

**Joana Alexandra Sousa Silva**

**ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA:**

**USO DO TEMPO E CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS DO BONFIM**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**Porto, 2015**



**Joana Alexandra Sousa Silva**

**ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA:**

**USO DO TEMPO E CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS DO BONFIM**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**Porto, 2015**

**Joana Alexandra Sousa Silva**

**ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA:**

**USO DO TEMPO E CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS DO BONFIM**

---

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, sob orientação do Professor Doutor Rui Maia e Coorientadora Professora Doutora Isabel Silva.

**Porto, 2015**

“Às vezes ouço passar o vento;  
E só de ouvir o vento passar,  
Vale a pena ter nascido.”

(Fernando Pessoa)

## **SUMÁRIO**

Com enquadramento na realidade demográfica da freguesia do Bonfim, de marcado envelhecimento, foram teórica e empiricamente tratadas as questões do envelhecimento ativo (EA) e qualidade de vida (QDV) dos idosos.

Através de um extenso inquérito testaram-se subdimensiones que relacionam o EA e a QDV com aspetos idiossincráticos e materiais dos sessenta e quatro idosos participantes.

Da confrontação entre a literatura da especialidade e os resultados obtidos, mais do que conclusões, surgiram reflexões e linhas de investigação que, todas apontam para a necessidade de definição de políticas sociais suscetíveis de potenciarem a cada vez maior valorização deste subgrupo – os idosos – que nos anos mais próximos assumirá relevante importância na regulação global das nossas sociedades.

Palavras-chave: envelhecimento, envelhecimento demográfico, envelhecimento ativo, idosos, qualidade de vida.

## **SUMMARY**

Through a demographic framework of the reality of Bonfim, strongly ageing, were theoretically and empirically treated the active ageing issues (AA) and the quality of life (QOL) of the elderly.

Using an extensive survey subdimensions were also tested that relate AA and QOL with idiosyncratic aspects and materials from sixty-four elderly participants.

From the confrontation between the literature on the theme and the results obtained, it's possible to reach not only conclusions but also some reflections and lines of inquiry that point to the need to define social policies likely to maximize the growing appreciation of this subgroup - the elderly - which in the coming years will assume great importance for the global regulation of our societies.

Keywords: aging, demographic aging, active aging, elderly, quality of life.

**À memória do meu avô,**

**Aos meus pais,**

## **AGRADECIMENTOS**

O meu primeiro agradecimento dirige-se ao Professor Doutor Rui Maia. Obrigada pela paciente concessão do seu precioso tempo, pela forma genuína como partilhou os seus conhecimentos comigo ao longo de todo este percurso e pela pertinência de todas as suas observações. Agradeço também todas as palavras de incentivo.

Agradeço igualmente à Professora Doutora Isabel Silva, pelos conhecimentos partilhados e todas as sugestões realizadas, ainda que, em dado momento, à distância.

Professor Doutor Rui Maia e Professora Doutora Isabel Silva sinto-me muito honrada por ter podido embarcar nesta viagem convosco!

Agradeço à Junta de Freguesia do Bonfim, pela possibilidade de realização desta investigação neste espaço. Em especial, à Dra. Alda Pena, por partilhar as preocupações e objetivos de trabalho da junta; à Dra. Márcia, à Dra. Elizabeth e à Dra. Joaquina Soares, pela possibilidade de aproximação aos utentes do Centro de Convívio para Idosos do Bonfim e do Serviço de Apoio Domiciliário. Obrigada pelo tempo dispensado a tornar esta investigação possível!

Agradeço a todos os participantes deste estudo pela humilde partilha de discursos, de sentimentos, pela concessão do vosso tempo e, quando necessário, de espaço em vossas casas. Obrigada pela partilha das vossas vidas e dos vossos sábios conhecimentos!

É com muito carinho que agradeço aos meus pais. Obrigada Pai, pela confiança e compreensão. Mãe, obrigada por estares sempre a meu lado e pela cumplicidade que nos une, é com muito amor que te agradeço por teres sido um pilar nesta etapa, a ti te devo tudo!

Obrigada ao António, pelas traduções mais complexas, pela presença em todos os momentos, mesmo naqueles em que o desespero e desânimo perpetuavam. Obrigada pelas palavras de alento, de conforto e carinho!

A todos os demais que, direta ou indiretamente, embarcaram comigo nesta viagem, o meu muito obrigada!

## ÍNDICE GERAL

SUMÁRIO.....	VI
SUMMARY .....	VII
AGRADECIMENTOS .....	IX
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	XII
ÍNDICE DE QUADROS .....	XIII
ÍNDICE DE FIGURAS .....	XIV
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XV
INTRODUÇÃO.....	17
<b>PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO I. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: UM FEITO E UM DESAFIO .....</b>	<b>21</b>
Enquadramento.....	21
1.1. O envelhecimento como um cenário demográfico transversal: Diminuição e envelhecimento da população portuguesa .....	21
1.2. Cenários de Projeção para Portugal em 2060: acentua-se o declínio populacional e o envelhecimento demográfico.....	25
1.3. População Idosa Portuguesa: Família, Rendimento e Limitações.....	28
Síntese.....	31
<b>CAPÍTULO II. ENVELHECIMENTO ATIVO.....</b>	<b>32</b>
Enquadramento .....	32
2.1. Envelhecimento ativo: conceções de organismos supranacionais.....	33
2.2. O envelhecimento ativo na perspetiva dos próprios idosos.....	37
Síntese.....	42
<b>CAPÍTULO III. QUALIDADE DE VIDA .....</b>	<b>43</b>
Enquadramento .....	43
3.1. Qualidade de Vida: História e conceções .....	44
3.2. Qualidade de vida no envelhecimento.....	48
3.2.1. Perceção dos idosos sobre QDV – componentes que definem e influenciam a QDV .....	49
Síntese.....	56
<b>PARTE 2: ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>58</b>

<b>CAPÍTULO IV. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO</b> .....	59
Enquadramento .....	59
4.1. Pertinência do estudo – Um olhar sobre o Bonfim.....	60
4.2. Questão de Partida e Questões de Investigação.....	65
4.3. Objetivos do Estudo .....	66
4.4. Participantes .....	67
4.5. Instrumentos .....	68
4.6. Procedimento.....	70
<b>CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	77
Enquadramento .....	77
5.1. Resultados.....	78
5.1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	78
5.1.2. Envelhecimento ativo – Ocupação do tempo, acompanhamento diário e determinantes físicos e sociais do Bonfim que facilitam ou inviabilizam uma participação efetivamente ativa dos idosos na comunidade .....	80
5.1.3. Qualidade de Vida dos idosos – condições económicas, habitação e saúde e satisfação relativamente às mesmas .....	87
5.1.4. Objetivos de vida e aspirações futuras .....	93
5.2. Resultados da associação de variáveis ligadas ao EA e QDV dos idosos.....	95
5.2.1. Participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e sentimentos de (in)satisfação face a aspetos da vida.....	95
5.2.2. Participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e categorias ligadas ao estado de saúde.....	96
5.2.3. Participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e histórico de vida .....	97
5.2.4. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e sentimentos de (in)satisfação face a domínios detalhados da vida.....	98
5.2.5. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e recursos financeiros .....	99
5.2.6. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral e categorias ligadas ao estado de saúde .....	100
5.2.7. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e condições de habitação .	101
5.3. Discussão dos Resultados.....	102
<b>REFLEXÕES FINAIS</b> .....	109
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	113
<b>ANEXOS</b> .....	125

## **ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CCIB – Centro de Convívio para Idosos do Bonfim

CPP – Classificação Portuguesa das Profissões

E – Entrevistado

EA – Envelhecimento ativo

EU – European Union

EUROSTAT – European Statistic

Gn – Génesis

I – Inquirido

INE – Instituto nacional de Estatística

JFB – Junta de Freguesia do Bonfim

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – Pergunta

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

QDV – Qualidade de vida

RM – Relação de Masculinidade

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Grupos Funcionais Porto e Bonfim (População residente, 2011).....	62
<b>Quadro 2:</b> População residente Bonfim com 65 anos ou mais segundo sexo e estado civil (2011).....	63
<b>Quadro 3:</b> Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	78
<b>Quadro 4:</b> Relação de Masculinidade por grupos de idade.....	79
<b>Quadro 5:</b> Distribuição da amostra segundo grupos de idade e participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo.....	82

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Pirâmide etária População Portuguesa (população residente em 2013 e estimada para 2035 e 2060, <i>cenário central</i> ).....	28
<b>Figura 2:</b> Pirâmide Etária da Freguesia do Bonfim (População residente no Bonfim, 2011).....	62
<b>Figura 3:</b> Distribuição da amostra por género e sentimento de solidão.....	81
<b>Figura 4:</b> Distribuição da amostra por rendimento mensal pessoal e do agregado familiar.....	88
<b>Figura 5:</b> Distribuição da amostra de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009).....	153

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A: Mapa da freguesia do Bonfim</b> .....	126
<b>Anexo B: Instrumentos de recolha de dados</b>	
1: Guião da Entrevista Exploratória.....	128
2: Questionário: <i>Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos do Bonfim</i> .....	131
<b>Anexo C: Procedimentos Metodológicos</b>	
1: Termo de Consentimento Informado (aplicado aos participantes da Entrevista Exploratória).....	139
2: Matriz conceptual relativas à entrevista exploratória.....	141
3: Termo de Consentimento Informado (aplicado aos participantes do Questionário: <i>Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos do Bonfim</i> ).....	146
4: Codificação e distribuição da amostra de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009).....	149
5: Apreciação Dicotómica relativamente às condições da habitacionais.....	154
<b>Anexo D: Resultados</b>	
1: Matrizes conceptuais dos dados recolhidos do questionário: <i>Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida - a realidade dos idosos do Bonfim</i> (P11.1; P13; P24.6.1; P25)....	157
2: Resultados relativos às condições de habitação.....	177
3: Resultados relativos ao estado de saúde.....	181
4: Associação das categorias - participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e sentimentos de (in)satisfação face a aspetos da vida.....	188
5: Associação das variáveis - participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e categorias ligadas ao estado de saúde.....	191
6: Associação das variáveis - participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e histórico de vida.....	195
7: Associação das variáveis - sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e sentimentos de (in)satisfação face a domínios detalhados da vida.....	197
8: Associação das variáveis - sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e recursos financeiros.....	200
9: Associação das variáveis - sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral e categorias ligadas ao estado de saúde.....	202

10: Associação das variáveis - sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral e condições de habitação.....206

## INTRODUÇÃO

*Envelhecimento ativo e Qualidade de vida: Uso do tempo e condições de vida dos idosos do Bonfim* é o título que sincretiza o objeto desta investigação.

Motivações diversas, pessoais, científicas e sociais, sustentaram a escolha desta temática que, por opção, na dimensão empírica, teve no inquérito por questionário o instrumento privilegiado de recolha de informações junto de sessenta e quatro idosos, permitindo, em estudo de caso, testar o conjunto de questões de investigação que, com suporte na ampla recolha de literatura específica, ajudam a refletir sobre esta realidade e, crê-se, podem abrir outros caminhos de investigação.

Motivações pessoais que resultam de vivência familiar, comunitária e associativa que, desde muito cedo, fizeram despertar para a importância e o valor dos “*mais velhos*”. Com uma vivência mais ativa ao nível das associações ligadas à vida religiosa e etnográfica apercebemo-nos que os idosos são atores principais em quaisquer destes espaços, sem que se valorize suficientemente a experiência e conhecimento de que dispõem. Persistem até discursos sobre os “*velhinhos*”, os “*coitadinhos*”, os que “*de velho se torna a menino*”, tradutores da desvalorização social que, com maior ou menor significado, acompanha o processo biológico de envelhecimento e, mais importante ainda, o afastamento da vida ativa.

Mas o fenómeno do envelhecimento é bem mais complexo do que a natureza de senso comum o descreve, e aí esteve a maior motivação pessoal para o seu estudo balizado nos propósitos desta investigação. É certo com a base teórica que o final de ciclo académico nos forneceu.

As cidades centrais ou nucleares são, por referência, os territórios mais marcados pelo envelhecimento demográfico duplamente sentido (i) na continuada quebra de capacidade reprodutiva e no alongamento da esperança média de vida e (ii) na fuga para as periferias de concentração de emprego e de habitação de preço competitivo.

É particularmente assim na cidade do Porto e no Bonfim, freguesia charneira deste fenómeno que continuamente desde os anos sessenta do século passado vem sofrendo

a dupla erosão de infraestruturas, sobretudo industriais, e de população em favor da periferia.

O fenómeno do envelhecimento demográfico tem, por outro lado, relevante acuidade social. De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014 a), o número de pessoas idosas nos próximos quarenta e cinco anos poderá triplicar, atingindo em 2060, cerca de 307 idosos por cada 100 jovens.

Esta prevista evolução terá ainda mais implicações sociais e económicas que conduzirão à reestruturação e promoção de políticas que compatibilizem o estado da população com o Estado Social.

Este é o desafio global dos países pós-industrializados traduzido, em intenções não plenamente concretizadas, na expressão “envelhecimento ativo” que na dimensão académica multidisciplinar anda associado a preocupações de qualidade de vida e, mais recentemente, de ampliação do estado produtivo, afinal de contas uma antecipação do que, na realidade, a evolução numérica trará.

A investigação está subdividida em *Enquadramento Teórico* e *Estudo Empírico*. Os três primeiros capítulos respeitam ao *Enquadramento Teórico*. O primeiro capítulo, *O envelhecimento da população: um feito e um desafio* constitui uma reflexão sobre o envelhecimento da população portuguesa, as suas implicações e os ajustamentos a ter em conta, nomeadamente por relação a implementação de políticas de envelhecimento ativo e de qualidade de vida. O capítulo II, *Envelhecimento Ativo*, evidencia e discute as aproximações ou divergências das conceções ligadas ao EA, por meio de propostas de definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), da União Europeia (UE), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e de estudos que, suportados em construções discursivas de idosos, definem a expressão por via da enumeração de determinantes que o proporcionam ou o inviabilizam. O capítulo III, *Qualidade de Vida*, reflete entendimentos de QDV, veiculados em definições de organizações com enfoque para a Organização Mundial de Saúde.

Os capítulos IV e V, por sua vez, respeitam ao *Estudo Empírico*. O capítulo IV, *Procedimento Metodológico*, integra o estudo empírico, faz o enquadramento teórico,

identificando e justificando as opções metodológicas adotadas. O capítulo V, *Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados*, apresenta e discute os resultados provenientes da administração do Questionário: *Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos do Bonfim*.

As *Reflexões Finais*, no quadro de um estudo de caso, apontam para conclusões e expectativas de desenvolvimento de trabalho.

## **PARTE 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: UM FEITO E UM DESAFIO**

### **Enquadramento**

Num quadro de envelhecimento que se vive na generalidade do Mundo e concretamente na União Europeia, é fundamental conhecerem-se as dinâmicas da população, já que estas resultam numa dimensão essencial da emergência de novas necessidades sociais e é a partir destas, com o acentuar de determinadas pressões sociais, que se definem respostas no âmbito das políticas sociais. Resultante disto, fala-se hoje do EA e da QDV das pessoas idosas enquanto desafios fundamentais na senda de diversos organismos internacionais. Procura-se, assim, neste estudo, contribuir para o conhecimento do envelhecimento enquanto um desafio para Portugal tendo em conta a dinâmica da população atual e a que se prevê até 2060 (de contínuo diminuição de população e envelhecimento populacional) e ainda a caracterização das famílias, rendimentos e principais limitações dos idosos portugueses. Portugal apresenta mutações demográficas, resultantes de um peso substancialmente maior dos grupos etários mais velhos e uma redução do peso dos jovens (INE, 2012). Se em 2011, de acordo com os dados dos Censos, as pessoas com 65 e mais anos representavam 19 por cento do total da população portuguesa, estima-se que, em 2050, estas representem 36 por cento (INE, 2012). Os indicadores tidos em conta nesta análise sugerem desafios significativos no ajustamento da sociedade portuguesa, tendo em conta o peso crescente da população idosa, refletidos numa síntese que é também uma reflexão. Avança-se que estes desafios passam por encarar este aumento da população idosa<sup>1</sup> em relação à população jovem como uma oportunidade que passará por não se fomentarem apenas vidas mais longas, mas também mais ativas e com qualidade.

### **1.1. O envelhecimento como um cenário demográfico transversal: Diminuição e envelhecimento da população portuguesa**

Envelhecer faz parte da vida de todos os Seres Humanos. Ser idoso, é uma situação comum a todos os indivíduos que “têm o privilégio de experimentar vidas longas” (Paúl,

---

<sup>1</sup> A expressão *população idosa*, ou *pessoas idosas* remete para pessoas com 65 anos de idade ou mais (nos capítulos I e IV, quando se procede a uma análise estatística também se pode ler *idosos*). O termo *idoso(s)*, nos capítulos II e III, é usado em referências de outros estudos, sem especificação de idade.

*et al.*, 2005, p. 75). Ao nível social a questão do envelhecimento acarreta diversos estereótipos e preconceitos (Moura, 2006), resultado de uma sociedade que deifica a juventude, privilegiando assim o que é “novo” (Squire, 2002; Marques, 2011). Em concordância com Fernandes (1997), o envelhecimento é revestido de estereótipos mais ou menos homogêneos dos quais se destacam a solidão, doença, pobreza e, mesmo, exclusão, estando inúmeras vezes associada ao aumento das despesas sociais, particularmente às relacionadas com a proteção social e em particular com as pensões sociais (Rosa, 2012). Tendo em conta as tendências demográficas atuais, aqui exploradas, entende-se que será uma tarefa fundamental repensar a velhice.

O envelhecimento é um processo do ciclo de vida do Homem que, aliás, está inequivocamente presente na demografia mundial. Intitula-se a Europa de “continente grisalho” (Rosa, 2012) e fala-se também de um Portugal Grisalho do século XXI como herança dos anos de transições demográficas passados (Mendes, 2005). O envelhecimento populacional é, por um lado, o maior feito de qualquer sociedade ligado ao aumento da esperança média de vida; mas, por outro lado, é também um enorme desafio, pelos cuidados que as pessoas idosas necessitam ou pelos gastos sociais que o envelhecimento implica. De acordo com a OMS (2007), este desafio baseia-se, em parte, em manter a QDV das pessoas o maior tempo possível.

No panorama europeu, as pessoas com 65 e mais anos representavam 20 por cento do total da população em 2000, estimando-se que, em 2050, estes representem mais de 35 por cento da população da Europa (Mota-Pinto *et al.*, 2010). Reconhecendo-se a expressão do envelhecimento da população e da maior longevidade, fruto de conquistas ao nível da saúde pública e do nível de vida, várias são as preocupações que emergem tanto a nível internacional como nacional, no sentido de se promover uma velhice com vitalidade (OMS, 2007). Se as alterações demográficas são atualmente de nitidez planetária, as reflexões sobre o envelhecimento não são de todo embrionárias, encontrando-se, por exemplo, bem presentes no Antigo Testamento cuja leitura deve ser interpretativa e não factual. O livro dos Génesis demonstra já reflexões sobre esta temática. Aí se refere a origem do mundo e, nela, o lugar do Homem que, em passagens, viverá até cerca dos cento e vinte anos, não viverá para além dessa idade (Gn 5, 3), embora, no livro dos Salmos, se leia que a duração de vida seria de 70 anos e, para os caracterizados como os mais fortes, até aos 80 anos. Hoje fala-se de uma Europa

centenária, em que existem mais pessoas a viverem vidas muito longas, sendo que os anos vividos atingem metas até então não vivenciadas (Bezrukov e Foigt, 2005). Ou seja: a preocupação com o curso normal da vida, o seu ciclo, e, conseqüentemente, as suas etapas, bem como a sua caracterização, já estão presentes na Bíblia.

Portugal em 2013 apresentou um crescimento efetivo da população negativo, quando se compara a população residente em 2012, mantendo-se a tendência de decréscimo populacional que ocorre desde 2010. Assim, em 2013 residiam em Portugal 10 427 301 indivíduos, registando-se uma diminuição de cerca de 59 988 residentes relativamente a 2012, resultando numa taxa de crescimento negativa de -0,57 por cento. Esta diminuição da população residente é resultante de um saldo natural negativo, de menos 23 756 indivíduos e de um saldo migratório também negativo, de -36 232 indivíduos. Resultados que se devem essencialmente a um decréscimo do número de nados vivos (82 787 nascimentos com vida, de mães residentes em Portugal, menos 7,9 por cento que em 2012) e da conjugação do aumento de emigrantes permanentes (de 53 786 emigrantes, mais 1828 que em 2012) (INE, 2014b).

Paralelamente a esta perda de residentes, encontra-se um *Portugal Grisalho* (utilizando a denominação de Mendes, 2005) cuja tendência demográfica, que combina um decréscimo da população jovem com um aumento da população idosa, resulta no agravamento do envelhecimento da população. Dito de outro modo, o acentuar do envelhecimento demográfico português da população idosa alia-se ao aumento da esperança de vida (aumento da longevidade), diminuição da natalidade e, atualmente, ao impacto da emigração (INE, 2014b). Os dados estatísticos disponibilizados desenham um quadro de duplo envelhecimento demográfico (presente na pirâmide etária portuguesa – estreitamento da base e alargamento do topo), isto é, não se regista apenas o aumento do número de pessoas com 65 anos ou mais (consideradas idosas), mas, concomitantemente, a diminuição do número de jovens (com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) com claros reflexos na dimensão da população ativa (com idades compreendidas, entre os 15 e os 64 anos). Apresenta-se, assim, um índice de envelhecimento de 136 idosos por cada 100 jovens, valores que se têm vindo a agravar ao longo dos anos (INE, 2014b).

Relativamente à esperança média de vida dos portugueses à nascença, esta faz-se diferente entre homens e mulheres, todavia é comum a ambos os sexos o seu aumento. Mais ainda: tende a aproximar-se, como resultado de ganhos registados essencialmente na população masculina (na última década a esperança média de vida terá aumentado cerca de 2,58 anos para as mulheres, para os 80,21 anos, e 3,36 anos para os homens, para os 73,55 anos; em 1960 os homens esperavam em média viver até aos 60,7 anos e as mulheres até aos 66,4 as mulheres (PORDATA, 2014a). No triénio 2011-2013, a esperança de vida à nascença dos portugueses é de 80 anos – 82,79 anos para as mulheres e 76,91 para os homens. Quanto à esperança média de vida estimada para o período entre 2011-2013, aos 65 anos as pessoas podem esperar viver cerca de mais 18,97 anos (17,07 anos no caso dos homens e 20,40 no caso das mulheres) (INE, 2014c; INE, 2014d).

O número médio de filhos por mulher, que regista também uma tendência de declínio, influencia/agrava este envelhecimento: 1,2 filhos por mulher em 2013, tendo diminuído de 3,2 filhos por mulher em 1960 (INE, 2014b).

A redução dos níveis de fecundidade e a diminuição da mortalidade são indicadores que se afirmam enquanto potenciadores do envelhecimento de Portugal (Moura, 2006; Rosa, 2012). Embora pareça consensual a visão otimista deste último indicador, devendo-se aos progressos sociais, à promoção da saúde e aos cuidados de prevenção (Direção Geral da Saúde, 2004), constitui-se também como um desafio, visto que deste resulta a vivência de vidas mais prolongadas que se pretendem com autonomia e qualidade.

Não obstante os fatores anteriormente mencionados, os fluxos migratórios também acentuam este envelhecimento e os problemas que deste resultam, já que se caracteriza essencialmente por um aumento da emigração jovem em detrimento da imigração (que resulta num aumento da perda de jovens, acentuando assim o número de idosos, como referem Moura, 2006; Mendes, 2011). Porém, o olhar de Moura (2006) e Mendes (2011) recai essencialmente nas questões económicas relativas ao futuro da segurança social, que denominam de hipotecado, assinalando a sobrecarga dos encargos sociais devido ao aumento do peso de idosos em relação ao da população em idade ativa. Veja-

se que o agravamento do índice de sustentabilidade potencial<sup>2</sup> em 2013 regista 330 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos, e o índice de renovação da população ativa, por sua vez, regista que apenas entram no mercado de trabalho 86 pessoas por cada 100 que saíam (INE, 2014b).

## **1.2. Cenários de Projeção para Portugal em 2060: acentua-se o declínio populacional e o envelhecimento demográfico**

Os cenários de projeção considerados neste estudo respeitam ao exercício de projeção do INE e estão sob um caráter condicional, tendo em conta a estrutura da população residente portuguesa em 2012 e, a partir desta, diferentes padrões comportamentais da população relativos à fecundidade, mortalidade e migrações considerados em cada um dos cenários de projeção<sup>3</sup> (INE, 2014a).

Sem prejuízo a um olhar mais atento para outras projeções (como as realizadas pelo Eurostat) o exercício das projeções da população residente para 2012-2060 realizadas pelo INE (2014a) dão conta de um decréscimo populacional comum a todos os cenários de projeção considerados. Podendo diminuir de cerca de 10,5 milhões de habitantes (em 2012) para 8,6 milhões em 2060 no *cenário central*; em resultado da manutenção dos níveis de fecundidade baixos, sendo a perda mais acentuada e podendo atingir os 6,3 milhões de residentes, no *cenário baixo*. Essencialmente devido à recuperação dos níveis de fecundidade, num *cenário alto* a perda é menor, tendendo a uma população de 9,2 milhões de residentes em Portugal em 2060.

---

<sup>2</sup> O índice de sustentabilidade potencial corresponde ao quociente, multiplicado por cem, resultante da divisão do número de pessoas que compõem a população ativa, entre os 15 e os 64 anos, pelo número de pessoas que compõem a população idosa, entre os 65 e mais anos.

<sup>3</sup> O INE definiu quatro cenários de projeção da população (cenário alto, central, baixo e sem migrações) tendo em conta distintas hipóteses de evolução da mesma relativamente às componentes demográficas: fecundidade, mortalidade e migrações. Neste estudo, que visa ilustrar o acentuar da tendência de envelhecimento demográfico, foram considerados os seguintes cenários de projeção: *cenário central*, essencialmente, mas também os cenários *alto* e *baixo*. Assim, o *cenário central* – associa as hipóteses de evolução central para a fecundidade (cujo valor assumido para 2060 remete a uma recuperação moderada relativamente a 2012, para 1,55 filhos por mulher) e para a mortalidade (assume-se valor igual ao de 2012, 84,21 anos para homens e 89,88 para as mulheres) e a otimista para as migrações (assume uma recuperação dos saldos migratórios positivos a partir de 2020); *cenário baixo* – conjuga as hipóteses pessimista para a fecundidade (1,30 filhos por mulher), central para a mortalidade e pessimista para as migrações (manutenção dos saldos migratórios negativos); *cenário alto* – combina as hipóteses de evolução otimista para a fecundidade (recuperação dos valores, assume o valor de 1,80 filhos por mulher em 2060), mortalidade (assume os 86, 44 anos para os homens e 92,15 para as mulheres) e migrações (INE, 2012).

Paralelamente a este decréscimo, acentua-se, mais uma vez, o envelhecimento demográfico, com o aumento do peso da população idosa em relação à população jovem. A população com 65 anos ou mais aumentará até 2060, tendência comum a todos os cenários considerados, de 2 0333 milhares em 2012, para 3 043 milhares no *cenário central*, podendo oscilar ainda entre 3 344 milhares e os 2 729 milhares nos *cenários alto* e *baixo*, respetivamente. É no *cenário alto* que se sublinha de um modo mais acentuado o aumento dos idosos que resulta, de acordo com os dados do INE (2014a) analisados, de um maior aumento da esperança média de vida que é considerada no cálculo deste cenário.

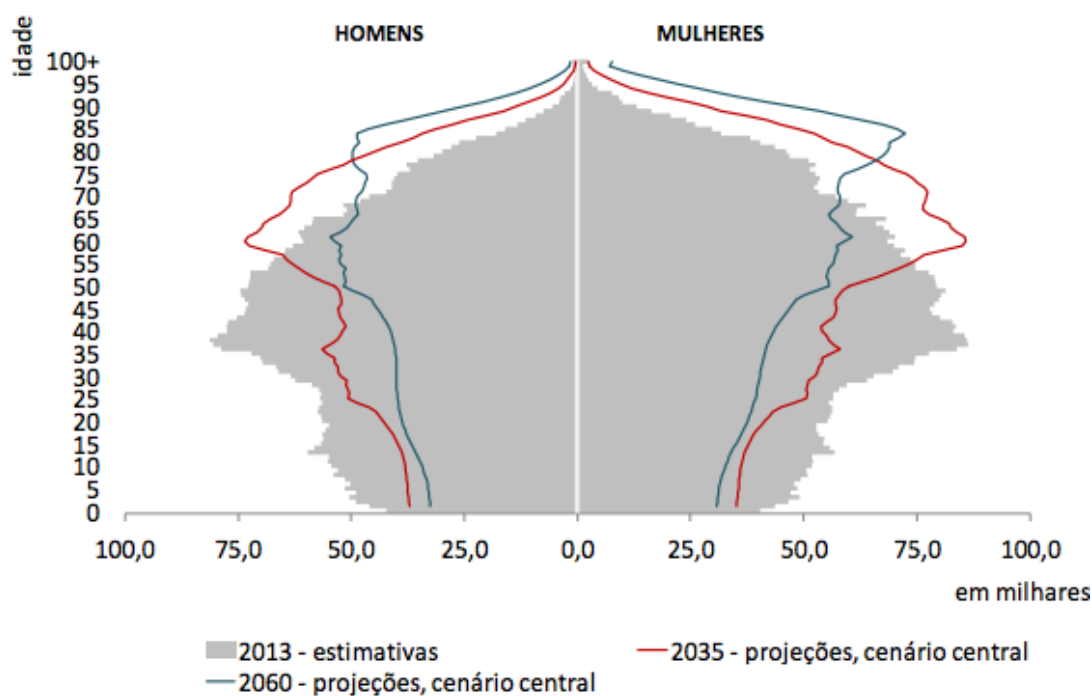
Este aumento da população idosa contrasta com uma diminuição da população jovem e em idade ativa. De acordo, com os dados do INE (2014 a), em 2012 a população jovem totalizava 1550 milhares de indivíduos, diminuindo para os 993 milhares de jovens em 2060 no *cenário central*, ou para valores que podem oscilar entre 587 milhares, no *cenário baixo*, e 1165 milhares, no *cenário alto*. Diminuição resultante das tendência dos níveis baixos de fecundidade e dos saldos migratórios, que se caracterizam pelo aumento da emigração. De acordo com estes dados, o índice de envelhecimento da população aumenta de 131 idosos por cada 100 jovens (em 2012), para 307 idosos no *cenário central* (em 2060). Esta tendência de aumento do índice de envelhecimento é comum a todos os cenários de projeção do índice de envelhecimento: 464 idosos por cada 100 jovens, *cenário baixo*, ou aumentar, ainda que menos acentuadamente para 287 idosos por cada 100 jovens no *cenário alto*. Repare-se que nos cenários de projeção *central* e *alto*, os valores são menos acentuados, no entanto mesmo considerando nestes cenários a hipótese otimista relativamente à recuperação dos saldos migratórios, esta não é suficiente para que se trave este processo de envelhecimento demográfico, pese embora, ser claramente mais atenuado que no *cenário baixo*.

Quanto à população em idade ativa, esta também sofrerá um declínio de acordo com os cenários de projeção aqui considerados. Dito de um outro modo, assiste-se a uma diminuição do quociente entre o número de pessoas em idade ativa e o número de pessoas com 65 anos e mais – em 2012 existiam cerca de 6 904 milhares pessoas em idade ativa que diminuirão para os 4 540 milhares de ativos em 2060, ou ainda para 4 715 milhares e os 3 030 milhares nos *cenários alto* e *baixo*, respetivamente. Resultante deste decréscimo e do aumento da população idosa regista-se um

agravamento do índice de sustentabilidade potencial de 340 pessoas em idade ativa cada 100 idosos em 2012, para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 jovens no *cenário central*, ou poderá declinar até 111 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos no *cenário baixo* ou 141 ativos por cada 100 jovens no *cenário alto* em 2060.

De acordo com os cenários de projeção do INE (2014 a), as trajetórias da fecundidade, o número de filhos por mulher, tendo em conta o índice sintético de fecundidade, era de 1,28 filhos por mulher em 2012, podendo aumentar para 1,30 filhos por mulher em 2060, no *cenário baixo* ou, na melhor das hipóteses, aumentar, atingindo os 1,80 filhos por mulher em idade fértil (*cenário alto*). Face à mortalidade, em 2012, a esperança média de vida à nascença é de 80 anos, 76,9 para os homens e 82,8 para as mulheres. A tendência de aumento da longevidade é comum a todos os cenários de projeção: 84,2 para os homens e 89,9 para as mulheres no *cenário central*, 84,2 e os 86,4 anos para os homens e 92,2 para as mulheres no *cenário baixo* e 86,4 e 92,9 no *cenário alto*.

As projeções e as dinâmicas atuais da população portuguesa, indicam assim uma dinâmica populacional de declínio e de envelhecimento, sem precedentes na história portuguesa, com um aumento substantivo do peso da população idosa e uma redução progressiva dos jovens e de pessoas em idade ativa. Em termos de representação de pirâmide etária, os dados analisados, permitem afirmar que esta se manteria envelhecida ao longo do período de projeção, como se pode ver na figura abaixo, apresentada pelo INE (2014 a). Isto é, tendo em conta os valores dos cenários de projeção considerados, até 2060, assistir-se-á a um estreitamento na base da pirâmide e, mais ainda, a um alargamento do seu topo. É assim expectável que até 2060 se testemunhe um duplo envelhecimento demográfico – diminuição da população jovem (0 aos 14 anos) e à população em idade ativa (15 aos 64 anos) e um aumento do número de população idosa (65 anos ou mais).



**Figura 1:** Pirâmide etária População Portuguesa (população residente em 2013 e estimada para 2035 e 2060, *cenário central*)

Fonte: INE, 2014d

### 1.3. População Idosa Portuguesa: Família, Rendimento e Limitações

Entendendo a sua forte representação perante a população total portuguesa faz-se agora ainda uma rápida incursão sobre quem são as pessoas com 65 anos ou mais portuguesas, em termos de família, rendimentos e suas principais dificuldades na realização de atividades diárias.

Ao nível da dimensão das famílias, os dados dos censos de 2011 mostram uma tendência de redução da dimensão da família, entre 2001 e 2011, de 2,8 para 2,6 membros por família. Veja-se que esta é uma dimensão progressiva, de acordo com os dados censitários portugueses, em 1960 a dimensão média das famílias era de 3,7 membros<sup>4</sup> (INE, 2012). O número de famílias unipessoais aumentou de 631 762 famílias para 866 827 famílias em 2011. Nicola (2011, p.12) refere que:

A feminização das famílias monoparentais e a terceira idade como o espaço de maior manifestação das famílias unipessoais são duas marcas das estruturas familiares no Portugal contemporâneo [...] as famílias unipessoais com pessoas com 65 ou mais anos aumentaram 19 por cento na última década.

<sup>4</sup> Esta evolução tende a uma reflexão sobre o índice sintético de fecundidade, veja-se que a par da diminuição da dimensão média das famílias, ocorreu desde 1960 uma diminuição do número de filhos por mulher, de 3,2 em 1960 para 1,28 em 2012.

Aboim (2003), no mesmo alinhamento refere que desde há uma ou duas décadas se regista uma tendência acentuada em que se passa normalmente de uma vida familiar para uma vida a dois (com o cônjuge) e, após a viuvez, para uma vida a sós.

Quanto aos rendimentos, a população idosa, em geral, auferia rendimentos inferiores aos da população ativa, particularmente aquele que se encontra empregada, tendo em conta que a sua principal fonte de rendimento é a pensão ou reforma. Os dados da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações, apresentados no PORDATA (2014b) indicam um total de 3 651 407 reformados em 2013, 3 001 511 da segurança social e 613 896 pela Caixa Geral de Aposentações. Visto não se pretender apenas perceber as consequências económicas do envelhecimento em Portugal e, sendo que o número de pensionistas da Segurança Social é substancialmente superior ao da Caixa Geral de Aposentações, evidenciam-se agora os dados da Segurança Social, de modo a demonstrar em título exemplificativo as condições dos pensionistas em Portugal: em 2012, o número total de pensionistas era de cerca de 3,0 milhões (mais 47 mil indivíduos que em 2011), contribuem para este aumento, essencialmente, o crescimento dos pensionistas de velhice<sup>5</sup>. As pensões médias mensais, de invalidez e velhice, em 2012, situam-se nos 343,41 euros e 404,41 euros, respetivamente, registando-se uma redução média dos valores nos dois regimes desde 2006. Quanto à duração média em anos das pensões do regime geral em 2012, os pensionistas de velhice recebem pensão durante 8,7 anos e os de invalidez durante 17,8 anos registando um aumento mais ou menos progressivo ao longo dos anos<sup>6</sup> (Barreiros, Martins e Alves, 2012).

A pobreza, de acordo com Silva (2008), é um fenómeno complexo, multidimensional, caracterizado por uma privação acentuada dos elementos básicos para se manter uma vida longa e saudável, como a falta alimentação adequada, carência ao nível da habitação e vestuário, baixa escolaridade, inserção instável no mercado de trabalho, dificuldade ao acesso a serviços de saúde, participação social e a decisões políticas. Assim refere-se que, 18,7 por cento da população portuguesa, em 2012, estava em risco

---

<sup>5</sup> Traduz as características demográficas de envelhecimento da população portuguesa - mais pessoas idosas a viverem até mais tarde.

<sup>6</sup> O aumento da esperança média de vida, que em 2012 é de 80 anos, está ligado com este facto, visto que, as pessoas vivem mais anos e, bem assim, mais anos enquanto pensionistas, repare-se que a idade média dos pensionistas por invalidez é de 56,4 anos e de velhice 73,2 anos, de acordo com os dados do Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social (Barreiros, Martins e Alves, 2012), sendo que com 65 anos os portugueses esperam ainda viver cerca de mais 19 anos.

de pobreza<sup>7</sup>, sendo que a taxa de risco de pobreza para as pessoas com 65 anos e mais, em 2012 é de 14,7 por cento, mantendo-se uma tendência decrescente que é observada desde 2003. Verificou-se no entanto que, embora os agregados com dois adultos, tendo um, pelo menos, mais de 65 anos e sem crianças, ainda se encontram relativamente distante da taxa de pobreza de Portugal, com uma taxa de 13,5 por cento de agregados em risco de pobreza; as famílias constituídas por um adulto sem crianças, onde estão integradas também as pessoas com 65 anos e mais, revelavam uma taxa de 21,7 por cento de risco de pobreza, superior mesmo à taxa de risco de pobreza da população portuguesa total (INE, 2014e).

De acordo com os dados dos censos de 2011 as respostas das pessoas idosas relativamente às dificuldades em realizar algumas atividades, abordadas no tratamento das incapacidades<sup>8</sup>, revelam que cerca de 27 por cento identificam a dificuldade em andar, como a mais representada, seguida pela dificuldade em ver (19 por cento), as dificuldades de memória/concentração e em ouvir representam as terceiras dificuldades mais representadas (15 por cento), segue-se a dificuldade em tomar banho e vestir-se (14 por cento) e por fim as dificuldades de compreensão e de se fazer entender (10 por cento) (INE, 2012).

Este incremento significativo da população idosa na sociedade, que o presente estudo sublinha, alerta para a necessidade de se repensar a situação social e económica dos idosos, isto é, a sua condição social, como uma oportunidade, numa fase da vida em que a pessoa pode refletir e dedicar-se a atividades que a completem tal como defende Mauritti (2004). Isto implica que se criem instâncias/oportunidades para as pessoas idosas estarem integrados na sociedade, para que partilhem o seu capital humano, não só a capacidade física, mas o seu saber, reinventando o “trabalho”, para que, estes, querendo e existindo condições adequadas para tal, contribuam economicamente para a sociedade, mais ainda, que se fomentem formas de combater a dependência física, psíquica e não menos importante psicológica. Esta reflexão, no fundo vai ao encontro

---

<sup>7</sup> Importa referir que, de acordo com o INE (2014f, p. 6) “... a taxa de risco de pobreza constitui um indicador que considera, por definição, apenas a distribuição do rendimento monetário líquido em cada ano.”

<sup>8</sup> Em 2011 foi pela primeira vez realizado um tratamento sobre o tipo de dificuldade na realização das atividades da população com 65 anos ou mais, “... substitui-se, desta forma, a avaliação baseada em diagnósticos de deficiências, por uma autoavaliação que privilegia a funcionalidade e a incapacidade como o resultado de uma interação dinâmica entre a pessoa e os fatores contextuais” (INE, 2012, p. 27).

das teorias psicossociais do envelhecimento, particularmente as que olham o idoso numa perspetiva integradora: *teoria da atividade*, que sublinha a necessidade das pessoas idosas se manter/continuar socialmente ativo para obter maior satisfação na vida, conservando a autoestima e a saúde; *teoria da continuidade*, que sugere, que, sendo o envelhecimento uma parte que integra o ciclo de vida, a pessoa mantém os seus hábitos, as suas preferências, as suas experiências e os compromissos adquiridos ao longo da sua vida (Berguer e Mailloux-Poirier, 1995). É neste sentido que se desenham atuais medidas e políticas internacionais.

### **Síntese**

Portugal apresenta mutações demográficas de grande escala, para além do declínio populacional aqui descrito, acentua-se a tendência de envelhecimento populacional (pelo menos até 2060). É expectável que estas alterações, que resultam numa modificação da estrutura etária da população que define atualmente uma sociedade portuguesa envelhecida, devido ao aumento do número das pessoas idosas e à diminuição da população jovem, se mantenham, mais ainda, que se agravem, acentuando-se até 2060, aumentando assim o índice de envelhecimento. Associa-se a este cenário demográfico de envelhecimento, a diminuição constante da população em idade ativa, que coloca em causa o índice de sustentabilidade potencial. Salienta-se ainda, a par da diminuição da natalidade, uma tendência crescente de aumento da longevidade (aumento da esperança média de vida) que impulsionou a vida de homens e mulheres para patamares que até então nunca tinham sido atingidos. Se, por um lado, o envelhecimento e a longevidade de hoje são testemunhos de alcanços médicos, sociais e económicos fundamentais, por outro, o envelhecimento populacional representa um desafio social, que coloca questões importantes como as relacionadas com o custo da velhice (tendo em conta as transferências económicas entre grupos etários), mas também as que se ligam com o papel das pessoas idosas na sociedade, pelo que nos parece fundamental, tendo em conta esta tendência demográfica, repensar a velhice. Ora, perante a análise demográfica realizada neste estudo, este é o problema social que fundamentalmente inquieta a presente investigação! Assim, mais importante do que pensar em formas de se manipular a evolução da população, é tarefa essencial aceitarem-se os factos, procurarem-se soluções ao nível de medidas e políticas orientadas para a organização coletiva (Rosa, 2000), e, não menos importante na nossa

perspetiva, que levem a uma alteração do olhar social sobre a velhice que se liga a noções, muitas vezes, depreciativas como as que ligam os idosos a “fardo” (idoso é encarado com um ser frágil, inerente à solidão, isolamento, doença e dependência) (Mauritti, 2004).

As circunstâncias atuais e a reflexão que aqui se pretende, encontra-se exatamente no âmago da valorização da última etapa de vida das pessoas, analogamente ao que refere a OMS (2002), e é neste mesmo sentido que se deificam concepções em torno do EA e da QDV, aliado às preocupações de existência de um equilíbrio entre a duração da vida e os anos vividos, conceitos a seguir explorados. Esta tarefa de promoção de um EA com QDV parece tanto mais urgente quanto mais a população envelhece e vive vidas mais longas.

