



CENTRO DE COMPETÊNCIA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Ciências da Educação

*ENVELHECIMENTO ACTIVO: UM DESAFIO PARA OS
IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS*

Dissertação apresentada à Universidade da Madeira para obtenção do grau de Mestre
em Ciências da Educação - Área de Educação Sénior

Por

Ana Paula de Freitas Teixeira Catanho

Sob a orientação de

Prof. Doutora Alice Maria Justa Ferreira Mendonça

Funchal 2011

Dedicatória

Ao Tomás, ao Assis e ao Fernando,
Pelos momentos de ausência,
Pelas brincadeiras furtadas,
Pela compreensão e apoio.

Agradecimentos

Quero deixar os meus agradecimentos a todas os docentes que ministraram este mestrado e às pessoas que directa ou indirectamente me ajudaram e incentivaram a concretizar este estudo, salientando algumas delas.

À Professora Doutora Alice Mendonça, orientadora desta investigação, pela motivação, pela disponibilidade e pelo apoio prestados.

Ao meu marido, Fernando, e aos meus filhos, João Tomás e Diogo Assis, pela compreensão, pela afectuosidade e pelo incentivo demonstrados.

Aos idosos que participaram na investigação pela informação facultada, e às suas famílias porque os incentivaram a participar tornando assim possível a realização deste estudo.

Aos amigos e colegas que frequentaram o curso.

A todos, o meu sincero agradecimento.

Resumo

Perante o progressivo envelhecimento da sociedade e o aumento da longevidade as questões relativas ao *envelhecimento* adquiriram um maior interesse e uma maior preocupação. Consequentemente, emergiu a política social do *envelhecimento* que pretende que os idosos sejam activos, ou seja, que participem nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas.

Neste sentido, esta investigação pretende aferir o modo como os idosos não institucionalizados do concelho de São Vicente vivem o seu quotidiano e se o seu *envelhecimento* se enquadra no conceito de *envelhecimento activo*.

Para isso, utilizámos simultaneamente os métodos quantitativo e qualitativo e recorremos às técnicas de inquérito por questionário e à entrevista. Como estratégia de pesquisa realizámos o estudo de caso onde participaram 12 idosos (6 homens e 6 mulheres). De forma a abranger os vários contextos sociais neste conjunto de indivíduos incluímos casais, viúvos que vivem sozinhos e ainda idosos que vivem acompanhados.

Na globalidade deste estudo podemos concluir que o *envelhecimento activo* é um desafio para os idosos porque apesar destes se considerarem activos, pois ainda gozam de autonomia física e dedicam-se a actividades de lazer, não se enquadram na definição de *envelhecimento activo*.

Palavras-Chave: idosos, envelhecimento activo, residência, tempos livres

Abstract

Owing to the society progressive ageing and the increase of longevity the issues related to *ageing* acquired a privileged interest and preoccupation. Therefore, some social politics concerning to *ageing* emerged to offer an *active ageing* to elderly people, meaning, that they should participate in social, economical, spiritual and civic issues.

Consequently, this researched project aims to determine how elderly people resident in community from São Vicente´s Municipality live their daily life and if their *ageing* encloses in the concept of *active ageing*.

In view of that, it was used a qualitative and quantitative method applying as techniques the inquiry by questionnaire and the interview. As a research strategy it was used the case study that included 12 elderly people (6 male and 6 female). This group of people enclosed married, widows living alone and old people living accompanied in order to enfold the different social context.

In a global view, we can infer from this investigation that *active ageing* is a challenge to elderly people because in spite of considering themselves active due to their physical autonomy and participation in leisure activities they do not enclose in the whole concept of *active ageing*.

Key-words: elderly people, active ageing, residence, leisure time

Résumé

Face au progressif vieillissement de la société et à l'augmentation de la longévité les questions relatives au *vieillissement* ont acquis un plus grand intérêt et une plus grande préoccupation. Conséquemment, la politique sociale du *vieillissement* est née dont l'objectif est rendre les plus âgés actives, c'est-à-dire, les amener à participer dans les questions sociales, économiques, culturelles, spirituelles et civiques.

Subséquemment, cette investigation vise connaître la façon dans laquelle les anciens non institutionnalisés de la municipalité de São Vicente vivent leur quotidien et si leur *vieillesse* s'ajuste à la notion de *vieillesse active*.

Ainsi, on a utilisé la méthode quantitative et qualitative et on a fait recours aux techniques de l'interview et des enquêtes par questionnaire. Comme stratégie de recherche on a utilisé l'étude de cas dont il y a participé 12 seniors (6 hommes et 6 femmes). Dans cet ensemble d'individus sont inclus des couples, veuves qui vivent seuls et encore vieux qui habitent accompagnés de façon à enfermer les divers contextes sociaux.

Dans l'ensemble de cette investigation on peut conclure que le *vieillesse active* est un défi pour les vieux parce que en dépit de se considérer actifs, à cause de leur autonomie physique et de leur dévouement aux loisirs, ces seniors ne s'adaptent pas à la définition de *vieillesse active*.

Mots-clés : vieux, vieillissement actif, résidence, loisirs

Resumen

Ante el progresivo envejecimiento de la sociedad y el aumento de la longevidad cuestiones relativas al envejecimiento han adquirido un mayor interés y una mayor preocupación. Por lo tanto, se desprendió de la política social de la tercera edad, que apunta a que los ancianos son los activos, es decir, que participan en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y de las libertades civiles.

En este sentido, esta investigación pretende medir cómo los ancianos no institucionalizados en el municipio de São Vicente viven su vida cotidiana y si su envejecimiento se encuadra en el concepto de envejecimiento activo.

Por esta razón, se utilizó el método cuantitativo y cualitativo y utilizamos las técnicas de encuesta mediante cuestionario y entrevista. Como estrategia de investigación usamos el estudio de caso en donde participaron 12 ancianos (6 hombres 6 mujeres). En este conjunto de individuos que forman parte las parejas, las viudas que viven solas y incluso los ancianos que viven juntos, como forma de cubrir todos los diferentes contextos sociales.

Como resultado de este estudio, podemos concluir que el envejecimiento activo es un desafío para las personas de edad avanzada porque a pesar de que éstos se consideren activos, pues todavía disfrutaban de autonomía física y están dedicados a las actividades de ocio, no encajan en la definición del envejecimiento activo.

Palabras clave: ancianos, el envejecimiento activo, residencia, tiempo libre

Índice Geral

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Résumé.....	vii
Resumen.....	viii
Índice Geral.....	ix
Índice de Gráficos	xi
Índice de Figuras	xiii
Siglas e Abreviaturas Utilizadas	xiv
Introdução	15
CAPÍTULO I.....	18
1. Uma sociedade envelhecida	19
1.1. Os seniores: questões sociais.....	19
1.2. Objectivos da investigação.....	20
1.3. Questões de investigação	21
1.4. Envelhecimento activo: nova necessidade social.....	21
1.5- Caracterização demográfica do concelho de São Vicente	22
1.6- Instituições de acolhimento sénior em São Vicente.....	25
CAPÍTULO II	28
2. Envelhecimento.....	29
2.1. Envelhecimento: resenha histórica.....	29
2.2. O Envelhecimento e o Idoso	31
2.2.1- Senescência e Senilidade	31
2.2.2- Teorias biológicas do envelhecimento	34
2.2.3- Teorias psicossociais do envelhecimento	39
2.2.4- O idoso: conceito e estereótipo	42
2.3- Envelhecimento activo.....	45
2.3.1- Determinantes do envelhecimento	47
CAPÍTULO III.....	73
3. Investigação empírica.....	74
3.1. Natureza do estudo.....	74

3.2. Os instrumentos de recolha de dados	76
3.3. A análise dos dados	81
3.4.Caracterização do local da pesquisa.....	82
3.4.1-São Vicente	83
3.4.2- Ponta Delgada	83
3.4.3- Boaventura	84
3.5.Caracterização dos sujeitos estudados.....	84
3.6. As limitações do estudo.....	85
CAPÍTULO IV	86
4.Apresentação e Interpretação de dados	87
4.1.Questionários	87
4.1.1.Dados pessoais	87
4.1.2.Redes sociais	92
4.1.3.Autonomia física	97
4.1.4.Expectativas de vida futura	101
4.2.Entrevistas	106
4.3.Interpretação dos dados	110
Considerações Finais	114
Recomendações	120
Bibliografia	121
Revistas	126
Jornais	127
Webgrafia	127
Dissertações	129
Decreto Legislativo	129
Dicionário	129
Outros documentos	129
Anexos	130
CD:	130
-Dissertação em suporte digital;	130
- Inquéritos;	130
-Entrevistas;.....	130
-Análise de conteúdo às entrevistas.....	130

Índice de Gráficos

Gráfico 1-Evolução das Pirâmides de idades no concelho de São Vicente, no período de 1991-2001.....	23
Gráfico 2- Idade e género dos inquiridos	88
Gráfico 3- Habilitações Literárias dos homens	88
Gráfico 4- Habilitações Literárias das mulheres	89
Gráfico 5- Profissão exercida pelos homens antes da reforma.....	89
Gráfico 6- Profissão exercida pelas mulheres antes da reforma.....	90
Gráfico 7- Idade da Reforma segundo o género.....	90
Gráfico 8- Rendimentos dos idosos	91
Gráfico 9- Rede de relações sociais dos idosos.....	93
Gráfico 10- Periodicidade dos contactos sociais estabelecidos pelos homens	93
Gráfico 11- Periodicidade dos contactos sociais estabelecidos pelas mulheres	94
Gráfico 12- Actividades de lazer praticadas actualmente pelos idosos, segundo o género.....	94
Gráfico 13- Participação dos idosos em actividades sociais	95
Gráfico 14 - Participação dos idosos em actividades culturais	96
Gráfico 15-Actividades Básicas da Vida Diária desenvolvidas sem ajuda pelos idosos	99
Gráfico 16- Actividades Instrumentais da Vida Diária realizadas sem ajuda pelos idosos	99
Gráfico 17- Actividade Física praticada pelos idosos	100
Gráfico 18- Motivos para continuar a residir na sua casa	101
Gráfico 19- Actividades que os idosos gostariam de realizar	102
Gráfico 20- Actividades que as idosas reformadas gostariam de realizar	103
Gráfico 21- Actividades que os idosos do sexo feminino reformadas gostariam de realizar....	103
Gráfico 22- Usufruto de envelhecimento activo	104
Gráfico 23- Características do envelhecimento activo, segundo os inquiridos	106

Índice de Quadros

Quadro 1- Esperança média de vida à nascença segundo o sexo, na RAM e em Portugal	24
Quadro 2-Evolução da população do concelho de São Vicente, segundo os grupos etários, no período de 1991-2001	24
Quadro 3- Tipo de instituição e número de utentes institucionalizados segundo o sexo, no concelho de São Vicente, em 2007	26
Quadro 4- Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico	37
Quadro 5- Modificações Fisiológicas do Envelhecimento.....	39
Quadro 6- Teorias do Envelhecimento Psicossocial	41
Quadro 7- Papéis Sociais Activos das Pessoas Idosas na Sociedade	61
Quadro 8- Dimensões da necessidade de se ocupar com vista à auto-realização.....	63
Quadro 9-Distribuição dos inquiridos segundo o contexto familiar, o género e a freguesia de residência	87
Quadro 10- Motivo da reforma, segundo o sexo.....	91
Quadro 11- Valor da reforma, segundo o sexo	92
Quadro 12- Contextualização familiar dos idosos	92
Quadro 13- Actividades sociais desenvolvidas, segundo o género	95
Quadro 14- Motivos da não participação em actividades culturais	97
Quadro 15- Problemas de saúde indicados pelos idosos de cada sexo.....	97
Quadro 16- Vantagens em residir na própria casa, segundo os idosos	101
Quadro 17- Opinião dos idosos relativamente ao usufruto de um envelhecimento activo.....	104

Índice de Figuras

Figura 1-Determinantes do envelhecimento activo.....	47
Figura 2- Estrutura do envelhecimento activo	51

Siglas e Abreviaturas Utilizadas

ABVD- Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD- Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

Ed. – Edição

Hab.- Habitante

Km- Kilómetro

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

RAM- Região Autónoma da Madeira

RRCCI- Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

TIC- Tecnologias de Informação e Comunicação

TV- Televisão

WHO- World Health Organization

Introdução

“Envelhecer é, também, aceitar o inaceitável, isto é, a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a mutilação, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte.” (Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:165)

O progressivo envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade da população, aliados à necessidade de proporcionar uma boa qualidade de vida aos idosos, através do *envelhecimento activo*, são factores que estão na origem do tema deste trabalho de investigação: *Envelhecimento activo: um desafio para os idosos não institucionalizados*.

Assim, devido ao crescimento do ciclo vital e à estimativa de que em 2050 os idosos constituam 57,44% da população total (Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor - 2009-2013:13) o paradigma do envelhecimento está a sofrer alterações, pois já não pressupõe inevitavelmente a perda e deterioração intelectual (Trilla, 2004). Consequentemente, emergem políticas sociais de *envelhecimento activo* que pretendem proporcionar aos idosos o usufruto de uma vida com qualidade porque “aceitar o envelhecimento, assumi-lo nas suas grandezas e misérias, viver com ele, é provavelmente a maior tarefa que o homem enfrenta” (Ermida, in AAVV, 1999:50).

No entanto, uma vez que a preocupação em propiciar aos idosos um *envelhecimento activo* recai predominantemente sobre a população sénior institucionalizada, sentimos a necessidade de conhecer as actividades e o estilo de vida dos seniores que vivem na própria residência.

Assim sendo, esta investigação utiliza simultaneamente os métodos qualitativo e quantitativo e recorre ao estudo de caso utilizando como instrumentos de recolha de dados o inquérito por questionário e a entrevista. Esta recolha de dados recai sobre 12 idosos, seis do sexo masculino e seis do sexo feminino, e tem como objectivo geral:

Averiguar os hábitos de vida dos seniores não institucionalizados no concelho de São Vicente.

Porém, com o intuito de conseguirmos determinar de modo mais sólido esta questão, traçamos os seguintes objectivos específicos que servem simultaneamente de fio condutor:

1. Reconhecer os factores que motivam os idosos a permanecer nas suas residências;
2. Conhecer os seus hábitos e expectativas relativamente à ocupação de tempos livres;
3. Identificar as vantagens e/ou desvantagens da permanência dos idosos nas suas habitações;
4. Saber de que modo a permanência dos idosos nas suas residências pode ser considerada “envelhecimento activo”.

No sentido de obtermos resposta aos objectivos supramencionados foram elaboradas questões, nomeadamente:

1. Quais as razões que levam os idosos do concelho de São Vicente a permanecer nas suas residências?
2. Como ocupam os seus tempos livres?
3. Que tipo de actividades é que estes seniores gostariam de realizar?
4. Quais os factores determinantes (género, condições socioeconómicas, habilitações literárias, factores sociais, comportamentais, ambientais e pessoais) do *envelhecimento activo*?
5. Os idosos não institucionalizados, do concelho de São Vicente, gozam de um *envelhecimento activo*?

Posto isto, aludimos para a estrutura formal pela qual se rege este trabalho de investigação.

No primeiro capítulo é realizada uma abordagem ao *envelhecimento* através de uma resenha histórica que vem corroborar a visão estereotipada desta etapa de vida e que nos encaminha para a percepção de patologias e incapacidades a diversos níveis.

No segundo item deste capítulo são aclarados alguns conceitos de forma a guiar o leitor e a tornar o texto mais perceptível pois os estereótipos reflectem a cultura das sociedades. Além disso, são explanados os benefícios do *envelhecimento activo*, os factores que o determinam e as consequências que advêm da institucionalização dos seniores.

Os objectivos deste trabalho inserem-se no segundo capítulo, bem como a identificação das questões de investigação, a justificação e a relevância do tema.

O terceiro capítulo remete para as opções metodológicas. Assim, apesar de este estudo ter uma natureza simultaneamente qualitativa e quantitativa o método utilizado é essencialmente qualitativo. Os instrumentos de pesquisa utilizados são o inquérito por questionário e a entrevista.

A natureza e o local do estudo, o número e o género dos idosos participantes, os cuidados éticos e as limitações do estudo integram também o capítulo acima referido.

No quarto capítulo encontra-se a apresentação e análise dos dados cujo objectivo consiste em “examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou, do contrário, recombinar as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo” (Yin, 2005:137). Efectuou-se a sua triangulação porquanto possibilita não só cruzar a informação “tendo em vista a corroboração do mesmo fato ou fenómeno” (idem:126), mas também tornar a investigação mais acurada e válida.

A anteceder o último capítulo, baseados na recolha de dados e no seu confronto apresentamos de forma sucinta e clara as principais conclusões da investigação.

A finalizar tecemos algumas recomendações e efectuámos sugestões para uma investigação futura no âmbito do *envelhecimento activo*.

CAPÍTULO I

1. Uma sociedade envelhecida

1.1. Os seniores: questões sociais

Perante as diversas transformações que ocorreram na sociedade, particularmente o aumento da longevidade e o conseqüente envelhecimento demográfico, pretende-se que os idosos usufruam de um *envelhecimento activo* e com qualidade, isto é, que participem activamente nas questões sociais e que gozem de bem-estar físico, mental e social.

Nesse sentido, foram elaboradas políticas sociais que enveredam pela emergência de instituições onde os idosos possam permanecer, com carácter institucional, sendo que se considera “haver institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família” (Jacob, 2008:16).

Contudo, é impreterível não esquecer que nem todos os idosos usufruem desta política social pois muitos encontram-se fora das instituições e apenas continuam a fruir de um envelhecimento com qualidade e dignidade porque continuaram a ser autónomos e independentes nesta etapa do ciclo de vida (World Health Organization, 2008).

De acordo com Rasmussen (in AAVV, 1997a:22) “seria uma evolução gratificante se a longevidade fosse associada com mais longa vida [e] com boa saúde”.

Por seu turno, a OMS (Organização Mundial de Saúde) defende que “saúde para todos significa: não apenas acrescentar anos à vida, mas vida aos anos” (Rasmussen, *ibidem*). Nesta óptica a longevidade evitaria encargos económicos ao Estado, no que diz respeito aos cuidados de saúde, às pensões e aos serviços acrescidos. Conseqüentemente, a adopção da prática de um *envelhecimento activo* pretende não só atenuar esses encargos, mas também proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos pois

“se por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e de saúde, o envelhecimento como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedade do presente e do futuro” (Berquó, in AAVV, 1996:32)

Visto que a institucionalização constitui o último recurso para o idoso, a política social pretende “incentivar a pessoa idosa a permanecer no seu ambiente habitual sempre que seja possível” (Arca, in Osório e Pinto, 2007:275) porque as investigações demonstraram que os seniores “envelhecem melhor no seu espaço natural de residência” (idem:279).

Assim sendo, numa sociedade cada vez mais envelhecida pretendemos saber de que forma os idosos não institucionalizados vivem o seu envelhecimento e determinar se o seu modo de vida se constitui como *envelhecimento activo*. Daí o surgimento deste estudo que tem como título “*Envelhecimento activo: um desafio para os idosos não institucionalizados*”.

1.2. Objectivos da investigação

O envelhecimento activo “in all countries, and in developing countries in particular, measures to help older people remain healthy and active are a necessity, not a luxury” (WHO, 2008:6).

Sobre esta temática a WHO acrescenta que “active ageing aims to extend healthy life expectancy and quality of life for all people as they age, including those who are frail, disabled and in need of care” (idem:12).

Desta forma, e tendo em consideração o título deste estudo o objectivo geral do mesmo consistiu em:

1. Averiguar os hábitos de vida da população sénior não institucionalizada no concelho de São Vicente.

Para atingir tal intuito foram traçados, como linha de orientação, os seguintes objectivos específicos:

1. Reconhecer os factores que motivam os idosos a permanecer nas suas residências;
2. Conhecer os seus hábitos e expectativas relativamente à ocupação de tempos livres;
3. Identificar as vantagens e/ou desvantagens da permanência dos idosos nas suas habitações;

4. Saber de que modo a permanência dos idosos nas suas residências pode ser considerada “envelhecimento activo”.

Definidos os objectivos deste estudo iremos dar a conhecer, no subcapítulo subsequente, as questões de investigação.

1.3. Questões de investigação

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998:31) “uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”.

Assim sendo, foram colocadas algumas questões que, paulatinamente, ajudaram a percorrer esta investigação.

1. Quais as razões que levam os idosos do concelho de São Vicente a permanecer nas suas residências?
2. Quais são as características (género, condições socioeconómicas, habilitações literárias, factores sociais, comportamentais, ambientais e pessoais) dos seniores que permanecem nas suas residências?
3. Como ocupam os seus tempos livres?
4. Que tipo de actividades é que estes seniores gostariam de realizar?
5. Estes idosos usufruem de um *envelhecimento activo*?

As questões de investigação permitem delimitar o tema do estudo e possibilitam um maior pragmatismo, ou seja, guiam o investigador no percurso da pesquisa.

1.4. Envelhecimento activo: nova necessidade social

Os temas do *envelhecimento* e do *envelhecimento activo* têm merecido uma preocupação crescente porque a nossa sociedade apresenta uma estrutura etária cada vez mais envelhecida.

Esta alteração do tecido demográfico tem-se manifestado não só a nível regional mas também a nível mundial. Por isso é imprescindível a adopção de uma *política de*

envelhecimento activo porquanto este modelo se reveste de aspectos positivos, onde se destacam o aumento da qualidade de vida; o decréscimo de incapacidades que estão associadas às doenças crónicas na velhice; o aumento de seniores na participação activa da vida social, cultural, económica e política, bem como a sua participação em serviços remunerados ou não remunerados, em voluntariado e no apoio a familiares (WHO, 2008).

Além disso, é impreterível não só sensibilizar cada ser humano para a importância do envelhecimento activo, mas também fazer convergir as forças políticas, humanas e sociais no sentido de proporcionarem aos idosos o usufruto de um *envelhecimento activo*. A promoção de um *envelhecimento activo* é da responsabilidade da sociedade e não apenas do indivíduo embora este seja responsável pela forma como envelhece. Assim,

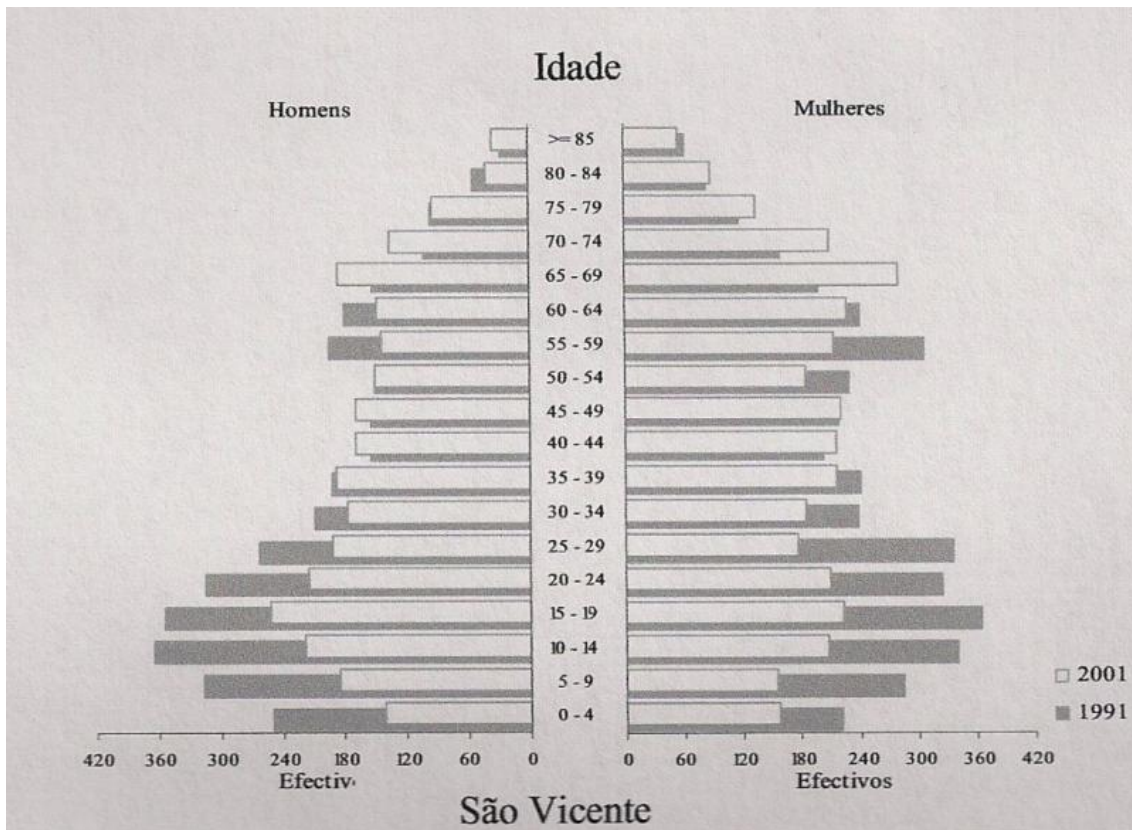
“cada homem tem de tomar consciência de que tem uma quota parte muito importante de responsabilidade por este processo, de que poderá mesmo aprender a conquistar maior longevidade, melhor qualidade de vida, passar mais tarde para a quarta idade, ser mais feliz neste período e que tal dependerá também do seu curso de vida” (Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor -2009-2013, s/d:30).

Sendo o *envelhecimento* um tema da actualidade que levanta questões do foro social, reportamo-nos às alterações populacionais que têm ocorrido na Região Autónoma da Madeira e principalmente no concelho de São Vicente, local onde irá decorrer a nossa investigação.

1.5- Caracterização demográfica do concelho de São Vicente

A alteração da estrutura populacional no concelho de São Vicente é notória no Gráfico 1 que apresenta a evolução das pirâmides de idades baseadas nos dados dos Recenseamentos de 1991 e 2001.

Gráfico 1-Evolução das Pirâmides de idades no concelho de São Vicente, no período de 1991-2001



Fonte: Mendonça, 2006:330

Assim, em 2001, a base da pirâmide apresenta uma diminuição da população mais jovem em relação a 1991, enquanto que no topo se assiste a um aumento da população idosa. Nestas duas pirâmides sobrepostas denota-se a diminuição da população jovem, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 0 e os 39 anos.

Quanto aos efectivos a partir dos 65 e até aos 74 anos a tendência geral é para o seu acréscimo. Contudo, nestas faixas etárias os comportamentos entre os sexos diferem porque as mulheres apresentam uma maior longevidade.

Em síntese, estes dois Recenseamentos revelam a tendência de envelhecimento da população, consequência de um aumento da longevidade e do decréscimo da natalidade.

De facto, à parca natalidade, a que temos vindo a assistir, contrapõe-se o aumento da esperança média de vida à nascença, como demonstra o Quadro 1 que teve

por base os valores obtidos nos Recenseamentos de 1991 e 2001 e apresenta um cenário prospectivo para as décadas de 2030 e de 2050.

