



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu**

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

# **Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu**

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

**Olga Cristina Amaral Pina**

Viseu, 2013



**Universidade Católica Portuguesa**  
**Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu**

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

# **Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu**

**Olga Cristina Amaral Pina**

Dissertação de candidatura ao grau de  
Mestre em Serviço Social apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa Pólo  
de Viseu Sob a orientação da Professora  
Doutora Maria Olívia Dias

**Viseu, abril de 2013**

## Agradecimentos

Aproveito esta oportunidade para agradecer a todos os que me ajudaram a realizar esta dissertação de mestrado.

À minha família que me transmitiu coragem e força para continuar o meu percurso académico.

À instituição onde trabalho ASSOPS – Associação de Passos de Silgueiros, pela compreensão das minhas ausências e pelo muito que já me ensinaram ao longo do pouco tempo que lá trabalho.

Uma nota de apreço a todos os idosos do concelho de Viseu que participaram no estudo com um sorriso e satisfação.

À Professora Doutora Maria Olívia Dias, pelo acompanhamento, orientação e acima de tudo pela motivação durante este percurso contribuindo com as suas sugestões e correções imprescindíveis.

Ao meu noivo Miguel Oliveira pela paciência, e compreensão do tempo que não lhe dediquei nesta etapa tão importante das nossas vidas.

Muito obrigado!  
Olga

## **Pensamento**

*“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio pronta a explodir em qualquer altura<sup>1</sup> ”.*

---

<sup>1</sup> Kofi Annan, cit. por MAGALHÃES, in Envelhecimento Demográfico Novos Desafios, Workshop – UTAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, 2005, p. 20.

## **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 ativos, ou seja, que participem nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas.

Neste sentido, esta investigação pretende aferir, se os idosos do concelho de Viseu têm acesso ao envelhecimento ativo e se não têm quais os motivos que os condicionam, assim como, verificar se existem disparidades entre géneros. E por outro lado verificar se ambos os sexos têm as mesmas oportunidades nesta área ou se há margem para discriminação social.

Para isso, foi realizado um estudo transversal, descritivo, correlacional e não experimental, aplicando uma metodologia do tipo quantitativo. A amostra selecionada é do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 104 idosos do concelho de Viseu. O instrumento de medida utilizado foi um questionário construído para o efeito.

Na globalidade deste estudo, podemos concluir que o envelhecimento ativo está bem implementado no concelho de Viseu, pois os idosos consideram-se ativos e com qualidade de vida, ainda gozam de autonomia física e dedicam-se a atividades de lazer, enquadrando-se na definição de envelhecimento ativo. A saúde e as questões económicas foram as principais condicionantes mencionadas pelos idosos. Quanto à questão de género, as mulheres demonstram ser mais ativas, mas não é uma disparidade significativa, assim como não se verificam diferenças discriminantes no acesso ao envelhecimento ativo.

**Palavra-chave:** Envelhecimento, envelhecimento ativo, género

## **Abstract**

Given the progressive aging society and increased longevity issues related to aging have gained greater interest and greater concern. Consequently emerged social policy of aging, you want the elderly to be active, participating in social, economic, cultural, spiritual and civic.

In this sense, this research aims to gauge if the elderly in the municipality of Viseu have access to active aging and do not have the reasons that the condition, as well as check if there are gender disparities. And secondly verify that both sexes have the same opportunities in this area or is there room for social discrimination.

For this, we conducted a cross-sectional, descriptive, correlational and not experimental, applying a quantitative methodology. The sample was of non-probabilistic by convenience consisted of 104 elderly in the municipality of Viseu. The measuring instrument used was a questionnaire constructed for this purpose.

Overall this study we can conclude that active aging is well implemented in the municipality of Viseu, since the elderly are considered assets and quality of life, yet enjoy autonomy and physical dedicated to leisure activities and it fits the definition active aging. The health and economic issues were the main constraints mentioned by the elderly. On the issue of gender, women are shown to be more active, but there is a significant disparity, as well as do not occur discriminating differences in access to active aging.

**Keyword:** aging, active aging, gender

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Dados demográficos _____	<b>66</b>
<b>Tabela 2</b> - Média de idades dos sujeitos da amostra _____	<b>61</b>
<b>Tabela 3</b> - Opinião dos idosos quanto à situação económica atual _____	<b>61</b>
<b>Tabela 4</b> - Habitação _____	<b>62</b>
<b>Tabela 5</b> - Acompanhamento médico _____	<b>62</b>
<b>Tabela 6</b> - Doença crónica _____	<b>63</b>
<b>Tabela 7</b> - Doença aguda _____	<b>64</b>
<b>Tabela 8</b> - Serviços que os idosos utilizam _____	<b>64</b>
<b>Tabela 9</b> - Atividade ocupacional _____	<b>65</b>
<b>Tabela 10</b> - Tipo de atividade ocupacional que pratica _____	<b>66</b>
<b>Tabela 11</b> - Diferenças entre géneros relativamente à atividade ocupacional _____	<b>66</b>
<b>Tabela 12</b> - Exercício físico _____	<b>67</b>
<b>Tabela 13</b> - Tipo de exercício físico _____	<b>67</b>
<b>Tabela 14</b> - Diferenças entre géneros relativamente ao exercício físico _____	<b>68</b>
<b>Tabela 15</b> - Diferenças entre géneros nos comportamentos que promovem o envelhecimento ativo _____	<b>68</b>
<b>Tabela 16</b> - Diferenças entre géneros nos comportamentos que promovem o envelhecimento ativo _____	<b>69</b>
<b>Tabela 17</b> - Incapacidade física _____	<b>70</b>
<b>Tabela 18</b> - Qualidade de vida percebida pelo sujeito _____	<b>71</b>
<b>Tabela 19</b> - Área funcional _____	<b>72</b>
<b>Tabela 20</b> - Mobilidade _____	<b>73</b>
<b>Tabela 21</b> - Cuidados pessoais _____	<b>73</b>
<b>Tabela 22</b> : Escala geriátrica de depressão _____	<b>74</b>

**Tabela 23** - Envelhecimento ativo \_\_\_\_\_ 75

**Tabela 24** - Fatores que limitam o envelhecimento ativo \_\_\_\_\_ 75

**Tabela 25** - Viseu e condições de envelhecimento ativo \_\_\_\_\_ 76

## Índice de figuras

**Fig. 1** – Conceito base do envelhecimento ativo \_\_\_\_\_ 25

**Fig. 2** – Determinantes do envelhecimento ativo \_\_\_\_\_ 44

## Índice geral

<b>Agradecimentos</b>	<b>3</b>
<b>Pensamento</b>	<b>4</b>
<b>Resumo</b>	<b>5</b>
<b>Índice de tabelas</b>	<b>7</b>
<b>Índice de figuras</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>1. O Envelhecimento</b>	<b>16</b>
1.1.- Conceito de envelhecimento	17
1.2.- Dinâmicas do envelhecimento	20
1.3.- Envelhecimento ativo	23
1.4.- Envelhecimento ativo: políticas sociais	32
<b>2. Papel de género</b>	<b>38</b>
1.1.- Conceito de género	38
1.2.- Envelhecimento e papel de género	42
1.3.- O género como fator decisivo do envelhecimento ativo	43
<b>ESTUDO EMPIRICO</b>	<b>50</b>
<b>1. Metodologia</b>	<b>50</b>
1.1.- Problema de investigação	52
1.2.- Desenho e tipo de estudo	52
1.3.- Objetivos	53
1.4.- População e amostra	53
1.5.- Variáveis	55
1.6.- Instrumentos de colheita dos dados	56

1.7.- Procedimentos éticos na colheita de dados _____	57
1.8.- Tratamento e análise de dados _____	57
1.9.As limitações do estudo _____	58
<b>2. Apresentação e análise de resultados _____</b>	<b>59</b>
2.1. - Caracterização da amostra _____	59
2.2. - Caracterização social _____	61
2.3. - Envelhecimento ativo pela atividade ocupacional _____	64
2.4. - Envelhecimento ativo pelo exercício físico _____	66
2.5. - Caracterização da qualidade de vida e bem-estar _____	69
2.6. - Percepção do envelhecimento ativo _____	74
2.7. - Discussão de resultados _____	76
<b>CONCLUSÃO _____</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS _____</b>	<b>101</b>
Anexo I - Pirâmide etária comparativa da população residente, 2001 e 2011 _____	102
Anexo II - Nota de apresentação _____	103
Anexo III - Questionário _____	104

# **INTRODUÇÃO**

O serviço social centra-se nas manifestações multifacetadas da questão social, que se encontram em constante alteração, resultado das relações sociais que se vão estabelecendo entre os indivíduos. Como tal, é essencial que os profissionais assumam uma postura crítica e investigativa, de modo a adequarem a sua praxis às transformações das necessidades da sociedade.

Uma das transformações sociais com que nos deparamos atualmente é o envelhecimento populacional, trata-se de uma realidade a nível mundial com particular destaque na Europa. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com positivas consequências no desenvolvimento socioeconómico do país.

Segundo Aldaisa Sposati (2007), cabe-nos a nós enquanto profissionais interventivos, investigar esta temática sob diferentes pontos de vista de modo a construir conhecimento, não apenas com o objetivo de compreender e explicar esta temática, mas a instrumentalizar um tipo determinado de ação, no sentido de dar resposta ao sujeito coletivo face a este novo desafio profissional. Ou seja, trata-se de fazer uma pesquisa construtiva e constituinte, sendo determinada pela natureza interventiva do serviço social, que desvenda a complexidade das questões sociais e paralelamente constrói novos sentidos contextuais que possam a servir de referência a outros casos em questões relacionadas com a terceira idade ou disparidades entre géneros.

Por outro lado, a pesquisa e o conhecimento teórico, na atual conjuntura, tornam-se recursos essenciais de trabalho, pois é a partir da sistematização de uma determinada realidade social, que o profissional consegue apreender as complexas conexões do real e, assim construir um trilha firme para se aproximar de respostas concretas nas suas intervenções. Paralelamente abre-se caminho para as instâncias produtoras de políticas sociais que têm o dever de se organizar para as transformações que começam a surgir num cenário de envelhecimento presente e futuro.

Consequentemente, um dos desafios da sociedade contemporânea será proporcionar e garantir qualidade de vida aos idosos considerando-os como parte integrante da sociedade em que vivem, sendo que garantir dignidade e segurança no processo de envelhecer revela-se, indissociável da valorização do desenvolvimento das capacidades e das competências sociais dos indivíduos.

Efetivamente, o envelhecimento ativo e as questões de gênero, são assuntos bastante atuais e atrativos, numa sociedade tendencialmente envelhecida e com as questões de gênero a sofrerem algumas alterações, fruto das sociedades modernas.

Neste contexto, o tema da presente investigação baseia-se no *Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu*, ou seja, pretende-se analisar se os idosos do concelho de Viseu têm acesso ao envelhecimento ativo e se não têm, quais os motivos condicionantes, assim como, verificar se existem disparidades entre géneros.

Parece-nos oportuno realizar este estudo no sentido de fazer uma reflexão acerca da situação da população idosa do concelho de Viseu, mediante as suas necessidades atuais e expectativas relativamente ao futuro. Neste sentido, a investigação pretende aferir o modo como os idosos do concelho de Viseu vivem o seu quotidiano e se o seu envelhecimento se enquadra no conceito de envelhecimento ativo. Para isso, utilizámos simultaneamente os métodos quantitativo e qualitativo e recorreremos à técnica de inquérito por questionário.

O interesse deste tema foi suscitado pela leitura de diversos artigos sobre o aumento da esperança média de vida em Portugal e a importância do envelhecimento ativo na manutenção da independência, da autonomia e da qualidade de vida do idoso na realização das atividades quotidianas. Desta forma, podemos dizer, que a escolha e pertinência do tema, se prende sobretudo, com o enriquecimento que pretendemos tanto a nível teórico como prático, no sentido de consciencializar a população, entidades públicas e privadas para a importância do envelhecimento ativo independentemente do género.

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo e universal no qual se podem reconhecer aspetos físicos e psicológicos a ele inerentes. Essas mudanças, próprias do envelhecimento com alterações anatómicas e funcionais, nem sempre são provocadas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo. (Freitas, 2002). Assim torna-se necessário refletir sobre a adoção de estratégias de envelhecimento ativo entre homens e mulheres, e identificar precocemente as condicionantes do envelhecimento ativo que ambos encontram durante o processo de envelhecimento.

É indispensável adquirir uma nova atitude face ao envelhecimento, no sentido de se definirem soluções para uma melhor qualidade de vida, que se encontra intimamente ligada à manutenção da autonomia durante o processo de envelhecimento. (Amaral e Vicente, 2001). Para além do interesse, a efetiva e profunda teorização das relações de género na terceira idade são ainda escassas, assumindo-se por isso como o tema fundamental de investigação.

Esta dissertação insere-se no campo dos estudos sobre envelhecimento como uma das muitas formas de olhar para as várias possibilidades de viver a velhice, mas desta vez a partir de uma leitura de género. Propõe-se uma leitura de género para entender como as formas de ser homem e mulher e as construções socialmente distintas de masculino e feminino compõem as representações e práticas de homens no que diz respeito ao envelhecimento.

Nesse sentido, o saber sobre género não produz apenas significados sobre as relações entre homens e mulheres, mas também organiza os espaços de socialização. Esta investigação tem também por objetivo a discussão sobre a importância dos estudos de género para o serviço social, questionando como este campo do saber contribui para especializar e naturalizar as diferenças entre homens e mulheres e reforçar estigmas e estereótipos engendrados.

Por outro lado, ao investigarmos uma questão social tão iminente, podemos consolidar a profissão através da sistematização do saber acumulado sobre a própria profissão e através da compreensão das dinâmicas sociais e do seu redimensionamento numa prestativa que acompanha a diversidade e globalidade deste novo desafio emergente que é a promoção do envelhecimento ativo dos idosos sem discriminação de género.

Deste modo, o trabalho de mestrado que aqui se apresenta procura refletir sobre o envelhecimento atual, mais especificamente o envelhecimento ativo e analisar se existem disparidades entre géneros.

Esta dissertação subdivide-se essencialmente em duas partes: a primeira diz respeito à apresentação e à reflexão sobre a realidade do envelhecimento ativo. Inicia-se esta consideração teórica problematizando a atualidade do envelhecimento e dá-se seguimento pela contextualização do envelhecimento ativo. Seguidamente é feita uma concetualização do papel de género e contextualizam-se os idosos em relação ao género na perspetiva de conhecer as diferenças entre os géneros, pretendendo-se contribuir e auxiliar para a rutura de estereótipos, mitos e preconceitos atribuídos à identidade feminina e masculina na velhice.

.A investigação empírica desenvolve-se na segunda parte e integra a descrição dos vários passos do processo metodológico, o desenho e o tipo de investigação, a população e a amostra do estudo, as variáveis, o problema da investigação, os objetivos e os métodos de tratamento e análise estatísticas utilizadas. Nesta parte desenrola-se também a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

**ENQUADRAMENTO  
TEÓRICO**

## 1. Envelhecimento

Este ponto faz uma breve referência ao envelhecimento quer a nível individual quer a nível coletivo, assim como se faz abordagem ao envelhecimento ativo. Achamos relevante a inserção deste capítulo, uma vez que constitui o problema central da nossa pesquisa.

Um dos fenómenos mais importantes desde meados do século XX até aos dias de hoje é o processo de envelhecimento da sociedade a nível mundial. As projeções demográficas apontam que até 2050, indica como valores prospetivos, são de 22% dos habitantes terá mais de 60 anos. Os dados mostram que, nessa data a percentagem de pessoas idosas irá aumentar de 8% para 21%, ao passo que a de crianças descerá de 33% para os 20%. Pela primeira vez na história humana, o protótipo da pirâmide etária, usado para retratar a evolução demográfica irá transformar-se numa ânfora<sup>2</sup>. (Divisão de Informações e Relações Externas, 2011:6) Esta “*involução demográfica enquadra-se na tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e da população mundial*” (Fernandes, 2001:42).

Os dados demográficos divulgados, mostram que toda a Europa está a passar por um processo de envelhecimento e de longevidade que acarreta repercussões bastantes significativas aos níveis sociofamiliares, socioeconómico e dos cuidados de saúde (Azeredo, 2011).

O envelhecimento populacional pode ser entendido como uma consequência bem-sucedida das políticas de saúde pública e do desenvolvimento socioeconómico, mas desafia a comunidade ao apresentar mudanças, visando a obtenção de melhores padrões de saúde e capacidade funcional dos idosos, assim como a criação de ambientes que garantam condições de participação social e segurança para este segmento populacional.

O progressivo envelhecimento da população (**Anexo 1**) e as consequências que advêm do mesmo, conferem uma responsabilidade acrescida aos profissionais de saúde, ao serviço social e à comunidade em geral, que devem delinear estratégias de intervenção articuladas face aos problemas mais prementes deste grupo. De facto, a prestação de cuidados às pessoas idosas alcançou nas sociedades atuais uma preocupação e importância crescente por parte dos diversos atores sociais.

---

<sup>2</sup> Base mais estreita, um corpo central cada vez mais largo e uma parte de cima cuja amplitude será superior à base.

A preocupação com este fenómeno tem levado à procura de respostas que permitem manter e prolongar a qualidade de vida deste grupo populacional. O interesse pela qualidade de vida no processo de envelhecimento, e a procura da manutenção da independência nos idosos tem, como base principal a preocupação na redução de gastos públicos, que se preveem crescentes, com pensões e serviços, respondendo, ainda, às expectativas da sociedade de se manter e prolongar uma vida ativa até ao final da vida (Bowling, 2005:1550).

### **1.1. Conceito de envelhecimento**

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Essas modificações determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte (Carvalho, 2006:71).

O envelhecimento humano pode ser definido como o *“processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social que, iniciando-se antes mesmo do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (DGS, 2004:3). Desta forma, o envelhecimento não pode ser abordado como um problema, mas sim como parte natural do ciclo de vida. O desejável é que seja vivido de forma saudável e autónoma o máximo tempo possível. É um processo que acompanha toda a vida humana, inevitável e inerente à mesma, que se traduz no declínio de capacidades e funções, conduzindo à diminuição da capacidade de adaptação a agentes stressantes internos e externos (Sousa & Figueiredo, 2003:366).

Segundo Binet, (citado por Azeredo, 2011:46), o envelhecimento diz respeito a *“todas as modificações morfológicas, fisiológicas, económicas, sociais, culturais e políticas”*. Para o autor o envelhecimento aparece como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos, sendo um fenómeno natural e universal.