## **CAPÍTULO II. ENVELHECIMENTO ATIVO**

### **Enquadramento**

Em período de rápido envelhecimento da sociedade, com um aumento substancial do número das pessoas idosas, o envelhecimento representa um desafio para todas as ciências da biologia do comportamento humano, desde a medicina, a sociologia e a psicologia (Rowe e Kahn, 1997, 2000), bem como de outros domínios como o serviço social, que parece por bem sublinhar. O discurso em torno do EA, bem como as medidas que o materializam, surgem estimuladas por estas mudanças macrosociais a que se assiste a nível demográfico – forte envelhecimento – e são sustentadas por um paradigma de envelhecimento positivo, que visa reabilitar o paradigma negativo de envelhecimento como perda e declínio (Holstein e Minkler, 2007). Procura-se que a velhice seja vivida ativamente com a manutenção da inteira/efetiva ligação da pessoa idosa à sociedade e da independência quer física quer psíquica, ou seja com a manutenção de uma condição de vida social favorável, reconhecendo-se apesar disso que as formas como cada um envelhece variam, desde “os idosos bem-sucedidos e ativos” aos “incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem.” (Paúl *et al.*, 2005, p. 75). Neste sentido, procura-se neste estudo perceber

inicialmente algumas concepções ou quadros de referência existentes sobre EA e a forma como estes convergem ou divergem, analisando-se para tal os conceitos veiculados em documentos supranacionais, a partir dos quais se definem medidas concretas de EA. Para além destas concepções, a partir de uma discussão das mesmas, são integradas perspectivas de alguns investigadores no sentido de se observar de que modo as concepções destes organismos convergem ou divergem com as definidas a partir de estudos concretizados junto da população idosa sobre a definição de EA.

## **2.1. Envelhecimento ativo: concepções de organismos supranacionais**

O discurso sobre EA ter-se-á iniciado e é veiculado por organizações supranacionais, designadamente a OCDE, OMS e da União Europeia UE, organismos esses que oferecem concepções explícitas do que se entende por EA.

A OCDE define EA do seguinte modo:

Active Ageing refers to the capacity of people, as they grow older, to lead productive lives in society and the economy. This means that people can make flexible choices in the way they spend time over life – learning, working, and partaking in leisure activities and giving care” (OECD, 2000, p. 126).

Na nossa perspectiva, esta proposta concebe o EA como uma responsabilidade de cada indivíduo, mais do que uma responsabilidade ou dever coletivo/da sociedade, colocando a tónica sobre a capacidade/autonomia das pessoas ao longo do processo de envelhecimento para realizarem atividades produtivas na sociedade e na economia (aprender, trabalhar, ter atividades de lazer ou ligadas à prestação de cuidados), enfatizando a vertente económica no envelhecimento. Contudo, a repartição do tempo entre atividades produtivas é uma escolha do indivíduo, sendo que algumas das atividades enunciadas apontam para uma desvinculação do mercado de trabalho, como as atividades de aprendizagem, de lazer e cuidados aos outros.

A OMS, por seu lado, apresenta a seguinte definição:

Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age. [...] Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well-being throughout the life course and to participate in society according to their

needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance (OMS, 2002, p. 12).

Acrescenta ainda que:

The active ageing approach is based on the recognition of the human rights of older people and the United Nations Principles of independence, participation, dignity, care and self-fulfillment. It shifts strategic planning away from a “needs-based” approach (which assumes that older people are passive targets) to a “rights- based” approach that recognizes the rights of people to equality of opportunity and treatment in all aspects of life as they grow older (OMS, 2002, p. 13).

Em suma, para a OMS, a promoção de um EA sublinha, para além do aspeto produtivo, no sentido económico, o envelhecer bem como um dos princípios estratégicos de um novo desenvolvimento social. De acordo com esta organização, o EA prende-se com a otimização de oportunidades de saúde, participação ativa na rede social e segurança para que os indivíduos, quando envelhecem, tenham uma boa QDV, recebendo a assistência de que necessitam e se sintam realizados (OMS, 2002). O modelo de EA, proposto pela OMS (2002), assenta em três pilares: (i) participação; (ii) saúde e (iii) segurança; incorporando seis determinantes que podem promover ou constranger o EA: (1) económicos, (2) de saúde, (3) ambientais, (4) pessoais, (5) físicos e (6) sociais, que dependem das questões da cultura e de género. É, portanto, importante referir aqui, de modo a completar o enquadramento de EA proposto pela OMS, o Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007), instrumento cuja base assenta na promoção de uma cidade para todos, atendendo a preocupações relativas ao crescimento do número de pessoas idosas nos centros urbanos.

De acordo com o Guia são oito as áreas (interligadas) a observar na construção de uma cidade amiga dos idosos: (1) espaços exteriores e edifícios, (2) os transportes e a (3) habitação – características da cidade que têm “forte influência sobre a mobilidade individual, a proteção contra danos físicos e a segurança contra o crime, o comportamento relativo à saúde e a participação social”; (4) a participação social – “envolvimento das pessoas idosas em atividades recreativas, de socialização, culturais, educativas e espirituais”; (5) o respeito e a inclusão social – relacionam-se com “as atitudes, os comportamentos e as mensagens de outras pessoas e da comunidade com o todo, em relação às pessoas mais velhas”; (6) a participação cívica e emprego –

“condições de cidadania e ao trabalho remunerado e não remunerado”; (7) a comunicação e informação e o (8) apoio comunitário e serviços de saúde – ligam-se “abrangem os ambientes sociais e os determinantes de saúde e do serviço social” (OMS, 2007, p. 9)<sup>9</sup>. As áreas mencionadas interligam-se, influenciando-se, assim, se as condições físicas da cidade estiverem comprometidas, por exemplo os transportes, mas também a comunicação e informação, a interação que as pessoas possam estabelecer fica posta em causa, e como tal a sua participação social; por sua vez a habitação, influencia as necessidades de apoio comunitário; o respeito e inclusão influenciam o acesso aos espaços exteriores, como os ao ar livre e os edifícios e a oportunidades que cada cidade oferece aos idosos e a participação social afeta a inclusão social e o acesso à informação (OMS, 2007).

Na nossa leitura, esta definição enfatiza, de forma mais proeminente, a interação social e relação intergrupar, estando esta intimamente ligada ao bem-estar físico, psicológico e à autorrealização pessoal e social, com a criação por parte da sociedade das oportunidades necessárias à promoção de um EA, por exemplo nas cidades. O EA refere-se à contínua participação em atividades sociais, económicas, culturais, espirituais, entre outras, e à existência de oportunidades para que esta se concretize, como as especificadas pelo Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Ou seja, a conceção da OMS, não fazendo uma cópia da OCDE, abarca também os aspetos produtivos (sublinhados por esta), mas vai mais além, pela abordagem à maximização pela sociedade das oportunidades de participação, sublinhando a saúde a autorrealização, não referidas pela OCDE. Ou seja, o envelhecimento produtivo que o conceito da OMS abarca, parece estar além de uma necessidade económica manifestada na velhice. Este pressuposto, dada a responsabilidade coletiva incitada por esta organização, parece

---

<sup>9</sup> O projeto da OMS, contou com a participação de 33 cidades de todos os continentes para a investigação, partindo essencialmente de uma abordagem participativa de pessoas com 60 anos e mais, em todas as cidades, em grupos de discussão subordinada aos tópicos remetentes às áreas a considerar numa cidade amiga das pessoas idosas dando origem, de acordo com os seus contributos sobre os obstáculos e as falhas nas suas cidades, bem como sugestões de melhoramento, a uma lista de verificação das características consideradas fundamentais de uma cidade amiga dos idosos. As diretrizes definidas neste Guia e na lista de verificação criada a partir dos grupos de discussão, estão ligados a determinantes do EA mas também QDV, e está disponível em <[http://gulbenkian.pt/media/files/FTP\\_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos\\_GuiaCidades2009.pdf](http://gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf)>. A análise deste documento, deixa perceber a complexidade de fatores que podem viabilizar ou inviabilizar a participação ativa dos idosos na sociedade.

ligar-se, porém, a uma reestruturação laboral, que adeque o mercado de trabalho às características dos idosos, possibilitando-os e capacitando-os para a maximização – em anos – da vida produtiva. Mantendo assim, as pessoas mais anos integradas no mercado de trabalho, por vontade e por reconhecida capacidade, mais do que por necessidade.

Para a UE, EA, significa:

1. Enabling both women and men to remain in employment longer – by overcoming structural barriers (including a lack of support for informal careers) and offering appropriate incentives, many older people can be helped to remain active in the labor market, with systemic and individual benefits; 2. Facilitating active citizenship through enabling environments that harness the contribution that older women and men can make to society; 3. Enabling both women and men to keep in good health and to live independently as they grow older, thanks to a life-course approach to healthy ageing combined with adapted housing and local environments that allow elderly people to remain in their own homes as long as possible [EU, 2012, p. 3].

Na sua contribuição para o Ano Europeu do EA e da Solidariedade entre Gerações, a EU propôs esta nova definição de EA, que versa na (i) capacitação de homens e mulheres para se manterem ativos no mercado de trabalho, enfatizando a importância da sociedade oferecer incentivos para que as pessoas idosas possam continuar a laborar; (ii) facilitação de uma cidadania ativa, promovendo um ambiente em que as contribuições dos idosos, sejam aproveitadas/valorizadas; (iii) sensibilizando as pessoas, desta forma, para a saúde e autonomia na sociedade (questões ligadas à adaptação do ambiente habitacional e local onde as pessoas idosas vivem para que estas possam permanecer em suas casas o maior tempo possível).

Por comparação, as três concepções apresentadas pela OCDE, OMS e UE, embora distintas, convergem em alguns aspetos ligados a uma tônica de responsabilidade ou dever individual da promoção/vivência de um EA. Porém, embora a OMS e a UE refiram que envelhecer bem é, em última instância, uma responsabilidade individual, defendem que esta é simultaneamente uma responsabilidade coletiva, da sociedade em geral da qual as pessoas idosas fazem parte (veja-se que a OMS, refere o respeito pelas características e direitos do homem, logo respeita a sua individualidade, e participar ou não remete ao seu direito de decisão).

Para a OMS, a responsabilidade coletiva na promoção de um EA, prende-se com a

otimização por parte da sociedade em geral de oportunidades para a participação efetiva das pessoas idosas na comunidade e na família; a prestação de apoios, de segurança, proteção e de cuidados às pessoas idosas e na manutenção dos direitos das pessoas idosas, melhorando assim a sua QDV. Assim, o EA depende da existência de determinantes sociais, ambientais e económicos que o podem facilitar ou constranger. Como exemplo, temos o projeto das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, em que a tónica de EA passa pela existência/criação, nestes meios, de condições e estruturas que lhes permitam envelhecer ativamente, num processo de escuta das suas situações, sendo esta abordagem denominada de “abordagem participativa de baixo para cima” (OMS, 2007, p. 7), procurando saber quais os obstáculos que carecem de intervenção com vista a que se alcancem espaços mais humanizados para todos. Mais uma vez temos em paralelo a responsabilidade coletiva (neste caso, criar condições na cidade) e a responsabilidade individual, que passa pela contribuição dos idosos para fornecerem informações e participarem no levantamento de situações problemáticas que possam resultar na criação de mediadas ou de tomadas de decisão pelos gestores ou políticos.

Já para a UE (EU, 2012) a responsabilidade coletiva pressupõe a capacitação de homens e mulheres para se manterem no mercado de trabalho e a existência de uma oferta de incentivos para que as pessoas idosas possam continuar a laborar; promovendo uma cidadania ativa, fomentando um ambiente em que as contribuições dos idosos sejam aproveitadas/valorizadas; capacitação das pessoas para que se possam manter saudáveis e independentes na sociedade (questões ligadas à adaptação do ambiente habitacional e local onde as pessoas idosas vivem para que estas possam permanecer em suas casas o maior tempo possível). Mais uma vez, a responsabilidade individual reaparece, na manutenção de hábitos de vida saudáveis e da participação em atividades produtivas, havendo aqui uma maior ênfase da questão económica.

## **2.2. O envelhecimento ativo na perspectiva dos próprios idosos**

Backstrom (2012), no seu estudo sobre as condicionantes económicas e de saúde no processo de EA, aceitando a conceção da OMS (2002), sublinha que:

[...] a participação no mercado de trabalho pode ser uma necessidade económica e o trabalho uma obrigação devido à carência de recursos [...] e sem que signifique EA, não associado a um prazer, a uma opção, mas sim a uma obrigação e necessidade. [...] Ter de trabalhar já

idoso é um tipo de envelhecimento ativo diferente e forçado<sup>10</sup> [...]. (pp. 104 e 105).

No seu estudo, Backstrom (2012) verifica que o grupo socioeconómico ao qual as pessoas pertencem interfere diretamente no EA, no entanto avança ainda que a adoção de um estilo de vida saudável e de uma atitude participativa ao longo da vida, determinam os comportamentos de EA. Assim sendo, idosos pertencentes a grupos socioeconómicos mais elevados, com estados de saúde menos vulneráveis, estão mais frequentemente integrados em atividades de convivência e de associativismo na sociedade, prevalecendo a determinante económica em relação à saúde na determinação de um envelhecimento mais ou menos ativo; por seu turno, em idosos em situações socioeconómicas contrárias, as determinantes económicas e a saúde, andam a par, condicionando as atividades que são realizadas, tanto de índole familiar, como social, registando-se ainda a necessidade de idosos desenvolverem atividades remuneradas, o que não podemos interpretar como EA visto serem forçados a realizar esta atividade para responder às suas carências económicas.

Referindo-nos agora por comparação às atividades sublinhadas pelas definições até então avançadas, percebe-se que as conceções de EA, da OCDE e da UE, convergem no âmbito das atividades realçadas, com ênfase nas atividades de carácter produtivo, no sentido de ser valorizado o contributo das pessoas idosas neste âmbito. Contudo, ressalva-se que a primeira liga as atividades produtivas àquelas que, em prol da sociedade e da economia, podem ser realizadas para além do mercado de trabalho, de acordo com as preferências do indivíduo, e que a segunda perspetiva menciona de facto a permanência no mercado de trabalho das pessoas até mais tarde. Ressalta, da definição da UE, a necessidade de se prolongarem as carreiras ativas das pessoas como meio para o EA, visto que a pessoa está integrada pelo mercado de trabalho na sociedade, desde que existam condições de saúde e condições criadas pela sociedade (incentivos) para

---

<sup>10</sup> Situação que se liga, à crise atual do Estado-Providência, refere Backstrom (2012). Sobre este tema, pode ler-se, com foco na situação portuguesa o ensaio de Mendes (2011), sobre o futuro, diz o autor, hipotecado da Segurança Social, num período em que os gastos sociais com a velhice são elevados, os desafios económicos ameaçam os sistemas de proteção social atualmente veiculados, em Portugal, mas também no mundo. Rosa (2012), também reflete sobre esta crise, no sentido de que os receios com o envelhecimento da população se ligam também, à incapacidade de a sociedade, nomeadamente as suas estruturas económicas, se adaptarem a esta realidade. O problema não é, diz a autora o envelhecimento populacional, por si só, mas sim, os problemas sociais e financeiros que este acarreta, num presente em que a renovação de gerações é posta em causa e a sustentabilidade da segurança social e, das reformas, são uma preocupação patente.

exercerem profissionalmente. A concepção da OMS, não descartando estas atividades ligadas à produtividade (à continuação da participação no mercado de trabalho, referida pela OCDE), sublinha que o EA depende de um conjunto de atividades multidimensionais, divergindo em parte neste sentido, enfatizando assim, ainda, as atividades não produtivas, tanto físicas como mentais, de caráter cultural, social e económico. Cabendo a cada indivíduo decidir a(s) atividade(s) que pretende realizar de acordo com os seus gostos, necessidades e capacidades individuais. Indo assim ao encontro de Backstrom (2012), a concepção de EA enfatiza que o trabalho realizado por necessidade não é considerado uma determinante daquele, embora a atividade profissional, possa ser considerada como EA quando realizada opcionalmente pelo idoso como modo de se manter feliz e não por encargo ou necessidade.

Bowling (2009), refletindo sobre a definição de EA, menciona que existe um vazio de literatura conceptual face a este conceito que, ao contrário do que acontece com termos como envelhecimento bem-sucedido e QDV, não aparece claramente definido. Estes termos – envelhecimento bem-sucedido e QDV – segundo a autora, não são necessariamente sinónimos de EA. As políticas públicas ligadas ao EA, segundo Bowling (2009), focam-se na palavra ativo para promover a contribuição económica dos idosos para a sociedade, aproximando-se do conceito de “envelhecimento produtivo”, todavia, as definições atuais de EA “include having social, psychological and physical health, autonomy, independence, empowerment and having meaningful pursuits.” (p.704). No entanto, no seu estudo sobre as concepções do EA, junto da população idosa, em busca da identificação das suas perceções acerca deste conceito, regista que os inquiridos definem o EA como um termo multidimensional ligado à QDV, visto como: ter saúde física e mental; praticar exercício; manter os papéis e atividades sociais e ser independente. As definições de EA avançadas, na senda do que refere a autora, são mais dinâmicas do que as definições de QDV e de envelhecimento bem-sucedido.

Importa, assim, mencionar de modo sucinto o que é entendido por envelhecimento bem-sucedido e QDV, em termos conceptuais. Repare-se que o envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional, que abrange a prevenção de doenças e incapacidades, a manutenção da função física e cognitiva, e a participação constante em atividades sociais e produtivas. Os estudos de Rowe e Kahn (1997, 2000) identificam a atividade quer física quer intelectual e social, bem como a capacidade de resiliência

como preditores de um “bom envelhecimento”. De acordo com os mesmos autores, os componentes do envelhecimento bem-sucedido são: (i) elevada função física, com baixo risco de doença, (ii) boa função cognitiva e (iii) elevado nível de empenho e ligação à vida em sociedade. A QDV, por sua vez, segundo a concepção da OMS, remete para a percepção do indivíduo sobre o seu lugar na vida, tendo em conta a cultura e os valores da comunidade em que se insere, os seus objetivos, desejos, preocupações, e que pode ser influenciada pela saúde física, estado psicológico e autonomia da pessoa, bem como pelas relações sociais e sua relação com o meio (OMS, 1997).

Num estudo em 2011, realizado junto de 42 pessoas idosas Britânicas, com mais de 72 anos, Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) concluem, a partir dos seus discursos em resposta à pergunta “O que é que as palavras EA, significam para si?”, que, para estas, o termo significa: (i) ter atividade física (50 por cento); (ii) atividade mental (42,9 por cento); (iii) manter-se ativo (33,3 por cento); (iv) ter atividade social (31,0 por cento); (v) ter independência (26,2 por cento); (vi) ter interesse nas pessoas e na vida (23,8 por cento); (vii) lidar com os desafios (9,5 por cento); (viii) manter-se com voz ativa (7,1 por cento). Curiosamente, 9,5 por cento (ix) não entende ou não tem nenhuma compreensão do EA. Mais ainda, concluem que as análises sobre EA não podem basear-se numa estrutura fixa, como é habitual para os cientistas sociais, sendo que estas podem anular a relevância dos tipos de fatores subjetivos que aparecem como tão importantes segundo os entrevistados deste estudo.

As reflexões avançadas e as concepções de EA, da OCDE e UE, particularmente, convergem com a perspetiva de Bowling (2009), visto que menciona a existência de políticas governamentais que se concentram em ajudar as pessoas a permanecer ativas, focadas no “envelhecimento produtivo”, no entanto liga-se à concepção da OMS, quando menciona que as definições atuais de EA sublinham as dimensões: saúde psicológica, física e social, autonomia, independência, capacitação das pessoas e ao desenvolvimento de atividades significativas. Estas concepções, refletem as teorias sociais do envelhecimento que enfatizam a atividade social e a continuidade (Bowling, 2009), mencionadas como teorias psicossociais do envelhecimento, que olham as pessoas idosas numa perspetiva integradora, já mencionadas anteriormente (conforme Berguer e Mailoux-Poirier, 1995).

Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), na senda de um estudo que visa validar o conceito de EA a partir do modelo proposto pela OMS (2002), que referimos anteriormente, não o confirmam. A partir das respostas de 1322 idosos portugueses (embora considerem os indivíduos com 55 anos e mais), e tendo em conta as determinantes apontadas pela OMS para um EA, concluíram que este é um conceito complexo, em que a saúde e a adaptação psicológica têm um papel principal. A maior parte dos grupos de determinantes indicados no modelo da OMS ou não são independentes dos outros, mas estão interligados, ou não são significativos. Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012) propõem um modelo alternativo de seis fatores/determinantes de EA: (i) saúde, (ii) componente psicológica, (iii) desempenho cognitivo, (iv) relações sociais, (v) componente biocomportamental e (vi) personalidade. Assim sendo, existem variáveis objetivas que podem contribuir para o EA, mas também subjetivas, sendo que as variáveis psicológicas parecem ser importantes na contribuição para a construção do EA. Segundo estes autores, o perfil ou modelo de EA varia entre contextos e culturas e pode ser usado para orientar as políticas da comunidade.

Por comparação, mais uma vez, se faz uma análise face das determinantes do EA. A OMS propõe um modelo de EA com uma estrutura assente em seis determinantes que podem facilitar ou constranger o processo de EA – fatores económicos, de saúde, ambientais, pessoais, físicas e sociais; os estudos de Bowling (2009), Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) e Backstrom (2012), baseados nos discursos dos próprios idosos, convergem no sentido de sublinhar a determinação de alguns destes fatores na vivência de um envelhecimento mais ou menos ativo, especificamente as condições socioeconómicas (embora, no discurso dos idosos no estudo de 2011 de Stenner, McFarquhar e Bowling, estes refiram manter-se ativo e não refiram especificamente ter condições económicas), a saúde ou utilizando outros termos como independência são sempre sublinhados. Segundo Backstrom (2012), uma velhice mais confortável e com mais saúde influencia um envelhecimento mais ativo e uma velhice mais pobre aliada a um estado de saúde vulnerável pode promover um envelhecimento menos ativo, sendo que estas condições determinam as atividades que os idosos realizam, quer de convivência ou lazer, dentro da família e na sociedade e de associativismo (Backstrom, 2012). Os estudos de Bowling (2009) e de Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) demonstram que a saúde, as determinantes psicológicas, a prática de exercício físico, a independência e, no caso do primeiro estudo, o local onde a pessoa reside, são fatores

facilitadores ou não de EA. Estas concepções convergem no sentido de que são determinantes para o EA (tal como é entendido pela OMS) as questões de saúde (embora não especifiquem os serviços de saúde) e as determinantes psicológicas, pessoais e do meio ambiental e físico onde o indivíduo se insere. Não obstante, o modelo de EA proposto por Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), embora não o confirme totalmente, converge com o da OMS, no sentido em que, embora estes refiram especificamente que o modelo de EA difere entre contextos e culturas e como tal, percebe-se, portanto, que, segundo estas autoras, este parece ter de ser definido de acordo com cada comunidade e que os dois modelos em análise não são modelos totalmente rígidos, pois dependem ambos de fatores culturais, e como tal, parecem ressaltar que devem ser lidos à luz da cultura em que se pretende aplicar o modelo.

### **Síntese**

O EA resulta de preocupações sobre a condição das pessoas idosas na sociedade, fator comum a todas as perspetivas analisadas. Se a visão da UE acaba por centrar-se mais nos aspetos económicos, a análise de documentos governamentais e não-governamentais convida a um olhar que não pode reduzir o EA apenas a uma vertente, seja ela financeira ou social, pois o EA, como um programa e objetivo de intervenção nas sociedades é multidimensional, condicionado por condições que se ligam ao ciclo de vida da pessoa (o que é particularmente realçado pela OMS), e à condição social da pessoa numa visão holística da mesma. Ou seja, neste interação para além aspetos relacionados com a vida da pessoa como a educação e o emprego, as relações familiares e outras, a condição económica, a integração na comunidade, a saúde e, bem assim, a QDV.

A análise das concepções de EA, particularmente, a ligada à proposta da OMS, bem como as referidas, a partir dos autores, nomeadamente Bowling (2009), permitem referir que a QDV se apresenta, em última instância, como um objetivo da política de EA e como uma concepção ligada à perceção de EA. Contudo, EA e QDV não são termos sinónimos e, como tal, entender esta ligação a fundo, implica entender o que se entende por QDV. Veja-se que, de acordo com a United Nations Economic Commission for Europe (2012), o EA tem um enorme impacto nas pessoas e na sociedade. As perspetivas avançadas de EA olham o idoso numa visão positiva, bem como no fundo, o

processo de envelhecimento, e como tal promover um EA é reconhecer as pessoas idosas enquanto membros contributivos da sociedade, mais do que colocar uma forte tónica sobre os problemas que a idade cronológica pode fazer emergir, procurando o seu solucionamento ou melhoria. Neste sentido, refere-se o parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “O contributo e a participação dos idosos na sociedade”, que dando conta desta visão positiva sobre os idosos, lhes reconhece importância social e acaba por sublinhar, no nosso entendimento, o sentido fundamental de promover um EA tendo em conta o papel positivo dos idosos para a sociedade:

Os idosos são membros dinâmicos, capazes e vitais da nossa sociedade. Transmitem conhecimento, competências e experiência para as próximas gerações. Contribuem individualmente e em conjunto, para a nossa economia, para as nossas comunidades e para a transmissão da nossa história. (Comité Económico e Social Europeu, 2012, p. 10)

Reconhecendo-se a diversidade de paradigmas de investigação ligados ao EA e QDV das pessoas idosas assume-se nesta investigação a definição proposta pela OMS (2002): processo de otimização das oportunidades para a participação, segurança e saúde, para melhorar a QDV à medida que as pessoas envelhecem. O paradigma de EA assumido neste estudo, enunciado pela OMS, é no fundo uma construção do envelhecimento que reconhece a vantagem das pessoas idosas se manterem efetivamente integradas na sociedade. Isto pressupõe, de um modo sucinto, que a sociedade em que as pessoas se inserem e que as próprias pessoas invistam no seu potencial, melhorando, por fim, a sua QDV.

### **CAPÍTULO III. QUALIDADE DE VIDA**

#### **Enquadramento**

A QDV é um tema de interesse crescente, transversal e multifacetado, exprimindo-se de diversas formas “para uns pela quantidade de bens materiais, para outros dos bens espirituais. Para uns a QDV baseia-se na opinião do próprio indivíduo, para outros na observação de especialistas. Para uns constitui uma dimensão objetiva, para outros, subjetiva.” (Ribeiro, 1994, p. 180).

Neste capítulo debruçamo-nos sobre a forma como o conceito de QDV surgiu e se popularizou procurando perceber a relação entre a QDV e o envelhecimento, analisando, para tal, os contributos de estudos que visam definir, analisar, identificar e/ou priorizar os constituintes ou determinantes que contribuem para esta, de acordo com os idosos (aqui assim definidos, visto nem sempre os estudos considerarem apenas participantes com 65 e mais anos).

Fala-se de QDV para os idosos, em resposta à demanda de um envelhecimento da população mundial, prevendo-se que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2007), pelo que se torna de vital importância a reflexão e o trabalho no mesmo. Portugal<sup>11</sup> não é exceção a esta tendência, sendo de interesse geral o aumento da QDV dos idosos (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). O tema insere-se no âmbito do ditado que diz que não importa só viver mais anos, mas que é necessário dar mais vida aos anos. Este “novo mercado dos idosos”, que é global, leva a pensar-se em “... receitas de “como viver bem até aos 90 anos”, de “como preparar a reforma”, de “como preservar a saúde e manter-se jovem”, em suma, de “como viver com qualidade” (Fonseca, 2005, p. 302-303).

### **3.1. Qualidade de Vida: História e concepções**

A noção de QDV não é nova. Fernández-Ballesteros (2003) sublinha a importância do conceito e o seu debate pelos primeiros filósofos. Smith (2000), e Netuveli e Blane (2008) atribuem as primeiras noções de QDV a Aristóteles (384-322 a.C.) na sua abordagem aos termos “boa vida” e “viver bem”. Contudo, a sua popularização terá ocorrido na segunda metade do século XX (Smith, 2000 e Ribeiro, 1994). Embora, inicialmente assente em questões económicas e políticas, o conceito passou a alargar-se aos discursos dos mais variados contextos sociais (Smith, 2000). Ou seja, o conceito QDV passou a integrar, para além dos indicadores mais economicistas (possuir bens, como carro, rendimentos, entre outros), os indicadores subjetivos, nomeadamente a felicidade e a satisfação com a vida e com os diversos domínios desta (Smith, 2000).

---

<sup>11</sup> “A população com 65 anos ou mais de idade residente em Portugal aumentará de 2033 para 3043 milhares, entre 2012 e 2060, no cenário central.” (INE, 2014a, p. 10) A esperança média de vida à nascença aumenta entre 2010-2012 e 2060 de 76,7 anos para 84,2 anos para os homens e de 82,6 anos para 89,9 anos para as mulheres, no cenário central. Dados disponíveis em [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=215593684&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215593684&att_display=n&att_download=y)

As investigações sobre QDV surgiram nos finais da década de 60, apontando-se este período como sendo aquele em que ocorreu a emergência do conceito enquanto científico (Ribeiro, 1994, 2003; Fernández-Ballesteros e Ivars, 2010), ainda que os primeiros estudos publicados acerca deste tema apontem para os anos 70<sup>12</sup> (Ribeiro, 1994). Os esforços para medir/avaliar a QDV podem ser remetidos, em termos de origem, ao relatório da Comissão on National Goals, de 1960, realizado para avaliar a QDV dos americanos, que concluiu existir uma vasta gama de indicadores sociais e ambientais que devem ser tidos em conta pela nação na avaliação de QDV (tais como a educação, preocupações pelo indivíduo crescimento económico, saúde e bem-estar e a defesa de um mundo livre) (Ribeiro, 1994, 2003 e 2004).

Hoje QDV é um conceito chave<sup>13</sup> ao nível das ciências ambientais, sociais, médicas e psicológicas, nas políticas públicas e nas mentes da população em geral, contudo não há um consenso sobre a definição de QDV (Ribeiro, 1994 e Fernández-Ballesteros, 1997). Definir QDV é constatar de facto a existência na literatura de diversas conceções sobre o tema (Ribeiro, 1994). A forma como este se avalia ou se consideram determinados domínios da vida em relação a outros, parece ligar-se ao contexto temporal, social ou científico em que se aplica e ao modo como cada especialista e cada pessoa o interpreta, enfatizando por isso, por exemplo, a saúde, fatores ecológicos ou económicos de acordo com as áreas de interesse ou intervenção.

Valorizando-se neste trabalho a QDV no envelhecimento, sublinha-se que o conceito de QDV se coaduna com as políticas atuais de promoção de EA, no sentido de ser um objetivo deste modelo ligado ao modo de envelhecer segundo a OMS (2002), que entende QDV como

... as individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment. (OMS, 1997, p.2)

---

<sup>12</sup> Ribeiro (1994), aponta para esta data identificando três estudos de diferentes autores que se debruçam sobre a QDV, publicados em: 1975 de Liu; 1976 de Cambel, Converse e Rodgers (também mencionado por Ribeiro (2003)), como um estudo intitulado *The Quality of American Life*; e de 1982, de Flanagan, o primeiro com objetivo de identificar componentes de QDV, o segundo visava esclarecer/identificar e assim facilitar a compreensão acerca de experiências que definissem QDV e o último, objetivou identificar domínios de QDV.

<sup>13</sup> Termo enunciado por Fernández-Ballesteros (1997).

A partir desta conceção, compreende-se o carácter multidimensional de QDV, no sentido de que este conceito se reveste de domínios físicos, psicológicos e sociais. De um modo mais detalhado, a definição avançada pela OMS aponta para aspetos mais pessoais, como a saúde, autonomia e independência e satisfação e também para aspetos ligados ao meio ambiente em que se insere, como relações sociais e pessoais. A natureza multidimensional do conceito sublinha a importância de se fazer uma ligação ao conceito de saúde e (também) à sua multidimensionalidade.

A definição de saúde avançada em 1948, pela mesma organização, remete não apenas para a ausência de doenças ou de um estado de incapacidade mas, numa visão mais alargada, para um estado de bem-estar (i) físico, (ii) mental e (iii) social; acrescentando em 1987, uma conceptualização de saúde, enquanto um estado sustentável e completo de bem-estar, nos domínios em 1948 referidos, em suma, esta visão holística de saúde cruza-se com a de QDV, na sua complexidade, multidimensionalidade e transversalidade à vida humana (OMS, 1948 e 1987 *cit in* Ribeiro, 2005). Assiste-se assim a um alargamento do entendimento de saúde, que precipitou na sua avaliação a inclusão de variáveis de bem-estar para além do domínio da doença, percebendo-se no fundo que entender a saúde só seria possível com um entendimento de outras componentes da vida. A saúde passa a ser entendida essencialmente como um meio para atingir um fim e a QDV como um termo que a abarca, mas que é muito mais amplo do que esta.

A QDV alberga aspetos quer objetivos, quer subjetivos e depende ou reflete condicionantes macrossociais e sociodemográficas, bem como experiências e circunstâncias individuais, como a saúde, o bem-estar social, os valores, as perceções e o estado psicológico dos indivíduos e a interação entre estes (Lawton, 1991). Fernández-Ballesteros (1997) defende que o conceito integra as seguintes dimensões: (i) dimensão pessoal ou interna (como por e.g. fatores como a competência funcional e saúde) versus socio ambiental ou condições externas (como por e.g. como utilizar a ajuda de próteses); (ii) dimensão subjetiva (como por e.g. a satisfação com a vida) versus objetiva (fatores como os rendimentos e o ambiente físico); sendo que o conceito QDV deve integrar um conjunto de fatores ligadas às duas dimensões e não ser reduzido apenas a uma. Em 1998, Fernández-Ballesteros, acrescenta que:

... quality of life can be described, [...], as a multidimensional macro concept involving different components or conditions, whose weight or importance varies according to a series of

personal parameters (such as age and gender) or social ones (such as socioeconomic or educational conditions). (Fernández-Ballesteros, 1998, p. 59).

O conceito QDV engloba vários domínios da vida humana, desde os ligados às necessidades básicas (como por e.g. alimentação e alojamento), às necessidades materiais e bens em geral (como ter meios de transporte) (Fernández-Ballesteros, 2003). Fernández-Ballesteros (1997) sublinha os fatores objetivos e subjetivos do conceito, valorizando a individualidade e o peso que cada um atribui a determinados aspetos da sua vida. Assim, a QDV contempla conceitos transversais e universais, mas também aspetos particulares e individuais (Cummins, 2005).

As conceções anteriormente propostas, em nossa análise, remetem para o dinamismo do conceito de QDV, tendo em conta a sua evolução decorrente (e na corrente) da evolução histórica, económica, cultural, social, que alargou o seu entendimento considerando outras dimensões da multifacetada evolução da sociedade.

Consideramos assim que a análise de Castellón (2003) encerra o manancial de perspectivas aqui trabalhadas. O autor conceptualiza o conceito de QDV como: (i) uma qualidade ao nível das condições de vida (componente objetiva); (ii) satisfação pessoal com as condições de vida (componente subjetiva); (iii) combinando as condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio indivíduo, tendo em conta os seus próprios valores e aspirações.

Remetemos ainda às definições de Ballesteros, Lawton e Cummins, que, embora possam divergir na forma como agrupam ou organizam os constituintes de QDV, convergem no sentido de olharem as componentes objetivas e subjetivas da vida e a sua interação como determinantes desta.

Ainda que considerando que a QDV é um exercício combinado entre os fatores objetivos e subjetivos, a OMS (1997) valoriza uma abordagem essencialmente subjetiva de QDV. A análise realizada permite sublinhar a importância de se ler a QDV tendo em conta esta interação mais do que olhar cada fator por si só. Não obstante a importância e associação a outros determinantes, este tema parece irremediavelmente ligado à saúde, tendo em conta, desde logo, a sua conceptualização se for ao encontro do que avança a OMS.

A análise concretizada pode finalizar-se com palavras, embora não recentes, ainda atuais, de Fernández-Ballesteros (1998, p.57), que servem de reflexão sobre o conceito de QDV e a razão da sua complexidade, visto que QDV:

... is a complex concept that is difficult to operationalize. Nevertheless, it is possible to establish on principal characteristic: its multidimensionality. Like life it self, quality of life has multiple ingredients.

Assim sendo, apesar da discussão sobre QDV remontar a dois milénios atrás, continua-se a caminhar para a aceção de uma definição de QDV, que poderá um dia ser comum aos vários contextos sociais. Para já parece ser consensual considerá-la um conceito dinâmico, multidimensional, e que abarca dimensões objetivas e subjetivas (decorrendo deste facto a impossibilidade de se fazer uma avaliação completa da QDV de um indivíduo sem que este seja escutado diretamente).

### **3.2. Qualidade de vida no envelhecimento**

Quanto ao interesse pela QDV dos idosos, este provém do seu aumento substantivo nas sociedades contemporâneas do aumento da esperança média de vida e dos custos que esta demanda representa socialmente, sendo que estes custos sociais parecem poder ser reduzidos a partir da manutenção da independência das pessoas idosas e, bem assim, da promoção da sua QDV. Dado os baixos níveis de natalidade, o aumento da esperança média de vida e a baixa produtividade que se espera dos idosos, serão necessárias novas políticas de prevenção e intervenção na e com a população idosa no sentido de aumentar a sua QDV (Fernández-Mayoralas *et al.*, 2012; Wang e Tsay, 2012). Sendo que o envelhecimento demográfico afeta toda a sociedade, desde a vida das pessoas às finanças públicas, passando pelos sistemas de saúde e sociais, é reconhecida internacionalmente a importância de se implementarem medidas neste sentido ou programas de apoio e educação para a QDV na terceira idade, uma vez que esta faixa etária é particularmente vulnerável a crises económicas, entre outros fatores (Bowling *et al.* 2003; Serrano *et al.*, 2014).

Ainda sobre o aumento do interesse da QDV nos idosos, nesta mesma linha argumentativa, Smith (2000) refere que este se deve a: (i) aumento do número pessoas idosas que apresentam desafios em termos de satisfação das necessidades de saúde e de

assistência social visto terem algumas restrições físicas; (ii) avanços tecnológicos, ao nível médico, que proporcionam mais anos de vida que não significa exatamente que sejam com QDV; (iii) a tónica da medicina passou da intervenção secundária ou terciária para a prevenção (ou também denominada intervenção primária); (iv) globalização que é vivida, que leva a uma maior competitividade internacional resultando numa necessidade das nações melhorarem a QDV dos seus cidadãos com o intuito de verem o seu perfil social, económico e político melhorado.

A associação entre QDV e envelhecimento adquire atualmente uma importância crescente, sendo considerado por muitos autores como um conceito fundamental no âmbito da atenção e no campo de intervenção junto dos idosos, sendo um indicador particularmente importante na avaliação da sua condição de vida (Castellón, 2003).

No âmbito da velhice, o termo QDV, é muitas vezes ligado a outras conceções, nomeadamente ao envelhecimento bem-sucedido<sup>14</sup>, mas também a outros, como os termos como ativo, positivo e saudável (Netuveli e Blane, 2008). Netuveli e Blane (2008, p.116), referem que “Most of the quality of life measures are not developed in elderly populations, although they are capable of thinking and talking about their quality of life”.

### **3.2.1. Perceção dos idosos sobre QDV – componentes que definem e influenciam a QDV**

Ressalva-se, como referem Bowling e Iliffe (2011), que o aumento da utilização de cuidados preventivos, a melhor gestão médica da morbilidade e a mudança de estilos de vida em pessoas mais velhas podem ter efeitos benéficos sobre a saúde e longevidade, mas estes podem não melhorar a sua QDV. Assim, e no mesmo alinhamento de outras perspetivas já referidas anteriormente neste estudo, os autores sublinham que os ganhos em longevidade nem sempre alinham com uma boa QDV.

A partir das conclusões de um estudo realizado em Espanha, com a aplicação de questionários ligados à saúde, capacidade funcional, atividade e lazer, integração social,

---

<sup>14</sup> Sem detrimento para outras definições, Rowe e Kahn (1997, 2000) propõem que o envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional, que abrange a prevenção de doenças e incapacidades, a manutenção da função física e cognitiva e a participação constante em atividades sociais e produtivas.

satisfação com vida e com os serviços sociais e a qualidade ambiental, com 1014 pessoas idosas, Fernández-Ballesteros (1998) conclui que: independentemente do sexo, idade ou estado social, as condições mencionadas pelos idosos como essenciais à sua QDV são: (i) saúde (condições da pessoa para usufruir de boa saúde); (ii) habilidades funcionais (ser capaz de cuidar de si mesmo); (iii) condições económicas (ter bons rendimentos); (iv) relações sociais (capacidade para manter relações com família e amigos); (v) atividade (condição para se manter ativo); (vi) condições sociais e serviços de saúde (ter bons serviços sociais e de saúde); (vii) qualidade de habitação e do contexto imediato (ter uma boa casa e um ambiente de boa qualidade); (viii) satisfação com a vida (sentir-se satisfeito com a vida), cultural, educacional e oportunidades (condição para ter a oportunidade de aprender coisas novas). Uma QDV ótima na velhice parece depender de um:

... intelecto inalterado, ausencia de problemas mentales, hábitat satisfactorio, buenos amigos, familia acogedora y comprensiva, seguridad económica para para obtener los mínimos necesarios, hogar adecuado y sensación de bienestar o felicidad. (Castellón, 2003, p.190).

Castellón (2003) e Meija e Merchán (2007) sublinham de novo a saúde como um determinante fundamental para a QDV, visto que, nesta fase da vida, a prevalência de doenças tende a ser mais elevada do que noutras fases anteriores e que estas parecem ter um impacto significativo na QDV.

Num estudo de natureza qualitativa sobre a auto percepção de QDV de um grupo de idosos institucionalizados e a viver no meio familiar, Castellón (2003) constatou que a QDV remete de facto à saúde como a preocupação principal, e assim, a presença de doença é um aspeto que pode afetar negativamente o bem-estar da pessoa e, como tal, a sua QDV. Acrescenta ainda que (convergindo, a nossa perspetiva com a conceção de Fernández-Ballesteros, 1998) nas sociedades ocidentais este conceito está também ligado a variáveis como a família, amigos, nível académico alcançado, trabalho que desempenharam, situação económica, habitação e meio ambiente.

Neste mesmo alinhamento na Grã-Bretanha, Bowling *et al.* (2003), num estudo que envolveu 990 pessoas idosas (a viver em casa) concluíram que: ter uma boa relação social é o constituinte mais mencionado pelas pessoas para uma boa QDV (81 por cento dos entrevistados); e ter uma saúde pobre, foi mencionado por 50 por cento da amostra, como a área de vida que mais QDV retira à pessoa. Assim, a partir deste estudo, realça-

se de novo que ter boas relações sociais e saúde são apontadas como as áreas mais importantes para uma boa QDV, seguidas de ter algum dinheiro (condição económica). No entanto, ainda de acordo com este estudo e na mesma linha do estudo desenvolvido por Gabriel e Bowling (2004), utilizando por referência os dados recolhidos no estudo mencionado anteriormente, foram apontados os seguintes constituintes: os papéis sociais e atividades desenvolvidas; estado psicológico e bem-estar; a habitação (condições e localização, ter serviços disponíveis como comércio, transportes segurança); vizinhos (que podem auxiliar quando existe uma boa relação a ir às compras ou ao médico, por e.g.); situação financeira e a independência.

Mais um estudo desenvolvido por Bowling *et al.*, em 2002, utilizando o mesmo grupo de pessoas em busca de um modelo multidimensional concertado para a medição da QDV das pessoas idosas, afirma ainda que, embora a saúde e o estado funcional sejam as áreas mais comumente referidas por estes na determinação da sua QDV, a análise das respostas apontam novamente para: ter rendimento adequado; ter um relacionamento conveniente com a família e os recursos da comunidade acrescentando, no entanto, que este fator contribuirá para manter a integração social e prevenir solidão; acessibilidade a instalações e transportes locais, acrescentando a partir deste estudo que a presença deste fator resultará na manutenção da independência, proteção e segurança, como necessários para uma melhor QDV.