Quadro 1- Esperança média de vida à nascença segundo o sexo, na RAM e em Portugal

Anos	1991		2001		2030		2050	
	H	M	H	M	H	M	H	M
RAM	67,29	76,82	68,53	77,5	76,52	82,74	78,76	84,52
Portugal	70,57	77,6	73,89	80,37	77,49	83,46	78,97	84,69

Fonte: Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor - 2009-2013, s/d: 31 (adaptado)

É de realçar que a esperança média de vida à nascença tem aumentado em ambos os géneros, embora a das mulheres continue a ser superior à dos homens. Observamos ainda que a longevidade de ambos os sexos continua a aumentar o que se explica sobretudo pela melhoria das condições de vida e pelas intervenções a nível da saúde. No entanto, as projecções oficiais ditam que até ao ano 2050 o sexo feminino vai continuar a apresentar uma maior longevidade porque os homens têm uma vida fisicamente mais exigente do que as mulheres e o nível de cromossomas é diferente entre os dois sexos bem como o comportamento social (Stuart-Hamilton, 2002).

Quadro 2-Evolução da população do concelho de São Vicente, segundo os grupos etários, no período de 1991-2001

Censos	População Total	0-14	15-24	25-64	População ≥65 anos
1991	7695	1776	1357	3509	1053
2001	6198	1065	899	2974	1260
Variação entre 1991 e 2001 em %	-19,5	-40,0	-33,8	-15,2	19,7

Fonte: DRE (on-line)¹

¹ http://estatistica.gov-madeira.pt/DRE_SRPC/IndicadoresEstatisticos/Censos2001/Censosq2.htm
(adaptado)

O Quadro 2 permite-nos constatar que se registou um decréscimo populacional em todos os grupos etários compreendidos entre os 0 e os 64 anos tendência que se acentua principalmente nos indivíduos mais jovens (0-14 anos). Assim, ao longo desta década o cômputo dos indivíduos com 65 ou mais anos foi o único que registou um acréscimo significativo (19,7%) ao longo desta década.

É de referir que, em conformidade com Mendonça (2006) e com os dados da Direcção Regional de Estatística² (DRE), São Vicente é o terceiro concelho da RAM que possui o índice de envelhecimento mais elevado, seguindo-se-lhe Santana e Porto Moniz, respectivamente.

1.6-Instituições de acolhimento sénior em São Vicente

Na sequência deste aumento da população sénior surge a preocupação de promover um *envelhecimento activo* não só aos idosos institucionalizados mas também aos que optam por permanecer nas suas residências.

Segundo Jacob (2007:8) “a grande maioria dos idosos (85%) não está institucionalizada, e convém encontrar formas de promover a animação de idosos que ainda estão activos ou «retidos» em casa por diversas razões”. Contudo, é sempre útil relembrar que a prática do lazer deve ser compreendida “como expressão e desenvolvimento pessoal num vasto grupo social, ou seja, a integração e reintegração do homem como ser social, onde emergem como realmente significativos o direito à escolha e o exercício da liberdade de opção” (Ferrari, in Netto, 1996:105)

O Quadro 3 apresenta o tipo e o número de instituições existentes no concelho de São Vicente bem como o número de utentes que se encontravam institucionalizados, no ano de 2007.

²Direcção Regional de Estatística da Madeira, <http://estatistica.gov-madeira.pt>, acessido a 18-11-2010

Quadro 3- Tipo de instituição e número de utentes institucionalizados segundo o sexo, no concelho de São Vicente, em 2007

Tipo de instituição	Nº Total de instituições	Género dos utentes		Nº Total de utentes
		Masculino	Feminino	
Centros de Convívio	2	3	33	36
Centros de Dia	2	20	40	60
Lares	1	8	18	26
Total	5	31	91	122

Fonte: Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor - 2009-2013, s/d:53-54 (adaptado).

No concelho de São Vicente as instituições de apoio aos seniores são de carácter particular e traduzem-se em dois Centros de Convívio, dois Centros de Dia e um Lar de Idosos.

Dos três tipos de instituições acima referidos apenas o Lar permite a institucionalização permanente dos seniores, visto que nas restantes modalidades/valências os idosos permanecem unicamente durante o dia ou parte deste.

No ano de 2007 essas instituições eram frequentadas apenas por 10,5% dos idosos do concelho, valor bastante reduzido se atentarmos a que o número de habitantes com mais de 64 anos nesta circunscrição perfazia um total de 1157. Acrescente-se que o sexo feminino predominava no usufruto das instituições comparativamente ao sexo masculino factor que habitualmente advém dos estereótipos de género.

Relativamente ao tipo de valência, a taxa de institucionalização dos seniores de ambos os sexos, recai em maioria sobre os Centros de Dia, que são frequentados por 60 idosos, seguidos dos Centros de Convívio, com 36 utentes. A institucionalização no Lar é o recurso menos usual, pois apresenta apenas um total de 26 indivíduos.

Com o intuito de possibilitar aos idosos uma melhor qualidade de vida e a consequente permanência nas respectivas habitações criou-se em 1996³ o Serviço de Ajuda Domiciliária que em 2007 abrangia 13,9% dos seniores deste concelho, o que significa que dos 1157⁴ idosos residentes no concelho de São Vicente apenas 161⁵

³ <http://www2.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.02.01>, acessido a 19-5-2011

⁴ Fonte: Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor, 2009-2013, s/d:51-52

fruíam da Ajuda Domiciliária. Daqui se conclui que a percentagem de idosos a usufruírem deste serviço era também relativamente baixa tendo em conta o volume dos seniores a residir no concelho.

A diminuta percentagem de utentes a requisitar este serviço leva-nos a equacionar hipoteticamente situações como o facto de os idosos viverem com os familiares e usufruírem da sua ajuda, de serem autónomos ou ainda a existência de inibição relativamente à solicitação deste serviço.

Em suma, a alteração do tecido demográfico, quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento, leva ao surgimento de novas políticas sociais para que o idoso seja considerado “um recurso imprescindível da nossa sociedade, [onde] valorizamos o seu legado e queremos cultivar um relacionamento multigeracional, enquanto parte importante do processo de Desenvolvimento Integral de toda a comunidade madeirense” (Jardim, in *Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, Viver melhor 2009-2013*:11). Neste sentido, impõe-se a prática de um *envelhecimento activo* para aumentar a qualidade de vida e a sua fruição, os níveis de autoconfiança, a estimulação intelectual e a sociabilidade, aspectos que proporcionam uma velhice sã.

O *envelhecimento activo* é um conceito que vem rebater a ideia negativista da velhice, porquanto permite proporcionar aos seniores a participação e o envolvimento directo nas questões sociais, económicas e culturais.

De facto a participação activa em actividades de índole diversa é necessária para o equilíbrio e bem-estar dos idosos que se encontram numa fase instável da sua existência.

“ (...) o que mais tem caracterizado o estado de velhice é o não saber o que fazer de seus dias, é estar sempre entre o aborrecido e o melancólico. Esta situação leva o [idoso] a um desequilíbrio social, pois suas relações interpessoais ficam comprometidas, com consequências no aspecto psíquico e até mesmo biológico, podendo colocá-lo em posição de dependência e alheamento. O lazer não é, no entanto, uma fórmula mágica para os desencantos da vida, mas por suas características especiais de espontaneidade, liberalidade e criatividade estabelece o clima e o momento ideal para o [idoso] repensar sua vida, percebendo que é ainda alguém em desenvolvimento e que seu futuro a ele pertence” (Canoas, 1985:11).

⁵ Fonte: ibidem

CAPÍTULO II

2. Envelhecimento

2.1. Envelhecimento: resenha histórica

A temática do envelhecimento remonta não só ao Antigo Testamento mas também aos filósofos "enquanto tema de reflexão e de vivência pessoal" (Paúl, in Paúl e Fonseca, 2005:22).

Em conformidade com Paúl (ob.cit.), Platão⁶ defendia que o envelhecimento é o prolongamento da vida de jovens e de adultos, ou seja, a velhice reflecte o modo como se viveu. Ao invés, Aristóteles⁷ caracterizava a velhice como um estado de senilidade, de deterioração do corpo e do espírito.

Na medicina grega, Hipócrates⁸ referia que o envelhecimento era um fenómeno natural e irreversível e foi pioneiro "a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento" (idem:22). Aconselhava moderação em todas as actividades embora defendesse que os idosos têm capacidades para continuarem nas suas ocupações habituais (Leme, in Netto, 1996).

Da antiga Roma, Marco Túlio Cícero legou-nos um importante documento sobre a velhice, *De Senectute*. Neste documento foram abordados "diversos problemas do envelhecimento como a memória, a perda da capacidade funcional, as alterações dos órgãos dos sentidos, a perda da capacidade de trabalho" (idem:17) que actualmente continuam a ser debatidos pelos gerontólogos.

A medicina romana, representada por Galeno⁹ abarcava a visão aristotélica e hipocrática do envelhecimento, ou seja, considerava a velhice como um processo natural de deterioração do corpo (Paúl, in Paúl e Fonseca, 2005).

Seguindo a evolução histórica relativamente ao envelhecimento e às problemáticas associadas a este processo, nos séculos XVI e XVII, médicos como Luigi Cornaro¹⁰ e Paracelso¹¹ aconselhavam "moderação na alimentação e nas emoções como a chave para a saúde e longevidade" (idem:23). Por seu turno Bacon¹² também

⁶ Filósofo grego que viveu entre 427-347 a.C.

⁷ Filósofo grego que viveu entre 384-322 a.C.

⁸ Médico grego que viveu entre 460-377 a.C.

⁹ Médico romano que viveu entre 131-201 D.C.

¹⁰ Médico veneziano (1470-1566)

¹¹ Médico e químico alemão (1493-1541)

¹² Filósofo inglês (1561-1626)

procurava o elixir da longevidade sugerindo “uma vida regrada em alimentação, exercício e emoções” (ibidem).

O conceito de «envelhecimento positivo», «envelhecimento com sucesso», ou ainda «envelhecimento bem-sucedido», surgiu na década de 1960 e pretendia

“ultrapassar uma visão sobre o envelhecimento centrada em aspectos relacionados com doenças, incapacidades de vária ordem e declínio em geral, substituindo-a por uma abordagem que encara o envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.” (Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005:281)

Os contributos sobre o envelhecimento prolongaram-se pelo século XX emergindo na década de 80 uma proliferação a nível das investigações e publicações, consequência da alteração do tecido demográfico. Este último facto despoletou diversos acontecimentos internacionais, importantes no tratamento da problemática do envelhecimento, tal como podemos constatar mediante a cronologia citada no *Plano Gerontológico da RAM- Viver mais, Viver melhor 2009-2013* (s/d) e infra mencionada:

- 1982 – A ONU cria o Primeiro Plano Mundial para servir de guia às políticas sobre o envelhecimento (Viena de Áustria);
- 1989 – A Carta Social Europeia introduz o reconhecimento de direitos dos idosos;
- 1991 - A ONU aprova os Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas de Idade, decorrente da aplicação do Primeiro Plano;
- 1992 – Decorre no Funchal a Conferência Europeia «As Pessoas Idosas e a Família, Solidariedade entre Gerações»;
- 1993 – O Primeiro Programa Comunitário Europeu a Favor das Pessoas Idosas surge com o intuito de valorizar esta etapa do ciclo de vida;
- 1999 – Consagração do Ano Internacional das Pessoas Idosas «Uma Sociedade para Todas as Idades»;
- 2002 – A II Assembleia Geral da ONU, em Madrid, aprova o II Plano Internacional sobre o Envelhecimento;
- 2002 – O Projecto da OMS «Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde» pretende dar apoio à formulação de planos gerontológicos e de saúde.

Apesar de em 1992 ter decorrido no Funchal uma Conferência Europeia sobre as pessoas idosas, a problemática do envelhecimento em Portugal sofre um novo impulso a partir de 1999 com a consagração do *Ano Internacional dos Idosos* (Paúl, in Paúl e Fonseca, 2005).

Actualmente, a literatura considera o envelhecimento como um processo demográfico e social porque se assiste ao aumento da longevidade, a uma descida da mortalidade e “simultaneamente, [a] uma diminuição da fecundidade” (Osório, in Osório e Pinto, 2007: 23).

2.2. O Envelhecimento e o Idoso

As investigações relacionadas com o *envelhecimento* têm sido uma preocupação crescente numa sociedade onde se destaca o aumento da longevidade dos indivíduos (envelhecimento individual) e o acréscimo do envelhecimento demográfico, ou seja, o aumento da proporção das pessoas mais velhas face à população total.

Consequentemente, torna-se pertinente e fulcral definir os conceitos de *envelhecimento*, *envelhecimento activo* e de *idoso* pois são os aspectos fundamentais em análise neste trabalho de investigação: “*Envelhecimento activo: um desafio para os idosos não institucionalizados*”.

Assim sendo, iniciamos o segundo tópico deste capítulo descortinando a diferença entre *senescência* e *senilidade*.

2.2.1- Senescência e Senilidade

No que concerne ao conceito de *envelhecimento* é impreterível destringir os dois tipos que pode assumir: o *normal* e o *patológico*.

O *envelhecimento normal*, ou *senescência*, constitui um “processo contínuo e irreversível, [que] traz consigo a diminuição física, mental e social consequente das alterações estruturais e funcionais que [o sénior] experimenta no corpo e na mente. E que não podendo ser evitadas podem ser minimizadas e proteladas” (Ermida, in AAVV, 1999:50).

Em contrapartida, o *envelhecimento patológico* ou *senilidade* está associado às enfermidades inerentes a esta faixa etária onde ocorre “degenerescência associada a

doenças crónicas, a doenças e síndromes típicas da velhice e à desorganização biológica que pode acometer os idosos” (Neri, 1993:34).

Além dos conceitos acima referidos (senescência e senilidade), Neri (ob.cit:34) considera também a existência de *velhice ótima*, ou seja, aquela que tem “como fonte de referência algum estado ideal de bem-estar pessoal e social.” Contudo, acrescenta que teoricamente é difícil separar este conceito dos dois anteriores porque as diferenças entre eles são ténues e afirma que o mais importante é ter consciência que a “velhice não é sinónimo de doença” (ibidem; Berger, 1995:124).

Em conformidade com Simões (2006) existem diferentes modelos de envelhecimento positivo, nomeadamente, *envelhecimento bem sucedido*, *envelhecimento produtivo* e *envelhecimento consciente*.

O *envelhecimento bem sucedido* está relacionado com “o conjunto de factores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental” (idem:141). Neste tipo de envelhecimento ressaltam três características, nomeadamente, o facto de o idoso possuir um reduzido risco de doenças ou incapacidades relacionadas com a idade; possuir um funcionamento físico e mental elevado e, finalmente, estar inserido activamente na vida. Assim sendo, o *envelhecimento bem sucedido*

“assenta no princípio de que é possível e desejável uma velhice saudável [porque] ao contrário do estereótipo comum, que descreve as pessoas idosas como sendo frágeis e doentes, parte-se do pressuposto de que muitas doenças se podem prevenir e de que os riscos das mesmas se podem reduzir substancialmente” (ibidem).

O autor adita que para prevenir tais doenças o idoso tem de possuir boa forma física e mental. Considera a prática regular de exercício físico extremamente importante porque

“para além dos efeitos de nível psíquico, como o aumento da auto-estima e da autoconfiança, são numerosíssimos os benefícios a nível físico, dos quais se destacam a diminuição de mortes por doenças cardíacas, menores riscos de diabetes e de cancro do cólon [e] a prevenção da tensão arterial” (idem:142)

A terceira característica deste modelo de envelhecimento positivo consiste em estar activo socialmente, o que requer a existência de uma rede de relações sociais por parte do idoso. O facto de se ter amigos fomenta um sentimento de felicidade.

A designação de *envelhecimento produtivo* teve origem numa Conferência realizada em Salisburgo, em 1982, embora este seja um conceito muito polémico devido à diversidade de definições que o termo «produtivo» acarreta. Contudo, uma das definições mais conceituadas e citadas é a de Bass, Caro e Chen que enquadram no conceito de *envelhecimento produtivo* “todo o tipo de actividades que contribui para produzir bens e serviços, ou que desenvolve a capacidade para os produzir, sejam remuneradas ou não essas actividades” (ob. cit:144).

Neste sentido, a produtividade na velhice aponta para duas dimensões: económica e psicológica. Da componente psicológica fazem parte as actividades que promovem a saúde física e mental.

Por último, e em conformidade com Simões (idem:140) o *envelhecimento consciente* “revela a dimensão espiritual, [que] reconhece a realização máxima do indivíduo”

Em gerontologia¹³ o envelhecimento abarca quatro aspectos que embora relacionados são distintos: físico, psicológico, comportamental e social. O *envelhecimento físico* pressupõe a perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar enquanto o *envelhecimento psicológico* incide na transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afectiva do indivíduo. O *envelhecimento comportamental*, além de comportar as modificações pré-citadas, surge enquadrado num determinado meio e reagrupa as aptidões, as expectativas, as motivações, a auto-imagem, os papéis sociais, a personalidade e a adaptação. Quanto ao *contexto social do envelhecimento* varia de sociedade para sociedade e é fruto da influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro. Este aspecto diz respeito à saúde, ao rendimento económico, ao trabalho, ao lazer, à família, etc. (Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

¹³ A gerontologia é uma ciência recente que designa o estudo do processo do envelhecimento sob todos os aspectos

A crescente preocupação sobre o processo de envelhecimento despoletou a emergência de várias teorias, a nível biológico, psicológico e social, de onde é possível extrair algumas causas pelas quais se envelhece e morre.

No subcapítulo subsequente serão abordadas as teorias biológicas do envelhecimento.

2.2.2-Teorias biológicas do envelhecimento

Para os biólogos o envelhecimento caracteriza-se por “uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo” (Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:99). Com o intuito de explicar essas mudanças foram elaboradas diversas teorias sobre o envelhecimento, nomeadamente:

- Teoria imunitária;
- Teoria genética;
- Teoria do erro na síntese proteica;
- Teoria do desgaste;
- Teoria dos radicais livres;
- Teoria neuro-endócrina.

No sentido de compreender melhor cada uma destas teorias, passamos a definir, sucintamente, cada uma delas.

2.2.2.1-Teoria Imunitária

A teoria imunitária sustenta que o envelhecimento resulta da falha do sistema imunitário, ou seja, do surgimento de anticorpos que “matam” as células sãs do organismo. O facto do sistema imunitário não reconhecer as substâncias estranhas ou invasoras faz com que ele não as consiga neutralizar ou destruir de forma a manter a homeostase, isto é, a estabilização dos valores hormonais. Consequentemente, ocorre uma perda de controlo provocando uma integração dos vírus latentes (Mailloux-Poirier, ob.cit).

Embora esta teoria não explique o processo de envelhecimento na íntegra, reconhece que a perda da imunidade pode depender de causas genéticas.

Blass, Ckerniack e Weksler fazem alusão a uma “senescência imunológica” que pode estar na origem do aparecimento de várias doenças. Afirmam que os idosos são mais susceptíveis “a infecções e [a] uma incidência crescente de desordens auto-imunes e neoplasias [que] podem ser em parte o resultado da vigilância deficiente de células neoplásticas pelo sistema imunológico” (in Calkins et al., 1997:12). Assim sendo, e de acordo com os autores, a redução de doenças no envelhecimento depende da resistência imunológica de cada indivíduo.

2.2.2.2-Teoria Genética

As teorias genéticas, de acordo com Blass, Cherniack e Wesler, “derivam da observação de que, até mesmo sob condições ideais, o período de vida de pelo menos a maioria das espécies é limitado” (in Calkins et al., 1997:15).

Os defensores destas teorias afirmam que “no ser humano o envelhecimento é a última etapa de um processo genético definido e orientado” (Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995: 100).

Para Hayflick, defensor da teoria do envelhecimento programado, as células dividem-se, até cerca de cinquenta vezes, e paulatinamente vão cessando a sua divisão e morrem (cit. in Mailloux-Poirier, idem). Neste sentido, “é certa a existência de um controlo genético de duração idêntica à da vida, que explica as diferenças marcadas entre a média de vida nas várias espécies humanas” (idem: 100).

Saliente-se que a diferença de duração média de vida é distinta entre o homem e a mulher devido à existência de uma maior quantidade de cromossomas X no sexo feminino. Assim, devido à herança genética os descendentes que viram os seus progenitores viverem até uma idade avançada, normalmente também vivem mais anos.

Em suma, a teoria genética considera que o envelhecimento é resultado da “deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares [e que] esta instabilidade originaria modificações da molécula do ADN (ácido desoxirribonucleico), advindo daí o erro da síntese das proteínas” (idem:101).

2.2.2.3-Teoria do Erro da Síntese Proteica

As células produzem proteínas essenciais à sua sobrevivência e quando surge uma alteração a nível da cadeia da molécula de ADN, ou seja, na síntese proteica, dá-se uma deturpação na informação genética impedindo que a célula se produza levando, assim, à morte celular. (Mailloux-Poirier, in ob.cit.)

Nesta teoria o envelhecimento tem com base o surgimento de erros nas diferentes fases da síntese proteica. Estes erros formam proteínas incapazes de desempenhar as suas funções.

2.2.2.4-Teoria do Desgaste

Em conformidade com Sacher a teoria do desgaste considera o organismo como uma máquina que devido ao uso começa a deteriorar-se (cit. in Mailloux-Poirier, ob.cit.).

Porém, esta analogia homem-máquina é refutada por Shock (cit. in Mailloux-Poirier, ob.cit.) quando afirma que os organismos vivos produzem células de substituição que minimizam o envelhecimento. Como exemplos desta auto-reparação temos os tecidos epiteliais, isto é, os tecidos que revestem as superfícies do corpo e dos órgãos existentes no seu interior, e os glóbulos vermelhos (idem).

2.2.2.5-Teoria dos Radicais Livres

Os defensores desta teoria afirmam que o envelhecimento é provocado pelos radicais livres (partículas produzidas pelas acções das células ricas em oxigénio). A formação de radicais livres leva à morte celular e à peroxidação dos lípidos não saturados provocando a formação de substâncias tóxicas.

Esta teoria, não genética, do envelhecimento considera que “os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto nefasto sobre o organismo, de forma imprevisível. O efeito cumulativo destes fenómenos acaba por diminuir a vitalidade das células e dos tecidos, provocando assim a sua decadência” (Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:102).

2.2.2.6-Teoria Neuro-Endócrina

O sistema nervoso e o sistema endócrino trabalham conjuntamente com o intuito de manter a homeostasia, ou seja, manter os valores hormonais estabilizados. No entanto, se o sistema endócrino não cumprir as suas tarefas, no que diz respeito à coordenação das diversas funções do corpo, através das hormonas, verifica-se o envelhecimento.

As funções neuro-endócrinas diminuem com a idade. Assim, fenómenos como a alteração ou a inibição de produção de hormonas têm consequências directas sobre o envelhecimento, ou seja,

“a longevidade seria regulada por um relógio biológico que agiria nas glândulas endócrinas, sobretudo na hipófise, a fim de provocar a falha dos sistemas imunitário e circulatório. Estes relógios hipofisários ou celulares desencadeariam os grandes processos humanos como crescimento, puberdade, menopausa e envelhecimento” (Mailloux-Poirier, in ob.cit:102).

Para melhor compreensão destas acepções o Quadro 4 sintetiza as teorias do envelhecimento biológico apresentadas anteriormente, apresentando os traços gerais de cada uma delas.

Quadro 4- Teorias Gerais do Envelhecimento Biológico

Teoria imunológica	O sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo, das substâncias estranhas.
Teoria genética	O envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogenese, a puberdade e a maturação.
Teoria do erro e da síntese proteica	Alterações na molécula do ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes.
Teoria do desgaste	As zonas do organismo humano deterioram-se com o uso.
Teoria dos radicais Livres	Os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que

	envelhecem as células.
Teoria neuro-endócrina	A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas.

Fonte: Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier 1995:103

Em conformidade com Mailloux-Poirier, o envelhecimento é um fenómeno universalmente conhecido pelos biólogos mas nenhuma das definições actuais está cientificamente comprovada e aceite. Acrescenta que, cada vez mais o envelhecimento é considerado como um “fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética”(in Berger e Mailloux- Poirier, 1995:99).

Não podemos deixar de referir que na literatura existem outras teorias de envelhecimento biológico. Deste modo Blass, Cherniack e Weksler destacam dois tipos de envelhecimento, nomeadamente, o envelhecimento por lesões e o envelhecimento das células e órgãos. No entanto, acrescentam que estas duas teorias podem “ser reduzidas a uma concepção única na qual o envelhecimento é uma propriedade do tempo” (in Calkins et al., 1997:11).

Assim sendo, do processo de envelhecimento fazem parte as alterações estruturais e as funcionais. As primeiras surgem sobretudo a nível metabólico e celular causando mudanças na imagem corporal. Contudo, a redução das células é, também, responsável pelas modificações no funcionamento do organismo. Estas transformações, a nível da estrutura e da aparência do corpo são importantes, mas o principal é que o organismo funcione em pleno e que os órgãos continuem a exercer as suas funções.

Em conformidade com o exposto, o Quadro 5 sintetiza as alterações fisiológicas que se operam em todo o ser humano na etapa do envelhecimento, a nível estrutural e a nível funcional.

Quadro 5- Modificações Fisiológicas do Envelhecimento

1-ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS

- a) **Células e tecidos**
- b) **Composição global do corpo e peso corporal**
- c) **Músculos, ossos, e articulações**
- d) **Pele e tecido subcutâneo**
- e) **Tegumento**

2-ALTERAÇÕES FUNCIONAIS

- a) **Sistema cardiovascular**
- b) **Sistema respiratório**
- c) **Sistema renal e urinário**
- d) **Sistema gastrointestinal**
- e) **Sistema nervoso e sensorial**
- f) **Sistema endócrino e metabólico**
- g) **Sistema reprodutor**
- h) **Sistema imunitário**
- i) **Ritmos biológicos e sono**

Fonte: Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:127

2.2.3- Teorias psicossociais do envelhecimento

O envelhecimento caracteriza-se não só pelos aspectos biológicos, mas também pela dimensão psicossocial. Consequentemente, surgiram algumas teorias relativas ao envelhecimento psicossocial, das quais examinaremos apenas as três que consideramos mais relevantes:

- Teoria da actividade
- Teoria da desinserção
- Teoria da continuidade

2.2.3.1-Teoria da Actividade

A teoria da actividade, defendida por Havighurst e Albrecht, correlaciona as actividades sociais desempenhadas pelos idosos e a satisfação na vida. Neste pressuposto, se o idoso continuar activo e possuir uma rede social de relações, obterá

mais satisfação na vida, manterá a sua auto-estima elevada e conservará a sua saúde durante mais tempo (cit. in Mailloux-Poirier, ob. cit.).

Constatamos que para Neri o essencial desta teoria é de que “quanto mais ativo o idoso, maior [a] sua satisfação na vida” (1993:16).

Podemos ainda complementar estas coceptualizações com o sentimento de felicidade porque a actividade “pressupõe que a pessoa idosa é tanto mais feliz quanto mais activa” (Berger, ob.cit:191).

Neste prisma, a velhice bem sucedida prevê que o idoso seja activo através da “descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados” (Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:104). Contudo, para facilitar este processo cabe à sociedade mudar o paradigma da velhice valorizando o idoso, a sua idade e a sua contribuição para a sociedade.