O psicólogo Paul Baltes (2004:123) descreve o envelhecimento como *“um processo de desenvolvimento definido por ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, consequentes da relação interdependente dos recursos pessoais com os recursos do ambiente”*. São muitos os que vêm no ato de envelhecer o fim do desenvolvimento, mas também são bastantes os que vêm nesta conclusão linear um autentico absurdo,

argumentando justamente que, o envelhecimento não é o fim mas antes um desafio para o desenvolvimento (Fonseca, 2006).

Esta noção de desenvolvimento impregnada ao processo de envelhecimento significa, essencialmente, a contestação da possibilidade de as pessoas idosas, não obstante a sua idade cronológica, poderem continuar a apresentar traços positivos de desenvolvimento psicológico, algo visível sobretudo nos indivíduos cujo processo de envelhecimento corresponde a um envelhecimento bem-sucedido. Este conceito de envelhecimento bem-sucedido está “*dependente da aquisição de atitudes e de processos de coping<sup>3</sup> que permitem à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente activa pelo máximo de tempo possível*” (Lazarus, 1998: 122).

Tal como já foi referido, o envelhecimento é um processo que acompanha toda a vida humana, de deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos. O envelhecimento ocorre de diferentes maneiras e com ritmos diferentes, varia entre as diferentes comunidades e pessoas, o que pode ser denominado por envelhecimento diferencial<sup>4</sup>, ou seja, durante todo este processo existe diferença de indivíduo para indivíduo, de comunidade para comunidade e entre diferentes aglomerados populacionais. Envelhecer é um fenómeno normal e universal, mas o envelhecimento está associado a fatores externos como o estilo de vida, atividades/ambiente e os fatores internos destacam-se o código genético e o estado de saúde. O crescimento e o envelhecimento nunca são o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha (Birren e Cunningham, 1985:15).

A velhice constitui a última etapa da vida, sendo, por isso, um momento em que o declínio se torna mais visível e acentuado, agravando-se a vulnerabilidade ao aparecimento de doenças Rowe (1985, citado por Sousa & Figueiredo 2003:365). Todo

---

<sup>3</sup> Neste estudo utilizar-se-á a definição de Lazarus e Folkman (1984), segundo os quais coping é um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.

<sup>4</sup> A par dos fatores genéticos que determinam muito do processo, há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo (Ministério da Saúde, 1998).

o processo de envelhecimento é multifactorial o que provoca uma deterioração fisiológica do organismo, assim e segundo Berger e Poirier (1995), reconhecem que no desenrolar do processo de envelhecimento ocorre uma deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo o que progressivamente delimita a atividade do indivíduo.

No entanto, o desenvolvimento na segunda metade da vida também é marcado por progresso, aperfeiçoamento, acumulação e integração de conhecimentos, por uma compreensão mais profunda dos outros e pelo aumento de oportunidades de relacionamento interpessoal (Clarke-Stewart, Perlmutter & Friedman, 1988, cit. in Fonseca, 2005).

Para Gorman, *“O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice.”* (2000:7). Envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que cada um vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador de vivências e projetos de vida idiossincráticos.

O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente à própria vida, equivalente à fase final de um processo de desenvolvimento e diferenciação. Este é um processo contínuo, dinâmico e diferencial. O nosso envelhecimento inicia-se muito antes de atingirmos a idade adulta e a nossa velhice constrói-se ao longo da vida. *“O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (DGS, 2004:3)

Segundo os entendidos na matéria (Birren, 1985), podemos considerar que o envelhecimento tem três componentes, sendo elas as seguintes:

- a) O processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência.
- b) Um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário.
- c) O envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

O processo de envelhecimento é complexo, implica envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico. Neste processo, a adaptação acarreta a compensação de perdas através do recurso a novas estratégias de pensamento e a novas estratégias de resolução de problemas. Trata-se de um processo temporal, cuja base genética e ambiental potência, positiva ou negativamente, os resultados finais em termos do modo como cada um envelhece. O estilo de vida surge como um dado importante que, à semelhança do que pode ser referido para todas as fases da vida, poderá ter uma tradução cumulativa mais ofensiva num período de mais perdas, influenciando a compensação dos idosos.

Por outro lado, o conceito de velhice caracteriza-se pelo modo como uma determinada sociedade encara o envelhecimento, pela perceção individual do idoso a respeito de si próprio (embora nem sempre corresponder à sua condição). A forma como a sociedade vê e respeita o idoso, determina como ele se adaptará e assumirá a sua velhice (Silva et al., 2006).

Tal como refere Gonçalves (2006:105), esta fase da vida pode ser encarada com otimismo se considerarmos que o declínio (biológico, cognitivo, social, entre outros) associado à idade pode ser evitado ou minimizado, através da recuperação de conhecimentos prévios e graças à utilização de tecnologia e de recursos externos que têm tido grandes avanços no que se refere a esta faixa da população.

## 1.2. Dinâmicas do envelhecimento

A Europa apresenta mutações demográficas de ampla escala e com marcantes repercussões sociais, económicas e culturais. Dada a tendência do crescimento da população idosa, Portugal enfrenta atualmente uma realidade que começa a obter um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl, Fonseca, 2005:182). Esta dinâmica populacional aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história. Perante estas proporções, o principal desafio que se coloca às sociedades contemporâneas consiste em permitir que as pessoas não só faleçam o mais tardiamente possível, como também que desfrutem de uma velhice com qualidade de vida<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> “Perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, considerando o contexto cultural valores, ao nível dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995).

Envelhecer com *saúde*<sup>6</sup>, *autonomia*<sup>7</sup> e *independência*<sup>8</sup>, o mais tempo possível, constitui hoje, um estímulo à responsabilidade individual e coletiva, com tradução considerável no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2004). Esta realidade representa um conjunto de desafios nem sempre previstos em várias vertentes da organização social, desde o mercado de trabalho até à esfera das relações familiares, passando pelo campo público e político.

O processo de envelhecimento é um fenómeno heterogéneo, diversificado e complexo que impõe o desafio da inovação, ou seja, pensar novas respostas para um conjunto de necessidades cada vez mais diferenciadas no quadro das problemáticas sociais, pois os idosos de hoje e do futuro, dado o seu percurso de vida, têm cada vez mais exigências a fazer à sociedade. Segundo Fernandes (2001:43), hoje em dia estamos em condições de afirmar que as pessoas com mais de 60 anos dispõem de “*mais probabilidades de sobrevivência, mais saúde, mais meios económicos, culturais e sociais, uma maior difusão de infraestruturas de apoio médico-sanitário e diversidade de terapêuticas médicas*”.

Neste sentido, devemos ter em atenção a complexidade biopsicossocial do comportamento do indivíduo, de modo a minimizar efeitos colaterais e otimizar respostas psicossociais de ajustamento a hipotéticas perdas de competência. Na mesma linha de pensamento, Silveira & Faro (2008:58) sugerem que para se envelhecer com qualidade de vida se deve investir numa reabilitação preventiva e adaptada, onde as especificidades de cada indivíduo são valorizadas. Expõe uma abordagem ecológica do envelhecimento, em que o contexto sociocultural da pessoa é considerado, bem como as suas vivências e dinâmicas.

Esta abordagem preventiva, compreensiva e integrada dos cuidados sociais e de saúde, na pessoa idosa, tem sido amplamente defendida e engloba não só a sua participação ativa neste processo, mas também uma intervenção precoce e individualizada. Assinala a promoção do envelhecimento bem-sucedido<sup>9</sup>, a qualidade de

---

<sup>6</sup> A definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde: “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.*”

<sup>7</sup> De acordo com Paschoal (2002), a autonomia significa que o indivíduo tem a sua própria lei, escolhe as suas metas e estabelece o caminho para a obtenção das mesmas. Pode então dizer-se que uma pessoa tem autonomia quando “*(...) consegue determinar, fazer as suas próprias escolhas, tomar decisões*” (Zimmerman, 2000:26).

<sup>8</sup> Segundo Santos (2002:49) consiste em “*(...) alcançar de um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, através de ações adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa.*”

<sup>9</sup> Para Rowe e Kahn (1999, cit. por Simões, 2006), o envelhecimento bem-sucedido baseia-se “*num conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista*

vida, a autonomia e a manutenção e/ou recuperação da capacidade funcional, de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa e o desenvolvimento de resoluções inovadoras para as mesmas.

O enfoque da intervenção dos técnicos das diferentes áreas deve centrar-se na prevenção, organizando e capacitando uma rede de recursos promotora de um processo de envelhecimento bem-sucedido e de uma atitude pró-ativa ao longo do ciclo da vida. O nosso papel enquanto agentes sociais é o de ajudar a pessoa idosa a tomar consciência e a aceitar esta etapa, tirando dela o máximo de partido. É necessária uma maior atenção à complexidade biopsicossocial do comportamento do indivíduo mais idoso, minimizando os efeitos colaterais e otimizando respostas psicossociais de ajustamento a hipotéticas perdas de competência, que agregam claramente as capacidades biológicas básicas com as capacidades mentais e que explicam muito claramente a globalidade do comportamento ao longo do envelhecimento (Paúl, 2005:38).

A saúde e o bem-estar das pessoas passam pela prevenção da doença, um estilo de vida saudável, numa perspetiva de curso de vida, que inclui a alimentação, o exercício físico e a ausência de comportamentos aditivos e a existência de um ambiente físico e humano adequado. Estas preocupações com o ambiente físico e humano partem do princípio de que o comportamento resulta da equação entre as características do indivíduo e do meio ambiente e que o espaço determina o comportamento, bem como, o comportamento se verifica num espaço, havendo um relação bidirecional complexa entre espaço e comportamentos individuais e interpessoais (Paúl, 2010:26). Em situações de maior vulnerabilidade do indivíduo, como pode ser o caso da pessoa idosa, a pressão do meio torna-se maior e, pelo contrário a docilidade do meio facilita o desempenho e compensa as hipotéticas dificuldades associadas ao envelhecimento (*idem*).

Segundo os autores Freire (2000:27) e Fernandes (1999:42), o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se como sendo uma competência adaptativa generalizada para responder com flexibilidade aos desafios. Esta capacidade envolve várias dimensões: emocional (capacidade para lidar com acontecimentos de vida stressantes, por exemplo, saúde e funcionamento físico, problemas pessoais), cognitiva (capacidade para resolver problemas), comportamental (capacidade de resolução de problemas). Em suma, vêm o

---

*físico como mental*". Segundo os mesmos autores, existem três aspetos fundamentais a ter em conta no envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doenças, nomeadamente as que causam perda de autonomia; manutenção de elevado funcionamento físico e mental e, por fim, um empenho ativo na vida social e bem-estar subjetivo.

sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação das novas mudanças e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar (Seabra, 1995:27).

Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controlo de competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria e o sentido positivo de si. Os diferentes contextos mencionados, os vários parâmetros de satisfação e um conjunto variável de características sociais (religião, educação, família, cultura, etc.) influenciam, por sua vez, o processo de envelhecimento.

Apoiar um envelhecimento ativo e saudável é importante para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos idosos e ajudá-los a participar ativamente na sociedade à medida que envelhecem, mas também para reduzir a pressão insustentável sobre os sistemas de saúde. Outra área relevante para o bem-estar refere-se ao exercício da cidadania, materializado no direito à palavra, ou seja, trazer as pessoas mais velhas para a construção das soluções e não reduzi-las ao papel de recetores de respostas, provavelmente pouco adaptadas às suas necessidades e interesses.

A questão da dependência também é extremamente importante, pode afetar os idosos, nomeadamente no nível psicológico, social e de capacidade de decisão e controlo da sua vida, constituindo uma voz ativa no seio da comunidade e família, por outras palavras, satisfação (e qualidade) de vida e bem-estar psicológico e físico (Figueira, 2010:7).

Coloca-se, o desafio de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de prática de atividade física moderada e regular. Importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

### **1.3. Envelhecimento ativo**

O conceito de envelhecimento ativo foi introduzido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que afirma tratar-se do “ *processo de otimização das*

*oportunidades de segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*”, ou seja, estabelece uma relação entre as oportunidades de saúde e a qualidade de vida atingível pelas pessoas no seu processo de envelhecimento. Este conceito pressupõe a promoção de medidas e práticas que incluem a aprendizagem ao longo da vida, o adiamento da idade da reforma e o consequente prolongamento da vida ativa, a introdução de um sistema de reforma mais gradual, a continuidade de uma vida ativa após a reforma e o desenvolvimento de atividades que permitam otimizar as capacidades individuais e manter um bom estado de saúde.

Estudos realizados neste âmbito apontam para a importância que as relações sociais desempenham na forma de envelhecer. A atividade, a autonomia ou a capacidade de realização, passam a estar associadas ao envelhecimento positivo<sup>10</sup> ou bem-sucedido<sup>11</sup>. A visão de um idoso pró-ativo que regula a sua vida pela definição de objetivos e que luta para os atingir em todas as fases da vida estará relacionada com uma perspetiva de um envelhecimento positivo. Assim, o envelhecimento ativo *“significa ter ainda objetivos 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).

Constança Pául (2005:16) indica como prescrição básica para os idosos do futuro, procurando corresponder ao conceito de envelhecimento ativo: *“um estilo de vida saudável; uma vida em segurança; e, a participação social nas suas mais diversas formas que vão desde trocas interpessoais significativas até ao exercício dos direitos e deveres de cidadania, estendendo a participação às estruturas e associações comunitárias, a favor do bem comum”*. Ou seja trata-se do processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

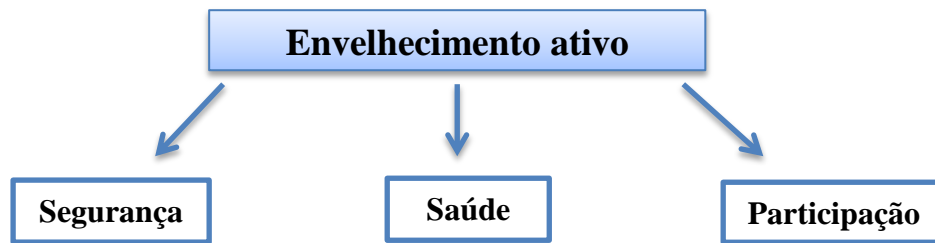
Podemos ver na Figura 1 como se representa o conceito base do envelhecimento ativo.

---

<sup>10</sup> O conceito de “Envelhecimento Positivo”, “Envelhecimento com Sucesso” ou “Envelhecimento Bem-Sucedido”, surgiu nos anos 60 e definia quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005:282).

<sup>11</sup> Para Rowe e Kahn (1999, cit. por Simões, 2006), o envelhecimento bem-sucedido baseia-se *“(…) num conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental”*.

Fig. 1 – Conceito base do envelhecimento ativo



(adaptado. OMS, 2002)

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

Segundo Jacob o conceito de envelhecimento ativo (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 ativa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais. O objetivo primordial do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e de qualidade de vida”. Considera que envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

Na mesma linha de pensamento, Almeida (2007),v refere que “o envelhecimento ativo é precisamente o conjunto de atitudes e ações 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).

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

Neste seguimento, as políticas que incentivem atividades e ambientes favoráveis de estados de saúde positivos são encorajadas no sentido de aumentarem qualidade e anos à vida, de promoverem autonomia e independência, reduzindo, em simultâneo, os custos no sistema de saúde. Porém, na definição da OMS, o conceito inclui uma preocupação mais abrangente do que aquela relacionada com a saúde, que é entendida numa perspetiva de reunir o bem-estar físico, social e mental. Na verdade, afigurando-se a saúde como o seu primeiro pilar, outros dois surgem como fundamentais na estruturação do conceito de envelhecimento ativo: o de participação social e o de segurança. A participação social congrega a otimização de atividades relacionadas com a esfera social, tais como o emprego, a vida política, a educação, as artes e a religião, onde medidas e programas destinados a aumentar o carácter contributivo das pessoas à sociedade, é estimulado. A segurança, por sua vez, congrega a ideia de proteção, dignidade e cuidados, remetendo mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa.

A promoção de um envelhecimento saudável e ativo, segundo Fonseca (2005) determina a participação social do indivíduo diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

Este conceito veio substituir um outro, o envelhecimento saudável, tornando-se um conceito mais abrangente pois para além da saúde são tomados em conta os aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2012:234). Surgiu assim um novo paradigma na velhice que identifica as pessoas mais velhas como membros integrados na sociedade.

Este conceito é sustentado por duas concetualizações, teóricas sendo elas: a perspetiva de ciclo de vida e a existência de vários determinantes de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida saudável e participação no cuidado da própria saúde), de ordem económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), relativos ao meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança segura e apropriada,

água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso) e, finalmente, relativos aos serviços sociais e de saúde (acessíveis e de qualidade, orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças).

Manter a autonomia<sup>12</sup> e independência<sup>13</sup> durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô de amanhã. A qualidade de vida, que as pessoas terão no seu tempo de avós, depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores, irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.

Segundo a opinião de Fernández-Ballesteros (1999:201), para que os idosos tenham uma adaptação adequada no seu processo de envelhecimento é necessário que mantenham os mesmos níveis de atividade da idade adulta. Para isso devem fortalecer os seus compromissos sociais ou até mesmo estabelecer novos vínculos. Este reforço do compromisso social conduz a um ajuste psicológico ótimo, sendo que as pessoas mais ativas são aquelas que apresentam maior bem-estar e melhor qualidade de vida. Assim, uma *“pessoa que envelhece ativamente é um agente ativo e complexo em interação com um contexto a vários níveis: família, comunidade e sociedade”* (Fernández-Ballesteros, 2009:94).

O envelhecimento ativo constitui, atualmente, um conceito científico complexo, um desígnio para a maioria das pessoas e um inegável objetivo político. Enquanto modelo central de intervenção, nas sociedades ocidentais, que enfrentam o fenómeno do envelhecimento demográfico, inclui, na sua génese, premissas clássicas no âmbito da gerontologia, como as relativas à teoria da atividade, e preconiza a participação contínua dos mais velhos na sociedade, enfatizando a competência e os conhecimentos deste grupo e o seu potencial enquanto recurso vital para a sociedade.