Com vista a investigar a aparentemente incongruente associação entre o mau funcionamento físico e um elevado sentimento de QDV, Bowling *et al.*, em 2007, questionou cerca de um milhar de idosos, concluindo que quanto melhor era o autoconceito em termos de saúde melhor era a QDV, ou seja se o idoso se considera saudável a sua QDV é melhor. Ou seja, este estudo alerta para a possibilidade de a saúde poder ou não ser um domínio QDV para os idosos. Isto é, Bowling *et al.* (2007) indo ao encontro, na nossa perspetiva, da dimensão subjetiva do conceito de QDV, introduz a possibilidade de uma pessoa estar doente ou com menos habilidade física e manter uma avaliação/perceção positiva relativa à sua QDV, visto não se sentir como tal. Esta abordagem aproxima-se à de Downie, Fyfe e Tannahill (1996 *cit in* Ribeiro, 2005), que sublinha que saúde e doenças podem ser retratado num contínuo, porém não são extremos do mesmo, cruzados por um eixo em que num extremo se localiza o bem-estar

elevado e no outro oposto o mal-estar. Esta representação em eixos que tende a explicar a saúde oposta à doença grave ou morte pode ser entendida em quatro quadrantes:

- 1 – Indivíduo sem nenhuma doença e com bem-estar elevado e por oposição em extremo de posição.
- 2 – Indivíduo com doença grave e com nível de mal-estar.
- 3 – Indivíduo sem qualquer doença e que tem uma sensação de mal-estar e por oposição.
- 4 – Indivíduo com uma doença grave e que tem uma sensação de bem-estar elevada.

Esta representação demonstra que é possível que uma pessoa mesmo se encontrando muito doente (por exemplo com cancro em estado grave que desconhece) tenha um bem-estar elevado, bem como alguém que não tenha qualquer doença pode sentir-se mal. Os autores parecem sublinham a diferença entre padecer de uma doença (*disease*) ou sentir-se doente (*illness*) ou ainda comporta-se como doente (*sickness*). Perspetivas estas que divergem com as de Castellón (2003) e Meija e Merchán (2007) que frisam a associação entre o padecimento de doenças e uma má QDV.

Tendo em conta agora o termo solidão, anteriormente mencionado, associado à relação com a família e sendo que a relação familiar é sublinhada em todos os estudos aqui apresentados como um fator importante para a medição e definição da QDV das pessoas idosas, é interessante refletir sobre as conclusões de um estudo desenvolvido por Billota *et al.* (2012), em que os autores definem que os idosos que vivem sozinhos, sem nenhum cuidador, e que nunca foram casados se encontram em maior risco de apresentarem uma má QDV. Os relacionamentos interpessoais satisfatórios como proporcionadores de QDV dos idosos, mencionados no modelo de QDV de Bowling *et al.* (2002), reforçam, na nossa perspetiva, o que, já em 1990, Clark e Bowling afirmaram no sentido de que o envolvimento em atividades e interação com outras pessoas promove sentimentos positivos entre os idosos e promove o bem-estar destes.

Os fatores mencionados nestas investigações são reforçados por Bowling e Iliffe (2011), que verificaram que a QDV se relaciona com a saúde, a família e a rede social; os recursos financeiros; as atividades de lazer; o ambiente habitacional, entre outros, aspetos que são em grande parte enunciados por Joia e Ruiz (2006). Para as autoras, tendo em conta uma amostra de 385 pessoas com mais de 60 anos residentes no Brasil, os seguintes fatores determinam uma boa QDV: (i) ter relacionamentos interpessoais

(49,1 por cento) – bom convívio social (com vizinhos, por e.g.), bom relacionamento familiar; capacidade de estabelecer contatos com os outros e amizades; bom relacionamento conjugal; (ii) boa saúde (38,9 por cento); (iii) motivação para as atividades diárias; procura de autonomia; satisfação com a vida; paz de espírito; bom humor e felicidade; bem-estar e equilíbrio emocional (34,2 por cento); (iv) bens materiais (28,4 por cento) – boa situação financeira; poder de compra; ter conforto; ter casa boa e própria; poder recorrer a médicos e adquirir medicação quando necessário; (v) atividades de lazer (22,4 por cento) – viajar; ouvir música; dançar; cuidar de animais de estimação; jogar cartas e fazer artesanato, são alguns exemplos; (vi) trabalhar e gostar da função (6,3 por cento); (vii) fé e religião (8,2 por cento); ter conhecimento, ler, estudar ou ter estudado (4,1 por cento); bom ambiente em que se vive (2,4 por cento) (Joia e Ruiz, 2006).

A título de exemplo cita-se Mosallanezhad *et al.* (2014), que refere, indo ao encontro do envolvimento social, da prática atividades de lazer e da capacidade para as pessoas idosas se manterem ativas no mercado de trabalho ou outro, anteriormente mencionadas como determinantes da QDV, que um estilo de vida ativo pode adiar o processo de envelhecimento, prevenir muitos aspetos do declínio funcional e melhorar a saúde e a QDV, nomeadamente através da prática regular de exercício físico (quando realizado com o devido acompanhamento médico). Quanto à prática de exercício físico, por exemplo Marom-Klibansky e Drory (2002) referem que a participação num programa de atividade física regular é um meio eficaz e seguro para evitar e reduzir o declínio funcional decorrente do envelhecimento e melhorar a QDV; no mesmo sentido Rosenkranz *et al.* (2013) menciona os efeitos positivos para a QDV das pessoas da prática de atividade física, através do incentivo a caminhadas e a diminuição dos tempos em que se encontram sentadas.

Sousa, Galante e Figueiredo (2003) realizaram um estudo em que administraram o EASY Care a amostra de pessoas idosas portuguesas (N=1354) de 13 distritos do país, tendo concluído que a QDV se distribuía por 4 grandes fatores, a saber: atividades de vida diárias, bem-estar, mobilidade e comunicação. Foram também identificados como fatores valorizados pelos indivíduos avaliados a autonomia e as funções cognitivas. Os autores concluem ainda que a maioria considera ter uma QDV satisfatória.

No que respeita ao tema central deste trabalho – as pessoas idosas –, podemos objetivar que falar de QDV no envelhecimento é também abordar a questão habitacional, visto que esta exerce uma influência fundamental na vida destas pessoas. Estudos realizados em Portugal evidenciam a preferência das pessoas idosas pela habitação própria (96,61 por cento como proprietários ou arrendatários, sendo os indivíduos com 50 ou mais anos o escalão de arrendatários com maior peso, habitando 53,8 por cento do total dos alojamentos arrendados) ou a vivência de uma situação partilhada em casa de familiares (Daré, 2010). Ainda que, por exemplo, na cidade de Lisboa, cerca de 30 por cento das habitações dos idosos necessitem de reparações e de mais de metade destes (65 por cento) considerar que a sua casa precisa de adaptações (Câmara Municipal de Lisboa, 2008). Mais ainda, a qualidade e a adequação da habitação são fatores que de facto conferem uma condição fundamental à vida das pessoas idosas. Isto é, as características da habitação influenciam positiva ou negativamente a sua independência, a saúde e as dinâmicas sociais que a pessoa idosa realiza (Martin, Santinha, Rito e Almeida, 2012).

Por outro lado, sendo o ambiente de vida da pessoa idosa determinante para a resposta de adaptação e capacitação face a um qualquer nível de limitação social, física e/ou cognitiva (WHO, 2010), este pode apresentar-se, igualmente, como um meio de compensação das limitações decorrentes do envelhecimento e/ou da deficiência, quando se concebe e concretiza um plano de adaptações facilitadoras da vivência autónoma no domicílio.

A habitação e a sua funcionalidade afetam a independência e as relações sociais dos idosos, pelo que são temas de extrema importância. Nesta linha, um novo conceito – *aging in place* – é cada vez mais debatido por se considerar a importância da pessoa idosa envelhecer no seu ambiente, no seu lar, como meio preferencial de vida (Pynoos, 2001; Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009). Em suma, a qualidade e funcionalidade da habitação são um fator de peso na promoção da QDV do idoso. Sendo que melhorias na funcionalidade da mesma, promovendo a redução de acidentes e uma vida independente, devem ser conseguidos de forma a melhorar o dia a dia do idoso (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009).

Tendo em conta o projeto da Câmara Municipal do Porto (CMP) no âmbito da QDV, foi realizado um inquérito a 2400 residentes na cidade (com 15 ou mais anos de idade),

com o objetivo de avaliar a percepção destes face à sua QDV. Neste estudo o domínio da saúde foi considerado por 8,5 por cento da população como um dos mais importantes para a QDV (colocando-se em 8º lugar), ultrapassado por: ambiente e enquadramento geográfico (79,5 por cento); mobilidade e infraestruturas várias (50,6 por cento); segurança (41,1 por cento); habitação (30,2 por cento); rendimento e mercado de trabalho (13,1 por cento); coesão social (11,5 por cento); e cultura, lazer, recreio e desporto (11,4 por cento). Segundo este estudo (nunca esquecendo o período de tempo em que foi realizado – ano de 2003), quando se olha com detalhe para os resultados relativos às pessoas com 65 anos e mais, com baixo nível de habilitações e reformados (que totalizam uma amostra de 874 indivíduos), os resultados apontam como aspetos mais importantes na QDV: (i) infraestruturas básicas; (ii) urbanismo; (iii) habitação; (iv) equipamentos e segurança; em contrapartida os menos valorizados foram – ensino, ambiente; cuidados sociais e de saúde; desporto e cultura. Na nossa perspetiva, e tendo em conta a análise de estudos anteriormente citados, os seus resultados revelam-se como uma surpresa, como é o caso do domínio da saúde, que não é apontado, pela população idosa, como fundamental<sup>15</sup> (Santos, Martins e Brito, s/d).

Alguns estudos sugerem que a saúde (mesmo que nem sempre prioritária) é um aspeto de extrema importância para a QDV, aliada à autonomia, independência, à funcionalidade física ou psicológica, constituindo um fator tido em linha de conta nos discursos dos idosos.

A capacidade da pessoa, ao longo do processo de envelhecimento, se manter ativa é mencionada como um determinante de QDV, quer no desenvolvimento de atividades de índole física, ligadas à autonomia e independência para a concretização das atividades diárias, quer no desenvolvimento de atividades de índole social, como a participação na sociedade, são aspetos sublinhados por alguns autores como Wang e Tsay (2012). Estas perspetivas, que dicotomizam o seu olhar entre práticas físicas e sociais, nada mais fazem do que ligar a QDV ao EA, e o EA à QDV dos idosos. Assim, se, por um lado, a

---

<sup>15</sup> Este estudo importa quando olhamos essencialmente as respostas dos subgrupos criados no mesmo do qual fazem parte as pessoas idosas (conjuntamente com os reformados e pessoas com baixo nível de habilitações) e por, no fundo, fazer uma caracterização do Porto, cidade na qual foi desenvolvido pelos autores deste estudo a investigação sobre Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida dos Idosos do Bonfim. Freguesia que se insere no Centro Tradicional, em conjunto com Cedofeita, Massarelos e Sto. Ildefonso, em que os quatro domínios mais apontados como mais importantes para a QDV referidos pela amostra, foram: ambiente e enquadramento geográfico; mobilidade e infraestruturas; segurança e habitação.

QDV se apresenta como um objetivo da política de EA (OMS, 2007), como demonstrado no capítulo anterior (Capítulo II. *Envelhecimento Ativo*), por outro, a promoção e manutenção de um EA, olhando-o num sentido abrangente, é um fator determinante na QDV dos idosos, sendo que uma boa QDV parece poder ser determinada por este (e assim o EA constitui-se como um objetivo para a atingir). Esta afirmação fundamenta-se nos fatores que são apontados pelos idosos como determinantes para a sua QDV e que são em grande parte mencionados como constituintes dos modelos de EA proposto pela OMS (2002)<sup>16</sup> e Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), os constituintes (i) pessoais – como os ligados a determinantes de saúde, quer física quer mental, condições de habitação, e outros; (ii) económicos – rendimentos pessoais e capacidade para adquirir o que necessitam; (iii) sociais- que se ligam a determinantes do meio ambiente, como a segurança, a existência de serviços de saúde, comércio, transportes, também mencionado o mercado de trabalho e as atividades de lazer, que se podem relacionar com a existência de oportunidades sociais para a integração das pessoas idosas. Ou seja, os fatores apontados pelos idosos, como os que influenciam a QDV, são, no fundo, constituintes de um EA.

### **Síntese**

Em suma o que significa ter QDV no envelhecimento? O que significa envelhecer com QDV? Estas são questões que continuam a fazer sentido, visto que este conceito se liga a um complexo de situações. Significa ser/sentir-se saudável física e psicologicamente e manter-se autónomo e independente; ter relacionamentos interpessoais bons (familiar e outros, como com vizinhos) e estar socialmente integrado; ter os meios materiais/financeiros e os ligados ao meio social em que se inserem (como ter acesso a serviços de saúde, comerciais ou outros) necessários ao dia a dia, ligados por vezes às condições da habitação, ou seja, fatores que nos remetem para o conceito de EA numa abrangência holística do termo (ativo física, psicológica e socialmente). QDV está ligada à perceção (subjéctiva) do sujeito e como tal, embora a saúde seja diversas vezes sublinhada nos estudos analisados, aceita-se a saúde como um domínio cuja apreciação do sujeito é fundamental (indo ao encontro de Bowling *et al.*, 2007) e não apenas como um oposto a doença. A saúde vista como um extremo oposto à doença, nem sempre

---

<sup>16</sup> Os determinantes do modelo de EA proposto pela OMS (2002), em título exemplificativo são: (i) económicos, (ii) de saúde, (iii) ambientais, (iv) pessoais, (v) físicas e (vi) sociais, que estão dependentes das questões da cultura e de género, incorporando no fundo os fatores apontados pelos idosos como importantes para a determinação da sua QDV.

reflete este domínio, já que, não só é possível que uma pessoa doente tenha/perceba a sua QDV como boa, como alguém que não estando (em termos de diagnóstico médico) doente se sinta doente e como tal sinta que tem uma baixa QDV, aceitando a perspectiva de Ribeiro (2005) e a aparente incongruência estudada por Bowling *et al.* (2007) entre a associação de um mau funcionamento físico e uma percepção positiva de QDV.

A população idosa é um grupo heterogêneo (na mesma medida em que todos os grupos etários são heterogêneos), sendo necessário ir de encontro à individualidade. Dito de um outro modo, a QDV, é resultante da auto percepção das pessoas, neste caso idosas, dos seus valores, expectativas, traços de personalidade, estado de saúde e de felicidade, história de vida e suas relações e ainda se liga às condições do ambiente em que vivem.

A investigação ligada à QDV (independentemente do contexto a que se aplica ou do grupo de pessoas a que se refere) depara-se sempre com complexidade do conceito, quer a nível teórico, quer, por extensão, em termos empíricos. E, como tal, tendo em conta que cada pessoa, como foi avançado na revisão da literatura, tem a sua própria visão do que considera como QDV, os estudos sobre a QDV das pessoas idosas devem passar por discussões com as mesmas sobre o seu próprio entendimento de QDV, em termos de perceber o que a afeta na fase de vida em que se encontram, e definir e hierarquizar esse fatores/determinantes/domínios ou condicionantes.

## **PARTE 2: ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO IV. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

### **Enquadramento**

O capítulo IV apresenta a questão de partida e as questões de investigação que presidiram este estudo, os objetivos do mesmo e os seus participantes. Apresentam-se os instrumentos de recolha de informações utilizados e o respetivo procedimento adotado.

Procura-se, ainda, com o detalhe possível, dar a conhecer o modo como a investigação foi conduzida e os pressupostos metodológicos assumidos.

A investigação reconhece a importância do desenvolvimento de medidas que permitam que as pessoas idosas se mantenham efetivamente ativas na comunidade e na família e que tenham condições de vida que lhes permitam, no quotidiano, fazer face a situações de risco ou de vulnerabilidade.

Assume-se a definição de EA proposta pela OMS (2002), já referida, mas que, recorda-se, assenta no desenvolvimento de medidas ou na existência de oportunidades que promovam e otimizem a participação ativa das pessoas idosas na comunidade e na família, tendo em conta o que está além do seu potencial físico (à força de trabalho) e que se pretende perceber com a investigação:

- (i) a manutenção da vivência efetiva de relações sociais e familiares;
- (ii) a realização de atividades diárias ligadas à participação na comunidade e na vida familiar;
- (iii) da existência no meio de oportunidades de participação de acordo com as suas necessidades e capacidades individuais (estas oportunidades ligam-se a questões do meio ambiente, que possam ser enunciadas como facilitadores ou condicionadores da vida das pessoas idosas, enunciadas pelos próprios);
- (iv) da manutenção de condições de vidas ligadas à QDV.

Quanto à QDV, assume-se que este é um conceito:

- (i) dinâmico – com aplicação relevante para todas as pessoas em todas as idades, é um conceito que sofre alterações ao longo dos tempos (aliado às evoluções nas

preocupações económicas, políticas e sociais) e que, constituindo uma percepção individual sobre a posição da pessoa na vida, pode variar por influência do contexto cultural e pelo sistema de valores em que cada um está inserido) e, para uma mesma pessoa, ao longo das diferentes etapas da sua vida;

(ii) multidimensional – QDV das pessoas idosas pode relacionar-se com todos os aspetos da vida, incluindo determinantes objetivos e subjetivos da vida. Nesta investigação os primeiros ligam-se a determinantes financeiros (considera-se que estes assumem um papel importante na dimensão da vida destas pessoas na determinação da capacidade de cada um aceder aos bens de que necessita); às condições de habitação (papel considerado crucial ao nível do conforto, salubridade e segurança, para o desenvolvimento do equilíbrio pessoal e das interações pessoais) e às condições de saúde (determinante da autonomia e independência para o desenvolvimento de ações e interações sociais). Os segundos ligam-se a sentimentos de satisfação face: à vida, à saúde, à segurança, às expectativas futuras, às inter-relações e a ligação com a comunidade, a habitação e as suas próprias capacidades físicas e económicas;

(iii) subjetivo – nesta investigação, dado os objetivos definidos *à priori*, não foi dada a liberdade de os participantes se exprimirem livremente dando conta dos domínios que consideram para a sua QDV, porém cotaram domínios estabelecidos que a literatura indica influenciarem a QDV das pessoas idosas.

Os dois conceitos, EA e QDV, são percebidos como complementares (existindo domínios que se interligam entre estes termos, por exemplo, as relações sociais). Se a vivência de um EA visa melhorar/manter a QDV das pessoas (OMS, 2002), ter QDV, com condições pessoais e sociais favoráveis, influencia a forma como as pessoas vivem o envelhecer (de uma forma mais ou menos ativa, tendo em conta a sua participação e inclusão na sociedade). A satisfação com a QDV depende de fatores/condições que permitam as pessoas idosas manterem-se efetivamente ativas e comprometidas com a família e a comunidade.

#### **4.1. Pertinência do estudo – Um olhar sobre o Bonfim**

A freguesia do Bonfim foi constituída por decreto assinado por Costa Cabral, enquanto circunscrição administrativa em 1841, resultando da divisão das freguesias de Campanhã, de Santo Ildefonso e Sé (Maia, 2002; Correia 2009), com uma área total de

cerca de 292ha (Anexo A). Historicamente o Bonfim foi a freguesia por excelência de expansão industrial e, associada, de construção de habitação social de baixo custo, quase sempre empreendimentos com a mesma origem de capital (Teixeira, 1994; 1996).

Deste território saíram progressivamente desde a segunda metade do século passado as fábricas, mas ficaram as casas, hoje quase “museus” de um urbanismo industrial sincopado na designação de “ilhas do Porto” (Gros 1982; Seixas, 1997). São habitações singulares, com micro divisões, de partilha coletiva pelos espaços exteriores e, quase sempre, pela casa de banho, que potenciam a dimensão comunitária no contexto urbano, numa espécie de subcultura deslocalizada (Seixas, 1997; Teixeira, 1996). Constituem-se como espaços muito característicos de marcada dimensão etnográfica que, apesar da renovação geracional os ter desassociado de uma exclusiva ocupação por operários e migrantes, mantêm uma subcultura de cidade em que os traços de edificação a tal impelem (Seixas, 1997). A sedimentação deste estudo de caso a uma parte da zona oriental da cidade do Porto, o Bonfim, justifica a inclusão no inquérito utilizado de um alargado conjunto de questões que reportam às características e condições das habitações, tendo em linha de conta princípios e pressupostos presentes no manual *Local Housing and Health* (OMS, 2007b).

O Bonfim, tendo por referência a população residente à data dos censos de 2011<sup>17</sup>, contabilizava 24265 residentes (10674 homens e 13591 mulheres), registando-se uma diminuição do número de efetivos relativamente a 2001 (INE, 2002) que era de 28578 residentes. Traços que não lhe são idiossincráticos, mas que seguem a tendência demográfica que se regista no Porto em geral. Perda de residentes e aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos. Entre 1991 e 2011, o Porto regista uma diminuição da população residente de 1,2 por cento (301159 residentes em 1991 para 237591 em 2011). As pessoas idosas totalizam os 55083 residentes, ou seja, 23,2 por cento da população portuense, registando-se um índice de envelhecimento<sup>18</sup> de cerca de 194 idosos por cada 100 jovens (INE, 2012).

A freguesia do Bonfim apresenta uma população mais envelhecida do que a cidade do Porto no seu todo, o que justifica a realização do nosso estudo na mesma. As pessoas

---

<sup>18</sup> Índice de Envelhecimento = ((População residente com 65 e mais anos / População residente com menos de 15 anos)\*100)

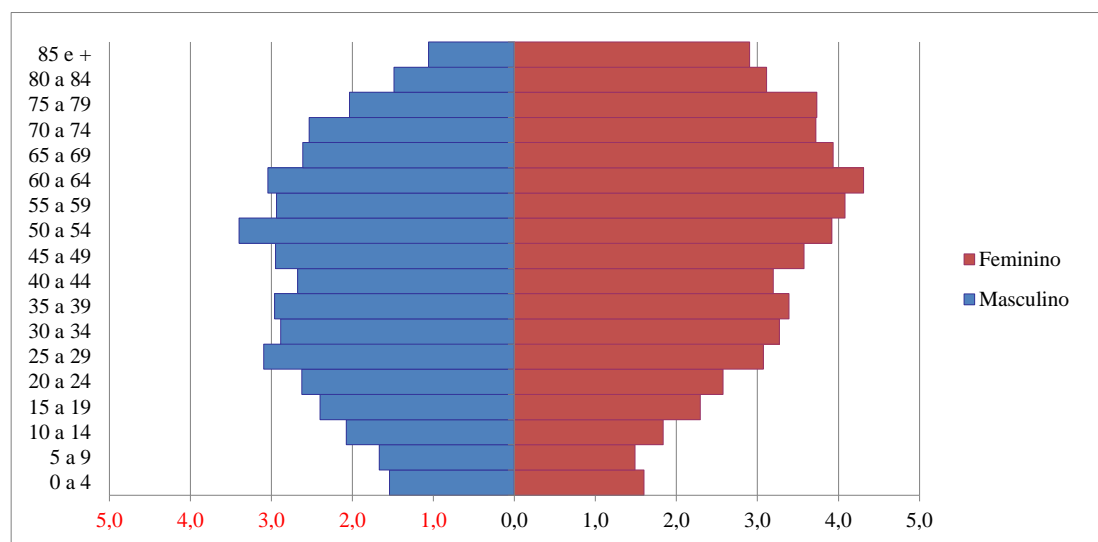
idosas representam 27,13 por cento da população Bonfinense. O índice de envelhecimento neste freguesia registava em 2011 o valor de 265,7 idosos por cada 100 jovens, sendo que o índice de dependência de idosos em relação aos adultos, potencialmente ativos de 43,31 por cento.

**Quadro 1:** Grupos Funcionais<sup>19</sup> Porto e Bonfim (População residente, 2011)

Grupos Funcionais	Porto	Bonfim
0 – 14 anos	11,9% (n=28379)	10,2% (n=2478)
15 – 64 anos	64,9% (n=154129)	62,7% (n=15203)
65 e + anos	<b>23,2%</b> (n=550831)	<b>27,1%</b> (n=6584)

Fonte: Resultados Censos 2011 (INE, 2012) e manipulação dos dados a partir do cálculo dos grupos funcionais

A pirâmide etária, que regista os residentes no Bonfim, retrata, de um modo claro, uma população envelhecida, com uma base mais estreita por referência aos grupos etários que integram a população adulta.



**Figura 2:** Pirâmide Etária da Freguesia do Bonfim (População residente no Bonfim, 2011)

A população com 65 anos ou mais anos é maioritariamente casada (3380 pessoas), seguindo-se dos que são viúvos (2058, predominantemente mulheres, o que se justifica também pelo maior número efetivo de mulheres com 65 anos ou mais a residir no Bonfim) (INE, 2011).

<sup>19</sup> O presente quadro resumo permite tirar conclusões sobre a estrutura populacional do Porto e do Bonfim. Definimos assim três grandes grupos: 0 – 14 anos que define a população jovem, 15 – 64 define a população ativa e 65 e mais anos que define a população idosa. Depois de definidos procedeu-se à manipulação dos dados disponibilizados pelo INE, do seguinte modo: percentagem de jovens = ((População com 0 – 14 anos / População total)\*100); percentagem de população ativa = ((População com 15 – 64 anos / População total)\*100); percentagem de idosos= ((População com 65 e mais anos / População total)\*100)

**Quadro 2:** População residente Bonfim com 65 anos ou mais segundo sexo e estado civil (2011)

Pessoas com 65 e + anos	Homens	Mulheres	Total	RM
População residente	2361	4223	6584	55,9
População residente solteira	99	636	735	15,6
População residente casada	1829	1551	3380	117,9
População residente viúva	299	1759	2058	17,0
População residente divorciada	141	270	411	52,2

Fonte: INE, 2011

Correspondendo ao espectável distanciamento, por défice, do número de homens face ao número de mulheres, a população do Bonfim evidencia, na relação de masculinidade (RM<sup>20</sup>), as marcas do envelhecimento e da mortalidade masculina mais precoce. É assim que as categorias de residente solteira, viúva e divorciada nos dão, por cada 100 mulheres, valores muito distantes para os homens. E é também assim que a categoria casada, por défice de homens, que morrem mais precocemente, nos dá uma menor “vantagem” para as mulheres.

Quanto ao nível de escolaridade<sup>21</sup>, é significativo em relação ao conjunto a população idosa Bonfinense que frequentou o ensino básico, cerca de 68 por cento das pessoas (4488), seguindo-se os que têm um nível de ensino superior e secundário, 15,2 por cento (1004) e 9,3 por cento (615). Constata-se que, em todos os níveis de escolaridade, o número de mulheres é superior ao dos homens, o que não deve ser lido como resultado de um maior acesso feminino ao ensino, mas um resultado influenciado pelo número substancialmente superior de mulheres relativamente aos homens. Repare-se que, não é, como tal, curioso que também os efetivos que não têm nenhum nível de ensino sejam maioritariamente mulheres, dos 7,2 por cento dos idosos sem quaisquer nível de escolaridade, 410 são mulheres e 67 homens respetivamente.

Grande parte destas pessoas vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário, 63,4 por cento (4151). Dos 14993 alojamentos familiares do Bonfim (clássicos ou outros), 19,5 por cento (2920) são alojamentos familiares só com pessoas com 65 ou mais anos,

<sup>20</sup> Relação de masculinidade é o número de homens por cada 100 mulheres, assim sendo, um valor superior a 100 significa que existem mais homens que mulheres. Relação de masculinidade = ((População do sexo masculino/População do sexo feminino)\*100)

<sup>21</sup> Os níveis de escolaridade considerados na análise, são exatamente os considerados pelo INE, visto os resultados apresentados corresponderem a dados que este disponibiliza tendo em conta os resultados do recenseamento da população de 2011. Não são apresentados dados sobre o ensino pré-escolar nem pós-secundário visto não existir na população com 65 ou mais anos efetivos com este nível de escolaridade.

sendo que 11,6 por cento (1733) são alojamentos familiares com 1 pessoa com 65 ou mais anos (INE, 2011).

Face às dificuldades desta população, relativamente ao conjunto, “andar” foi a ação mais frequentemente apontada como aquela cujos idosos têm muita dificuldade em realizar, por 20,8 por cento (1371) idosos, por sua vez, relativamente à categoria “não consegue efetuar a ação”, “tomar banho” ou “vestir-se sozinho”, foi a mais frequentemente apontada, por 4,7 por centos (309) idosos (INE, 2011).

Esta realidade fundamenta os pressupostos da investigação que constituem também objeto de interesse e de preocupação das autoridades locais designadamente da Junta de Freguesia do Bonfim (JFB), que têm por base (i) o reconhecimento da importância da realização de atividades de participação ativa e das características do meio (da freguesia) que possam limitar ou facilitar a ligação efetiva com a comunidade, o isolamento e solidão – princípios que se ligam às condicionantes do meio ambiente para o EA e das áreas consideradas na definição das cidades amigas das pessoas idosas; (ii) a importância do acesso a condições de vida básicas, ligadas a: rendimentos<sup>22</sup> - considerada uma dimensão importante da vida que condiciona a sua qualidade, visto que pode determinar a capacidade de cada um aceder aos bens necessários ao seu dia a dia); habitação – de acordo com o quadro teórico descrito este é enunciado como um dos fatores que influencia significativamente a QDV das pessoas idosas, e as condições da habitação no Bonfim pode revelar fortes carências; saúde – fator enunciado muitas vezes como condicionante da QDV, é considerado fundamental entender o estado de saúde das pessoas idosas percebendo de que modo este influencia a sua vida<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Pode justificar-se, entre outros dados, pelo valor nacional das pensões (Capítulo I) e pela taxa de risco de pobreza para as pessoas com 65 anos e mais, em 2012 era de 14,7%, sendo que a taxa de risco de pobreza das famílias constituídas por um adulto sem crianças, onde estão integrados também os idosos é de 21,7%, superior mesmo à taxa de risco de pobreza da população total portuguesa (18,7%) (INE, 2014c). Segundo o Diagnóstico Social do Porto (Azevedo e Baptista, s/d) os indicadores de risco de pobreza na população portuguesa, colocam a população idosa como o subgrupo mais vulnerável e como exemplo de uma possível justificação para esta vulnerabilidade nos idosos Portuenses, dá conta dos dados de 2008, disponibilizados pelo Centro Distrital do Porto do Instituto de Segurança Social, relativos aos requerimentos do Complemento Solidário para Idosos (CSI é, sucintamente, uma prestação monetária concedida a pessoas com 65 anos e mais, nacionais ou estrangeiros, com poucos recursos (Centro Nacional de Pensões, 2015)) – 4135 requerimentos no Porto, sendo que a freguesia do Bonfim, se localiza em 3º lugar, de acordo com a percentagem de requerimentos de CSI por freguesia (13% dos requerimentos, depois de Paranhos, 18% e de Campanhã, 17%).

<sup>23</sup> No fundo estes objetivos e depois, no limite, a intervenção da JFB nas áreas em questão, promovendo um EA e melhorando a QDV da população idosa, tendo em conta preocupações com a solidão e

#### 4.2. Questão de Partida e Questões de Investigação

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), uma investigação deve sempre começar por uma questão de partida ou fio condutor. Este estudo tem subjacente a seguinte questão: Como vivem, como interagem e de que condições de vida dispõem as pessoas idosas do Bonfim, que fomentam ou limitam a sua participação ativa e a sua QDV?

A esta questão estão subjacentes outras. A saber:

- a) A participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo está associada a:
  - (i) Satisfação com a vida (consideram-se os sentimentos de (in)satisfação sentimento em relação à vida, à saúde, à ligação com a comunidade em que vive, ao apoio familiar, ao apoio de amigos ou de outras pessoas, à situação económica, ao futuro e à segurança)?
  - (ii) Estado de saúde (considera-se a existência de doenças crónicas, o grau de autonomia ao nível da visão, audição e comunicação e de mobilidade, as limitações diárias e a toma de medicação perante)?
  - (iii) Histórico de vida (a ocupação profissional, o estado civil, a escolaridade e os recursos financeiros)?
- b) A satisfação com a vida das pessoas idosas está associada a:
  - (i) Satisfação com – a saúde, a segurança, a ligação com a comunidade onde vive, o apoio familiar, o apoio de amigos ou outras pessoas, a situação económica pessoal, o futuro?
  - (ii) Recursos financeiros (considera-se o rendimento mensal pessoal e do agregado familiar, ter pessoas a cargo, da capacidade de amealhar e satisfazer as suas necessidades incluindo a aquisição de medicação)?
  - (iii) Estado de saúde (consideram-se os mesmos aspetos relativos à saúde apreciados na questão a. (ii))?
  - (iv) Condições da habitação (que deve considerar as questões ligadas às condições das próprias habitações, ao nível das infraestruturas e das

---

isolamento, também se aliam aos definidos em decreto de lei no que respeita ao Plano Nacional Para a Inclusão, que embora não olhe apenas a população idosa, tem-na em foco de atenção. Para tal pode ler-se a Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2006. 8403-8456. Diário da República 1.a série - N. 240 - 15 de dezembro de 2006

condições criadas pelos moradores ou proprietários, ligados aos equipamentos/utensílios domésticos)?

### **4.3. Objetivos do Estudo**

As questões anteriormente definidas para este estudo ligam-se aos objetivos. No contexto do envelhecimento demográfico da freguesia do Bonfim, das consequências inerentes do aumento do número de pessoas idosas, da maior longevidade e das características do meio que podem condicionar a forma como aí se vive o envelhecer, desenvolveu-se a presente investigação. O principal objetivo deste estudo é: identificar a participação ativa e as áreas propiciadoras/inibidoras de QDV das pessoas com 65 ou mais anos de idade que usufruem de serviços da JFB.

Para a concretização deste objetivo, são considerados os seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar sociodemograficamente as pessoas idosas inquiridas, considerando as seguintes variáveis sociodemográficas:
  - (i) Idade;
  - (ii) Sexo;
  - (iii) Naturalidade;
  - (iv) Estado civil;
  - (v) Número de filhos;
  - (vi) Nível de escolaridade;
  - (vii) Profissão;
  - (viii) Atividade produtiva.
  
- b) Averiguar sobre as atividades realizadas pelos participantes e os espaços físicos, públicos e privados em que estas se concretizam, captando ao mesmo tempo a sua participação ativa na comunidade e o que existe na freguesia do Bonfim que facilita ou complica o seu dia a dia, tendo em conta para isso:
  - (i) Acompanhamento diário;
  - (ii) Ocupação e gestão do tempo, ao nível da enumeração das atividades diárias desenvolvidas na família, na comunidade ou de fruição própria;
  - (iii) Sentimentos de solidão e utilidades;

- (iv) Promoção de atividades pela freguesia do Bonfim;
  - (v) Descrição do Bonfim enquanto local de residência e convivência.
- c) Descrever a Qualidade de Vida dos participantes, considerando:
- (i) Sentimentos de satisfação / insatisfação com a vida, a saúde, segurança, com a ligação com a comunidade, com as relações de apoio interpessoais (família e amigos), condições económicas e com o futuro;
  - (ii) Situação económica, atendendo à origem dos rendimentos e valor e da existência ou não de recursos financeiros suficientes para o dia a dia;
  - (iii) Condições de habitação, atendendo às principais carências ao nível das condições de higiene, segurança e equipamentos; tipo de habitação e situação do idoso perante a habitação, identificando as principais características e carências;
  - (iv) Estado de saúde, relativo às principais doenças, funcionamento sensorial (audição e visão), capacidade de comunicação, autonomia ao nível da mobilidade, limitações ao nível funcionamento físico, medicação, serviços de saúde e atitudes que podem ser importantes à prevenção de doenças.
- d) Identificar expectativas futuras dos participantes e as configurações face à possibilidade de futuro e, bem assim, as áreas que mais preocupação causam e possivelmente mais necessidade de intervenção necessitam, considerando:
- (i) Objetivos de vida e aspirações.

#### **4.4. Participantes**

Foi avaliada uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 64 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (71,9 por cento;  $n=46$ ), com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos de idade ( $M= 78,07$ ;  $DP= 7,28$ ), residentes na freguesia Bonfim, que usufruem de serviços prestados pela JFB, especificamente o Centro de Convívio para Idosos do Bonfim (CCIB) (em vertente de centro de dia ou centro de convívio) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (em qualquer uma das valências – higiene pessoal, higiene da casa, serviço de alimentação ou de lavandaria).

#### 4.5. Instrumentos

Com vista à concretização da entrevista exploratória semidiretiva realizada neste estudo, construiu-se um guião de entrevista, cujas questões se prendem como: a) EA – procura-se captar as definições subjetivas do conceito de EA, tendo em conta para tal, a descrição da ocupação do tempo e o acompanhamento diário dos participantes; b) QDV – à semelhança do bloco de questões relativas ao EA, procuram-se captar definições de QDV, analisando para tal os domínios de vida que consideram na avaliação da sua QDV, captando para tal as suas maiores preocupações (Anexo B – 1.).

Optou-se por um desenho de questionário misto, *Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos do Bonfim* (Anexo B – 2.), composto por perguntas fechadas e abertas, que remetem ao passado, presente e futuro da pessoa, deixando pouca margem, por falta de conhecimentos, para as não-respostas. Dominado por perguntas fechadas devido à facilidade de tratamento e de interpretação dos dados obtidos (conforme refere Moreira, 2004), reconhecendo-se a rigidez deste processo, a possibilidade dos participantes não se reverem em nenhuma opção de resposta e ainda a dificuldade de previsão da resposta a algumas questões, decidiu-se incluir perguntas abertas (e dada a importância de uma avaliação subjetiva do EA e da QDV dos idosos, consideram-se as P.13 e P25, a primeira permite identificar os determinantes subjetivos que (in)viabilizam a participação ativa dos idosos e a segundo, aferindo as expectativas futuras, permite, também, conhecer os domínios de vida que mais preocupam e influenciam a vida de alguns dos idosos participantes). Buscando a partir deste tipo de perguntas informações inesperadas mais detalhadas face aos objetivos propostos. Porém, foram utilizadas quando se percebeu necessário para complementar informação à anteriormente recolhida por via de perguntas fechadas, como por exemplo de itens dicotómicos.

No conjunto apresentado de repostas fechadas, existem itens dicotómicos, formulados em “Sim/Não”, pese embora, se reconheça que estes possam dar uma informação diminuta, a própria(s) pergunta(s) impõe este tipo de resposta (Moreira, 2004). Contudo, a questão seguinte, não raras vezes visa obter informações que complementam a anterior recolhida por via de uma pergunta aberta (são exemplo disso as questões 24.5 e 24.5.1. ou ainda 24.6 e 24.6.1); ou com outra que embora fechada apresenta um

conjunto de alternativas no sentido de se obter informação complementar à anteriormente recolhida (as questões 7.3.1. e 7.3.2. são exemplo disso). São também utilizadas escalas referenciadas (como sugerem Hill e Hill, 2000) com advérbios de frequência e avaliação (neste caso concreto de satisfação, de veracidade e de quantidade).

O questionário subdivide-se em 4 dimensões: (i) Dados Pessoais; (ii) Envelhecimento Ativo; (iii) Qualidade de Vida; (iv) O Futuro, organizadas em 25 questões.

Estas devem ser interpretadas do seguinte modo: (i) **Dados Pessoais** – corresponde a uma caracterização sociodemográfica dos participantes, permitirá conhecer os idosos, explorando dados pessoais e socioprofissionais (embora pudessem ter sido aqui consideradas as questões económicas, as mesmas encontram-se na dimensão QDV). Por extensão, nesta dimensão são já abordadas questões no âmbito socioprofissional que são também importantes para a compreensão da dimensão ativa da pessoa e da sua QDV face à situação económica (P7.2., P7.3. e P7.3.1). (ii) **Envelhecimento ativo** – explora a realização e a gestão dos afazeres diários, com o intuito de fornecer informações sobre a realização de atividades ligadas a uma participação efetiva na comunidade e na família, as relações sociais e familiares e a existência de condições no meio que proporcionem a manutenção de uma vida ativa e assim, o aproveitamento do potencial das pessoas idosas para a comunidade<sup>24</sup> (captando uma definição subjetiva dos determinantes que influenciam o EA de acordo com os próprios participantes). (iii) **Qualidade de Vida** – explora dados subjetivos e objetivos, relativos às dimensões definidas para este estudo<sup>25</sup>, ao nível das condições económicas (procura-se uma descrição da situação financeira e avaliação sobre se esta permite fazer face às necessidades diárias), habitacionais (explora as condições das habitações e o agregado familiar) e de saúde (explora o funcionamento sensorial, o grau de autonomia e as limitações diárias, as principais doenças e medicação), tem-se ainda em linha de conta sentimentos subjetivos face à segurança, às relações de apoio de familiares ou outras, à ligação com a comunidade e ao futuro, fatores que podem condicionar a sua vida e a sua participação ativa na

---

<sup>24</sup> Repare-se que aqui no fundo, buscam-se informações, respeitantes às áreas consideradas no Guia das cidades amigas da Pessoas Idosas, nomeadamente: a participação social; o respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; os espaços exteriores e edifícios, bem como a habitação e os transportes, podem ser considerados dependendo das opiniões dos participantes face à descrição do Bonfim (meio urbano visto ser uma freguesia que pertence à cidade do Porto).

<sup>25</sup> Pese embora, consideradas nesta dimensão, poderiam ter sido consideradas, não raras vezes, na dimensão anterior, tendo em conta que os dois conceitos EA e QDV estão interligados.

comunidade (nesta dimensão são explorados dados objetivos, dando-se a possibilidade de cotar domínios que considerem ou não importantes para a sua QDV a partir de domínios considerados importantes e definidos por nós *à priori* com base na literatura e nas entrevistas exploratórias realizadas. No entanto, as respostas à questão “Como se sente, em geral, em relação à sua vida?” fornecem, pela possibilidade (explicada aos participantes) de nesta avaliarem todos os domínios da vida que consideram que podem influenciá-la, uma avaliação, ainda que desta não possamos determinar os constituintes tidos em conta pelos participantes, da sua QDV).<sup>26</sup> (iv) **O Futuro** – procura-se explorar os objetivos de vida dos participantes, percebendo a forma como se posicionam face a uma possibilidade de futuro e também captar domínios subjetivos que podem influenciar a sua QDV.

#### 4.6. Procedimento

A investigação aqui apresentada desenvolveu-se em cinco fases: (i) realização de entrevista exploratória; (ii) contacto com a JFB e definição de objetivos; (iii) construção e teste do instrumento; (iv) apresentação e aplicação do instrumento à amostra selecionada; (v) codificação e tratamento (análise e discussão) dos dados obtidos.

Sob indicações de Quivy e Campenhoudt (2008), realizou-se uma entrevista exploratória que, em conjunto com a revisão bibliográfica realizada até então, permitiu a extração de questões fundamentais e, mais ainda, identificar um quadro de dimensões a utilizar no questionário, especificamente no leque de opções de resposta que se deviam incorporar no mesmo (seguindo sugestão de Foddy, 1996). Esta entrevista foi realizada com recurso a *focus group* (composto por 12 participantes disposto em círculo para que todos mantivessem o contacto visual). O *focus group* é uma técnica de exploração de um dado tema pelo diálogo em grupo, pela partilha de experiências e percepções (Perosa e Pedro, 2009), onde os participantes recebem estímulos apropriados para o debate (Ressel, Gualda e Gonzáles, 2002), aqui em torno dos conceitos de EA e QDV. Permitindo assim recolher um conjunto de dados sobre os seus sentimentos e percepções

---

<sup>26</sup> Por sua vez, nesta dimensão, são abordadas as outras áreas consideradas na avaliação das cidades amigas das pessoas idosas, a saber: habitação; apoio comunitário e serviços de saúde. Embora sejam áreas que se liguem a um guia surgido do enquadramento de EA da OMS, não é de todo admirável que sejam consideradas na dimensão de QDV, visto ela própria ser um objetivo do EA.

face a estes temas e ainda, neste caso específico, orientar a pesquisa e auxiliar a construção do instrumento de recolha de dados a utilizar neste estudo, especificamente na definição das possibilidades de resposta.