2.2.3.2-Teoria da Desinserção

A teoria da desinserção vem contrapor-se à teoria da actividade uma vez que pretende demonstrar que o envelhecimento acarreta um afastamento recíproco do indivíduo e da sociedade. Este descompromisso acontece gradualmente e quando se traduz numa desinserção total, o sujeito adquire um novo equilíbrio, modificando assim o seu sistema de valores. A perda da rede de relações sociais e das funções laborais que o indivíduo desempenhava passam a ser situações normais. Consequentemente, a teoria da desinserção pressupõe que seja normal, no envelhecimento, acontecer um afastamento do meio físico e social.

Segundo Cumming e Henry o indivíduo “ao descomprometer-se (...) dá mais importância à sua própria pessoa e implica-se menos afectivamente com os outros” (cit. in Mailloux-Poirier, idem:191)

Esta teoria tem sido criticada e as investigações de Havighurts, Neugarten e Tobin concluíram que “a diminuição de satisfação na vida era proporcional à diminuição de actividade” (cit.in Mailloux-Poirier, idem:104). No entanto, verificaram que os resultados da pesquisa podem ter sido influenciados por factores que não foram tidos em conta, tal como a personalidade de cada indivíduo. Daí que se tenha elaborado a teoria da continuidade que permite explicar o envelhecimento psicossocial.

2.2.3.3-Teoria da Continuidade

A teoria da continuidade, tal como a própria palavra indica, vem defender que o envelhecimento é o prolongamento da nossa existência e faz parte do ciclo de vida. O envelhecimento não é uma etapa final porque o “idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos adquiridos e elaborados durante toda a vida” (Mailloux-Poirier, ob.cit:105).

Contudo, esta teoria reconhece que no envelhecimento surge uma diminuição no envolvimento das questões sociais e que a adaptação dos idosos a esta etapa do ciclo de vida depende dos hábitos e estilo de vida por eles anteriormente adquiridos.

As três teorias psicossociais, supra referidas, encontram-se, de forma sucinta, no Quadro 6, que sistematiza as características de cada uma delas:

Quadro 6- Teorias do Envelhecimento Psicossocial

Teoria da Actividade	Um idoso deve manter-se activo a fim de: obter, na vida, a maior satisfação possível; manter a sua auto-estima e conservar a sua saúde. A velhice bem sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida.
Teoria da desinserção	O envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo.
Teoria da continuidade	O idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo, estes, parte da sua personalidade.

Fonte: Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:105

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural deparamo-nos com a existência de inúmeras teorias sobre esta etapa do ciclo de vida sendo que para Mailloux-Poirier “a velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo” (ob.cit:99).

Neste sentido, também Stuart-Hamilton (2002:40) considera que “os processos de envelhecimento social, biológico e psicológico não ocorrem independentemente um do outro.”

Por seu turno, e, numa perspectiva psicológica, Osório caracteriza esta etapa do ciclo de vida contrapondo-a ao conceito de velhice quando afirma que

“o *envelhecimento* é um «*processo vital*» que tem vindo a ganhar vitalidade nos últimos anos, ao passo que o conceito de *velhice* aparece como um «*estado definitivo*», caracterizado pela ausência de futuro e de capacidades de transformação rumo ao bem-estar.” (in Osório e Pinto, 2007:13)

Todavia, para atingir o bem-estar e aumentar a auto-estima o idoso precisa de “ter um papel a desempenhar e uma função a cumprir no grupo em que (...) está inserido, [visto que tal facto] promove a responsabilização, o sentimento de que se é necessário ao mundo e o sentido de ter algum controlo sobre esse mundo” (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005:152)

Assim sendo, os seniores têm um papel importante ao nível familiar porque

“fornecem modelos de bem envelhecer, representam a pedra segura da ancestralidade, constituem, no imaginário dos mais novos, uma barreira relativamente à morte, e são o exemplo vivo da capacidade de sobrevivência perante as vicissitudes da vida.” (idem:153)

Posto isto, aferimos que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva e bem sucedida se o idoso gozar de autonomia física, psicológica e social apesar de “a velhice [ser] uma fase crítica do desenvolvimento humano, sendo geralmente experimentada como uma fase em que a tendência de declínio em muitos domínios da vida é claramente prevalecente” (Fonseca, ob. cit:283).

2.2.4-O idoso: conceito e estereótipo

A nível cronológico esta etapa da vida é caracterizada por fases do desenvolvimento adulto que podem ser segmentadas. Assim, temos a “idade madura (dos 60 aos 69 anos), a idade avançada (dos 70 aos 89 anos) e a idade muito avançada (dos 90 em diante)” (Pinto, in Osório e Pinto, 2007:87). Porém, actualmente persiste uma dificuldade em definir com que idade é que os indivíduos se tornam idosos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística e com o *Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013* considera-se idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos.

Em Portugal, do ponto de vista social, a idade cronológica está associada à época da reforma, altura em que cessa actividade e o tempo livre aumenta significativamente tornando-se propício à realização de outras actividades.

No entanto, a conjectura de que a reforma indica que chegámos à velhice ou que somos idosos é refutada pela gerontologia ao defender o envelhecimento de uma forma holística, ou seja, como um processo biopsicossocial que difere de pessoa para pessoa.

Em conformidade com Pául (1999:12) existem três tipos de idades e todas elas podem diferir da idade cronológica dos indivíduos, nomeadamente,

“1) a idade biológica, medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de auto-regulação, 2) a idade social, que se refere aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento, 3) a idade psicológica, que se refere às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio. A idade psicológica é influenciada pelos factores biológicos e sociais, mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções, para exercer controlo comportamental de auto-regulação.”

Por seu turno, Neri (1993:35) define a *idade biológica* como sendo “a estimativa da posição do indivíduo, com respeito ao seu potencial de vida residual, isto é, numa certa idade, quantos anos ainda lhe restam de vida” e a *idade funcional* que “é conceituada em termos de capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente.”

Para Squire (2005:14) “a idade cronológica pode ser um claro factor determinante da «velhice», mas é, muitas vezes, definida pelas características físicas e psicológicas das pessoas”. Por seu turno, Leme afirma que “é através das alterações da pele que a maioria das pessoas percebe que começou a envelhecer. O aparecimento de manchas e de rugas pode ser, assim, um indicador de envelhecimento.” (1997:50).

Partindo do princípio que o envelhecimento varia de pessoa para pessoa, é necessário ter em consideração que o perfil de personalidade de cada indivíduo torna-o mais vulnerável a certas patologias do que a outras. A personalidade individual é

também importante na medida em que condiciona a auto-estima e a forma como se aceita o envelhecimento. Consequentemente, a imagem que temos de nós próprios é importante pois se a mesma for positiva,

“não sentimos tanto o peso da idade cronológica e facilmente atiramos para fora dos nossos pensamentos os medos do futuro, mesmo quando no nosso subconsciente germina a ideia de estarmos a caminhar inevitavelmente em direcção ao «clube dos idosos».” (Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005:68)

Assim, “expressões como envelhecimento, velho, idoso, velhice, etc., são expressões relativas em termos de significado, o qual está fortemente dependente do contexto social e histórico em que são produzidas” (Paúl e Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005:17).

Segundo Osório (in Osório e Pinto, 2007:16) os diversos termos utilizados para designar as pessoas mais velhas têm conotações diferentes e do ponto de vista sociológico “os próprios sujeitos preferem ser designados como «pessoas idosas», «reformados» ou «seniores». Muito poucos gostam que lhes chamem «anciãos» e, muito menos, «velhos»”. E acrescenta que designações como «terceira idade» e «quarta idade» se impuseram devido ao aumento da longevidade humana (idem).

Em conformidade com Santos (1997), o conceito de velho varia consoante a nossa própria idade pois uma criança de 2 anos define idoso distintamente de uma criança de 4 ou 5 anos, da mesma forma que este conceito irá ganhar nova definição para o adulto.

Na literatura constatamos que ser *idoso* ou *reformado* corresponde, geralmente, a um estatuto socialmente mais desfavorecido e a menos poder (Silva, in Paul e Fonseca; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004; Squire, 2005). Tal facto decorre da existência de estereótipos sobre o processo de envelhecimento que nos remetem para uma conotação negativa. De facto, nesta etapa do ciclo de vida o indivíduo é socialmente apreendido como um ser improdutivo e incapaz de se adaptar a novas situações (Osório, in Osório e Pinto, 2007) o que se contrapõe à aceção antiga do termo onde “ser-se velho era ser-se sábio; era ter a mais valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo...a memória das gerações” (Costa, in AAVV, 1999:9).

Relativamente ao estatuto das pessoas idosas é de referir que nas sociedades tradicionais elas “são consideradas as guardiãs da família, da comunidade, [e] compartilham as suas experiências e aconselham os mais jovens.” (Sousa, 2005:6)

Contudo, a velhice assumiu um significado diferente na nossa sociedade pois o privilégio é dado à «juvenilização» em detrimento da sabedoria e da experiência dos mais velhos na formação dos mais jovens (Osório, in Osório e Pinto, 2007). Assistimos a um crescimento exuberante da cultura dos jovens, defendendo que eles são o futuro. Porém, “não existe futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam actualmente o saber, legam-nos seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos”. (Paúl, 1997:7).

Ser idoso remete para representações como a inactividade e a improdutividade. Daí ser importante mudar o paradigma social do senior porque “o saber e a sabedoria dos mais velhos são riquezas que não se podem ignorar e que deverão ser aproveitadas na formação e humanização da nossa sociedade.” (Seródio, in AAVV, 1997a:81)

Actualmente, apesar do início do envelhecimento aparecer associado à idade da reforma, este processo “constitui uma dimensão positiva que permite um desenvolvimento no âmbito do qual são possíveis, e convenientes, novas actividades. Entre elas, as educativas.” (Osório, ob. cit:13)

No entanto, o desenvolvimento de actividades pelos idosos depende de diversos factores, nomeadamente, pessoais, económicos, sociais, culturais, e este interesse advém sobretudo da motivação, dos interesses e das aspirações individuais.

Em suma, podemos afirmar que o envelhecimento normal não exclui o idoso de participar em actividades. Embora o processo de envelhecimento seja responsável pelas limitações dos órgãos dos sentidos (Leme, 1997) “a actividade é essencial ao desenvolvimento e à manutenção das forças físicas, da competência cognitiva e das habilidades sociais” (Doll, in AAVV, 2009:109).

2.3- Envelhecimento activo

No final dos anos 90 a Organização Mundial de Saúde adoptou o termo «envelhecimento activo» em detrimento do conceito de «envelhecimento saudável»,

reconhecendo que o envelhecimento não se deve cingir aos cuidados com a saúde (Katache e Kickbush, 1997 cit. por Jacob, 2008:19-20).

Assim, o envelhecimento activo “significa ter ainda objectivos de vida e permanecer interessado na vida, nas questões sociais, no estreitar de relações e em cuidar da saúde física e mental” (Jacob, 2008:21).

De acordo com Botelho (in Paúl e Fonseca, 2005:112) o *envelhecimento activo* “consiste em viver e envelhecer com optimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar.” E acrescenta que os seniores podem optar por estilos de vida saudáveis, onde se incluem “a manutenção de actividade física, a participação em actividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e/ou cívica, e, eventualmente, o prolongamento de actividade laboral, de acordo com interesses e capacidades pessoais” (ibidem).

Segundo Jacob o conceito de *envelhecimento activo* (2008:20),

“aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e inclui a participação activa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais. O objectivo primordial do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de vida saudável e de qualidade de vida”

Na mesma linha de pensamento, Almeida¹⁴ refere que “o envelhecimento activo é precisamente o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar dificuldades que envelhecer inevitavelmente acarreta.”

No entanto, não podemos esquecer-nos de que “as pessoas podem influenciar radicalmente [a] sua expectativa de vida simplesmente pelo grupo socioeconómico ao qual pertencem e pelo estilo de vida que levam”, sendo que a escolha do estilo de vida é, em alguns casos, involuntária (Stuart-Hamilton, 2002:17).

De acordo com o *Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013* (s/d:68), “o envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.”

¹⁴ <http://psicronos.pt/artigos/envelhecimentoactivo.html>. acedido a 5-12-2010

Contudo, segundo Mishara e Ridel (1994), subsistem três factores importantes que influenciam o nível de actividade de um idoso, nomeadamente a saúde, a situação económica e o apoio social.

2.3.1-Determinantes do envelhecimento

Neste enquadramento, podemos constatar que o objectivo do envelhecimento activo é melhorar a qualidade de vida dos idosos. Acrescentamos que apesar das condicionantes subjacentes a esta etapa de vida, o envelhecimento activo pressupõe a participação em actividades devidamente adequadas ao idoso, que podem ser do foro físico, intelectual, recreativo ou de lazer.

A Figura 1 apresenta-nos condicionantes do envelhecimento activo, nomeadamente, o género, a cultura, os factores ambientais, sociais, pessoais, comportamentais e os próprios serviços de saúde.

Figura 1-Determinantes do envelhecimento activo



Fonte: Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013(s/d:68)

2.3.1.1-Género e Cultura

Uma vez que o género e a cultura são aspectos transversais a considerar no envelhecimento “merecem iniciativas que lhes sejam especificamente dirigidas” (OMS, 2009:9).

Estas duas questões são abordadas por Simões (2006:24) quando assevera que o nosso envelhecimento depende da nossa biologia, particularmente da genética, do nível de instrução que possuímos, da região geográfica onde vivemos e ainda do “género que nos coube em sorte”.

Esta afirmação remete-nos para a necessidade de explicitar a noção de género porque o envelhecimento activo pressupõe a participação e esta também se relaciona com o género. Assim, atitudes como a renúncia às actividades nem sempre decorrem do *sexo* mas do *género* de cada sénior.

Para Perista e Silva (2005:85) o conceito de *sexo* reporta-se às “diferenças biológicas entre homens e mulheres, que são universais e não se alteram”, enquanto o *género*

“refere-se aos atributos sociais, papéis, actividades, responsabilidades, poderes e necessidades relacionadas com o facto de se ser homem (masculino) e de se ser mulher (feminino) numa dada sociedade e num dado tempo, enquanto membro de uma comunidade específica dentro de uma sociedade. As identidades de género da mulher e do homem determinam a forma como são entendidos e como se espera que pensem e ajam”.

2.3.1.2- Factores Pessoais

Retomando o tema do projecto, continuaremos a corroborar e a dilatar a ideia de que existem determinantes de várias ordens que condicionam o estado de velhice.

Reiteramos esta ideia com o que foi proferido no Seminário Internacional sobre Envelhecimento Humano e onde se afirmou que

“o processo de envelhecimento humano é influenciado pelo modo de vida que cada pessoa adopta ao longo da sua vida, assim, como pelos factores do seu meio ambiente, pelos cuidados de saúde a que tem acesso, por situações intercorrentes de doença e pela constituição genética”. (Diniz, 1997a:7)

Como podemos constatar existem factores intrínsecos e extrínsecos ao idoso que permitem ou não usufruir de um envelhecimento activo.

A nível intrínseco damos especial atenção ao estado emocional do idoso porque “a motivação é o calcanhar de Aquiles do envelhecimento activo¹⁵”, ou seja, é a chave para a participação pois “sem motivação adequada nada acontece¹⁶”.

Outra questão do foro individual, relacionada com o envelhecimento activo é a capacitação do idoso. Segundo Magalhães, (in AAVV, 1997a:42) a capacitação consiste em

“olhar para o HOMEM TODO- no que ele ainda pode fazer, sem esquecer, efectivamente, aquilo que, porventura, com o rolar dos anos pode ir perdendo (...) [e] o melhor que se pode fazer por um ser humano é nunca fazer por ele aquilo que ele já (ou ainda) pode fazer”.

Tal como a noção de *capacitação*, os conceitos de *autonomia*, *independência* e *qualidade de vida* são também importantes, para o envelhecimento activo e saudável dos idosos.

Assim, e para uma melhor compreensão desta temática, é pertinente analisarmos as noções de *autonomia*, *independência* e *qualidade de vida*.

O conceito de *autonomia* está relacionado com “ a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões sobre a sua própria vivência diária, de acordo com as regras e preferências pessoais” (Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013, s/d:69).

Contudo, este conceito difere consoante o meio, urbano ou rural, onde o idoso vive pois

“a autonomia dum idoso que vive num meio urbano, pode ser medida, através da sua capacidade de cuidar de si próprio (higiene pessoal, preparação de refeições entre outras), já para um idoso que vive no campo, Autonomia pode significar algo mais complexo, tal como a capacidade de realizar trabalho pesado na agricultura” (Sousa, 2005:5).

¹⁵ Almeida, Ana. <http://psicronos.pt/artigos/envelhecimentoactivo.html> acessido a 5-12-2010

¹⁶ ibidem

A *independência*, a nível lato, é “entendida como a habilidade de executar funções relacionadas com a vida diária – isto é, a capacidade de viver com autonomia na comunidade, com alguma ou nenhuma ajuda dos outros” (ibidem)

Relativamente ao termo *qualidade de vida*, Tamer e Petriz defendem que este conceito não pode ser pensado

“como algo adquirido, rígido, mas antes como um possível «estado» de maneira dinâmica, como um processo socioeconómico, cultural e sociopsicológico de produção de «valores», positivos e negativos, referentes à vida social de distribuição social desses valores, da percepção social desses valores pela população” (in Osório e Pinto, 2007:197)

Por seu turno, Dias (in AAVV, 1997b:145) adverte que a noção de qualidade de vida é ambígua porque

“varia, forçosamente, com cada um, com os desejos de cada um, com os objectivos de cada um, com as ambições de cada um. Qualidade de vida é um conceito que abrange a independência, a satisfação, o sentimento de realização, em suma, o bem-estar físico, psíquico e social.”

Acrescenta a sua opinião pessoal quando afirma “eu entendo que «QUALIDADE DE VIDA» é o sentirmo-nos bem, o sentirmo-nos felizes” (Dias, ob.cit:145).

Apesar de o conceito de qualidade de vida ser multidimensional e subjectivo ele pode ser medido porque existem indicadores de bem-estar. Neste sentido,

“vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice: *longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos)*” (Neri,1993:10)

2.3.1.3-Factores comportamentais

Se o idoso demonstrar autonomia e independência na realização das suas actividades/tarefas significa que mantém o seu compromisso com a vida, aspecto que

constitui um dos factores basilares na estrutura do envelhecimento activo, tal como podemos constatar pela análise da Figura 2.

Figura 2- Estrutura do envelhecimento activo



Fonte: Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013 (s/d:69)

O facto de o sénior se exercitar, cognitiva e fisicamente, remete-nos para a teoria da actividade defendida por Neri (1993:16) pois “quanto mais activo o idoso, maior [a] sua satisfação na vida” e conseqüentemente melhor será a sua qualidade de vida. Contudo, “Keeping active does not necessarily mean digging the garden daily. One can enjoy a holiday which one did not have time to go on previously.” (Shukla, 1994:10).

Para Leme (1997:62) a actividade física é uma prática saudável porquanto “melhora [a] capacidade física, o controle do peso, o controle da pressão, o controle (...) das diabetes, a prevenção da osteoporose e a sensação de bem-estar”.

Squire, considerando também que a saúde de um indivíduo está intimamente relacionada com o seu estilo de vida acrescenta que o exercício físico traz benefícios às pessoas idosas, nomeadamente no que concerne aos seguintes aspectos:

- “-reduz o risco de doenças coronárias e AVC;
- ajuda a controlar a tensão arterial;
- ajuda a avaliar os sintomas de artrite
- mantém a flexibilidade das articulações e a força muscular

- ajuda a melhorar a diabetes não-dependente de insulina
- a pessoa parece e sente-se melhor
- ajuda a manter e a melhorar a mobilidade e a força” (2005:308)

Apesar destes benefícios, o processo de envelhecimento não pode ser totalmente invertido mas “é possível (...) retardar ou mesmo inverter certos aspectos do envelhecimento, e tratar de doenças que lhe estão associadas” (Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:145)

Parafraseando Veríssimo (in Pinto, 2001) asseveramos que a actividade física ao ser fomentada quer através da realização das actividades quotidianas, quer em programas de exercício físico regular, necessita de ser adaptada às condições físicas, sociais e intelectuais de cada idoso. A prática de actividades de forma moderada e adequada à vida quotidiana, como por exemplo, a jardinagem, andar a pé ou levar o cão a passear são agradáveis e ajudam na promoção da saúde (Squire, 2005). Por outro lado, “é sobejamente conhecido que o exercício físico inadequado encerra malefícios, cujas consequências poderão ser mais nefastas nestes grupos que nas idades mais jovens.” (Veríssimo, in AAVV, 1999:116).

Se definirmos “saúde como o bem estar físico, mental e social das populações, e sabendo-se que a actividade física está associada a benefícios físicos, psíquicos e sociais, talvez nenhuma outra medida preventiva possa concorrer de modo tão global como esta para atingir o objectivo daquela definição.” (idem:115)

Em jeito de conclusão podemos afirmar que a actividade física tem inúmeros benefícios pois

“ [minora] a perda de capacidade funcional, quer física, quer mental, pode contribuir para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia e independência, representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso.” (idem:121)

A alimentação saudável e equilibrada é outro factor de comportamento que, se for praticado, possibilita a redução do risco de doenças e melhora a saúde mental, física e emocional (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto, 2007; Pereira e Cervato, in Netto, 1996; Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Assim sendo, o indivíduo necessita de comer e de beber de forma equilibrada para a manutenção da sua saúde e para evitar

determinadas doenças no decurso do processo de envelhecimento. É de salientar a existência de doenças que estão relacionadas com os hábitos alimentares nefastos tais como a arteriosclerose, a osteoporose, a anemia e a diabetes.

Além disso, não podemos descurar o facto de que “a qualidade de vida dos idosos depende em grande parte daquilo que bebem e comem”, ou seja da sua nutrição. (Berger, ob. cit:218)

Por nutrição entende-se “o conjunto dos processos de assimilação e desassimilação que mantêm o organismo em boas condições e que lhe fornecem a energia vital” (Berger, idem:216). Contudo, durante o envelhecimento o equilíbrio nutricional e o interesse pelos hábitos alimentares saudáveis podem sofrer alterações devido a factores de ordem fisiológica, psicológica, sociológica e económica.

Como já foi referido, o envelhecimento provoca mudanças fisiológicas importantes o que pressupõe um maior consumo de certos nutrientes. A necessidade de nutrientes depende de indivíduo para indivíduo, consoante o grau de deterioração da função do nutriente, e essa necessidade “é definida como a quantidade mínima de um nutriente que deve ser absorvida ou consumida por um indivíduo durante um espaço de tempo para manter uma nutrição suficiente” (Pereira e Cervato, in Netto, 1996:249).

Em conformidade com Berger (in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:218) a água é o elemento nutritivo mais importante pois

“assegura o bom funcionamento da maior parte dos processos fisiológicos e também a manutenção da temperatura corporal (homeotermia). Banha cada célula do organismo e é necessária à digestão, à absorção, à circulação, à excreção e ao transporte dos elementos nutritivos”.

A nível psicológico, o consumo saudável ou nefasto de alimentos varia com o estado emocional do idoso e com a sua atitude face aos alimentos.

Por outro lado, a dimensão socioeconómica interfere no equilíbrio nutricional na medida em que os recursos financeiros condicionam uma alimentação adequada.

Apesar das necessidades nutricionais dos idosos serem semelhantes às dos adultos, temos de ter em consideração que o consumo de calorias, por parte dos idosos, tem de ir ao encontro dos gastos energéticos.

Da mesma maneira que o corpo tem de ser bem nutrido e exercitado deve-se cultivar a mente através da leitura, da escrita e de outras actividades que desenvolvam a linguagem, o pensamento e a inteligência cristalizada¹⁷ porque “o conhecimento é uma poderosa fonte de enriquecimento e modulação da inteligência em qualquer época da vida humana” (Neri, 1993:42).

Segundo Trilla (2004:252) a inteligência cristalizada “surge ligada à experiência no próprio meio sociocultural e, em consequência, pode aumentar indefinidamente ao longo da vida” enquanto a inteligência fluida¹⁸ está associada à parte fisiológica e à consequente deterioração com a idade.

Neste enquadramento deparamo-nos com a gerontologia educativa que é uma área de intervenção prática que pretende integrar os idosos em contextos socioeducativos, onde se destacam

“programas de desenvolvimento comunitário, actividades próprias da educação popular (participação cívica, recuperação de tradições populares...), acções de educação para o desenvolvimento, de solidariedade e cooperação social (voluntariado, grupos de auto-apoio e auto-ajuda, etc) ou em programas de educação e formação básicas” (Martín, in Osório e Pinto,2007:60)

Através destes projectos a gerontologia educativa visa atingir vários objectivos, tais como: “prevenir declínios prematuros, consequência do envelhecimento, proporcionar papéis significativos aos idosos, visando uma integração normalizada no seu contexto social, e desenvolver ou potenciar o crescimento e o desenvolvimento pessoal” (ibidem).

Com esta praxis e com a participação na educação permanente fomenta-se a estimulação e manutenção da actividade cerebral prevenindo e protelando algumas enfermidades, como a doença de Alzheimer (idem). Neste sentido, estudos recentes demonstram que “as pessoas com níveis de educação mais elevados estão menos expostas à depressão, enfrentam melhor os acontecimentos da vida, e, em geral, mostram níveis de saúde mais elevados” (Martín, ob. cit:61).

¹⁷ Dimensão da inteligência que depende mais das influências biológicas e fisiológicas do que da escolaridade formal (Marchand, 2005:16)

¹⁸ Dimensão da inteligência que depende da aculturação, ou do conhecimento adquirido (Marchand, 2005:16)

Deste modo, a educação, além de ser benéfica para o idoso, pode ser uma estratégia para mudar o paradigma sobre o colectivo da terceira idade (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto, 2007). Segundo Tamer e Petriz a educação ao longo da vida constitui uma necessidade pois a sua finalidade

“não é única e exclusivamente a aquisição de determinados conhecimentos ou capacidades. A finalidade é o desenvolvimento de um ser humano mais plenamente humano a cada dia que passa, com o fim último de melhorar a sua qualidade de vida e a do seu ambiente” (ob. cit:200).

Numa velhice normal o idoso preserva as capacidades intelectuais básicas sendo possível a sua participação não só em actividades recreativas mas também educativas, nomeadamente aquelas que funcionam nas universidades seniores. A primeira Universidade da Terceira Idade (UTI) surgiu em Portugal em 1976 e a sua proliferação por todo o País verificou-se no final da década de 90. Os seus objectivos primordiais centravam-se na promoção da participação sociocultural do idoso, na propagação científica, artística e cultural, no desenvolvimento das relações sociais e intergeracionais e do envelhecimento activo e saudável (Viegas e Gomes, 2007).

Neste contexto, a universidade abre-se a outras gerações visto que “as universidades devem ser espaços abertos, não só para os jovens, como também para o grupo dos «seniores».” (Osório, ob. cit:45).

