo do pressuposto concetual de que o envelhecimento ativo integra em si as dimensões de saúde, participação social e qualidade de vida, sentiu-se necessidade de conhecer se as práticas de envelhecimento ativo são promotoras de qualidade de vida e simultaneamente de bem-estar psicológico, partindo do princípio de que a “[...]atividade pressupõe não só o desenvolvimento de actividades físicas ou a participação no mercado de trabalho, mas também a participação social, cultural, cívica e espiritual.” (Cabral, 2013,p.187). Após a realização do estudo empírico e tendo como referência o quadro teórico, a pergunta de partida e os objetivos traçados inicialmente, realçam-se os dados empíricos que emergiram com maior relevância.

O estudo efetuado analisou uma amostra com determinados fatores sociodemográficos, constituída por indivíduos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 71-80 anos, maioritariamente casados(as), detentores da 4ª classe, reformados e residindo em casa própria com o respetivo cônjuge.

No que concerne às práticas de envelhecimento ativo e sua influência na qualidade de vida e bem-estar psicológico do idoso (questão central deste estudo) observou-se e confirmou-se a influência positiva que o desenvolvimento de práticas de envelhecimento ativo exerce na QV e BEP do indivíduo, confirmando a hipótese 1.

As PEA promovem resultados positivos na QV e no BEP, pois permitem reconhecer o potencial do idoso em várias áreas e a capacidade para novas experiências e aprendizagens. Constituindo-se as PEA como atividades que o indivíduo executa para se manter ativo, esta concepção subjetiva encerra em si dois pressupostos essenciais. Por um lado, as PEA são ações que o indivíduo executa espontaneamente, (individualmente ou não) e por outro lado ao praticar algo da sua preferência está a manter-se ativo e a contribuir para o seu desenvolvimento pessoal.

A avaliação do conceito de qualidade de vida foi realizada sob duas variáveis: saúde e condição económica. Relativamente à primeira variável, demonstrou-se que apesar de

se tratar de uma amostra com um determinado quadro clínico específico da idade, a saúde (ou ausência de saúde) não inviabiliza o normal funcionamento do seu quotidiano e nem constitui elemento impeditivo no desenvolvimento de práticas de envelhecimento ativo. A literatura científica debate bastante a dimensão da saúde por esta ser questão fulcral e encontrar-se no topo das preocupações dos idosos no decorrer do seu processo de envelhecimento. De fato assim é. A saúde encontra-se no topo das preocupações dos idosos, contudo, os idosos tendo consciência das suas limitações clínicas não se abstém de praticar atividades que gostam por forma a se manterem ativos. A prática de atividade, individual ou não, pode auxiliar na questão da saúde, aligeirando os seus efeitos físicos e mentais na pessoa.

Relativamente à segunda variável analisada na qualidade de vida (condição económica) constatou-se que apesar da amostra revelar uma condição económica razoável, com valores mensais pouco avultados resultantes da sua condição de reformados(as), a sua situação económica não impede a prática de atividades. Este resultado permite referir que, independentemente do valores auferidos serem maiores ou menores, o indivíduo tem sempre a possibilidade de desenvolver atividades sem ser necessário recorrer a grandes investimentos. A título de exemplo, as atividades mais praticadas e identificadas neste documento são o desporto, o uso do computador e o ir buscar os netos à escola. Fica patente que para o seu exercício não é necessário efetuar grandes encargos financeiros.

Em síntese, verificou-se a infirmação da hipótese 4 na sua totalidade. Finalizando, a amostra considerou ter uma qualidade de vida boa e conceptualiza o termo como tendo saúde e condição económica, indo ao encontro daquilo que é defendido pela literatura.