A entrevista ocorreu num só momento, após agradecimento, explicação dos objetivos a que nos propúnhamos e obtenção do consentimento informado (Anexo C – 1). A entrevista foi gravada dada a pouca rigidez da sua condução, pedindo-se aos participantes que falassem das suas vidas e do seu dia a dia enquanto idoso(a), tendo em conta domínios que consideram importantes para a sua QDV. Procedeu-se, na sequência, a uma análise de conteúdo através da utilização de matrizes conceptuais (Anexo C – 2).

A partir de abril de 2014 fizeram-se contactos com a JFB no sentido de fazer convergir os objetivos entre a investigação e as necessidades e interesses da edilidade.

Fixaram-se conjuntamente grandes temas que se constituem como preocupações de trabalho junto dos idosos Bonfinenses (dada, por exemplo, a realidade habitacional da freguesia em que o estudo se sedimenta) e definiu-se o desenho da investigação.

Optou-se pelo método quantitativo e pela aplicação de um inquérito por questionário como técnica privilegiada de recolha de dados não-documental.

Este procedimento não é em si melhor ou pior que outros, mas é aquele que, contudo, poderá responder mais especificamente aos objetivos fixados (de acordo com os definidos por Quivy e Champenhoudt, 2008), nomeadamente no que respeita ao número elevado de participantes que se pretendeu incluir.

A partir dos contributos da literatura e da entrevista exploratória, a construção do inquérito baseou-se ainda na consulta de outros instrumentos que:

(i) avaliam dimensões de QDV pertinentes para a faixa etária em estudo, a saber: *WHOQOL-OLD* (Power, Quinn, Schmidt e *WHOQOL-OLD GROUP*, 2005), instrumento de avaliação da QDV específico para idosos; *SF-36*, instrumento de avaliação da perceção de saúde (Ciconelli, *et al.* 1999) e Easy-Care; instrumento de avaliação da QDV específico para pessoas idosas;

(ii) documentos que remetem para a verificação das dimensões definidas pela OMS para a promoção de um EA – Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (visto o estudo se concretizar exatamente num espaço físico urbano preocupada com a melhoria das suas próprias condições para que os idosos se mantenham ativos na mesma e assim melhorem a sua QDV<sup>27</sup>);

(iii) outros ligados às pessoas idosas, especificamente o questionário da Segurança Social – Levantamento das Necessidades Sociais das Pessoas Idosas em Contexto Local (Perista, 1998).

A decisão por perguntas fechadas ou abertas, a sua extensão e clareza (sendo que a razão extensão e clareza podem ser mesmo inversas, quanto menos extenso mais claro e quanto mais extensa menos clara se torna a pergunta) foram cuidadosamente tidas em conta para se assegurar que os participantes compreendessem as perguntas e fossem capazes de lhes responder. Quando uma classificação pré-existente pudesse levar a riscos de distorção da realidade dos participantes, dado que a vida é por si só díspar, salvaguardou-se esta situação pelo uso corrente de uma questão complementar que permite ao participante acrescentar outra situação e explicá-la ou então por uma pergunta de resposta aberta. Optou-se pela utilização de escalas um referencial concreto, em que os níveis estão definidos de forma precisa, de modo a evitar o desrespeito pelas equidistâncias ou de promover protestos por parte dos participantes (conforme sugerem Hill e Hill, 2000), tendo em conta ainda que o questionário se destina a pessoas idosas com distintas e mesmo sem quaisquer habilitações académicas.

Importa referir que no caso da questão “Como ocupa habitualmente o seu dia a dia?” se disponibilizam várias opções de resposta decorrentes do trabalho exploratório previamente feito com os idosos e da literatura de especialidade consultada que, umas e outras, fornecem o amplexo do quotidiano dos idosos aqui também avaliado, em apreciação dicotómica, por atividades de isolamento e sedentárias e atividades voluntaristas de expressão social. Correspondem às primeiras: os trabalhos domésticos, passear ou visitar sítios distintos, ler, ver televisão, ouvir música e estar na internet. Por análise das respostas da convivência com outras pessoas, jogar cartas ou outros tipos de jogos de lazer, percebe-se que se definem por uma filiação exclusiva às relações no seio

---

<sup>27</sup> Considerou-se ainda importantes conhecimentos provindos de documentos que enunciam recomendações sobre a habitação e as suas condições, especificamente *Health principles of housing* (WHO, 1989).

da família e de institucionalização e como tal também foram, por esta razão, aqui incluídas. Correspondem às segundas: praticar exercício físico, fazer voluntariado, participar na universidade sénior ou noutros grupos ou associações comunitários.

Após a construção do instrumento, de modo a avaliar a adequação do mesmo e testar a pertinência, extensão e compreensão das questões que o constituem (seguindo-se a orientação proposta por Hill & Hill, 2000) realizou-se um pré-teste com 10 pessoas idosas, seleccionados por um processo de conveniência, tendo em conta a facilidade de contactar os mesmos. Estes tinham idades compreendidas entre os 70 e os 86 anos e eram residentes na freguesia de Anta (concelho de Espinho).

Uma das preocupações subjacente a este pré-teste corresponde exatamente à clareza dos itens uma vez que a amostra do estudo é vasta e heterogénea, tendo-se, à luz do que sugere Moreira (2004), redigido as questões por referência a pessoas com mais baixo nível de compreensão da leitura, procurando porém, não ofender todos os que tenham capacidades de compreensão superiores. Aos participantes seleccionados para este pré-teste foi explicado o propósito do mesmo – tornar o questionário mais facilmente compreensível – e que, por isso, mais importante do que a resposta ao que era questionado, seria refletir sobre a forma como perguntámos e sobre as hipóteses de resposta oferecidas. O pré-teste do instrumento levou a que se realizassem as seguintes alterações:

(i) nas escalas em vez de um referencial de 5 opções de resposta optou-se por um, essencialmente, de 3 – ficou demonstrado uma dificuldade de posicionamento por parte dos participantes, tendo-se de repetir várias vezes as hipóteses de resposta e mesmo assim só se posicionavam em posições extremas ou numa resposta central, um dos inquiridos refere mesmo que “Para mim isto ou era ou verdadeiro, ou falso e podia não ser nem um nem outro, mas assim não consigo” e ainda “Repita, assim é difícil são muitas!”;

(ii) alteração nas questões 9 e 13 – na primeira inicialmente pedia-se que “enumere **as** cinco atividades”, o teste demonstrou que a nenhum realizava 5 atividades por dia, a maioria realizava até 3, e como tal no inquérito final a resposta a esta leva à enumeração **até** 5 atividades; na resposta à questão 13, solicitava-se que definissem 3 aspetos

considerados bons e 3 maus da freguesia em que vivem. Os inquiridos não conseguiram definir os 6 aspetos, mas referiam uma resposta que demonstrava alguns aspetos bons e outros maus, que de um ou outro modo afetavam a sua vida e que poderiam fazer-lhes mais ou menos falta, o que levou à redefinição da questão – “Sendo residente no Bonfim, como descreve esta freguesia enquanto local de residência e convivência? Isto é, o que tem o Bonfim de bom, de mau ou que lhe faz mais falta ao nível da freguesia para o seu dia-a-dia?”;

(iii) nas questões sobre a mobilidade, especificamente sobre “Consegue subir e descer as escadas?”, as opções eram: “Sim (com ajuda técnica à marcha se usar)”; “Com ajuda” e “Não”. A alteração foi de “Com ajuda” para “**Com dificuldade**”! Os inquiridos referiram que “Ninguém me ajuda, também não é preciso eu vejo-me é aflita para subir é difícil, pronto!”, ou ainda “É mas é difícil o problema não é ajuda eu subo e desço sozinho mas tenho dificuldades.”, “Ai ajuda, e está sempre lá alguém que ajude? Não! É difícil olha sobe-se e desce-se como se pode não é como se quer.” Um refere mesmo que “A questão não é a ajuda é a dificuldade.”. Face à questão “Consegue ir às compras?”, acrescentou-se a opção “**Não se aplica**”, visto que os inquiridos, homens, no pré-teste referiam que nunca tendo tido esta obrigação não podiam responder pois são outras pessoas a fazerem.

Depois de se efetuarem estas alterações, procedeu-se à administração do questionário. A recolha de dados ocorreu entre junho e setembro de 2014, foram administrados 67 questionários, destes, 3 foram excluídos, devido à apresentação de problemas cognitivos (2 casos) por parte dos respondentes e por não ter idade suficiente para admissão no estudo (1 caso).

A definição da amostra considerou o *trimming* e os recursos disponíveis para a realização do estudo em âmbito da dissertação de mestrado. Os participantes foram recrutados com o auxílio da JFB, espelhando apenas a realidade daqueles que usufruem dos seus serviços, CCIB e SAD (nestes casos a recolha ocorreu porta-a-porta após a apresentação do investigador e do estudo aos utentes, nas suas casas). Este estudo constitui-se como um estudo piloto que resulta em dados indicativos, não tendo pretensões de generalização. A admissão no estudo estava aberta a todos os indivíduos desde que preenchessem os seguintes requisitos:

- (i) ter idade igual ou superior a 65 anos;
- (ii) residir em contexto domiciliário no Bonfim;
- (iii) fazer uso pleno das suas capacidades intelectuais (de modo a poder responder autonomamente às questões de acordo com as suas opiniões, valores, crenças e expectativas) ou seja, que não apresente deterioração cognitiva evidentemente incapacitantes;
- (iv) aceitação livre em participar na investigação.

Procurou-se que, desde o momento de administração do inquérito até à divulgação dos resultados obtidos, a investigação fosse o menos invasiva possível. Num primeiro contacto com os idosos procurou-se estabelecer uma relação amistosa, tendo-se explicado a finalidade da pesquisa em questão, desenvolvida no âmbito do mestrado e aliada às preocupações de aquisição de conhecimento da JFB. A todos os idosos que acederam participar, foi devidamente explicado o objetivo, o procedimento que seria adotado, o carácter voluntário da sua participação, a possibilidade de desistirem em qualquer momento sem que disso resultasse qualquer prejuízo para si, a confidencialidade e o anonimato dos dados que fornecessem. Salientou-se para tal que os nomes ou outros dados que possam permitir a identificação pessoal dos respondentes não seriam solicitados no questionário e que, como tal, nunca seriam identificados quando da divulgação dos dados do estudo. Foi ainda proporcionada a possibilidade de esclarecerem quaisquer dúvidas que tivessem de verem as suas questões respondidas, antes de se solicitar o seu consentimento informado, documento cuja leitura tiveram de ouvir e que assinaram antes da resposta ao questionário (Anexo C – 3). Após a obtenção por escrito do consentimento informado, procedeu-se à administração dos questionários, garantindo-se que ocorre-se de forma individualizada, num local reservado e calmo, buscando-se assim um discurso o mais sincero possível, sem pressões de outras pessoas ou de tempo. O preenchimento dos questionários foi realizado de forma assistida, tendo o processo sido conduzido sempre pelo mesmo investigador.

Recolhidos os dados, realizou-se o seu tratamento estatístico, com recurso ao SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20, de acordo com as categorias e os objetivos pré-estabelecidos. Se na descrição dos resultados predomina a precedente análise quantitativa, é de relevar que, em relação às questões de resposta aberta, houve

um trabalho de posterior codificação matricial que suportou a interpretação, de natureza qualitativa, das respostas.

Assim ocorreu, para a codificação, relativamente às questões: “Tem alguma(s) doença(s) crónica(s). Qual(is)?” e “E para que toma essa(s) medicação(ões)?”, criando para tal domínios de doenças (definidos pelos investigadores), dado o grande universo de doenças enumeradas; “Qual foi/é a sua atividade profissional principal, ou aquela em que trabalhou mais tempo? (Descreva com pormenor) ”, codificando-se as respostas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009) (Anexo C – 4). Criaram-se também grupos de idade e agruparam-se valores de rendimentos. Mais ainda, face às questões relativas à habitação, numa lógica de descrição dos principais indicadores obtidos para se demonstrarem e sublinharem tendências, criou-se uma apreciação dicotómica entre as condições que as próprias habitações oferecem, tendo em conta a sua infraestrutura, e as condições que os próprios moradores (ou proprietários da habitação) nelas criam (Anexo C – 5). Pela extensão que a definição específica destas codificações e análise dicotómica realizadas requerem encontram-se em anexo, podendo ser consultados para uma apreciação mais pormenorizada dos procedimentos de análise dos dados concretizadas.

A organização dos dados obtidos nas entrevistas exploratórias e nas perguntas abertas do questionário (P11.1; P13; P24.6.1; P25) foi realizada com recurso a matrizes descritivas, *matrizes conceptuais* que, não são mais do que representações esquemáticas, dispostas sob a forma de linhas e de colunas, que possibilitam agrupar e explicar as diversas informações recolhidas do discurso dos idosos mediante as suas ligações teóricas (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2010) e, neste estudo, permite, se assim se entender, uma leitura quantitativa de alguns dados como os relativos à “E para que é que toma essa(s) medicação(ões)?” (pela sua extensão foram remetidas para Anexo D – 1). São, no fundo, a primeira etapa da codificação do material recolhido, organizada por unidades de análise de conteúdo em articulação com os objetivos previamente definidos (neste caso correspondente exatamente ao que se pretende com a questão realizada aos participantes).

As matrizes são organizadas em unidades de análise: (i) de registo e (ii) de contexto.

(i) As unidades de registo dividem-se em formal e semântica, a primeira inclui a palavra, a frase, a expressão ou a personagem que corresponde exatamente ao discurso do locutor (presente na unidade de contexto); a segunda corresponde ao significado subjetivo retirado pelo(s) investigador(es) do conteúdo do discurso do locutor. A unidade de registo semântica foi aqui essencial para objetivar e sistematizar as respostas obtidas.

(ii) A unidade de contexto inclui as partes discursivas do locutor que respondem aos objetivos definidos (Vala, 2009), utilizados na descrição dos resultados de modo a sublinhar a produção da análise realizada. De modo a operacionalizar esta organização dos dados procedeu-se à análise de conteúdo que permitiu extrair significados a partir da apresentação-síntese das respostas obtidas (Miles e Huberman, 1984 cit in Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2010).

A utilização das respostas obtidas nas perguntas abertas fez-se pelo recurso a código presente nas matrizes concretizadas para o efeito (Anexo D – 1).

Perante as questões de investigação constituídas seguiu-se uma lógica de confrontação de categorias de respostas, com recurso ao teste Qui-Quadrado,  $\chi^2$ , que relaciona variáveis qualitativas ou nominais, permitindo perceber se, entre elas, existe ou não relações de dependência e, bem assim, graus de intensidade, para o efeito medidos pela oscilação entre os valores 0 e 1 dados pelo teste V. de Cramer, que, perante um grau de erro inferior a ,05 por cento, são já de considerar quando acima dos ,300.

## **CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **Enquadramento**

O capítulo apresenta e discute os resultados provenientes da aplicação do inquérito aos sessenta e quatro participantes, que a partir de agora, e fazendo jus ao nosso título, apelidamos de idosos (do Bonfim).

Visa dar a conhecer e sublinhar as principais tendências que os dados evidenciam, quer numa lógica descritiva e crítica, quer numa lógica de associação de variáveis, que presidem uma fase de discussão dos mesmos que mais não é do que uma reflexão que abarca a ligação entre os conhecimentos obtidos da investigação teórica concretizada e da interpretação dos resultados dos inquéritos.

A interpretação e reflexões são claramente assumidas no plano do possível e do indicativo, aqui salvaguardado, não se almejando pretensões de generalização ou criação de consensos, mas de contribuir com pistas de reflexão e de discussão em torno das questões, e mesmo das preocupações, que nortearam esta investigação.

## 5.1. Resultados

### 5.1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

A caracterização sociodemográfica dos participantes está subdividida em função de variáveis sociodemográficas, parte das mesmas apresentadas no quadro seguinte.

**Quadro 3:** Caracterização sociodemográfica dos participantes

Caraterística	%	<i>n</i> =
<b>Sexo</b>		
Masculino	28,1	18
Feminino	<b>71,9</b>	46
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	10,9	7
Casado	18,8	12
União de Facto	1,6	1
Separado	3,1	2
Divorciado	9,4	6
Viúvo	<b>56,3</b>	36
<b>Filhos</b>		
Sim	<b>84,4</b>	54
Não	15,6	10
<b>Filhos Falecidos</b>		
Sim	22,2	12
Não	<b>77,8</b>	42

Fonte: Inquérito P1; P4; P5

Em conformidade com a distribuição nacional dos géneros, que se faz desigual entre o masculino e o feminino, no estudo realizado as mulheres também predominam em número com o acentuar progressivo pela idade, que resulta na passagem de uma relação

de masculinidade<sup>28</sup> (RM) de 53, entre os 75 e os 84 anos para os 20, entre os 85 e mais anos.

**Quadro 4:** Relação de Masculinidade por grupos de idade

P1*P2	Masculino	Feminino	RM
65-74 anos	8	15	53
75-84 anos	8	21	38
85 e + anos	2	10	20

Fonte: Inquérito cálculo grupos de idades\*P2

Face ao total de idosos, comparando o primeiro grupo etário, 65 a 74 anos, os grupos seguintes correspondem em conjunto sempre a um número superior, o que quer dizer que, mais de 50 por cento estão para lá desta faixa inicial. Cumpre-se também nesta amostra o princípio de que temos mais idosos e em idade mais avançada, como se pode ver no quadro 4.

Trata-se de uma amostra que, por filiação a um espaço da cidade, o Bonfim, espelha a capacidade chamativa e de fixação inerente, ou seja, um número significativo de pessoas, perto de 40 por cento, é proveniente de outros territórios, com particular enfoque no norte do país, sobremaneira para os distritos de Braga, Vila Real e Viana do Castelo.

Face à escolaridade e sublinhando a realidade portuguesa da época em que estas pessoas eram crianças em idade escolar, é expressivo, em relação ao total de idosos, aqueles que frequentaram a escola apenas até à quarta classe, 53,1 por cento.

Estamos perante pessoas na sua grande maioria alfabetizadas. Apenas 9,4 por cento não frequentaram a escola. Em geral, o número de pessoas que frequentaram graus de escolaridade superiores vai diminuindo à medida que estes aumentam. Mais ainda, frequentar não significa sempre a conclusão de ano escolar.

O passado profissional está sobretudo associado a ocupações indiferenciadas correspondente a áreas de predominância na economia local. Daí que seja expressivo, por comparação ao conjunto, o número daqueles que trabalharam na indústria, 25 por

---

<sup>28</sup>Relação de masculinidade é o número de homens por cada 100 mulheres, assim sendo, um valor superior a 100 significa que existem mais homens que mulheres. Relação de masculinidade = (População do sexo masculino/População do sexo feminino)\*100

cento, pois o Bonfim foi, como se sabe, o espaço das fábricas até sensivelmente os anos sessenta do século passado. Mas também o número daqueles que desempenharam funções não diferenciadas no comércio e nos serviços, 17,2 por cento (Anexo C- 4). É que esta “drenagem” de pessoas das margens para o centro sempre, mas mais no passado, tem correspondência em integração em ocupações não diferenciadas, aqui cerca de 25 por cento. São porventura o melhor exemplo as “criadas de servir” que vinham para as casas de cidade para este tempo em que as mulheres locais se iam já afirmando em empregos urbano (Brasão, 2012). Grande parte destas pessoas, cerca de 63 por cento, deixou formalmente de trabalhar antes dos 65 anos, sendo que os problemas de saúde constituem o maior motivo de inatividade. Ressalva-se a questão formal já que, 6,3 por cento continuam a realizar atividades de caráter produtivo. A questão monetária é a razão mais apontada para tal. Estas atividades realizadas apenas porque a condição económica na velhice assim obriga, não são aqui consideradas como enquadráveis no conceito de EA.

### **5.1.2. Envelhecimento ativo – Ocupação do tempo, acompanhamento diário e determinantes físicos e sociais do Bonfim que facilitam ou inviabilizam uma participação efetivamente ativa dos idosos na comunidade**

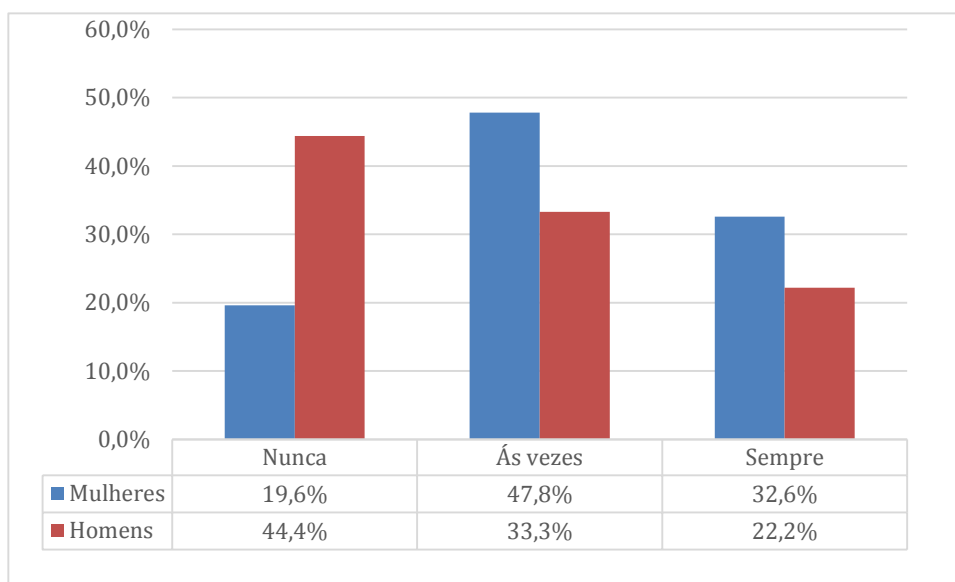
Em conformidade com as situações de solidão que caracterizam o dia a dia de muitos idosos e sublinhando em parte os estereótipos já ligados ao envelhecimento (Fernandes, 1997), é significativo o número de participantes que habitualmente se encontram sozinhos no seu dia a dia, perto de 50 por cento<sup>29</sup>. Dos restantes (normalmente acompanhados no seu dia a dia) fazem parte do seu quotidiano essencialmente pessoas que trabalham ou participam no CCIB, não se salientam aqui os contactos com familiares ou as relações de vicinalidade ou amizade.

A análise dos dados levou a uma leitura cruzada entre a idade, o género e o sentimento de solidão. A primeira não demonstrou uma razão entre o aumento da idade e uma maior solidão percebida, mas as mulheres parecem sentir-se mais sós do que os homens,

---

<sup>29</sup> É de ressaltar que estes números - 53,1 por cento dos idosos estão acompanhados e 46,9 por cento sozinhos no dia a dia – poderiam ser diferentes, com um aumento da expressão dos que estão sós diariamente se não estivéssemos perante uma amostra que usufrui de algum acompanhamento por parte dos serviços da Junta de Freguesia. O acompanhamento, quando olhado ao detalhe, reflete isso exatamente, ou seja, cerca de 40 por cento estão acompanhados por aqueles que frequentam ou trabalham no CCIB.

tendo em conta a relação de posicionamentos pelas categorias “nunca” e “sempre” ou “às vezes”. Estes são, todavia, apenas resultados indicativos, visto a existência de uma grande diferença entre o número de participantes masculinos e femininos da amostra, que se retrata por uma subrepresentação dos primeiros.



**Figura 3:** Distribuição da amostra por gênero e sentimento de solidão  
Fonte: Inquérito P2\*P8

Na questão “Como ocupa habitualmente o seu dia a dia?”, preenchida por diversas categorias de resposta com atribuição de graus de importância, quisemos diferenciar as situações de sedentarismo e isolamento de outras que implicam iniciativa e socialização, *grosso modo* tradutores de uma postura de EA. Importa referir que se regista uma diminuição de participantes com o avançar do número de atividade diárias, ou seja, desde a classificação da terceira atividade que se perdem progressivamente elementos da amostra – aqueles que não realizam mais do que duas atividades no seu dia a dia.

São exatamente as que implicam iniciativa e socialização que menor adesão encerram, sendo que uma delas, a da universidade sénior, não inclui qualquer idoso, apesar da significativa oferta existente na cidade (Monteiro e Neto, 2008).

Os idosos tendem a subvalorizar a importância das atividades que exijam esforço complementar e socialização sobretudo quando estes requisitos cumulativamente se associam. Assim classificadas como *mais importante*, encontram-se as atividades como jogar dominó ou a realização de atividades manuais, como sejam os bordados e rendas;

o exercício físico aparece como a atividade considerada como *menos importante*, não alinhando porém com as atividades em que estes gastam mais e menos tempo diário, respetivamente. Os discursos dão conta de que o tempo é essencialmente passado na realização de atividades mais isoladas e sedentárias, as que exigem convívio, interação e participação são as que os participantes *gastam menos tempo por dia*. Têm expressão residual participar em grupos ou associações comunitárias, 1,6 por cento, fazer voluntariado, 3,1 por cento, prestar apoio à família, 12,5 por cento e praticar exercício físico, 21,9 por cento. Por outro lado, em condição participativa assimétrica, dá-se o exemplo mais expressivo de recato e isolamento: ver televisão, 71,9 por cento, seguido da realização de trabalhos domésticos e de outras atividades feitas em casa, 54,7 por cento. Regista-se também um declínio daqueles que participam em atividade consideradas de EA com o acentuar da idade. Passando-se de 43,5 por cento de participação no primeiro grupo etário aqui considerado, 65-74 anos, para 16,7 por cento para o último, 86 e mais anos.

**Quadro 5:** Distribuição da amostra segundo grupos de idade e participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo

<b>P1*P9</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
65-74 anos	43,5	56,5
75-84 anos	31,0	69,0
85 e + anos	16,7	83,3

Fonte: Inquérito P1\*P9

A ocupação do tempo é a razão mais apontada para a concretização destas atividades, por 89,5 por cento dos participantes, sendo ainda expressivo o número daqueles que o fazem para evitar sentir-se sós, 62,5 por cento.

Apenas 4,7 por cento destas pessoas não consideram os idosos úteis para outros, sendo expressivo o número dos que consideram a sua utilidade como totalmente verdadeira, 75 por cento. As respostas que justificam as suas opiniões dão conta de uma “utilidade”, isto é, uma atividade, que engloba o envolvimento destas pessoas na sociedade não só no ceio da família. Sublinham ainda a sua função na sociedade enquanto pessoas de mais-valia, quer seja pela transmissão de conhecimentos, de saberes e experiências às gerações mais jovens, através do convívio intergeracional, quer seja pela disponibilidade para auxiliar o outro “mais frágil”, através da prática de atividades de quase voluntariado. Os discursos denotam assim que a “utilidade” dos idosos pressupõe

um contínuo entre os espaços de socialização familiar e comunitário onde nem sempre, sobretudo por relação ao capital cognitivo e experiencial, a separação destes espaços se percebe.

Eis alguns depoimentos organizados numa tripla categorização:

(i) Transmissão de conhecimentos (adquiridos pela experiência dos anos vividos) pelo convívio intergeracional:

“A escola da vida é uma grande faculdade, sabemos muito podemos ensinar os novos.” (I.39)

“Pela experiência de vida que têm, boas e más experiências, podemos dar ensinamentos.” (I.36)

“Porque a gente sabe muito da vida e pode ensinar os jovens porque eram outros tempos, eram muito rígidos não é como agora [...] podíamos passar-lhes o que sabemos.” (I.12)

“Primeiro porque já sabemos muito para ensinar a quem quer ouvir, saber da vida” (I.22)

“Se nos quiserem ouvir somos úteis para dar conselhos e ensinamentos da vida, do respeito, porque já andamos aqui há um tempo [...] sabemos fazer coisas que agora não sabem e mais não querem saber e dar valor, eu faço peças manualmente em miniatura a Ponte D. Luís, igrejas [...] trabalhos que podiam ser mostrados e mesmo ensinar para aprenderem a fazer os mais jovens, os mais pequenos”. (I.59)

(ii) Utilidade social – efetiva participação por via da realização de tarefas laborais ou de caráter voluntarista de auxílio aos outros (mesmo os exteriores à família):

"Algumas são, porque se estiverem bem de saúde podem ser prestáveis para os que estão pior, visitando, ou ir fazer-lhes as compras e recados..." (I.9)

"Alguns dos mais novos não dão valor aos idosos, mas eu, por exemplo, eu ajudo os que menos podem e são mais velhos do que eu [...] na ilha se for preciso porque adoecem ou não se podem levantar, eu vou e ajudo" (I.27)

"Porque podem ajudar o próximo, mais novos ou mais velhos [...] e até fazer algum trabalho que apareça e que nos queiram, porque mesmo que quiséssemos descansar que já temos idade para isso, o dinheiro extra que vier é bem-vindo, é mesmo preciso, por isso..." (I.10)

"Quando os outros querem podem ajudar em tudo [...] a fazer recados, compras, lidas da casa, porque se estivermos bem de saúde o que mais sobra é tempo e podemos ajudar nisso tudo, para não estarmos só a pensar em tristezas, em solidão [...] olhe na velhice." (I.37)

"...mas também os da nossa idade que por várias razões, não podem tanto, eu por exemplo como tenho carro e tudo, vou levar as compras da mercearia e assim a clientes que eram meus, para os ajudar, porque eles não podem ir e eu fico feliz." (I.56)

(iii) Utilidade na família – participação na vida familiar através do apoio no cuidado e educação dos netos, lidas domésticas ou outras tarefas cuja disponibilidade de tempo permite realizar em auxílio dos filhos:

"Na medida daquilo que conseguimos podemos ser úteis, ajudar os filhos, ajudar os netos, dar-lhes educação e ajudar a cuidar" (I.26)

"Podem ajudar a vida dos filhos, a tratar ou umas compras, ou uns recados, que eles não tem vida para fazer por causa do trabalho." (I.13)

"Porque ajudam os filhos, por exemplo a prestar ajuda a dar almoço aos netos, enquanto eles trabalham e assim". (I.49)

"Porque podem ajudar os netos e filhos com as obrigações do dia a dia." (I.34)

"Se estiverem bem podem ajudar quem tem família, a cuidar e fazer compras ou assim" (I.44)

Pese embora estes discursos resultem no reconhecimento de uma vida "útil" e, bem assim, participativa, os participantes sublinham que, nem sempre a sociedade, talvez pelo distanciamento entre gerações, aqui representada pelos "jovens", reconhece o seu papel. Os seguintes depoimentos captam isso mesmo:

"Uma pessoa idosa sabe mais que uma nova [...] os jovens não querem os nossos conselhos, porque acham que nós já não sabemos nada ou somos antigos." (I.50)

"...os mais jovens não estão para ouvir os velhos" (I.51)

"Alguns dos mais novos não dão valor aos idosos" (I.27)

"...os idosos têm possibilidades podem ajudar, mas a maioria não é [útil] porque os mais novos também não querem" (I.58)

A sua "utilidade", ou seja, a sua participação parece estar ainda condicionada por fatores ligados à saúde que, a podem dificultar ou inviabilizar. São vários os discursos que sublinham que os idosos são úteis para os outros quando estão em condições de saúde – física e psicológica – pouco ou nada limitativas:

"Quando têm saúde podem ajudar a família ou amigos" (I.23)

"Se estiverem bem de saúde podem ajudar-se umas às outras." (I.38)

"Porque os que ainda estão fisicamente bem podem fazer jogos e ajudar os outros que não podem tanto." (I.52)

"...as que podem e que têm ainda cabecinha, tem muito para dizer" (I.65)

"Se as pessoas idosas estiverem em seu perfeito juízo podem ensinar os outros" (I.22)

Reconhecendo o importante papel que as condições que cercam o indivíduo (condições que o meio em que vivem lhes proporciona) podem ter na promoção de um envelhecimento com vitalidade e saudável, no fundo de um EA, percebe-se que as atividades realizadas no Bonfim, de acordo com a descrição dos que nestas participam, remetem essencialmente a atividades intrageracionais e mais passivas que ativas, especificamente passeios convívio para pessoas idosas. A maioria destas pessoas têm conhecimento da concretização desta(s) atividade(s), cerca de 66 por cento, sendo que destas 42 por cento participam sempre.

Na questão “Sendo residente no Bonfim, como descreve esta freguesia enquanto local de residência e convivência? Isto é, o que tem o Bonfim de bom, de mau ou o que lhe faz mais falta ao nível da freguesia para o dia a dia?”, quisemos diferenciar os determinantes que caracterizam o Bonfim e que, por um lado, podem contribuir para uma participação ativa destas pessoas e, por outro lado, aqueles que podem, limitar a sua participação e, bem assim, ligação efetiva à comunidade e à família.

Relativamente aos primeiros – fatores/determinantes que limitam a participação ativa dos idosos –, seguem-se alguns depoimentos organizados numa dupla categorização:

(i) Determinantes ligados ao ambiente físico que dão conta de um Bonfim “velho” (segundo, por exemplo, I.16, I.61, I.39, I.5, I.6, I.34, I.56) – espaços exteriores – ruas e passeios em mau estado; habitação – com condições inadequadas, em mau estado de conservação e estado de abandono ou desocupação do edificado antigo; segurança – sentimento de um aumento da criminalidade, ligada à droga e roubos, potenciada pela falta de vigilância e pelas casas desocupadas que servem de “albergues a toxicodependentes”:

"É difícil agora andar na rua [...] os passeios e as ruas estão velhos, por isso é que eu só vou à rua se for acompanhada, senão casa, só casa" (I.31)

"...as habitações estão degradadas, dão mau aspeto e estão abandonadas servem de abrigo para toxicodependentes ou pobres e que às vezes fazem barulhos" (I.19)

"O pior é as casas, muito velhas, sem condições." (I.45)

"...não haver mais vigilância, mas a sério, não é a polícia passar aí na rua e andar, aqui na rua é só droga, e comprar e vender, depois estão aí abrigados debaixo dos prédios pela noite dentro [...] nós não conseguimos dormir aqui, só depois das cinco da manhã e à noite nem pensar ir lá para fora" (I.53)

"Se as estradas fossem melhores ajudava e se fiscalizassem, porque eu nem posso sair de casa porque os carros estacionam dos dois lados em cima dos passeios, como é que eu posso sair? [...] As ruas e passeios já estão velhos, mas assim pior. [...] Era importante também a polícia passar nas ruas [...] é só droga durante a noite, andam a noite toda na rua e nem se pode descansar, não se consegue com o barulho." (I.54)

(ii) Determinantes sociais e comportamentais – envelhecimento populacional; Individualismo, isolamento e ausência de convívio potenciada pela falta de oportunidades de convívio intergeracional:

"Ninguém convive com ninguém agora, é cada um na sua vida [...] conviver era antigamente quando viemos para cá viver [...] é uma tristeza está tudo velho, não há aqui casais novos para dar vida isto." (I.55)

“Hoje as pessoas cá do Bonfim, os adultos e a juventude já não são os adultos e jovens da minha altura [...] a educação é pouca, não há entreajuda, só egoísmo e isso até gera uma certa sensação de insegurança [...] Talvez se convivêssemos mais, as gerações, era diferente, se houvesse mais oportunidades, momentos de convívio” (I.56)

“...podiam pôr velhos e novos a conviver para não estarmos sempre só velhos.” (I.52)

“Podia ter assim mais atividade dinâmicas com jovens, para não estarmos sempre, sempre, com pessoas velhas.” (I.33)

“...podia era haver um sítio onde fizessem convívios entre jovens e velhos, porque podíamos aprender os dois, porque existem mas só para velhos e eu não quero ir, ainda estão pior que eu, se fosse com jovens até gostava.” (I.48)

Quanto aos segundos – fatores/determinantes que contribuem para a participam para a participação ativa dos idosos – organizam-se também numa dupla categorização:

(i) Transportes e serviços de saúde e comunitários:

“O que é bom é porque temos apoio domiciliário aos que não podem sair de casa, a junta tem ideias imaginativas como a partilha de terrenos (quem tem) a outros que os queiram cultivar e é bem abastecida de transportes.” (I.8)

“A rede de transportes públicos é bom, posso ir para todo lado e quando preciso...” (I.2)

“...de bom o que tem é que temos tudo aqui perto, falta-me isto de comer ou de limpeza [...] vou ali à rua, preciso de médico, vou logo ali.” (I.51)

“A freguesia promove passeios para os idosos e podia não fazer nada.” (I.10)

“É uma localidade bonita, tem espaços bons e agradáveis para passear.” (I.15)

“Gosto de viver aqui, porque tenho tudo à porta, autocarros e comércio e tudo.” (I.65)

“Isto é bom, pronto temos os supermercados aqui, queremos ir ao hospital ou a algum lado e temos os transportes, é só o ter que pagar, mas podendo temos” (I.47)

(ii) Boa vizinhança e relacionamento interpessoal:

“É bom, as pessoas são quase todas boas, pelo menos as mais velhas, pronto.” (I.42)

“A freguesia é simpática e as pessoas mais velhas são boas” (I.7)

“... As pessoas normalmente são amigas e ajudam-se e é bom, alguns de nós também temos os agentes e temos o número se precisarmos” (I.26)

“... as pessoas são boas [...] eu pelo menos tenho os meus amigos é aqui”. (I.19)

“Para mim o Bonfim tem tudo de bom, as pessoas são boas” (I.3)

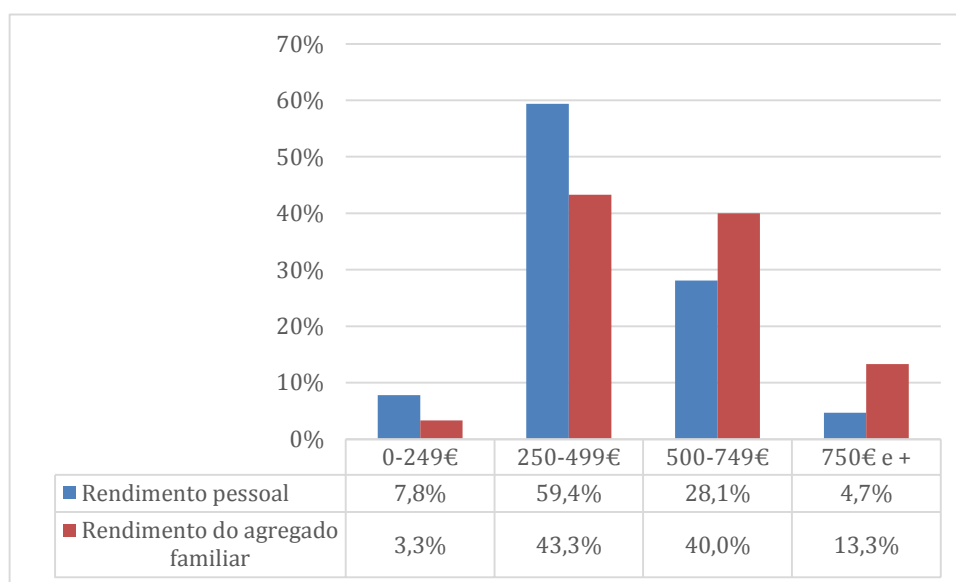
### **5.1.3. Qualidade de Vida dos idosos – condições económicas, habitação e saúde e satisfação relativamente às mesmas**

Os domínios relacionados com a vida dos participantes que, face ao total das respostas, lhes causam maior satisfação são a ligação à comunidade e o apoio familiar, considerado, respetivamente, por cerca de 58 e 49 por cento dos idosos. O sentimento positivo respeitante à ligação com a comunidade porventura dá conta das relações de vizinhança que ainda se vivenciam no Bonfim, também potenciadas pela vida nas “ilhas”, que confere a este espaço urbano uma configuração próxima da aldeia pelas relações que aí se estabelecem, por exemplo de vizinhança e de entreajuda. Repara-se que, um número ainda significativo de idosos, cerca de 44 e 36 por cento, se considera satisfeito relativamente à segurança seguindo-se do apoio prestado por amigos ou outros conhecidos, que podem associar-se a esta etnografia própria do Bonfim.

A saúde e as condições económicas são os domínios que, por sua vez, causam maior insatisfação aos idosos, apontados por cerca de 60 por cento das pessoas. Talvez por, ao avançar da idade, se associarem, por vezes, estados de saúde mais débeis que causam maior preocupação, anseios ou medos e que são aqui caracterizados por uma forte presença de doenças crónicas e de perda de autonomia, que à frente se relatarão, quer ao nível sensorial como físico. A insatisfação relativa à situação económica parece refletir as dificuldades que os idosos, num panorama nacional geral, sentem para fazer frente às necessidades diárias. Estes resultados não causam admiração. Cerca de 83 por cento dos participantes referem que nunca lhes sobra dinheiro no final do mês, mais ainda, aproximadamente 47 por cento não consegue fazer frente às suas necessidades mensais.

Os rendimentos destas pessoas, se existem, vão até aos 1700 euros. A generalidade dos resultados aponta, no entanto, para baixos rendimentos mensais: a maioria dos idosos auferem rendimentos entre os 250 e os 499 euros, cerca de 60 por cento; 67 por cento dos rendimentos são iguais ou inferiores a 499 euros mensais; relativamente ao conjunto, são poucos os que mensalmente recebem 750 euros ou mais. Quanto ao rendimento do agregado familiar, regista-se um aumento do valor médio dos rendimentos, de cerca de 442 euros (rendimento pessoal) para 524,02 (rendimento do agregado), pese embora os valores mínimos e máximos se mantenham, regista-se: aumento do número dos que auferem rendimentos iguais ou superiores a 500 e diminuição dos rendimentos mensais

entre os 0 e os 499 euros. Este estão essencialmente ligados a pensões de reforma, em conformidade com o que ocorre com a maioria dos idosos portugueses. É assim em 86 por cento dos casos, em específico, da reforma por limite de idade e da reforma por invalidez, em 54,7 e 31,3 por cento, respetivamente. Salienta-se ainda a pensão de viuvez, fonte de rendimento para 46,7 por cento dos idosos. Nada de novo. Esta apenas enfatiza a condição de viuvez que é vivida pela maioria dos participantes. Com pouca expressão, talvez por subrepresentação, mas de importância salientar, uma vez que pode dar conta de situações económicas deficitárias, sublinham-se os 14,1 por cento dos participantes que consideram ainda o apoio familiar (única fonte de rendimento em cerca de 3 por cento dos casos). Mais ainda, este rendimento é repartido por 17,2 por cento destes idosos, com outros, quase na totalidade descendentes diretos – filhos e netos – que se encontram a seu cargo.



**Figura 4:** Distribuição da amostra por rendimento mensal pessoal e do agregado familiar

Fonte: Inquérito P22.3; P22.3.1

Não são muito visíveis, em geral, grandes distinções relativas às condições das habitações, quer sejam relativas a infraestruturas, quer sejam as ligadas à posse de determinadas condições, de segurança ou de salubridade, e de alguns equipamentos, utensílios domésticos, como sejam fogão, frigorífico, aquecedores e televisão. São casas que, quase na sua totalidade, apresentam carências que podem afetar a vida dos idosos, quer sejam défices ao nível das condições que a própria habitação oferece, quer daquelas que estas pessoas criam na mesma. Carências que se sublinham em casas das

“ilhas”, cuja construção, antiga, carece de questões de conforto, de segurança e de equipamentos (dada a extensão dos dados recolhidos face à habitação, traçam-se aqui linhas gerais cuja especificidade pode ser consultada no Anexo D – 2).

Destacam-se, pelas infraestruturas, a falta de conforto de 43,8 por cento das habitações (considerado “nem verdadeiro nem falso”); a falta isolamento dos ruídos do exterior, 57,8 por cento, e a acumulação de humidade em 70,3 por cento das habitações.

Estas questões são fundamentais visto que estas pessoas têm uma forte ligação com a habitação, porque é aí que passam grande parte ou a totalidade dos seus dias: cerca de 63 por cento dos idosos passam 18 horas ou mais em casa, num mínimo de 12 horas e num máximo de 24 horas diárias. Em relação ao conjunto, é expressivo o número daqueles que passam em casa a totalidade do seu dia, aproximadamente 16 por cento. Em alguns casos esta expressividade de horas que passam diariamente em casa reflete a impossibilidade de sair das próprias habitações por falta de condições, por exemplo de elevador.