A universidade sénior pode ser definida como uma “formação para adultos de âmbito universitário que facilita o acesso à educação e à cultura a um grupo específico de pessoas, a partir de uma determinada idade.” (Osório, Rumbo e Cid, in Osório e Pinto, 2007:310)

Contudo, a participação dos seniores nestes programas educacionais depende da proximidade que mantiveram com a educação durante a sua vida (Doll, in AAVV, 2009). Nesta linha de pensamento, Vallespir e Morey afirmam que “apenas se poderá desfrutar de uma velhice activa se [tivermos] aprendido a ser activos durante toda a vida” (in Osório e Pinto 2007:251).

Devido às alterações do tecido demográfico e das políticas sociais a aprendizagem constitui uma necessidade em todas as idades o que significa repensar o direito à educação permanente. Esta pode ser definida

“como processo que continua durante toda a vida do indivíduo, que não se circunscribe a uma idade, que inclui modelos de educação formal, não formal e informal e em que a comunidade desempenha um papel importante, ao articular uma nova distribuição dos espaços e tempos de formação e ao aumentar a diversidade e a flexibilidade nos conteúdos, instrumentos e técnicas de aprendizagem.” (Trilla, 2004:253)

Delors (2003:90) também defende que a educação se realiza ao longo de toda a vida e pressupõe a existência de quatro momentos disitintos:

“aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes”

Acrescenta que temos de considerar a educação em toda a sua plenitude visto que esta pressupõe a “realização da pessoa que, na sua totalidade, aprende a ser” (ibidem).

Debrucemo-nos sobre a definição do verbo «aprender» que, geralmente, significa adquirir conhecimentos, estudar, contrair um hábito e ser informado de um acontecimento. No entanto, este conceito pode também significar: “continuar a educar-se, isto é, a mudar, a evoluir, a prosseguir de uma maneira contínua e até à idade mais avançada os seus movimentos de crescimento pessoal” (Leclerc, 1980 cit. por Mailloux-Poirier, 1995:561) Para sobreviver o indivíduo necessita de “continuar a aprender, a evoluir, a adaptar-se, a interagir com as outras pessoas e com o meio. [Tudo isto] é continuar a viver” (ibidem)

Face a esta constatação as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) constituem um investimento educativo para os seniores, na medida em que “aprender a lidar com algo que não existia quando os idosos de hoje estavam em idade escolar é um desafio importante para a educação” (Doll, in AAVV, 2009:119). A informática é uma área de interesse pois fomentou progressos e alterações a nível técnico-laboral e humano. Visto que a tecnologia pode ser utilizada para unir as pessoas e apresenta-se como um contributo para reduzir a marginalização, a solidão e a separação entre idades (Osório, in Osório e Pinto, 2007). Em termos de perspectiva humana a informática,

além de combater a solidão, permite aos idosos “promover a atualização de conhecimentos para (...) acompanhar o desenvolvimento do mundo atual” (Doll, in AAVV, 2009:119). Acrescentamos que,

“como o conhecimento não é um produto interno e individual, mas cultural, deve-se considerar as possibilidades de a tecnologia, os meios de comunicação de massa e a escola poderem facilitar ou promover o enriquecimento e a compensação de capacidades cognitivas e motivacionais de pessoas mais velhas.” (Neri, 1993:43)

Neste contexto, a criação de Universidades de Terceira Idade e a participação em cursos de informática vêm desmistificar a ideia de que alguns conhecimentos são pertença exclusiva dos mais jovens. Além disso, estas actividades permitem a inserção social dos idosos e facultam-lhes simultaneamente ferramentas para o seu dia-a-dia (Veras e Camargo, in Veras, 1995).

A criação de acções no domínio das Tecnologias da Informação e Comunicação¹⁹ tiveram como intuito

“ promover e coordenar o desenvolvimento das TIC associadas aos serviços para pessoas idosas na União Europeia, para lhes permitir: prolongar a sua actividade profissional, garantindo-lhes um equilíbrio entre vida activa e profissional; manterem-se socialmente activas e criativas, através de uma comunicação em rede e do acesso aos serviços públicos e comerciais. Desse modo se reduz o isolamento social das pessoas de idade, em particular nas zonas rurais; envelhecer bem em casa: as TIC devem permitir aumentar a qualidade de vida e a independência”

No mesmo plano de acção está adstrita a ideia que “a Europa não deve deixar fugir a oportunidade de utilizar o potencial das TIC para dar qualidade à terceira idade” (ibidem).

¹⁹ De acordo com a *Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões, de 14 de Junho de 2007: Envelhecer bem na sociedade da informação -iniciativa i2010 - Plano de acção no domínio “Tecnologias da informação e das comunicações e envelhecimento,* In http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/124292_pt.htm, acedido a 14 de Fevereiro de 2011.

Como já foi referido, ser activo e participativo depende das características individuais e da pertinência da actividade pois “para que uma actividade seja significativa, ela precisa ter algum vínculo com a identidade da pessoa: profissão, biografia, metas, ideais, valores”. (Doll, in AAVV, 2009:111). Consequentemente, o envelhecimento é vivido de diferentes formas. Assim,

“para certos indivíduos, a aposentação é, essencialmente, tempo de lazer; para outros, o advento de oportunidades para se empregarem por conta própria, ou se dedicarem, voluntariamente, ao serviço da comunidade; para outros ainda, para tomarem conta dos membros mais novos da família (os netos), dos mais idosos ou do próprio cônjuge. De um modo mais geral, a aposentação vai sendo cada vez mais considerada como um estágio de vida activa, entre a cessação do emprego e o começo das incapacidades próprias da velhice” (Atchley, 1996 cit. por Simões, 2006:81).

Em 2007, Viegas e Gomes afirmavam que o envelhecimento activo pressupunha várias dimensões: mental, comportamental e relacional pelo que seria necessário encontrar formas de reintegrar os idosos na rede social quer através da vida profissional, quer através de serviço de voluntariado e de lazer. Contudo, a prática de um envelhecimento activo continua ainda condicionada por factores individuais, de carácter social e económico que não podem ser menosprezados.

2.3.1.4-Factores Sociais e Económicos

O envelhecimento social caracterizado pela “diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade” (Ermida, in AAVV, 1999:44), e a chegada da reforma podem ser vivenciadas de diferentes formas. Esta etapa da vida pode constituir

“um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.), ou um momento de sofrimento e perda (de objectivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira)” (Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005:47)

O facto de o idoso não ter rendimentos suficientes afecta de forma negativa a sua saúde e independência (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto, 2007) porque o indivíduo

que se sente dependente “vai adaptar-se, vai entregar a outros o controle da sua vida, tornando-se assim cada vez mais dependente” (Osterland e Jasper, in AAVV, 1997a:47).

Relativamente a esta questão Neri acrescenta que “o baixo rendimento a que a maioria dos idosos está sujeita impõe-lhes limites à existência” (1993:74) e Stuart-Hamilton (2002) acrescenta que a situação económica de um indivíduo pode determinar o nível de stress, o tipo de alimentação e o acesso aos serviços de saúde.

Acrescentamos que a reforma também contribui “maleficamente” para o bem-estar do idoso pois na nossa sociedade o trabalho é muito valorizado, e apesar de adquirir significados diferentes na vida de cada indivíduo, tem como principal objectivo a obtenção de dinheiro. Esta ideia é reiterada por Cavanaugh quando declara que

“for some people, then, work is a source of prestige, social recognition, and a sense of worth. For others, the excitement of the activity or its creative growth potential makes work meaningful. But for most people, the main purpose of work is to earn a living” (1992:375).

Para Bize e Vallier o idoso reformado não tem obrigatoriamente que suspender a sua actividade profissional pois “é da confrontação destas quatro idades (idade fisiológica, patológica, psicológica e real) que dependerão as possibilidades profissionais” (1985:230-232). Acrescentam que o idoso pode procurar emprego noutra lugar embora na sua faixa etária seja difícil encontrar uma entidade patronal que o aceite. Contudo, o trabalho em tempo parcial permite que o idoso tenha autonomia financeira, consiga manter a sua subsistência e continue a dar o seu contributo para a sociedade. Defendem, também, que os postos de trabalho podem ser adaptados aos idosos e que as novas tecnologias permitem a redução de esforços físicos permitindo às empresas mecanizadas empregar trabalhadores seniores. Sugerem que os patrões através de medidas adequadas, nomeadamente a redução do ritmo de trabalho e a flexibilidade do horário laboral, devem encorajar o emprego de idosos porque estes têm necessidade de se ocupar não só para se auto-realizarem mas também para serem úteis aos outros.

De acordo com a Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social – Portugal 2008-2010²⁰ é fulcral a intervenção nacional para a promoção do envelhecimento activo

“através da diminuição da incapacidade para o trabalho, via implementação dos programas nacionais de prevenção e controlo das doenças crónicas, assim como através do combate ao abandono precoce do mercado de trabalho. Essa estratégia de intervenção pressupõe em simultâneo a valorização e aquisição de conhecimento dos trabalhadores mais velhos, o estímulo a permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho e a prevenção e combate ao desemprego dos trabalhadores mais velhos”.

No mesmo documento encontramos agregada a ideia de que o envelhecimento activo “pressupõe a adaptação dos próprios sistemas de protecção social e, em particular, do sistema de pensões, de forma a reduzir as saídas precoces do mercado de trabalho e a incentivar o prolongamento da vida activa²¹”

Porém, paradoxalmente, a sociedade transmite valores e condiciona atitudes que afectam a predisposição dos seniores a serem trabalhadores, nomeadamente, a consagração da reforma antecipada, a discriminação por idade e o preconceito do desempenho (Martín, in Dirigir 2006; Martin et al., in Osório e Pinto, 2007).

Segundo dados do INE²², no terceiro trimestre de 2010, cerca de 4,7% das pessoas com 65 e mais anos de idade, residentes na Região Autónoma da Madeira, continuavam no activo. Porém, o conceito de *activo* não se cinge ao âmbito laboral, ou seja, “não se refere unicamente à capacidade de estar fisicamente activo; refere-se também ao envolvimento contínuo dos idosos nas questões sociais, económicas, espirituais, culturais e cívicas” (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto, 2007:241).

No Quadro 7 encontram-se sintetizados muitos dos papéis sociais activos que podem ser desempenhados pelas pessoas idosas na sociedade nos diferentes âmbitos: familiar, social, laboral e político.

²⁰ Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social – Portugal 2008-2010, http://www.mtss.gov.pt/preview_documentos.asp?r=1588&m=PDF, p.13, acedido a 18 de Novembro de 2010.

²¹ Ibidem.

²² http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000245&contexto=pi&selTab=tab0, acedido a 18 de Novembro de 2010.

Quadro 7- Papéis Sociais Activos das Pessoas Idosas na Sociedade

Âmbito	Tópico	Definição
Meio familiar	Transferência de tempo	Transferência de tempo destinadas ao cuidado prestado aos filhos e netos, particularmente em idade pré-escolar.
	Transferência de dinheiro	Transferência de dinheiro com objectivo de ajudar financeiramente os membros mais jovens da família. Particularmente importante na formação de casais novos.
	Função educativa dos netos	Prestação de cuidados aos netos, quer educacionais quer emocionais, muitas vezes substituindo os pais por ausência destes.
Promoção social	Programas de voluntariado sénior	Integração em programas de voluntariado generalistas ou específicos para a população sénior.
	Programas Intergeracionais	Estabelecimento de relação entre um sénior e uma criança ou jovem, mutuamente benéfica, procurando a alteração de atitudes enviesadas e a resolução de problemas sociais.
Trabalho sénior	Trabalho no meio rural	Desempenho de tarefas no sector primário, nomeadamente na agricultura e pescas.
	Trabalho na área dos serviços	Desempenho de tarefas no sector terciário.
Meio político	Participação partidos políticos	Participação cívica; ocorre num contínuo, desde o acto eleitoral até à participação em campanhas eleitorais.

Fonte: Martín, in *Dirigir*, 2006:31.

Relativamente ao trabalho sénior, Martin et al. (in Osório e Pinto, 2007:213) refere que o “sector primário emprega ainda um número considerável de trabalhadores”.

Já no que diz respeito à participação das pessoas seniores no meio político, o autor refere que é uma vertente que está comprometida porque

“o declínio nas competências físicas e mentais, associados com idades avançadas, podem limitar a participação cívica dos seniores em campos como a participação em congressos ou em campanhas políticas, mas não parece interferir com as doações e com o acto eleitoral” (idem:215)

Costa, também apologista da participação activa dos idosos na sociedade, defende que aquele se pode desenvolver em várias áreas, tais como o cuidar de outros

idosos, a deslocação a jardins-de-infância e a comunidades de jovens para dinamização de actividades, nomeadamente o contar histórias (in AAVV, 1999).

O desempenho de papéis sociais significativos permite que o idoso usufrua de um envelhecimento bem sucedido e de uma maior longevidade (Martín, in Osório e Pinto, 2007).

No que concerne a esta questão, Vaz (1998:632) afirma que “os avós «activos» asseguram uma parte da capacidade de trabalho desenvolvida pela população activa na medida em que se responsabilizam pela guarda de crianças nos intervalos dos horários do calendário lectivo e do calendário laboral”.

Qualquer participação quando praticada regularmente, permite dar significado e satisfação à existência dos indivíduos através não só do compromisso e da responsabilidade social nela implícitos, mas também pela possibilidade de assegurar o convívio social (Deps, in Neri, 1993:60).

De acordo com Durkheim a solidão e a falta de uma rede de relações sociais são factores que podem originar comportamentos suicidas (cit. in Fontaine, 2000), além de que o isolamento e o facto de o idoso não desempenhar uma actividade social produtiva são factores prejudiciais à saúde (Fontaine, ob.cit.).

A necessidade de exercer uma profissão está fortemente vincada na sociedade actual de tal forma que a chegada da reforma constitui um processo de adaptação “com eventuais consequências ao nível da satisfação de vida, e do bem-estar psicológico, da saúde, do relacionamento com os outros, dos hábitos da vida quotidiana e até mesmo da personalidade.” (Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005:46)

Para Mailloux-Pourier, (ob.cit:543) “realizar um trabalho, adquirir conhecimentos, partilhar o que sabe fazer, são alguns exemplos de realizações que permitem satisfazer esta necessidade fundamental [de se ocupar]”. No entanto, a necessidade de se ocupar tendo em mente a auto-realização, ou seja, o desempenho de actividades que permitam satisfazer as necessidades ou ser útil aos outros depende de diversos aspectos, onde se destacam as dimensões biofisiológica, psicológica, sociológica e cultural e/ou espiritual.

O Quadro 8 apresenta de forma sucinta cada uma destas dimensões assim como as respectivas características.

Quadro 8- Dimensões da necessidade de se ocupar com vista à auto-realização

Dimensões			
Biofisiológica	Psicológica	Sociológica	Cultural e/ou Espiritual
-Capacidade física; -Integridade neurológica e músculo-esquelética; -Nível de energia e forças físicas; -Doenças, dores.	-Estádios de desenvolvimento; -Depressão, confiança em si; -Desejo de se realizar.	-Papéis sociais; -Diminuição dos recursos financeiros; -Grupos de interesse; -Voluntariado.	-Valor atribuído ao trabalho e à produtividade.

Fonte: Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:545.

A necessidade de cada indivíduo se ocupar pressupõe a existência de dimensões que se correlacionam porquanto são igualmente importantes para o envelhecimento activo.

Esta noção de envelhecimento activo proporcionou a criação e o reconhecimento dos Direitos dos Idosos porque o idoso é um “SER HUMANO” (Raposo, 2005:17).

O documento “Os Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas de Idade”, constitui a Resolução 46/91, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas a 16 de Dezembro de 1991²³ onde se encontram algumas das directrizes intrínsecas ao envelhecimento activo. Assim, valoriza-se a independência, a participação, a auto-realização e a dignidade do idoso e neste sentido, destacam-se as seguintes alíneas:

A) INDEPENDÊNCIA

6-) *Poder viver em sua casa pelo tempo que for viável.*

B-) PARTICIPAÇÃO

7-) *Permanecer integrado na sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades*

D-) AUTO-REALIZAÇÃO

²³ http://www.rnpd.org.br/download/pdf/idoso_onu.pdf, consultado a 5-12-2010.

15-) *Aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades.*

16-) *Ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade.*

E-) DIGNIDADE

17-) *Poder viver com dignidade e segurança, sem ser objeto de exploração e maus-tratos físicos e ou mentais.*

18 -) *Ser tratado com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros fatores.*

Contudo, os direitos dos idosos não se limitam a esta Resolução pois também vêm discriminados na Constituição da República Portuguesa²⁴. Observemos o *Capítulo II- Direitos e Deveres Sociais- Artigo72:*

1. *As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento e a posição marginal na sociedade.*

2. *A política de terceira idade deve também incluir medidas económicas, sociais e culturais que visam proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal através da participação activa na vida da comunidade.*

Estes artigos estão em conformidade com a Resolução das Nações Unidas na medida em que ambas apelam à participação activa e ao convívio familiar. “A importância do apoio familiar para a pessoa que envelhece é essencial. A família pode, com precisão, ser considerada o habitat natural da pessoa humana” (Leme, 1997:63) Permanecer no seio familiar é manter as redes de relações sociais significativas, na velhice, sendo importantes para a saúde mental dos indivíduos porque são os pilares em caso de situações menos favoráveis. Além disso, proporcionam uma maior satisfação da vida e a optimização do envelhecimento. (Paúl, in Paúl e Fonseca, 2005). Esta rede social é enfatizada por Fonseca et al. quando refere que a presença de uma

²⁴<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>, acedido a 5-12-2010

“rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacte.” (in Paúl e Fonseca, 2005:102)

2.3.1.5-Serviços sociais e de saúde

Além da rede de apoio informal que facilita a vida do sénior existe ainda a possibilidade da sua institucionalização. Esta opção provoca frequentemente um impacto negativo no idoso uma vez que a inserção num lar não é o seu desejo e “em termos gerais, os idosos residentes em lares [tendem] a sentir-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais num dia-a-dia monótono e sem esperança ou investimento no futuro terreno.” (Fonseca, in ob.cit:300)

Estudos efectuados revelam que a grande preferência dos idosos é viver com os seus filhos e netos (Trilla, 2004) e que a “institucionalização constitui muitas das vezes, para a família ou para o idoso sem família, (...) a última alternativa quando todas as outras se tornam inviáveis.” (Hortelão, 2004:122)

Outra razão apontada para a permanência na residência é o facto de ser doloroso para o sénior abandonar a sua casa e deixar para trás o local onde sempre, ou quase sempre, viveu e onde cada recanto possibilita reviver momentos passados. Existem os laços afectivos que dificultam esta separação que deve ser evitada. De facto,

“todos temos a responsabilidade, individual e colectiva, de proporcionar um meio ambiente, físico e social, que permita o desenvolvimento de comportamentos de promoção de saúde adequados face ao envelhecimento e de cuidados de saúde de prevenção, tratamento e reabilitação que retardem, ou diminuam, as doenças crónicas e as incapacidades associadas ao facto de se viver mais tempo” (Diniz, in AAVV, 1997a:7)

O facto de o idoso continuar a residir na sua habitação proporciona-lhe o bem-estar psicológico que o distingue dos idosos institucionalizados que têm um auto-conceito mais baixo e executam menos actividades que os idosos que vivem em casa

(Jacob, 2007). Por outro lado, os lares revestem-se de situações dolorosas que são vividas no quotidiano. Ou seja,

“nos lares, os idosos (...) vivenciam inúmeras perdas, integrados num meio que é limitativo, e assume o controlo de muito dos aspectos das suas vidas, deprimem-se, e ficam desanimados, o que pode ser responsável pelas deficiências cognitivas, frequentemente observadas nos idosos institucionalizado” (Paúl, 1997:28)

Nas instituições “a capacidade de autonomia, enquanto valor e direito de cidadania, é (...) ignorada através do tratamento igualitário a que [os idosos] se sujeitam” (Vaz, 1998:631). O internamento em instituições provoca o sentimento de solidão e coloca os idosos “sem objectivos de vida para realizar e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina penosa e solitária, sentindo-se cada vez mais sós” (Hortelão, 2004:130)

Partindo destes pressupostos, os lares e residências de idosos têm uma conotação negativa e são muitas vezes associados a lugares depressivos, onde predomina uma vida rotineira e uma estruturação que não vai de encontro às necessidades humanas de identidade, relação e afecto (Brody, 1977 cit. por Jacob, 2008).

A imagem social dos lares é ainda negativa porquanto se encontra estreitamente conotada com os antigos asilos (Trilla, 2004; Jacob, 2008). Com o intuito de alterar esta percepção Squire (2005:30) afirma que “temos de planear a nossa velhice e criar instituições para onde possamos ir e que vão ao encontro das nossas necessidades individuais, se quisermos deixar as nossas próprias casas”

Posto isto, é de referir que Deps defende que

“o desempenho de atividades e o suporte social podem contribuir para reforçar o sentimento de valor pessoal. Consequentemente, reforçam o auto-conceito e o sentimento de auto-eficácia, facilitando o manejo das situações estressantes com as quais o idoso se depara em decorrência do declínio de suas forças físicas e de suas perdas pessoais e financeiras” (in Neri, 1993:64).

Neste sentido, fomentar o envelhecimento activo é promover o trabalho conjunto dos serviços de saúde e sociais de forma a encontrar um equilíbrio entre cuidar de si próprio e os *cuidados formais e informais* ministrados.

Com o intuito de prover uma melhor compreensão desta temática vamos clarificar o que se entende por *cuidados informais* e *formais*.

Para Lage “o *cuidado informal* é aquela prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem retribuição económica pela ajuda que oferecem” (in Paúl e Fonseca, 2005:206). Adiciona que “podem ser cuidadores primários ou secundários, trabalhar ou não a tempo inteiro e viver junto ou separadamente da pessoa cuidada” (ibidem).

Segundo o Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013 (s/d: 48)

“a Rede Informal de atenção integrada é constituída, em sentido amplo, pelos familiares, empregadas domésticas, amigos, vizinhos e/ou voluntários que apoiam a pessoa idosa nas suas necessidades e actividades básicas de vida diária (ABVD) e actividades instrumentais de vida diária (AIVD)”.

As actividades básicas de vida diária “são actividades do quotidiano que contribuem para que os idosos se mantenham activos física e intelectualmente, e é uma forma de manterem os contactos da sua rede social” (Hortelão, 2004:128). Como exemplos das ABVD temos a higiene pessoal, o comer, o vestir e ainda a comunicação funcional (Lopes, 2005).

Por outro lado, as actividades instrumentais de vida diária compreendem tarefas relacionadas com a inclusão dos indivíduos no meio ambiente e “incidem habitualmente sobre as capacidades em utilizar o telefone, fazer compras, gerir dinheiro, tomar medicamentos, usar meios de transporte ou algumas tarefas domésticas” (Botelho, 2000:27)

A política do cuidado informal pretende que as pessoas funcionalmente dependentes não sejam institucionalizadas (Martín, in Osório e Pinto, 2005:180).

Analisemos, agora, a rede de *cuidados formais* que vem complementar e fortalecer a rede de cuidados informais e que se caracteriza por ser constituída por “pessoal profissional e pela prestação de uma série de serviços que se encontram minimamente estruturados e padronizados, que se podem realizar no domicílio ou em centros especializados” (Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013, s/d: 48).

Da rede de cuidados formais fazem parte algumas instituições: Lar de Terceira Idade, Centro de Dia, Centro de Convívio, Centro de Noite e Ajuda Domiciliária.

Destas respostas sociais para a população idosa, aquela que aqui destacamos é o *apoio domiciliário* que surgiu na década de oitenta. Em conformidade com o Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013 (s/d:51), este serviço social consiste num

“programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador no qual se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional que consistem na atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar e nas relações com o meio [e tem como] objectivo básico favorecer o incremento da autonomia pessoal no seu meio habitual de vida”.

O Serviço de Ajuda Domiciliária pretende aumentar a qualidade e a fruição da vida dos idosos não institucionalizados. A prestação de serviço domiciliário constitui um “impeditivo de isolamento e solidão” (Botelho, in Paúl e Fonseca, 2005:112). Este serviço pretende, entre outros objectivos, evitar a “institucionalização (...) e a continuidade da permanência do idoso em casa”(Martin et al., in Osório e Pinto, 2007:155).

A existência de serviços de saúde é também um factor determinante no envelhecimento activo porque pretende manter os idosos na comunidade de forma autónoma e activa.

Na Região Autónoma da Madeira, as respostas no âmbito da saúde são variadas, pois em todos os Centros de Saúde existe a modalidade de Medicina Geral e Familiar com médicos providos de formação específica para a “Saúde do Idoso”. Além disso, as “Consultas de Enfermagem” e o “Tratamento no Centro de Saúde e no Domicílio” que estão presentes em todos os Centros de Saúde são uma mais-valia para a população.

Contudo, algumas áreas estão ainda limitadas. Assim, num total de cinquenta e quatro²⁵ Centros de Saúde, a consulta de Nutrição só existe em trinta e seis enquanto a Medicina Física e de Reabilitação é apenas ministrada em nove Centros de Saúde (Plano Gerontológico da RAM – Viver mais, Viver melhor 2009-2013).

²⁵ http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=9&lang=pt,
acedido a 10 de Março de 2011

As pessoas envelhecem activamente quando as políticas, os serviços e as estruturas sociais dão um apoio necessário. Neste sentido,

“os determinantes do foro dos serviços de saúde e apoio social relacionam-se com a promoção de saúde e prevenção da doença, a acessibilidade a cuidados de saúde primários, a adequação do uso dos medicamentos e o acompanhamento de longa duração através de prestadores de cuidados informais e formais.” (Botelho in Paúl e Fonseca, 2005:112)

Como exemplo desta fusão entre serviços sociais e de saúde surgiu, em 2004, o projecto-piloto de Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados da Madeira (RRCCI)²⁶. Esta rede “é uma estrutura de apoio, constituída por serviços de apoio ao domicílio e de internamento de curta, média e longa duração, que prestam conjuntamente cuidados de saúde e de apoio social, promovendo a autonomia dos seus utentes”²⁷.

2.3.1.6- Factores Ambientais

Voltamos a reiterar que o envelhecimento depende de factores exógenos e endógenos mas “para se envelhecer com qualidade é preciso ser criativo, responder às pressões do ambiente mobilizando os recursos adequados, numa luta interna com o corpo e externa com a sociedade” (Hortelão, 2004:122)

Em conformidade com Cavanaugh (1992) as pessoas não vivem num vácuo; elas vivem em ambientes que influenciam o processo cognitivo e comportamental. Neste sentido, as quatro teorias de interacção pessoa/ambiente (Competência e pressão ambiental; Congruência; Stress e confronto e o Conceito da perda contínua) auxiliam-nos na compreensão de como os indivíduos vêem o seu ambiente e de como essa percepção se pode modificar com a idade (idem).

²⁶ A criação das RRCCI encontra-se no Decreto Legislativo Regional nº9/2007/M, publicado no Diário da Republica de 15 de Março de 2007.

²⁷ http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=819&Itemid=382&lang=pt, acedido a 14 de Fevereiro de 2011.