---

<sup>12</sup> Habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

<sup>13</sup> Entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

Assume-se, na sua globalidade, como um novo paradigma destinado a alterar a perspectiva e os estereótipos negativos associados aos mais velhos (Fernández-Ballesteros, 2011:215), e paralelamente constitui parte integrante de uma visão sociopolítica, na qual a garantia dos direitos humanos permitirá que o número progressivo de pessoas idosas permaneça saudável (reduzindo a sobrecarga dos sistemas de apoio social e de saúde), se mantenha no mercado de trabalho por um período mais longo (reduzindo os custos no sistema de pensões), ao mesmo tempo que participa nos processos políticos e comunitários do quotidiano (exercendo o seu direito de cidadania).

O objetivo do envelhecimento ativo consiste em “*aumentar a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados*” (OMS). Desta forma, visa que os indivíduos compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do seu curso da vida, e que participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, aspirações e capacidades, ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. Ou seja, perante este conceito considera-se que envelhecimento não é um dilema, mas uma parte natural do ciclo vital, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009:97), pode considerar-se o envelhecimento ativo como o produto do “*processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional motivacional e social*”. A promoção do envelhecimento ativo implica, por um lado, a otimização das condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais, e por outro lado a prevenção das doenças e da incapacidade, assim como a maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice.

No entender de Fernández- Ballesteros (2006:312), trata-se de um conceito inovador que reflete a importância que os fatores psicológicos e psicossociais, associados a fatores de ordem social assumem na formulação de intervenções promotoras de adaptação face ao envelhecimento, já que os estilos de vida e a autoeficácia, entre outros fatores, podem influenciar e determinar um maior bem-estar da pessoa idosa.

No envelhecimento ativo consideram-se três áreas principais de intervenção: a biológica, a intelectual e a emocional. A velhice acarreta, inevitavelmente, alterações

físicas e biológicas, portanto é necessário eleger, ao longo da vida, hábitos alimentares saudáveis, praticar exercício físico regularmente, moderar a exposição solar, vigiar as mudanças que ocorrem no nosso corpo para agir atempadamente a possíveis desequilíbrios orgânicos e nunca esquecer de dar ao nosso organismo o repouso que este necessita (Jacob, 2008:36).

Ao nível intelectual é necessário estimular as funções cognitivas, como a memória, a atenção e o raciocínio, para que estas se desenvolvam e fortifiquem. Para isto é conveniente manter hábitos de leitura, pensar e refletir sobre o que se passa no mundo que nos rodeia, tomar posições ou procurar entender outros pontos de vista, construir críticas construtivas, fazer jogos intelectualmente estimulantes (palavras cruzadas, xadrez, charadas, etc.), escrever, fazer renda, etc. Para a saúde emocional é necessário que o nosso nível de motivação e relacional seja elevado. Não há dúvidas que se não estivermos motivados não vamos agir em conformidade com os comportamentos que sabemos que devemos adotar para mantermos uma boa saúde física e mental. Devemos ser capazes de criar e manter uma imagem positiva de nós próprios mesmo aceitando o eventual declínio físico que é inevitável com o progresso da idade (*idem*).

Os desafios do envelhecimento ativo em Portugal são reforçados pela perceção social do idoso constituir um fardo para a sociedade. A apoteose da juventude, o desinteresse pela experiência e sabedoria dos idosos e sobretudo, da comunicação social, constituem forças influentes, que bloqueiam as mudanças ao nível cultural e político, necessárias para o reforço duma sociedade coesa, justa e solidária. Recusar os contributos dos muitos idosos, a todos os níveis, constitui um erro crucial e de custo social, económico e financeiro elevado, num período de crise e num contexto europeu muito difícil, senão imprevisível.

O grande repto das sociedades atuais consiste em encontrar formas que possibilitem o aproveitamento do potencial desta faixa etária, em áreas que correspondam às suas expectativas e interesses, devendo, para tal, o contexto social oferecer oportunidades significativas, encontrando respostas para que os idosos continuem a ser parte integrante da comunidade.

Assim, o planeamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à

medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspetos da vida em comunidade.

Atualmente estamos perante um período de alteração das questões do envelhecimento, saindo-se de uma visão reativa, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-ativa que reconhece a pessoa como um elemento capaz e atuante no processo político e na mudança positiva das sociedades. Neste sentido, o envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos, no combate à exclusão social e à discriminação e na promoção da igualdade entre homens e mulheres.

Segundo Stella António (in Jacob, 2011:8), o envelhecimento é um processo contínuo e por isso as estratégias devem por um lado, potenciar as capacidades dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e, por outro, devem aproveitar as valias de todas as pessoas em todas as idades. Ou seja, todos nós enquanto sociedade e enquanto indivíduos, temos responsabilidades para que o processo de envelhecimento aconteça de forma ativa, sendo, para isso, necessário que estejamos conscientes das suas alterações biopsicossociais e de quais são as melhores estratégias para as contornar.

A criação de condições para que as pessoas idosas sejam atores sociais participativos, proporcionando-lhes acesso à informação, à formação e ao desenvolvimento pessoal, possibilitados através de programas educativos, culturais e de ocupação de tempos livres, pode obter como retorno a sua participação mais ativa na família e na comunidade onde estão inseridos. Esta participação ativa local implica, assim, a aplicação de políticas que, direta ou indiretamente, interfiram na sua qualidade de vida e no seu posicionamento social.

A importância da participação da população idosa no mercado de trabalho constitui uma vertente importante na promoção do envelhecimento ativo, na redução da pobreza que afeta desproporcionadamente os idosos desempregados/pensionistas e na melhoria da sustentabilidade dos sistemas de pensões. O crescente peso da população idosa deve ser encarado não como uma ameaça, o que poderia constituir um potencial foco de tensão social entre as gerações. O emprego, autoemprego e o voluntariado permitiram aos idosos uma participação ativa na sociedade, com efeitos significativos em termos de despesas de saúde e de bem-estar dos próprios (Jacob, 2011).

Estes ganhos em anos de vida produzem alterações na existência humana, e exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores, impondo a uma investigação sobre representações sociais estereotipadas e a ter em conta a explosão de singularidades, no âmbito do direito inclusivo nesta faixa etária. Não se olvida portanto, as pessoas idosas em situação de pobreza e, ou exclusão social. Se, por um lado, existem pessoas idosas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de pobreza, incapacidade, doença ou isolamento.

A promoção de um envelhecimento ativo, segundo Fonseca (2005:285) determina a participação social do indivíduo que diz respeito a múltiplos setores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

Perante este contexto torna-se fundamental determinar processos de envelhecer distintos, enquanto homem e mulher, de desenvolvimento, o reconhecimento do modo como se vivem expectativas, identidades, relações, processos de transição e adaptação, estados de saúde e doença numa prestativa de género que se assume fundamental.

Ao longo de toda a vida, dá-se particular atenção aos percursos de vida individuais, das escolhas que se realizam e das iniciativas que se tomam, no que diz respeito às relações que estabelecem consigo próprios e com o mundo que nos circundam. O grande desafio ao se estudar o curso de vida é poder compreender as ligações existentes entre padrões de vida, alterações no curso de vida e percursos de desenvolvimento (Elder, 1985 cit Paúl, 2005:139). A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo

Porém, o envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos. Para alcançar o envelhecimento de maneira positiva, as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida. As políticas e

os programas de saúde devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas.

Neste sentido, a cultura e o gênero, são de incontornável importância na definição do envelhecimento ativo, surgem como determinantes transversais, sendo que também se reconhece a centralidade de outros conceitos como o de autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida (OMS, 2002).

#### **1.4. Envelhecimento ativo: políticas 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 ativo e com qualidade, isto é, que participem ativamente nas questões sociais e que gozem de bem-estar físico, mental e social.

Na busca de uma melhor qualidade de vida, fruto de um envelhecimento com independência e autonomia, de um envelhecimento ativo, tem-se investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia, sendo metas fundamentais não só do governo, mas de todos os setores da sociedade. Manter os idosos independentes funcionalmente é o primeiro passo para se atingir uma melhor qualidade de vida. Logo, é necessário a planificação de programas específicos de intervenção, visando a eliminação de fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional. Ao lado disso, devem ser reforçadas as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, que interfiram diretamente na manutenção da capacidade funcional destes idosos. Deve-se levar em conta que esta capacidade funcional depende também de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida.

O envelhecimento da população levanta várias questões fundamentais para os formuladores de políticas. Como podemos ajudar pessoas a permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “*envelhecimento ativo*” para expressar o processo de conquista dessa visão.

O envelhecimento tem um grande impacto na vida dos indivíduos, não só pelas transformações, características desta fase, que perturbam o seu bem-estar e a qualidade de vida, mas também pelas alterações que ocorrem nas estruturas físicas e nas relações sociais (Parente et al., 2006:20). Envelhecer com autonomia e independência, ter um papel social ativo, boa saúde física e psicológica, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida (Paschoal, 2002:80). Assim, a promoção do envelhecimento ativo implica a adoção de estilos de vida adaptados às alterações biológicas e psicológicas de cada indivíduo (Squire, 2005:15).

As mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento podem levar à diminuição da capacidade funcional a médio e longo prazo, as quais tornam os idosos mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados. Essas limitações podem ser superadas ou minimizadas se, ao longo do processo de viver, se as pessoas adquirirem hábitos de vida saudáveis e contarem com oportunidades de integração social, segurança e bem-estar. Vale a pena lembrar que essas condições não dependem exclusivamente de escolha pessoal, mas também das oportunidades oferecidas pelo contexto social e político.

A vitalidade das nossas sociedades depende cada vez mais da participação ativa das pessoas idosas. Neste sentido, o desafio primordial está na promoção de uma cultura que valorize a experiência e o conhecimento que acresce com a idade. Devemos proporcionar as condições económicas e sociais que permitam às pessoas de todas as idades uma integração plena na sociedade, que passa pela liberdade em decidir como se relacionam e podem contribuir para a sociedade e se sintam realizadas neste processo.

As intervenções para a promoção de um envelhecimento ativo passam pela definição de uma política para a Terceira Idade, em que exista dignidade de escolha, em que seja repensada a idade da reforma, mas em simultâneo com os horários os perfis dos postos de trabalho a educação ao longo da vida, os serviços para as pessoas mais velhas, entre outros. A área do Planeamento Territorial e Urbano é imprescindível ser revista em termos de acessibilidades, transportes e equipamentos. A participação cívica é outra área chave do envelhecimento ativo e um campo de intervenção urgente para promoção da cidadania e o combate ao idadismo. Finalmente, mas não menos importante, a atenção às questões de Saúde, operacionalizando o conceito no âmbito da Prevenção Primária e criando os serviços adequados no âmbito da assistência à doença crónica e de longa duração (cuidados continuados), uma atenção clara no âmbito da saúde mental e das demências (Paúl, 2010:27)

É necessário desenvolver estratégias, através das quais a velhice deixe de ser encarada como o afastamento da vida social, devolvendo-a à vitalidade, fomentando a reintegração da pessoa idosa no seu meio de vida, criando e mantendo ambientes favoráveis à sua plena integração, onde exista diversidade de programas aptos a um envelhecimento digno. É importante que o homem saiba encontrar estratégias de compensação sabendo ajustar-se a novas situações. Esta adaptação tem de ser bilateral, isto é, o individuo tem de se adaptar a novas situações mas a sociedade tem também que saber adaptar-se ao envelhecimento dos seus membros, criando condições favoráveis a este ajuste (Azeredo, 2011:48).

A abordagem do envelhecimento ativo a nível das estruturas políticas tem sido baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade. Os serviços sociais e de saúde precisam ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos. Não pode haver discriminação de idade na provisão de serviços e os provedores destes devem tratar as pessoas de todas as idades com dignidade e respeito.

De acordo com Rasmussen (1997:22) *“seria uma evolução gratificante se a longevidade fosse associada com mais longa vida [e] com boa saúde”*. Por seu turno, a OMS defende que *“saúde para todos significa: não apenas acrescentar anos à vida, mas vida aos anos”* (idem). Nesta ótica a longevidade evitaria encargos económicos ao Estado, no que diz respeito aos cuidados de saúde, às pensões e aos serviços acrescidos. Consequentemente, a adoção da prática de um envelhecimento ativo 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, 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”* (Osório e Pinto, 2007:275) porque as investigações

demonstraram que os idosos “*envelhecem melhor no seu espaço natural de residência*” (ibidem:279).

Além disso, é impreterível não só sensibilizar cada ser humano para a importância do envelhecimento ativo, mas também fazer convergir as forças políticas, humanas e sociais no sentido de proporcionarem aos idosos o usufruto de um envelhecimento ativo. A promoção de um envelhecimento ativo 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 Região Autónoma da Madeira).

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida.

O desenho das políticas de educação, sociais e de saúde e a respetiva governação devem ter em conta as projeções das necessidades da população em matéria de serviços sociais e de saúde, sendo necessário, portanto, um olhar atento relativamente às projeções demográficas para Portugal, tanto ao nível da intensidade do movimento populacional e das suas estruturas etária no médio e longo prazo como no plano das profundas alterações nas estruturas familiares no nosso país.

O compromisso político com o envelhecimento ativo reflete, hoje, uma posição de inegável destaque na agenda política Europeia, a qual é visível na comemoração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (que decorreu durante 2012), pois constituem importantes pontos de referência para a formulação de estratégias nacionais enquadradoras das políticas sociais e das políticas da saúde. Foi notória a enunciação de várias iniciativas para a sua promoção por agentes locais e regionais e nas declarações de compromisso e recomendações apresentadas pelos vários países da Europa, dos quais Portugal<sup>14</sup> não é exceção. No entanto, uma

---

<sup>14</sup> Veja-se, a título de exemplo, no nosso país, a recente resolução da Assembleia da República nº 61/2012 que sistematiza um conjunto de cinco recomendações ao Governo, no sentido de promover o

leitura transversal destes documentos evidencia a preponderância de uma abordagem centrada na participação e no contributo das pessoas mais velhas na sociedade, e uma preocupação com o mercado de trabalho, nomeadamente pela criação de oportunidades de emprego e pelo desenvolvimento de condições ajustadas de transição para a reforma (Walker, 2008:76). Por outro lado, denuncia, ao acoplar-se oficialmente a uma preocupação com a solidariedade entre gerações, a preocupação de reforçar a promoção junto das gerações mais novas de uma imagem positiva dos mais velhos.

Na opinião de Walker (2008:81), a adoção de uma visão compreensiva e multidimensional do envelhecimento ativo promovida pela OMS providenciou dois importantes contributos aos discursos políticos europeus sobre o envelhecimento: em primeiro lugar, direcionou o conceito para uma esfera capaz de englobar todos os fatores que contribuem para o bem-estar dos indivíduos e, em segundo lugar, enfatizou a importância de uma perspetiva de ciclo de vida.

Em matéria de ação social e atuando numa lógica de proximidade, foram desenvolvidas modalidades flexíveis de intervenção, designadamente através duma rede de serviços e equipamentos sociais, orientada para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, mesmo daquelas que se encontram em situação de dependência. Neste âmbito, são de realçar as respostas<sup>15</sup> como: serviço de apoio domiciliário, centro de dia, centro de convívio e, mais recentemente, o centro de noite, enquanto alternativas à institucionalização e respostas às situações de isolamento, de solidão e de insegurança.

O ano de 2012 foi igualmente marcado por um clima de crise económica e social que, segundo as previsões nacionais, irá manter-se para os anos que se seguem o que de certo modo leva a questionar a possibilidade de se desenvolver uma eficaz política de envelhecimento ativo em Portugal. Neste sentido as estratégias estruturais devem ter em conta as restrições conjunturais decorrentes da aplicação do Programa de Assistência Financeira bem como os respetivos efeitos nos rendimentos das famílias, afetando, assim, também as populações mais idosas (direta ou indiretamente). De facto, a compatibilização entre a prioridade da sustentabilidade financeira do País e as crescentes necessidades de largas camadas de idosos deve constituir uma preocupação política da primeira importância.

---

envelhecimento ativo através da dinamização de ações de saúde (rastreios), da revisão de legislação relativa à rede social, do incentivo e valorização do voluntariado sénior e de vizinhança, e de esforços de generalização da utilização de tecnologias pela população mais velha.

<sup>15</sup> Através da celebração de acordos de cooperação com as instituições particulares de solidariedade social, no sentido da expansão, diversificação e qualificação da rede nacional de serviços e equipamentos sociais de apoio às pessoas idosas e respetivas famílias.

O envelhecimento constituirá uma pressão substancial nas finanças públicas, nos sistemas de segurança social, nos mercados de trabalho e em várias outras áreas de política pública. Por tudo isto, o envelhecimento da população constitui, em simultâneo, um desafio e uma oportunidade, se as vidas mais longas e saudáveis coincidirem com o prolongamento da vida ativa. Com efeito, são necessárias políticas e reformas de modo a assegurar que os mais idosos tenham acesso a pensões adequadas e a cuidados de saúde, sem constituírem um peso insustentável para as gerações futuras.

As políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Do ponto de vista da coletividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais. Tal facto representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

Dada a complexidade da sociedade atual e o aumento da população idosa torna-se cada vez mais pertinente intervir e estudar este fenómeno. Trata-se de uma população pela qual ainda há muito para fazer, mas cujas políticas dirigidas neste sentido nem sempre vão ao encontro das suas necessidades. É importante adotar medidas que proporcionem um percurso de vida com mais qualidade, pelo que é útil realizar trabalhos de estudos ao envelhecimento ativo, de forma a contribuir para a desmistificação de estereótipos e estigmatismos existentes acerca dos idosos (Oliveira, 2005).

Hoje considera-se imperativo apostar em políticas que promovam o envelhecimento ativo. Estas políticas visam promover a longevidade mais saudável e produtiva, em que as pessoas idosas assumem papéis de maior relevo até mais tarde.

Manter a autonomia e independência, promover a participação social e a valorização das competências, constituem os aspetos fulcrais que definem os princípios

básicos do envelhecimento ativo. Há tendência para encarar como responsabilidade individual o facto de as pessoas idosas se manterem ativas, quando está política é indissociável de uma otimização das condições de vida, de uma política global como a da promoção da saúde e do acesso a serviços de proximidade, de processos de não discriminação pela idade, na promoção da educação, da participação e da segurança nos vetores da segurança do rendimento, da proteção social e do combate á violência, nas suas diferentes formas.

## 2. Papel de género

A partir da compreensão, mais ou menos generalizada, de que as representações sociais sobre a maturidade estão intimamente ligadas às questões de género, esta categoria passa a ser entendida como fundamental para o estudo das experiências em relação ao envelhecimento.