Vivem na sua maioria sozinhos, 62,5 por cento, sendo que os 37,5 por cento que partilham a casa onde vivem o fazem com um máximo de 3 pessoas. Estas são, na sua maioria, familiares: cônjuges (18,5 por cento), filhos (12,5 por cento) ou outros familiares, como, por exemplo irmãos (3,1 por cento).

Estamos perante casas na sua maioria arrendadas, 73,4 por cento, cujas rendas variam entre os 9 euros e os 334 euros mensais. Fazendo quase jus à expressão da habitação de baixo custo representativa nesta freguesia a maioria as rendas são baixas, 71 por cento iguais ou inferiores a 100 euros, em 52 por cento dos casos as rendas não são superiores a 61 euros mensais. As 17,1 por cento habitações que são dos participantes já se encontram quase na totalidade pagas. Uma minoria vive em casa dos filhos de forma gratuita, quase na totalidade dos casos. Quanto à tipologia das habitações: 56,3 por cento são moradias; 39,1 por cento apartamentos/andares – apenas 4,7 por cento têm elevador; localizam-se em 12 dos casos no 2º andar, 6 no 1º andar, 4 no 3º andar e 2 no 4º andar, apenas 1 no rés do chão (R/C); 4,6 por cento vivem quartos (assim definidos pelos participantes).

A inexistência de elevadores é inquietante, quando se fala de uma amostra que, na sua maioria, se encontra muito limitada para realizar atividades como subir e descer escadas ou por outras limitações à autonomia que a idade e os problemas de saúde em diversos casos acarretaram.

A maioria destas casas têm mais de 100 anos. A mais antiga remonta ao ano de 1764 e a mais recente a 2000. A antiguidade das habitações, que é expressiva, reflete a realidade da freguesia que está fortemente demarcada por uma habitação antiga, mesmo aquela que está para além das ilhas com origem na expansão industrial registada no Bonfim nos anos 60.

As habitações dispõem de saneamento básico e de eletricidade, sendo esta a principal fonte de energia usada pelos idosos que maioritariamente não têm qualquer tipo de instalação de gás. 1,6 por cento das habitações não tem água canalizada, número que, pela sua importância chave para a higiene pessoal, doméstica e alimentar (este é um requerimento base de uma casa de acordo com a OMS, 2007b), não poderá deixar de ser salientado apesar da sua pouca importância relativamente ao conjunto. Existem assim casas no Bonfim sem abastecimento de água canalizada, acesso a água quente, casa de banho no interior de habitação e chuveiro (quer seja no interior da habitação quer seja partilhada, tendo os idosos de recorrem a casas de banho de associações, como os discursos face às expectativas futuras demonstram, presentes nas matrizes conceptuais respeitantes ao anexo D – 1).

Quanto às questões de segurança da habitação, que podem facilitar ou limitar o dia a dia dos idosos, destacam-se pela negativa: inexistência de um plano de fuga de emergência, a banheira ou chuveiro sem barras de apoio e as escadas sem corrimões de ambos os lados.

Relativamente ao estado de saúde (Anexo D – 3), são mais aqueles idosos que padecem de doenças crónicas do que os demais, 53,1 e 46,7 por cento, respetivamente. Estes valores são apenas indicativos já que, uma leitura pormenorizada das respostas deixa entender que mesmo alguns dos que não referem padecer de qualquer doença crónica, são medicados para tal. Não deixa de ser interessante.

As doenças de que padecem são variadas, sendo, no entanto, a diabetes a mais comumente apontada, por 26,5 por cento dos idosos, seguindo-se, com distribuição igual, as doenças cardiovasculares, os problemas osteoarticulares e as doenças psiquiátricas, apontadas por 7,8 por cento destas pessoas. Outras, como as doenças respiratórias, o cancro, as hemoglobinopatias, os problemas gastrointestinais e a hipertensão, foram apontadas com menor frequência. A apneia do sono, a artrite reumatoide e a dor crónica são doenças apontadas de um modo particular.

Neste alinhamento, são apenas 4,7 por cento os que não tomam medicação permanente. Entre os 95 por cento de idosos que tomam medicação permanente, medicações para a hipertensão e doenças psiquiátricas, com igual frequência, e doenças cardiovasculares são as mais frequentes, respeitando a 52,5 e 41,0 por cento. Desde já ressalva-se que, embora medicados para tal, apenas 5,9 por cento referiram padecer de hipertensão e 7,8 de doenças psicológicas. O número de medicados aumenta relativamente aos que referem padecer de problemas cardiovasculares, de 7,8 por cento para 39,1 por cento. O contrário ocorre relativamente à diabetes. Sendo a doença com maior frequência absoluta apontada, é considerada nas medicações permanentes apenas em 4,9 por cento dos casos.

Destas pessoas, cujo dia a dia está dependente de medicação, 31,3 por cento não conseguem comprar sempre toda a medicação de que necessitam. O apoio de familiares, nomeadamente de filhos, para a sua aquisição é o apoio principal. Os seguintes depoimentos dão conta desta situação:

“A minha filha ajuda a comprar ou compra alguma alimentação, para o dinheiro chegar para outras coisas, como os medicamentos.” (I.62)

“São as minhas filhas que valem” (I.5)

“A minha filha já ajuda noutras despesas e nos medicamentos também”. (I.49)

“Como resolvo? Peço ou aos filhos ou ao marido.” (I.13)

“Tenho uma irmã que olhe empresta o dinheiro outras vezes é mesmo ela que compra.” (I.57)

No entanto, há idosos que acabam por não adquirir a medicação, fazendo para tal uma espécie de triagem dos medicamentos a adquirir:

“Espero receber dinheiro para comprar.” (I.45)

Não compro os que entendo que não são tão precisos depois compro quando puder.” (I.60)

"Não compro logo aqueles que não sinto tanto resultado". (I.55)

"Olhe compro aqueles que me fazem andar mais amparada [...] assim que recebe a reforma vou buscar o resto." (I.10)

Ainda que com menos expressão, o "fiado" ainda é uma das maneiras de resolver a incapacidade destas pessoas adquirirem a medicação de que necessitam.

Relativamente ao conjunto é expressivo o número daqueles que, mesmo usando óculos, vêm com dificuldades, ou aqueles que, mesmo com uso de prótese auditiva, têm dificuldades de audição respetivamente, 48,4 e 32,8 por cento. São, no entanto, pessoas pouco afetadas com dificuldades relativas à comunicação, sendo que 81,3 por cento não têm dificuldades em fazer-se entender, conseguindo utilizar na sua maioria o telefone, 84,4 por cento. Este último fator inserido na comunicação tem relevante importância quando se está perante uma população idosa que vive na sua maioria só, sendo que este pode, em algumas vezes, ser o seu único meio comunicacional.

Trata-se de uma amostra cuja autonomia ao nível da mobilidade e da realização de certas atividades diárias apresenta limitações e mesmo estados de dependência. Estes dados poderiam ser ainda mais representativos de estados de saúde de total dependência, se os elementos da amostra alterassem ou se tivessem inquirido pessoas que não fossem utilizadores de serviços prestados pela JFB. Em parte já era esperado que assim fosse, ou ao avançar da idade não se associassem diversas vezes estados de maior limitação. É expressivo, em relação ao conjunto, o número daqueles que têm dificuldades para subir e descer escadas, 48,4 por cento dos idosos, e não é ainda de descartar os 42,2 por cento que andam no exterior com dificuldade ou que necessitam para tal de alguma ajuda. Estes dados sublinham a importância das condições da habitação, como o facto da inexistência de elevadores, que pode resultar numa vida quase completamente confinada ao interior da habitação e mesmo à importância do meio envolvente e imediato à habitação, como estradas e passeios estarem em condições devidas para que os peões, estes com maiores dificuldades de mobilidade possam usufruir dos espaços públicos.

Quanto à capacidade de realizar diferentes atividades diárias, os estados designados como "mais ou menos limitado" ou "totalmente limitado" em relação à inexistência de qualquer limitação, são quase sempre superiores. Em detalhe, é assim em relação à

realização de atividades pesadas, como correr, levantar pesos, praticar desportos com ritmo ou moderadas, como deslocar uma mesa ou aspirar a casa; levantar ou carregar as compras da mercearia; subir lanços de escadas e andar a pé distâncias consideráveis. Tomar banho e vestir-se autonomamente são, das atividades consideradas, as que são realizadas com menor limitação, em que mais de 50 por cento dos idosos não se sente nada limitado para as concretizar.

Foram considerados neste conjunto questões ligadas à manutenção de uma vida saudável e que, simultaneamente, se relacionam com o acesso aos cuidados de saúde, considerada nos pressupostos de EA e QDV. Primeiramente, por relação ao conjunto, estes são idosos que recorrem, em 71,9 por cento, ao centro de saúde. Um número significativo de pessoas não verifica a tensão arterial (50 por cento), a diabetes (64,1 por cento) ou o colesterol (64,1 por cento); nem tem hábitos ligados à prática de exercício físico (81,3 por cento). Todavia, quase a totalidade não é fumadora (95,9 por cento), não têm preocupações de excesso de peso (85,9 por cento) ou problemas com ligados ao consumo excessivo de álcool (98 por cento).

#### **5.1.4. Objetivos de vida e aspirações futuras**

As respostas à última questão do questionário, “Pensando no futuro, descreva com desenvolvimento os seus objetivos de vida, o que gostaria ainda de fazer, ter ou saber?”, dão conta, de acordo com os discursos que obtivemos, que alguns dos participantes sentem que “esgotaram o seu projeto de vida”, não tendo objetivos, expectativas ou aspirações futuras, sendo que outros os remetem para domínios da vida que ansiavam ver melhorados. Eis alguns depoimentos que o demonstram organizados em seis categorias, sendo que, com maior expressão se destacam a inexistência de objetivos para o futuro, a manutenção ou melhoria da saúde e das habilidades funcionais (ser capaz de cuidar de si próprio) e a melhoria das condições habitacionais, seguindo-se a melhoria das condições financeiras, com menor expressão aparecem as preocupações de manutenção ou criação de relações interpessoais e as oportunidades de realizar atividades que podem ser enquadráveis no conceito de EA:

(i) Inexistência de objetivos futuros para o próprio e preocupação com a morte:

“Não tenho, até já acho que não ando aqui a fazer nada, estou cansado, já vivi os anos suficientes [...] por causa dos problemas respiratórios não posso fazer nada, estou sempre cansado.” (I.67)

“Qual futuro? Não tenho” (I.57)

“Já não tenho futuro [...] só quero que o meu filho tenha saúde e trabalho.” (I.29)

“Já não tenho projetos nem ambições até porque sinto que já cumpri a minha missão.” (I.25)

“Futuro já não tenho [...] queria que Deus Nosso Senhor me levasse sem sofrer muito” (I.18)

(ii) Manutenção ou melhoria da saúde e das habilidades funcionais (ser capaz de cuidar de si próprio):

“Só anseio que a saúde não piore, só isso” (I.39)

“... só espero que nunca pare das pernas, e assim o que me mete mais confusão é precisar de alguém a fazer-me a higiene pessoal.” (I.66)

“Só que a saúde não piore e depois olhe com 92 anos é o viver dia a dia [...] que as pernas não parem para puder sair de casa, se não nem as escadas posso descer.” (I.52)

“Eu gostava de andar melhor, porque gostava de sair de casa, eu não posso sair daqui e descer tudo e subir, isso deixa-me muito triste, há quem na rua pergunte ao meu marido se eu até já morri, porque nunca me vêem [...]” (I.54)

“[...] só não quero ficar aí numa cama.” (I.48)

(iii) Melhoria das condições habitacionais:

“Um dos objetivos era melhorar as condições da casa ou mudar mesmo de casa, chove-me em casa.” (I.9)

“Querida ajuda para arranjar a casa [...] essencialmente a casa de banho, para ter água quente e poder tomar banho, assim tenho de ir à associação e pago os banhos lá.” (I.46)

“... ter uma casa melhor para eu conseguir morar melhor. É que eu nem tenho água quente, vou tomar banho à Associação.” (I.45)

“Gostava de ter mais condições em casa [...] ter um quarto de banho.” (I.44)

“... vivo numa ilha a casa é uma divisão só, a casa-de-banho é fora [...] é só sanita, para os habitantes todos, [...] se tivermos que ir de noite e se estiver a chover molhamo-nos todos, apanhamos frio [...] para tomar banho é com uma bacia e aquecesse a água no fogão” (I.35)

(iv) Melhoria das condições financeiras:

“... Ter mais algum dinheiro para poder comprar o que preciso, eu nem tomo medicação, nem vou ao médico, desde 2010 que não vou, porque depois não há dinheiro para poder tratar nada.” (I.63)

“Querida era resolver esta situação da reforma, é sempre a correr para a segurança social e agora falta isto, depois os papéis perdem-se, depois outra coisa qualquer [...] não é fácil, trabalha-se uma vida e chega-se a esta idade e ando a comer porque a minha filha me dá.” (I.42)

“... se tivesse mais algum dinheirinho, porque ninguém julgue que com a minha idade trabalho só por gosto! É por necessidade e ainda assim há meses que sabe Deus [...] há dias em que que olhe, não dá? Não se come tão bem, come-se menos.” (I.61)

“Querida mais dinheiro para viver melhor, para comer melhor e ter uma casa melhor para eu conseguir morar melhor” (I.45)

“... claro que se o dinheirito fosse mais algum, dava para se viver melhor, ter mais condições numa casa e tudo, mas pronto vai-se andando.” (I.39)

(v) Manter os relacionamentos interpessoais – ter uma boa relação familiar (de proximidade e vínculos fortes), manter as relações extra familiares, evitar a solidão e o isolamento:

“Gostava que os meus filhos e netos me dessem mais atenção [...] um telefonema não custa muito e eu não quero que eles me deem nada”, “são uns ingratos, nem se lembram de mim.” (I.17)

“Só quero que a minha filha e o meu neto cumpram o que prometeram em me vir buscar todos os fins de semana, para estar acompanhada, de resto, também que não piore que mantenha e não quero, não quero, já disse, ir para um lar... a minha casa não é bom mas quero ficar aqui.” (I.62)

“Gostava de ter uma companheira para ir passear e dar umas voltas, porque eu não gosto de estar em casa, mas ando por aí sozinho, pareço um cão.” (I.33)

(vi) Oportunidades para realizar atividades de participação ativa:

“Gostava de ter mais oportunidades para fazer coisas, ginástica e outras coisa” (I.19)

## **5.2. Resultados da associação de variáveis ligadas ao envelhecimento ativo e qualidade de vida dos idosos**

### **5.2.1. Participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e sentimentos de (in)satisfação face a aspetos da vida**

A associação das categorias participação em atividades enquadráveis no conceito de EA e sentimentos de (in)satisfação em relação à vida, embora não releve qualquer associação estatisticamente significativa, porventura por subrepresentação, deixa no entanto perceber que, em leitura direta, são mais satisfeitos aqueles que se envolvem nas ditas atividades por comparação aos que não o fazem, respetivamente, 52,4 por cento e 25,6 por cento (Anexo D – 4).

Esta predominância é universal quando vista ao detalhe: é assim em relação à saúde, à ligação com a comunidade, ao apoio familiar e de amigos ou de terceiros, às condições económicas e a uma ideia positiva de futuro.

Tratando-se de um teste de associação de variáveis nominais, que observa a distribuição de valores por cruzamento de categorias, parece evidente que sempre a uma maior propensão para a prática de atividades de EA corresponde uma melhor condição de vida. Estes resultados, expectáveis, assumem, de resto, maior evidência ( $p < ,05$ ) quando se associam ao apoio de amigos ou de terceiros por este potenciar a dimensão externa das vivências. Assim também em relação ao sentimento positivo de futuro que, tendo que ver com um amplexo de situações, não é certamente alheio às capacidades e às vontades de participação dos sujeitos.

O sentimento de satisfação ou, pelo contrário, de insatisfação, face ao conjunto de dimensões de avaliação da vida dos idosos, apenas apresenta valores invertidos, o que também é compreensível, em relação à segurança. Quer isto dizer: são mais inseguros os que praticam atividades de EA, o que pode decorrer, sem dúvida, da sua maior exposição externa.

### **5.2.2. Participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e categorias ligadas ao estado de saúde**

O conjunto de variáveis associadas ao estado de saúde dos idosos e, bem assim, ao seu grau de autonomia, deixa perceber de forma clara que as dimensões positivas, evidentes nas categorias de resposta correspondentes, alinham sempre com uma maior participação em atividades de EA (Anexo D – 5). Dito de outra forma, sem que aqui se possa estabelecer quaisquer relações de causa-efeito, participa mais quem apresenta melhores condições de saúde e autonomia, veja-se o exemplo do padecimento de doença crónica: participa mais em atividades de EA os que não têm doenças crónicas por comparação aos que têm, respetivamente, 52,4, por cento e 47,8 por cento. Nada de novo. Mas daqui se infere que existem muitas possibilidades em aberto do repensar da situação social e económica dos idosos e, a partir delas, a construção de um novo paradigma sobre a sua condição face à sociedade global. Este estudo não constitui mais

do que uma bordagem circunscrita a um número de casos de conveniência, mas mesmo assim resulta em dados indicativos.

Estes dados revelam, o que é de esperar, que existe associação entre mobilidade e de autonomia/limitação na realização de atividades diárias e o envolvimento em atividades enquadráveis no EA ( $p < ,05$ ). De um modo mais detalhado, à capacidade de subir e descer escadas, de se deslocar no exterior e de ir às compras, às limitações para realizar atividades inerentes à vida diária, quer sejam consideradas pesadas ou moderadas, como tratar das compras, subir lanços de escadas, andar a pé distâncias consideráveis e tomar banho ou vestir-se sozinho. Ou seja, a uma maior participação nas atividades de EA corresponde uma maior autonomia ao nível da mobilidade pessoal dos idosos e da capacidade destes realizarem as atividades diárias autonomamente.

A estados de saúde limitativos à autonomia diária corresponde uma menor propensão ou participação em atividades enquadráveis no conceito de EA, talvez por estas condicionarem de um ou outro modo as capacidades, e, não menos importante, as vontades dos idosos para participarem na vida comunitária e familiar.

### **5.2.3. Participação em atividades enquadráveis no conceito de envelhecimento ativo e histórico de vida**

Uma leitura direta dos resultados da associação entre a prática de atividades enquadráveis no conceito de EA e o conjunto de variáveis ligadas ao histórico de vida dos participantes, não sublinha, no geral, uma diferenciação decorrente de diferentes percursos de vida (Anexo D – 6). É assim relativamente ao estado civil, aos graus de escolaridade ou à ocupação profissional: pelos resultados evidenciados, não fica claro que, ser solteiro, casado, ou viúvo, viver em união de facto, estar separado ou divorciado, ter mais ou menos escolaridade, e ter tido uma ocupação profissional mais ou menos diferenciada, interfiram na participação ativa dos participantes. Salvaguarda-se que se reconhece que uma outra análise, passível de realizar com uma amostra substancialmente superior, em número, poderia revelar que, a escolaridade e o passado profissional podem inferir sobre uma prática de atividades ligadas ao EA mais seletiva e porventura com uma maior associação à dimensão cognitiva.

Estes dados apenas assumem maior evidência quando se associam ao rendimento mensal dos participantes ( $p < ,05$ ). A prática de atividades enquadráveis no conceito de EA parece ser maior quanto maior o rendimento mensal, de 9,5 por cento para 42,9 por cento, entre os valores mensais 0-249 euros e 500-749 euros, respetivamente. Talvez o maior rendimento interfira, com exceção da última categoria, subdimensionada, no conjunto de situações da vida que podem potenciar as relações sociais, a capacidade monetária e mesmo a vontade para realização de atividades e, bem assim, a participação na comunidade e na família.

#### **5.2.4. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e sentimentos de (in)satisfação face a domínios detalhados da vida**

A associação das variáveis sentimento de (in)satisfação em relação à vida e as diferentes categorias ligadas aos sentimentos de (in)satisfação relativos aos diversos aspetos da vida considerado não revela qualquer associação estatisticamente significativa. Porém, deixa perceber que, são mais satisfeitos face à vida aqueles que se sentem mais satisfeitos em relação à saúde, à ligação com a comunidade, ao apoio familiar, ao apoio de amigos ou outros, à situação económica pessoal e a uma noção positiva de futuro (Anexo D – 7). Dito de outro modo, parece que a um sentimento de satisfação em relação à vida, em geral, corresponde um sentimento de satisfação em relação a diferentes domínios de vida quando vistos ao detalhe, o que é expectável, visto que a avaliação de (in)satisfação face à vida se liga a todo um amplexo de domínios que a compõem e que interferem sobre esse mesmo sentimento.

Mais uma vez, estes dados, no fundo expectáveis, relevam-se quando se associa a um sentimento de satisfação face à vida o apoio de amigos ou outros ( $p < ,05$ ). Ou seja: são mais satisfeitos relativamente à vida em geral os que têm um apoio de amigos ou terceiros que lhes causa também satisfação, o que certamente não é alheio ao facto de estas ligações potenciarem distintas vivências nesta fase da vida.

Os sentimentos de satisfação ou insatisfação face à vida apenas apresentam valores invertidos quando se associam ao(s) sentimento(s) de (in)satisfação em relação à segurança. Dito de outro modo: são mais inseguros os mais satisfeitos em relação à vida. Curioso.

### **5.2.5. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e recursos financeiros**

A associação das categorias – sentimentos de (in)satisfação face à vida e recursos financeiros, tendo em conta domínios que remetem para as condições económicas dos participantes, não revela quaisquer associação estatisticamente significativa (Anexo D - 8).

No entanto, o sentimento de satisfação face à vida parece maior quando os rendimentos mensais, quer pessoais, quer do agregado familiar, se localizam em categorias intermédias, com valores entre os 250 e 749 euros mensais. Uma leitura mais detalhada dos dados, deixa de um modo claro perceber que, ao nível dos rendimentos mensais do agregado familiar, os que auferem entre 0 e 249 euros mensais se revelam insatisfeitos, compreensível, visto que o valor dos rendimentos infere sobre a capacidade de as pessoas satisfazerem as suas necessidades pessoais e, neste caso, do agregado, que pode ser composto por mais do que uma pessoa.

Estes resultados, expectáveis, repetem-se quando se associam a: ter de auxiliar ou sustentar terceiros, à capacidade de, com os rendimentos, satisfazer as suas necessidades e conseguir adquirir a medicação necessária. Ou seja, são mais satisfeitos os que: não têm pessoas a seu cargo em relação aos que têm, 72,7 por cento e 27,3 por cento, respetivamente; aqueles cujos rendimentos são suficientes para satisfazer as suas necessidades, por comparação àqueles que não as conseguem satisfazer, 63,6 por cento e 36,4 por cento; os que conseguem adquirir a medicação de que necessitam por comparação aos que o não conseguem fazer, pelo menos, sem que para isso tenham de recorrer a ajudas de terceiros, respetivamente, 81,0 e 19 por cento.

Os valores apenas se apresentam invertidos quando associados à variável relativa ao rendimento sobrar em termos mensais. Ou seja: parecem mais satisfeitos, aqueles cujo dinheiro não sobra no final do mês, por comparação àqueles em que isso acontece, 23,7 por cento e 72,7 por cento respetivamente. Estes dados, que parecem curiosos tendo em conta o panorama geral da associação da variável (in)satisfação face à vida e às categorias ligadas aos recursos financeiros, podem ocorrer, porventura, pelos números de amostra conseguida, em que apenas 17,8 por cento dos participantes referiram que sobra dinheiro no final do mês.

### **5.2.6. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral e categorias ligadas ao estado de saúde**

A associação das variáveis – sentimento de (in)satisfação face à vida e estado de saúde –, não releva, no geral, qualquer associação estatisticamente significativa (Anexo D – 9). Mais ainda: uma leitura pormenorizada deixa perceber que nem sempre a uma maior satisfação perante a vida se associa um melhor estado de saúde. Ou seja: as dimensões de resposta positivas relativas ao estado de saúde e, também assim, ao grau de autonomia dos idosos, nem sempre alinham com uma maior satisfação com a vida.

De uma forma detalhada, os valores apresentam-se invertidos especificamente quando se associa ao sentimento de satisfação com a vida o padecimento de doenças crónicas e ter limitações ao nível da autonomia para a realização de algumas atividades diárias (nomeadamente atividades pesadas, e moderadas, fazer as compras, subir lanços de escadas e andar a pé distâncias consideráveis).

No entanto, a associação deste sentimento com o restante conjunto de variáveis ligadas ao estado de saúde, permite perceber, sem que se estabeleça daqui uma relação de causa-efeito, que se sentem mais satisfeitos os que apresentam melhores condições de saúde ao nível da autonomia dos sentidos e da independência física. É assim em relação a: autonomia visual, auditiva, comunicacional e à utilização do telemóvel, conseguir subir e descer escadas, não ter sofrido quedas, ter autonomia para andar no exterior, ir às compras, tomar banho e vestir-se sozinho.

Estes resultados apenas se destacam quando se associa ao sentimento de satisfação face à vida a mobilidade, tendo em conta conseguir subir e descer escadas ( $p < ,05$ ). Ou seja: são mais satisfeitos os que conseguem de forma autónoma subir e descer escadas em comparação aos que não o conseguem fazer, 45,5 por cento e 9,1 por cento, respetivamente. Porventura por a esta condição de (in)dependência se ligarem uma série de aspetos que permitem ou, por outro lado, inibem a realização diária dos idosos, ao nível das atividades e necessidades de índole pessoal e de convivência, ou outros aspetos, que afeta positiva ou negativamente o modo como se sentem perante a vida.

### **5.2.7. Sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e condições de habitação**

Estando os idosos participantes tão associados aos espaços, em muito simultâneos, de residência e de socialização e, por outro lado, como se afirmou, constituindo as “ilhas do Porto” microcomunidades de subcultura urbana, justifica-se procurar perceber se, em tendência, os seus estados de satisfação em relação à vida flutuam em função das características da habitação e, bem assim, de condições envolventes, mesmo, como sempre acontece, que não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas na distribuição de valores entre as categorias da variáveis cruzadas ( $p > ,05$ ) (Anexo D – 10).

São pessoas que passam muito do seu tempo em casa e no meio envolvente, sendo por isso natural que neles vejam as dimensões de valorização ou de desvalorização. É assim que, num conjunto bastante alargado de questões cruzadas, sempre com o sentimento de satisfação, está presente uma ténue fronteira dos aspetos positivos face aos neutros e aos negativos. Apesar de genericamente estas habitações, que não são todas ilhas, apresentarem défices de infraestruturas, de equipamentos ou de conforto, as pessoas tendem a sobredimensionar o sentimento positivo relativamente à satisfação.

Numa lógica de descrição das associações pelas condições que em si as habitações oferecem e pelas condições que os moradores, no seu interior, criam importa sublinhar tendências.

(i) Por referência às condições que as próprias habitações oferecem, sem aqui se pretender escarpelizar ao detalhe todas as associações, pode afirmar-se que, embora sem diferenças de distribuição significativas, os sentimentos de satisfação prevalecem, sem que de todo se possa filiar estas realidades, quer por exiguidade de casos no cruzamento das categorias das variáveis em causa quer, admite-se, por descentramento de associação. É assim por exemplo em relação às condições de iluminação natural da habitação, ao isolamento dos ruídos do exterior ou à acumulação de humidade, verificando-se contudo que há maior expressão do sentimento de satisfação corresponde a existência de água canalizada, as condições de salubridade ou, entre outros exemplos, a existência de infraestruturas.

(ii) Por referência às condições criadas pelos próprios moradores, que, não pode deixar de equacionar-se, derivam do poder de compra dos indivíduos e das famílias, é também evidente a associação entre os sentimentos de satisfação e condições de conforto criadas por referência ao interior das habitações, à existência de equipamentos como frigorífico, fogão e diversa maquinaria, existindo, embora, aqui algumas ambiguidades em relação a outros atributos como sejam, pelo que de indiferente possam representar, a existência de rádio, de aquecimento, que poucos têm, ou de, num outro exemplo, a sobreocupação de espaço.

### **5.3. Discussão dos Resultados**

Fechada a exploração do problema em estudo com, primeiro, a sistematização do estado da arte e, depois, a apresentação dos resultados decorrentes do exigente inquérito administrado e, bem assim, do material empírico complementar, importa agora, por simbiose, discutir o assunto e porventura confirmar ou não as questões de base inicialmente colocadas.

Quis-se saber se o grau de envolvimento das pessoas em atividades enquadráveis no conceito de EA se associa a estados de satisfação perante diversos aspetos da vida, de saúde e a históricos de vida.

A literatura indica que o EA está associado a uma série de determinantes que ajudam a explicar a resiliência comportamental dos idosos. Sejam estes de índole pessoal, social, económica e de saúde que se alinham com os resultados deste estudo, confirmando, na generalidade, as questões de base construídas.

Os resultados, na mesma linha de Clark e Bowling (1990), sublinham que o envolvimento em atividades e, bem assim, a interação com as pessoas parece promover o bem-estar dos idosos e a sua QDV, aqui avaliada em função das questões ligadas à satisfação com diversos domínios – saúde, ligação com a comunidade, apoio familiar, apoio de amigos ou terceiros, situação financeira, futuro e segurança. Todos eles sublinhados na literatura orientadora e de especialidade, com enfoque nos modelos da OMS (2002) e de Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012). A OMS (2002) enfatizam os determinantes: económicos, de saúde, ambientais, pessoais, físicos e sociais; Paúl,

Ribeiro e Teixeira (2012): a saúde, a componente psicológica, o desempenho cognitivo, as relações sociais, a componente biocomportamental e a personalidade. O estudo sublinha os determinantes ligados à saúde (física e mental/psicológica), os determinantes sociais e biocomportamentais e, bem assim, as relações sociais (familiares e com a comunidade) e a situação financeira. Se é verdade que a participação ativa dos idosos se associa a uma melhor QDV, também o é que uma melhor QDV parece influenciar o maior envolvimento em atividades ligadas ao EA.

A OMS (2002) e Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), na mesma linha de pensamento de Bowling (2009), de Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) e de Backstrom (2012), enfatizam a saúde física e mental como determinantes para um envelhecimento mais ativo, estando os nossos resultados em conformidade ao sugeriram uma tendência para a causalidade entre variáveis: as dimensões positivas da saúde alinham sempre com uma maior participação. Uma velhice mais saudável influencia um envelhecimento mais ativo. Resultados que sublinham a importância de potenciar os serviços de saúde disponíveis para o acompanhamento dos idosos, conforme OMS (2002); UE (2012), para se ampliarem as situações de efetiva participação social.

Estas considerações têm maior evidência relativamente à influência das condições de autonomia ligadas à independência física, como, de resto, indicam as conclusões dos estudos de Bowling (2009) e de Stenner, McFarquhar e Bowling (2011), que enfatizam o ter saúde física e ser independente, na definição de EA.

Embora os resultados sublinhem a influência preponderante da saúde física nas práticas de EA, a saúde psíquica e a vivência social são também suportes importantes, como, por recorrência discursiva, verbalizam os idosos com sistematização nas respostas aos questionários: a saúde mental, “... ter cabecinha ...”(I.65), ou “... perfeito juízo ...”(I.22); o respeito e reconhecimento social, “... a educação é pouca, não há entreatuda, só egoísmo e isso até gera uma certa sensação de insegurança ...” (I.56); a oportunidade e capacidade das pessoas na velhice manterem os seus papéis e compromissos na sociedade e na família. Resultados que sufragam a multidimensionalidade das determinantes de EA que a literatura indica. A OMS (2002), OMS (2007), Bowling (2009) e Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012), sublinham na generalidade estes aspetos, nomeadamente as dimensões da saúde, física e psicológica, da autonomia e

independência, da capacitação e das oportunidades ambientais, sociais e de saúde para pessoas se envolverem em atividades significativas. Vão ainda ao encontro da *teoria da continuidade*, que pressupõe que, sendo o envelhecimento uma fase integrante do ciclo de vida, a pessoa mantenha hábitos, gostos, experiências e, muito importante, compromissos que foi adquirindo (Berguer e Mailloux-Poirier, 1995).

Importa referir que indo justamente ao encontro da perspectiva do Comité Económico e Social Europeu (2012), os resultados dos depoimentos relativos aos papéis sociais dos idosos assinalam a sua contribuição na transmissão de saberes, de experiências e de conhecimentos aos mais jovens. Depoimentos que, reconhecendo a “utilidade dos idosos” parecem contrariar a visão de uma sociedade que deifica a juventude e o seu contributo em detrimento do dos idosos e dos preconceitos ligados ao envelhecimento (conforme Fernandes, 1997 e Squire, 2000).

Se é verdade que, como a literatura corrente indica, a saúde é importante para a resiliência ativa, porque as pessoas se sentem bem para a realização de atividades aí enquadráveis, os resultados sugerem que também o é se virmos o EA como uma espécie de antídoto para a manutenção da saúde quer física, quer mental. O EA, pelo envolvimento que pressupõe em atividades físicas, de lazer, de interação e de integração social, ou outras, pode prevenir de algum modo as situações de declínio físico, como refere Mosallanzhad *et al.* (2014) e, pela interação as situação de solidão e de isolamento, pode prevenir o declínio mental. Resultados que reforçam a *teoria da atividade*, que identifica a importância e a necessidade dos idosos se manterem ativos na sociedade para obterem uma maior satisfação na vida por meio também da conservação da sua saúde (Berguer e Mailloux-Poirier, 1995).

A associação das variáveis – participação em atividades enquadráveis no conceito de EA e o histórico de vida dos indivíduos – não confirmam a influência do ciclo de vida na assunção de práticas de EA (OMS, 2002). São disso exemplos o estado civil, os graus de escolaridade ou o passado profissional, sendo, no entanto, de refletir que estamos perante um estudo de caso em que, não raras vezes, a subrepresentação se faz sentir no cruzamento das categorias de variáveis.

Os resultados indicam, na mesma linha das conclusões dos estudos de Backstrom (2012) e das recomendações da OMS (2002), a existência de uma associação entre as variáveis – participação em atividades enquadráveis no conceito de EA e as condições económicas –: aqueles cujas condições económicas são mais favoráveis, aqui representadas por rendimentos mais elevados, tendem a envolver-se mais em atividades consideradas de EA.

Numa linha ainda confirmatória estão os resultados obtidos para a questão “Sendo residente no Bonfim, como descreve este freguesia enquanto local de residência e convivência? Isto é, o que o tem o Bonfim de bom, de mau ou o que lhe faz mais falta ao nível da freguesia para o seu dia a dia?” que dão conta da importância das condições ambientais e sociais que podem (in)viabilizar as oportunidades de participação dos idosos, corroborando com a importância da sociedade (responsabilidade coletiva) em criar as condições necessárias à participação ativa dos idosos (Cf. WHO, 2002; OMS, 2007; EU, 2012).

Os resultados indicam com maior expressão a influência de determinantes do ambiente físico e social na mobilidade, integração e, bem assim, na participação dos idosos na comunidade ou na família. São exemplo disso o mau estado das ruas e passeios, a má qualidade e estado de degradação do património habitacional, a insegurança, fatores que muito contribuem para que os idosos não socializem e tendam a permanecer mais tempo dentro das suas casas. Os espaços públicos são por sua vez de frequência duvidosa, de difícil acesso, potenciando o isolamento. Não existem, por outro lado, equipamentos que proporcionem tempos de encontro entre gerações: “... podia era haver um sítio onde fizessem convívios entre jovens e velhos, porque podíamos aprender os dois, porque existem mas só para velhos e eu não quero ir, ainda estão pior que eu, se fosse com jovens até gostava.” (I.48).

Os resultados sugerem ainda que o envelhecimento populacional constitui, em si, um inibidor de socialização, porquanto os idosos, quase que negando a sua condição, tendem a escusar-se ao relacionamento entre pares, como se eles mesmos não se incluíssem nessa condição. Assim, se por um lado parecem contrariar essa “deificação social da juventude” (cf. Squire, 2002), por outro sublinham a valorização do “novo”, que acaba por caracterizar a época em que vivemos (cf. Marques, 2011).

A existência de uma boa rede de transportes, de comércio, de serviços de saúde e ainda a “boa vizinhança”, que surge como uma rede de apoio geradora de um sentimento de segurança (contrário ao que as condições físicas do meio fazem sentir), são determinantes que viabilizam a mobilidade, a interação, a integração e a saúde e, por isso, o envolvimento em atividades ligadas ao EA.

Estes resultados vão ao encontro de muitas das preocupações categorizadas no Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007) que, justamente, elenca um conjunto alargado de problemas que as cidades devem resolver para garantir a adaptação ao crescimento visível e esperado do número de pessoas idosas face à população global.

Quis-se ainda saber se o sentimento de satisfação com a vida se associa a estados de satisfação com a saúde, a segurança, a ligação com a comunidade, o apoio familiar e de terceiros, a situação económica ou as expectativas em relação ao futuro.

A literatura corrente é consensual ao considerar QDV como multidimensional Lawton (1991), Cummins (1995); OMS (1997), Fernández-Ballesteros (1997; 2003) e Castellón (2003) e também os nossos resultados, aqui verificados pelo sentimento positivo de satisfação em relação à vida, o evidenciam. São várias as condições da vida humana, subjetivas ou objetivas, a influenciar a QDV.

Tendem a ser mais satisfeitos aqueles que se sentem também mais satisfeitos relativamente a diversos domínios da vida. Não deixa, no entanto, de ser curioso que a associação entre estas variáveis não se assuma como estatisticamente significativa (à semelhança do que ocorreu na associação entre a prática de atividades de EA e sentimentos de (in)satisfação em relação à vida).

Parecem ter maior expressão o apoio de amigos ou de outras pessoas que façam parte da rede de conhecidos, exteriores à família, sufragando as conclusões dos estudos de Fernández-Ballesteros (1998), Gabriel e Bowling (2004) e Joia e Ruiz (2006), que sublinham a importância da manutenção de relações sociais, pela rede de apoio que podem prestar, na influência da QDV. Também Castellón (2003) define os “bons amigos” como fundamentais para uma ótima QDV, que, como aqui se verifica, se sobrepõem mesmo às relações de apoio familiar, contrariado, de alguma forma, a

importância, de *per si*, do bom relacionamento familiar para a manutenção de QDV dos idosos, referido por Bowling *et al.* (2002); Bowling *et al.* (2003); Bowling e Iliffe (2011) e Billota *et al.* (2012).

Os resultados indicam ainda um dado curioso: apresentam maior grau de satisfação com a vida os idosos que, simultaneamente, se dizem mais inseguros, posição que, pelo menos aparentemente, diverge dos resultados apresentados por Fernández-Ballesteros (1997; 1998). Mas os nossos resultados podem encontrar justificação no facto de o sentimento de insegurança não estar presente da mesma forma para aqueles que se recatam em casa do que para aqueles que mais convivem, sendo que como já vimos a satisfação e o envolvimento em atividades significativas – participativas e de interação – parecem tender a influenciar a maior satisfação pessoal com a vida.

A relação entre insegurança e insatisfação pode decorrer de um amplexo de situações que levam a uma maior exposição ao exterior e a um maior contacto com terceiros (como sugerem os estudos identificados que concluem que, para os idosos, os relacionamentos interpessoais satisfatórios evitam a solidão e o isolamento fomentando atividades de lazer ou outras importantes para a manutenção da QDV). A um sentimento de maior segurança parece ligar-se, pelo contrário, uma maior insatisfação face à vida, porventura decorrente de uma vivência mais isolada, por vezes remetida ao interior das habitações, aqui corroborado pelos resultados que indicam que um elevado número de idosos aí passam a maior parte, quando não a totalidade, do tempo.

Numa linha confirmatória surgem os resultados da associação entre a satisfação com a vida dos idosos e os recursos financeiros, ou seja, indicativa de que a um sentimento positivo de satisfação face à vida correspondem recursos económicos superiores. Sublinhando as conclusões dos estudos de Fernández-Ballesteros (1998), Castellón (2003), Gabriel e Bowling (2004), Joia e Ruiz (2006) e Bowling e Iliffe (2011) que, na mesma linha, identificam as condições financeiras como um importante domínio de QDV. Embora aqui não se possa estabelecer uma relação de causa-efeito, os dados, expectáveis e compreensíveis, sugerem que a capacidade das pessoas adquirirem o que necessitam para o seu dia a dia lhes confere um sentimento de maior satisfação. Repercute, claramente, na forma como podem solver as necessidades correntes, por exemplo, em relação ao acesso a cuidados de saúde ou à compra de medicação. Como

tal, mais uma vez, a aparente incongruente associação entre não sobrar dinheiro e uma maior satisfação sentida face à vida, não deve ser lida como relevante, mas tão-só resultado da não representatividade da amostra.

Se é verdade que a saúde é tida como fundamental à definição de QDV (OMS, 1997; Fernández-Ballesteros, 1997), sublinhada em diversos estudos (Fernández-Ballesteros, 1998; Bowling *et al.*, 2003; Bowling e Iliffe, 2011) e como aqui se demonstra, já que tendencialmente a uma maior independência e autonomia física e dos sentidos se associam sentimentos mais positivos de satisfação face à vida. Resultados que, neste estudo, têm maior expressão relativamente à mobilidade, ao nível da capacidade de subir ou descer as escadas. É ao mesmo tempo verdade que, nem sempre a uma maior satisfação face à vida se associa uma maior autonomia física ou ausência de doenças.

Esta aparente incongruente associação entre estados de saúde de maior dependência física e padecimento de doenças crónicas e um sentimento de maior satisfação face à vida, que os resultados tendem a apontar, é, à primeira vista, curiosa. Se, por um lado, os resultados parecem divergir de Castellón (2003), Meija e Merchán (2007), na medida em que os autores concluem que a presença de doenças tem uma forte predominância na avaliação da vida da pessoa, aproximam-se, por outro lado, de Bowling *et al.* (2007) e Pais-Ribeiro (2005), ao alertarem para a importância do autoconceito de saúde.

Mais ainda: acresce aqui a propósito os resultados que indicam que existem idosos que, mesmo sendo doentes, não se sentem, se comportam ou se definem como tal. Muitos deles, fazendo tratamento para determinadas doenças, não se definem como doentes. Estes resultados tendem assim a reforçar o pensamento de que doença e saúde não são opostos de um extremo, como define Pais-Ribeiro (2005), e que a pessoa, mesmo padecendo de doença, com ou sem limitações físicas, pode ter um bem-estar elevado.

Na mesma linha confirmatória dos estudos de Fernández-Ballesteros (1998), Castellón (2003), Joia e Ruiz (2006), Pynoos (2001), Pynoos, Caraviello e Cicero (2009) e Santos, Martins e Brito (s/d), os resultados indicam tendencialmente que a condições de habitação positivas tende a alinhar-se um sentimento de satisfação à vida, embora a linha seja muito ténue, mas que revela que estas podem ter implicação na QDV. Porém

existe uma certa subvalorização da satisfação face à vida que se faz um pouco independentes da situação habitacional.

Os depoimentos relativos ao “futuro” dão conta de sentimentos que vão neste sentido e que devem ser lidos pelo contexto, ou seja, correspondente a um território em que as habitações são de facto precárias, ainda consequentes de um tempo de atrapalhada urbanização industrial “... precisava de mudar de casa... eu até acho que ganhava saúde, porque dormir ali com aquela humidade toda e tudo ...” (I.13).

Os resultados relativos ao “futuro” indicam que domínios ligados à QDV e a determinantes de EA se interligam e alinham com as condições pessoais, sociais e do meio, na influência de uma motivação para prospetiva. Melhor dizendo: o futuro será visto de forma positiva se se alterarem, para melhor, condições existenciais, com destaque para as materiais.