Seguidamente vamos analisar cada uma das teorias supramencionadas que têm como base a teoria de Lewin, que advoga que o comportamento depende da própria pessoa e do ambiente.

Relativamente à teoria da Competência e Pressão ambiental, defendida por Lawton e Nahemow (cit. Cavanaugh, ob. cit.), considera-se que a *competência* é o limite máximo teórico de capacidade de um indivíduo para funcionar a qual se estrutura em cinco componentes, nomeadamente, saúde biológica, funcionamento sensório – perceptivo, capacidade motora, capacidade cognitiva e força do ego. Estas componentes são difíceis de mensurar e as imposições colocadas pelo ambiente pressupõem a combinação de três tipos: física, interpessoal e social. A componente física exige que o indivíduo tenha, por exemplo, de percorrer três lances de escadas para o apartamento. As exigências interpessoais envolvem as várias pressões a que o indivíduo é sujeito para se relacionar bem com as outras pessoas. Finalmente a vertente social está relacionada com as leis ou costumes sociais que afectam a vida dos sujeitos. Assim sendo, o comportamento vai depender do nível de competência do indivíduo e do nível da pressão exercida pelo ambiente. Deste modo, quanto menos competência um indivíduo tem, maior é o impacto dos factores ambientais. Estas teorias pressupõem ainda um *nível de adaptação*, ou seja, um ponto no qual a competência e a pressão ambiental estão equiparadas (Cavanaugh, 1992). Obviamente, para que um idoso mantenha bons níveis de adaptação necessita de mudar para pressões ambientais baixas ou em alternativa tomar medidas para melhorar as suas competências.

O modelo de Congruência, de Kahana (cit. Cavanaugh, ob.cit) engloba os conceitos de competência e ambiente da teoria anterior embora sejam entendidos de modo diferente. Assim, para Kahana as necessidades das pessoas variam e o ambiente nem sempre satisfaz estas necessidades. Além disso, as pessoas com necessidades específicas procuram ambientes onde se sintam bem porque se o ambiente não for propício motivará stress e desconforto. Neste sentido, a existência de congruência entre o indivíduo e o ambiente é particularmente importante quando ambos têm opções limitadas.

Relativamente às limitações, estas podem advir de 3 razões distintas 1) quando as características do ambiente são restritas; quando por exemplo o transporte público não está disponível para ir às compras; 2) quando a liberdade do indivíduo é limitada, facto que pode ser ilustrado mediante a imposição de o indivíduo ter de comer sempre à

mesma hora todos os dias; 3) quando o indivíduo pressupõe que a sua liberdade é limitada, ou seja, quando pensa que não há possibilidade de passear apesar da existência de um sistema de transporte público. Esta auto-percepção de liberdade limitada reflecte o pensamento de que a vida é controlada por forças externas.

Este modelo ajuda a compreender as diferenças individuais e a entender a dificuldade de adaptação dos indivíduos a ambientes restritos, tais como, lares de idosos e hospitais.

A teoria do Stress e Confronto, de Schooler (cit. Cavanaugh, ob. cit), defende que a adaptação depende da percepção que as pessoas têm do stress ambiental e das suas capacidades de confronto. Os indivíduos avaliam as situações para descobrir o potencial valor de ameaça e neste sentido podem ser avaliadas como prejudiciais, benéficas ou irrelevantes. Quando as situações são entendidas como prejudiciais ou ameaçadoras, as pessoas utilizam o leque de respostas de confronto que têm ao seu dispor para as ultrapassar. O surgimento do confronto pode ser positivo ou negativo dependendo de muitos factores contextuais. Assim, se por exemplo, um idoso vive só e sem ajuda, encontra-se numa situação mais stressante do que se tiver apoio social, o que atesta que o apoio das instituições sociais diminui os efeitos de stress nos indivíduos.

Esta teoria ajuda a compreender a crescente vulnerabilidade dos idosos face às condicionantes sociais e físicas decorrentes desta etapa da vida.

O conceito de *Perda Contínua*, seguido por Pastalan (cit. Cavanaugh, ob.cit), entende o envelhecimento como uma fase caracterizada por uma série progressiva de perdas que reduz a participação social dos indivíduos. Esta perda contínua inclui a saída dos filhos da residência dos pais, a perda dos papéis sociais, a perda de rendimentos, de amigos mais chegados ou de familiares, a perda da acuidade sensorial e de mobilidade devido à saúde debilitada e ainda a morte do cônjuge. O conceito de perda contínua pressupõe ainda um conjunto de adaptações relação ao número e tipo de perdas.

As perdas reduzem a capacidade de participar plenamente nas acções da comunidade e neste contexto, a residência e os vizinhos mais próximos ganham grande importância o que significa que os idosos são sensíveis mesmo às mais pequenas mudanças ambientais.

Em suma, todas estas teorias focam o envelhecimento e sublinham a importância da interacção entre o indivíduo e o ambiente, não dando supremacia nem a um nem a outro. Cada indivíduo tem as suas necessidades e interage com o ambiente consoante a

percepção que tem do mesmo e utilizando respostas de acordo com as suas competências.

Ainda no que concerne aos aspectos ambientais, Vallespir e Morey destacam a importância do ambiente físico no envelhecimento activo uma vez que aquele é determinante na dependência ou independência de uma pessoa. Adicionam que “uma casa adequada é especialmente importante para o bem-estar dos idosos. A sua localização, próxima ou afastada da família, os serviços ou os transportes podem afectar a interacção social e o isolamento” (in Osório e Pinto, 2007:242).

O envelhecimento é um processo irreversível, distinto de indivíduo para indivíduo e que pode ser vivido de maneira positiva ou negativa. Esta etapa do ciclo de vida traz mudanças difíceis e imprevisíveis que nem todos os idosos sabem ultrapassar, pois

“saber envelhecer, diz-se muitas vezes, é uma arte. Eu direi que é também uma «premunição». Uns têm, outros não. (...) Chamo «premunição» ao caminho que se tem de ir dando à nossa vivência para aceitar o envelhecimento como uma mudança gradual de várias das nossas faculdades. Saber adaptarmo-nos a elas, sem vergonha nem receio, é a grande «arte»” (Soveral, in AAVV, 1997b:149-150)

O envelhecimento activo, que analisamos neste estudo, pressupõe um compromisso com a vida e a participação em diferentes actividades permitindo ao idoso usufruir de uma vida com qualidade. Contudo, “a promoção da boa qualidade de vida na idade madura excede (...) os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de carácter sociocultural” (Neri, 1993:9).

CAPÍTULO III

3. Investigação empírica

Neste capítulo são abordados diversos temas nomeadamente a natureza do estudo e a caracterização do local da investigação empírica. É de referir que o primeiro tópico incide sobre o método de investigação, os instrumentos de recolha de dados e a análise dos mesmos. Também são referidos os cuidados éticos porque é importante os inquiridos estarem protegidos contra riscos psicológicos e sociais, assim como beneficiarem de anonimato.

No segundo subcapítulo constam dados relativos à população residente, às actividades económicas, às colectividades sociais e aos serviços de saúde existentes em cada freguesia de modo a conhecer os recursos que cada localidade oferece à sua população. Neste capítulo efectuamos a caracterização dos sujeitos estudados e para concluir tecemos algumas considerações acerca das limitações do estudo e dos factores que são necessários ter em conta na realização de uma investigação.

3.1. Natureza do estudo

Esta investigação possui como estratégia de pesquisa o método de estudo de caso cujo objectivo é “coletar, apresentar e analisar os dados de forma imparcial” (Yin, 2005:19-20).

Por seu turno, Merriam afirma que o estudo de caso consiste “na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico” (1988 cit. por Bogdan e Biklen, 1994: 89).

Em conformidade com Yin o estudo de caso examina acontecimentos contemporâneos e tem a capacidade de utilizar uma grande variedade de fontes permitindo assim uma investigação que preserve “as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real - tais como ciclos de vida individuais” (ob. cit:20). Acrescenta que os estudos de caso podem ser generalizados a proposições teóricas mas não a populações ou universos, ou seja, não podem ser extrapolados para a sociedade (Yin, 2005 e Bell, 2010). Nesse sentido, os estudos de caso não seguem a lógica da amostragem sendo irrelevantes os princípios tipicamente adoptados em relação ao tamanho da amostra (Yin, 2005). Além disso, os estudos de caso, na sua

grande maioria, “não devem ser utilizados para avaliar a incidência dos fenómenos” (idem: 71)

Assim, esta investigação não utiliza a técnica da amostragem embora se baseie no estudo de um conjunto de indivíduos que contemplam as características intrínsecas ao tema de investigação o que permite obter uma percepção do modo como as pessoas idosas vivem o seu quotidiano de acordo com o género, com o meio em que estão inseridas e com o respectivo poder económico, entre outros aspectos.

Devido aos instrumentos utilizados, nomeadamente a pesquisa documental, o inquérito por questionário com questões abertas e fechadas e a entrevista semi-directiva, a presente proposta de investigação reveste-se de dupla natureza: qualitativa e quantitativa. Contudo, a ênfase recai essencialmente sobre o estudo qualitativo uma vez que as entrevistas e a pesquisa documental se centram principalmente na compreensão e na relação de dados teóricos e não na sua análise estatística (Bell, 2010). Além disso, o inquérito por questionário, apesar de conduzir a conclusões quantificadas, possui através das questões abertas características qualitativas, enquanto a entrevista possibilita a obtenção de dados de forma descritiva.

Segundo Bogdan e Biklen a investigação qualitativa tem cariz científico porque implica um estudo empírico e sistemático onde os dados qualitativos são “ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico” (1994:16).

Afirmam que apesar da análise de dados estar sujeita a uma interpretação subjectiva, os investigadores qualitativos afastam esse risco de subjectividade porque passam “uma quantidade de tempo considerável no mundo empírico recolhendo laboriosamente e revendo grandes quantidades de dados” (idem: 67). Além disso, “o objectivo principal do investigador é o de construir conhecimento e não o de dar opiniões sobre determinado contexto” (ibidem).

Em conformidade com Bogdan e Biklen “a abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial” (1994: 49). Acrescentam que a investigação qualitativa possui diversas características das quais destacamos o facto de o investigador ser o instrumento principal para a recolha de dados e das informações serem efectuadas de forma descritiva, ou seja, através de palavras e de imagens e não de números. Assim, os investigadores que fazem uso da abordagem

qualitativa “estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido à sua vida” (1994: 50).

3.2. Os instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos utilizados para a realização de um estudo de caso podem advir de seis fontes distintas, nomeadamente, documentos, registos em arquivo, entrevistas, observação directa, observação participante e artefactos físicos (Yin, 2005). Uma vez que o estudo de caso aumenta a sua qualidade quando se incluem na recolha de dados duas ou mais fontes de evidência que convirjam para o mesmo conjunto de descobertas, foi neste sentido que seleccionámos para esta investigação a pesquisa documental o inquérito por questionário e a entrevista semi-dirigida. A utilização de diversas fontes de evidência é importante nos estudos de caso pois permite a triangulação dos dados e consequentemente fomenta a validade da pesquisa (idem).

Contudo, a realização da investigação empírica exige que o investigador siga orientações e procedimentos éticos porque as pessoas que acederam participar nesta investigação têm de ser informadas e respeitadas. A ética, de acordo com Bogdan e Biklen (1994), consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados correctos e incorrectos por determinado grupo. Assim sendo, a ética respeitante à investigação com sujeitos humanos deve ter em consideração o seu consentimento e a garantia de anonimato e de confidencialidade dos dados recolhidos.

A afirmação supracitada é reiterada por Lessard-Hérbert, Goyette e Boutin (1990) ao afirmarem que o investigador tem de seguir dois princípios éticos: informar os sujeitos dos objectivos da sua investigação e dos riscos que poderão advir e proteger os indivíduos contra riscos psicológicos e sociais.

Nesta linha de pensamento, os inquiridos foram abordados individualmente e quer a entrega do inquérito quer a realização da entrevista foram antecedidas por um protocolo: apresentação do investigador, explicação do propósito da investigação e pedido oral de autorização para gravar a entrevista. Para manter o anonimato os inquiridos são referenciados como entrevistados.

Posto isto, referimos em detalhe cada um dos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta pesquisa.

Assim, a análise documental consiste numa “espécie de análise de conteúdo que incide sobre documentos relativos a um local ou a uma situação, [e que] corresponde, do ponto de vista técnico, a uma observação de artefactos escritos” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1990:143). Contudo, para Bogdan e Biklen este instrumento funciona não só “como pano-de-fundo que fornece pistas para dirigir o estudo [mas também] permite contextualizar os novos resultados” (1994:65). Por seu turno, Hill e Hill afirmam que “é uma viagem de ida e volta, [ou seja, a investigação empírica] começa e termina na literatura” (2009:32).

O inquérito por questionário é o instrumento que nos possibilita conhecer os indivíduos no que respeita às suas condições económicas, aos seus modos de vida, aos seus comportamentos, aos seus valores e às suas opiniões visando “ a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem.” (Quivy e Campenhoudt, 1998:188).

O inquérito tem ainda como intuito obter informações que possam ser investigadas com o objectivo de extrair modelos de análise e posteriormente realizar comparações (Bell, 2010).

Em conformidade com Ghiglione e Matalon (1993:8) o inquérito pode ser definido como “uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar (...) [e onde] o investigador intervém colocando questões, mas sem intenção explícita de modificar a situação na qual actua enquanto inquiridor.” Deste modo, recorre-se ao inquérito para se obterem informações sobre a multiplicidade de comportamentos de um mesmo indivíduo. Este instrumento de recolha de dados permite-nos ainda compreender fenómenos, tais como as atitudes, as opiniões e as preferências, a que só acedemos de uma forma prática pela linguagem pois raramente se transmitem de forma espontânea. A sua limitação reside no facto da veracidade das respostas poder ser colocada em dúvida (idem).

Nesta investigação o inquérito foi testado num grupo semelhante aos indivíduos que integram o estudo, não só com o intuito de determinar o tempo de preenchimento, mas também de descobrir a eventual existência de questões irrelevantes ou ambíguas.

O inquérito é composto por questões abertas e fechadas pois algumas perguntas solicitam uma explicitação individual. Um questionário desta índole apresenta vantagens e desvantagens; no caso das perguntas fechadas torna-se fácil a sua análise, sendo mesmo passível efectuar uma análise estatística sofisticada. Porém, esta opção

nem sempre possibilita a obtenção de respostas “ricas” em informação (Hill e Hill, 2009). Ao invés, as grandes benesses das questões abertas são a obtenção de informação detalhada e por vezes inesperada. Aqui, as respostas têm de ser codificadas e são mais difíceis de analisar pois requerem uma “interpretação” (idem).

O inquérito²⁸ divide-se em três partes:

Parte I- Identificação Pessoal

- Género
- Idade
- Freguesia de residência
- Estado civil
- Habilitações literárias
- Profissão/Profissões exercida(s) antes da reforma
- Idade da reforma
- Motivo da reforma
- Rendimento médio mensal

Parte II- Rede Social

- Com quem vive
- Contactos sociais
- Actividades de lazer e culturais

Parte III- Autonomia Física

- Saúde
- Actividades Básicas da Vida Diária
- Actividades Instrumentais da Vida Diária

Parte IV- Expectativas de Vida Futura

Parte V- Opinião Pessoal

Com este inquérito pretendemos obter dados relativos à vida dos idosos que participam nesta investigação de modo a percebermos a sua vivência quotidiana.

²⁸ Ver Anexos

A primeira parte do inquérito permite realizar a caracterização dos sujeitos estudados. Destaca-se a questão relativa ao rendimento mensal para identificarmos as condições financeiras, um dos aspectos inerentes à qualidade de vida dos idosos. Os grupos II e III integram questões relativas à rede social de cada indivíduo e à sua autonomia física, factores que são determinantes para a prática de um envelhecimento activo.

É de salientar que o conjunto de perguntas relacionadas com as actividades básicas de vida diária e com as actividades instrumentais de vida diária (Grupo II do inquérito) foram adaptadas dos questionários de Botelho (2000: 185-193) e Netto (1986:333).

Uma vez que este inquérito possui *perguntas fechadas* e *perguntas abertas*, estas últimas são introduzidas pelos termos “Outro”, “Especifique” e “Porquê” que permitem ao inquirido construir, com as suas próprias palavras, a resposta.

Relativamente à entrevista, Bogdan e Biklen definem-na como um instrumento que permite “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (ob. cit:134).

A entrevista constitui assim uma importante fonte de informação no estudo de caso, mas o investigador necessita de um processo para proceder ao registo das respostas. Neste sentido, a gravação da entrevista é útil porque permite a confirmação dos vocábulos utilizados nas afirmações proferidas pelos inquiridos e a sua audição permite a identificação de categorias aquando da análise de conteúdo (Bell, 2010). Assim, foi realizada a gravação das entrevistas com conhecimento e autorização prévia dos entrevistados.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998) as entrevistas distinguem-se dos outros instrumentos de recolha de dados pela utilização de processos como a comunicação e a interacção humana, os quais se forem correctamente valorizados, permitem que o investigador obtenha informações e reflexões muito ricos e variados.

Além de proporcionarem a comunicação e o relacionamento inter-humano as entrevistas caracterizam-se pela sua adaptabilidade (Bell, 2010). Tal facto significa que as respostas podem ser exploradas de forma a serem desenvolvidas e clarificadas.

Em conformidade com Quivy e Campenhoudt (1998:192-193) temos como variantes da entrevista “a *entrevista semidirectiva, ou semidirigida* e a entrevista centrada”.

A *entrevista semidirectiva, ou semidirigida* pressupõe que o investigador tenha um conjunto variado de perguntas-guia relativamente abertas, mas que deixe o entrevistado falar abertamente. Neste tipo de entrevista o investigador tem de reencaminhar as questões para os seus objectivos cada vez que o interlocutor se afastar dos mesmos.

Na *entrevista centrada, ou focused interview*, não existem perguntas pré-estabelecidas. Neste caso o investigador selecciona tópicos concisos sobre o tema a estudar e aborda-os no desenrolar da conversa.

A entrevista também pode revestir-se de carácter pormenorizado e aprofundado quando se trata, por exemplo, de análise de histórias de vida. Neste caso, como as entrevistas são muito mais longas realizam-se em várias sessões.

Relativamente à *entrevista semi-directiva*, que integra esta investigação, as suas principais vantagens são as de se obter um grau elevado de profundidade dos elementos de análise recolhidos e de permitir “recolher [os] testemunhos e as interpretações dos interlocutores, respeitando os próprios quadros de referência – a sua linguagem e as suas categorias mentais” (idem:194). Neste enquadramento, o investigador necessita de manter a máxima neutralidade de forma a não influenciar a investigação.

Por seu turno, a técnica da entrevista vem complementar o inquérito porquanto possibilita a consolidação das respostas obtidas no inquérito (Bell, 2010). Neste sentido, a preparação da entrevista pressupõe a selecção dos tópicos e a elaboração de questões (idem). Assim sendo, a entrevista pauta-se pela recolha de dados pessoais do inquirido englobando o género, a idade, a freguesia de residência, o estado civil, as habilitações literárias, as profissões exercidas, a idade, o motivo da reforma e ainda o rendimento médio mensal.

Posteriormente, cada entrevistado foi inquirido sobre a sua rede social de relações com o intuito de conhecermos os seus contactos sociais, nomeadamente com quem vive e quais as actividades de lazer e culturais que realiza.

A entrevista permitiu também questionar o estado de saúde de cada idoso e a sua autonomia física e verificar quais as actividades básicas e instrumentais da vida diária

que cada entrevistado consegue realizar de forma autónoma e aquelas que apenas consegue concretizar com ajuda.

As expectativas de vida futura enformaram o ponto seguinte da entrevista cujas questões pretendem aferir se o idoso deseja continuar ou não a residir na sua habitação, quais as razões desta opção, as vantagens e desvantagens de viver na sua própria casa e quais as actividades que gostaria de realizar.

Como finalidade esta entrevista pretendeu perceber se o envelhecimento destes idosos se enquadra no conceito de envelhecimento activo.

3.3. A análise dos dados

A análise de dados é uma etapa da investigação que “consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou, do contrário, recombina as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo” (Yin, 2005:137).

Por seu turno, Bell (2010:183) defende que “os dados em estado bruto, provenientes de inquéritos, esquemas de entrevistas, listas, etc., têm de ser registados, analisados e interpretados” para terem significado.

Assim sendo, após a recolha de dados, ou seja, do levantamento “dos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar” (Bogdan e Biklen, 1994:149) são elaborados instrumentos para posterior análise.

De acordo com Bardin (1988:95) a análise comporta três fases cronológicas distintas “1) a pré-análise, 2) a exploração do material 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. A primeira fase caracteriza-se pela organização enquanto a segunda consiste, principalmente, em operações de codificação. A última etapa é transformar os dados de forma a tornarem-se válidos e significativos. Ao processo de «validação instrumental» realizada através do confronto da informação obtida a partir das diversas técnicas de recolha de dados denominamos de triangulação. (Léssard-Hébert, Goyette e Boutin, ob. cit.).

Neste sentido, a análise de dados de uma investigação quer seja quantitativa ou qualitativa, pressupõe uma fase de codificação que permite a sistematização dos resultados e conseqüentemente o seu tratamento (Lessard-Hébert, Goyette, Boutin, 1990).

Quanto à interpretação dos dados das entrevistas esta investigação pressupõe uma análise por categorias. As categorias permitem reunir um grupo de elementos e agrupá-los, de acordo com as suas características comuns, sob um título genérico, que pode ser semântico, sintáctico, lexical e expressivo (Bardin, 1988). Neste sentido, a categorização tem como objectivo “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (idem:119)

Segundo Bogdan e Biklen, “as categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos que [se] recolheu (...) de forma a que o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente apartado dos outros dados” (1994:221).

Os dados quantitativos, resultantes das respostas obtidas nos inquéritos serão apresentados em gráficos ou tabelas, em conformidade com as suas características.

3.4.Caracterização do local da pesquisa

A pesquisa irá decorrer na zona Norte da Região Autónoma da Madeira, mais precisamente no concelho de São Vicente.

Este município, composto por três freguesias: São Vicente, Ponta Delgada e Boaventura tem uma área de 78,70 Km² e, em conformidade com o Recenseamento de 2001, possui uma população residente de 6196 indivíduos.

A nível de serviços de saúde a população pode usufruir das “Consultas de Medicina Geral e Familiar” com médicos providos de formação específica para a “Saúde do Idoso”, das “Consultas de Enfermagem” e de “Tratamento no Centro de Saúde e no Domicílio”. A Fisioterapia, a Fisioterapia, o Serviço de Urgência, o Internamento e as consultas de Nutrição são outras respostas no âmbito da saúde que o concelho de São Vicente oferece à população.

Destaca-se ainda a existência do Serviço de Ajuda Domiciliária enquanto resposta social à população sénior deste concelho.

Seguidamente, procede-se à caracterização sucinta dos aspectos socioeconómicos de cada freguesia de modo a conhecê-la.

3.4.1-São Vicente

A freguesia de São Vicente tem uma área de 43,70 Km² e uma densidade populacional de 76,3 hab/Km²²⁹.

De acordo com os Recenseamentos de 2001 esta circunscrição possuía 3336 indivíduos residentes dos quais 577³⁰ tinham idade igual ou superior a 65 anos, o que significa que 17,3% da população integra o grupo sénior.

Nesta freguesia as principais actividades económicas³¹ são a agricultura, onde se destaca a vinha, o comércio, os serviços e a indústria (hotelaria, construção civil, panificação, turismo, extracção de inertes, vinicultura, artefactos de cimento, móveis, transformação de madeira, serralharia).

Existem diversas colectividades, nomeadamente, o Centro Social Cultural e Paroquial de São Vicente, a Casa do Povo de São Vicente, o Valour Futebol Clube Associação Cultural Recreativa e Desportiva do Rosário, o Futebol Clube dos Praticantes, a Casa da Cultura de São Vicente, o Grupo Coral de São Vicente, a Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira e a Associação para o Desenvolvimento da Região Autónoma da Madeira. A sua existência permite fomentar as relações sociais.

3.4.2- Ponta Delgada

A freguesia de Ponta Delgada com uma área de 8,80Km² e uma densidade populacional de 150,6 hab/km²³² tem 1325 habitantes dos quais 221³³ são idosos, ou seja, 16,7% dos efectivos encontram-se com 65 ou mais anos.

²⁹ http://www.cm-saovicente.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=211,
acedida a 11 de Fevereiro de 2011

³⁰ Informação retirada do Projecto 65+ Cuidador de Idosos, realizado em 2010, que teve com entidade promotora a Câmara Municipal de São Vicente em parceria com a ADENORMA- Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira. Este projecto tem como objectivo identificar as necessidades sociais dos idosos e propor medidas para colmatar essas mesmas necessidades.

³¹ http://www.cm-saovicente.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=162,
acedida a 11 de Fevereiro de 2011

³² http://www.cm-saovicente.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=211,
acedida a 11 de Fevereiro de 2011

³³ Informação recolhida do Projecto 65+ Cuidador de Idosos

A nível de actividades económicas destacam-se a agricultura (vinha), o comércio, os serviços e a indústria (turismo, construção civil, serralharia, transformação de madeira, hotelaria, apicultura e floricultura).

Relativamente às colectividades locais existem a Casa do Povo de Ponta Delgada e a Associação Desportiva e Recreativa de Ponta Delgada.

3.4.3- Boaventura

A terceira freguesia do concelho de São Vicente, Boaventura, num total de 1537 residentes possuía 309³⁴ indivíduos idosos valor que se traduz em 20,1% da sua população total. A sua área é de 26,20Km² e apresenta uma densidade populacional de 58,7 hab/Km²³⁵.

Esta freguesia possui como actividades económicas: a agricultura (vinha, vimes e banana), o comércio, os serviços, a indústria (construção civil, hotelaria, panificação, extracção de inertes, areia, transformação de madeira) e a apicultura.

As colectividades sociais existentes são a Casa do Povo de Boaventura, a Associação Cultural e Desportiva da Boaventura e o Grupo de Animação e Grupo de Instrumentos Tradicionais do Norte.

3.5.Caracterização dos sujeitos estudados

Como já foi referido anteriormente esta investigação apoia-se no estudo de caso, ou seja, no conhecimento de factos individuais para compreender fenómenos sociais complexos (Yin, 2005:20).

Porém, de modo a promover um equilíbrio numérico e de género dos sujeitos desta investigação seleccionámos 12 idosos (6 homens e 6 mulheres). De modo a abarcarmos diferentes contextos este elenco de idosos integra diferentes situações familiares: casais, viúvos que vivem sozinhos e ainda idosos, solteiros e viúvos que vivem acompanhados por outros membros da família. Para cada uma destas situações

³⁴ idem

³⁵ http://www.cm-saovicente.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=211,
acedida a 11 de Fevereiro de 2011

familiares serão inquiridos e entrevistados 2 idosos de cada sexo com o objectivo de percebermos como vivem o seu quotidiano.

Relativamente aos indivíduos incluídos neste estudo é de referir que embora não exista qualquer grau de parentesco com o investigador, alguns dos sujeitos são seus conhecidos uma vez que existem relações de amizade com os respectivos descendentes visto que habitam no mesmo concelho.