Relativamente ao conceito de bem-estar psicológico este foi definido como sinónimo de boa disposição interior. Verificou-se uma amostra que se auto aceita, tem redes de amizade estabelecidas, é autónoma e demonstra boa integração/participação no meio onde reside. Contudo não tem planos de vida pois já concretizou os objetivos de vida pretendidos e encontra-se satisfeita com a sua vida, salientando, no entanto, que gostava de aprender coisas novas. Em termos de experiência de vida, registou-se um percurso de vida normal. Estes aspetos vão ao encontro da teoria que defende que o BEP assenta na aceitação de si próprio como fator essencial para o desenvolvimento

e crescimento individual. O fato de se estabelecerem e manterem relações sociais positivas e laços de amizade são também determinantes para o bem-estar pessoal.

Outro aspecto analisado neste estudo foi o relacionamento familiar, a família, parte essencial da vida do idoso. Constatou-se a existência de agregados familiares constituídos sobretudo por um filho e dois netos. São agregados que privilegiam a proximidade entre si, traduzindo-se na visita diária ao familiar idoso. No entanto, os elementos mais idosos do agregado não pedem apoio familiar, mas em contrapartida prestam apoio aos seus familiares, sobretudo financeiro. Os idosos deste tipo de agregado tomam as suas próprias decisões evidenciando a sua autonomia. Por sua vez, os familiares demonstram preocupação pela pessoa do idoso e conjuntamente desenvolvem atividades. Em síntese, o relacionamento familiar atual é considerado bom. A questão do relacionamento familiar constitui-se sempre uma questão pertinente no estudo de envelhecimento, pois nunca é demais referir, que a família é o suporte do idoso; o idoso vê no seu agregado familiar uma base de apoio, o seu cuidador informal.

Outra questão fundamental deste estudo prendeu-se com o envelhecimento, sobretudo em conhecer o ajustamento pessoal ao envelhecimento e o ajustamento individual à reforma. Apurou-se que o envelhecimento é definido subjetivamente pela amostra como uma fase positiva e natural da vida. No que concerne ao ajustamento pessoal ao envelhecimento, a amostra classificou-o como natural e bem aceite, infirmando a hipótese 6. Este resultado realça a importância dos processos adaptativos bem-sucedidos ao longo da vida do idoso, pois capacita-o com os instrumentos necessários para fazer face às várias etapas de vida. Capacitado com os instrumentos adequados, reorientando valores e sentido de vida e tendo apoio familiar e redes sociais de suporte estão reunidas algumas condições para que o processo de envelhecimento não se constitua uma fase difícil para o idoso.

No segundo pressuposto, realçou-se a reforma como uma passagem do estado ativo para um estado inativo, sendo compatível com a teoria debatida neste estudo. Neste âmbito, a adaptação da amostra à reforma foi um processo positivo (apesar de gostar da profissão exercida anteriormente), pois permitiu-lhe dispor de mais tempo livre para exercer outras atividades, confirmando desta forma a hipótese 5. Verificou-se ainda a existência de atividades pré-reforma (antes da reforma), ou seja, de tempos livres que consistiam em tarefas domésticas, idas ao cinema/teatro/revistas, fazer renda, leitura,

pequenos trabalhos agrícolas, desporto, conduzir o carro. O fato de existir mais tempo livre disponível para a realização de atividades, faz com que o desenvolvimento de PEA no pós-reforma seja bem-sucedido, pois o idoso já definiu aquilo que pretende realizar nesta nova fase da vida e que vai no sentido contrário ao da inatividade.

Sobre as práticas de envelhecimento ativo, tornou-se relevante identificar o conhecimento prévio sobre envelhecimento ativo. Demonstrou-se que a amostra não conhecia o termo envelhecimento ativo e definiu as PEA como atividades que o indivíduo executa para se manter ativo(a), autoavaliando-se a amostra como ativa.