Segundo Helman (2003: 146) a imensa maioria das sociedades humanas divide as suas populações em “masculina” e “feminina”. Embora fortemente baseada em diferenciações anatómicas e biológicas entre homens e mulheres, essa divisão é baseada numa série de pressupostos (derivados da cultura em que ocorrem) sobre os diferentes atributos, crenças e comportamentos característicos dos indivíduos em cada uma das categorias.

### 2.1. Conceito de género

A conceção de género envolve uma série de significados culturais que interpõem a distinção biológica entre homem e mulher, traduzida por Korin (2001:12) como: *“refere-se aos atributos, funções e relações que transcendem o biológico/reprodutivo e que, construídos, social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças relações de poder/opressão entre os mesmos. É importante assinalar que o género varia espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura há diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo da vida de um indivíduo).”* Trata-se de uma variável empírica de extrema importância na compreensão de muitos aspetos do comportamento humano.

Sexo nem sequer é sinónimo de género, pois são dois conceitos díspares, introduzidos na literatura científica em épocas distintas e compreendendo aspetos não idênticos da vida humana. Enquanto as diferenças entre os sexos são estabelecidas pelo físico, as diferenças de género são explicadas e entendidas como socialmente construídas.

O termo género é, frequentemente, usado para classificar a anatomia do sistema reprodutivo como masculino ou feminino. Contudo, nas ciências sociais, o conceito de género significa mais que o biológico. Refere-se às expectativas socialmente construídas, tendo em conta os modos como o indivíduo deve pensar e agir, dependendo da classificação sexual. Estas expectativas estereotipadas são comumente designadas de papel de género. O sexo, por outro lado, designa os aspetos biológicos de se ser feminino ou masculino.

Segundo Birman (2002:27), a exposição sobre a diferença sexual no Ocidente apenas se instituiu no final do século XVIII. Até então, os sexos eram concebidos hierarquicamente, sendo o masculino o regulador e figurado como “perfeito”, desde a Antiguidade. Tal configuração não se limitava ao deleite contemplativo dos sábios, mas tinha também consequências pertinentes para as práticas das relações sociais entre os sexos.

Após a Revolução Francesa, em nome da igualdade de direitos dos cidadãos, foi se edificando um novo paradigma no imaginário ocidental, mudando o modelo hierárquico do sexo. Procurou-se um novo modelo, pautado na leitura naturalista e estritamente biológica – homem e mulher com essências inteiramente diferentes e inconfundíveis. Este modelo ainda tinha a finalidade de justificar a superioridade masculina, pois a partir de aspetos anatómicos e fisiológicos determinavam-se as configurações de relacionamento e o espaço social a ser ocupados. Prontamente, de acordo com Néri (2002:120), a Revolução Francesa foi o marco histórico em que se expôs um lugar social para a mulher e apesar das astúcias para repor o poder masculino no Iluminismo, que deu uma aparência essencialista aos dois sexos, houve um progresso, pois a hierarquia deixou de ser metafísica para ser biológica.

Assim, como se verifica, a igualdade de direitos não se transformou logo em normas sociais capazes de vigorar e serem internalizadas, legitimando a igualdade de condição entre os dois sexos. Foram necessários dois séculos para que se produzissem conquistas políticas e esclarecimentos científicos mais significativos.

A maioria dessas conquistas originaram-se dos movimentos feministas, no decorrer dos séculos XIX e XX, e foram se plasmando na cultura, aos poucos, levando a mudanças conceituais importantes, na literatura, nas artes, na legislação e nas ciências.

O conceito género foi introduzido, na dissertação teórica, na década de 1970, através das pesquisas da antropologia. Desde então, diversos autores aprofundaram o tema e atualmente, em Psicologia Social, qualquer estudo sobre diferenças ou semelhanças entre homem e mulher precisa ser evocado sob o prisma de género (Strey, 2004:79).

Em síntese, atualmente podemos considerar género a palavra sexo desbiologizada e integrada na rede sociocultural, representando a expressão cultural da diferença sexual (Negreiros, 2004:80). Sendo um produto social, é aprendido, representado, institucionalizado e transmitido ao longo de gerações, tal como nos explica Sorj (1992). O consenso vai cada vez mais no sentido de que o género é socialmente construído em vez de biologicamente determinado (Néri, 2001).

Como já foi referido anteriormente, se o sexo da pessoa é determinado biologicamente, então a identidade de género é construída cultural e socialmente. Género não iguala comportamento, apesar de se sugerir que as pessoas se comportam de acordo com o género e que os comportamentos típicos de cada género decorrem de uma identidade de género (Ribeiro, 2003).

A identidade de género consiste no “*sentido existencial, fundamental, da nossa masculinidade ou feminilidade, uma aceitação do nosso género como construção psicossociológica paralela à aceitação do nosso sexo biológico*” (Spence, 1984:90). Ou seja, consiste num fenómeno aprendido, sofrendo mediação de processos cognitivos. Para além disso, deve-se atribuir destacada importância às expectativas sociais que são desenvolvidas em conformidade com os estereótipos sexuais, que determinam os atributos e comportamentos típicos para cada sexo, bem como o papel desempenhado pelos agentes socializadores, na construção da identidade de género.

Neste sentido e aquando a revisão da bibliografia, achou-se que o seguinte pensamento fazia todo o sentido “*....As definições sociais de masculinidade e feminilidade são tidas como “maleáveis” na medida em que respondem às mudanças nas ideologias, valores, condições sociais, fatores económicos e acontecimentos históricos; o género é nesta lógica, um sistema de significados que se constrói, que se organiza nas interações e que não se afasta do acesso ao poder e aos recursos.*” (Nogueira, 2004:251). O autor quer com isto, dizer que não existe um conjunto de

papéis e/ou perfis fixos que estabeleçam as diferenças entre homens e mulheres, mas sim um repertório dinâmico de significados que é posto em ação pelos indivíduos ao interagirem com o seu meio social.

Judith Butler (1988, apud Saffioti, 1992), também observa que as escolhas sobre os usos, as vivências e as aparências do corpo, quer masculino, quer feminino, implicam um mundo de estilos corporais já estabelecidos histórica, social e culturalmente. A imagem da feminilidade e da masculinidade, por exemplo, são construções que implicam tempos e espaços (sociais e culturais) determinados historicamente.

Como processos culturais, as noções de masculino e feminino são constituídas por um conjunto de recomendações que funcionam como uma norma que serve de referência a todos e estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social, ao estruturar os modos de estar no mundo conforme a diferenciação sexual. Por isso, sem negar a materialidade do corpo, deve -se atentar para as formas através das quais características materiais adquirem significado no interior da cultura, inscrevendo marcas através de práticas sociais e pedagogias culturais ao dizer o que é ser homem e mulher (Louro, 2008).

Esta diferenciação foi acentuada com industrialização e a consolidação do capitalismo, onde a separação entre o mundo público do trabalho e o mundo privado da vida familiar, delimitando as esferas como essencialmente masculinas e femininas, respetivamente, ficou claramente definida, tornando-se hegemônica.

Segundo Martin (2006), na nossa sociedade capitalista fragmentada, uma mulher é considerada verdadeiramente feminina se cultivar o corpo – para si e para os outros – em detrimento do cultivo de seu intelecto. Dentro desse contexto, o corpo está para o feminino, assim como o intelecto está para o masculino.

Assim, ter feminilidade, muito mais do que um atributo relacionado à sexualidade, ela própria um construto social, diz respeito a uma construção social pautada na juventude e em um ideal de beleza. Dessa forma, as categorias corpo, gênero e envelhecimento são construções que refletem uma estrutura social muito forte, pautada no capitalismo e na desigualdade entre os gêneros, que, embora persista ainda em nossos dias, por sua própria constituição histórica tem sofrido algumas transformações, sendo passível de outras mais e cada vez mais profundas e significativas.

A expansão da investigação nas últimas décadas, tanto a nível de análise de processos específicos como de modelos globais, resulta da procura de respostas à

questão de como o comportamento dos indivíduos, enquanto homens e mulheres, se transforma ao longo do curso de vida e como se caracteriza na velhice (Novo, 2003:81).

Neste contexto o género, ao ser continuamente reconstruído e assumindo-se contingentemente histórico, indissocia-se não só da diversidade de acontecimentos de vida de cada pessoa, como também da variabilidade de expectativas que acompanham a sua performance à medida que se envelhece.

## **2.2. Envelhecimento e Papel de Género**

O envelhecimento envolve muito mais do que uma mera mudança nos padrões demográficos; refere-se, como já apontado, a um processo multidimensional de mudanças físicas, psicológicas e sociais.

A “dessexualização” do corpo envelhecido sempre foi literal nas descrições da fisiologia senescente: os órgãos genitais e reprodutivos encolhiam e atrofiavam. É interessante notar que existiram duas escolas de pensamento com respeito à transformação do homem na velhice. Uma mantinha que ambos os sexos exibiam características masculinas fortes, enquanto a outra mantinha que o homem se tornava semelhante à mulher.

Uma vez ultrapassado o período da reprodução e atingido um período mais ameno, existem, mais uma vez, numerosas mudanças físicas. Ao invés de assumir características sexuais mais marcadas, cada um dos sexos parece tender a assumir características do sexo oposto (Goodfellow, 1996).

A trajetória da vida tem sido vista como linear e também como curva, embora vá apenas numa direção, temporalmente. A retórica da “curva de vida”, reporta-se, não a uma metáfora mas sim a uma semelhança.

Falou-se dos idosos como sendo parecidos com as crianças, não sendo crianças. Numa era pós-Freud, os idosos continuaram a ser infantilizados, com a adição de que a sua segunda infância já não era vista como ameaçadora, como um retorno ao início da vida, mas antes um estado regressivo ou neurótico (Goodfellow, 1996).

Segundo a autora, a ideia de que a vida segue uma curva, ou mesmo um círculo, aponta para as semelhanças entre a infância e a velhice. A terceira idade tem sido frequentemente designada como uma “segunda infância”, e este aspeto poderá ter sentido se considerarmos a discussão da androginia, na terceira idade. Esta ideia de que

a velhice representa um retorno à infância é uma das formas da “dessexualização” dos idosos, como já anteriormente referido.

Mesmo a velhice sendo um processo universal, apresenta um forte componente de género, pois existem mais idosas que idosos. Estas apresentam características importantes na velhice que as tornam mais vulneráveis, tais como: vivem mais – porém, mais sujeitas a doenças; maior probabilidade de problemas relacionados à adaptação às mudanças fisiológicas decorrentes da idade, o que pode se transformar em conflitos com a identidade; dentre outras questões.

Sabe-se que o papel social do género assume elevada importância na longevidade, de particular relevo os denominados “comportamentos de risco” (como os relacionados com acidentes de trabalho e viação, hábitos tabágicos e etílicos) mais incidentes nos homens, bem como o diferente acesso aos recursos sociais e financeiros, estando descrito que as mulheres terão menor inibição em procurar ajuda médica. Contudo, o hiato de longevidade não parece depender apenas do papel social do género e em particular no que toca à maior longevidade dos indivíduos do sexo feminino os fatores biológicos terão papel primordial (Carvalho, 2010:10).

Várias são as teorias para explicar esta diferença de géneros, porém nenhuma é capaz de explicar a totalidade das diferenças observadas. Assim, será mais sensato pensar numa associação de vários fatores. Primeiro, diferenças comportamentais parecem condicionar a mortalidade precoce nos indivíduos de sexo masculino, as diferenças nos fatores hormonais e vias de sinalização parecem condicionar diferenças de género na imunidade e dano oxidativo ao longo da vida e por fim os fatores sociais.

### **2.3.O género como fator decisivo do envelhecimento ativo**

O envelhecimento ativo é um conceito recente, ainda não existe investigação suficiente que permita afirmar com certeza quais os seus fatores decisivos, no entanto, a OMS defende que este, depende de uma variedade de determinantes, que envolvem indivíduos, famílias e sociedade. Um desses determinantes, pelo qual nos interessámos é o género, fazendo parte dos determinantes pessoais. Quer o género, quer a cultura, constituem fatores transversais<sup>16</sup> neste processo, pois têm influência sobre todos os

---

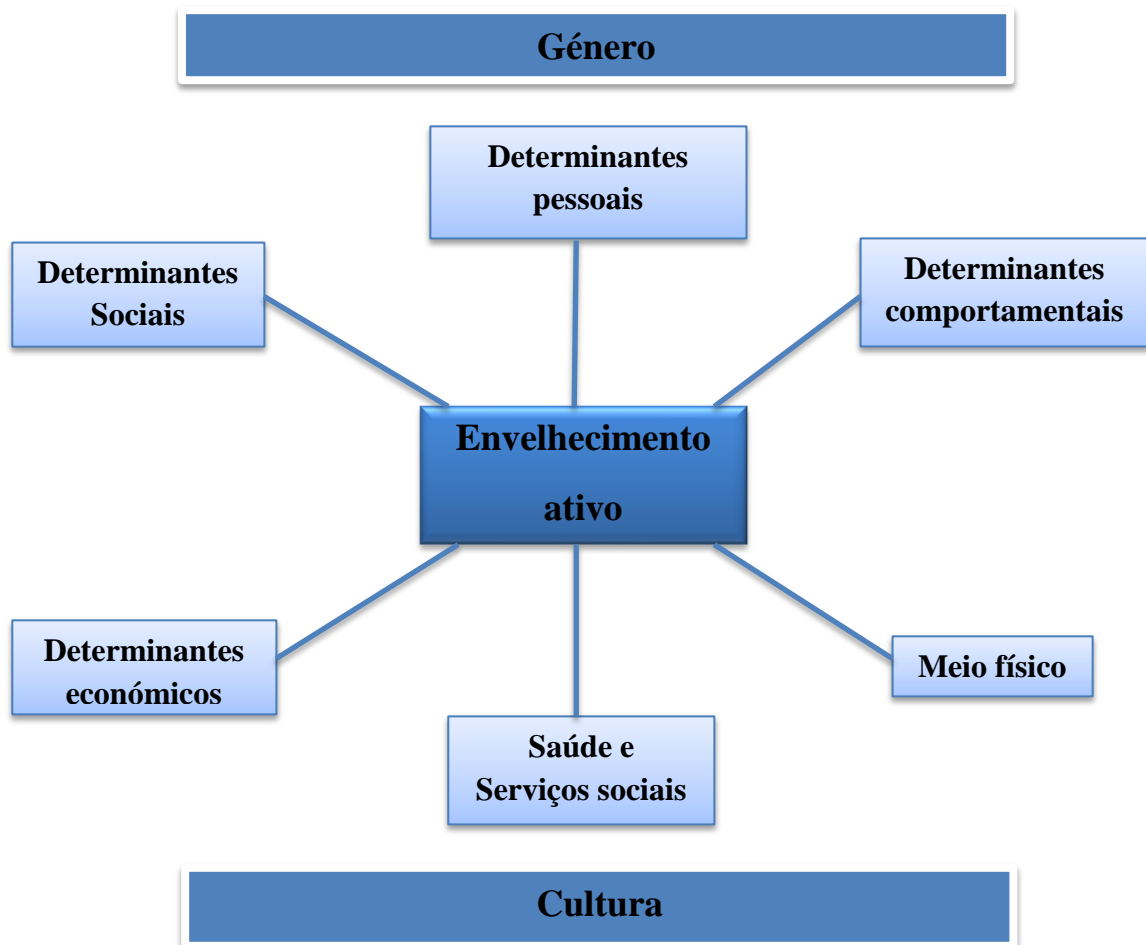
<sup>16</sup> A cultura e o género são determinantes transversais, ou seja, influenciam os outros determinantes de um envelhecimento ativo, interferindo não apenas a forma como as gerações se inter-relacionam, como nos comportamentos relativamente à saúde e à doença.

determinantes. A forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento, bem como os seus idosos, é deveras influenciado pelos seus valores culturais e tradicionais.

Uma vez que o género e a cultura são aspetos 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 assegura 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”.

Neste seguimento, a Figura 2 apresenta-nos as condicionantes do envelhecimento ativo, nomeadamente, o género, a cultura, os fatores ambientais, sociais, pessoais, comportamentais e os próprios serviços de saúde.

**Fig. 2 – Determinantes do envelhecimento ativo**



(adaptado. OMS, 2002)

A partir da compreensão, mais ou menos generalizada, de que as representações sociais sobre a maturidade estão intimamente ligadas às questões de género, esta categoria passa a ser entendida como fundamental para o estudo das experiências em relação ao envelhecimento

Qualquer ser humano é, antes de mais, homem ou mulher. E as características específicas associadas ao facto de ser mulher ou ser homem mantêm-se, e nalguns casos até se acentuam, na velhice.

Tais características são de natureza biológica: há diferenças físicas e fisiológicas entre o corpo de homens e de mulheres, por isso falamos de pessoas do sexo masculino e feminino. Mas, como já foi referido, são também características de natureza social, que resultam da construção social do feminino e do masculino e da forma como estes se relacionam entre si. E por isso falamos de género, que é a representação social do sexo biológico, determinada pelos papéis, tarefas e funções atribuídas às mulheres e aos homens.

Portanto, destaca-se a importante exposição das diferentes trajetórias de vida percorridas socialmente por homens e mulheres. Também ajuda a explicar como ambos, sujeitos socializados conforme sua situação de classe, experienciam o processo de envelhecimento e são afetados pelas políticas públicas, concernentes à velhice. Pode, pois, dizer-se que, porque fizeram um caminho diferente na vida, homens e mulheres envelheceram de maneira diferente e vivem a velhice de maneira diferente.

As mulheres vivem a velhice de maneira diferente dos homens porque tiveram trajetórias de vida diferentes, marcadas pelo fato de serem mulheres ou serem homens. Isto é particularmente verdade num país como Portugal, em que, por um lado, a situação dominante, é a de que ambos os membros do casal têm um emprego pago, e por isso a taxa de atividade feminina é muito elevada; mas em que, por outro, existe uma grande assimetria na divisão do trabalho doméstico e do cuidar, ficando este predominantemente a cargo das mulheres.

É claro que o envelhecimento também é um processo individual – a biografia de cada mulher e de cada homem é única, pelo que não há duas mulheres ou dois homens iguais. Para isso contribui o facto de se viver / ter vivido num meio rural ou num meio urbano, a etnia ou a classe social de pertença.

Contribuem, também fatores como o estilo de vida, a alimentação, a prática de desporto, o acesso a cuidados de saúde e a serviços sociais, etc. – todos eles também

marcados pelo género, isto é, fatores que muitas vezes variam por se ser mulher ou homem.

O envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos. Para alcançar o envelhecimento de maneira positiva, as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida. Estudos e pesquisas realizados por outros autores demonstram o que a própria observação do cotidiano já deixa entrever – há uma especificidade de género na situação de velhice. Os dois sexos podem ter experiências que sejam, ou aparentam ser, comuns, mas a condição geracional detém também relações, situações e representações distintas.

Neste grupo geracional, as mulheres têm alcançado destaque, mas não só porque são maioria populacional. Além de maior longevidade que os homens (esperança de vida de 82,4 anos, enquanto a masculina é de 76,5)<sup>17</sup>, elas têm-se destacado socialmente como detentoras de uma nova imagem da velhice, mais dinâmica e mais alegre, participando nos grupos geracionais e aprendendo a ser mais sociáveis. Podem ter uma perspectiva mais distanciada das lides familiares e cuidar de si mesmas; sentindo-se, enfim, mais livres.

O facto de a maioria das mulheres idosas atuais nunca ter tido vida profissional ativa e, ao mesmo tempo, ter experimentado uma vida sexual e social muito mais restrita e reprimida do que os homens da mesma geração resultou em trajetórias sociais diferenciadas e tendeu a conduzi-las ao estágio em que agora vivem de forma também diferente do que ocorre com os homens. Alcançaram, com a velhice, um tempo de consolidação de experiências, de libertação de várias obrigações domésticas e, sobretudo, dos controlos reprodutivos, vivendo um tempo social propício à mudança, podendo vivenciar experiências e modos de vida novos.

Quanto aos homens, as mudanças são bem menores. Eles sempre gozaram de real liberdade de género, isto é, de todos os direitos de ir e vir, inclusive de viver a rua em todas as suas dimensões, na vida pública e na política.

No que diz respeito ao envelhecimento, homens e mulheres envelhecem também distintamente (Saffioti, 1992:201) e esta distinção é, em grande parte, realçada pelos usos e significados atribuídos aos corpos masculinos e femininos durante todas as fases da vida, precedendo, em grande parte das vezes, o próprio nascimento do indivíduo. Isto

---

<sup>17</sup> Fontes: INE, PORDATA, última atualização a 2013-01-07, consultado a 26 de janeiro de 2013 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Espanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418>

pode ser verificado através dos discursos, representações e práticas sociais, o que influencia o comportamento e as atitudes das pessoas, na medida em que determina como deve ser o masculino e o feminino.

Motta (2002) e Negreiros (2004) salientam que a velhice afeta de modo diferencial homens e mulheres. Como sujeitos que viveram processos socializadores muito diversos na sua juventude e trajetória geral de vida, por mais que tenham, no processo de envelhecimento, experiências que sejam ou aparentem ser comuns à condição etária, a condição de gênero enseja experiências, papéis e representações distintas, o que pode influenciar, também de modo diferencial, o modo de o idoso perceber e vivenciar sua velhice.

Assim sendo, gênero, enquanto conceito relacional, não pode ser estudado sem a interseção de outras categorias, como classe, geração e etnia. Para Alda Britto da Motta (1999:193), todas estas dimensões se realizam historicamente no cotidiano, sendo categorias relacionais que *“expressam diferenças, oposições, conflitos e/ou alianças e hierarquias provisórias”*, remetendo, portanto, a relações de poder. A autora explica que, em estudos anteriores, a análise pautada nas relações de poder se dava unicamente pela categoria classe, que era desprovida de gênero, etnia ou geração.

Envelhecer enquanto homem e mulher são processos diferentes de adaptação e desenvolvimento, pelo que o reconhecimento do modo como se vivem expectativas, identidades, relações, processos de transição e adaptação, estados de saúde e doença numa visão de gênero assume-se fundamental. Do mesmo modo que o é, assegurar a adoção de uma visão de ciclo de vida, comprometida com uma abordagem ao gênero performativo capaz de escrutinar com a devida profundidade os vários aspetos geradores de (des) igualdade entre os sexos ao longo da vida.

O corpo também sofre mudanças durante o desenvolvimento, com fenómenos distintos a cada sexo. A menopausa é um marco para as mulheres sinalizando, de certa forma, a chegada da velhice com a impossibilidade de procriar. Já para os homens, que podem continuar procriando, aparece o fantasma da impotência sexual. Para as mulheres, essa época coincide com a saída dos filhos de casa, o que pode significar solidão e perda de sentido nas suas atividades à medida que não terão mais de quem cuidar. Para os homens tal fase coincide com a aposentadoria, que da mesma forma retira o sentido de reconhecimento social do seu papel masculino (Rodrigues, 2006:50).

Goldenberg (2008:192) aponta as dificuldades de algumas mulheres em se definirem como maduras por não conseguirem ver para além das perdas associadas ao

envelhecimento. Estas mulheres sentiam-se fragilizadas e vitimizadas com o processo de envelhecimento, a ponto de se sentirem invisíveis como mulheres.

A Organização Mundial de Saúde menciona que em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde.

O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando ficam mais velhas. Algumas mulheres são forçadas a largar o trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família. Outras nunca têm acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral.

Por outro lado, homens jovens e adultos estão mais sujeitos a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio. Também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas e se expor desnecessariamente ao risco de lesões. Estudos já realizados revelam o maior isolamento dos homens na velhice, enquanto as mulheres, sobretudo após a aposentadoria, têm ampliado sua autonomia e espaços de participação.

Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, nomeadamente, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos. Deve-se integrar uma abordagem que respeite as especificidades do gênero tendo em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, ou seja, uma abordagem segundo o gênero permite compreender as diferenças das necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem.

O gênero é uma “lente” através da qual considera-se a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres.

# **ESTUDO EMPÍRICO**

Neste parte dar-se-á corpo ao estudo em pírico proposto no início deste trabalho.

Assim, abordaremos em primeiro ponto a metodologia, ou seja, os métodos e as técnicas que dram base ao estudo empírico, tais como: problema de investigação; desenho do estudo; objetivos; população e amostra; variáveis; instrumentos da colheita dos dados; procedimentos éticos e o método de tratamento de dados.

Num segundo ponto, faremos a apresentação, análise e discussão dos resultados do inquérito. Procuraremos garantir quanto possível a objetividade e o rigor científico, mediante o desenvolvimento de uma série de etapas e regras que possibilitem atingir os objetivos.

Nesta etapa empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo, para que, posteriormente ocorra a discussão dos mesmos. Conforme Fortin (2009:56) “ *A fase empírica corresponde à colheita dos dados no terreno, à sua organização e à análise (...)* ”

## **1. Metodologia**

A fase metodológica da investigação passa por operacionalizar o estudo.

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas na área do conhecimento dos fenómenos do mundo real em que vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação.

A componente metodológica é um aspeto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de orientação durante o desenvolvimento da pesquisa. Todos estes procedimentos metodológicos e as suas tomadas de decisão são fundamentais para garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados obtidos e consequente resposta à problemática em estudo (Fortin, 1999: 374).

### **1.1.Problema da investigação**

Segundo Fortin (1999:38), qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, causadora de um mal-estar, uma

inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Efetivamente, o envelhecimento ativo e as questões de género, são assuntos bastante atuais e atrativos, numa sociedade tendencialmente envelhecida e com as questões de género a sofrerem algumas alterações, fruto das sociedades modernas. Por isto, este trabalho de investigação, desenvolve-se sobre Envelhecimento Ativo em relação ao Género. Ou seja, pretende-se analisar se os idosos do concelho de Viseu têm acesso ao envelhecimento ativo e se não têm quais os motivos que os impedem, assim como, verificar se existem disparidades entre géneros. Desta forma, relevam-se as filiações geracionais, os eventos histórico-sociais que contextualizam as experiências, assim como as vivências mais significativas ao longo de toda a trajetória de vida das pessoas. E por outro lado verificar se ambos os sexos têm as mesmas oportunidades nesta área ou se há margem para a discriminação social.

A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de fatos relativos ao estudo que se deseja realizar (Fortin, 1999:39). A melhor forma de começar um trabalho de investigação, consiste em enunciar a investigação sob a forma de uma pergunta de partida, para que o investigador exprima o mais exatamente possível aquilo que procura saber e compreender melhor.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008:31) *“uma investigação é por definição algo que se procura, é um caminho para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica”*. Por isso, o investigador deve iniciar esta aventura com a definição da questão de partida, que será o seu “primeiro fio condutor”.

Tendo em conta que uma pergunta de partida deve ser simples, objetiva, clara, eficaz exequível e pertinente (Quivy e Campenhoudt, 2008:34), a questão de partida, deste estudo é a seguinte:

*Será que o envelhecimento ativo varia em função do género?*

A partir desta questão pretendemos verificar os objetivos e assim podemos dar resposta a esta pergunta através dos dados recolhidos e analisados.

## 1.2.Desenho e tipo de estudo

De acordo com Hill & Hill (2002), quando se fala de investigação, está sempre subjacente a recolha de dados, ou seja, uma recolha de informações da população sobre as quais o investigador pretende desenvolver o seu estudo e retirar conclusões.

Atendendo à complexidade do fenómeno do envelhecimento e como forma de corresponder aos objetivos delineados, optou-se por uma abordagem quantitativa descritiva, que permita conhecer e compreender as necessidades da população idosa e a forma como esta vive o seu envelhecimento.

Inicialmente foi efetuada uma recolha bibliográfica e documental sobre o tema e o seu enquadramento teórico concetual, permitindo identificar as variáveis a analisar. Dadas as características desse trabalho será elaborado um estudo quantitativo do tipo descritivo e correlacional, baseado em elementos recolhidos através de um questionário.

No estudo descritivo correlacional, o investigador tenta explorar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. Neste caso, permite explorar as relações entre o envelhecimento ativo e o género a fim de conhecer as relações que estão associadas ao fenómeno em causa, Fortin (1999:74). Ou seja, a abordagem ao estudo consiste em descrever simplesmente, um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população ou de uma amostra.

Este tipo de pesquisa tem todo o interesse, pois, em parte é uma área nova, onde se pretende conhecer melhor o problema e partir para uma descrição da forma como os idosos do concelho de Viseu vivenciam a sua velhice identificando as diferenças existentes entre géneros.

## 1.3.Objetivos

Apresentado o problema e o desenho da investigação, surge a necessidade de formular e definir os objetivos que nos propomos atingir, que especificam “ (...) *as variáveis – chave, população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação*” (Fortin, 2009:160).

Os objetivos de estudo indicam o porquê da investigação, ou seja, constituem um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo o nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão (Fortin, 1999:43). Citando Dias

(2010:41), os objetivos deverão ser extraídos diretamente a partir dos problemas levantados e das conceções teóricas em relação ao tema.

Apesar de já, anteriormente se ter feito referência às razões deste estudo, é importante, referi-las, novamente nesta parte do trabalho. A realização deste estudo prende-se, com o fato de, construir uma reflexão acerca da população idosa do concelho de Viseu, bem como das suas necessidades quanto ao seu envelhecimento ativo.

O desenvolvimento do processo de investigação teve como objetivo geral *verificar se o envelhecimento ativo varia em função do género.*

Quanto aos objetivos específicos, pretende-se analisar na amostra serão os seguintes:

- Verificar se ambos os géneros têm o mesmo nível de envelhecimento ativo;
- Averiguar quais as dificuldades que cada género encontra no seu processo de envelhecimento;
- Investigar qual dos géneros adota mais comportamentos que promovam o envelhecimento ativo;
- Analisar se os idosos do concelho de Viseu consideram ter um envelhecimento com qualidade de vida;
- Verificar se o concelho de Viseu proporciona condições favoráveis ao envelhecimento ativo

#### **1.4. População e amostra**

Nesta secção pretende-se dar a conhecer a população e a amostra sobre a qual incidiu a investigação.

A população “*é o conjunto dos elementos que fazem parte de um determinado território, que possuem aproximadamente características comuns e que serão objeto de estudo, submetidas ao processo de tratamento, análise e interpretação*” (Dias, 2010:61).

Assim sendo a população será o conjunto de pessoas das quais se pretende obter informação. Neste trabalho a população é constituída pelos idosos<sup>18</sup> do concelho de Viseu, que segundo os Censos de 2011, são um total de 18488 idosos (INE).

A escolha desta população prende-se com diversos fatores, entre as quais, segundo a revisão da literatura previamente feita, o facto de não se ter realizado até ao momento, nenhum estudo igual ou semelhante no concelho de Viseu.

O ideal na investigação seria observar toda a população, de modo a analisar todos os elementos estatísticos com as suas características, mas nem sempre isso é viável dada a sua dimensão, o que nos leva a recorrer ao processo de amostragem, (Dias, 2010:62). Estudar toda a população, quando é demasiado extensa, pode trazer desvantagens como a fadiga do investigador, duração da investigação e dispersão geográfica, com consequência desfavoráveis para o resultado final, pois nas ciências sociais os dados ficam desatualizados rapidamente (*idem*).

Posto isto, foi necessário recorrer a uma amostra. De acordo com Fortin (1999) a amostra é um subgrupo da população alvo, uma vez que é selecionada para obter informações relativas às características dessa população, deve necessariamente ter as mesmas características, de modo a que o grupo escolhido seja representativo da população alvo. Mais recentemente, Coutinho (2011:54) defende que “*a amostra é o conjunto dos sujeitos (...) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características da população de onde foi extraída*”.

Neste trabalho o método de amostragem a utilizar será o não probabilístico porque é um procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. Trata-se de amostra não probabilística, quando é formada por indivíduos que são facilmente acessíveis, se encontravam num local determinado e num momento específico.

Para formar a amostra os parâmetros considerados foram o tipo de amostra, a área geográfica, a idade, nível de confiança e intervalo de confiança, elementos que podem estar presentes antes da aplicação do questionário e termos assim a oportunidade em partir para os sucessivos com mais certeza e objetividade.

---

<sup>18</sup> A OMS classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. No entanto, Neri (1991) observa que a idade cronológica ainda é o principal critério para a demarcação das categorias etárias, ainda que este seja um critério por demais limitado, já que o processo de envelhecimento é fortemente marcado pela cultura. Assim, a idade é utilizada como critério de ordenamento social, sendo, inclusive, demarcador de direitos e deveres explicitados por políticas públicas ou de padrões de comportamento meramente legitimados pelo senso comum.

A fórmula e os cálculos utilizados para determinar a dimensão da amostra foi a seguinte:

$$\eta = \frac{\delta^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + \delta^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = População (18.488)

n = Amostra (?)

e = Erro médio da amostra (3%)

$\delta^2$  = Desvio medio da amostra (que para um nível de confiança de 95%, temos

p = q ou seja, p = 50% e q = 50%) (2 desvios)

Visto que o concelho de Viseu é constituído por uma população bastante grande 18.488, a amostra foi retirada de 16 das 34 freguesias extraídas de modo sim, não que constituem o concelho, tendo como total 104 idosos obtidos através da fórmula anterior.

### 1.5. Variáveis

A investigação como disciplina base do conhecimento científico, tem como função descobrir e expressar as relações existentes entre fenómeno e variáveis (Martins, 2004). De acordo com Fortin (2009:171), as variáveis são “ (...) *qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar com o tempo*”, estas podem ser mensuradas, observadas, manipuladas ou controladas. No que respeita à reação entre elas, as variáveis podem ser qualificadas de dependentes e independentes.

Na perspetiva de Coutinho (2011: 69) a variável independente é aquela que “*o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar*”. Esta variável é a que influencia, a variável dependente. Já a variável dependente é definida pela mesma autora como “ *a característica que aparece ou muda quando o investigados aplica, suprime ou modifica a variável independente (...) varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente*”, ou seja, é a aquela que é a influência.

Desta forma, na presente investigação as variáveis demográficas que identificam os idosos inquiridos constituem as variáveis independentes, tais como: idade, sexo,

estado civil, habilitações literárias, situação económica, agregado familiar, e estado de saúde. As variáveis de conteúdo, também definidas como dependentes, distribuem-se pela atividade física e ocupacional, perceção do envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

### **1.6. Instrumento de colheita de dados**

A seleção do instrumento de colheita de dados deve estar diretamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação de variáveis em causa, visto que os instrumentos de colheita de dados em investigação são os equipamentos utilizados para colher a informação pertinente e necessária para a continuidade do estudo (Lakatos & Marconi, 1996).

A investigação descritiva compreende todas as etapas presentes em todos os tipos de investigação, ou seja, enunciação do problema, revisão da literatura, formulação dos objetivos, determinação da população, delineação da dimensão da amostra, seleção da técnica de amostragem adequada e escolha ou desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados (Carmo e Ferreira, 1998). Deste modo o instrumento de recolha de dados escolhido para a recolha dos dados empíricos foi o questionário<sup>19</sup>. A escolha deste instrumento foi baseada no fato de eventualmente serem colocadas questões embaraçosas e assim evitar que o inquiridor se sinta inibido ao efetuar a sua resposta, evitando desta forma a possibilidade de enviesamento dos resultados. Por outro lado pode-se inquirir um elevado número de pessoas num curto espaço de tempo e a sua análise será posteriormente automatizada.

De acordo com Carmo & Ferreira (2008), o questionário consiste em colocar a um conjunto de indivíduos questões relativas à sua situação social, familiar ou profissional, às suas opiniões, à sua atitude perante determinadas situações, expectativas, ao seu nível de conhecimento de um acontecimento ou problema. O inquirido tem ainda como intuito obter informações que possam ser investigadas com o objetivo de extrair modelos de análise e posteriormente realizar comparações (Bell, 2010).

---

<sup>19</sup> “ (...) as questões são normalmente padronizadas, mas onde a recolha de dados deve promover não apenas dados quantitativos mas também qualitativos, de forma a que seja o mais exaustivo possível na descrição que faz do fenómeno.” (Dias, 2010:87).

A construção do instrumento de recolha de dados foi efetuada com base em bibliografia consultada e em questionários já utilizados por outros autores, no âmbito da análise da mesma temática.

O questionário, instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em cinco partes (Anexo III). A primeira parte do questionário deste estudo é composta por dez questões fechadas que possibilitam a caracterização sociodemográfica do idoso. Por sua vez a segunda parte é constituída por questões referentes ao subtema envelhecimento ativo pela atividade ocupacional do idoso, apresenta duas questões fechadas e uma aberta. Já a terceira parte tem o subtema envelhecimento ativo pela atividade física do idoso, abrange também duas questões fechadas e uma aberta.

A quarta parte é composta pela caracterização da qualidade de vida e bem-estar, a partir da versão portuguesa do EASYcare com 22 questões fechadas. O EASYcare é um sistema utilizado para proporcionar uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social dos idosos, através de uma descrição global das suas necessidades. A inovação do EASYcare prende-se com o facto de acumular numa só escala, itens relativos a várias dimensões da qualidade de vida e do em estar do idoso.