## **REFLEXÕES FINAIS**

Findo o trabalho, conscientes das suas limitações, destacam-se, em notas finais, aspetos teóricos e empíricos relevantes e resultados alcançados, simultaneamente, pontos de chegada e de partida, pensando a construção de conhecimento em contínuo.

O envelhecimento demográfico é uma realidade de crescimento emergente que acarreta importantes desafios sociais e económicos e que, em Portugal, tenderá a exponenciar se consideradas as tendências apresentadas para lá de meados do século. Assumindo-se perante tal facto que são necessárias reformas – institucionais e de mentalidades – referentes ao entendimento e ao tratamento que socialmente se dá aos idosos, designadamente pela inscrição de políticas de EA e de QDV que, mais do que linhas da modernidade, se constituem como imperativos de humanidade.

Constatou-se que o EA é um processo de otimização de oportunidades para que os idosos se mantenham socialmente participantes. Processo dependente de uma pluralidade de determinantes que o podem promover ou, quando postos em causa, inviabilizar.

A QDV é simultaneamente um objetivo e um desafio para as sociedades que, especificamente em relação aos idosos, incorpora as dimensões de saúde, física e psicológica, e de mobilidade e de autonomia, com as quais se associam  $n$  fatores aqui suficientemente escalpelizados: habitacionais, recursos económicos, lazer ou integração familiar e socialização.

A QDV é, em parte, resultado de uma certo “equilíbrio” entre as dimensões objetiva e subjetiva da vida dos atores porque resulta da mescla de dimensões materializáveis e de estados e sentimentos, sempre individuais e circunstanciáveis, em relação às condições de vida.

Tratando-se de um estudo de caso suscetível de fazer pensar as problemáticas estudadas para além do território dos atores sociais envolvidos e de posteriormente, numa lógica indutiva, as transpor para a realidade que é marcada pelo expressivo aumento do número relativo dos idosos face ao total da população, importa sublinhar de forma sintética e objetiva algumas evidências e as reflexões que estas nos permitem tecer. A saber:

(i) As atividades de EA incluem essencialmente pessoas que se sentem bem. Dizendo numa linguagem “métrica” participa mais quem melhor está de saúde, física e mental, que mantém relações interpessoais e cujas condições económicas são mais favoráveis.

Quanto a estas tendências não há resultados inesperados, existindo embora por eles um reforço à necessidade de se focarem as políticas públicas em criação de condições de participação, saúde, ambientais (reforçados na literatura sobre o problema em questão) para que as pessoas envelheçam dotadas de “estados médios” de satisfação próximos aos observados. É que, como se sabe, o envolvimento nas ditas atividades, tem um forte impacto na sociedade pelo reconhecimento do contributo produtivo dos idosos, que está nesta investigação para além do contributo apenas económico, e pela manutenção e prolongamento, em número, de idosos satisfeitos e com saúde que se pode repercutir nas contas públicas desde logo, por exemplo, pela redução de gastos em saúde.

Todavia, as sociedades contemporâneas estão cada vez mais confrontadas com a célere revisão de paradigmas e se nos primeiros anos do século XXI o objetivo idealizado era

o da máxima ampliação do “envelhecimento ativo”, no presente, em complemento, porque se vive mais, melhor e cada vez em maior número, parece também ser o do “envelhecimento produtivo”.

Sendo as determinantes ambientais apontadas como influentes na capacidade de participação ativa, em posteriores estudos, pode ser mesmo interessante a aplicação da lista de verificação das características de uma cidade amiga das pessoas idosas (OMS, 2007), tratando-se o Porto e, especificamente, o Bonfim, um território muitíssimo marcado pelo problema do envelhecimento demográfico, a que se somam outros fatores como sejam a forte densidade populacional, a poluição, o envelhecimento do edificado ou das ruas.

A investigação indica como caminho importante – que se liga às vontades e capacidades reconhecidas pelos próprios idosos – a implementação de políticas de voluntariado para as pessoas idosas e de estruturas que as permitam manterem-se ativas pela partilha de saberes e experiências.

Daqui decorre a proposta sustentada, entre outras possíveis, de criação de programas intergeracionais que poderão, em simultâneo, potenciar tempos e espaços de socialização e de bem-estar entre pares, os idosos, e as crianças e os jovens com benefícios mútuos claramente testados em diversos contextos. Num exemplo: o conto de estórias ou da própria história vivida, na dimensão micro, pela voz dos idosos, com reflexos nos processos correntes de ensino e aprendizagem.

(ii) Tendem a ser mais satisfeitos, em relação à vida, aqueles idosos que têm melhores condições de vida. Mais uma vez, numa linguagem “métrica”, são mais satisfeitos os que se consideram satisfeitos com as suas condições de vida (de saúde, ligação com a comunidade, ao apoio familiar, apoio de amigos ou outros, situação económica pessoal e uma noção positiva de futuro), os que têm melhores condições de saúde, física e psicológica, económicas e habitacionais. Reforçam a importância, para a QDV, dos idosos, dos amigos, e, por outro lado, dão conta de que as pessoas tendem a sobredimensionar o sentimento positivo de satisfação face à vida apesar de padecerem de doenças crónicas e de algumas limitações físicas. O mesmo ocorre relativamente à

habitação, independentemente de esta apresentar, *grosso modo*, défices infraestruturais, de equipamentos ou de conforto/segurança.

Os resultados fortalecem a importância da manutenção da rede social dos amigos ou vizinhos (como rede de apoio e suporte). Reforçam ainda a relevância de políticas ligadas à manutenção da saúde e das condições económicas dos idosos, já que estas, de acordo com as, já esperadas, tendências que os resultados indicam, afetam positivamente as suas vidas. Mais ainda: reforçam a necessidade de se promoverem políticas que permitam os idosos viverem com “condições de vida médias”, pelo menos próximas às observadas, para se sentirem com qualidade de vida, satisfeitos e até realizados. E, em última instância, para que assim tenhamos no futuro mais pessoas idosas com uma QDV e a desempenharem atividades socialmente significativas.

Apesar da investigação sublinhar alguns alinhamentos inesperados – já que parece existir uma associação entre o sentimento de insegurança, os estados de saúde mais vulneráveis e as condições de habitação mais deficitárias e o sentimento positivo de satisfação relativamente à vida –, o sentimento de satisfação pode, contudo, estar para além dos estados de saúde ou habitacionais, mais ligado ao autoconceito da pessoa relativamente à saúde e aos sentimentos que a habitação lhe suscita e ainda à satisfação com a relações de vicinalidade, tal é, por exemplo, o apego a realidades tão marcantes neste espaço como as “ilhas do Porto”.

Sublinhámos a importância da habitação na vida dos idosos e, paralelamente, dado que as casas aqui caracterizadas apresentam muitos défices, a fundamental relevância da sua requalificação, que, ao fazer-se, pode, conferindo conforto e segurança, perpetuar estes *museus vivos* que são as “ilhas do Porto”, representativos de uma espécie de subcultura urbana que, justamente, explica o apego das pessoas mais do que à habitação aos espaços. O voluntariado jovem, com recurso ou não a associações, como o movimento escutista, podem aqui ser equacionadas.

Este trabalho, embora limitado no número de participantes e no espaço de observação, permitiu criar algumas linhas de tendência e abrir pistas de reflexão e de investigação a retomar.

Algumas limitações inerentes ao tempo e aos poucos meios disponíveis imprimem uma dimensão essencialmente “impressionista” aos resultados. Designadamente por os participantes constituírem um grupo já de si diferenciado por receber apoio social ou por usufruir de um serviço da JFB, mas, por outro lado, a maioria dos participantes corresponde a idosos viúvos, com baixas habilitações, com carências de índole económica e habitacional que descrevem, *grosso modo*, a realidade dos idosos do Bonfim.

Tivemos ainda assim o privilégio de privar e de aprender com sessenta e quatro participantes, num processo exigente, pela extensão do questionário, mas também por requerer, em muitos casos, a deslocação às habitações dos participantes. Facto que tornou o processo mais moroso, mas, diga-se, também mais desafiante, pela dificuldade maior em gerir tempos e emoções. Os convites para “lanchar”, “conhecer a casa” ou “ver álbuns de fotografias” não eram raros.

Fica, pela investigação realizada, a vontade de a expandirmos com representação para o universo de idosos do Bonfim ou, quiçá, a uma dimensão mais lata que coincida com a cidade do Porto, espaço justamente que, mais do que outros, padece do envelhecimento demográfico.

Trata-se de um conjunto de problemáticas que, pelo descrito, não esvanecerão e que, por isso mesmo, carecerão de estudo e, sobretudo, de intervenção com políticas cruzadas e estrategicamente pensadas e executadas em que dimensão do trabalho social prevalecerá sobre muitas outras no processo de acompanhamento dos idosos e de promoção de um envelhecimento globalmente ativo e com qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, S. (2003). Evolução das estruturas domésticas, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, pp. 13-30.

Azevedo, J. E Baptista, I. (Coord) (s/d). *Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto*. Porto, Universidade Católica do Porto | Centro Regional do Porto – Pólo da Foz, Faculdade de Educação e Psicologia.

Backstrom, B. (2012). Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes, *In: Machado, F. L. (Org.). Revista Migrações, Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo*, Nº 10, Lisboa, ACIDI, pp. 103-136.

Barreiros, M. I. D., Martins, N. M. C. e Alves, H. M. M. (2012). Conta da Segurança Social 2012. [Em linha]. Disponível em <<http://www4.seg-social.pt/documents/10152/fb613dfe-0cc3-4dc4-bbb6-22101f39fb02>> [Consultado em: 12 de outubro de 2014].

Berguer, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.

Bezrukov, V. e Foigt, N. A. (2005). Longevidad centenaria en Europa, *Revista Española Geriatria y Gerontología*. 40(5), pp. 300-309.

Bíblia Sagrada (1998). Tradução interconfessional. Lisboa: Sociedade Bíblica de Portugal.

Bilotta, C. *et alii*. (2012). Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy, *Health & Social Care in the Community*, 20(1), pp. 32-41.

Bowling, A. (2009). Perceptions of active ageing in BritaIn: divergences between minority ethnic and whole populations sample, *Age and Ageing*, 38, pp. 703-710.

Bowling, A. E Iliffe, S. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults, *Health Qual Life outcomes*, 9(13), pp. 1-10.

Bowling, A. *et alii*. (2002). A multidimensional modelo of quality of life in older age, *Aging Ment Health*, 6(4, novembro), pp. 355-371.

Bowling, A. *et alii*. (2003). Let's ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over, *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), pp. 269-306.

Bowling, A. *et alii* (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived controlo over life. *Age Ageing*, 36(3, maio), pp. 310-315.

Brasão, I. (2012). *O tempo das criadas. A condição servil em Portugal (1940-1970)*. Lisboa, Tinta da China.

Câmara Municipal de Lisboa (2008). *Plano Gerontológico Municipal*. Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa.

Castellón, A. S. P. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor, *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3), pp. 188-192.

Ciconelli, R. M. *et alii*. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36, *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3, maio-junho), pp. 143-150

Clark, P. e Bowling, A. (1990). Quality of everyday life in long stay institutions for the elderly. An observational study of long stay hospitak and nursing home care, *Social Science & Medicine*, 30(11), pp. 1201-1210.

Comité Económico e Social EUROPEU (2012). Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “O contributo e a participação dos idosos na sociedade” [Em linha]. Disponível em <[http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/2013\\_C\\_11\\_04.pdf](http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/2013_C_11_04.pdf)>. [Consultado em 20 de setembro de 2014].

CORREIA, L. G. (2009). A evolução demográfica da Freguesia do Bonfim da cidade do Porto na Época Contemporânea, *Revista da Faculdade de Letras*, 10, pp.181-196.

Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), pp. 699-706.

DAré, A. (2010). *Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso*. Lisboa, Universidade Lusíada Editora.

Direção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Circular normativa.

EU (2012). *The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations*. Luxemburgo, Publications Office of the European Union.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras, Celta Editores.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Quality of life: concept and assessment. In: Adair, J., Belanger, D., Dion, K. (Eds). *Advances in Psychological Science*. Vol I Social, personal and cultural aspects. Montreal, Psychological Press.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), pp. 57-65.

Fernández-Ballesteros, R. (2003). Quality of life. In: Fernández-Ballesteros, R. (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment*, 2, pp. 800-805.

Fernández-Ballesteros, R. (2010). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues, *Applied Research Quality Life*. 6, pp. 21-40.

Fernández-Ballesteros, R. e Ivars, M. S. (2010). *Aging and quality of life*. Nova York, Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.

Fernández-Mayoralas, G. *et alii.* (2012). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(3), pp. 425-438.

Foddy, W. (1996). *Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras, Celta Editora.

Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In: Paúl, C. e Fonseca A. M. (Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. 1ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores. pp. 281-308.

Gabriel, Z. e Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspective of older age, *Ageing and Society*, 24, pp. 675-691.

Gros, M. C. (1982). *O alojamento social sob o fascismo*. Lisboa, Edições Afrontamento.

Hill, M. M. & Hill, A. (2000), *Investigação por Questionário*. 1ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.

Holstein, M. B. e Minkler, M. (2007), Critical gerontology: reflections for the 21<sup>st</sup> century. In: Bernard, M. E Scharf, T. (Eds.), *Critical Perspectives on Ageing Societies*, Bristol, The Policy Press, pp. 13-26.

INE (2002). Censos 2001 Resultados Definitivos – Norte. [Em linha]. Disponível em <[http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=377623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)> [Consultado em: 2 de dezembro de 2014].

INE (2009). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa-Portugal, Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INE (2011). Dados Provisórios Censos 2011. [Em linha]. Disponível em <[www.ine.pt](http://www.ine.pt)> [Consultado em: 10 de janeiro de 2015].

INE (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)>. [Consultado em: 23 de outubro de 2014].

INE (2014a). Projeções de população residente 2012-2060. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=215593684&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215593684&att_display=n&att_download=y)>. [Consultado em: 12 de dezembro de 2014].

INE (2014b). Estimativas de População Residente em Portugal 2013. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=218268753&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218268753&att_display=n&att_download=y)> [Consultado em: 10 de dezembro de 2014].

INE (2014c). Tábua Completa de Mortalidade para Portugal 2011-2013. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=217825026&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=217825026&att_display=n&att_download=y)>. [Consultado em: 10 de dezembro de 2014].

INE (2014d). Dia Mundial da População 11 julho de 2014. População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=218948085&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y)>. [Consultado em: 13 de dezembro de 2014].

INE (2014e). Rendimento e Condições de Vida 2013 (Dados Provisórios) – 18,7% em risco de pobreza em 2012. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=215413109&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215413109&att_display=n&att_download=y)>. [Consultado em Consultado em: 10 de dezembro de 2014].

Joia, L. C. e Ruiz, T. (2006). Inquérito populacional sobre o estilo e a qualidade de vida na terceira idade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2(6, julho-setembro), pp. 114-130.

Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. *In*: Birren, J., Lubben, J., Rowe J., Detchman, D. (Eds) *The Concept and Measurement of*

*Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, CA: Academic Press, pp. 3–27.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. e Boutin, G. (2010). Investigação qualitativa: fundamentos e práticas. Lisboa, Instituto Piaget.

Maia, R. L. (2002). *O sentido das diferenças. Migrantes e naturais: observação de percursos de vida no Bonfim*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian/FCT.

Marom-Klibaansky, R. e Drory, Y. (2002). Physical activity for the elderly, *Harefuah*, 141(7, Julho), pp. 646-650.

Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa, Relógio D'Água Editores.

Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice, *Análise Social*, 171, pp. 339-363.

Mejía, B. E. B. e Merchán, M. E. P. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica, *Hacia la Promoción de la Salud*. 12 (janeiro – dezembro), pp. 11-24.

Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. Lisboa, Relógio D'Água Editores.

Mendes, F. R. (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social, Competitividade e Gerações*. Oeiras, Celta Editora.

Monteiro, H. e NETO, F. (2008). *Universidades da terceira idade: da solidão aos motivos para sua frequência*. Porto, Livpsic.

Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra, Almedina.

Mosallanezhad, Z. *et alii*. (2014). Walking habits and health-related factors in 75-year-old Iranian women and men, *Archives Gerontology and Geriatrics*, 58(3), pp. 320-326.

Mota-Pinto, A. *et alii* (2010). A socio-demographic study of aging in the Portuguese

population: The EPEPP study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, pp. 304-308.

Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do Envelhecimento*. Lusociência. Loures.

Netuveli, G. e Blane, D. (2008). Quality of life in older ages, *British Medical Bulletin*, 85, pp. 113-126.

Nicola, R. (2011). Envelhecimento demográfico: Dinâmicas da população e das famílias, 2011. [Em linha] Disponível em <<http://www.updigital.pt/clientes/serga/website/userfiles/files/Relat%C3%B3rio%20sobre%20Demografia%20e%20Projec%C3%A7%C3%B5es%20Final%20sem%20imagens.pdf>> [Consultado em: 20 de setembro de 2014].

OECD (2000), *Reforms for an Ageing Society*. Paris, OECD Publications.

OMS (1997). Measuring Quality of Life. [Em linha]. Disponível em <[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)> [Consultado em: 12 de outubro de 2014].

OMS (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Genève: OMS.

OMS (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Genebra, WHO

OMS (2010). Mental Health: Strengthening Our Response, World Health Organization, Fact Sheet N° 220. [Em linha]. Disponível em: <http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs220/En/.>> [Consultado em: 11 de novembro de 2014].

Paúl, C. *et alii*. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In: Paúl, C. e Fonseca A. M. (Coord.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. 1ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 75-95.

Paúl, C., Ribeiro, O. e Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO Model, *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, pp. 1-10.

Perista, H. (Coord.) (1998), *Levantamento das Necessidades Sociais das Pessoas Idosas em Contexto Local*. [Em linha]. Disponível em <[http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Levantamento\\_neces\\_soc\\_pes\\_idosas](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Levantamento_neces_soc_pes_idosas)>. [Consultado em: 27 de Outubro de 2013].

Perosa, C.T. e Pedro, E.N.R. (2009). Perspectivas de jovens universitários da região norte de Rio Grande do Sul em relação à paternidade, *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43(2), pp. 300-306.

Pestana, H. M. e Gageiro, J. N. (1998). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.

PORDATA (2014a). Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base triénio a partir de 2001) – Portugal. [Em linha]. Disponível em <[http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)>. [Consultado em: 20 de outubro de 2014].

PORDATA (2014b). Pensões em % da população residente com 15 e mais anos: total, da segurança social e da caixa geral de aposentações. [Em linha]. Disponível em <<http://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+da+Seguran%C3%A7a+Social+total++de+sobreviv%C3%Aancia++de+invalidez+e+de+velhice-96>>. [Consultado em 22 de outubro de 2012].

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. e *WHOQOL-OLD GROUP* (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. [Em linha]. Disponível em <[http://download.springer.com/static/pdf/688/art%253A10.1007%252Fs11136-005-7380-9.pdf?auth66=1383420267\\_18d3ad07814e150ffc4313fdf41e0d80&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/688/art%253A10.1007%252Fs11136-005-7380-9.pdf?auth66=1383420267_18d3ad07814e150ffc4313fdf41e0d80&ext=.pdf)> [Consultado em: 27 de outubro de 2013].

Pynoos, J. (2001). *Meeting the Needs of Older Persons to Age in Place: Findings and Recommendations for Action*. San Diego, The National Resource Center for Supportive Housing and Home Modification.

Pynoos, J., Caraviello, R. e Cicero, C. (2009). Lifelong housing: the anchor in agingfriendly communities, *Generations*, 33 (2), 26-32.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 5a Edição. Lisboa, Gradiva.

Resolução do Conselho de Ministros nº 166/2006. 8403- 8456. Diário da república 1.a série—N. 240—15 de dezembro de 2006.

Ressel, L. B., Gualda, D. M. R. e Gonzáles, R. M. B. (2002). Grupo focal como estratégia para coletar dados de pesquisa. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa, *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), pp.1-29.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIII), pp. 179-191.

Ribeiro, J. L. P. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23(1), pp. 121-130.

Ribeiro, J. L. P. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, pp. 121-130.

Ribeiro, J. L. P. (2005). *O importante é a saúde*. Coimbra, Quarteto.

Rosa, M. J. V. (2000). Portugal e a União Europeia, do ponto de vista demográfico, a partir de 1960. In: Barreto, A. (org.), *A Situação Social em Portugal 1960-1999*, II, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, ICS-UL, pp. 419-451.

Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, Relógio D'Água Editores.

Rosenkranz, R. R. *et alii*. (2013). Active lifestyles related to excelente self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study, *BMC Public Health*, 13(1071), pp. 1-12.

- Rowe, J. W. e Kahn, R. L. (1997). Successful aging, *Gerontologist*, 38(2), p. 151.
- Rowe, J. W. e Kahn, R. L. (2000) Successful aging and disease prevention, *Advances in Renal Replacement Therapy*, 7(1), pp. 70-7.
- Santos, L. D., Martins, I. e Brito, P. (s/d). O conceito de qualidade de vida urbana na perspectiva dos residentes na cidade do porto. [Em linha]. Disponível em <[http://www.apdr.pt/siterper/numeros/rper09/art01\\_rper9.pdf](http://www.apdr.pt/siterper/numeros/rper09/art01_rper9.pdf)> [Consultado em 26 de Janeiro de 2015].
- Seixas, P.C. (1997). Identidades de uma cidade. As Ilhas e o Porto. In: Jorge, V. O. e Iturra, R. (coord). *Recuperar o espanto: O Olhar da Antropologia*. Porto, Afrontamento, pp.103-115.
- Serrano, J. P. *et alii*. (2014). Spain promoting the welfare of older adults in the context of population aging, *Gerontologist*, 54(5), pp. 733-740.
- Silva, A. L. (2008). A pesquisa em saúde/enfermagem a serviço de populações pobres e vulneráveis: prioridade para o milênio. *Cogitare Enfermagem*, 13 (4), pp. 479-483.
- Smith, A. (2000). Researching Quality Of Life Of Older People: Concepts, Measures and Findings. [Em linha]. Disponível em <[http://www.keele.ac.uk/csg/downloads/centreworkingpapers/research\\_quality.pdf](http://www.keele.ac.uk/csg/downloads/centreworkingpapers/research_quality.pdf)>. [Consultado em 29 de setembro de 2014].
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa, *Revista Saúde Pública*, 37(3), pp. 364 -371.
- Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures, Lusociência.
- Stenner, P., McFarquhar, T. e Bowling, A. (2011). Older people and ‘active ageing’: subjective aspects of ageing actively, *Journal of Health Psychology*, 16 (3), pp. 467–477.

Teixeira, M. C., (1994). A habitação popular no século XIX – características morfológicas, a transmissão de modelos: as ilhas do Porto e os cortiços do Rio de Janeiro, *Análise social*, 29 (127), 555-579

Teixeira, M. C. (1996). *Habitação popular na cidade oitocentista. As ilhas do Porto*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian/Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica.

United Nations Economic Commission for Europe (2012). *Active Ageing And Quality Of Life In Old Age*. Clemens Tesch-Roemer, German Centre of Gerontology. Genebra, Nações Unidas.

Vala, J. (2009). A análise de conteúdo. In: Silva, A. e Pinto, J. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento. pp. 101-126.

Wang, H. H. e Tsay, S. F. (2012). Elderly and long-term care trends and policy in Taiwan: challenges and opportunities for health care professionals, *Kaohsiung J Med Sci*, 28(9), pp. 465-469.

WHO (1989). *Health principles of housing*. Geneva, WHO.

## **ANEXOS**

**Anexo A: Mapa da Freguesia do Bonfim**



**Anexo B – 1: Guião da Entrevista Exploratória**

**Tema Central da Entrevista:** Envelhecimento ativo e qualidade de vida na perspectiva dos idosos

### **Bloco I – Percepção do conceito de Envelhecimento Ativo**

Objetivo Geral:

Identificar as percepções dos participantes face às dinâmicas associadas ao processo de envelhecimento e participação ativa dos idosos na sociedade.

Objetivos Específicos:

- Identificar a auto percepção dos participantes face ao envelhecimento ativo, captando o seu conceito;
- Perceber a ocupação diária do tempo pela enumeração de atividades concretizadas;
- Identificar as redes de relações sociais;
- Captar sentimentos do próprio face a esta fase da vida e a percepção do conceito da sociedade face à velhice tendo em conta os papéis dos idosos na sociedade;

### **Bloco II – Qualidade de Vida**

Objetivo Geral:

Explorar as vivências, opiniões e sentimentos dos participantes face à forma como experienciam o seu dia a dia enquanto idosos. Recolher informações sobre a percepção de qualidade vida, tendo em conta a percepção pessoal face aos fatores que a determinam.

Objetivos Específicos:

- Clarificar a auto percepção do conceito de qualidade vida;
- Aferindo as áreas da vida que consideram influenciar a mesma.

## **Guião de Entrevista**

### 1- Apresentação:

Esta entrevista insere-se no âmbito de uma investigação de mestrado acerca da população idosa, no âmbito do envelhecimento ativo e qualidade de vida, e com esta pretendemos, nada mais que linhas/pistas que orientem a nossa reflexão sobre estes termos e que nos auxiliem na construção de um inquérito sobre estes.

### 2- Agradecimento

### 3 – Explicação do objetivo da sessão:

Hoje em dia temos visto que as questões ligadas ao envelhecimento têm tido um lugar de maior destaque nos mais diversos discursos, desde os meios de comunicação social às nossas próprias conversas no dia a dia, porque de facto estamos (nós sociedade) mais velhos. Ou seja, existem cada vez mais pessoas com mais de 65 anos a viverem até mais tarde que se tornam como um desafio para a sociedade. O que hoje pretendemos é que nos falem, com o devido conhecimento de causa, do envelhecimento, nomeadamente sobre o que é para vós o envelhecimento ativo e ter qualidade de vida.

Assegurar anonimato/confidencialidade e a gravação da entrevista; informar que não existem respostas certas ou erradas e não há qualquer problema em não estarem todos de acordo com determinados aspetos o objetivo é conhecer efetivamente as suas opiniões e sentimentos por isso faremos deste um espaço de conversa quase livre.

### 4- **Bloco I – Perceção do Envelhecimento**

1. O que é para vós o envelhecimento ativo? Como é que vocês olham o envelhecimento? E como pensam que a sociedade vê os idosos?
2. Como descrevem o vosso dia a dia nesta fase? O que costumam fazer?
  - Quem faz parte do dia a dia de cada um de vós neste processo?

### 5- **Bloco II – Qualidade de Vida**

- 1- O que se lembram imediatamente quando se aborda a questão da qualidade de vida? Isto é, como é que vocês retratam as vossas vidas?
  - O que mais os preocupa que lhes dá ou retira qualidade ao dia a dia?

### 6- Resumo da sessão e agradecimento.

**Anexo B – 2: Questionário: *Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos do Bonfim***

**Questionário: *Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos do Bonfim***

Este questionário destina-se a recolher informações sobre as ocupações diárias e os sentimentos de qualidade de vida de pessoas que passaram já o tempo de criarem os filhos, de terem um trabalho regular com obrigações diárias ou de desempenharem, pelo menos na sua totalidade, as mais diversas tarefas de suporte familiar.

As importantes informações que nos fornecer serão agregadas a outras, não implicando o seu nome ou de quaisquer outros dados pessoais, estando, por isso, garantida a total confidencialidade. Não existem respostas certas ou erradas, o importante é que responda honestamente, de acordo com a sua situação.

Código do inquérito: \_\_\_\_\_

Data de administração: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Inquiridor: \_\_\_\_\_

**I – Dados pessoais**

**1. Data de nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2. Você é?**

Homem.....

Mulher.....

**3. Onde é que nasceu?**

Freguesia: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_

**4. Estado civil**

Solteiro/a.....

Casado/a.....

União de facto...

Separado/a.....

Divorciado/a.....

Viúvo/a.....

**5. Tem filhos?**

Sim.....  **Quantos?** \_\_\_\_ filhos. **Estão todos vivos?** Sim.....

Não .....  **Quantos já faleceram?** \_\_\_\_ filhos.

Não.....

**6. Nível de escolaridade**

**6.1. Qual o grau de escolaridade mais elevado que frequentou?** \_\_\_\_\_ .

**6.2. E concluiu esse ano?**

Sim.....

Não.....

**7. Qual foi/é a sua atividade profissional principal, ou aquela em que trabalhou mais tempo? (Descreva com pormenor)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.1. Com que idade se reformou?** \_\_\_\_ anos

**7.2. Por que razão deixou de trabalhar? (Coloque um X no(s) quadrado(s) correspondente(s) à sua situação)**

Limite de idade.....

Problema de saúde (própria).....

Problema de saúde (para cuidar de outra(s) pessoa(s)).....

Cansaço da rotina do trabalho.....

Desemprego / impossibilidade de arranjar outro trabalho.....

Retorno ao país devido a ter sido emigrante.....

Outra razão.....  Qual? \_\_\_\_\_

**7.3. Desenvolve ainda alguma atividade de carácter produtivo?**

Sim.....

Não.....  (Passe à questão 8)

**7.3.1. E é remunerada?**

Sim.....   
 Não.....

**7.3.2. Exerce essa atividade porque: (Coloque um X no(s) quadrado(s) correspondente(s) à sua situação)**

Ainda se sente apto/a.....   
 Para ocupar o tempo.....   
 O dinheiro dá-lhe jeito.....   
 Para sentir-se útil.....   
 Outra razão.....  Qual?

**II – Envelhecimento ativo**

Nas questões seguintes registam-se atividades e espaços físicos, públicos e privados, e sociais de ocorrência e captam, ao mesmo tempo, sentimentos de pertença para com a comunidade.

**8. Durante o dia, normalmente está:**

Sozinho/a.....  (Passe à questão 9)  
 Acompanhado/a..

**8.1. E quem o/a acompanha no seu dia a dia? (Coloque um X no(s) quadrado(s) correspondente(s) à sua situação)**

Marido/mulher / Companheiro/a.....   
 Filho(s)/a(s).....   
 Neto(s)/a(s).....   
 Outro(s) familiar(es).....  Quem? \_\_\_\_\_  
 Amigo(s)/a(s).....   
 Vizinho(s)/a(s).....   
 Pessoas do serviço que utiliza.....   
 Utentes desse serviço.....   
 Outro(s).....  Quem? \_\_\_\_\_

**8.2. Se respondeu pessoas do serviço que utiliza ou utentes desse serviço clarifique qual(is) o(s) serviço(s).**

**9. Como ocupa habitualmente o seu dia a dia? (Enumere até cinco atividades, lúdicas, de passa tempo, mais importantes para si, classificando com 1 a mais importante e com 5 a menos importante.)**

Trabalhos domésticos.....   
 Fazer exercícios físicos (por exemplo caminhadas).....   
 Passear ou visitar sítios distintos.....   
 Ler.....   
 Ver televisão.....   
 Ouvir música.....   
 Estar na internet.....   
 Prestar apoio à família.....  Que tipo de apoio? \_\_\_\_\_  
 Conviver com outras pessoas.....  Quem? \_\_\_\_\_  
 Jogar cartas com amigos.....   
 Fazer voluntariado.....   
 Descreva: \_\_\_\_\_  
 Participa na universidade sénior.....   
 Participa noutro(s) grupo(s)/associação(ões) da comunidade...   
 Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 Outra(s) atividade(s).....  Qual(is)? \_\_\_\_\_

**9.1. Das atividades seleccionadas, qual é aquela em que gasta mais tempo?**

**9.2. E a atividade em que gasta menos tempo?**

**9.3. Por que realiza esta(s) atividade(s) no seu dia a dia?**

	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro
Sente-se ainda ativo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para ocupar o tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitar sentir-se só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para se sentir útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfazer um gosto pessoal que noutros tempos não pode realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra razão. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Às vezes	Sempre
<b>10. Se pensar no dia a dia, costuma sentir-se só?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro
<b>11. As pessoas idosas são úteis para os outros!</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11.1. Explique o porquê da sua opção na questão anterior.**

---



---



---

**12. No local onde vive são realizadas atividades específicas para pessoas idosas?**

- Sim.....   
 Não.....  (Passe à questão 13)  
 Não sabe.....  (Passe à questão 13)

	Nunca	Às vezes	Sempre
<b>12.1. E você participa?</b>	<input type="checkbox"/> (passe à questão 13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12.2. Descreva essas atividades.**

---



---



---

**12.3. Em relação às atividades:**

	Nunca	Às vezes	Sempre
As atividades são divulgadas junto dos idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O horário das atividades é conveniente para si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São realizadas em locais acessíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As atividades são financeiramente acessíveis aos participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
São fornecidos meios de transporte para acesso às atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Sendo residente no Bonfim, como descreve esta freguesia enquanto local de residência e convivência? Isto é, o que tem o Bonfim de bom, de mau ou o que lhe faz mais falta ao nível da freguesia para o seu dia a dia?**

---



---



---

### III – Qualidade de vida

As questões seguintes reportam a relacionamentos com a família, os amigos e a comunidade, procuram captar sentimentos de confiança para com estes, mas, fundamentalmente perceber como vive tendo em conta os seguintes aspetos: situação económica, habitação e saúde.

	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito
<b>14. Como se sente, em geral, em relação à sua vida?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Como se sente, em geral, em relação à sua saúde?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Como se sente, em geral, em relação à sua segurança?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Como se sente, em geral, em relação à sua ligação com a comunidade onde vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Como se sente, em geral, com o apoio que a sua família lhe dá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Como se sente, em geral, com o apoio que os seus amigos ou outras pessoas lhe dão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Como se sente, em geral, em relação à sua situação económica atual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Como se sente quando pensa no seu futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22. Rendimentos

22.1. Quanto ao seu rendimento, de um modo geral, no final do mês:	Sim	Não
Sobra algum dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chega para as necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 22.2. O seu rendimento provém de: (Coloque um X no(s) quadrado(s) correspondente(s) à sua situação)

- Reforma por limite de idade.....
- Reforma antecipada.....
- Reforma por invalidez.....
- Apoio da Segurança Social.....
- Pensão de viuvez.....
- Rendimentos de poupanças (dinheiro a render).....
- Rendimentos de rendas de imóveis.....
- Rendimentos de trabalho extra que ainda realiza.....
- Apoio familiar.....  Por parte de quem?

Outra situação.....  Qual?

22.3. Qual é o seu rendimento, em média, por mês? \_\_\_\_\_ Euros

22.3.1. E do seu agregado familiar, qual é o rendimento em média, por mês? \_\_\_\_\_ Euros

### 22.4. Tem pessoas a cargo?

Sim.....  Quantas? \_\_\_\_\_ pessoas. Quem? \_\_\_\_\_

Não.....

## 23. Em relação à sua habitação:

	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro
Os gastos com a sua casa são elevados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ambiente da sua casa é confortável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua habitação está equipada para oferecer proteção contra as condições atmosféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua casa é bem iluminada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A sua casa isola os ruídos exteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe acumulação de humidade dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problemas com pragas em sua casa (por exemplo com ácaros, baratas, formigas, percevejos, mosquitos, moscas, ou outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ambiente no interior da sua casa é tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 23.1. Com quem vive? (Coloque um X no(s) quadrado(s) correspondente(s) à sua situação)

Sozinho/a.....  (Se vive sozinho/a passe à questão 23.2.)

Marido/mulher...

Filho(s)/a(s).....

Nora/genro.....

Neto(s)/a(s).....

Outro(s).....  Descreva: \_\_\_\_\_

23.1.1. Contando consigo, com quantas pessoas partilha a casa onde vive? \_\_\_\_\_ pessoas.



23.7. A sua habitação tem quantos pisos? \_\_\_\_\_ pisos.

23.8. Se necessitar de estar sozinho/a, tem espaço para o fazer?

Sim.....

Não.....

23.9. Em relação à sua segurança da sua habitação:

	Sim	Não	Não se aplica	Não sabe
Os elevadores têm a manutenção em dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os extintores estão carregados, revistos e dentro dos prazos de validade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe plano de fuga para emergências?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As zonas de passagem estão livres de obstáculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os cabos elétricos estão em boas condições e sem danos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os interruptores da luz estão acessíveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O piso é plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O pavimento está completo, sem piso em falta, solto, empoado ou com fendas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A banheira ou chuveiro tem tapetes ou superfícies antiderrapantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A banheira ou chuveiro tem barras de apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os degraus são planos e nivelados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As escadas têm corrimões seguros em ambos os lados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.10 Quantas horas por dia costuma passar em casa (considere todas as horas, mesmo aquelas em que dorme)? \_\_\_\_ horas

24. Em relação à sua saúde:

24.1. Tem alguma(s) doença(s) crónica(s)?

Sim.....  Qual(is)? \_\_\_\_\_

Não.....

24.2. Em relação à sua visão, audição e comunicação:

	Sim	Com dificuldade	Não
24.2.1. Consegue ver (com óculos, se usar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2.2. Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não tem dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade
24.2.3 Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sim (sem ajuda)	Com alguma ajuda	Não
24.2.4 Consegue utilizar o telefone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.3. Em relação à sua mobilidade:

	Sim (com ajuda técnica à marcha se usar)	Com dificuldade	Não	
24.3.1. Consegue subir e descer escadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Não	Uma vez	Duas ou mais. Quantas? ____	
24.3.2. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sim (sem ajuda)	Com dificuldade/ Com alguma ajuda	Não	
24.3.3. Consegue andar no exterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sim (trata de todas as compras)	Com alguma ajuda (alguém tem de acompanhá-lo/a)	Não	Não se aplica
24.3.4. Consegue ir às compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>24.4. Pensando nas atividades do seu dia a dia, sente algumas limitações em relação a:</b>	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado
Atividades pesadas, como correr, levantar pesos, participar em desportos com ritmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades moderadas, como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar ou carregar as compras da mercearia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir lanços de escada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar a pé distâncias consideráveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho sozinho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se sozinho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s) atividade(s). Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24.5. Toma medicação permanente?**

Sim.....

Não.....  (Passe à questão 24.6.)

**24.5.1. E para que é que toma essa(s) medicação(ões)? (Indique para que doenças)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24.6. Consegue comprar toda a medicação de que necessita?**

Sim.....  (Passe à questão 24.7.)

Não.....

**24.6.1. E como resolve os seus problemas de saúde?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24.7. Qual o local que mais recorre quando necessita de assistência médica? (Coloque um X no quadrado correspondente à sua situação)**

Centro de Saúde.....

Hospital Público.....

Hospital Particular.....

Outro.....  Qual? \_\_\_\_\_

	Sim	Não
<b>24.8. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.9. E a diabetes?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.10. E o colesterol?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.11. É fumador/a?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.12. Tem algumas preocupações com o excesso de peso?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.13. Acha que diariamente bebe álcool em demasia?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.14. Pratica exercício regularmente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. O futuro**

**25. Pensando no futuro, descreva com desenvolvimento os seus objetivos de vida, o que gostaria ainda de fazer, ter ou saber.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua importante colaboração.**

**Anexo C – 1: Termo de Consentimento Informado (aplicado aos participantes da  
Entrevista Exploratória)**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
EM SERVIÇO SOCIAL

Investigadores: Professor Doutor Rui Maia  
Professora Doutora Isabel Silva  
Joana Silva

### **Termo Consentimento Informado**

Esta entrevista insere-se no âmbito de uma investigação de mestrado sobre o envelhecimento ativo e a qualidade de vida das pessoas idosas, sendo que o seu propósito respeita ao delineamento concertado e aplicação de uma estudo junto de pessoas com 65 anos de idade e mais.

A participação neste estudo é voluntária. Assegura-se que as respostas mencionadas são totalmente confidenciais, nunca, em qualquer momento ou circunstância, será revelada a sua identidade como participante. É relevante mencionar que a entrevista será gravada em formato áudio para a sua posterior análise. Qualquer dúvida acerca do estudo deve ser colocada assim que a sentir e esta será devidamente esclarecida.

Se aceder colaborar neste estudo é importante que leia, preencha e assine este consentimento informado.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informad@ dos fins a que se destina esta entrevista, da confidencialidade dos dados e da participação voluntária neste estudo. Deste modo, estou dispost@ a participar neste estudo respondendo às questões com a maior sinceridade.

O Participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gratos pela Colaboração!

**Anexo C – 2: Matriz conceptual relativa à entrevista exploratória**

**Matriz conceptual referente à Entrevista Exploratória realizada sob o tema: Envelhecimento ativo e qualidade de vida na perspectiva dos idosos**

**Categoria:** Envelhecimento Ativo

**Subcategoria:** Configurações em torno do conceito envelhecimento ativo e dos papéis dos idosos na sociedade e na família

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
<p><b>manter uma satisfação pessoal; úteis; ser capaz fisicamente.</b></p>	<p><b>Realizar atividades na comunidade e na família (ter um papel e ser por isso útil;</b></p>	<p>“É as pessoas conseguirem <b>manter uma satisfação pessoal</b> até ao fim dos seus dias, ao nível de se sentirem <b>úteis</b> na sociedade [...] pode ser pelo trabalho, só que ninguém nos aceita a trabalhar somos velhos para isso, mas há trabalhos que não precisam de ser pagos só reconhecidos, e mantém-nos velhos ativos [...] como o voluntariado, ou isso [...] Ativo não pode ser trabalhar até ao fim da vida no trabalho propriamente dito, mas se nos derem outras coisas para nos ocuparem podemos ser ativos [...] <b>é ser capaz fisicamente</b> de fazer o nosso dia a dia aquilo que precisamos e mentalmente [...] temos de estar bem mentalmente para sermos ativos, para ajudarmos a família, os amigos e ir fazer uns passeios a pé que até ajuda à saúde [...]”E1</p>
<p><b>ser capazes de tratar de nós ter vós na sociedade</b></p>	<p><b>Ter saúde física e mental (ser autónomo e independente);</b></p>	<p>“É podermos até ao fim da vida <b>ser capazes de tratar de nós</b>, conseguirmos <b>ter vós na sociedade</b> [...] e quando falo da sociedade é mesmo a começar na família! Não é por dizerem que somos velhos, ou porque temos uma idade ou porque nos reformamos, que não sabemos o que está correto ou errado [...] o que queremos e como queremos!” E2</p>
<p><b>voluntariado</b></p>	<p><b>Ter oportunidades de participação como o respeito e reconhecimento do seu potencial</b></p>	<p>“É ter atividade, fazer coisas, caminhar, estar com pessoas, estar informado [...] eu faço até parte de associações e sou ativo lá, porque eu tenho o meu papel lá [...]” E4</p> <p>“[...] Peguei fui ver isso do <b>voluntariado</b> e agora é a minha vida, sinto-me mais feliz e preenchida que nunca, não é um trabalho mas eu vejo assim, entro e saio às horas estipuladas, porque também assinamos um compromisso não é? [...] Nós achamos que ainda temos para dar, os outros acham que não. [...] O voluntariado nos hospitais é um exemplo bom, é tudo pessoal mais velho, mas é um trabalho que as pessoas reconhecem, não se lembram é que são os velhos a fazerem [...] até os médicos dizem que os <i>batas amarelas</i> são importantes... Eu é para isso que vivo, todos os dias lá vou, eu já não me vejo sem isso, ajudar no hospital quem precisa, depois que entrei na reforma tive uma grande depressão e foi o que me ajudou, se não era isso nem sei o</p>



**Subcategoria:** Atividades realizadas no dia a dia

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
	<p><b>Realização de trabalhos domésticos; ver televisão; atividades de índole associativa e voluntaristas; jogar cartas e realizar trabalhos manuais.</b></p>	<p>“Chegar a velhos é isto [...] eu vim para a <b>Universidade</b> para aprender, obrigar-me a sair de casa e não estar sozinha, enquanto venho aprendo, converso [...]”</p> <p>“É como eu foi para isso, faço o que tenho de fazer por casa, limpo arrumo, cozinho, entretenho-me muito a ver televisão, mas é ali sozinho e isto é uma forma de sair e estar com amigos.”</p> <p>Hoje, a minha vida é: voluntariado, as tarefas de casa, claro, ver televisão ir ao café e ao cinema com as amigas, vou caminhar ao final do dia se me apetecer... E ir ao cinema, adoro”</p> <p>“Agora durante o dia, vejo televisão, ligo sempre que estou em casa, jogo umas cartas ou isso, estou na universidade a conviver com quem cá anda também, é isso, de vez em quando ouço música, sempre gostei”.</p> <p>“[...] Bordo, aprendo a tocar música, convivo [...]” E7</p> <p>“[...] fazer coisas, caminhar, estar com pessoas, estar informado [...]” E4</p>

Fonte: Entrevista Exploratória

**Categoria:** Qualidade de Vida

**Subcategoria:** Configurações em torno do conceito de qualidade de vida para os idosos e os domínios que a influenciam

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
	<p><b>Domínios que compõe e influenciam a QDV:</b></p> <p><b>Saúde (física e mental);</b> <b>Relações sociais – família e amigos;</b></p>	<p>“Nem sei. Mas para mim é <b>ter saúde</b>, conseguir andar sem muitas dores, sem muitos problemas, para mim é isso!”E6</p> <p>“Eu concordo havendo saúde o resto arranja-se! Assim, qualidade se for de ser feliz, <b>ter a família perto</b> é bom, sentir aquela retaguarda é ter qualidade de vida! Nós em novos talvez não dessemos essa importância mas agora que já vivemos muito e os anos para a frente, em princípio, são menos começamos a pensar que queremos é estar com eles.” E3</p> <p>“Ter qualidade de vida, ora bem, <b>ter saúde, ter dinheiro</b>, porque, sem dinheiro nem se come</p>

	<p><b>Condições económicas</b></p>	<p>nem às vezes se pode ter saúde...<b>ter uns amigos</b>, que são às vezes mais que a família...” E2</p> <p>“É eu no dia a dia o que preocupo também é com a saúde, só penso que é uma grande tristeza ter de depender dos outros, quero manter a minha sanidade mental e para a manter preciso de ter saúde [...] Sim, isso de terem de me tratar da higiene e tudo. Isso afeta-me, tenho dificuldades em aceitar a total assistência, se precisasse [...] Depois é ter as minhas amigas para fazer umas caminhadas e ir ao cinema e estou satisfeita, tenho qualidade.”E1</p>
--	------------------------------------	--

Fonte: Entrevista Exploratória

**Anexo C – 3: Termo de Consentimento Informado (aplicado aos participantes do  
Questionário: *Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – a realidade dos idosos  
do Bonfim*)**



## UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

### INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Investigadores: Professor Doutor Rui Maia  
Professora Doutora Isabel Silva  
Dr.<sup>a</sup> Joana Silva

#### **Termo Consentimento Informado**

Solicita-se a sua colaboração para participar num estudo sobre o envelhecimento ativo e qualidade de vida dos idosos do Bonfim que decorre no âmbito do Mestrado em Serviço Social realizado na Universidade Fernando Pessoa, sendo que, o seu propósito, se alia aos objetivos de trabalho da Junta de Freguesia do Bonfim, no que respeita a unir esforços para que se possa conhecer mais e melhor a população da freguesia.