Atendendo à existência de atividades desenvolvidas pelos idosos, o estudo permitiu distinguir mais do que uma categoria de atividades. No seguimento das atividades pré-reforma, constatou-se a manutenção de atividades anteriores e o desenvolvimento de novas atividades. Foi possível identificar atividades de caráter individual, conjugal, familiar, de amizade, de cidadania, possibilitando infirmar a hipótese 3. A categoria individual é aquela que é transversal a todos os elementos da amostra, em oposição às atividades de cidadania (que regista um tímido desempenho, apenas pelo género feminino) e laborais (totalmente ausente). Neste contexto, seria pertinente investigar num estudo futuro a razão de tais categorias serem tão pouco desenvolvidas. Sabendo que o conceito de envelhecimento ativo remete não só para atividades físicas, mas também para atividades sociais, cívicas e até laborais, importa conhecer por que razão estas últimas categorias são tão pouco difundidas ou desenvolvidas pelos idosos.

Sendo a categoria individual a mais praticada, numa análise mais profunda verificou-se a existência de atividades idênticas entre os géneros, como a prática de ginástica, o uso do computador e ir buscar os netos à escola. A prática de ginástica reflete a vertente de saúde física defendida no conceito de envelhecimento ativo, enquanto o uso do computador demonstra vontade de valorização e crescimento pessoal, apostando na aprendizagem individual contínua. Por sua vez, a relação de proximidade estabelecida entre avô(avó)/neto vai ao encontro do pressuposto da intergeracionalidade e proporciona estabilidade emocional. O idoso, no seu papel de avô/avó, adota uma postura voluntária exercida a tempo parcial, podendo ser complementada com atividades de outra natureza. Desta forma, a hipótese 2 apenas é infirmada na variável género onde se registam as únicas diferenças na PEA, sendo que as atividades do género feminino incidem sobre atividades instrumentais de

obrigação quotidiana (tarefas domésticas, ver televisão, fazer/renda) enquanto as atividades do género masculino remetem para atividades de lazer (ir à biblioteca ler o jornal).

O estudo evidenciou ainda que os idosos têm como maior prioridade futura a sua família, embora surjam alguns casos de idosos cuja maior preocupação é a manutenção da sua saúde, autonomia, independência e atividade.

Em suma, o envelhecimento não deve ser considerado um problema da sociedade, mas sim uma oportunidade de inovação. Deve-se reconhecer o idoso como elemento integrante da sociedade e valorizar o seu papel e potencial. O envelhecimento ativo, traduzido nas práticas de envelhecimento ativo promove a QV e o BEP, pois permite ao idoso investir em novas atividades, prolongar e enriquecer as atividades, anteriormente, desenvolvidas, manter e aprofundar o sentido de utilidade para si próprio e para as pessoas com quem se relaciona possibilitando combater o risco de isolamento e promover uma atitude positiva perante a vida.

Este desiderato depende da saúde e das capacidades funcionais (AVD e AIVD), da existência de redes sociais e familiares, da dependência (autonomia), do sentimento de utilidade e pertença social do idoso, quer enquanto indivíduo detentor de sabedoria e experiência, quer enquanto indivíduo produtor de contributo económico e social e finalmente, pela ausência de condições económicas deficientes.

O idoso deve fazer um bom acompanhamento da sua vida e afastar-se da desidealização ou da regressão do idoso a estados infantis, sendo necessário encontrar novos ideais, valores e novos sentidos e metas de vida. Para o ajudar nesta tarefa, o idoso conta com os conhecimentos e intervenção do assistente social, no sentido de operacionalizar a integração na sociedade e desta forma dinamizar a cidadania e o exercício dos seus direitos.

É ainda de referir que apesar de ser terem alcançado resultados pertinentes, o estudo realizado não satisfaz completamente, devido à presença de determinados condicionalismos que inviabilizaram uma análise mais ampla da questão em estudo. Por um lado, devido à larga extensão e dimensão da população em estudo, optou-se por definir uma amostra representativa da população-alvo, o que por sua vez limitou o estudo a uma pequena amostra de indivíduos. Por outro lado, este recurso à

amostragem prendeu-se com a impossibilidade de efetuar uma análise global à população-alvo devido a condicionantes temporais, pessoais e financeiras.