E por último, a quinta parte diz respeito ao tema central da investigação, a perceção que o idoso tem sobre o envelhecimento ativo e é constituída por três perguntas abertas

### **1.7.Procedimentos éticos na recolha de dados**

Todas as entrevistas efetuadas para obtenção dos dados serão precedidas de explicação sobre os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e a não utilização das informações fornecidas para outros fins ou por terceiros.

O facto de o autor ser apresentado, não representa, qualquer tipo de coerção, nem mesmo persuasão, surgindo simplesmente da necessidade de facilitar o contacto e quebrar a barreira inicial que se colocaria ao fornecer de informações do foro pessoal e íntimo a um estranho.

### **1.8.Tratamento e análise de dados**

Com o intuito de se caracterizar a amostra recorreu-se à estatística descritiva que descreve sumariamente, algumas características de uma ou mais variáveis fornecida por

uma amostra de dados. As estatísticas descritivas utilizadas foram: frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Para além desta análise da informação, procedeu-se à análise estatística dos dados relativos ao objetivo 1, apresentando-se a análise descritiva e o teste do mesmo (não paramétrico).

Assim, na inferência estatística realizada, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) pois não se verificaram os requisitos para o uso de testes paramétricos, nomeadamente os valores de uma variável serem medidos numa escala de intervalo ou de razão; a variável dependente ser normal; e as variâncias populacionais serem homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais populações. O teste de  $\chi^2$  serve para testar se duas ou mais amostras (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica (Maroco, 2003). Os valores de  $\chi^2$  são obtidos a partir das tabulações cruzadas entre duas variáveis nominais, com o objetivo de relacionar a frequência de casos numa variável, com duas ou mais categorias ou amostras independentes de outra variável. Quando os valores de  $\chi^2$  são estatisticamente significativos (valores menores do que 0,05) existe uma relação estatística entre duas variáveis nominais (cada variável com duas ou mais categorias) (Lay e Reis, 2005).

O tratamento e a análise estatística dos dados recolhidos foram realizados através do programa informático *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 18.0.

### **1.9. 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, sobretudo relativo às questões de género.

Além disso, a questão temporal influenciou a escolha dos instrumentos de recolha de dados adotados levando-nos a excluir a observação que “*pode ser mais fíável 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 ativo. Este fator também proporcionou a recusa, por parte de alguns idosos, da realização da entrevista.

## 2. Apresentação e análise dos resultados

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. 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 consequentemente o seu tratamento (Lessard-Hébert, Goyette, Boutin, 1990).

Uma vez recolhidos os dados, a partir da aplicação do questionário à amostra selecionada e após o seu tratamento estatístico, é possível, agora, proceder à sua organização e sistematização em tabelas. O objetivo da apresentação dos dados em tabelas é permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos, de forma a analisá-los e estabelecer relações entre a variável dependente e as variáveis independentes.

### 2.1. Caracterização da amostra

A presente amostra é constituída pelos 104 idosos escolhidos por conveniência. Tendo em consideração a variável género, verifica-se que a amostra é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino ( $n=54$ ), correspondendo a uma

percentagem de 51,9%. Os restantes 50 sujeitos são do género masculino, correspondendo a 48,1% da amostra.

No que diz respeito à idade, verifica-se que o participante mais novo tem 65 anos e o mais velho 92. A média centra-se nos 74,8 anos. Com o objetivo de facilitar o posterior tratamento estatístico e interpretação dos resultados, dividiu-se a amostra em duas classes de onde emergiram duas faixas etárias, usando o critério dos intervalos normalizados a partir da média. Desta forma, é possível verificar através da Tabela 1 que 55,6% dos sujeitos tem uma idade compreendida entre 65 e 75 anos ( $n=56$ ) e 44,4% tem uma idade compreendida entre os 76 e os 92 anos ( $n=48$ ).

Tendo em conta a variável relativa ao estado civil, verifica-se que 50% dos idosos são casados/juntos ( $n=52$ ), 34,7% ( $n=36$ ) são viúvos, 9,7% ( $n=10$ ) são divorciados e apenas seis sujeitos (5,6%) é solteiro. No que diz respeito às habilitações literárias, da totalidade dos sujeitos, 40,3% ( $n=40$ ) tem o 1º ciclo do ensino básico, verificando-se ainda que uma grande parcela nunca frequentou a escola ( $n=22$ ; 20,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1: Dados demográficos**

<i>Dados Demográficos</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Género</b>		
Masculino	50	48,1
<b>Feminino</b>	<b>54</b>	<b>51,9</b>
<i>Total</i>	104	100
<b>Faixa Etária</b>		
<b>64-75 anos</b>	<b>59</b>	<b>55,6</b>
76-92 anos	46	44,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	6	5,6
<b>Casado/Junto</b>	<b>52</b>	<b>50</b>
Viúvo	36	34,7
Divorciado/Separado	10	9,7
<i>Total</i>	104	100
<b>Habilitação Literárias</b>		
Nunca frequentou a escola	22	20,8
<b>1º Ciclo do Ensino Básico (1º- 4º ano)</b>	<b>40</b>	<b>40,3</b>
2º Ciclo do Ensino Básico (5º- 6º ano)	11	9,7
3º Ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano)	12	11,1
Ensino Secundário (antigo ensino Industrial ou Comercial)	8	8,3
Ensino Superior (Bacharelato ou Licenciatura)	11	9,7
<i>Total</i>	104	100

No que diz respeito às médias de idade, verifica-se que o género feminino apresenta uma média de idade superior ( $M=75,2$ ) quando comparada com o género masculino ( $M=74,3$ ). Na globalidade, tal como já foi mencionado anteriormente, a média de idade dos sujeitos da presente amostra centra-se nos 74,8 anos (Tabela 2).

**Tabela 2: Média de idades dos sujeitos da amostra**

Género	N	Min.-Máx.	Média	DP	Média geral
Masculino	50	65-92	74,3	7,6	74,8
Feminino	54	65-91	75,2	7,5	

## 2.2. Caracterização social

Verifica-se, mediante os resultados evidenciados na Tabela 3, que a maioria dos idosos caracteriza a situação económica atual como remediada ( $n=38$ ; 38,9%). Da análise da Tabela é ainda possível concluir que 34 (31,9%) idosos consideram a situação económica atual má, 22 (22,2%) consideram boa e apenas dez (6,9%) respondentes consideram a situação atual muito boa.

**Tabela 3: Opinião dos idosos quanto à situação económica atual**

<i>Situação económica</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Considera que a situação económica atual é:</b>		
Muito boa	10	6,9
Boa	22	22,2
<b>Remediada</b>	<b>38</b>	<b>38,9</b>
Má	34	31,9
<i>Total</i>	104	100

Da leitura e análise da Tabela 4 constata-se que a maioria dos sujeitos vive com o cônjuge/companheiro ( $n=51$ ; 48,6%). Uma percentagem elevada (29,2%) menciona viver sozinho e apenas dez idosos indicam que mora com os filhos (9,7%). Houve doze idosos que afirmaram viver com outras pessoas, nomeadamente familiares próximos ( $n=3$ ), lar ( $n=3$ ), netos ( $n=2$ ), amigos ( $n=2$ ) e empregada ( $n=2$ ).

**Tabela 4: Habitação**

<i>Com que vive?</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Com quem vive habitualmente</b>		
Só	30	29,2
<b>Cônjuge/companheiro</b>	<b>51</b>	<b>48,6</b>
Filhos	10	9,7
Outros	12	11,1
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100

Considerando os resultados patenteados na Tabela 5 verifica-se que a maioria dos sujeitos tem médico de família ( $n=81$ ; 77,8%). Destes 81 idosos, uma percentagem considerável indica que vai ao médico com uma frequência mensal ( $n=14$ ; 13,9%). Os resultados evidenciam ainda que nove sujeitos afirmam ir ao médico uma vez por ano, nove (8,3%) duas vezes por ano, nove (8,3%) cinco vezes por ano, sete (6,9%) de três em três meses, quatro (4,2%) seis vezes por ano, quatro (4,2%) oito vezes por ano e apenas dois (1,4%) mencionou que vai ao médico dez vezes por ano.

**Tabela 5: Acompanhamento médico**

<i>Médico de família</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Tem médico de família?</b>		
<b>Sim</b>	<b>81</b>	<b>77,8</b>
Não	22	20,8
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<i>Se sim, com que frequência vai ao médico?</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Frequência:</b>		
Uma vez por ano	13	12,5
Duas vezes por ano	9	8,3
Cinco vezes por ano	9	8,3
Seis vezes por ano	4	4,2
Oito vezes por ano	4	4,2
Dez vezes por ano	2	1,4
De três em três meses	7	6,9
Duas vezes por mês	4	4,2
<b>Uma vez por mês</b>	<b>14</b>	<b>13,9</b>
Não responde	38	36,1
<i>Total</i>	104	100

Os resultados da Tabela 6 indicam que alguns idosos têm uma doença crónica. Desta forma, a maioria refere hipertensão arterial ( $n=35$ ; 33,3%) e doença de coração ( $n=30$ ; 29,2%). As restantes doenças assinaladas foram: osteoporose ( $n=27$ ; 26,4%), aparelho respiratório ( $n=26$ ; 25%), doença circulatoria ( $n=17$ ; 16,7%), diabetes Melitus ( $n=17$ ; 16,7%), aparelho locomotor ( $n=26$ ; 13,9%) e sistema nervoso ( $n=26$ ; 13,9%).

**Tabela 6: Doença crónica**

<i>Tem doença crónica relacionada com:</i>			
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Doença do coração</b>	n	<b>30</b>	74
	%	<b>29,2</b>	70,8
<b>Hipertensão arterial</b>	n	<b>35</b>	69
	%	<b>33,3</b>	66,7
Osteoporose	n	27	77
	%	26,4	73,6
Aparelho respiratório	n	26	78
	%	25	75
Doença circulatoria	n	17	87
	%	16,7	83,3
Diabetes Melitus	n	17	87
	%	16,7	83,3
Aparelho locutor	n	26	78
	%	13,9	86,1
Sistema Nervoso	n	26	78
	%	13,9	86,1

Da leitura e análise da Tabela 7 é possível verificar que a maioria dos sujeitos não teve, recentemente, uma doença aguda ( $n=70$ ; 75%). Dos 34 (25%) indivíduos que mencionam a existência de uma doença aguda nos últimos tempos, a mais frequente é o AVC ( $n=7$ ; 6,9%).

As restantes doenças agudas mencionadas foram: diabetes ( $n=7$ ; 6,9%), falta de ar ( $n=2$ ; 1,4%), ataque cardíaco ( $n=2$ ; 1,4%), doença do coração ( $n=4$ ; 4,2%), depressão ( $n=2$ ; 1,4%), pneumonia ( $n=2$ ; 1,4%), operação à vesícula ( $n=2$ ; 1,4%), trombose ( $n=2$ ; 1,4%) e reumatismo ( $n=2$ ; 1,4%).

**Tabela 7: Doença aguda**

<i>Doença aguda</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Teve alguma doença aguda recentemente?</b>		
Sim	34	25
Não	<b>70</b>	<b>75</b>
<i>Total</i>	104	100
<i>Se sim, com que frequência vai ao médico?</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Frequência:</b>		
Diabetes	4	4,2
Falta de ar	2	1,4
Ataque cardíaco	2	1,4
Doença de coração	4	4,2
<b>AVC</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>
Depressão	2	1,4
Pneumonia	2	1,4
Operação à vesícula	2	1,4
Trombose	2	1,4
Reumatismo	2	1,4
Não teve doença crónica	75	75
<i>Total</i>	104	100

Dos resultados evidenciados na Tabela 8 é possível observar-se que a maioria dos idosos não utiliza nenhum serviço específico ( $n=38$ ; 36,1%). A par deste resultado, verifica-se que 22 (20,8%) indivíduos usufruem de apoio domiciliário, dezoito (11,1%) frequentam o centro de dia, dez (9,7%) a Universidade Sénior e quatro (4,2%) o centro de convívio.

**Tabela 8: Serviços que idosos utilizam**

<i>Serviços</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Utiliza serviços de:</b>		
Apoio domiciliário	22	20,8
Centro de convívio	4	4,2
Universidade sénior	10	9,7
Centro de dia	12	11,1
<b>Nenhum</b>	<b>38</b>	<b>36,1</b>
Outro	14	13,9
Não responde	4	4,2
<i>Total</i>	104	100

### 2.3. Envelhecimento ativo pela atividade ocupacional

Da leitura e análise da Tabela 9 constata-se que a maioria dos sujeitos afirma praticar uma atividade ocupacional ( $n=67$ ; 70,8%). Dos 67 sujeitos que praticam atividades ocupacionais, 41 (38,9%) fá-lo com uma frequência de mais de três vezes por semana. Os restantes, 14 (16,7%) realiza a atividade ocupacional duas vezes por semana, dez (9,7%) uma vez por semana e seis (5,6%) três vezes por semana

**Tabela 9: Atividade ocupacional**

<i>Atividade ocupacional</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Habitualmente pratica alguma atividade ocupacional</b>		
<b>Sim</b>	<b>67</b>	<b>70,8</b>
Não	37	29,2
<i>Total</i>	104	100
<i>Se sim, com que frequência?</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Frequência:</b>		
Uma vez por semana	10	9,7
Duas vezes por semana	17	16,7
Três vezes por semana	6	5,6
<b>Mais de três vezes por semana</b>	<b>41</b>	<b>38,9</b>
Não realiza atividades ocupacionais	30	29,2
<i>Total</i>	104	100

A atividade ocupacional mais vezes mencionada reporta-se para os trabalhos manuais ( $n=16$ ; 15,3%), seguida da atividade relacionada com os bordados ( $n=15$ ; 13,9%). As restantes atividades ocupacionais mencionadas foram: voluntariado ( $n=13$ ; 12,5%), tarefas domésticas ( $n=9$ ; 8,3%), passear ( $n=7$ ; 6,9%), ouvir música ( $n=6$ ; 5,6%), higiene pessoal ( $n=4$ ; 4,2%), convívio no centro ( $n=1$ ; 1,4%), ginástica ( $n=1$ ; 1,4%) e informática ( $n=1$ ; 1,4%) (Tabela 10).

**Tabela 10: Tipo de atividade ocupacional que pratica**

<i>Atividade Ocupacional</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Que tipo de atividade ocupacional pratica?</b>			
Convívio no centro		1	1,4
Bordados		15	13,9
Passear		7	6,9
Higiene pessoal		4	4,2
Voluntariado		13	12,5
<b>Trabalhos manuais</b>		<b>16</b>	<b>15,3</b>
Tarefas Domésticas		9	8,3
Música		6	5,6
Ginástica		1	1,4
Informática		1	1,4
Não pratica atividade ocupacional		31	29,2
	<i>Total</i>	104	100

Dando resposta ao objetivo 1 do presente estudo - *verificar se ambos os gêneros têm o mesmo nível de envelhecimento ativo* - verifica-se que, no que diz respeito à atividade ocupacional, apesar do gênero feminino realizar mais atividades quando comparado com o gênero masculino, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p=0,574>0,05$ ), pelo que se pode concluir que ambos os gêneros têm o mesmo nível de envelhecimento ativo, quando analisado (o envelhecimento ativo) em função da realização de atividades ocupacionais.

**Tabela 11: Diferenças entre gêneros relativamente à atividade ocupacional**

		Gênero		Total	$\chi^2$	<i>p</i>
		Masculino	Feminino			
Atividade Ocupacional	Sim	31	37	67	0,317	0,574
	Não	19	18	27		
	<i>Total</i>	50	54	104		

#### 2.4. Envelhecimento ativo pelo exercício físico

Tendo em conta a Tabela 12, verifica-se que a maioria dos idosos pratica, habitualmente, algum exercício físico ( $n=60$ ; 61,1%). Este exercício físico é feito maioritariamente mais de três vezes por semana ( $n=29$ ; 27,8%). Os restantes sujeitos que mencionam a realização de exercício físico, 15 (13,9%) realiza-o duas vezes por semana, treze (12,5%) três vezes por semana e sete (6,9%) apenas uma vez por semana.

Tabela 12: Exercício físico

<i>Exercício Físico</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Habitualmente pratica algum exercício físico?</b>		
Sim	60	61,1
Não	44	38,9
<i>Total</i>	104	100
<b><i>Se sim, com que frequência?</i></b>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Frequência:</b>		
Uma vez por semana	7	6,9
Duas vezes por semana	15	13,9
Três vezes por semana	13	12,5
<b>Mais de três vezes por semana</b>	<b>29</b>	<b>27,8</b>
Não pratica exercício físico	40	38,9
<i>Total</i>	104	100

No que diz respeito ao tipo de exercício que pratica, verifica-se que a maioria dos idosos opta pelas caminhadas ( $n=35$ ; 33,3%). Os outros exercícios físicos mencionados foram: ginástica ( $n=15$ ; 13,9%), andar de bicicleta ( $n=7$ ; 6,9%), dançar ( $n=4$ ; 4,2%), futebol ( $n=1$ ; 1,4%) e natação ( $n=1$ ; 1,4%).

Tabela 13: Tipo de exercício físico

<i>Exercício Físico</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Que tipo de exercício físico pratica?</b>		
Ginástica	15	13,9
<b>Caminhadas</b>	<b>35</b>	<b>33,3</b>
Dança	4	4,2
Futebol	1	1,4
Natação	1	1,4
Andar de bicicleta	7	6,9
Não pratica exercício físico	41	38,9
<i>Total</i>	104	100

Concluindo as análises alusivas ao objetivo 1, verifica-se que apesar de haver diferenças entre gêneros no que diz respeito à proporção de indivíduos a praticarem exercício físico, sendo o gênero feminino o que pratica mais exercício físico, conclui-se que esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,179>0,05$ ) e que ambos os gêneros têm o mesmo nível de envelhecimento ativo (Tabela 14).

**Tabela 14: Diferenças entre géneros relativamente ao exercício físico**

		Género		Total	$\chi^2$	p
		Masculino	Feminino			
Exercício Físico	Sim	26	34	60	1,809	0,179
	Não	24	20	44		
	<i>Total</i>	50	54	104		

No que diz respeito ao objetivo 2 que pretende investigar qual dos géneros adota mais comportamentos que promovem o envelhecimento ativo, verifica-se mediante a Tabela 15, relativa à atividade ocupacional, que ambos os sexos adotam comportamentos promotores de envelhecimento ativo, porém verifica-se que estes comportamentos são mais frequentes entre o género feminino ( $n=34$ ) quando comparado com o género masculino ( $n=26$ ), nomeadamente fazer bordados ( $n=11$ ; 35,7%), voluntariado ( $n=7$ ; 21,4%), tarefas domésticas ( $n=5$ ; 14,3%), passear ( $n=4$ ; 10,7%), higiene pessoal ( $n=3$ ; 7,1%) e convívio no centro ( $n=1$ ; 3,6%).