3.6. As limitações do estudo

Como limitações à realização desta pesquisa encontra-se o reduzido número de obras bibliográficas pelo que o nosso quadro conceptual tem por base um diminuto elenco de autores.

Além disso, a questão temporal influenciou a escolha dos instrumentos de recolha de dados adoptados levando-nos a excluir a observação que

“pode ser mais fiável que aquilo que as pessoas dizem. Pode ser particularmente útil descobrir se as pessoas fazem o que dizem fazer ou se comportam de forma como afirmam comportar-se” (Bell, 2010:162).

Identificamos igualmente como limitação neste estudo o reduzido nível de escolaridade dos idosos, facto que levou o entrevistador a adequar e mesmo a explicar o vocabulário de algumas questões colocadas, nomeadamente o conceito de *envelhecimento activo*. Este factor também proporcionou a recusa, por parte de alguns idosos, da realização da entrevista. Assim, a possibilidade de concretização das entrevistas adveio do facto do investigador conhecer os seus familiares.

CAPÍTULO IV

4. Apresentação e Interpretação de dados

Uma investigação, independentemente do método utilizado, só tem significado após a análise e interpretação dos dados recolhidos (Bell, 2010). Neste sentido, a análise “representa o estágio mais difícil de ser atingido ao realizar um estudo de caso” (Yin, 2005:169) por isso pretendemos organizar quadros, tabelas e categorias de forma a sistematizar a informação recolhida.

A apresentação dos dados será realizada em duas partes distintas: a primeira engloba o resultado dos questionários e a segunda reporta-se aos dados obtidos mediante as entrevistas efectuadas.

4.1. Questionários

4.1.1. Dados pessoais

Do elenco desta investigação fazem parte 6 indivíduos do sexo masculino e seis do sexo feminino residentes no concelho de São Vicente. Para cada situação familiar foram inquiridos dois indivíduos de cada género com o intuito de existir equidade no público-alvo e nos contextos em estudo.

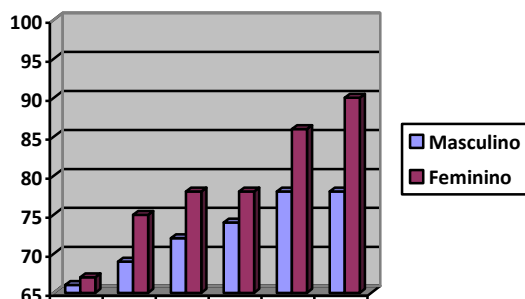
Quadro 9-Distribuição dos inquiridos segundo o contexto familiar, o género e a freguesia de residência

Contexto familiar Freguesia	Casal		Viúvo que vive só		Viúvo que vive com filhos	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
São Vicente	----	1	1	1	1	1
Ponta Delgada	1	1	1	1	1	1
Boaventura	1	----	----	----	----	----
TOTAL	2	2	2	2	2	2

O Quadro 9 ilustra o contexto familiar dos inquiridos bem como a freguesia onde residem. Além disso, permite verificar que a investigação englobou todas as

freguesias do concelho mas a incidência ocorreu na freguesia de São Vicente não só porque é a localidade onde residem mais idosos mas também onde encontramos um maior número de seniores nossos conhecidos.

Gráfico 2- Idade e género dos inquiridos



Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 66 e os 90 anos.

Tendo em conta que consideramos idoso o indivíduo que tem 64 ou mais anos de idade todos os nossos participantes se encontram inseridos na definição de “idoso”.

Os Gráficos 3 e 4 apresentam as habilitações literárias dos idosos inquiridos.

Gráfico 3- Habilitações Literárias dos homens

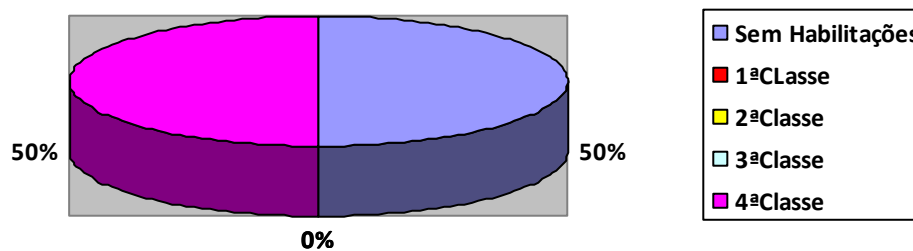
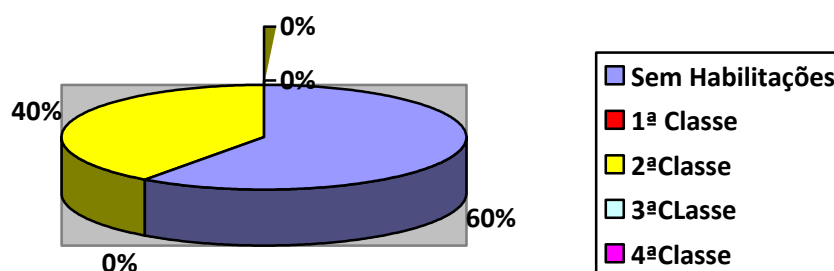


Gráfico 4- Habilitações Literárias das mulheres



Comparando o nível de escolaridade dos idosos consoante o género verificamos que a ausência de habilitações literárias atinge os 50% no sexo masculino e 60% no sexo feminino. Os homens têm mais habilitações literárias do que as mulheres pois enquanto que 50% dos homens possui a 4ª Classe, 40% das mulheres frequentaram apenas a 2ª Classe.

O nível de habilitações literárias dos idosos reflectiu-se nas respectivas ocupações profissionais, tal como podemos constatar mediante a apreciação dos Gráficos 5 e 6.

Gráfico 5- Profissão exercida pelos homens antes da reforma

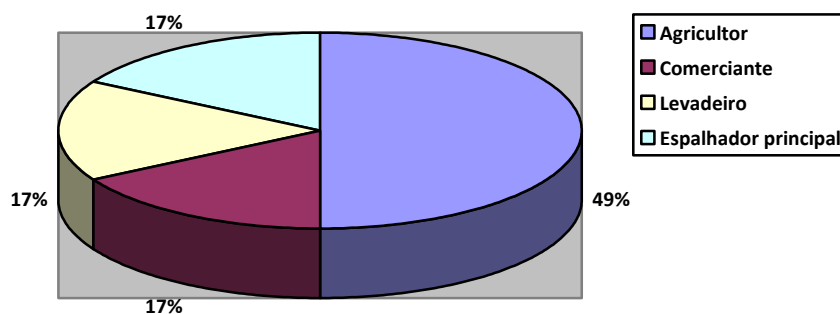
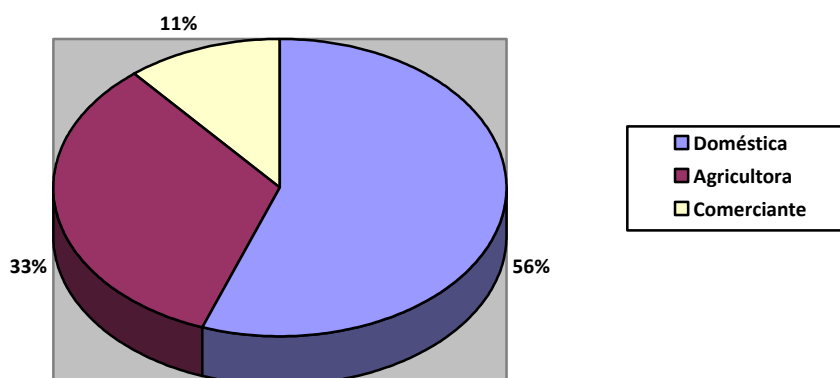


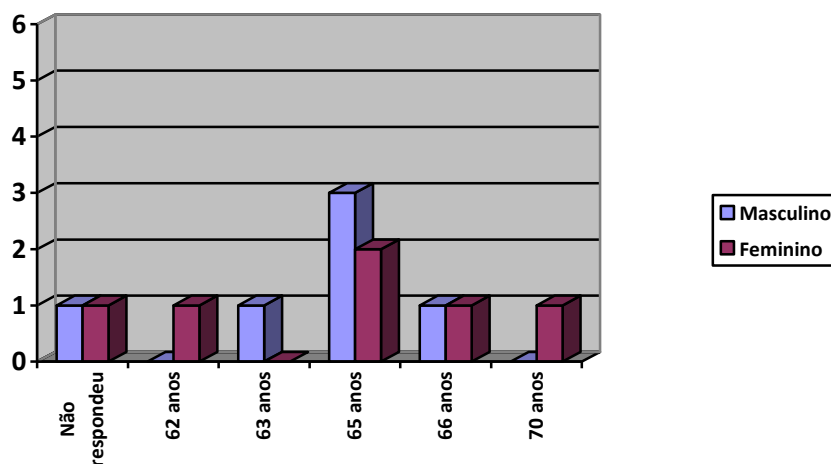
Gráfico 6- Profissão exercida pelas mulheres antes da reforma



O Gráfico 6 permite constatar que profissionalmente os idosos se integram no sector primário pois 49% eram agricultores. As profissões de comerciante, levadeiro e espalhador principal foram cada uma delas exercidas por 17% dos inquiridos.

Quanto ao sexo feminino é de salientar que 56% das idosas eram domésticas. Além disso, 33% das mulheres afirmaram exercer o ofício de agricultoras, enquanto 11% foram comerciantes.

Gráfico 7- Idade da Reforma segundo o género



O Gráfico 7 permite constatar que 49% dos inquiridos iniciaram a sua reforma aos 65 anos. Porém, é de salientar que 17% dos homens requereu reforma antecipada enquanto que no sexo feminino 17% das reformas ocorreram aos 70 anos.

Relativamente ao motivo da reforma o Quadro 10 apresenta-nos as razões individuais que nos foram referidas.

Quadro 10- Motivo da reforma, segundo o sexo

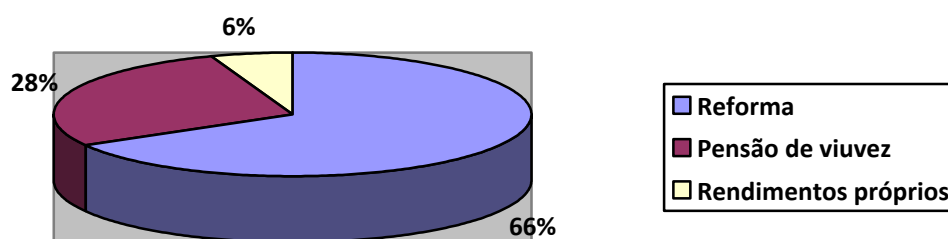
Razões da Reforma	Valor absoluto		Percentagem	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Não respondeu	2	3	33%	50%
Idade	3	2	50%	33%
Pagamento da Segurança Social	0	1	0%	17%
Doença	1	0	17%	0%

No sexo masculino constatamos que 50% apontou como principal causa da reforma o facto de ter atingido os 65 anos de idade. Por seu turno, 33% dos homens não respondeu à questão enquanto que 17% dos inquiridos indicou a doença como causa da reforma.

Destaca-se que 50% das mulheres preferiram não responder a esta questão. Porém, 33% apontaram como causas da reforma a idade e 17% asseverou que se reformou devido aos descontos que efectuou à Segurança Social.

Quanto aos rendimentos económicos é de referir que 66% dos idosos beneficiam de reforma, 28% usufruem da pensão de viuvez e 6% usufrui de rendimentos próprios.

Gráfico 8- Rendimentos dos idosos



Quadro 11- Valor da reforma, segundo o sexo

Valor da Reforma	Valor absoluto		Percentagem	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Inferior a 250€	1	1	17%	83%
Entre 250€ e 499€	3	5	50%	17%
Entre 500€ e 749€	2	0	33%	0%
Mais de 750€	0	0	0%	0%

O Quadro 11 permite constatar que 50% dos homens usufrui de uma reforma entre os 250€ e os 499€. Apenas 33% dos inquiridos recebe entre 500€ a 749€ e 17% auferem de uma reforma inferior a 250€. É de salientar que nenhum dos inquiridos do sexo masculino possui uma reforma superior a 750€.

Relativamente ao sexo feminino, 83%, valor que se traduz em 5 participantes, auferem de uma reforma entre os 250€ e os 499€ enquanto 17% recebe menos de 250€. Consequentemente, nenhuma mulher inquirida usufrui de uma reforma igual ou superior a 500€.

4.1.2. Rede social

Na II parte do inquérito tentámos descortinar a rede de relações sociais que os inquiridos mantêm.

Assim sendo, o Quadro 12 contextualiza a situação familiar dos inquiridos.

Quadro 12- Contextualização familiar dos idosos

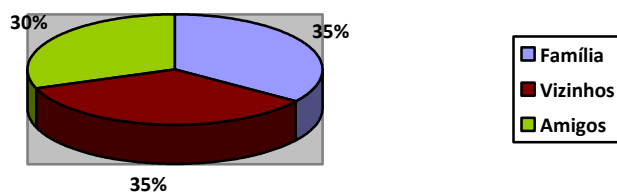
Com quem vive	Valor absoluto	Percentagem
Só	4	33%
Acompanhado	8	67%

Através do Quadro 12 percebemos que 67% dos idosos vivem acompanhados. Nesta situação incluem-se os familiares mais próximos: marido ou esposa, filhos, genro e netos. Ao invés, 33% dos inquiridos vivem sós e apontam como

causas o seu estado civil, o facto de os filhos terem casado e/ou adquirido habitação própria e em alguns casos o facto de os filhos se encontrarem ausentes.

No que diz respeito à rede social destes indivíduos, é de referir que para além da família, dos vizinhos e dos amigos os idosos não apresentam outros contactos sociais.

Gráfico 9- Rede de relações sociais dos idosos



O Gráfico 9 reveste-se de alguma equidade visto que o suporte social da família e o dos vizinhos atingiram o mesmo valor: 35%. Realçamos que apenas 30% dos idosos incluíram na rede social os amigos, facto que poderá advir da maior proximidade geográfica com os vizinhos.

Gráfico 10- Periodicidade dos contactos sociais estabelecidos pelos homens

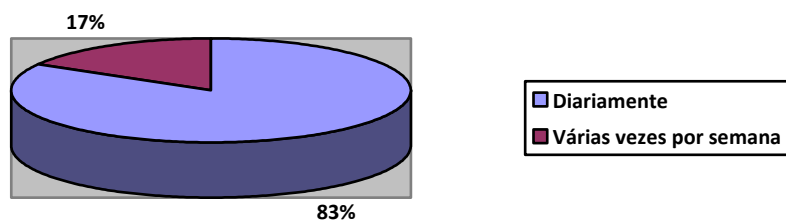
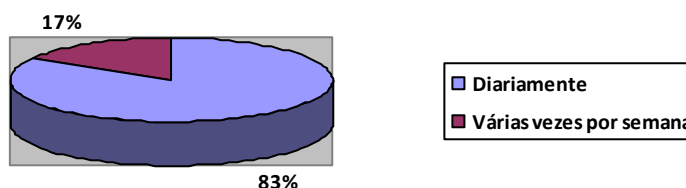


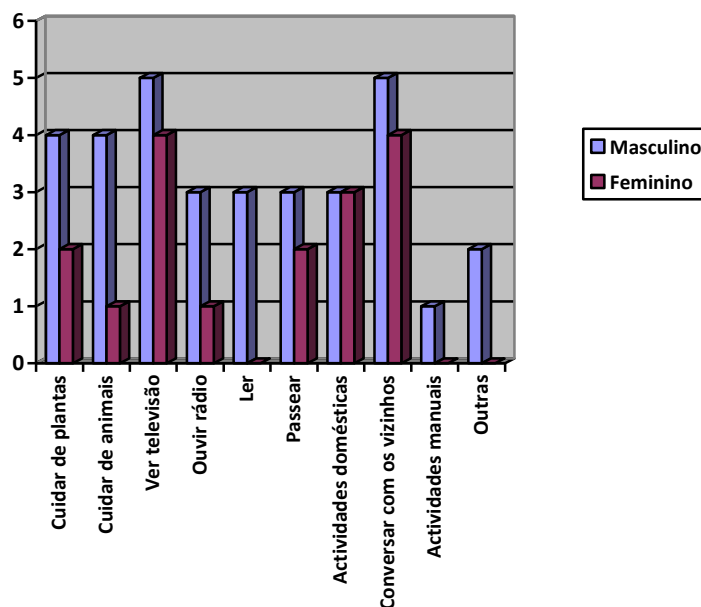
Gráfico 11- Periodicidade dos contactos sociais estabelecidos pelas mulheres



Acrescente-se que para estes idosos a rede social é activa pois 83% dos inquiridos afirmaram que mantém contactos sociais diariamente e apenas 17% declararam que os seus contactos são realizados várias vezes por semana.

No Gráfico 12 observamos as actividades de lazer em que os inquiridos afirmaram participar.

Gráfico 12- Actividades de lazer praticadas actualmente pelos idosos, segundo o género



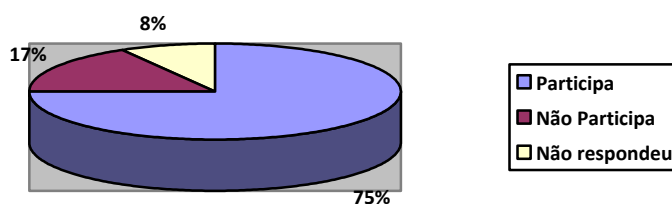
Nas actividades de lazer praticadas pelos homens destacam-se o ver televisão, (16%) e o conversar com os vizinhos (15%). Em terceiro lugar referem o cuidar de plantas e dos animais (12%) seguindo-se as actividades: ler, passear, fazer a lida doméstica e gostar de ouvir a rádio com 9% cada. Apenas 3% dos homens afirmaram

dedicar-se a actividades manuais e 6% assinalaram que tinham outras actividades de lazer, nomeadamente a agricultura e o cuidar dos netos.

Quanto ao sexo feminino 21% declarou possuir como principal actividade de lazer o ver televisão e conversar com os vizinhos sucedendo-se 16% para a lida da casa. De seguida, as actividades mais assinaladas foram passear e cuidar de plantas, com 11%. Por sua vez, o cuidar de animais e ouvir a rádio obtiveram 5% sendo as actividades de lazer menos praticadas pelas idosas. Adicionamos o facto de 5% declarar que não pratica nenhuma actividade de lazer. No entanto, é de salientar que o indivíduo em questão encontra-se com 90 anos de idade. Além disso, um dos inquiridos não respondeu a esta questão.

No que concerne às actividades sociais em geral a esmagadora maioria dos idosos (75%) afirmou participar em algumas dessas actividades.

Gráfico 13- Participação dos idosos em actividades sociais



Assim, o Gráfico 13 explicita que 75% dos inquiridos participam em actividades sociais contrapondo com os 17% que declararam não participar nestas actividades. É de salientar que 8% não responderam à questão.

Quadro 13- Actividades sociais desenvolvidas, segundo o género

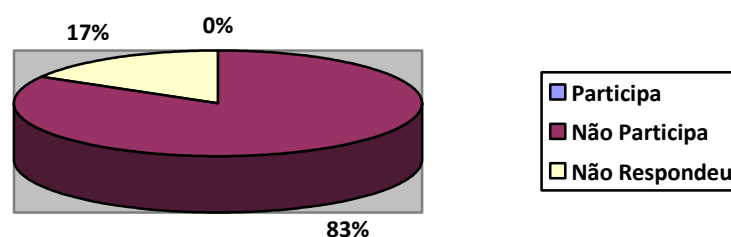
Actividades Sociais	Valor absoluto		Percentagem	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Conversar com amigos e vizinhos	4	4	30%	26%
Cuidar dos netos	3	4	21%	27%
Ir à missa	3	3	21%	20%

Participar em arraiais e festas da freguesia e do concelho	2	2	14%	13%
Cuidar de um familiar doente	0	1	0%	7%
Participar em sessões culturais	1	0	7%	0%
Outras:	0	1	0%	7%
-Participar em festas familiares				
-Convívio no Centro Cívico	1	0	7%	0%

O Quadro 13 apresenta de forma detalhada as actividades sociais mais desenvolvidas pelos idosos. Assim, constatamos que 30% dos homens indica como principal actividade desenvolvida conversar com amigos e vizinhos seguindo-se cuidar dos netos e ir à missa com 21% cada. Em quarto lugar referem a participação em arraiais e festas da freguesia e do concelho (14%). Apenas 7% dos homens afirmaram participar em sessões culturais e no convívio realizado no Centro Cívico.

No que concerne às mulheres, 26% das inquiridas assinalou como principal actividade social desenvolvida cuidar dos netos sucedendo-se conversar com amigos e vizinhos (26%). Por seu turno, ir à missa é uma actividade social realizada por 20% das inquiridas enquanto que 11% declarou que participa em arraiais e festas da freguesia e do concelho. Cuidar de um familiar doente e participar em festas familiares são actividades realizadas por apenas 7% das inquiridas.

Gráfico 14 - Participação dos idosos em actividades culturais



A maioria dos idosos afirmou que não participa em actividades culturais (83%) e 17% dos inquiridos não responderam à questão.

Para justificar a ausência de participação nas actividades culturais os idosos apontaram as seguintes causas:

Quadro 14- Motivos da não participação em actividades culturais

Razões para <u>não participar</u> em actividades culturais	Valor absoluto	Percentagem
Doença	1	10%
Falta de paciência/vontade	2	20%
Inexistência destas actividades na freguesia	1	10%
Desinteresse por este género de actividades	1	10%
Não estar habituado e raramente ocorrerem actividades no concelho	1	10%
Não respondeu	4	40%

É pertinente referir que 40% dos inquiridos não indicaram o porquê da **não participação** em actividades culturais e que 20% justificou a sua não participação com a falta de paciência e de vontade. Além disso, motivos intrínsecos, nomeadamente a doença, a falta de interesse e de hábito, e extrínsecos, tal com a falta de actividades culturais, foram outros factores apontados pelos idosos.

4.1.3. Autonomia física

Relativamente à questão relacionada com a autonomia física é importante salientar que um dos inquiridos declarou não possuir qualquer tipo de doença, apesar dos seus 72 anos. Dos restantes elementos um não dá a conhecer os seus problemas de saúde e os outros apontam vários tipos de doenças, nomeadamente:

Quadro 15- Problemas de saúde indicados pelos idosos de cada sexo

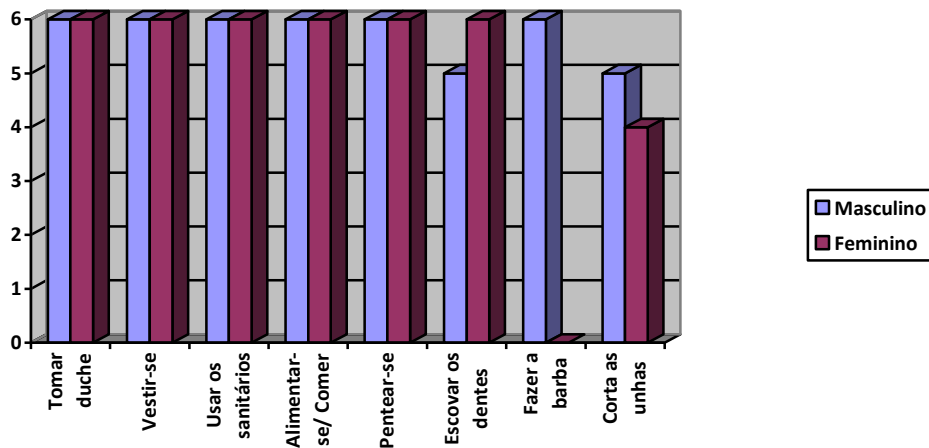
Problemas de saúde dos idosos	Valor absoluto		Percentagem
	Homens	Mulheres	
Vista	1	0	5%
Perna chagada	1	0	5%
Estômago	0	1	5%
Coração	0	1	5%
Coluna	1	1	10%

Bronquite crónica	0	1	5%
Seqüelas de AVC	0	1	5%
Cancro na próstata	2	0	10%
Reumatismo	1	0	5%
Colesterol	0	1	5%
Tensão arterial	0	1	5%
Problemas de locomoção	1	0	5%
Articulações	1	1	10%
Problemas de ossos	0	1	5%
Problemas de memória	0	1	5%
Diabetes	0	1	5%

O Quadro 15 enumera os problemas de saúde sentidos por cada um dos idosos. Assim, 10% dos inquiridos acusam problemas de articulações e de coluna. Cada um destes casos é representado por dois indivíduos sendo um do sexo masculino e um do sexo feminino. O cancro da próstata também aparece diagnosticado em 10% dos homens, que se traduzem em dois indivíduos.

Os restantes problemas de saúde dispersam-se porquanto os problemas referidos pelos idosos foram imputados a alguns órgãos assim como a seqüelas crónicas: a visão, a perna infectada, o estômago, o coração, a bronquite crónica, as seqüelas de AVC, o reumatismo, o colesterol, a tensão arterial, os problemas de locomoção, de ossos, de memória e a diabetes com 5% cada, valor que se traduz em um único indivíduo para cada situação. Assim sendo, a saúde de cada indivíduo depende da constituição genética, da sua personalidade e do modo como viveu e vive a sua vida o que o torna mais vulnerável a certas patologias. No entanto, não podemos deixar de frisar que a longevidade diminui a capacidade funcional dos diversos aparelhos e sistemas humanos e aumenta a prevalência de doenças crónicas (Veríssimo, in Pinto, 2001). Por seu turno, a prática de actividade física pode diminuir a perda de capacidade funcional, quer física, quer mental e contribui “para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia e independência, representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso” (idem:129)

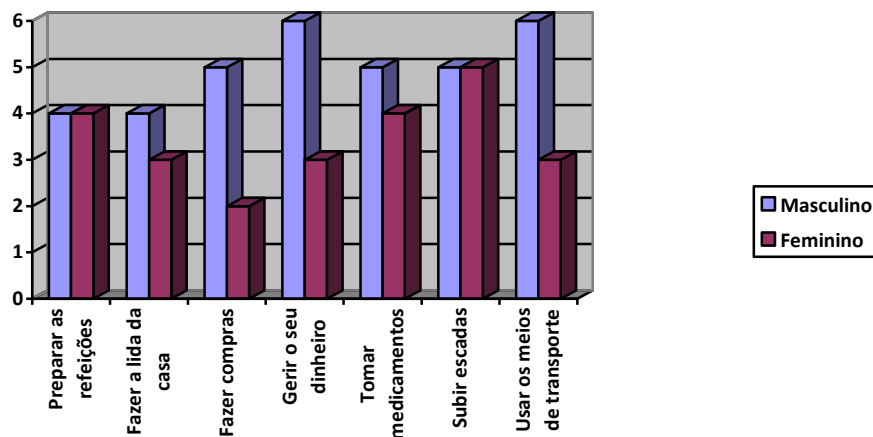
Gráfico 15-Atividades Básicas da Vida Diária desenvolvidas sem ajuda pelos idosos



O Gráfico 15 demonstra que praticamente todas as **atividades básicas da vida diária** são praticadas de forma autónoma pelos idosos inquiridos. Porém, 61% dos idosos do sexo masculino encontram dificuldade em **cortar as unhas** e 5% em **escovar os dentes**. Se tivermos em conta que todos os idosos do sexo masculino declararam que conseguem fazer a barba sem ajuda podemos inferir que a prática de **escovar os dentes** não é uma dificuldade mas uma falta de hábito. Além disso, quando questionados sobre as **atividades básicas da vida diária** para as quais precisam de ajuda apenas foi assinalada a resposta **cortar as unhas**.