De modo a atender a este objetivo, é imprescindível a sua colaboração na resposta a um questionário onde serão colocadas questões relacionadas com as suas ocupações diárias e os seus sentimentos de qualidade de vida, tendo em conta a conjuntura económica atual, as suas condições de habitação e de sua saúde.

A participação neste estudo é voluntária, pelo que poderá interromper o preenchimento do questionário em qualquer momento, se assim o desejar.

Assegura-se que as respostas mencionadas são totalmente confidenciais, nunca, em qualquer momento ou circunstância, será revelada a sua identidade como participante. Qualquer dúvida acerca do estudo deve ser colocada assim que a sentir e esta será devidamente esclarecida.

Se aceder colaborar neste estudo é importante que assine este consentimento informado que formaliza a sua importante colaboração neste estudo.

Gratos pela Colaboração!



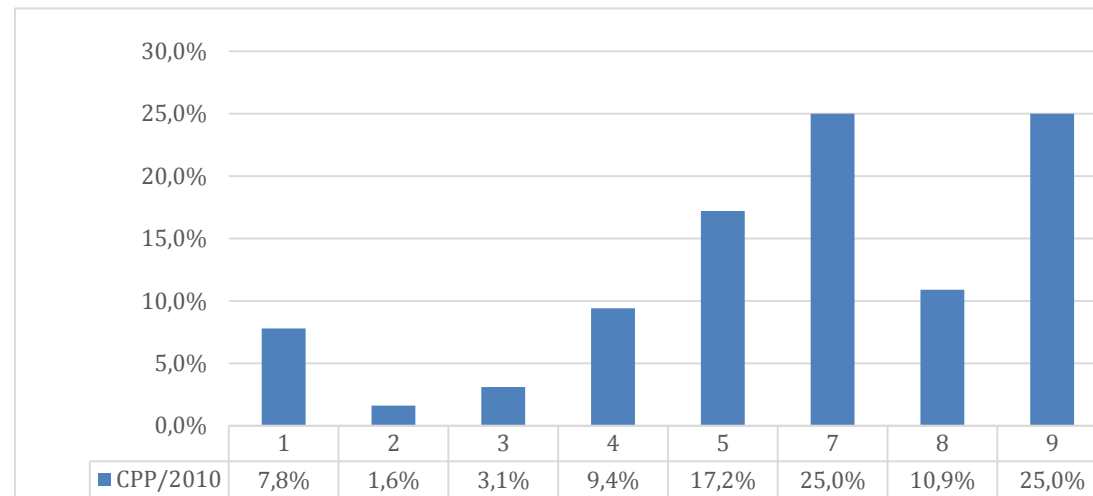
**Anexo C – 4: Codificação e distribuição da amostra de acordo com a  
Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009)**

Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teve comércio na área da indústria têxtil e hotelaria – café.</li> <li>• Trabalhou no comércio, de malhas, rendas, bordados e miudezas. Desde os 15 anos, primeiro por conta de outrem e depois por conta própria.</li> <li>• Proprietário de restaurante e talho.</li> <li>• industrial gráfico em Angola tendo uma empresa cm cerca de 200 empregados, desde os 24 anos de idade até 1975, "(...) voltei a Portugal com uma mão à frente e outra atrás(...)", para além das dificuldades económicas que passou a viver refere que o magoava os filhos serem discriminados "(...) eram chamados de retornados."</li> <li>• Empregada de balcão de pronto-a-vestir em loja própria</li> </ul>
Especialistas das atividades intelectuais e científicas (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professora do ensino primário desde os 18 anos.</li> </ul>
Técnicos e profissões de nível intermédio (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ajudante de técnica de análises clínicas. Realizava análises como à urina, diabetes, ureia; fazia / ajudava a fazer relatórios médicos.</li> <li>• Funcionária pública na Administração Central Autónoma das Estradas, no serviço administrativo, tendo saído como chefe de repartição.</li> </ul>
Pessoal administrativo (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escriutária, escrevia à máquina, fazia relatórios da fábrica que era de materiais elétricos, (...) sei lá para aí uns 30 e tal anos.</li> <li>• Trabalhou numa farmácia desde os 14 anos de idade, exercendo funções no balcão e caixa.</li> <li>• Rececionista de hotelaria numa residencial.</li> <li>• Fiel de armazém, durante 40 anos, numa fábrica de fitas de seda e elásticos.</li> <li>• Trabalhou no escritório de um armazém de tecidos.</li> <li>• Empregada de escritório, ajudava na parte da datilografia e fazia trabalho de contabilidade, em Angola.</li> </ul>

<p>Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vendedora no mercado do Bolhão. Vendia fruta, desde que deixou a escola até à reforma.</li> <li>• Empregada de balcão, numa loja de eletrodomésticos, foi o único trabalho que teve.</li> <li>• Trabalhou na área do comércio em café e indústria têxtil, durante cerca de 20 anos.</li> <li>• Trabalhou a prestar auxílio a pessoas incapacitadas durante a noite.</li> <li>• Trabalho no comércio num pronto-a-vestir.</li> <li>• comercial de vendas de máquinas e por fim de rações de animais.</li> <li>• Vendedora ambulante de castanha assada no inverno e de gelados, no verão.</li> <li>• Trabalhou numa drogaria, onde se vendiam diversos produtos como tintas, e outros materiais de construção.</li> <li>• Emprega em negócio de venda de sacos para cereais, batata, entre outros, inicialmente só concertava sacos acabando por, depois, aprender a confecioná-los.</li> <li>• Auxiliar de ação gereátrica, trabalhando na função pública.</li> <li>• Comerciante de frutas e hortaliças.</li> </ul>
<p>Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carpinteiro, a vida toda, diz. Aprendeu com a família e foi o que fez até à idade da reforma.</li> <li>• Costureira de alfaiate, confecionava roupa de homem, desde sempre foi a sua profissão tendo começado pouco depois de deixar a escola, mais ou menos desde os 12 anos.</li> <li>• Costureira, durante "toda a vida".</li> <li>• Modista de roupa, confecionava roupa para mulher, trabalhando a partir de casa.</li> <li>• Confecionava polidores de metais e vendia por conta própria, a necessidade, económica, ensinou-a "fazer esta arte", ao mesmo tempo era empregada fabril, numa fábrica de confeção de camisas, controlava a saída de camisas para venda.</li> <li>• Costureira de roupa para homem</li> <li>• Trabalhou no ramo da electromedicina. Fazia reparações e montagem de equipamentos médicos na área da radiologia e medicina dentária.</li> <li>• Chapeiro de automóveis, "muitos anos mesmo, eu era dos mais antigos aqui no Porto".</li> <li>• Operário fabril, primeiro como sapateiro e depois cortador de peles para calçado, durante 42 anos na mesma fábrica (desde os 23 anos).</li> <li>• Costureira, modista de roupa de senhora desde os 14 anos.</li> <li>• Costureira, modista, fazia roupas de alta costura trabalhando a partir de casa por conta própria, desde os 16 anos.</li> <li>• Cartonageira, fazia caixas em cartão, para sapatos, livros, e outros objetos.</li> <li>• Alfaiate, fazia roupas de homem, num atelier, desde que saiu da escola.</li> <li>• Polidor de vidros – lapidador. Fazia espelhos para guarda-roupa com desenhos, por exemplo.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sapateiro – cortador de calçado desde os 12 anos de idade.</li> <li>• Camiseira, trabalhava fazendo camisas a partir de casa para uma fábrica.</li> </ul>
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empregado fabril no ramo têxtil.</li> <li>• Fazia fivelas para cintos de homem e senhora.</li> <li>• Motorista de pesados profissional, na função pública.</li> <li>• Costureira de malhas numa fábrica têxtil, fazia coletes, camisolas, entre outras peças de vestuário.</li> <li>• Tecedeira numa fábrica, fazia tecidos, como por exemplo ganga.</li> <li>• Costureira de carteiras para mulher em fabrica.</li> <li>• Trabalhou a fazer malhas desde os 18 anos de idade, numa máquina, numa "casa de confeção".</li> </ul>
Trabalhadores não qualificados (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trolha – "muitos anos, trabalhei para ladrões, porquê não me faziam descontos"</li> <li>• Empregada de limpeza em "casa de senhoras", desde que deixou a escola por volta dos 11 anos.</li> <li>• Empregada fabril, numa fábrica de calçado na parte da embalagem do mesmo.</li> <li>• Foi ao mesmo tempo empregada doméstica e fazia trabalhos agrícolas também.</li> <li>• Empregada de Limpeza numa empresa – durante 27 anos.</li> <li>• Doméstica, "a servir" em casa de particulares.</li> <li>• Empregada Doméstica. Começou a trabalhar com 8 anos de idade</li> <li>• Empregada Doméstica, desde os 11 anos da idade.</li> <li>• Trabalhou na indústria em diferentes fábricas, fazia peças de aço inoxidável, como travessas e outros objetos, desde os 20 anos.</li> <li>• Empregada doméstica desde os 10 anos de idade, trabalhou numa "casa de família".</li> <li>• Empregada doméstica – mulher a dias desde os 11 anos de idade.</li> <li>• Doméstica, nunca trabalhou sem ser em casa, fazendo todas as lidas da casa.</li> <li>• Eu trabalhei como empregada doméstica, em casa de senhores, desde pequenina, ai Jesus, desde que me lembro que trabalhei nisso, tinha de ser não havia dinheiro para as raparigas estudarem.</li> <li>• Empregada Doméstica, desde que saiu da escola, em casa de uma família.</li> <li>• Doméstica, porque, explica "(...) eu casei com 18 anos e o meu marido quis que eu ficasse a tratar da casa e das filhas, mas ainda fazia em casa alguns arranjos de costura."</li> <li>• Operário fabril. Desde os 14 anos, trabalhando numa fábrica de produtos químicos.</li> </ul>

Fonte: CPP/2010 (INE, 2009) e Inquérito P7



**Figura 5:** Distribuição da amostra de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) (INE, 2009)

(1) Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; (2) Especialistas das atividades intelectuais e científicas; (3) Técnicos e profissões de nível intermédio; (4) Pessoal administrativo; (5) Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; (7) Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; (8) Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; (9) Trabalhadores não qualificados;

Fonte: Inquérito P7

**Anexo C – 5: Apreciação dicotômica das condições habitacionais**

Seguindo uma lógica de descrição e análise de dados com vista à indicação de tendências sobre a realidade dos participantes, procedeu-se a uma observação dos dados relativos às condições habitacionais a partir de uma decomposição dicotómica entre **condições que as próprias habitações oferecem**, tendo em conta a sua infraestrutura, e **condições que os moradores** (ou proprietários da habitação) **nelas criam**.

Às primeiras correspondem as condições base da habitação que oferecem, por exemplo, condições de proteção contra fenómenos naturais, iluminação natural, isolamento de ruídos do exterior e ainda a existência de elevadores com a devida manutenção. Já às segundas correspondem: os gastos com a habitação, já que condicionam o poder económico da pessoa criar essas mesmas condições, o conforto e a tranquilidade na habitação, e à existência de utensílios domésticos, nomeadamente frigorífico, fogão, ou outros como televisão e rádio, e ainda os que se ligam à segurança como a existência de tapetes antiderrapantes na banheira ou no chuveiro.

Os itens do questionário, relativos às condições habitacionais, que correspondem às **condições que habitações oferecem (1)** e às **condições que os moradores** (ou proprietários da habitação) **nelas criam (2)**, são os seguintes tendo em conta a questão correspondente:

<b>23. Em relação à sua habitação:</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>
Os gastos com a sua casa são elevados		✓
O ambiente da sua casa é confortável		✓
A sua habitação está equipada para oferecer proteção contra as condições atmosféricas	✓	
A sua casa é bem iluminada	✓	
A sua casa isola os ruídos exteriores	✓	
Existe acumulação de humidade dentro de casa	✓	
Tem problemas com pragas em sua casa (por exemplo com ácaros, baratas, formigas, percevejos, mosquitos, moscas, ou outros)	✓	
O ambiente no interior da sua casa é tranquilo		✓

(1) – condições que habitações oferecem;

Fonte: Inquérito P23

(2) – condições que os moradores (ou proprietários da habitação) nelas criam

<b>“23.5. Em relação aos equipamentos da sua habitação, tem:”</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>
Saneamento básico	✓	
Água canalizada	✓	
Eletricidade	✓	
Instalação de gás natural	✓	
Instalação de gás butano/propano	✓	
Sanita	✓	
Sanita comum	✓	
Banheira ou chuveiro	✓	
Chuveiro comum	✓	
Frigorífico		✓
Fogão		✓
Esquentador, cilindro ou caldeira		✓
Máquina de lavar roupa		✓
Máquina de lavar loiça		✓
Microondas		✓
Televisão		✓
Rádio		✓
Telefone		✓
Computador		✓
Ar condicionado		✓
Aquecimento (se não possui passe à questão 23.6.)		✓
O aquecimento é suficiente para aquecer todas as divisões		✓

(1) – condições que habitações oferecem;

Fonte: Inquérito P23.5

(2) – condições que os moradores (ou proprietários da habitação) nelas criam

<b>23.9. Em relação à sua segurança da sua habitação:</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>
Os elevadores têm a manutenção em dia?	✓	
Os extintores estão carregados, revistos e dentro dos prazos de validade?	✓	
Existe plano de fuga para emergências?	✓	
As zonas de passagem estão livres de obstáculos?		✓
Os cabos elétricos estão em boas condições e sem danos?	✓	
Os interruptores da luz estão acessíveis?	✓	
O piso é plano?	✓	
O pavimento está completo, sem piso em falta, solto, empolado ou com fendas?	✓	
A banheira ou chuveiro tem tapetes ou superfícies antiderrapantes?		✓
A banheira ou chuveiro tem barras de apoio?		✓
Os degraus são planos e nivelados?	✓	
As escadas têm corrimões seguros em ambos os lados?	✓	

(1) – condições que habitações oferecem;

Fonte: Inquérito P23.9

(2) – condições que os moradores (ou proprietários da habitação) nelas criam

**Anexo D – 1: Matrizes conceptuais dos dados recolhidos do questionário:  
*Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida – A realidade dos idosos do Bonfim*  
(P11.1; P13; P24.6.1; P25)**

**Matriz conceptual referente à “Explique o porquê da sua opção na questão anterior”, relativa à veracidade da afirmação “As pessoas idosas são úteis para os outros!”**

**Categoria:** Configurações em torno do papel dos idosos na sociedade

**Subcategoria:** Identificação dos contributos que reconhecem e através dos quais se podem manter ativos, ativamente comprometidos com a vida (comunidade e família)

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
	<p><b>Transmissão de conhecimentos (adquiridos pela experiência dos anos vividos) pelo convívio intergeracional</b></p>	<p>"[...] Podemos ensinar o que sabemos [...]" I.63</p> <p>"A escola da vida é uma grande faculdade, sabemos muito podemos ensinar os novos." I.39</p> <p>"Na medida em que têm ensinamentos que podem transmitir aos outros [...]" I.61</p> <p>"Nós sabemos algumas coisas que a vida ensinou e podemos passar para os outros." I.17</p> <p>"Nós sabemos o que é a vida e podemos ensinar isso aos filhos e aos netos e a todos os que querem ouvir." I.29</p> <p>"Pela experiência de vida que temos podemos ensinar os outros, mais novos." I.25</p> <p>"Podem ajudar os mais novos, com aquilo que sabemos [...]" I.28</p> <p>"Podemos ajudar os mais novos, com aquilo que sabemos [...]" I.41</p> <p>"Podemos ensinar os mais novos aquilo que sabemos e dar conselhos." I.8</p> <p>"Podemos ensinar o que sabemos [...]" I.3</p> <p>"Porque a gente sabe muito da vida e pode ensinar os jovens porque eram outros tempos, eram muito rígidos não é como agora [...] podíamos passar-lhes o que sabemos." I.12</p>

<p><b>os jovens não querem os nossos conselhos; somos antigos</b></p>	<p><b>Transmissão de conhecimentos (adquiridos pela experiência dos anos vividos) pelo convívio intergeracional</b></p>	<p>"Porque os mais velhos têm conselhos e ensinamentos para dar, no entanto os mais jovens não estão para ouvir os velhos [...]"I.51</p> <p>"Primeiro porque já sabemos muito para ensinar quem quer ouvir, saber da vida [...]"I.22</p> <p>"Se as pessoas idosas estiverem em seu perfeito juízo podem ensinar os outros, até os valores aos mais novos [...]."I.21</p> <p>"Se nos quiserem ouvir somos úteis para dar conselhos e ensinamentos da vida, do respeito, porque já andamos aqui há um tempo [...] sabemos fazer coisas que agora não sabem e mais não querem saber e dar valor, eu faço peças manualmente em miniatura a Ponte D. Luís, igrejas [...] trabalhos que podiam ser mostrados e mesmo ensinar para aprenderem a fazer os mais jovens, os mais pequenos". I.59</p> <p>"Têm hipótese de ensinar os mais novos" I.43</p> <p>"Uma pessoa idosa sabe mais que uma nova [...] mas <b>os jovens não querem os nossos conselhos</b>, porque acham que nós já não sabemos nada ou <b>somos antigos</b>." I.50</p> <p>"Umas coitadinhas não podem, mas as que podem e que têm ainda cabecinha, tem muito para dizer aos jovens, sobre a vida, as dificuldades, o respeito de antigamente." I.65</p> <p>"Dão bons exemplos, porque sabemos muito da vida [...] damos conselhos aos jovens." I.1</p> <p>"Ensinar pela comunicação." I.19</p> <p>"Pela experiência de vida que têm, boas e más experiências, podemos dar ensinamentos." I.36</p> <p>"Quando têm forças e hipóteses podem ajudar os mais novos [...] e ensinar o que sabem da vida." I.54</p>
		<p>"Ajudar os outros que não estão tão capazes, ou aquele que não têm tempo, a tratar de burocracias, por exemplo. Outros pelo contrário devido às suas limitações só dão trabalho aos mais novos." I.5</p>

	<p><b>Utilidade social – efetiva participação por via da realização de tarefas laborais ou de caráter voluntarista de auxílio aos outros (mesmo os exteriores à família)</b></p>	<p>"Algumas são, porque se estiverem bem de saúde podem ser prestáveis para os que estão pior, visitando, ou ir fazer-lhes as compras e recados... Outros não podem, só precisam de ajuda, só dão trabalho." I.9</p> <p>"Alguns dos mais novos não dão valor aos idosos, mas eu, por exemplo, eu ajudo os que menos podem e são mais velhos do que eu [...] na ilha se for preciso porque adoecem ou não se podem levantar, eu vou e ajudo [...] I.27</p> <p>"[...] têm [...] tempo, eu por exemplo, vou visitar pessoas mais velhas a lares, doentes a hospitais e conversar um pouco." I.61</p> <p>"Porque os que ainda estão fisicamente bem, podem fazer jogos e ajudar os outros que não podem tanto". I.52</p> <p>"Porque podem ajudar o próximo, mais novos ou mais velhos [...] e até fazer algum trabalho que apareça e que nos queiram, porque mesmo que quiséssemos descansar que já temos idade para isso, o dinheiro extra que vier é bem-vindo, é mesmo preciso, por isso..." I.10</p> <p>"Porque têm mais disponibilidade para ajudar os mais novos, por exemplo, para fazer recados [...] ou ajudar mesmo os que são mais velhos e que não podem tanto." I.20</p> <p>"Quando os outros querem podem ajudar em tudo [...] a fazer recados, compras, lidas da casa, porque se estivermos bem de saúde o que mais sobra é tempo e podemos ajudar nisso tudo, para não estarmos só a pensar em tristezas, em solidão [...] olhe na velhice." I.37</p> <p>"Quando têm saúde podem ajudar a família ou amigos, ir aqui ou ali tratar disto ou daquilo, ou quando têm dinheiro, para andar sempre a dar é o que muita gente pretende." I.23</p> <p>"[...] podem [...] fazer trabalhos na sociedade, tanto com mais novos como mais velhos, que estejam ainda pior." I.21</p> <p>"[...] mas também os da nossa idade que por várias razões, não podem tanto, eu por exemplo como tenho carro e tudo, vou levar as compras da mercearia e assim a clientes que eram meus, para os ajudar, porque eles não podem ir e eu fico feliz." I.56</p>
--	--	--

	<p style="text-align: center;"><b>Utilidade na família – participação na vida familiar através do apoio no cuidado e educação dos netos, lidas domésticas ou outras cuja disponibilidade de tempo permite realizar em auxílio dos filhos</b></p>	<p>"Se estiverem bem de saúde podem ajudar-se umas às outras." I.38</p> <p>"Eu infelizmente não posso ajudar os filhos, netos e bisneto, mas quando podem que não estão doentes, como eu, podem fazer almoços, jantares, compras e assim ajudar porque eles nem têm tempo [...] e tratar dos netos." I.4</p> <p>"Há pessoas idosas que ajudam os filhos a cozinhar e assim [...]" I.6</p> <p>"Na medida daquilo que conseguimos podemos ser úteis, ajudar os filhos, ajudar os netos, dar-lhes educação e ajudar a cuidar [...]" I.26</p> <p>"Podem ajudar a vida dos filhos, a tratar ou umas compras, ou uns recados, que eles não tem vida para fazer por causa do trabalho." I.13</p> <p>"Podem ajudar os mais novos [...] com as coisas do dia a dia, fazer o comer, lavar, engomar a roupa...". I.41</p> <p>"Podem ajudar os novos, a família, se forem capazes [...]" I.46</p> <p>"Podemos ajudar no que é possível, por exemplo, ajudar os filhos, com os netos [...]" I.56</p> <p>"Por exemplo eu sou, sou necessário mesmo, para ajudar a cuidar da minha esposa [...] agora estão grandes os netos, mas também podemos ajudar, eu ia buscá-los e levá-los à escola, por exemplo, agora é que já não precisam." I.45</p> <p>"Por exemplo para tomar conta dos netos quando os filhos não podem" I.2</p> <p>"Porque ajudam os filhos, por exemplo a prestar ajuda a dar almoço aos netos, enquanto eles trabalham e assim". I.49</p> <p>"Porque podem, por exemplo, ajudar a criar os netos." I.57</p> <p>"Porque se os idosos têm possibilidades podem ajudar, mas a maioria não é porque os mais novos também não querem [...] mas nós, reformados, também não queremos essas responsabilidades, eu por exemplo faço muitos recados às minhas noras, vou à farmácia ou levar papeladas, mas ter responsabilidades todos os dias não quero." I.58</p>
--	--	---

		<p>“[...] e podemos tomar conta dos netos, fazer assim para ajudar os filhos.” I.22</p> <p>"Quando têm saúde podem ajudar a família ou amigos, ir aqui ou ali tratar disto ou daquilo, ou quando têm dinheiro, para andar sempre a dar é o que muita gente pretende." I.54</p> <p>"Se ainda estiverem capazes e com saúde podem ajudar quem tem filhos e netos, em recados e assim [...]." I.15</p> <p>"Se estiverem bem de saúde, podem ajudar-se umas às outras, ou, quem tem, ajudar os filhos e tomar conta dos netos, por exemplo." I.38</p> <p>"Se estiverem bem podem ajudar quem tem família, a cuidar e fazer compras ou assim..." I.44</p> <p>“Ajudar a cuidar dos netos ou ajudar os filhos porque temos tempo.” I.35</p> <p>“Ajudar os filhos em tudo o que puder.” I.48</p> <p>“Podem criar os netos e apoiar os filhos.” I.14</p> <p>“Porque podem ajudar os netos e filhos com as obrigações do dia a dia.” I.34</p>
--	--	---

Fonte: Inquérito P11.1

**Matriz conceptual referente à questão “Sendo residente no Bonfim, como descreve este freguesia enquanto local de residência e convivência? Isto é, o que o Bonfim tem de bom, de mau ou o que lhe faz mais falta ao nível da freguesia para o seu dia a dia?”**

**Categoria:** Fatores ou determinantes da freguesia do Bonfim que (in)viabilizam o EA dos idosos

**Subcategoria:** Fatores/Determinantes que limitam a participação ativa dos idosos no Bonfim

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
	<p><b>Ambiente físico que influencia a independência e QDV dos idosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Espaços exteriores – ruas e passeios em mau estado;</b></li> <li>• <b>Habitação – com condições inadequadas, em mau estado de conservação e estado de abandono ou desocupação do edificado antigo;</b></li> <li>• <b>Segurança – sentimento de um aumento da criminalidade, ligada à droga e roubos, potenciada pela falta de vigilância.</b></li> </ul>	<p>"Está <b>velho</b> [...] ruas e as casas [...] eu já tenho dificuldades mas agora cada vez pior e as ruas não ajudam." I.16</p> <p>"Eu mal saí daqui porque sozinho não posso com a cadeira, isto é muito inclinado [...]" I.63</p> <p>"[...] isto está <b>velho</b>, os passeios e as ruas é só buracos e covas é só ver gente a cair e ninguém arranja nada ou põem-se a fazer obras esburacam tudo e não põe direito nem se pode sair e andar na rua." I.61</p> <p>"Os passeios são velhos e as ruas e dificultam andar [...]" I.29</p> <p>"[...] as ruas não estão lá muito boas para se caminhar, que eu tanto preciso [...]" I.62</p> <p>"[...] os passeios estão pior que nós, estão uma desgraça". I.40</p> <p>"Agora está tudo em obras aqui nas ruas e isso não ajuda para andar assim a caminhar [...]" I.1</p> <p>"É difícil agora andar na rua [...] os passeios e as ruas estão velhos, por isso é que eu só vou à rua se for acompanhada, senão casa, só casa". I.31</p> <p>"O pior do Bonfim é estas ruas e os passeios, se estão velhos estão todos com buracos, depois começam-se obras e nunca mais acabam e em vez de andarmos no passeio temos de andar na rua, que os paralelos estão muito jeitosos." I.37</p> <p>"As ruas não estão boas para as pessoas que já tenham algumas dificuldades para andar, só podem</p>

	<p><b>Ambiente físico que influencia a independência e QDV dos idosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Espaços exteriores – ruas e passeios em mau estado;</b></li> <li>• <b>Habitação – com condições inadequadas, em mau estado de conservação e estado de abandono ou desocupação do edificado antigo;</b></li> </ul> <p><b>Segurança – sentimento de um aumento da criminalidade, ligada à droga e roubos, potenciada pela falta de vigilância</b></p>	<p>com ajuda.” I.57</p> <p>“[...] mas agora está a ficar <b>velho</b> e andam com as obras na rua, olhe, nem se pode andar.” I.39</p> <p>"A freguesia do Bonfim está muito <b>velha</b> [...] as casas, as ruas..." I.5</p> <p>"[...] está uma freguesia <b>velha</b>, as próprias ruas estão más para andar e há poluição, muito lixo na rua que os habitantes põem." I.6</p> <p>“As casas estão degradadas, ainda existem passeios muito mal arrançados [...]" I.26</p> <p>"Sei lá [...] olhe eu podia viver numa casa da câmara, não quis, vivo nesta ilha à 60 anos, sem condições nenhuma [...] as ruas estão más vão me buscar a casa, senão era para me matar no meio da rua [...]" I.43</p> <p>“[...] isto era bonito e cheio de comércio, agora é velho, o comércio, assim maior, foi fechando, e há muita casa e sítios de loja por aí ao abandono que até mete tristeza e só traz má vida para esses sítios, é só para abrigar má vida, entende? Para a droga." I.25</p> <p>“[...] as habitações são velhas e sem condições." I.13</p> <p>“[...] as habitações que são velhas, em ilhas e são muito degradadas." I.11</p> <p>“[...] quando vim para cá viver a rua tinha vida, agora às oito da noite não há gente na rua, precisamos de qualquer coisa e o comércio está todo fechado. O Bonfim está <b>velho</b> e deserto, as obras na rua não têm fim e como se pode andar assim? Quase não há passeio!" I.56</p> <p>"As ruas estão um bocadinho más, o estado delas é covas e assim [...] já aparecem aqui malandros a dizer que são família e querem pôr as mãos ao que puderem, já me fizeram a mim e noutras casas aqui". I.46</p> <p>"O pior é as casas, muito velhas, sem condições." I.45</p> <p>“As ilhas não têm condições nenhuma, fomos nós que as construímos, mas o tempo avançou e isto, isto ficou parado, não tem condições nenhuma e ninguém mete a mão.” I.44</p>
--	--	--

<p><b>passeios que também não ajudam nada para andar na rua</b></p> <p><b>problemas de drogas</b></p> <p><b>não saio à noite porque tenho medo</b></p>	<p><b>Ambiente físico que influencia a independência e QDV dos idosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Espaços exteriores – ruas e passeios em mau estado;</b></li> <li>• <b>Habitação – com condições inadequadas, em mau estado de conservação e estado de abandono ou desocupação do edificado antigo;</b></li> </ul> <p><b>Segurança – sentimento de um aumento da criminalidade, ligada à droga e roubos, potenciada pela falta de vigilância</b></p>	<p>"O pior são as casas todas velhas, e os <b>passeios que também não ajudam nada para andar na rua</b> [...]" I.21</p> <p>"[...] De mau tem as casas que estão velhas e fechadas, não habitadas [...] isso traz <b>problemas de drogas</b>, porque eles vão para lá." I.15</p> <p>"As casas são muito velhas, há muitos bairros, é pouco sossegado com mais movimento devido à <b>droga</b> essencialmente à noite". I.9</p> <p>"[...] as habitações estão degradadas, dão mau aspeto estão abandonadas servem de abrigo para toxicod dependentes ou pobres e que às vezes fazem barulhos [...]" I.19</p> <p>"[...] mas há aí malta das drogas [...] à noite eu não saí que é quando eles andam mais na rua e pronto eu evito sair [...] mas assim as estradas também não estão muito boas para quem já anda com dificuldade [...]" I.22</p> <p>"As casas estão velhas e ao abandono e eu à noite tenho medo de sair." I.2</p> <p>"[...] não haver mais vigilância, mas a sério, não é a polícia passar aí na rua e andar, aqui na rua é só droga, e comprar e vender, depois estão aí abrigados debaixo dos prédios pela noite dentro [...] nós não conseguimos dormir aqui, só depois das 5 da manhã e à noite nem pensar ir lá para fora [...]" I.53</p> <p>"[...] alguns roubos e não se descobre nada." I.58</p> <p>"Olhe eu <b>não saio à noite porque tenho medo</b>, as ruas à noite são desertas. [...] A rua, o piso está muito velho dificulta para andar na rua." I.14</p> <p>"Está um bocado <b>velho</b> e agora andam a esburacar os passeios todos e uma pessoa anda na rua com medo de cair [...] à noite já tenho um bocado de medo, às vezes se ouvir qualquer coisa." I.34</p> <p>"[...] já há roubos também [...] as habitações é que estão mesmo mal aqui [...] as rendas são baixas os senhorios diz que não têm dinheiro para arranjar e nós também não recebemos para pagar mais , rendas mais altas [...] até nem é por mim que eu digo, mas sei do que os que vivem em casas e nas ilhas dizem." I.23</p>
--	--	---

		<p>"Se as estradas fossem melhores ajudava e se fiscalizassem, porque eu nem posso sair de casa porque os carros estacionam dos dois lados em cima dos passeios, como é que eu posso sair? [...] As ruas e passeios já estão velhos, mas assim pior. [...] Era importante também a polícia passar nas ruas [...] é só droga durante a noite, andam a noite toda na rua e nem se pode descansar, não se consegue com o barulho." I.54</p>
<p><b>Ninguém convive com ninguém</b></p> <p><b>não há entreajuda, só egoísmo</b></p>	<p><b>Determinantes sociais e comportamentais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envelhecimento populacional</b></li> <li>• <b>Participação Social / Individualismo, isolamento e ausência de convívio; inexistência oportunidades de convívio intergeracional</b></li> </ul>	<p>"A freguesia do Bonfim está muito velha, os habitantes muito idosos [...]" I.5</p> <p>"<b>Ninguém convive com ninguém</b> agora, é cada um na sua vida [...] conviver era antigamente quando viemos para cá viver [...] é uma tristeza está tudo velho, não há aqui casais novos para dar vida isto." I.55</p> <p>"Hoje as pessoas cá do Bonfim, os adultos e a juventude já não são os adultos e jovens da minha altura [...] a educação é pouca, <b>não há entreajuda, só egoísmo</b> e isso até gera uma certa sensação de insegurança [...] Talvez se convivêssemos mais, as gerações, era diferente, se houvesse mais oportunidades, momentos de convívio [...]" I.56</p> <p>"As pessoas aqui são muito individualistas. Se entrar em minha casa e morrer ninguém sabe, ninguém ajuda ninguém, nem se conhecem [...] se todos se conhecessem era uma grande ajuda para os mais velhos, um apoio, se de repente fosse preciso alguma coisa." I.51</p> <p>"[...] podiam por velhos e novos a conviver para não estarmos sempre só velhos." I.52</p> <p>"Podia ter assim mais atividade dinâmicas com jovens, para não estarmos sempre, sempre, com pessoas velhas." I.33</p> <p>" [...] podiam meter a fazer mais coisas, aos mais velhos, coisas que sabemos e os novos não, arranjar isto ou aquilo até em casa, o pessoal nem sabe mudar uma lâmpada." I.35</p> <p>"[...] podia era haver um <b>sítio onde fizessem convívios entre jovens e velhos</b>, porque podíamos aprender os dois, porque existem mas só para velhos e eu não quero ir, ainda estão pior que eu, se fosse com jovens até gostava." I.48</p>

Fonte: Inquérito P13

**Subcategoria:** Fatores/Determinantes que contribuem/proporcionam para a participação ativa dos idosos

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
	<b>Transportes e serviços de saúde e comunitários</b>	<p>“[...] Os transportes têm muito e isso é bom.” I.5</p> <p>"Eu gosto de tudo, temos comércio, pelo menos aqui nesta rua temos, temos transportes." I.66</p> <p>"Os transportes é bom." I.6</p> <p>"Tem transportes a toda a hora e para todo o local [...]" I.13</p> <p>"O que é bom é porque temos apoio domiciliário aos que não podem sair de casa, a junta tem ideias imaginativas como a partilha de terrenos (quem tem) a outros que os queiram cultivar e é bem abastecida de transportes." I.8</p> <p>A rede de transportes públicos é bom, posso ir para todo lado e quando preciso [...]" I.2</p> <p>"[...] de bom o que tem é que temos tudo aqui perto, falta-me isto de comer ou de limpeza [...] vou ali à rua, preciso de médico, vou logo ali." I.51</p> <p>"A freguesia promove passeios para os idosos e podia não fazer nada." I.10</p> <p>"É uma localidade bonita, tem espaços bons e agradáveis para passear." I.15</p> <p>"Gosto de viver aqui, porque tenho tudo à porta, autocarros e comércio e tudo." I.65</p> <p>"Isto é bom, pronto temos os supermercados aqui, queremos ir ao hospital ou a algum lado e temos os transportes, é só o ter que pagar, mas podendo temos [...]" I.47</p>
		<p>"É bom porque as pessoas cada uma se mete na sua vida [...]" I.39</p> <p>"É bom, as pessoas são quase todas boas, pelo menos as mais velhas, pronto." I.42</p> <p>“Face às pessoas, vizinhos, são agradáveis [...]" I.4</p>

	<p style="text-align: center;"><b>Boa vizinhança e relacionamento interpessoal</b></p>	<p>“[...] As pessoas normalmente são amigas e ajudam-se e é bom, alguns de nós também temos os agentes e temos o número se precisarmos [...]” I.26</p> <p>"A freguesia é simpática e as pessoas mais velhas são boas [...]" I.7</p> <p>“Não saía desta freguesia para nenhuma outra, é calma e as pessoas estão metidas nas suas vidas.” I.17</p> <p>“ [...] as pessoas do Bonfim são amigas [...]" I.13</p> <p>"Gosto de tudo, do pessoal todo [...]" I.49</p> <p>"Tem tudo de bom, nunca ninguém me fez mal e é bem governado [...]" I.52</p> <p>"Eu gosto porque já conheço tudo e todos já sabem quem eu sou [...]" I.22</p> <p>"As pessoas são o que é bom, mas agora já há roubos também [...]" I. 23</p> <p>“[...] As pessoas são boas.” I.21</p> <p>"É uma freguesia sossegada [...]" I.11</p> <p>"[...] as pessoas são boas [...] eu pelo menos tenho os meus amigos é aqui [...]" I.19</p> <p>"Para mim o Bonfim tem tudo de bom, as pessoas são boas [...]" I.36</p> <p>“[...] mas aqui ainda há pessoas mais ou menos, se for preciso para acudir." I.62</p>
--	--	--

Fonte: Inquérito P13

**Matriz conceptual referente à questão “E como resolve os seus problemas de saúde?” quando o rendimento não permite adquirir a medicação necessária.**

**Categoria:** Incapacidade de adquirir a medicação

**Subcategoria:** Identificação das formas como os participantes resolvem a incapacidade de aceder à medicação permanente que necessitam

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
<b>São as minhas filhas que valem</b>	<b>Recorre a apoio financeiro de familiares diretos</b>	<p>“A minha filha ajuda a comprar ou compra alguma alimentação, para o dinheiro chegar para outras coisas, como os medicamentos.”I.62</p> <p>“A minha filha ajuda-me.” I.42</p> <p>“Quando preciso lá é a filha que me ajuda a comprar [...]” I.37</p> <p>“É a filha que me empresta o dinheiro e às vezes depois até já nem quer, nem quer que lhe pague”.I.28</p> <p>“A minha filha já ajuda noutras despesas e nos medicamentos também [...]”. I.49</p> <p>“<b>São as minhas filhas que valem</b>, emprestam o dinheiro e eu depois pago-lhes quando recebo.” I.5</p> <p>“[...] as minhas filhas emprestam-me quando eu preciso ou para isso ou para comprar comida [...] depois pago no dia de receber a pensão.” I.59</p> <p>“[...] conto com a ajuda do filho.” I.66</p> <p>“[...] é a filha que me ajuda, pois.” I.50</p> <p>“Tenho uma irmã que olhe empresta o dinheiro outras vezes é mesmo ela que compra.” I.57</p> <p>“[...] o meu filho lá nisso ajuda-me.” I.67</p>

		<p>“Como resolvo? Peço ou aos filhos ou ao marido.” I.13</p> <p>“É a minha irmã.” I.58</p>
	<b>Recorre a "fiado"</b>	<p>“Já me conhecem na farmácia eu trago e depois vou pagando aos bocados.” I.26</p> <p>“A farmácia fia e eu pago assim que recebo dinheiro.” I.46</p>
	<b>Não adquire</b>	<p>"Às vezes deixo alguns, não os compro, quando não há dinheiro não posso comprar." I.61</p> <p>“Espero receber dinheiro para comprar.” I.45</p> <p>“Não compro os que entendo que não são tão precisos depois compro quando puder." I.60</p> <p>"Não compro logo aqueles que não sinto tanto resultado". I.55</p> <p>“Olhe compro aqueles que me fazem andar mais amparada [...] assim que recebe a reforma vou buscar o resto.” I.10</p>

Fonte: Inquérito 24.6.1

**Matriz conceptual referente à questão “Pensando no futuro, descreva com desenvolvimento os seus objetivos de vida, o que gostaria ainda de fazer, ter ou saber?”**

**Categoria:** Configurações em torno do futuro

**Subcategoria:** Identificação dos objetivos de vida e aspirações futuras

Unidade de registo		Unidade de contexto
Formal	Semântica	Contexto
<b>não ando aqui a fazer nada</b>	<b>Inexistência de objetivos para o próprio (associando-os a outros relativos aos descendentes) e preocupação com a perda de capacidades funcionais</b>	“Não tenho objetivos [...] com esta doença é só piorar.” I.16
<b>Já não tenho futuro</b>		“Não tenho, até já acho que <b>não ando aqui a fazer nada</b> , estou cansado, já vivi os anos suficientes [...] por causa dos problemas respiratórios não posso fazer nada, estou sempre cansado.” I.67
<b>Já cumpri a minha missão</b>		Queria que o meu filho vivesse melhor, era a minha maior alegria [...] já não tenho imaginação para pensar num futuro para mim [...]” I.5
		“expectativas não tenho nenhuma [...] só espero que nunca pare das pernas, e assim o que me mete mais confusão é precisar de alguém a fazer-me a higiene pessoal.” I.66
		“ <b>Já não tenho futuro</b> [...] só quero que o meu filho tenha saúde e trabalho.” I.29
		“Já não tenho projetos nem ambições até porque sinto que <b>já cumpri a minha missão</b> .” I.25
		“Só quero ver os meus filhos felizes [...] que Deus me leve assim de um momento para o outro, para não ficar numa cama a dar trabalho.” I.3
		“Já nada me diz nada, com esta idade já não espero muito mais da vida.” I.8
		“Nem penso nisso sequer! [...] já não desejo mais nada [...]” I.2
<b>Qual futuro? Não tenho</b>		“ <b>Qual futuro? Não tenho</b> [...]” I.57
		“Gostava de ver os meus filhos empregados e felizes.” I.20