Assim sendo, devido à relevância que esta questão apresenta atualmente, destaca-se a importância de se realizar um estudo mais amplo sobre as práticas de envelhecimento ativo e o seu contributo para a QV e BEP dos idosos, colaborando e participando também na transformação da visão negativa e estereotipada que se tem do Envelhecimento e do idoso.

REFERÊNCIAS

- ARCHER, Luís J. (2001) - Novos desafios à bioética. 1ª Edição, Porto Editora, Porto, p.222 – 231.
- ANTÓNIO, Stella (2010) – Solidariedade intergeracional: envelhecimento demográfico e opiniões dos portugueses. *Intervenção social*. Lisboa, Universidade Lusíada, **36**, 87-97.
- BALLESTEROS, Rocío Fernández (2004) - Gerontologia social, Ediciones Pirâmide, Madrid.
- BATISTA, Myriam Veras (2001) – A investigação em serviço social. CPIHTS – Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, Lisboa
- CABRAL, Manuel Villaverde – Seminário envelhecimento ativo, intimidade e saúde. Lisboa: Universidade Lusíada, 2012.
- CABRAL, Manuel Villaverde (2013) – Processos de envelhecimento em Portugal – usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa.
- CARVALHO, Maria Irene Lopes (2011) – Serviço social e envelhecimento ativo: teorias, práticas e dilemas profissionais. *Intervenção social*. Lisboa, Universidade Lusíada, **38**, 45-60.
- CARVALHO, Maria Irene (2012) – Serviço social na saúde. 1ª Edição, Pactor Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, Lisboa, pg.139-181.
- COUTINHO, Maria Pereira (2010) – Sociedade contemporânea e a problemática do envelhecimento: a importância da solidariedade intergeracional. *Intervenção social*, Lisboa, Universidade Lusíada, **36**, 27-34.
- CORREIA, J. Martins (2003) – Introdução à gerontologia. 1ª Edição, Universidade Aberta, Lisboa.
- FERREIRA, Jorge (2011) – A investigação em serviço social: modelos para a compreensão da realidade. *Intervenção social*, Lisboa, Universidade Lusíada, **38**, 99-113.
- FERREIRA, Pedro Lopes; RODRIGUES, Rogério; NOGUEIRA, Dália (2006) – Avaliação multidimensional em idosos. nº1, Mar da Palavra Edições Ld.ª, Coleção Qualidade de vida, pg.15-27.
- FELIZARDO, Sara Maria Alexandre e Silva (2012) – Deficiência, família(s) e suporte social: contextos e trajetórias de desenvolvimento para a inclusão. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Dissertação de Doutoramento.
- FONSECA, António Manuel (2006) – O envelhecimento – uma abordagem psicológica. 2ª Edição, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – O processo de investigação: da concepção à realização. Lusociência Edições Técnicas e Científicas Ld.ª, Loures.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida (2008) – A avaliação da qualidade de vida – guia para profissionais de saúde. Artmed Editora.

GAUTHIER, Benôit (2003) – Investigação social – da problemática à colheita de dados. Lusociência Edições Técnicas e Científicas Ld.^a, Loures.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006) – Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - sentidos e formas de uso. Príncipia Editora Ld.^a, Cascais.

IRIGARAY, Tatiana; SCHNEIDER, Rodolfo; GOMES, IRENIO (2011) – Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Revista Psicológica*, **24**, 810-818. [consultado a 25 de Janeiro de 2013] em URL: www.scielo.br/prc

JONES, David – II Congresso internacional de serviço social- serviço social: compromisso para uma nova geração. Lisboa: Universidade Lusíada, 2011.

LIMA, Margarida Pedroso (2004) - Posso participar? actividades de desenvolvimento pessoal para idosos. 1^a Edição, Coleção Idade do Saber, Porto.