Relativamente aos elementos do sexo feminino salientamos a existência de autonomia em todas as tarefas à excepção de 10% que afirma encontrar dificuldade em **cortar as unhas**.

Gráfico 16- Atividades Instrumentais da Vida Diária realizadas sem ajuda pelos idosos



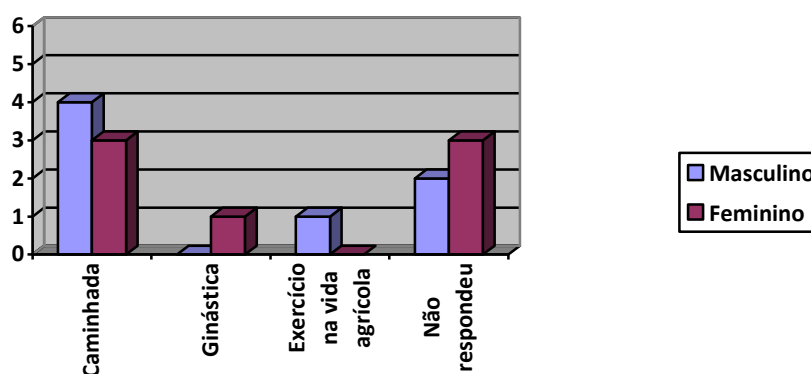
O Gráfico 16 revela que os idosos têm maior dificuldade em realizar as **actividades instrumentais da vida diária** comparativamente às **actividades básicas da vida diária**.

Constatamos que **gerir o seu dinheiro** e **usar os meios de transporte** são as únicas actividades que 17% dos inquiridos do sexo masculino afirmam conseguir realizar sem ajuda. Ao invés, **preparar as refeições** e **fazer a lida da casa** são actividades praticadas apenas por 12% dos homens, provavelmente porque são tarefas que estão associadas ao sexo feminino.

No que concerne ao sexo feminino verificamos que 21% declara que consegue **subir escadas** sem ajuda e 17% é capaz de **confeccionar as suas refeições** bem como **tomar os medicamentos**. Apenas 8% das idosas afirmam que conseguem **fazer compras** sem necessitar de ajuda.

Posteriormente, o Gráfico 17 dá-nos uma perspectiva da actividade física dos seniores.

Gráfico 17- Actividade Física praticada pelos idosos



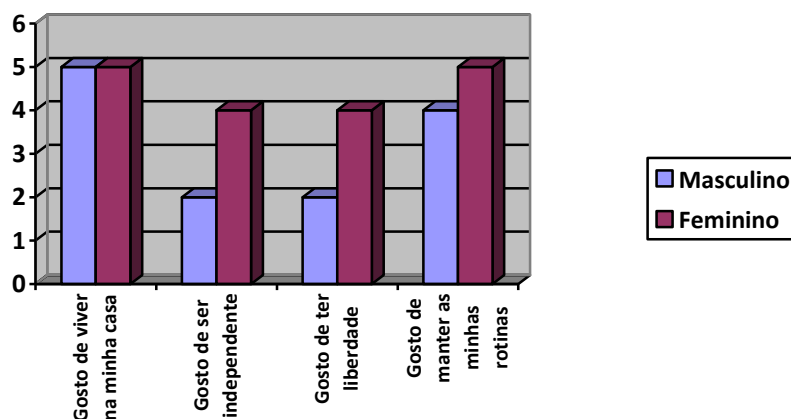
A apreciação do Gráfico 17 mostra que a caminhada é a actividade física mais praticada porquanto envolve 57% dos homens e 43% das mulheres. Contudo, notamos que 14% das mulheres também pratica ginástica.

É ainda de salientar que 14% dos homens referem que a **vida agrícola** permite-lhes fazer exercício físico donde se depreende que para estes idosos o conceito de actividade física não se cinge ao desporto.

4.1.4.Expectativas de vida futura

Os idosos demonstram apreensão quanto ao seu futuro e declaram que desejam continuar a residir na sua casa.

Gráfico 18- Motivos para continuar a residir na sua casa



O Gráfico 18 enumera as razões pelas quais os idosos pretendem continuar a viver na sua residência. Neste sentido, 39% dos elementos do sexo masculino assinalam o gosto de viver na sua casa como principal justificação, seguindo-se 31% a evidenciar a preferência por manter as suas rotinas.

Para 28% dos indivíduos do sexo feminino subsiste “o gosto de viver na sua casa” e “de manter as rotinas”. De salientar que estas duas razões são apontadas por ambos os géneros.

Apenas dois idosos, um de cada género, afirmaram que não pretendem continuar a viver na sua casa porque “se sentem sós”. Um elemento do sexo feminino adicionou que além de precisar de companhia, “já não consegue tratar de si”. Saliente-se que a opção de viver num lar não se coaduna com a perspectiva de vida futura destes idosos. Assim sendo, todos os inquiridos consideraram que existem vantagens em permanecer na própria casa.

Quadro 16- Vantagens em residir na própria casa, segundo os idosos

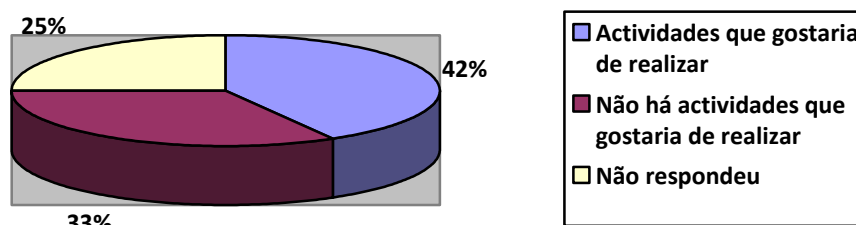
Opções para residir na própria casa	Valor absoluto	Percentagem
Sentir-se mais à vontade	2	13%
Sentir-se bem	1	7%
Conhecer os “cantos” da casa	1	7%
Gostar de estar na própria casa	2	13%
Ver a horta	1	7%

Ter liberdade para fazer o que quer	1	7%
Morar no mesmo sítio há muitos anos	1	7%
Ser independente	1	7%
Gostar de manter as rotinas	1	7%
Viver com a família	1	7%
Não ter de pagar renda	1	7%
Ter capacidade física para ficar em casa	1	7%
Cuidar dos animais	1	7%

Constatamos que 13% dos idosos contemplam aspectos como **sentir-se mais à vontade e gostar de estar na própria casa** como as principais vantagens em permanecer na sua própria residência. As restantes vantagens enumeradas pelos seniores, embora distintas, relacionam-se com factores pessoais, sociais, económicos e comportamentais que advêm do facto de residirem no seu próprio espaço.

O Gráfico 19 apresenta o número de idosos que gostariam de realizar actividades nesta etapa da vida.

Gráfico 19- Actividades que os idosos gostariam de realizar



Um número significativo de idosos (42%) mencionou que existem actividades que gostariam de realizar. Ao invés, 33% afirmou não existirem actividades que gostassem de praticar e 25% dos inquiridos não respondeu a esta questão.

As actividades que os seniores reformados masculinos e femininos gostariam de realizar encontram-se detalhadas nos Gráficos 20 e 21, respectivamente.

Gráfico 20- Atividades que as idosas reformadas gostariam de realizar

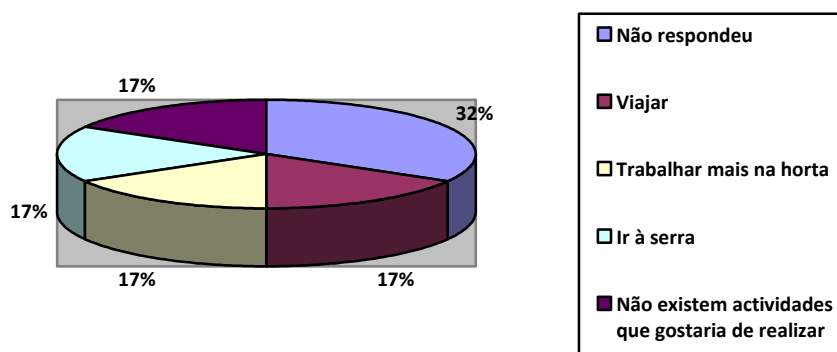
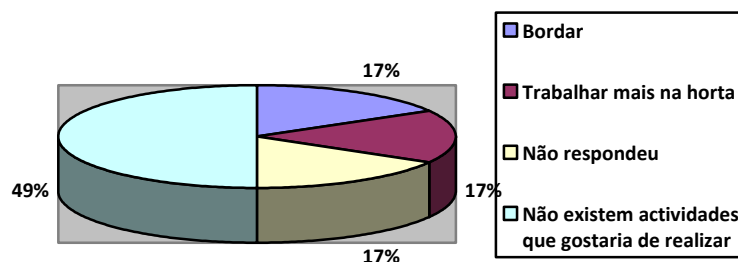


Gráfico 21- Atividades que os idosos do sexo feminino reformadas gostariam de realizar

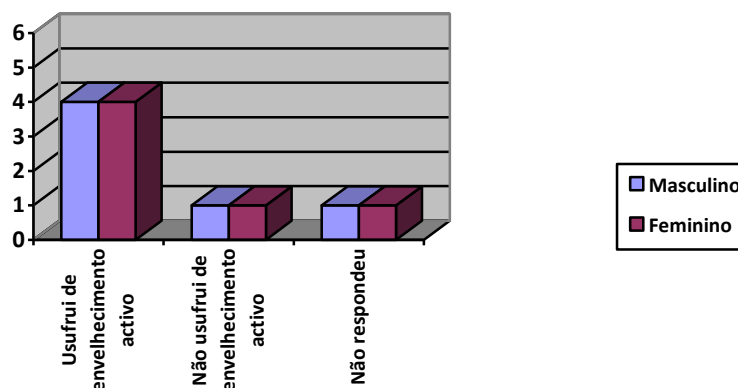


Os Gráficos 20 e 21 mostram que 32% dos homens e 17% das mulheres ainda têm **actividades que gostariam de realizar** e que convergem, nomeadamente a agricultura, provavelmente porque esta actividade se relaciona com a profissão que foi exercida pela maioria dos inquiridos.

Quanto aos seniores que afirmaram **não ter actividades que gostariam de realizar** nesta etapa da vida os motivos são distintos e variam consoante o género. Assim, 17% dos homens, valor que corresponde a um elemento, afirmou não gostar de alterar a rotina diária, enquanto 49% dos seniores do sexo feminino, valor que se traduz em 3 indivíduos, declararam: “já não tenho força nem cabeça para fazer quase nada nem para aprender coisas novas” (E12), “não há capacidade física para realizar actividades” (E3) e “nunca pensei nisso” (E2). Assim, verificamos que o comodismo e a falta de capacidade física são os factores determinantes para não realizar actividades nesta etapa da vida.

Não obstante este facto, procuramos determinar se estes indivíduos consideram que se encontram a usufruir de um *envelhecimento activo*.

Gráfico 22- Usufruto de envelhecimento activo



De acordo com o Gráfico 22 aferimos que 66% dos idosos consideram encontrar-se a **usufruir de um envelhecimento activo**. Contudo, 17% afirmou não fruir de envelhecimento activo e 17% não respondeu à questão.

A justificação dos idosos em relação a esta questão encontra-se sintetizada no Quadro 17 onde surgem explanadas as diversas opiniões.

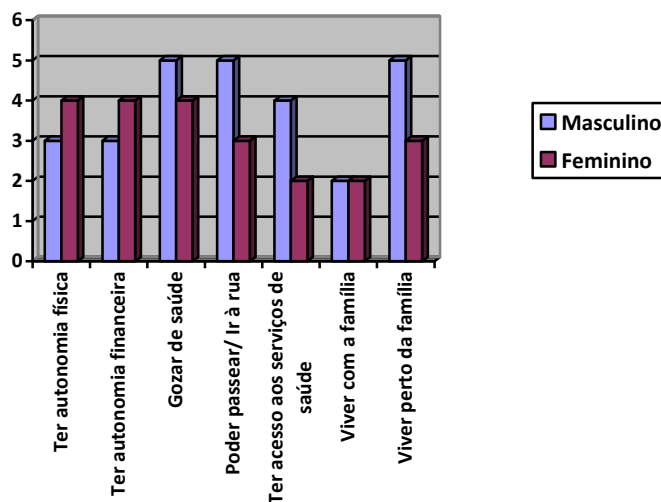
Quadro 17- Opinião dos idosos relativamente ao usufruto de um envelhecimento activo

Envelhecimento Activo		
Género	Opinião	Expressões
Masculino	Positiva	<p>“Até ao presente sim, no futuro veremos seria muito bom”(E4)</p> <p>“Porque procuro manter-se sempre ocupado e activo” (E5).</p> <p>“Porque continua a exercer algumas pequenas actividades, como cuidar de alguns animais e agrícolas” (E8).</p>

		“faço as minhas próprias coisas”. (E10)
	Negativa	“Não tenho muito tempo disponível, porque passo o dia no bar [das] 7horas às 21h” (E7)
Feminino	Positiva	<p>“Faço a minha vida” (E2)</p> <p>“Porque tenho alguma autonomia nas necessidades diárias e básicas” (E3)</p> <p>“Não me limito a comer, dormir e ver Tv., como algumas amigas que conheço” (E6)</p> <p>“Até agora consigo fazer quase tudo sem ajuda” (E11)</p>
	Negativa	“Ainda faço a minha vida pessoal mas não posso sair sozinha e não gosto de ficar sozinha e não posso fazer quase nada” (E12).

Através do Quadro 17 apuramos que os idosos consideram-se beneficiários de um envelhecimento activo porque **realizam autonomamente as suas actividades diárias** e são **fisicamente autónomos**. É de realçar o facto de um idoso não considerar que usufrui de um envelhecimento activo porque passa o tempo a trabalhar na sua mercearia/bar. Assim, concluímos que os factores determinantes do envelhecimento activo diferem de acordo com o sujeito e que para este último inquirido *envelhecimento activo* é sinónimo de lazer.

Gráfico 23- Características do envelhecimento activo, segundo os inquiridos



O Gráfico 23 evidencia que **gozar de saúde, ter autonomia física e autonomia financeira** são os factores que os inquiridos do sexo feminino destacam como características de um envelhecimento activo, enquanto que para o sexo masculino o *envelhecimento activo* pressupõe **gozar de saúde poder passear/ ir à rua e viver perto da família**.

Assim, enquanto que para as mulheres a saúde e a autonomia aparecem no topo das preferências, os homens valorizam a saúde, as saídas à rua e o facto de estarem perto da família. Deste modo, a necessidade de espaço exterior e de alguém que faça a gestão da casa são aspectos que preocupam os homens. As mulheres parece “bastarem-se” a si próprias, pois a sua “autonomia permite-lhes não depender de outras pessoas e enfrentar a solidão.

4.2. Entrevistas

Para complementar a investigação todos os sujeitos desta pesquisa foram entrevistados e foi mantido o seu anonimato, daí serem denominados de entrevistados (E) a que se segue um número de identificação.

As questões colocadas nas entrevistas pretendiam consolidar a informação obtida através dos questionários e consequentemente pautaram-se pela semelhança das

perguntas. O baixo nível de habilitações literárias dos idosos fez com que o entrevistador utilizasse um vocabulário simples e de fácil compreensão permitindo clarificar algumas respostas menos objectivas apuradas nos questionários.

Após a realização da entrevista o seu conteúdo foi analisado de forma descritiva³⁶ e interpretativa com o intuito de seleccionar a informação relacionada com os objectivos específicos da investigação.

Neste sentido, ao serem questionados sobre a ocupação dos tempos livres nove dos doze entrevistados afirmaram que se dedicam à agricultura. Assim, E6 afirma que “às vezes ainda cuida [das hortas] ” enquanto E10 declara que trabalha na sua vinha. Outra actividade realizada pelos idosos é a lida da casa. Uma entrevistada declarou que passa o dia “em casa, fazendo o comer (...) lavando a loucinha” (E3). Apenas um idoso afirma que cuida de animais e um outro que trabalha no jardim. E8 asseverou ter “umas galinhas” para tratar e E6 atestou ser o próprio a cuidar do jardim. Além das actividades supramencionadas, os idosos passeiam de carro ou a pé, pois E5 afirma que faz passeios a pé mas “quase todos os dias [sai] a dar uma voltinha de carro” e E10 declara que por vezes “também [dá] algum passeio aqui fora de São Vicente a pé pela serra”.

Ao invés, a ociosidade faz parte integrante do quotidiano de alguns idosos pois E2 declara que fica “sentada a olhar para a paisagem [e quando está cansada vai] para a cama e descansa 1 hora ou 2”. O mesmo acontece com E3 que fica “sentada no jardim”. Por seu turno, E12 afirma que “às vezes [vê televisão] para passar o tempo” e desta forma assistir à missa. Na opinião de E5 a ocupação dos tempos livres passa não só por cuidar da sua “própria situação, de [si] próprio ”, mas também de familiares, nomeadamente, dos netos. Esta opinião é partilhada por E6.

Ainda relacionado com este item a higiene pessoal, o trabalho e a escola foram também apontados como formas de entretenimento. Relativamente à escola, o seu destaque advém do facto de proporcionar aos idosos o acesso aos cursos ministrados, nomeadamente o de informática, fomentando a aprendizagem ao longo da vida e possibilitando que os idosos ocupem o seu tempo livre. Neste sentido, E9 declara que gosta de se “entreter na escola” pois acede à internet e ao facebook para contactar com familiares ausentes.

³⁶ Ver Anexo: Análise de conteúdo das entrevistas

Quanto ao trabalho, E7 afirma que passa o dia na sua mercearia e E9 diz que “borda um bocadinho”.

Questionados relativamente às relações sociais descortinamos dois grandes grupos: os vizinhos e a família. Assim, os amigos e as pessoas em geral foram considerados menos importantes na rede de relações sociais dos idosos.

Segundo alguns entrevistados, E1, E3 e E5 o convívio realiza-se com os vizinhos, diariamente, enquanto E6 afirma que “não há tempo” para falar com a vizinha todos os dias.

Por seu turno, a rede de relações familiares é a mais intensa e simultaneamente a mais valorizada e diversificada. E1 declara conviver com a filha, E2 assevera que convive com os “filhos que moram cá (...), e os do Funchal vêm ao fim-de-semana”, E8 refere que o seu convívio “é com a mulher”, E10 explicita com quem convive “tenho compadres tenho primos” e E11 relaciona-se com a sobrinha.

Os amigos fazem parte da rede de relações de E7 e E8 enquanto E4 e E9 afirmaram falar “com toda a gente”. Por seu turno, E10 declara-se muito sociável “convivo com várias pessoas”.

Interrogados sobre a participação nas actividades sociais e culturais destacam-se as respostas que indicam além da *conversa com os amigos e vizinhos, o teatro, a liturgia, a participação nas festas e arraiais e o cuidar dos netos*.

Relativamente à actividade *conversar com os amigos e vizinhos* constatamos que é com os vizinhos que os idosos convivem mais. E1 afirma que conversa com a vizinha “falo com ela todos os dias”. E3 vai mais além e declara que cavaqueia “com os (...) vizinhos todos”. Nesta linha de pensamento, também E4 assevera falar “com toda a gente” e E10 declara que convive “com várias pessoas”. Na opinião de E5 a sua “vizinhança [é] impecável”.

Quando questionados relativamente ao teatro E1 assevera “nunca fui nem quero” enquanto E9 afirma “nunca se foi acostumados” a participar nesta actividade.

No que concerne à participação nas *liturgias* verificamos que os seniores assistem à missa e que alguns participam assiduamente nesta celebração, ou seja, “todos os domingos” (E5). Contudo, outros referem que a idade e a doença impossibilitam a sua participação neste evento pelo que declaram “agora não posso ir [à missa] ” (E12), ou “não tenho gana de ir para lá [a missa porque] pode me dar o sono”. Por outro lado,

E11 acede à liturgia em casa pois afirma “agora não vou nem sequer a missa ouço na televisão”.

Quanto à *participação nas festas e arraiais*, E2 declarou que gosta “de ir [aos arraiais mas] para assistir [às celebrações] dentro da igreja”. Por seu turno, E9 e E10 declaram que participam neste tipo de actividades culturais apenas quando se realizam próximo da sua residência.

Nas actividades sociais foi incluída a tarefa de *cuidar dos netos*. Neste sentido, E5 declara que passa “um pedacinho de tempo com [o neto]” e E6 manifesta uma preocupação com esta questão dizendo ter “uma buziquita, [uma neta para cuidar]”.

Quando questionados sobre os motivos que os levam a viver na própria residência obtivemos respostas diversificadas. O *hábito* é um factor comum porque três dos inquiridos (E1, E2 e E8) enfatizaram o facto de viverem no mesmo sítio desde que nasceram e E2 afirmou mesmo “nasci neste sítio, cresci e vou morrer neste sítio”.

Como vantagem de morarem na própria residência os idosos destacam a *liberdade pessoal*. Assim, E3 declara: “ eu entro à hora que quero” enquanto E9 afirma que “a vantagem é porque [a casa] é minha e sou senhora de mim”. E5 compara as vantagens da sua residência às desvantagens de residir num lar de idosos pois este “é uma vida militar porque quem vai para o lar tem de conhecer as regras”. Além deste aspecto é ainda destacada a *liberdade financeira* inerente à vivência na habitação própria, uma vez que “é melhor viver [na sua própria] casinha que viver na casa dos outros para pagar renda a eles” (E1).

Outros determinantes foram considerados, nomeadamente, a *paz/sossego*, porquanto E1 enfatizou que na própria residência, “ninguém me chateia e nem eu chateio ninguém”; a *independência*, referida por E2 que afirmou “enquanto eu puder governar a minha vida não quero caminhar da minha casa”; a *responsabilidade*, apontada por E5 quando menciona “em casa dos meus pais sempre se cuidou dos nossos antepassados”; e a *satisfação* (E7). Em relação a esta última característica o inquirido acrescenta “tou bem na minha casa” (E7), E10 afirma “sinto-me bem aqui na minha casa” e E11 diz “eu gosto de estar aqui [na casa] ”. Por seu turno, um inquirido assevera “não me falta nada” (E4).

Inquiridos sobre os determinantes do *envelhecimento activo*, os idosos consideraram como aspecto relevante a *saúde*. Assim, E1 declarou que “é melhor ter

saúde [do] que andar empalariado” e E3 afirmou que “trabalhava ainda se não fosse [a trombose]”. Aditou, conjuntamente com E6 e E8, que o importante era “ter saúde”.

Por seu turno, a *autonomia financeira* também foi destacada enquanto elemento importante para o usufruto do envelhecimento activo. Neste sentido, E5 afirmou que “sem dinheiro não se faz nada”.

A *independência física* é outro aspecto considerado fulcral no envelhecimento activo porquanto E2 e E5 consideram-se indivíduos activos pelo facto de *se mexerem* e de *realizarem as suas tarefas*. Além disso, E5 considera que a *responsabilidade* de usufruir de um *envelhecimento activo* depende de “si próprio” e advém da *vontade* individual pois “é preciso ter boa vontade” (E10) e “ter força, força de vontade” (E11).

Por último, o *trabalho* também é considerado como um determinante do *envelhecimento activo* porque “a pessoa habituada no activo até esquece [que é idoso]” (E5) e a ausência de uma tarefa leva a que “a pessoa se sinta sem valor” (E9).

4.3. Interpretação dos dados

A utilização de diversas fontes na recolha de dados permite estudar a relação entre elas (Bell, 2010). Assim, efectuado o tratamento dos resultados passamos à interpretação dos mesmos.

Relativamente aos dados pessoais dos idosos é de salientar que a informação recolhida nos inquéritos e nas entrevistas convergem. No entanto, verificou-se a existência de uma discrepância na idade de um dos participantes, ou seja, E8 afirmou ter 74 anos nos inquéritos e na entrevista declarou ter 72 anos. Tal facto pode advir da sua longevidade ou de estereótipos ligados à idade uma vez que o único problema de saúde que acusa é ao nível da locomoção. Foi também ajudado no preenchimento do inquérito pois não possui habilitações literárias que lhe permitissem responder de forma autónoma.

Quanto aos objectivos específicos delineados nesta investigação, nomeadamente, perceber quais os factores que motivam os idosos a permanecer na sua residência e identificar as vantagens e/ou desvantagens dessa permanência destaca-se a opção **gostar de viver na própria casa**, com a expressão “é aqui que nasci é aqui que fico” (E8). **Querer ser livre e independente** foi também ressaltado; “entro à hora que quero”

(E3), e “sou senhora de mim” (E9). **Gostar de manter as rotinas** é outro dos aspectos enumerado pelos seniores nos inquéritos. Porém, todos estes aspectos remetem para a importância do *controlo* pessoal que se relaciona “com a ideia de que ter liberdade, autonomia e controlo é benéfico para (...) o bem-estar psicológico” dos idosos. (Paúl, 1997:25).

Além dos factores supramencionados os idosos, nas entrevistas, aditaram a **satisfação** e a **paz** como agentes determinantes para continuar a residir na própria casa. Neste sentido, E4 refere “não me falta nada” e E1 afirmou “ninguém me chateia e nem eu chateio ninguém”. A finalizar, consideramos o aspecto da **responsabilidade** pois E5 asseverou que “em casa dos meus pais sempre se cuidou dos nossos antepassados”. Este aspecto remete-nos para a importância da família e do papel social do idoso e contrapõe-os à modernidade onde

“a cultura dos jovens [se manifesta] com exuberância no seu poder crescente, alegando que eles são o futuro. [Contudo] não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam actualmente o saber, legam-nos seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos”. (Paúl, 1997:7)

O facto de os idosos viverem na sua própria residência é profícuo não só pelos factores acima referidos mas também por ser uma mais-valia financeira porquanto não é necessário pagar renda E1. Além disso, E5 afirmou que viver “ [num] lar é [ter] uma vida militar”, o que remete para restrições e falta de liberdade.

Posto isto, inferimos, tal como Osório (in Trilla, 2004:254), que “as pessoas idosas desejam permanecer nos seus próprios lares enquanto o estado de saúde o permitir”

Relativamente à ocupação dos tempos livres constatamos que os idosos possuem diversas actividades. Nos inquéritos distinguimos como ocupação **ver televisão** e **conversar com os vizinhos**. Nas entrevistas destacamos como actividades o **trabalho na agricultura, o cuidar dos animais e do jardim e a lida da casa** facto que poderá advir da circunstância da maioria dos indivíduos terem sido agricultores e domésticos. Curioso é o facto de os idosos não terem referido na entrevista **a conversa com os amigos** como forma de ocupar os seus tempos livres nem **a prática de actividade física** tal como fizeram nos inquéritos onde 57% dos homens e 43% das mulheres assinalaram

que praticam **a caminhada**. Nas entrevistas só quando questionados directamente sobre o assunto é que os idosos afirmaram praticar actividade física.