<p><b>Futuro já não tenho</b></p>	<p><b>Inexistência de objetivos para o próprio (associando-os a outros relativos aos descendentes) e preocupação com a perda de capacidades funcionais</b></p>	<p>“Só peço todos os dias que Deus ajude os meus filhos, netos e bisnetos, lhes dê saúde e paz nas casas deles.” I.21</p> <p>“Gostava de ver a minha neta casada, mas bem casada e feliz, era o que eu queria.” I.38</p> <p>“Não penso, que futuro? Com a minha idade e com as doenças e dificuldades que eu tenho não espero futuro nenhum [...] a minha vida não vai dar voltas nenhuma e eu o meu futuro é continuar a ficar fechada em casa.” I.60</p> <p>“<b>Futuro já não tenho</b> [...] queria que Deus Nosso Senhor me levasse sem sofrer muito [...]” I.18</p> <p>“Só peço a Deus que me leve e que me perdoe os pecados todos que eu tenho.” I.65</p> <p>“Olhe só tenho a ambição de que os meus filhos tenham muita sorte com o emprego e a saúde.” I.35</p> <p>“Já não tenho metas, vivo dia a dia, sem pensar no amanhã, só não quero ficar aí numa cama.” I.48</p> <p>“Gostava de ajudar os meus netos financeiramente, é uma aspiração que eu tenho e penso diariamente [...] para mim já nada, com esta idade já não há nada que sonhar.” I.1</p> <p>“Para mim já não espero nada, só queria era ver os meus netos mais novos empregados.” I.34</p> <p>“Gostava de ver os meus netos muito bem [...] que acabassem a faculdade e comessem a trabalhar e que corresse tudo bem à minha família.” I.40</p>
	<p><b>Melhoria das condições financeira</b></p>	<p>“[...] Ter mais algum dinheiro para poder comprar o que preciso, eu nem tomo medicação, nem vou ao médico, desde 2010 que não vou, porque depois não há dinheiro para poder tratar nada.” I.63</p> <p>“Querida era resolver esta situação da reforma, é sempre a correr para a segurança social e agora falta isto, depois os papéis perdem-se, depois outra coisa qualquer [...] não é fácil, trabalha-se uma vida e chega-se a esta idade e ando a comer porque a minha filha me dá.” I.42</p> <p>“Gostava de poder costurar de novo, para fora, porque o dinheiro dava jeito, mas se não</p>

	<p><b>Melhoria das condições financeira</b></p>	<p>conseguisse, já era bom fazer os arranjos para casa.” I.26</p> <p>“[...] se tivesse mais algum dinheirinho, porque ninguém julgue que com a minha idade trabalho só por gosto! É por necessidade e ainda assim há meses que sabe Deus [...] há dias em que que olhe, não dá? Não se come tão bem, come-se menos.” I.61</p> <p>“Queria mais dinheiro para viver melhor, para comer melhor e ter uma casa melhor para eu conseguir morar melhor [...]” I.45</p> <p>"Gostava de ganhar o euro milhões [...] todos os dias a todo o tempo tenho de fazer contas para dar para tudo [...]" I.23</p> <p>“O único sonho era que me saísse o totoloto."I.47</p> <p>“[...] claro que se o dinheirito fosse mais algum, dava para se viver melhor, ter mais condições numa casa e tudo, mas pronto vai-se andando.” I.39</p>
<p><b>chove-me em casa</b></p> <p><b>tenho de ir à associação e pago os banhos lá</b></p> <p><b>vou tomar banho à Associação</b></p>	<p><b>Melhoria das condições habitacionais</b></p>	<p>“Um dos objetivos era melhorar as condições da casa ou mudar mesmo de casa, <b>chove-me em casa.</b>” I.9</p> <p>“[...] casinha que fosse melhor.” I.27</p> <p>“[...] queria que fossem lá a casa arranjar para não chover lá [...]” I.6</p> <p>“[...] Eu se me arranjassem este problema do teto já ficava mais feliz [...]” I.61</p> <p>"[...] precisava de mudar de casa [...] eu até acho que ganhava saúde, porque dormir ali com aquela humidade toda e tudo [...]". I.13</p> <p>“Queria ajuda para arranjar a casa [...] essencialmente a casa de banho, para ter água quente e poder tomar banho, assim <b>tenho de ir à associação e pago os banhos lá.</b>” I.46</p> <p>“[...] ter uma casa melhor para eu conseguir morar melhor. É que eu nem tenho água quente, <b>vou tomar banho à Associação.</b>” I.45</p> <p>“[...] já me custa muito até sair de casa e subir e descer as escadas, porque não tem elevador [...]”</p>

	<p align="center"><b>Melhoria das condições habitacionais</b></p>	<p>I.53</p> <p>“Queria ter a minha casa é por isso que eu anseio [...]” I.10</p> <p>“ [...] gostava de sair de casa, eu não posso sair daqui e descer tudo e subir, isso deixa-me muito triste, há quem na rua pergunte ao meu marido se eu até já morri, porque nunca me vêm [...] já falei com a minha filha e passar para uma casa no rés do chão, mas o eu marido não quer sair daqui [...] mas já viu a minha tristeza dia atrás de dia aqui fechada no segundo andar que não consigo, não consigo sair. Saio aos domingos quando os meus filhos me vêm buscar à vez” I.54</p> <p>“Gostava de ter mais condições em casa [...] ter um quarto de banho.” I.44</p> <p>“[...] vivo numa ilha a casa é uma divisão só, a casa-de-banho é fora [...] é só sanita, para os habitantes todos, [...] se tivermos que ir de noite e se estiver a chover molhamo-nos todos, apanhamos frio [...] para tomar banho é com uma bacia e aquecesse a água no fogão [...]” I.35</p>
	<p align="center"><b>Manutenção ou melhoria da saúde e das habilidades funcionais (ser capaz de cuidar de si próprio)</b></p>	<p>“Só anseio que a saúde não piore, só isso [...]” I.39</p> <p>“[...] queria deixar de beber [...] eu bebo para não pensar que não há dinheiro e assim [...]” I.5</p> <p>“Gostava de ter saúde [...]” I.27</p> <p>“É a saúde que eu penso, que não posso nem levantar da cama que me sinto mal [...] se tivesse algum dinheiro pegava e corria tudo para descobrir o que isto é, mas não tenho [...] olhe estou para aqui, não tenho ninguém que me faça nada, estou para aqui [...] precisava mesmo de alguma ajuda para ir a consultas, devia fazer outros exames mas não posso.” I.55</p> <p>“[...] só espero que nunca pare das pernas, e assim o que me mete mais confusão é precisar de alguém a fazer-me a higiene pessoal.” I.66</p> <p>“Gostava que a saúde não piorasse [...]” I.6</p> <p>“Só espero que a vida não me traga mais problemas de saúde [...]” I.41</p> <p>“[...] que a saúde não piore e que continue tudo como está, “[...] já não desejo mais nada[...].” I.2</p>

	<p><b>Manutenção ou melhoria da saúde e das habilidades funcionais (ser capaz de cuidar de si próprio)</b></p>	<p>“Espero conseguir ter mais apoio a nível psicológico, porque preciso e era seguido depois do divórcio ter ficado sem nada e sem ajuda para nada e com os filhos de costas para mim [...] mas agora não há na Junta psicóloga [...] acabou quando eu já estava quase pronto para não ir mais às consultas [...] e então fui para outra no hospital, só tenho consultas mensais e noto que a situação já está a piorar [...]” I.12</p> <p>“Se a saúde não piorar já não peço mais nada.” I.49</p> <p>“Só que a saúde não piore e depois olhe com 92 anos é o viver dia a dia [...] que as pernas não parem para puder sair de casa, se não nem as escadas posso descer.” I.52</p> <p>“Olhe não queria era piorar, porque a minha esposa precisa de mim e queria conseguir andar, porque já me custa muito até sair de casa [...] Gostava de ainda vir a cuidar da minha bisneta como fiz com os outros mas se calhar já não posso que já estou mas é na terra.” I.53</p> <p>“[...] ficar doente e a minha irmã precisa de mim, tenho medo de estar doente ou cair e ficar aí, como já estive aí 75 horas.” I.20</p> <p>“Eu gostava de andar melhor, porque gostava de sair de casa, eu não posso sair daqui e descer tudo e subir, isso deixa-me muito triste, há quem na rua pergunte ao meu marido se eu até já morri, porque nunca me vêm [...]” I.54</p> <p>“Gostava de recuperar a saúde, que os joelhos ajudassem, para poder passear, ir à praia como antigamente [...] ainda espero viver até aos 100, mas mal posso sair de casa só com ajuda.” I.59</p> <p>“Gostava de conseguir fazer a minha vida de casa, que agora já não consigo.” I.43</p> <p>“[...] só não quero ficar aí numa cama.” I.48</p>
		<p>Gostava que os meus filhos e netos me dessem mais atenção [...] um telefonema não custa muito e eu não quero que eles me deem nada”, “são uns ingratos, nem se lembram de mim.” I.17</p> <p>“Com a minha idade, só queria que a família estivesse mais comigo.” I.31</p> <p>“Só quero que a minha filha e o meu neto cumpram o que prometeram em me vir buscar todos os</p>

	<p><b>Manter os relacionamentos interpessoais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ter uma boa relação familiar (de proximidade e vínculos fortes)</b></li> <li>• <b>Manter as relações extra familiares, evitar a solidão e o isolamento</b></li> </ul>	<p>fins de semana, para estar acompanhada, de resto, também que não piore que mantenha e não quero, não quero, já disse, ir para um lar ... a minha casa não é bom mas quero ficar aqui.” I.62</p> <p>“Gostava de arranjar uma companheira para ir passear e dar uma voltas, porque eu não gosto de estar em casa, mas ando por aí sozinho, pareço um cão.” I.33</p> <p>[...] a minha vida não vai dar voltas nenhuma e eu o meu futuro é continuar a ficar fechada em casa.” I.60</p>
	<p><b>Oportunidades para realizar atividades de participação ativa</b></p>	<p>“Gostava de escrever um romance a falar da minha vida.” I.7</p> <p>“Gostava de ter mais oportunidades para fazer coisas, ginástica e outras coisas.[...]” I.19</p>

Fonte: Inquérito P25

**Anexo D – 2: Resultados relativos às condições de habitação**

### Distribuição da amostra de acordo com as características da habitação

<b>P23</b>	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Os gastos com a sua casa são elevados	18,8	26,6	54,7	64
O ambiente da sua casa é confortável	12,5	43,8	43,8	64
A sua habitação está equipada para oferecer proteção contra as condições atmosféricas	28,1	4,7	67,2	64
A sua casa é bem iluminada	9,4	7,8	82,8	64
A sua casa isola os ruídos exteriores	57,8	10,9	31,3	64
Existe acumulação de humidade dentro de casa	25,0	4,7	70,3	64
Tem problemas com pragas em sua casa (por exemplo com ácaros, baratas, formigas, percevejos, mosquitos, moscas, ou outros)	78,1	7,8	14,1	64
O ambiente no interior da sua casa é tranquilo	6,3	9,4	84,4	64

Fonte: Inquérito P23

### Distribuição da amostra perante os equipamentos que têm na habitação

<b>P23.5</b>	<b>%</b>
<b>Saneamento básico</b>	
Sim	100
<b>Água canalizada</b>	
Sim	98,4
Não	1,6
<b>Eletricidade</b>	
Sim	100
<b>Instalação de gás natural</b>	
Não	100
<b>Instalação de gás butane/propano</b>	
Sim	46,9
Não	53,1
<b>Sanita no (interior da habitação)</b>	
Sim	78,1
Não	21,9
<b>Sanita comum no exterior</b>	
Sim	21,9
Não	78,1
<b>Banheira ou Chuveiro</b>	
Sim	73,4
Não	26,6
<b>Chuveiro comum no exterior</b>	
Sim	18,8
Não	81,3
<b>Frigorífico</b>	
Sim	93,8
Não	6,3
<b>Fogão</b>	
Sim	95,3
Não	4,7
<b>Esquentador, cilindro ou caldeira</b>	
Sim	87,5
Não	12,5
<b>Máquina de lavar roupa</b>	
Sim	71,9

Não	28,1
<b>Máquina de lavar loiça</b>	
Sim	12,5
Não	87,5
<b>Microondas</b>	
Sim	84,4
Não	15,6
<b>Televisão</b>	
Sim	95,3
Não	4,7
<b>Rádio</b>	
Sim	81,3
Não	18,8
<b>Telefone</b>	
Sim	84,4
Não	15,6
<b>Computador</b>	
Sim	14,1
Não	85,9
<b>Ar condicionado</b>	
Não	100
<b>Aquecimento</b>	
Sim	23,4
Não	76,6
<hr/>	
<i>n</i> =	64

Fonte: Inquérito P23.5

Dos 13 participantes que possuem equipamentos de aquecimento elétrico, 1 tem aquecimento central e 1 possui lareira. No entanto, 10 participantes referem que este não é suficiente para aquecer todas as divisões da habitação. Sendo que o número de divisões das habitações varia entre até 2 divisões e 4 ou mais divisões, sendo que 26 participantes (46,63%) têm até duas divisões; de 19 (29,69%) têm 3 divisões e 19 (29,69%) têm habitações com 4 ou mais divisões. 2 participantes referem que não têm espaço para estar sozinhos na casa onde vivem se necessitarem.

### Distribuição da amostra de acordo com a segurança da sua habitação

P23.9	Sim	Não	Não se aplica	Não sabe	n=
Os elevadores têm a manutenção em dia?	6,3	-	93,8	-	64
Os extintores estão carregados, revistos e dentro dos prazos de validade?	3,1	7,8	85,9	3,1	64
Existe plano de fuga para emergências?	3,1	<b>82,8</b>	12,5	1,6	64
As zonas de passagem estão livres de obstáculos?	73,4	26,6	-	-	64
Os cabos elétricos estão em boas condições e sem danos?	96,9	3,1	-	-	64
Os interruptores da luz estão acessíveis?	100	-	-	-	64
O piso é plano?	82,8	17,2	-	-	64
O pavimento está completo, sem piso em falta, solto, empoado ou com fendas?	82,8	17,2	-	-	64
A banheira ou chuveiro tem tapetes ou superfícies antiderrapantes?	65,6	65,6	9,4	-	64
A banheira ou chuveiro tem barras de apoio?	20,3	<b>70,3</b>	-	-	64
Os degraus são planos e nivelados?	65,6	18,8	15,6	-	64
As escadas têm corrimões seguros em ambos os lados?	21,9	<b>64,1</b>	14,1	-	64

Fonte: Inquérito P23.9

**Anexo D – 3: Resultados relativos ao estado de saúde**

**Distribuição da amostra de acordo com o padecimento de doenças crónicas**

<b>P24.1</b>	<b>%</b>
<b>Tem alguma doença crónica?</b>	
Sim	<b>53,1</b>
Não	46,9
<b>Doenças cardiovasculares</b>	
Sim	14,7
Não	85,3
<b>Hipertensão</b>	
Sim	5,9
Não	94,1
<b>Cancro</b>	
Sim	8,8
Não	91,2
<b>Diabetes</b>	
Sim	<b>26,5</b>
Não	73,5
<b>Doenças Psicológicas</b>	
Sim	14,7
Não	85,3
<b>Doenças Respiratórias</b>	
Sim	11,8
Não	88,2
<b>Hemoglobinopatias</b>	
Sim	8,8
Não	91,2
<b>Problemas Osteoarticulares</b>	
Sim	14,7
Não	85,3
<b>Apneia do sono</b>	
Sim	2,9
Não	97,1
<b>Problemas gastrointestinais</b>	
Sim	8,8
Não	91,2
<b>Artrite reumatóide</b>	
Sim	2,9
Não	97,1
<b>Dor crónica</b>	
Sim	2,9
Não	97,1
<b>Outras doenças crónicas</b>	
Sim	2,9
Não	97,1

Fonte: Inquérito P24.1.

### Distribuição da amostra de acordo com a autonomia em relação à visão, audição e comunicação

Consegue ver (com óculos, se usar)?			
Sim	Com dificuldade	Não	n=
50	48,4	1,6	64

Fonte: Inquérito P24.2.1

Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?			
Sim	Com dificuldade	Não	n=
67,2	32,8	0,0	64

Fonte: Inquérito P24.2.2

Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?			
Não tem dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	n=
81,3	17,2	1,6	64

Fonte: Inquérito P24.2.3

Consegue utilizar o telefone?			
Sim (sem ajuda)	Com alguma ajuda	Não	n=
84,4	4,7	10,9	64

Fonte: Inquérito P24.2.4

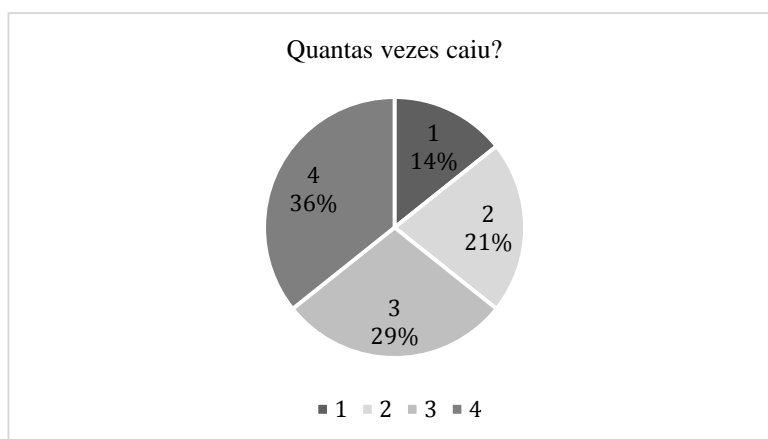
### Distribuição da amostra de acordo com a autonomia ao nível da mobilidade

Consegue subir e descer escadas?			
Sim (com ajuda técnica à marcha se usar)	Com dificuldade	Não	n=
43,8	48,4	7,8	64

Fonte: Inquérito P24.1

Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?			
Não	Uma vez	Duas ou mais	n=
56,3	17,2	26,6	64

Fonte: Inquérito P24.2



Fonte: Inquérito P24.2

Consegue andar no exterior?			
Sim (sem ajuda)	Com dificuldade ?/ alguma ajuda	Não	n=
57,8	42,2	0,0	64

Fonte: Inquérito P24.3.3

Consegue ir às compras?				
Sim (trata de todas as compras)	Com alguma ajuda (alguém tem de acompanhá-lo)	Não	Não se aplica	n=
43,8	25,0	20,3	10,9	64

Fonte: Inquérito P24.3.4

**Distribuição da amostra de acordo com as limitações face às atividades diárias**

	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Atividades pesadas, como correr, levantar pesos, participar em desportos com ritmo	0,0	12,7	<b>87,3</b>	64
Atividades moderadas, como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	17,2	40,6	42,2	64
Levantar ou carregar as compras da mercearia	18,8	45,3	35,9	64
Subir lanços de escada	15,6	56,3	28,1	64
Andar a pé distâncias consideráveis	17,2	40,6	42,2	64
Tomar banho sozinho	54,7	32,8	12,5	64
Vestir-se sozinho	57,8	35,9	6,3	64

Fonte: Inquérito P24.4

Distribuição da amostra segundo a toma de medicação permanente

<b>P24.5</b>	<b>%</b>
<b>Toma medicação permanente?</b>	
Sim	<b>95,3</b>
Não	4,7
<b>P24.5.1</b>	<b>%</b>
<b>Doenças cardiovasculares</b>	
Sim	41,0
Não	59,0
<b>Hipertensão</b>	
Sim	<b>52,5</b>
Não	47,5
<b>Cancro</b>	
Sim	3,3
Não	96,7
<b>Doenças endócrinas</b>	
Sim	4,9
Não	95,1
<b>Doenças Psicológicas</b>	
Sim	<b>52,5</b>
Não	47,5
<b>Doenças Respiratórias</b>	
Sim	3,3
Não	96,7
<b>Hemoglobinopatias</b>	
Sim	3,3
Não	96,7
<b>Problemas Osteoarticulares</b>	
Sim	29,5
Não	70,5
<b>Apneia do sono</b>	
Sim	2,9
Não	97,1
<b>Problemas gastrointestinais</b>	
Sim	14,8
Não	85,2
<b>Artrite reumatóide</b>	
Sim	1,6
Não	98,4
<b>Dor crónica</b>	
Sim	3,3
Não	96,7
<b>Displidemias</b>	
Sim	1,6

Não	32,8
<b>Problemas genito-urinários</b>	
Sim	14,8
Não	85,2
<b>Problemas ácido úrico</b>	
Sim	6,6
Não	93,4
<b>Problemas oculares</b>	
Sim	1,6
Não	98,4
<b>Suplementos</b>	
Sim	6,6
Não	93,4
<b>Vertigens</b>	
Sim	3,3
Não	96,7
<b>Outras doenças</b>	
Sim	1,6
Não	98,4

Fonte: Inquérito P24.5; P24.5.1

**Distribuição da amostra segundo a (in)possibilidade de adquirir a medicação permanente quando toma**

<b>P24.6.</b>	<b>%</b>
<b>Consegue comprar toda a medicação de que necessita?</b>	
Sim	<b>95,3</b>
Não	4,7
<b>P24.6.1</b>	<b>%</b>
Recorre a apoio financeiro de familiares diretos	65,0
Recorre a "fiado"	10,0
Não adquire	25,0
<i>n=</i>	20

Fonte: Inquérito P24.6; P24.6.1

**Distribuição da amostra segundo atitudes preventivas e acesso a serviços de saúde – manutenção da saúde**

<b>P24.7</b>	<b>%</b>
<b>Recorre a Centro de Saúde</b>	
Sim	<b>71,9</b>
Não	28,1
<b>Recorre a Hospital Público</b>	
Sim	23,4
Não	76,6
<b>Recorre a Hospital Particular</b>	
Sim	1,6
Não	98,4
<b>Outro local de assistência médica</b>	
Sim	3,1
Não	96,9
<b>P24.8; 24.9; P24.10; P24.11; P24.12; P24.13; P24.14</b>	
<b>A sua tensão arterial foi verificada recentemente?</b>	
Sim	50,0
Não	50,0
<b>E a diabetes?</b>	
Sim	35,9
Não	64,1
<b>E o colesterol?</b>	
Sim	35,9
Não	64,1
<b>É fumador/a?</b>	
Sim	4,7
Não	95,3
<b>Tem algumas preocupações com o excesso de peso?</b>	
Sim	14,1
Não	85,9
<b>Acha que diariamente bebe álcool em demasia?</b>	
Sim	1,6
Não	98,4
<b>Pratica exercício regularmente?</b>	
Sim	18,8
Não	81,3

Fonte: Inquérito P24.7; P24.8; 24.9; P24.10; P24.11; P24.12; P24.13; P24.14

**Anexo D – 4: Associação das categorias – participação em atividades enquadáveis no conceito de envelhecimento ativo e sentimentos de (in)satisfação face a aspetos da vida**

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação à vida**

P9*P14	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	44,2	30,2	25,6	43
Sim	38,1	9,5	52,4	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9\* P14

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação à saúde**

P9*P15	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	65,1	23,3	11,6	43
Sim	52,4	28,6	19,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9.1 \* P15

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação à ligação com a comunidade em que vive**

P9*P17	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	11,6	37,2	51,2	43
Sim	4,8	23,8	71,4	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P17

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação ao apoio familiar**

P9*P18	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	23,3	32,6	44,2	43
Sim	14,3	28,6	57,1	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P18

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação ao apoio de amigos ou de outras pessoas**

P9*P19	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	37,2	34,9	27,9	43
Sim	4,8	42,9	52,4	21

Qui-quadrado = 8,183; p = ,017; V. Cramer = ,358 Fonte: Inquérito P9 \* P19

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação à situação económica**

P9*P20	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	65,1	30,2	4,7	43
Sim	47,6	42,9	9,5	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P20

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação ao futuro**

P9*P21	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	58,1	32,6	9,3	43
Sim	23,8	42,9	33,3	21

Qui-quadrado = 8,705; p = ,013; V. Cramer = ,369 Fonte: Inquérito P9 \* P21

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e sentimento em relação à segurança**

P9*P16	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Não	16,3	34,9	48,8	43
Sim	23,8	42,9	33,3	21

p > ,05

Fonte: Inquérito P9 \* P16

**Anexo D – 5: Associação das variáveis – participação em atividades enquadáveis no conceito de envelhecimento ativo e categorias ligadas ao estado de saúde**

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e padecimento de doença crónica**

P9*P24.1	Sim	Não	n=
Não	55,8	44,2	43
Sim	47,6	52,4	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P24.1

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e autonomia visual**

P9*P24.2.1	Sim	Com dificuldade	Não	n=
Não	44,2	53,5	2,3	43
Sim	61,9	38,1	0,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P24.2.1

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e autonomia auditiva**

P9*P24.2.2	Sim	Com dificuldade	n=
Não	60,5	39,5	43
Sim	81,0	19,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P24.2.2

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e autonomia comunicacional**

P9*P24.2.3	Não tem dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	n=
Não	76,7	20,9	2,3	43
Sim	90,5	9,5	0,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P24.2.3

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e utilização de telemóvel**

P9*P24.2.4	Sim, sem ajuda	Com alguma ajuda	Não	n=
Não	79,1	4,7	16,3	43
Sim	95,2	4,8	0,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P24.2.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e mobilidade – subir e descer escadas**

P9*P24.3.1	Sim	Com dificuldade	Não	n=
Não	32,6	55,8	11,6	43
Sim	66,7	33,3	0,0	21

Qui-quadrado = 7,666; p = ,022; V. Cramer = ,346 Fonte: Inquérito P9 \* P24.3.1

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e mobilidade – ter caído no último ano**

P9*P24.3.2	Não	Uma vez	Duas ou mais	n=
Não	53,5	16,3	30,2	43
Sim	61,9	19,0	19,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P24.3.2

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e mobilidade – andar no exterior**

P9*P24.3.3	Sim, sem ajuda	Com dificuldade ou alguma ajuda	n=
Não	46,5	53,5	43
Sim	81,0	19,0	21

Qui-quadrado = 6,862; p = ,009; V. Cramer = ,327 Fonte: Inquérito P9 \* P24.3.3

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e mobilidade – ir às compras**

P9*P24.3.4	Sim (trata de todas as compras)	Com alguma ajuda (alguém tem de acompanhar)	Não	Não se aplica	n=
Não	32,6	25,6	27,9	14,0	43
Sim	66,7	23,8	4,8	4,8	21

Qui-quadrado = 8,581; p = ,035; V. Cramer = ,366      Fonte: Inquérito P9 \* P24.3.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – atividades pesadas**

P9*P24.4	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	4,7	95,3	43
Sim	30,0	70,0	20

Qui-quadrado = 7,912; p = ,005; V. Cramer = ,354      Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – atividades moderadas**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	7,0	37,2	55,8	43
Sim	38,1	47,6	14,3	21

Qui-quadrado = 14,094; p = ,001; V. Cramer = ,469      Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – compras de mercearia**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	9,3	39,5	51,2	43
Sim	38,1	57,1	4,8	21

Qui-quadrado = 15,657; p = ,000; V. Cramer = ,495      Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – subir lançços de escada**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	7,0	58,1	34,9	43
Sim	33,3	52,1	14,3	21

Qui-quadrado = 8,458; p = ,014; V. Cramer = ,364      Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – andar a pé distâncias consideráveis**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	9,3	34,9	55,8	43
Sim	33,3	52,4	14,3	21

Qui-quadrado = 11,572; p = ,003; V. Cramer = ,425      Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – tomar banho sozinho**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	41,9	39,5	18,6	43
Sim	81,0	19,0	0,0	21

Qui-quadrado = 9,655; p = ,008; V. Cramer = ,388      Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – vestir-se sozinho**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Não	46,5	44,2	9,3	43
Sim	81,0	19,0	0,0	21

Qui-quadrado = 7,329; p = ,026; V. Cramer = ,338

Fonte: Inquérito P9 \* P24.4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e limitações no dia a dia – medicação permanente**

P9*P24.5	Sim	Não	n=
Não	95,3	4,7	43
Sim	95,2	4,8	21

p > ,05

Fonte: Inquérito P9 \* P24.5

**Anexo D – 6: Associação das variáveis – participação em atividades enquadáveis no conceito de envelhecimento ativo e histórico de vida**

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e estado civil**

P9*P4	Solteiro	Casado	União de Facto	Separado	Divorciado	Viúvo	n=
Não	14,0	18,6	2,3	2,3	9,3	53,5	43
Sim	4,8	19,0	0,0	4,8	9,5	61,9	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \*P 4

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e graus de escolaridade**

P9*P6.1	Não frequentou	3 <sup>a</sup> classe	4 <sup>a</sup> classe	8 <sup>o</sup> ano	9 <sup>o</sup> ano	11 <sup>o</sup> ano	12 <sup>o</sup> ano	n=
Não	7,0	18,6	58,1	2,3	7,0	2,3	4,7	43
Sim	14,3	14,3	42,9	4,8	0,0	14,3	9,5	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P6.1

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e ocupação/profissão<sup>30</sup>**

P9*P7	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	n=
Não	4,7	0,0	2,3	7,0	16,3	30,2	11,6	27,9	43
Sim	14,3	4,8	4,8	14,3	19,0	14,3	9,5	19,0	21

p > ,05 Fonte: Inquérito P9 \* P7

**Prática de atividades de envelhecimento ativo e rendimento mensal pessoal**

P9*22.3	0 – 249	250 – 499	500 – 749	750 e +	n=
Não	7,0	72,1	20,0	0,0	43
Sim	9,5	30,3	42,9	14,3	21

Qui-quadrado = 12,242; p = ,007; V. Cramer = ,437 Fonte: Inquérito P9 \* P22.3

<sup>30</sup>Legenda: C1: Representantes do poder legislativo e de órgão executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos; C2: Especialistas das atividades intelectuais e científicas; C3: Técnicos e profissões de nível intermédio; C4: Pessoal administrativo; C5: Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; C6: Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; C7: Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; C8: Trabalhadores não qualificados.

**Anexo D – 7: Associação das variáveis – sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral, e sentimentos de (in)satisfação face a domínios detalhados da vida**

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face à saúde**

P14*P15	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	70,4	18,5	11,1	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	60,0	26,7	13,3	15
Satisfeito	50,0	31,8	18,2	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P15

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face à segurança**

P14*P16	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	18,5	25,9	55,6	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	20,0	40,0	40,0	15
Satisfeito	18,2	50,0	31,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P16

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face à ligação com a comunidade**

P14*P17	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	14,8	25,9	59,3	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	6,7	60,0	33,3	15
Satisfeito	4,5	22,7	72,7	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P17

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face ao apoio familiar**

P14*P85	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	33,3	29,6	37,0	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	13,3	46,7	40,0	15
Satisfeito	9,1	22,7	68,2	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P18

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face ao apoio de amigos ou outras pessoas**

P14*P19	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	33,3	37,0	29,6	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	46,7	33,3	20,0	15
Satisfeito	4,5	40,9	54,5	22

Qui-quadrado = 10,381; p = ,034; V. Cramer = ,285

Fonte: Inquérito P14 \* P19

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face à situação económica atual pessoal**

P14*P20	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	74,1	18,5	7,4	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	66,7	33,3	0,0	15
Satisfeito	36,4	54,5	9,1	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P20

**Sentimento de satisfação face à vida e sentimento de satisfação face ao futuro**

P14*P21	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	n=
Insatisfeito	63,0	25,9	11,1	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	46,7	40,0	13,3	15
Satisfeito	27,3	45,5	27,3	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P21

**Anexo D – 8: Associação das variáveis – sentimentos de (in)satisfação face à vida,  
em geral, e recursos financeiros**

**Sentimento de satisfação face à vida e rendimento mensal pessoal**

P14*22.3	0 – 249	250 – 499	500 – 749	750 e +	n=
Insatisfeito	11,1	63,0	18,5	7,4	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	6,7	73,3	20,0	0,0	15
Satisfeito	4,5	45,5	45,5	4,5	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P22.3

**Sentimento de satisfação face à vida e rendimento mensal do agregado familiar**

P14*22.3.1	0 – 249	250 – 499	500 – 749	750 e +	n=
Insatisfeito	8,7	52,2	21,7	17,4	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	0,0	46,7	40,0	13,3	15
Satisfeito	0,0	31,8	59,1	9,1	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P22.3.1

**Sentimento de satisfação face à vida e ter pessoas a seu cargo**

P14*22.4	Sim	Não	n=
Insatisfeito	7,4	92,6	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	20,0	80,0	15
Satisfeito	27,3	72,7	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P22.4

**Sentimento de satisfação face à vida e sobrar algum dinheiro do rendimento mensal**

P14*22.1	Sim	Não	n=
Insatisfeito	14,8	85,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6,7	93,3	15
Satisfeito	23,7	72,7	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P22.1

**Sentimento de satisfação face à vida e o rendimento ser suficiente para satisfazer as necessidades**

P14*22.1	Sim	Não	n=
Insatisfeito	40,7	59,3	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	60,0	40,0	15
Satisfeito	63,6	36,4	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P22.1

**Sentimento de satisfação face à vida e capacidade de aquisição da necessária medicação**

P14*24.6	Sim	Não	n=
Insatisfeito	56,0	44,0	25
Nem satisfeito, nem insatisfeito	66,7	33,3	15
Satisfeito	81,0	19,0	21

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.6

**Anexo D – 9: Associação das variáveis – sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral e categorias ligadas ao estado de saúde**

**Sentimento de satisfação face à vida e padecer de doença crónica**

P14*P24.1	Sim	Não	n=
Insatisfeito	44,4	55,6	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	66,7	33,3	15
Satisfeito	54,5	45,5	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.1

**Sentimento de satisfação face à vida e ter autonomia visual**

P14*P24.2.1	Sim	Com dificuldade	Não	n=
Insatisfeito	59,3	37,0	3,7	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	53,3	46,7	0,0	15
Satisfeito	36,4	63,6	0,0	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.2.1

**Sentimento de satisfação face à vida e ter autonomia auditiva**

P14*P24.2.2	Sim	Com dificuldade	n=
Insatisfeito	74,1	25,9	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	53,3	46,7	15
Satisfeito	68,2	31,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.2.2

**Sentimento de satisfação face à vida e ter autonomia comunicacional**

P14*P24.2.3	Não tem dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	n=
Insatisfeito	81,5	18,5	0,0	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	73,3	20,0	6,7	15
Satisfeito	86,4	13,6	0,0	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.2.3

**Sentimento de satisfação face à vida e utilização de telemóvel**

P14*P24.2.4	Sim, sem ajuda	Com alguma ajuda	Não	n=
Insatisfeito	85,2	7,4	7,4	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	80,0	6,7	13,3	15
Satisfeito	86,4	0,0	13,6	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.2.4

**Sentimento de satisfação face à vida e mobilidade – conseguir subir e descer escadas**

P14*P24.3.1	Sim	Com dificuldade	Não	n=
Insatisfeito	40,7	55,6	3,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	46,7	40,0	13,3	15
Satisfeito	45,5	45,5	9,1	22

Qui-quadrado = 7,666; p = ,022; V. Cramer = ,346

Fonte: Inquérito P14 \* P24.3.1

**Sentimento de satisfação face à vida e mobilidade – ter caído no último ano**

P14*P24.3.2	Não	Uma vez	Duas ou mais	n=
Insatisfeito	63,0	14,8	22,2	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	40,0	33,3	26,7	15
Satisfeito	59,1	9,1	31,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.3.2

**Sentimento de satisfação face à vida e mobilidade – conseguir andar no exterior**

P14*P24.3.3	Sim, sem ajuda	Com dificuldade ou alguma ajuda	n=
Insatisfeito	51,9	48,1	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	60,0	40,0	15
Satisfeito	63,6	36,4	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.3.3

**Sentimento de satisfação face à vida e mobilidade – ir às compras**

P14*P24.3.4	Sim (trata de todas as compras)	Com alguma ajuda, alguém tem de acompanhar	Não	Não se aplica	n=
Insatisfeito	44,4	29,6	14,8	11,1	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	40,0	26,7	20,0	13,3	15
Satisfeito	43,8	25,0	20,3	10,9	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.3.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – atividades pesadas**

P14*P24.4	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	14,8	85,2	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	14,3	85,7	15
Satisfeito	9,1	90,9	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – atividades moderadas**

P14*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	14,8	48,1	37,0	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	13,3	40,0	46,7	15
Satisfeito	22,7	31,8	45,5	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – compras de mercearia**

P14*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	14,8	51,9	33,3	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	20,0	40,0	40,0	15
Satisfeito	22,7	40,9	36,4	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – subir lanços de escada**

P14*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	11,1	66,7	22,2	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	13,3	53,3	33,3	15
Satisfeito	22,7	45,5	31,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – andar a pé distâncias consideráveis**

P14*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	11,1	44,4	44,4	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	20,0	33,3	46,7	15
Satisfeito	22,7	40,9	36,4	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – tomar banho sozinho**

P9*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	59,3	37,0	3,7	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	53,3	26,7	20,0	15
Satisfeito	50,0	31,8	18,2	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – vestir-se sozinho**

P14*P24.4	Nada limitado	Mais ou menos limitado	Totalmente limitado	n=
Insatisfeito	59,3	40,7	0,0	27
Nem satisfeito nem insatisfeito	53,3	33,3	13,3	15
Satisfeito	59,1	31,8	9,1	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P24.4

**Sentimento de satisfação face à vida e limitações no dia a dia – medicação permanente**

P14*P24.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	92,6	7,4	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	95,5	4,5	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P24.5

**Anexo D – 10: Associação das variáveis – sentimentos de (in)satisfação face à vida, em geral e condições de habitação**

**Sentimento de satisfação face à vida e elevados gastos com a habitação**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	14,8	22,2	63,0	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	13,3	40,0	46,7	15
Satisfeito	27,3	22,7	50,0	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e ter conforto habitacional**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	22,2	37,0	40,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	60,0	40,0	15
Satisfeito	9,1	40,9	50,0	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e habitação oferecer proteção contra as condições atmosféricas**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	29,6	3,7	66,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	40,0	0,0	60,0	15
Satisfeito	18,2	9,1	72,7	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e habitação ser bem iluminada**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	3,7	11,1	85,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	13,3	0,0	86,7	15
Satisfeito	13,6	9,1	77,3	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e habitação isolar os ruídos exteriores**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	44,4	14,8	40,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	73,3	13,3	13,3	15
Satisfeito	63,6	4,5	31,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e ter acumulação de humidade na habitação**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	18,5	0,0	81,5	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	20,0	6,7	73,3	15
Satisfeito	36,4	9,1	54,5	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e ter problemas com pragas na habitação**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	81,5	3,7	14,8	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	73,3	20,2	6,7	15
Satisfeito	77,3	4,5	18,2	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e ambiente interior tranquilo**

P14*P23	Falso	Nem verdadeiro nem falso	Verdadeiro	n=
Insatisfeito	7,4	7,4	85,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6,7	26,7	66,7	15
Satisfeito	4,5	0,0	95,5	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23

**Sentimento de satisfação face à vida e ter água canalizada**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	96,3	3,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	100,0	0,0	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter gás butano/propano**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	48,1	51,9	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	40,0	60,0	15
Satisfeito	50,0	50,0	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter sanita**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	70,4	29,6	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	86,7	13,3	15
Satisfeito	81,8	18,2	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter sanita comum no exterior**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	29,6	70,4	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	13,3	86,7	15
Satisfeito	18,2	81,8	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter banheira ou chuveiro**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	59,3	40,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	86,7	13,3	15
Satisfeito	81,8	18,2	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter chuveiro no exterior**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	29,6	70,4	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	13,3	86,7	15
Satisfeito	9,1	90,9	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter frigorífico**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	85,2	14,8	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	100,0	0,0	22

p ≥ ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter fogão**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	88,9	11,1	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	100,0	0,0	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter esquentador/cilindro ou caldeira**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	77,8	22,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	90,9	9,1	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter máquina de lavar roupa**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	63,0	37,0	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	93,3	6,7	15
Satisfeito	68,2	31,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter máquina de lavar a loiça**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	14,8	85,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	100,0	15
Satisfeito	18,2	81,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter micro-ondas**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	77,8	22,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	81,8	18,2	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter televisão**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	92,6	7,4	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	95,5	4,5	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter rádio**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	88,9	11,1	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	80,0	20,0	15
Satisfeito	72,7	27,3	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter telefone**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	74,1	25,9	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	93,3	6,7	15
Satisfeito	90,9	9,1	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter computador**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	14,8	85,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6,7	93,3	15
Satisfeito	18,2	81,8	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter aquecimento**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	25,9	74,1	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6,7	93,3	15
Satisfeito	31,8	68,2	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter lareira**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	0,0	100,0	7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	100,0	1
Satisfeito	12,5	87,5	8

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter aquecimento elétrico**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	85,7	14,3	7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	1
Satisfeito	85,7	14,3	7

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e ter aquecimento central**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	14,3	87,7	7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	100,0	1
Satisfeito	0,0	100,0	7

p > ,05 Fonte: Inquérito P14 \* P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e aquecimento ser suficiente para todas as divisões da habitação**

P14*P23.5	Sim	Não	n=
Insatisfeito	28,6	71,4	7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	100,0	1
Satisfeito	42,9	57,1	7

p > ,05 Fonte: Inquérito P14\*P23.5

**Sentimento de satisfação face à vida e elevadores com manutenção em dia**

P14*P23.9	Sim	Não se aplica	n=
Insatisfeito	7,4	92,6	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	100,0	15
Satisfeito	4,5	95,5	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e extintores estarem carregados e revistos, dentro dos prazos de validade**

P14*P23.9	Sim	Não	Não se aplica	Não sabe	n=
Insatisfeito	3,7	3,7	85,2	7,4	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	6,7	93,3	0,0	15
Satisfeito	4,5	13,6	81,8	0,0	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e existência de planos de fuga de emergência**

P14*P23.9	Sim	Não	Não se aplica	Não sabe	n=
Insatisfeito	7,4	77,8	14,8	0,0	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	0,0	86,7	13,3	0,0	15
Satisfeito	0,0	86,4	9,1	4,5	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e extintores estarem carregados e existência de obstáculos nas zonas de passagem**

P14*P23.9	Sim	Não	n=
Insatisfeito	77,8	22,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	73,3	26,7	15
Satisfeito	68,2	31,8	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e cabos elétricos em boas condições e sem danos**

P14*P23.9	Sim	Não	n=
Insatisfeito	96,3	3,7	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	100,0	0,0	15
Satisfeito	95,5	4,5	22

p > ,05 Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e piso da habitação**

P14*P23.9	Sim	Não	n=
Insatisfeito	85,2	14,8	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	86,7	13,3	15
Satisfeito	77,3	22,7	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e pavimento completo e em boas condições**

P14*P23.9	Sim	Não	n=
Insatisfeito	81,5	18,5	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	80,0	20,0	15
Satisfeito	86,4	13,6	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e ter banheira/chuveiro com superfícies antiderrapantes**

P14*P23.9	Sim	Não	Não se aplica	n=
Insatisfeito	55,6	29,6	14,8	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	80,0	20,0	0,0	15
Satisfeito	68,2	22,7	9,1	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e ter banheira/chuveiro com barras de apoio**

P14*P23.9	Sim	Não	Não se aplica	n=
Insatisfeito	22,2	63,0	14,8	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	20,0	80,0	0,0	15
Satisfeito	18,2	72,7	9,1	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e degraus planos e nivelados**

P14*P23.9	Sim	Não	Não se aplica	n=
Insatisfeito	51,9	25,9	22,2	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	93,3	0,0	6,7	15
Satisfeito	63,6	22,7	13,6	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14\*P23.9

**Sentimento de satisfação face à vida e ter escadas com corrimões seguros em ambos os lados**

P14*P23.9	Sim	Não	Não se aplica	n=
Insatisfeito	11,1	70,4	18,5	27
Nem satisfeito, nem insatisfeito	33,3	60,0	6,7	15
Satisfeito	27,3	59,1	13,6	22

p &gt; ,05

Fonte: Inquérito P14\*P23.9