LOPES, Alexandra (2012) – Manual de gerontologia: envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. Lidel Edições técnicas, pg. 203-229, Lisboa.

MESQUITA, José Alberto Rodrigues Dá (2007) – A importância do suporte social na promoção da qualidade de vida dos residentes na comunidade. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

MOURA, Cláudia (2010) - Século XXI – século do envelhecimento. 1^a Edição, Lusociência Edições Técnicas e Científicas Ld.^a, Loures.

NERI, Anita Liberaless, (org) (2001) - Maturidade e velhice – trajetórias individuais e socioculturais. Papyrus Editora, Coleção Vivacidade, São Paulo.

NOVO, Rosa Ferreira (2003) – Para além da eudamonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

OCDE (1998) - Policy Brief: Maintaining prosperity in an ageing society. [consultado a 12 de Janeiro de 2013] em URL: <http://www.oecd.org/els/public-pensions/2430300.pdf>

OLIVEIRA, Barros de (2010) - Psicologia do envelhecimento e do idoso. 4^a edição, Edições Livpsic, Oliveira de Azeméis.

PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005) – Envelhecer em Portugal, psicologia, saúde e prestação de cuidados. 1^a Edição, Climepsi Editora, Lisboa.

PAÚL, Constança; RIBEIRO, Óscar (2011) – Manual de envelhecimento activo. 1^a Edição, Lidel Edições técnicas, Lisboa.

PAÚL, Constança; RIBEIRO, Óscar (2012) – Manual de gerontologia. 1^a Edição, Lidel Edições técnicas, Lisboa.

PAYNE, Malcolm (2002) – Teoria do Trabalho Social Moderno. Quarteto Editora Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

PROGRAMA DE ACÇÃO DO AEEASG (2012) - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. [consultado a 9 de Dezembro de 2012) em URL: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

ROSA, Maria João Valente (2012) – O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa.

SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida (2004) - Envelhecer em Família, os cuidados familiares na velhice. 1ª Edição, Colecção Idade do Saber, Porto.

VELASCO, Cacilda Gonçalves (2006) – Aprendendo a Envelhecer à luz da psicomotricidade. Phorte Editora, São Paulo, Brasil.

BIBLIOGRAFIA

BEAUD, Stéphane; WEBBER, Florence (2007) – Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos. Vozes Editora Ld.^a, Brasil.

BURGESS, Robert G. (1997) – A pesquisa de terreno – uma introdução. 1ª Edição, Celta Editora, Oeiras.

BLAIKIE; Norman (2010) – Designing social research. 2ª edição, Polity Press, Cambridge, UK.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998) – Metodologia da investigação. 1ª Edição, Universidade Aberta, Lisboa.

CHOPART, Jean-Noël (2003) – Os novos desafios do trabalho social: dinâmicas de um campo profissional. 1ª Edição, Porto Editora, Porto.

EUROSTAT, Statistical Books (2012) – Active ageing and solidarity between generations – a statistical portrait of the European Union. European Commission. [consultado a 25 de Fevereiro de 2013] em URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF

FLICK, Uwe (2005) – Métodos qualitativos na investigação científica. 1ª Edição, Coleção Manuais de Gestão, Monitor, Projetos e Edições Ld.^a, Lisboa.

GUIOMAR, Vânia C. (2010) – Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. [consultado a 10 de Março de 2013] em URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0261.pdf>

GRANJA, Berta Pereira; Queiroz, Maria Cidália (2011) – Problemas e desafios da investigação social. *Intervenção social*, Lisboa, Universidade Lusíada, **38**, 233-251.

HENRIQUES, Paula Marques, MENDES, Isabel Sousa (2006) - A pessoa idosa – momentos de reflexão - caderno de actas do seminário em gerontologia, Edição do Município de Tondela, Gabinete de Ação Social.

HEBERT, Michelle (2012) – Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. 5ª Edição, Instituto Piaget, Lisboa.