A participação destes idosos engloba também as seguintes actividades: **passar, cuidar de si e de familiares, proceder à higiene pessoal, trabalhar na mercearia e ir à escola**. A **ociosidade** foi outro aspecto referenciado pelos idosos na ocupação do tempo livre.

Em conformidade com Leonard (2008:269) a reforma é provavelmente uma “boa altura para aprender qualquer coisa nova (informática, jardinagem ou uma língua estrangeira)”. Este facto é acarinhado por um entrevistado ao declarar que frequentou o curso de informática e que “gosto de ir ali um bocadinho me entreter na escola” (E9) porque permite acesso à internet e ao facebook. Também revelou o desejo de aprender a língua inglesa para conseguir comunicar com os seus netos emigrados enfatizando a ideia de que “a participação activa dos idosos decorre da sua própria necessidade” (Costa, in AAVV, 1999:18)

No que concerne às actividades culturais, a ida ao *teatro* aparece excluída das preferências dos idosos. Chegam mesmo a afirmar “nunca fui nem quero” (E1) ou “nunca se foi acostumados” (E9). Nesse sentido, podemos afirmar que “as actividades desenvolvidas pelas pessoas idosas precisam ter significado vital, dependendo da biografia e das condições de vida de cada um” (Doll, in AAVV, 2009:111).

Ao invés, **participar nas liturgias e em festas e arraiais da freguesia e do concelho** é uma prática comum entre os seniores assim como as actividades sociais tais como **cuidar dos netos e conversar com amigos e vizinhos**. Este último aspecto merece realce pois os vizinhos constituem um dos principais suportes sociais dos idosos e o convívio entre eles realiza-se diariamente evitando assim que os idosos submerjam na solidão.

Conhecidos os hábitos dos seniores, importa verificar de que modo a permanência destes nas suas residências é reconhecida pelos próprios como *envelhecimento activo*. Assim, nos inquéritos 66% dos idosos, que se traduzem em 8 indivíduos, consideram usufruir de envelhecimento activo porque são *activos fisicamente*, ou seja, ainda conseguem fazer as actividades básicas e instrumentais da sua vida diária: “faço as minhas próprias coisas” (E10). Os elementos que não se consideram activos remeteram este facto para a incapacidade física onde se destacam

expressões como “não posso sair sozinha, não gosto de ficar sozinha e não posso fazer quase nada” (E12).

É de referir que nas entrevistas a questão do *envelhecimento activo* nem sempre foi respondida, mesmo após a sua explicação, facto que nos parece advir do baixo nível de escolaridade dos idosos e da incompreensão do conceito. Contudo, quando questionados sobre os determinantes do envelhecimento activo enumeraram a **saúde**, a **autonomia financeira**, a **independência física**, a **responsabilidade**, o **trabalho** e a **vontade**, pois “a pessoa habituada no activo até esquece [que é idoso] ” (E5).

Para finalizar, referimos que a nível dos inquéritos, 18% das mulheres consideraram a **autonomia física e a autonomia financeira** como os principais factores e caracterizam o *envelhecimento activo* enquanto os homens deram primazia a **viver perto da família e passear**. Destaca-se a **saúde** na medida em que é um factor comum em ambos os géneros.

Em jeito de conclusão, relembramos que “active ageing depends on a variety of influences or “determinants” that surround individuals, families and nations” (WHO, 2002:19).

Considerações Finais

“Envelhecer é um facto da vida; só somos idosos uma vez”

(Squire, 2005:15)

O envelhecimento como um factor social é um dos grandes desafios do século XXI, por isso induz à reflexão sobre questões relacionadas com o papel activo dos idosos na sociedade. Consequentemente, esta investigação teve como pressuposto averiguar os hábitos de vida da população sénior não institucionalizada no concelho de São Vicente e constatar se os idosos deste concelho usufruem de um envelhecimento activo.

Ao longo deste trabalho definimos alguns conceitos, nomeadamente os de *idoso*, de *envelhecimento* e de *envelhecimento activo*.

Foi considerado *idoso* o indivíduo que tem mais de 64 anos porquanto esta idade é, geralmente, associada à época da reforma e consequentemente, todos os intervenientes nesta investigação têm 65 ou mais anos de idade e encontram-se reformados.

Relativamente à noção de *envelhecimento* constatámos que é um conceito bipolar pois remete para aspectos como a *senescência* e a *senilidade*. Na *senescência* o idoso envelhece de forma normal sofrendo um “processo contínuo e irreversível, [que] traz consigo a diminuição física, mental e social consequente das alterações estruturais e funcionais que [o sénior] experimenta no corpo e na mente. E que não podendo ser evitadas podem ser minimizadas e proteladas” (Ermida, in AAVV, 1999:50). Ao invés, no *envelhecimento patológico*, surge a “degenerescência associada a doenças crónicas, a doenças e síndromes típicas da velhice e à desorganização biológica que pode acometer os idosos” (Neri, 1993:34). Tendo por base a definição de *envelhecimento*, fizemos ainda referência aos biólogos que caracterizam esta etapa de vida como “uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo” (Mailloux-Poirier, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995:99).

Partindo destas proposições, e comparando-as com a análise de dados no Capítulo II, nomeadamente a “Autonomia Física”, comprovamos neste estudo que a idade diminui as capacidades dos idosos e é responsável pelo aparecimento de algumas doenças.

O conceito de *envelhecimento activo* que aqui abordamos

“permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e inclui a participação activa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais” (Jacob, 2008:20).

Nesta linha de pensamento, a velhice activa é avaliada através de factores intrínsecos e extrínsecos pois “cada idoso tem a sua individualidade e um contexto social próprio” (Gonçalves, 2003:20).

Assim, a nível intrínseco destacámos que o facto de os idosos possuírem um nível reduzido de escolaridade torna a sua participação educativa nesta etapa da vida ser praticamente nula. De facto,

“apenas se poderá desfrutar de uma velhice activa se os indivíduos tiverem aprendido a ser activos durante toda a vida; da mesma maneira, será mais fácil que os idosos sejam participantes desde que se tenha possibilitado a todos os indivíduos a participação nas decisões políticas, culturais, sociais, etc., ao longo de toda a vida.” (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto, 2007:251)

Acrescentamos que a participação em qualquer actividade é um acto volitivo, ou seja, depende da vontade pessoal de quem o realiza. Assim, apesar da existência de a oferta educacional para os idosos ser positiva a sua participação ainda é ínfima pois também “depende da proximidade da educação que as pessoas mantiveram durante sua vida toda” (Doll, in AAVV, 2009: 117). Perante isto, temos de enobrecer a atitude de um idoso que frequentou um curso de informática e actualmente acede à internet para comunicar com os seus familiares ausentes demonstrando que *a educação ao longo da vida* e o *envelhecimento activo* permitiram não só adquirir conhecimentos mas também melhorar a sua qualidade de vida. Além disso, “rompe com a ideia tradicional de que a aprendizagem é para os jovens, o trabalho para os adultos e a reforma para os velhos” (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto: 237).

Quanto ao aspecto laboral, os seniores que interpelámos declararam que continuam a efectuar trabalhos agrícolas, porque profissionalmente pertenciam ao sector primário e além disso este trabalho facultava-lhes satisfação.

Esta situação remete-nos para a teoria da actividade, uma das teorias psicossociais do envelhecimento, que defende que “quanto mais ativo o idoso, maior [a] sua

satisfação na vida” (Neri, 1993:16). Neste sentido, os patrões, através de medidas adequadas, têm de ser encorajados a empregar idosos porque indivíduo reformado não tem obrigatoriamente que suspender a totalidade da sua actividade profissional. Os seniores podem procurar emprego pois os postos de trabalho podem ser adaptados às suas capacidades. Além disso, as novas tecnologias conduziram à redução de esforços possibilitando ao idoso ajustar-se à realidade laboral (Bize e Vallier, 1985).

Perante a actual realidade económico-social, o trabalho permitiria uma maior estabilidade financeira pois, em geral, a pensão de reforma que os idosos estudados auferem situa-se entre 250€ e os 499€. Segundo Vallespir e Morey (in Osório e Pinto, 2007) o factor económico afecta negativamente a saúde e a independência dos idosos.

Na situação de reforma os idosos dispõem de tempo livre e este pode ser ocupado a cuidar de familiares, como é o caso de alguns dos inquiridos que cuidam dos netos, ou com actividades de lazer. Relativamente a este último aspecto concluímos que, ambos os sexos referem como principais actividades de lazer ver televisão e conversar com os vizinhos. No entanto, as actividades de lazer assinaladas posteriormente diferem segundo o género. Os participantes do sexo feminino dão preferência a fazer a lida doméstica, ao cuidar de plantas e de animais e ao passear, enquanto os inquiridos do sexo masculino salientam actividades como passear, cuidar de plantas, cuidar de animais e ouvir a rádio. Com estes resultados podemos citar Simões quando afirma que “o envelhecimento é vivenciado diferentemente consoante o género a que se pertence” (2006:20).

É de salientar que a nível de expectativas, relativamente à ocupação de tempos livres, os idosos de ambos os sexos referem que gostariam de poder *trabalhar mais na horta*. Além disso, *viajar, ir à serra, aprender inglês e bordar* são actividades que alguns seniores afirmaram que gostariam de realizar. Com efeito, o lazer não só interliga-se com as actividades do indivíduo como também serve de complemento para a realização pessoal (Lopes, 2005).

Segundo Doll “a realização de actividades de lazer depende, além do tempo livre, de condições financeiras, educação, escolaridade e cultura” (in AAVV, 2009: 112). Na nossa opinião, além dos factores supramencionados, a saúde também está na origem da não participação de alguns seniores em actividades de lazer e culturais. Esta afirmação é corroborada com o facto de 83% dos idosos participantes deste estudo afirmaram que não fruem de actividades de índole cultural devido à sua condição física. Porém, a este

facto acrescem a falta de iniciativas deste género na freguesia e no concelho onde residem e também a sua falta de hábito.

Ao invés, observamos um maior interesse pelas actividades sociais, tais como: *conversar com amigos e vizinhos, cuidar dos netos, ir à missa, participar em arraiais e festas da freguesia e do concelho, cuidar de um familiar doente, participar em festas familiares e conviver no centro cívico.*

A participação dos idosos não institucionalizados em actividades de cariz social permite um maior envolvimento em actividades do quotidiano, facto que contribui “para que os idosos se mantenham activos física e intelectualmente, e [...] de manterem os contactos da sua rede social” (Hortelão, 2004:128). De acordo com Fonseca et al.,

“a existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacte.” (in Paúl e Fonseca, 2005:102)

Igual importância tem o facto de todos os seniores inquiridos considerarem que existem vantagens em residirem na sua própria casa, facto já mencionado na literatura sobre a terceira idade (Arca, in Osório e Pinto, 2007; Hortelão, 2004; Arantes, 2003 e Osório, in Trilla, 2004).

Em suma, através da investigação realizada depreendemos, tal como Hortelão afirma, que “é a casa que oferece um sentimento de identidade, de segurança e posição (...) é sentida como o seu «ninho», onde viveram a maior parte da sua vida e o local onde se sentem bem” (2004:122). Além disso, permite-lhes ter autonomia física pois realizam de forma autónoma e livre as actividades básicas e as instrumentais da vida diária.

Quanto às **actividades básicas da vida diária** concluímos que os idosos do sexo masculino encontram dificuldade na tarefa de **cortar as unhas** (11%) e de **escovar os dentes** (13%). Se tivermos em conta que todos os idosos do sexo masculino afirmaram que conseguem fazer a barba podemos inferir que a prática de **escovar os dentes** não é uma dificuldade mas sim uma falta de hábito. Assim, quando questionados sobre as

actividades básicas da vida diária para as quais precisam de ajuda apenas foi assinalada a resposta **cortar as unhas**.

Relativamente aos elementos do sexo feminino, apenas 10% assinalaram **cortar as unhas** como a actividade básica da vida diária que têm dificuldades em realizar.

No que concerne às **actividades instrumentais da vida diária**, verificamos que **gerir o dinheiro** e **usar os meios de transporte** são as únicas actividades que os inquiridos do sexo masculino afirmaram que conseguem realizar sem ajuda. Por seu turno, as actividades de **preparar as refeições** e **fazer a lida da casa** são praticadas apenas por 12% dos idosos/homens, provavelmente porque são tarefas que estão associadas ao sexo feminino.

Ainda relacionado com este tópico, verificamos que 21% dos indivíduos do sexo feminino consegue **subir escadas** sem ajuda e 17% é capaz de **confeccionar as suas refeições** bem como **tomar os medicamentos**. Ao invés, apenas 8% afirma que consegue **fazer compras**.

A autonomia física do idoso pode ser mantida se a actividade física for praticada de forma moderada e se houver uma alimentação saudável. Estes dois factores possibilitam reduzir o risco de doenças e melhorar a saúde mental (Vallespir e Morey, in Osório e Pinto, 2007). Nesta perspectiva, Pinto (2001) afirma que a actividade física deve ser fomentada aos níveis etários mais avançados, quer através de tarefas quotidianas, quer através de programas de exercício físico regular, mas deve ser adaptada às condições físicas, sociais e intelectuais de cada idoso porque “ser activo fisicamente não tem de significar ser-se um atleta olímpico” (Squire, 2005:308).

No decorrer da investigação constatamos que os idosos têm consciência da importância da prática de actividade física, pois a grande maioria, 57% dos homens e 43% das mulheres, pratica a caminhada. Porém, destacaram que o exercício físico não é a única forma de estar activo fisicamente e um indivíduo afirmou mesmo que a vida agrícola lhe permitia praticar actividade física.

Quanto aos aspectos que consideram determinantes para a fruição de um envelhecimento activo, as mulheres assinalaram **gozar de saúde, ter autonomia física e financeira**. Por seu turno, **gozar de saúde, poder passear/ ir à rua e viver perto da família** foram os aspectos enfatizados pelos indivíduos do sexo masculino. Tal como referimos anteriormente, a questão de género encontra-se bem patente nos determinantes do envelhecimento activo.

Todos os participantes desta investigação consideraram que usufruem de um envelhecimento activo porque fruem de alguma independência física. O facto de viverem no meio rural, de estarem habituados a trabalhar na fazenda e no jardim, aumenta-lhes a predisposição para serem activos. Por outro lado, a ruralidade possibilita um maior contacto com os vizinhos, permitindo-lhes manter as suas redes de contactos pessoais e sociais bem como a circunstância de participarem no serviço religioso.

Contudo, os idosos não gozam de um *envelhecimento activo*, tal como o conceptualizamos, pois não têm uma participação activa na vida económica, cultural e política. O termo “**activo** refere-se à participação contínua, nas questões sociais, económicas, culturais e cívicas, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho” (Plano Gerontológico da RAM, 2009-2013: 66-67).

A finalizar, relembramos que o *envelhecimento*, sendo um processo irreversível para o qual todo o ser humano caminha, pode ser protelado se for praticado um *envelhecimento activo* mas tal situação requer esforço da sociedade, nomeadamente através de sistemas de protecção social e de saúde, e do próprio indivíduo que é agente do seu desenvolvimento pessoal, da sua saúde, da sua participação e da sua segurança. Além disso, a inclusão social através da actividade laboral, com medidas adequadas, pode ser benéfica para o idoso e para o Estado que pretende solucionar os problemas de Segurança Social existentes devido à maior longevidade dos indivíduos.

Recomendações

O *envelhecimento* populacional e a consequente longevidade dos idosos têm motivado uma constante preocupação a nível da política social Regional. Foi neste contexto que se elaborou o *Plano Gerontológico da RAM- “Viver mais, viver melhor 2009-2013”* onde o *envelhecimento activo* surge como uma das estratégias de intervenção nesta etapa do ciclo de vida.

Assim sendo, e tendo em conta que este estudo pretende aferir se os idosos não institucionalizados do concelho de São Vicente usufruem de um *envelhecimento activo*, poderíamos sugerir para investigação futura um estudo comparativo do *envelhecimento activo* entre os idosos não institucionalizados e aqueles que se encontram institucionalizados. Conhecer os hábitos de vida dos seniores que se integram nas situações supramencionadas seria importante para aferir se os mesmos se enquadram na definição de *envelhecimento activo* e determinar quais os mais privilegiados em termos de *envelhecimento activo*.

Outra sugestão para estudos futuros, e baseando-nos na investigação realizada, seria conhecer os hábitos de vida dos idosos que vivem na zona urbana e averiguar se o modo como percebem o *envelhecimento activo* é idêntico ao dos idosos que vivem na zona rural.

Ainda com base no estudo realizado, e como forma de o complementar, sugerimos a realização de uma investigação englobando apenas seniores com um nível de escolaridade superior ao 1º ciclo visto que os participantes desta investigação possuem um baixo nível de escolaridade.

Bibliografia

- A.A.V.V. (1996). *Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*, (1996), Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília: MPAS
- A.A.V.V. (1997a). *Envelhecimento, Empowerment e Capacitação: A nossa responsabilidade individual e colectiva*, Seminário internacional sobre o envelhecimento humano, realizado em Lisboa, 13 e 14 de Fevereiro de 1997 / Câmara Municipal de Lisboa/ Centros de Estudos e Formação Permanente.
- A.A.V.V. (2009) *Idosos no Brasil- Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade*, SP Brasil: Edições Sesc.
- A.A.V.V. (1999). *O Idoso: Problemas e Realidades*. Coimbra: Editora FORMASAU- Formação e Saúde Lda.
- A.A.V.V. (1997b). *Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Humano. Vida com projecto ao longo de toda a vida: Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Humano*. A nossa responsabilidade individual e colectiva, Lisboa, 12 e 13 de Fevereiro de 1997. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Permanente.
- BARDIN L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- BELL, J. (2010). *Como realizar um projecto de investigação*, 5ª Edição. Lisboa: Gradiva.

- BERGER, L. & MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- BIZE, P. R. & VALLIER, C. (1985). *Uma vida nova : a terceira idade*. Lisboa: Editora Verbo.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- BOTELHO, M. A. S. (2000), *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- BURGESS, R. G. (1997) *A Pesquisa de Terreno: Uma introdução*. Oeiras: Celta Editora Lda.
- CALKINS, E.; FORD, A.B. & KATZ, P.R. (1997) *Geriatría Prática*. (2º ed.) Rio de Janeiro. Editora Revinter Lda.
- CANÔAS, C. S. (1985). *A condição humana do velho* (2ª ed.). São Paulo: Cortez Editora.
- CAVANAUGH, J. C. (1992). *Adult development and aging* (2ª ed.). California: Brooks/Cole Publishing Company.
- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

- GHIGLIONE, R. & MATALON, B. (1993). *O Inquérito - Teoria e Prática*. (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- HILL, M & HILL, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- IMAGINÁRIO, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador em Portugal*. (2ª ed.). FORMASAU- Formação e Saúde, Lda.
- JACOB, L. (2008). *Animação de Idosos*. (4ª ed.) Âmbar.
- LEME, L. E. G. (1997). *O Envelhecimento*. São Paulo: Editora Contexto
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. & BOUTIN, G. (1990) *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Instituto Piaget, Coleção : Epistemologia e Sociedades.
- MARCHAND, H. D. (2005) *A idade da sabedoria: maturidade e envelhecimento*. Porto. Âmbar. Coleção Idade do Saber.
- MISHARA, B. L. & RIEDEL, R. G. (1994) *Le Vieillessement*. (3ª ed.). Presses Universitaires de France.
- NERI, A. L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. São Paulo: Papyrus Editora.
- NETTO, M. P. (1996). *Gerontologia*. São Paulo, Brasil: Editora Atheneu.

NEUMAN, W. L. (2000). *Social Research Methods- Qualitative and Quantitative approaches* (4ª ed.). TKM Productions.

Organização Mundial de Saúde (org.). (2009) *Guia Global das Cidades amigas das Pessoas Idosas: envelhecimento e ciclo de vida, saúde na família e na comunidade*. Fundação Calouste Gulbenkian.

OSÓRIO, A. & PINTO, F. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

PAÚL, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*, Coimbra: Livraria Almedina.

PAÚL, M. C. & FONSECA, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

PERISTA, H. & SILVA, A. (2005). *Impacto em função do género*. Lisboa: Edição apoiada pelo Programa Operacional de Assistência Técnica do QCA III- Eixo FSE (POAT), Coleção “Bem Me Quer” nº.10

PINTO, A. M. (Coord.). (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.

Plano Gerontológico da Região Autónoma da Madeira: Viver mais, Viver melhor, 2009-2013. Edição SRAS

- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- SHUKLA, R. B. (1994). *Care of the elderly*. England: HMSO.
- SIMÕES, A. (2006). *A nova velhice*. Porto: Âmbar.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. (2004). *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar. Coleção Idade do Saber.
- SQUIRE, A. (2005). *Saúde e Bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- STUART-HAMILTON, I. (2002) *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. (3ª ed.) Porto Alegre, Artmed Editora.
- TRILLA, J. (2004.) *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa, Instituto Piaget
- VAZ, E. (1998). “Mais idade e menos cidadania”, *In Análise psicológica, N°4 (XVI), Outubro-Dezembro 1998*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, CLR.
- VERAS, R. (Organizador). (1995). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro, Dumará Distribuidora de publicações Lda.

VIEGAS, S. de M., GOMES, C. A. (2007) *A Identidade na velhice*. Lisboa. Coleção Idade do Saber.

YIN, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. (3ª ed.). Porto Alegre. Bookman.

Revistas

ARANTES, P. (Maio 2003) Perspectiva holística do idoso: uma visão necessária. *Sinais Vitais*, N°48, 62-66

GONÇALVES, P. R. C.(Janeiro de 2003). Envelhecer com autonomia. *Nursing*, N°173, 20-24.

HORTELAÃO, A. P. (Maio-Junho de 2004). Envelhecimento e Qualidade de vida. Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir* , Vol.52, N°3, 119-131.

KALACHE, A. (Set/Out de 1999). A diferença está no envelhecimento activo. *Servir* , Vol. N°47, N°5, pp. 237-238.

LOPES, J. (Janeiro-Junho 2005) A ocupação dos tempos livres como instrumento de promoção da saúde. *Vida Boa*, N°19, 7-8

MARTÍN, J. I. G. (Abril/Maio/Junho de 2006). Emprego Sénior. *Dirigir*, N°94, 30-37

SALGUEIRO, H. D. & FARIA, T. (Maio de 2005). Envelhecimento activo: uma prioridade. *Nursing*, Ano16, n°199, 36-38.

SOUSA, A. D. (Janeiro-Junho de 2005) Envelhecer saudável evitando preconceitos.
Vida Boa, Nº19, 5-6

Jornais

CALDEIRA, T. (2 de Fevereiro de 2006a). Entrada num lar deve ser a última alternativa. *Jornal da Madeira*, p.5

CALDEIRA, T. (2 de Fevereiro de 2006b). Lares muito caros para as famílias”, *Jornal da Madeira*, p.4

D.C. (31 de Janeiro de 2000). Já não há trapos...e os velhos não existem. *Jornal da Madeira*, p.26

RAPOSO, G. (30 de Outubro de 2005) Enfermeiros apostam no “Saber Envelhecer”- Envelhecimento Activo e Educação para a Saúde: Uma prioridade...”, *Açoriano Oriental*, p.17

Webgrafia

-A *Promoção da Saúde – A Carta de Ottawa*, acedido a 14 de Fevereiro de 2011, no site <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf>

- ALMEIDA, A. *Envelhecimento Activo – faça mais por si*, acedido a 5 de Dezembro de 2010, no site <http://psicronos.pt/artigos/envelhecimentoactivo.html>

-Assembleia da República. *Constituição da Republica Portuguesa*, acedido a 5 de Dezembro de 2010, no site <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>,

- DELORS, J. (2003) “Os quatro pilares da Educação, in ”Educação: um tesouro a descobrir. (2ª ed). São Paulo: Cortez Brasília, DF: MEC/UNESCO, acedido a 9 de Junho de 2010, no site

<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/T1SF/Sandra/Os-quatro-pilares-da-educacao.pdf>

- Direcção Regional de Estatística, Censos 2001, acedido a 18 de Novembro de 2010, no site <http://estatistica.gov-madeira.pt/>

- Direcção Regional de Estatística, Censos 2001, acedido a 18 de Novembro de 2010, no site http://estatistica.govmadeira.pt/DRE_SRPC/IndicadoresEstatisticos/Populacao_Sociedade/Demografia_Censos/Dados_Estatisticos/Estimativas2009.htm

- *Envelhecer bem na sociedade da informação -iniciativa i2010 - Plano de acção no domínio “Tecnologias da informação e das comunicações e envelhecimento*, acedido a 14 de Fevereiro de 2011, no site http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/l24292_pt.htm

- *Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social – Portugal 2008-2010*, p.13, acedido a 18 de Novembro de 2010, no site http://www.mtss.gov.pt/preview_documento.asp?r=1588&m=PDF

- Instituto Nacional de Estatística, acedido a 18 de Novembro de 2010, no site http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000245&contexto=pi&selTab=tab0

- JACOB, L. (2007) Manual animação idosos, in *Cadernos Socialgest n.4 -2007*, documento acedido no dia 10 de Junho de 2010, no site http://www.socialgest.pt_dldsmanualanimacaoidosos.pdf

- PAÚL, C. *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*, acedido no dia 3 de Novembro de 2010, no site <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros3732.pdf>

- *Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991 trata dos direitos dos idosos*, acessido a 8 de Junho de 2010, no site http://www.rnpd.org.br/download/pdf/idoso_onu.pdf

- SESARAM. Centros de Saúde da RAM, acessido a 14 de Fevereiro de 2011, no site http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_srs&act=centros_saude&task=viewlevel1map&id_doc=215&Itemid=7&lang=pt

- SESARAM. Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI), acessido a 14 de Fevereiro de 2011, no site http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=819&Itemid=382&lang=pt

- WHO. *Active Ageing: A Policy Framework*, acessido a 14 de Fevereiro de 2011, no site <http://www.who.int/ageing/publications/activeenindex.html>

Dissertações

MENDONÇA, A. (2006). *A Problemática do Insucesso Escolar. A Escolaridade Obrigatória no Arquipélago da Madeira em Finais do Século XX (1994-2000)*. Dissertação de Doutoramento. Universidade da Madeira.

Decreto Legislativo

Decreto Legislativo Regional nº9/2007/M, de 15 de Março de 2007 (A criação das RRCCI)

Dicionário

BLACKBURN, S. (1997). *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Gradiva.

Outros documentos

MEDEIROS, A.; RODRIGUES G. & SANTOS, R. (2010). *Projecto 65 +Cuidador de Idosos. Estudo de Caracterização da População Idosa do Concelho de São Vicente*. Câmara Municipal de São Vicente e ADENORMA – Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira.

Anexos

CD:

- Dissertação em suporte digital;
- Inquéritos;
- Entrevistas;
- Análise de conteúdo às entrevistas.