**Tabela 15: Diferenças entre géneros nos comportamentos que promovem o envelhecimento ativo**

		<i>Atividade ocupacional</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Masculino</b>	Passear	2	8,7
	Higiene pessoal	1	4,3
	Voluntariado	4	13,0
	Trabalhos manuais	10	39,1
	Tarefas domésticas	2	8,7
	Música	5	17,4
	Ginástica	1	4,3
	Informática	1	4,3
	<i>Total</i>	26	100
<b>Feminino</b>	Convívio no centro	1	3,6
	Bordados	11	35,7
	Passear	4	10,7
	Higiene pessoal	3	7,1
	Voluntariado	7	21,4
	Trabalhos manuais	3	7,1
	Tarefas domésticas	5	14,3
<i>Total</i>	34	100	

Tendo em consideração os comportamentos relacionados com o exercício físico, que promovem o envelhecimento ativo, os resultados evidenciados na Tabela 16 indicam, uma vez mais, que a frequência é maior no género feminino ( $n=34$ ) quando comparado com o género masculino ( $n=26$ ). A maioria dos sujeitos femininos pratica

caminhadas ( $n=23$ ; 68%), logo seguida da ginástica ( $n=8$ ; 24%) e a dança ( $n=3$ ; 8%). Desta forma, pode-se concluir que o género feminino, na globalidade, é o género que adota mais comportamentos, quer relacionados com atividades ocupacionais quer relacionados com o exercício físico, que promovem o envelhecimento ativo.

**Tabela 16: Diferenças entre géneros nos comportamentos que promovem o envelhecimento ativo**

		<i>Exercício Físico</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Masculino</b>	Ginástica	6	22,2
	Caminhadas	9	33,3
	Dança	1	5,6
	Futebol	1	5,6
	Natação	1	5,6
	Andar de bicicleta	8	27,8
	<i>Total</i>	26	100
<b>Feminino</b>	Ginástica	8	24
	Caminhadas	23	68
	Dança	3	8
	<i>Total</i>	34	100

## 2.5. Caracterização da qualidade de vida e do bem-estar

As linhas que se seguem pretendem dar resposta ao objetivo 3, delineado no presente estudo - *analisar se os idosos do concelho de Viseu consideram ter um envelhecimento com qualidade de vida*. Neste sentido, irão ser analisados os resultados alusivos à escala ESYcare, com o intuito de se perceber se os idosos consideram ter um envelhecimento com qualidade de vida e bem-estar.

A Tabela 17 indica os resultados relativos à avaliação da incapacidade física dos idosos. Verifica-se que a maioria dos sujeitos afirma que vê bem ( $n=69$ ; 66,7%), ouve bem ( $n=68$ ; 65,3%), não tem qualquer dificuldade em mastigar a comida ( $n=79$ ; 76,4%) e não sentem que as pessoas têm dificuldades em compreende-los, devido a problemas que tenham com a fala ( $n=82$ ; 79,2%).

**Tabela 17: Incapacidade física**

<i>Incapacidade Física</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Vê bem?</b>		
<b>Sim</b>	<b>69</b>	<b>66,7</b>
Com dificuldades	32	30,6
Não consegue ver nada	3	2,8
<i>Total</i>	104	100
<b>Ouve bem?</b>		
<b>Sim</b>	<b>68</b>	<b>65,3</b>
Com dificuldades	30	29,2
Não consegue ouvir nada	6	5,6
<i>Total</i>	104	100
<b>Tem dificuldades em mastigar a comida?</b>		
<b>Sem dificuldade</b>	<b>79</b>	<b>76,4</b>
Alguma dificuldade	23	22,2
Incapaz de comer	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Sente que as pessoas têm dificuldades em compreendê-lo, devido a problemas que possa ter com a fala?</b>		
<b>Sem dificuldade</b>	<b>82</b>	<b>79,2</b>
Dificuldade com algumas pessoas	19	18,1
Dificuldade considerável com toda a gente	3	2,8
<i>Total</i>	104	100

Relativamente à leitura e análise da Tabela 18, verifica-se que os idosos consideram, na sua maioria, que a sua saúde é razoável ( $n=42$ ; 40,3%), bem como a sua habitação ( $n=33$ ; 31,9%). No que se refere à questão que pretende averiguar se os idosos se sentem sozinhos, é possível constatar que 34,7% ( $n=36$ ) responde nunca, não obstante, sublinha-se que da totalidade da amostra doze (11,1%) indivíduos afirmou que se sentem sempre sozinhos.

**Tabela 18: Qualidade de vida percebida pelo sujeito**

<i>Qualidade de vida percebida pelo sujeito</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Considera que a sua saúde é:</b>		
Excelente	3	2,8
Muito boa	4	4,2
Boa	23	22,2
<b>Razoável</b>	<b>42</b>	<b>40,3</b>
Fraca	29	27,8
Não responde	3	2,8
<i>Total</i>	104	100
<b>Sente-se sozinho?</b>		
<b>Nunca</b>	<b>36</b>	<b>34,7</b>
Raramente	29	27,8
Algumas vezes	16	15,3
Frequentemente	6	5,6
Sempre	12	11,1
Não responde	6	5,6
<i>Total</i>	104	100
<b>Em geral sente que a sua habitação é:</b>		
Excelente	4	4,2
Muito boa	10	9,7
Boa	32	30,6
<b>Razoável</b>	<b>33</b>	<b>31,9</b>
Fraca	19	18,1
Não responde	6	5,6
<i>Total</i>	104	100

Os resultados evidenciados na Tabela 19 são indicadores da área funcional dos indivíduos em estudo. Assim, constata-se que a maioria consegue fazer o seu trabalho doméstico ( $n=49$ ; 47,2%), consegue preparar as suas próprias refeições ( $n=61$ ; 58,3%), consegue ir às compras ( $n=75$ ; 72,2%), consegue administrar o seu próprio dinheiro ( $n=87$ ; 83,3%), consegue usar o telefone ( $n=85$ ; 81,9%) e consegue tomar os seus medicamentos ( $n=75$ ; 75%) sozinhos e sem ajuda.

Não obstante, apesar da maioria dos idosos ainda terem bastante autonomia funcional, verifica-se que uma percentagem relativamente significativa necessita de alguma ajuda na realização das atividades domésticas ( $n=38$ ; 36,1%), na preparação das suas próprias refeições ( $n=23$ ; 22,2%), na realização de compras ( $n=13$ ; 13,9%) e na toma de medicamentos ( $n=19$ ; 18,1%).

Tabela 19: Área funcional

<i>Área funcional</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Consegue fazer o seu trabalho doméstico?</b>		
<b>Sem ajuda (limpar o chão, etc)</b>	<b>49</b>	<b>47,2</b>
Com alguma ajuda (faz trabalhos leves mas precisa de ajuda nos pesados)	38	36,1
Completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico	14	13,9
Não responde	3	2,8
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue preparar as suas próprias refeições?</b>		
<b>Sozinho</b>	<b>61</b>	<b>58,3</b>
Com alguma ajuda (preparar algumas coisas)	23	22,2
Completamente incapaz de preparar refeições	19	18,1
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue ir às compras?</b>		
<b>Sem ajuda</b>	<b>75</b>	<b>72,2</b>
Com alguma ajuda	13	12,5
Completamente incapaz de fazer qualquer compra	14	13,9
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue administrar o seu próprio dinheiro?</b>		
<b>Sem ajuda</b>	<b>87</b>	<b>83,3</b>
Com alguma ajuda	9	8,3
Completamente incapaz de administrar o seu próprio dinheiro	7	6,9
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue usar o telefone?</b>		
<b>Sem ajuda, incluindo procurar números e discar</b>	<b>85</b>	<b>81,9</b>
Com alguma ajuda	7	6,9
Completamente incapaz de usar o telefone	10	9,7
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue tomar os seus medicamentos?</b>		
<b>Sem ajuda (nas doses certas e nas horas indicadas)</b>	<b>78</b>	<b>75</b>
Com alguma ajuda (alguém preparar ou lembrar para tomar)	19	18,1
Completamente incapaz de tomar os medicamentos	6	5,6
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100

No que diz respeito à avaliação da mobilidade dos idosos, verifica-se mediante os resultados obtidos e evidenciados na Tabela 20 que a maioria consegue sair de casa e caminhar na rua ( $n=84$ ; 80,6%), consegue subir e descer escadas ( $n=78$ ; 75%) e consegue utilizar a sanita ( $n=91$ ; 87,5%).

Tabela 20: Mobilidade

<i>Mobilidade</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Consegue sair de casa e caminhar na rua?</b>		
<b>Sem ajuda</b>	<b>84</b>	<b>80,6</b>
Com alguma ajuda	10	9,7
Completamente incapaz de caminhar fora de casa	9	8,3
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue subir e descer escadas?</b>		
<b>Sem ajuda e sem qualquer apoio</b>	<b>78</b>	<b>75</b>
Com alguma ajuda	13	12,5
Completamente incapaz de subir e descer escadas	12	11,1
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue utilizar a sanita?</b>		
<b>Sem ajuda (chegar à sanita, despir o necessário, levantar-se e ir embora)</b>	<b>91</b>	<b>87,5</b>
Com alguma ajuda	7	6,9
Completamente incapaz de utilizar a sanita	4	4,2
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100

Tomando em consideração os cuidados pessoais, uma vez mais verifica-se que a maioria dos idosos não revela dificuldades no cuidado da sua aparência pessoal (pentear, barbear) ( $n=88$ ; 84,7%), consegue vestir-se sem ajuda ( $n=90$ ; 86,1%) e consegue alimentar-se também sem ajuda ( $n=90$ ; 86,1%) (Tabela 21).

Tabela 21: Cuidados pessoais

<i>Cuidados Pessoais</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Consegue cuidar da sua aparência pessoal (pentear, barbear)?</b>		
<b>Sem ajuda</b>	<b>88</b>	<b>84,7</b>
Com alguma ajuda	10	9,7
Completamente incapaz de cuidar da sua aparência pessoal	4	4,2
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue vestir-se?</b>		
<b>Sem ajuda (apertar botões, atacadores)</b>	<b>90</b>	<b>86,1</b>
Com alguma ajuda	9	8,3
Completamente incapaz	4	4,2
Não responde	1	1,4
<i>Total</i>	104	100
<b>Consegue alimentar-se?</b>		
<b>Sem ajuda</b>	<b>90</b>	<b>86,1</b>
Com ajuda (cortar alimentos)	10	9,7
Completamente incapaz de se alimentar	4	4,2
<i>Total</i>	104	100

Por último, dos resultados alcançados através da escala geriátrica de depressão é possível verificar-se que na generalidade e maioria os idosos sentem-se satisfeitos com a sua vida ( $n=49$ ; 45,8%), mas afirmam que têm medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer ( $n=42$ ; 36,1%).

Em jeito de conclusão e indo ao encontro com o objetivo em análise, conclui-se que os idosos em estudo se sentem felizes durante a maior parte do tempo ( $n=54$ ; 52,8%). Esta felicidade mencionada pelos idosos, bem como a funcionalidade que a maioria dos indivíduos afirma ter, indicam que têm uma vida com qualidade (Tabela 22).

**Tabela 22: Escala geriátrica de depressão**

<i>Escala geriátrica de depressão</i>			
		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Sente-se em geral satisfeito com a sua vida?	n	<b>49</b>	28
	%	<b>45,8</b>	16,7
Sente que a sua vida é vazia?	n	44	44
	%	38,9	38,9
Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer?	n	<b>42</b>	38
	%	<b>36,1</b>	30,6
Sente-se feliz durante a maior parte do tempo?	n	<b>54</b>	28
	%	<b>52,8</b>	16,7

## 2.6. Perceção do envelhecimento ativo

Da leitura e análise da Tabela 23, verifica-se que 50% ( $n=52$ ) dos indivíduos indicam que têm um envelhecimento ativo, pois leem, passeiam, convivem com os amigos ( $n=1$ ), porque nunca estão parados, arranjando sempre atividades para ocupar o tempo ( $n=7$ ), porque ajudam os filhos ( $n=1$ ), porque tomam conta dos bisnetos ( $n=1$ ), porque praticam desporto e viajam muito ( $n=1$ ) e porque ainda trabalham na agricultura ( $n=2$ ).

Tendo em conta os resultados, os indivíduos que mencionam que não têm um envelhecimento ativo justificam-no com as dificuldades e problemas de saúde.

**Tabela 23: Envelhecimento ativo**

<i>Envelhecimento ativo</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Considera que tem um envelhecimento ativo?</b>		
<b>Sim</b>	<b>52</b>	<b>50</b>
Não	40	38,9
Não responde	12	11,1
<i>Total</i>	104	100

A Tabela 24 exibe os resultados relativos aos fatores que limitam o envelhecimento ativo, pretendendo desta forma dar resposta ao 5º objetivo do estudo. Assim, para os idosos em estudo, os fatores que limitam o envelhecimento ativo prendem-se essencialmente com fatores ligados à saúde ( $n=58$ ; 55,6%). Contudo, os idosos mencionam outros fatores limitativos como: dinheiro ( $n=12$ ; 11,1%), falta de motivação e solidão ( $n=9$ ; 8,3%), falta de atividades/ocupação ( $n=7$ ; 6,9%), maus tratos ( $n=3$ ; 2,8%) e governo ( $n=3$ ; 2,8%).

**Tabela 24: Fatores que limitam o envelhecimento ativo**

<i>Fatores que limitam o envelhecimento ativo</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Na sua opinião quais os fatores que limitam o envelhecimento ativo?</b>		
Governo	3	2,8
<b>Saúde</b>	<b>58</b>	<b>55,6</b>
Dinheiro	12	11,1
Maus tratos	3	2,8
Falta de atividades/ocupação	7	6,9
Falta de motivação/solidão	9	8,3
Não responde	13	12,5
<i>Total</i>	104	100

O último objetivo a analisar pretende verificar se o concelho de Viseu proporciona condições favoráveis ao envelhecimento ativo. Assim, os resultados evidenciados na Tabela 25 revelam que apenas 23 (31,9%) sujeitos responderam a esta questão. Destes 23, 17 (23,6%) menciona que Viseu proporciona condições para um envelhecimento ativo. As justificações foram variadas dentro as quais se destacam as seguintes: Viseu tem condições porque tem muitas associações para os idosos se entreterem ( $n=1$ ), tem ginástica ( $n=1$ ), tem universidade sénior, muita cultura, ciclovias, desporto ao ar livre por pouco dinheiro ( $n=2$ ), tem diversos pontos de auxílio, fácil

acessibilidade, bom nível de vida e baixa criminalidade ( $n=1$ ) e tanto a câmara municipal como as instituições promovem atividades que estão relacionadas com os idosos ( $n=2$ ).

**Tabela 25: Viseu e condições de envelhecimento ativo**

<i>Condições de um envelhecimento ativo</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Acha que, Viseu proporciona à sua população condições de um envelhecimento ativo?</b>		
Sim	17	23,6
Não, tem poucas	6	8,3
Não responde	49	68,1
<i>Total</i>	72	100

## 2.7. Discussão dos resultados

Tendo presente a revisão bibliográfica e com base nos dados recolhidos, nomeadamente através do questionário, procurou-se refletir sobre o envelhecimento ativo em relação ao género, nomeadamente verificar se os idosos do concelho de Viseu têm acesso ao envelhecimento ativo e se não têm quais os motivos que os impedem, assim como, verificar se existem disparidades entre géneros.

Os resultados obtidos neste trabalho são exploratórios, uma vez que a metodologia utilizada não permite a sua generalização. No entanto, os resultados obtidos poderão servir para direcionar trabalhos futuros.

Assim sendo, procurou-se ter uma amostra homogénea visto que queríamos analisar questões de género e no que se refere à idade, verificamos que a média centra-se nos 74,8 anos. O envelhecimento populacional pode ser entendido como uma consequência bem-sucedida das políticas de saúde pública e do desenvolvimento socioeconómico, mas desafia a comunidade ao apresentar mudanças, visando a obtenção de melhores padrões de saúde e capacidade funcional dos idosos, assim como a criação de ambientes que garantam condições de participação social e segurança para este segmento populacional.

É notória a feminização do envelhecimento, uma vez, que regra geral, as mulheres vivem mais do que os homens em quase todas as áreas do mundo, beneficiando assim da vantagem da longevidade, acabam por estar mais expostas do que

os homens, as experiências de violência doméstica e a discriminação no acesso à educação, ao trabalho e aos cuidados de saúde.

Tendo em conta a variável relativa ao estado civil, verificou-se que metade dos idosos são casados/juntos, arriscamos a dizer que felizmente não é notória a ausência de apoio emocional nos idosos, embora tenhamos uma percentagem que indique a solidão como um fator limitador ao envelhecimento ativo.

No que diz respeito às habilitações literárias, os idosos de hoje ainda têm pouca instrução. O analfabetismo, a fraca escolarização e a iliteracia, o abandono precoce do mercado de trabalho e as baixas pensões que produzem elevados índices de pobreza entre as pessoas idosas, podem contribuir para a estruturação da avaliação social de grande parte da população idosa e a sua conseqüente discriminação.

Quanto à sua situação faces a questões de saúde, verifica-se que a maioria dos idosos tem médico de família e vão ao médico com bastante regularidade. Alguns idosos têm doenças crónicas, sendo a hipertensão arterial um dos maiores problemas de saúde que afeta os idosos, é um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular no idoso. No entanto é possível verificar que a maioria dos inquiridos não teve, recentemente, nenhuma doença aguda. Nesta área é extremamente importante a unanimidade de critérios e de ênfase na intervenção precoce das doenças, este aspeto levanta questões da multidisciplinidade das equipas de saúde e do tipo de cuidados continuados a promover. Quando se fala em envelhecimento, cada vez mais o envelhecimento ativo surge associado. A relação entre a saúde, bem-estar e qualidade de vida, é cada vez mais patente em diversos estudos já realizados sobre esta temática (Fontaine, 2000).