JORNAL Oficial da União Europeia (2011) - Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro de 2011 sobre o Ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre as gerações. [consultado a 20 de Dezembro de 2012] em URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:PT:PDF>

LADISLAS, Robert (1994) – O envelhecimento. Coleção Medicina e saúde, 7, Instituto Piaget, Lisboa.

MAURITTI, Rosário (2004) – Padrões de vida na velhice. *Análise psicológica*, Lisboa, **Vol. XXXIX**, Instituto Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 339-363.

MCINTYRE, Anne; ATWAL, Anita (2007) - Terapia ocupacional e a terceira idade. Livraria Santos Editora Ltda., São Paulo, Brasil.

NETTO, Matheus Papaléo (2002) – Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Editora Atheneu. São Paulo, Brasil.

NERI, Anita Liberalesso, YASSUDA (org.) e CACHIONI (colab.) (2004) – Velhice bem-sucedida, aspetos afetivos e cognitivos. Papyrus Editora, Coleção Vivaldade.

NUNES, Patrícia (2007) – Psicologia Positiva. Revista de Psicologia, Coimbra. [consultado a 18 de Abril de 2013] em URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0115.pdf>

OMS (2002) – Vieillir en Restant Actif: Cadre d’Orientation, Genebra, OMS. [consultado a 20 de Novembro de 2012] em URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

OMS (2011) – Global Health and Aging. [consultado a 15 de Novembro de 2012] em URL: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/

OSÓRIO, Agustín Requejo; PINTO, Fernando Cabral (2007) – As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa. Horizontes Pedagógicos, Instituto Piaget, Lisboa.

PARREIA, Artur (2006) – Gestão do Stress e da Qualidade de Vida, um guia para a Acção. 1ª Edição, Editora Monitor, Lisboa.

PIRES; Álvaro et al (2008) – A pesquisa qualitativa, enfoques epistemológicos e metodológicos. 2ª Edição, Editora Vozes Ld.ª, Brasil.

POCINHO, Ricardo (2012) – Envelhecer em tempo de crise: respostas sociais. Legis Editora, Porto.

POIRIER, Jean; VALLADON, Clapier; RAYBAUT, Paul (1995) Histórias de vida – teoria e prática. 1ª Edição, Celta Editora., Oeiras.

PLANO NACIONAL DE EMPREGO (sem data) – Estratégia Nacional de Envelhecimento Activo (ENEA). [consultado a 10 de Abril de 2013] em URL: http://www.socialgest.pt/_dl/ENEA_Estrategia_Nacional_Envelhecimento_Activo.pdf

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1992) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. 1ª Edição, Edições Gradiva, Lisboa.

RICHARDSON, Roberto Jarry e colab. (1999) – Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3ª Edição, Atlas Editora Ld.ª, São Paulo, Brasil.

ROBERTIS, Cristina de (2011) - Metodologia da intervenção em trabalho social. Porto Editora, Porto.

RODRIGUES, Fernanda – II Congresso Internacional de Serviço Social- Serviço Social: compromisso para uma nova geração. Lisboa: Universidade Lusíada, 2011.

SANTOS, Clara Cruz (2012) – Organização da prática profissional do Serviço Social em modelos de Intervenção. *Intervenção social*, Lisboa, Universidade Lusíada, **39**, 121-144.

SEQUEIRA, Arménio; SILVA, Marlene (2002) – O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise psicológica*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Série XX, **3**, pg. 505-516.

TEIXEIRA, Paulo (2006) – Envelhecendo passo a passo. *Revista de Psicologia*, Porto: Universidade Lusíada.[consultado a 17 de Fevereiro de 2013] em URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>

WHO (World Health Organization) (2002) – Active Ageing: a policy framework. [consultado a 8 de Maio de 2013] em URL: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

APÊNDICES
LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A
Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista nº ____

Data: ____ / ____ / ____

I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL DO ENTREVISTADO(A)

- 1.a) Género
- b) Que idade tem?
- c) Qual é a sua data de nascimento?
- d) E o seu Estado civil?

2. Andou á escola? Se sim, até que ano?

3. Ainda trabalha?

4. a) Com quem vive?
- b) A casa onde vive é sua ou é de renda?

II – QUALIDADE DE VIDA (QV)

1. SAÚDE

1. Como está a sua Saúde?

2. Que problemas é que o(a) afetam mais?

3. a) Quantas vezes vai ao médico?
- b) Quantas vezes faz tratamentos?
- c) Toma medicamentos?

4. a) Gasta muito em medicamentos?
- b) Consegue ter dinheiro para gastar noutras coisas que gosta?

5. As doenças que tem impedem que faça alguma atividade de que goste?

6. Como vê esta perda de saúde?

2. CONDIÇÃO ECONÓMICA

1. a) Encontra-se reformado(a). Pode dizer-me quanto ganha por mês?
- b) Como avalia a sua capacidade económica?
- c) Tem aquilo que gostaria de ter para ter uma vida boa?

3. AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DE QUALIDADE DE VIDA

1. O que é para si a Qualidade de Vida?
2. a) Como é a sua Qualidade de Vida? é boa ou má?
b) Acha que podia melhorar a sua qualidade de vida? Como?

III – BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (BEP)

1 – CONCEÇÃO:

1. Na sua opinião, o que é Bem-Estar?

2 – AVALIAÇÃO GERAL DO BEP FACE ÀS DIMENSÕES:

1. Sente-se feliz com a sua vida e consigo próprio?
2. Tem amigos ou conhecidos?
3. a) Na sua opinião, o que é a Autonomia?
b) A autonomia é importante na sua vida? porquê?
c) Considera-se autónomo(a)?
4. Sente-se bem no meio onde reside? Convive bem com as pessoas? Tem conhecimento de atividades? Participa nas atividades?
5. Tem alguns objetivos de vida ou planos que gostava de realizar?
6. Neste momento, existe ainda alguma coisa que gostava ou desejava realizar? conseguiu fazer?
7. Que avaliação faz de si próprio(a)? Como se vê como pessoa?

3 – EXPERIÊNCIA DE VIDA:

1. Como caracteriza o seu percurso de vida até agora?

IV – RELACIONAMENTO ATUAL COM A FAMÍLIA

1 – AGREGADO FAMILIAR: COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

1. a) Tem filhos ou netos?
b) Que outros familiares ainda tem?

2 – RELAÇÕES FAMILIARES:

2. a) Os seus filhos e/ou netos trabalham?
b) Trabalham em Portugal ou estão fora do país?
3. Quantas vezes o visitam?

4. Têm bom relacionamento?
5. Pede apoio aos seus familiares?
6. Alguma vez prestou apoio aos seus familiares?
7. Pede opinião dos familiares?
8. Os seus familiares preocupam-se consigo e com o seu dia-a-dia?
9. Desenvolvem atividades familiares conjuntas?

3 – RELACIONAMENTO FAMILIAR:

1. Como acha que é o relacionamento com os seus familiares?

V – PRÁTICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO (PEA)

1 – ENVELHECIMENTO

1. O que é para si o Envelhecimento?
2. Como foi envelhecer? Como encarou essa mudança?

2 – REFORMA

1. a) Referiu que exerceu a profissão X, gostava do que fazia? Porquê?
b) O que entende por reforma?
c) Como foi a sua entrada na reforma? Como é que se sentiu?
d) O que fazia nos tempos livres antes de entrar na reforma? Tinha projetos que queria desenvolver?
e) Como se sente agora como reformado(a)? Quais as mudanças mais significativas que notou?
f) Tem metas/planos para realizar?

3 – PRÁTICAS DE ENVELHECIMENTO ATIVO

1. Práticas de Envelhecimento Ativo

(Ler a seguinte citação)

Envelhecimento Ativo consiste no “processo de otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de intensificar a qualidade de vida conforme a pessoa envelhece” (pg.2 in OMS 2002) A palavra activo “se refere à contínua participação nos afazeres sociais, económicos culturais, espirituais e cívicos, não apenas à habilidade de ser fisicamente activo ou participar da força de trabalho”(pg.4 in OMS, 2002:12)

2. Já ouviu falar em Envelhecimento Ativo? Nas suas palavras, o que acha que é? Acha que é bom?
3. Sendo reformado(a), considera-se uma pessoa ativa ou uma pessoa inativa?

4. Atividades Pós- Reforma a Nível Individual:
 - a) Ocupa o seu tempo com alguma coisa? O que faz durante o dia?
5. Atividades Pós-reforma a Nível Conjugal:
 - a) Enquanto casal, ocupam o vosso tempo com alguma atividade? que atividades fazem em conjunto durante o dia?
6. Atividades Pós-reforma a Nível Familiar:
 - a) Enquanto Família, ocupam o vosso tempo com alguma atividade? que atividades fazem em conjunto durante o dia?
7. Atividades Pós-reforma a Nível Relações de Amizade:
 - a) Ocupam o tempo com alguma atividade? que atividades fazem em conjunto durante o dia?
8. Atividades Pós-reforma a Nível Trabalho (desempenho de cargo diretivo ou de outra responsabilidade)
 - a) Ocupa o tempo com alguma atividade remunerada? que atividades faz durante o dia?
9. Atividades Pós- reforma a Nível Cidadania (associações, movimentos políticos, movimentos religiosos, voluntariado em Hospital, Lares ou Centro de Dia, apoio familiar, Clubes desportivos...)
 - a) Ocupa o tempo com alguma atividade cívica? que atividade(s) faz durante o dia?
10. Depois desta conversa, na sua opinião, o que são Práticas de Envelhecimento Ativo?

VI – RELAÇÃO PERCEBIDA ENTRE QV / BEP / PEA

1. Depois desta conversa, e recordando o que disse sobre os 3 conceitos, como vê a articulação entre estes?
2. Quais são as suas preocupações para o futuro? o que mais deseja ser capaz de conseguir ?

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice B

Pedido de Autorização para realização do estudo

Lucia Beijinha
Rua XXXXXXXXXXXXX
Tlm: XXXXXXXXXXXXX
Correio electrónico: XXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX, XX de Dezembro de 2012

A/C: Ex. Sr. Presidente da Câmara Municipal de Beja
Dr. José Pulido Valente

ASSUNTO: Pedido de Autorização para realização do estudo empírico no Centro Social XXXXX

Eu, Lucia Beijinha, licenciada em Serviço Social, encontrando-me a desenvolver a minha dissertação de Mestrado em Serviço Social leccionado pela Universidade Lusíada de Lisboa, sob orientação do Prof.º Dr. Duarte Vilar e tendo conhecimento das atividades desenvolvidas pelo equipamento social acima referido, venho por este meio solicitar respeitosamente a V. Exª, autorização para deslocar-me à referida Instituição e proceder à recolha de dados junto da população idosa, com o intuito de saber se o idoso que desenvolve práticas de envelhecimento ativo apresenta maior qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Devo informar V. Exª que já tive oportunidade de expor este pedido diretamente à Diretora Técnica, a Dr.ª Deolinda, a qual apresentou abertura para a realização do mesmo.

Sem mais assunto no momento, agradeço a atenção e a compreensão que o meu pedido possa merecer.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos, aguardando parecer positivo da parte de V. Exª.

Atentamente,

(Lucia Beijinha)

Apêndice C
Consentimento Livre e Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, utente do Centro Social X, aceito colaborar voluntariamente no estudo empírico e ser entrevistado(a) por Lúcia Beijinha sobre o tema “Envelhecimento Ativo e Serviço Social: Práticas de Envelhecimento Ativo e seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos”, no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Serviço Social.

O utente,