Não obstante, apesar da maioria dos idosos ainda terem bastante autonomia funcional, verifica-se que uma percentagem relativamente significativa necessita de alguma ajuda na realização das atividades domésticas na preparação das suas próprias refeições, na realização de compras, e na toma de medicamentos, ou seja precisam de uma ajuda em geral nas atividades da vida diária. Logo quando perguntamos quais os serviços utilizados para idosos, as respostas recaem nos de cariz de apoio social como o Serviço de Apoio Domiciliário e o Centro de Dia, modo a colmatar as lacunas existentes da sua falta de mobilidade ou autonomia para desenvolver as atividades da vida diária e por outro lado acabam por conviver ficando socialmente ativos.

No que diz respeito à atividade ocupacional, apesar do género feminino realizar mais atividades quando comparado com o género masculino, estas diferenças não são estatisticamente significativas pelo que se pode concluir que ambos os géneros têm o mesmo nível de envelhecimento ativo, quando analisado (o envelhecimento ativo) em função da realização de atividades ocupacionais. São vários os aspetos que podem determinar o envelhecimento ativo, dimensões económicas, sociais, pessoais, comportamentais, ambiente físico, entre outros (OMS, 2002).

No que diz respeito à proporção de idosos a praticarem exercício físico, é novamente o género feminino o que pratica mais exercício físico, mas conclui-se que esta diferença não é estatisticamente significativa e que ambos os géneros têm o mesmo nível de envelhecimento ativo. Os comportamentos relacionados com o exercício físico, que promovem o envelhecimento ativo, os resultados indicam, uma vez mais, que a frequência é maior no género feminino. Desta forma, pode-se concluir que o género feminino, na globalidade, é o género que adota mais comportamentos, quer relacionados com atividades ocupacionais quer relacionados com o exercício físico, que promovem o envelhecimento ativo.

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 atividade 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

Os resultados alcançados através da escala geriátrica de depressão é possível verificar-se que na generalidade e maioria os idosos sentem-se satisfeitos com a sua vida, mas afirmam que têm medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer. A visão veiculada pela ideia de envelhecimento ativo implica uma atitude pessoal de otimismo perante a vida. Tal como já foi referido anteriormente, os modelos de qualidade de vida e bem-estar vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controlo de competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si.

Podemos concluir que ambos os sexos têm um envelhecimento ativo, pois leem, passeiam, convivem com os amigos, porque nunca estão parados, arranjando sempre atividades para ocupar o tempo, porque ajudam os filhos porque tomam conta dos bisnetos porque praticam desporto e viajam muito e porque ainda trabalham na agricultura. Um dos grandes desafios para a sociedade envelhecida é a existência de idosos ativos, saudáveis e autónomos. Isto é verificável pelos resultados obtidos, os idosos ocupam cada vez mais os seus tempos livres. No entanto, cabe a cada um definir quais as atividades que melhor se adaptam e mais os motivam, para que envelheçam com satisfação. Não existe um padrão, depende dos vários fatores, incluindo o seu desenvolvimento pessoal.

Torna-se premente garantir a esta população um estilo de vida cada vez mais ativo, de forma a garantir o envelhecimento com qualidade.

Não existe um padrão universal de envelhecimento, as pessoas escolhem as atividades que mais as motivam e lhes permitem maior desenvolvimento pessoal, não existem formas melhores umas do que outras, tudo depende das condições moderadoras que variam de pessoa para pessoa.

A nossa amostra apontou como principais barreiras ao envelhecimento ativo a situação económica, pois a grande maioria considera a sua situação económica remediada e acrescentam, ainda, a saúde como um dos fatores que mais os preocupa.

Todos esperamos envelhecer e nesse processo, todas as pessoas querem ter uma vida ativa, produtiva, com qualidade e dignidade. Neste sentido, a existência de pobreza é um dos principais fatores de entrave ao envelhecimento ativo. Este ano foi marcado por um clima de crise económica e social que, segundo as previsões nacionais, irá manter-se para os anos que se seguem o que de certo modo leva a questionar a possibilidade de se desenvolver uma eficaz política de envelhecimento ativo em Portugal.

A solidão e a falta de convivência com amigos e/ou família também são fatores apontados pelos idosos como limitadores do envelhecimento ativo. Segundo a OMS (2002) o envelhecimento que ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, vizinhos e membros da família, é a razão pela qual a interdependência e a solidariedade entre gerações, são princípios importantes para o envelhecimento ativo. A qualidade de vida das pessoas depende não só dos riscos e oportunidades que experimentam ao longo da vida, mas também da maneira como as gerações posteriores oferecem ajuda e apoio mútuo, quando necessário

Dos resultados obtidos, alguns dos inquiridos da nossa amostra também associa o envelhecimento à idade da reforma, o facto de deixar de trabalhar. Ao nível das políticas sociais, era importante desconstruir esta marca da idade, implementando programas de preparação para a reforma, e ao mesmo tempo, um plano de vida que permitisse a passagem do “trabalho rentável” para o “trabalho social”. Assim, seria possível aos indivíduos com pouca atividade ocupacional, ou aqueles que apenas se dedicam às atividades domésticas, a realização de um “trabalho” com motivação, o voluntariado seria uma boa opção.

O último objetivo a analisar pretende verificar se o concelho de Viseu proporciona condições favoráveis ao envelhecimento ativo, pois bem, os resultados evidenciados indicam que o Concelho de Viseu proporciona condições para um envelhecimento ativo. As justificações foram variadas dentro as quais se destacam as seguintes: Viseu tem condições porque tem muitas associações para os idosos se entreterem, tem ginástica tem universidade sénior, muita cultura, ciclovias, desporto ao ar livre por pouco dinheiro tem diversos pontos de auxílio, fácil acessibilidade, bom nível de vida e baixa criminalidade e tanto a câmara municipal como as instituições promovem atividades que estão relacionadas com os idosos

Em jeito de conclusão e indo ao encontro com o objetivo em análise, conclui-se que os idosos em estudo se sentem felizes durante a maior parte do tempo. Esta felicidade mencionada pelos idosos, bem como a funcionalidade que a maioria dos indivíduos afirma ter, indicam que têm uma vida com qualidade.

**CONCLUSÃO**

Num panorama de envelhecimento demográfico, em Portugal e no mundo este é um facto, a população está a envelhecer e as previsões apontam para uma tendência mais acentuada no futuro, tendência, essa, que parece irreversível e que acarreta consequências a nível económico e social, daí que, importa capacitar as pessoas para que envelheçam de um modo saudável e com qualidade de vida. É neste contexto de envelhecimento populacional que surge este trabalho sobre o envelhecimento ativo em relação ao género no concelho de Viseu.

Perante este 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 ativos, ou seja, que participem nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas.

Todo o trabalho de construção teórica e empírica em volta do tema do envelhecimento ativo implicou um processo permanente de escolhas epistemológicas que, de forma mais ou menos coerente, conduzem o conjunto de ilações apresentadas nesta dissertação. Uma das primeiras aprendizagens neste processo, de definição de uma abordagem ideológica e metodológica, foi a tomada de consciência de que envelhecemos todos os dias e não só depois da reforma. Esta premissa, que à primeira vista parece elementar e de senso comum, na verdade, desafia teórica e metodologicamente toda a abordagem sobre o tema do envelhecimento ativo.

A incorporação da ideia de que o fenómeno do envelhecimento não é um processo que respeita a um determinado grupo da população, que se pudesse delimitar e, sobretudo, exteriorizar, permitiu uma aproximação, quase desconfortável, ao tema e à população que se ia entrevistar. Se envelhecemos desde o dia em que nascemos, então, as preocupações sobre as pessoas mais velhas dizem diretamente respeito a todos nós, não só porque partilhamos o mesmo espaço social, cultural e político, mas porque também nós ficamos mais velhos a cada dia que passa. Assim, não nos podemos distanciar da população em estudo, referindo-nos a “eles”, mas tendo necessariamente que remeter a “nós” este discurso e estas preocupações. Uma abordagem desta natureza foi, por isso, um desafio semântico, conceptual e pessoal que nos inquietou desde o início da investigação.

O fenómeno do envelhecimento obriga-nos a repensar o nosso sistema de valores e os modelos de organização social tendo em conta os contextos sociais, económicos e culturais, para adaptar as diferentes políticas do envelhecimento,

estabelecendo prioridades. Esse será o grande desafio para todos os profissionais das áreas sociais e de saúde, terão que planear serviços adequados para este novo público. Os idosos da próxima década poderão ser também menos tolerantes a respostas imediatas e massificadas, ou seja, terão uma maior exigência relativamente aos serviços e direitos. Exige-se mudança qualitativa na expressão dos direitos, contrariando uma cultura assistencialista que marcou o percurso sócio histórico português de pessoas mais velhas, emerge assim a necessidade duma cultura mais pró-ativa.

Independentemente das iniciativas públicas e privadas, a qualidade de vida da população idosa é um problema que, direta ou indiretamente, nos afeta a todos num ou noutro momento. Assim, é importante que as instâncias responsáveis pela implementação de políticas sociais se preparem para as transformações que começaram a ter lugar. Os apoios de tipo social que têm marcado as políticas na maior parte dos países, como os centros de dia e os apoios domiciliários, poderão deixar de ser a orientação essencial das políticas nas futuras gerações de idosos.

Através dos artigos pesquisados, podemos perceber que existem poucos trabalhos que caracterizam o envelhecimento em relação ao género. A maioria dos trabalhos refere-se ao envelhecimento entre homens e mulheres da mesma forma e não têm em consideração suas características específicas. Percebemos que o envelhecimento populacional é uma realidade vivida por toda a Europa e que a relação homem/mulher ainda apresenta diferenças, principalmente durante a velhice, onde essas questões se intensificam.

A abordagem do envelhecimento ativo proporciona uma base para o desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e globais sobre a população que está envelhecendo. Ao reunir os três pilares para a ação, de saúde, participação e segurança, oferece uma plataforma para uma construção consensual que abrange as preocupações de diversos setores e de todas as regiões. As propostas de políticas e as recomendações são de pouca utilidade, a não ser que ações subsequentes sejam implementadas.

Na verdade, este envelhecimento ativo não é para todos. Aqueles que apostaram em diversificar interesses ao longo de todo o curso de vida mostram-se mais predispostos a dar continuidade ou a recuperar os seus projetos pessoais, durante a sua velhice. Desta forma, não só se ocupam e estruturam os dias como, também, é possível realizarem conquistas pessoais e prosseguirem projetos.

A ampla difusão dos serviços e das ofertas culturais, desportivas, educativas e os apelos crescentes para que os mais velhos permaneçam ativos, física e

intelectualmente, aparentam uma crescente facilidade e popularidade no acesso a este modo de envelhecer. No entanto, para a concretização deste envelhecimento ativo, autônomo e compulsivo, é necessária a existência de uma predisposição para a diversificação de interesses, estimulada por um conjunto de oportunidades e de experiências adquiridas ao longo de todo o curso de vida. Esta tese corrobora, então, a ideia de que a atual noção de envelhecimento ativo, tal como tem sido desenhada pelas políticas sociais, nacionais e europeias, aplicada em medidas de intervenção social e difundida socialmente, não está acessível e nem interessa a toda a gente e é, muitas vezes, incompatível com as ocupações e com os valores investidos ao longo das trajetórias individuais.

Paralelamente, o gênero tornou-se uma profícua ferramenta de análise dos modos como sujeitos categorizam, definem e diferenciam suas experiências para além de regimes identitários que fixam a experiência de envelhecer em duas imagens dominantes – positivas ou negativas: velhice como um problema, vista negativamente; e o envelhecimento bem-sucedido, ethos configurado a partir de uma imagem mais positiva, em que os sujeitos que envelhecem são apresentados como saudáveis, joviais, engajados, produtivos e autoconfiantes.

Através do conceito de gênero procuramos compreender como os conteúdos das diferenças de gênero produzem olhares distintos ao processo de envelhecer para além de oposições que tendem a homogeneizar as experiências. Entendemos que a tecnologia de gênero, ao compor os diversos processos e práticas sociais e culturais através dos quais (en)gendram os sujeitos como homens e mulheres, constitui-se como produto e processo não só das representações e das formas como masculinidades e feminilidades podem ser experienciadas, mas também do próprio envelhecimento. Desse modo, considerando que existe uma multiplicidade de formas possíveis de envelhecimentos, propusemo-nos a investigar os significados produzidos pelas representações de velhice e envelhecimento sob olhares masculinos para compreender os sentidos atribuídos à experiência individual como distinta das imagens de decadência, “descartabilidade” ou inutilidade, comumente associadas à velhice.

Estando certas e de plena consciência que, este é apenas um dos muitos inícios dum longo percurso que almejamos percorrer, pensamos ter contribuído com mais um ponto nesta investigação deixando aqui abertura a caminhos futuros, ficando aqui um desafio aos profissionais do setor social no que concerne a novos programas e políticas ajustáveis a futuras gerações de idosos. O envelhecimento da população coloca-nos

perante desafios como: a mudança de estereótipos relativamente às pessoas de idade; novo horizonte social, novo horizonte económico, novo horizonte relativo ao ócio e tempo livre, entre muitos outros desafios.

A sociedade, em geral, tem um papel determinante no processo de envelhecimento ativo, na medida em que, enquanto esta não reconhecer e continuar a desperdiçar o potencial dos idosos (enquanto pessoas que podem ser ativas e produtivas), enquanto se continuar a alimentar estereótipos que impedem o aumento da participação socioeconómica do idoso, o envelhecimento ativo continuará a ser privilégio apenas de alguns. Desta forma, é necessário encontrar respostas científicas que expliquem o envelhecimento humano e fazer a sua translação para a prática através da criação de serviços inovadores para uma sociedade inclusiva e solidaria, onde o envelhecimento, não seja visto como um problema, mas uma conquista produtiva do ser humano.

De modo a finalizar, dar uma dimensão humana ao envelhecimento exigirá uma nova mentalidade, uma alteração de paradigma no encarar o fenómeno, no reconhecimento que afeta todos ao longo da vida e não um fenómeno que afeta as pessoas idosas. Parafraseando Alan Walker “ *um envelhecer permanecendo ativo, só pode ser entendido na perspetiva de uma vida inteira.*”

**REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

### **Bibliografia de fonte documental**

A.A.V.V. (1999) – “O Idoso: Problemas e Realidades”. Coimbra: Editora FORMASAU-Formação e Saúde Lda.

ALMEIDA, M. (2007) – “Envelhecimento: ativo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise”, in *Fórum Sociológico*, p. 17-24.

ALVES, J. F. e NOVO, R. F. (2005) – “Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal,” *Int. Clin Health Psychol*, vol.6, n.1, p. 65-77, 2005.

AMARAL, M. e Vicente, M. (2001). - *Grau de dependência nos idosos*. Nursing, Vol.13 p. 8-13.

AZEREDO, Z. (2011) – *O idoso como um todo*, 1ª ed. Viseu, Psicossoma.

BALTES, P. (2004) - “Lifespan psychology: from developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism”, in *Human Development*, p.123-144.

BELL, J. (2010) - *Como realizar um projecto de investigação*, 5ª Edição. Lisboa: Gradiva.

BERGER, L.; POIRIER, M. D. (1995) – “*Pessoas Idosas: uma abordagem global.*” Lisboa: Lusodidacta.

BERQUÓ, E. (1996) - *Considerações demográficas sobre a população idosa no Brasil*. Brasília: CNPD.

BIRMAN, J. (org.), (2002) - *Feminilidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

BIRREN, J.; Cunningham, W., (1985) - "Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory", in J. Birren e K. Shaie (Eds), *Handbook of The Psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold Company, N.Y., p.3-34.

BOWLING, A., & Dieppe, P. (2005) – “*What is successful ageing and who should define it?*” *The British Medical Journal*, p.1548-1551.

BOTELHO, M. A. S. (2000) - *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.

BRITTO DA MOTTA, A. (1999) - *As dimensões de género e classe social na análise do envelhecimento*. Cadernos Pagu, N. 13, Campinas: S. Paulo.

CAPUCHA, L. (2005) - "Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção: protecção contra o "risco de velhice": que risco?", in *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia* , Vol. 15, p.337 -347.

CARMO, H., FERREIRA, M. (2008) - *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*, 2ªed.. Lisboa: Universidade Aberta.

CARVALHO, M. J. (2003) – “A actividade física na terceira idade e relações intergeracionais” in: *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, p.71 - 72.

CARVALHO, J. (2010) – “Envelhecimento Activo: recomendações para a prática de exercício físico” In *Desporto e Educação Física em Português*. Jorge Olímpio Bento, Go Tani, António Prista (Eds.), Edições FADEUP. p. 294-307.

CARVALHO F. (2012) - *Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.

CERQUEIRA, M. M. (2010) - *Imagens do Envelhecimento e da Velhice: Um estudo na população portuguesa*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Dissertação de Doutoramento.

CORDEIRO, M.P. (1999) – *O idoso: problemas e realidades*, 1ª ed, Coimbra: Sinais Vitais.

COUTINHO, C. (2011) - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Almedina

DIAS, M. O. (2010) – *Planos de Investigação - Avançando passo a passo*. Santa Maria da Feira, tipografia Rainho & Neves, Lda: Editora.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

FERNANDES, A. A. (1999) – “Velhice e Sociedade: alterações nos calendários demográficos e políticas sociais”, in *V Cursos internacionais de Verão de Cascais – A Família*, 4º Vol. Cascais: s/Ed., p. 21-59.

FERNANDES, A. A. (2001) - "Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, *Sociologia*, nº36, Lisboa: CIES-ISCTE / CELTA, p.39-52.

FERNÁNDEZ- BALLESTEROS, *et. al.* (org), (1999) – “La Felicidad” in *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, p.189-205.

FERNÁNDEZ-BALLERSTEROS, R. (2006) - *Geropsychology: na applied field for the 21<sup>st</sup> Century* . *Eropean Phychologist*, p. 312-324.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2009). - *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. *et al.* (2011) – “Productivity in old age”, in *Research on Aging*, p.205-226 .

FONTAINE, R. (2000) - *Psicologia do envelhecimento*, Lisboa: Climepsi Editores, p.21.

FONSECA, A. M. (2005) - *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

FONSECA, A. M. (2005) - “O envelhecimento bem-sucedido” in Constança Paúl e António M. Fonseca, (coords.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa: Climepsi Editores, p. 281-309.

FONSECA, A. M. (2006) - *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

FORTIN, M. F. (1999) - *O processo de investigação- Da concepção à realização*, Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas Lda.

FORTIN, M. F. (2009) - *Fundamentos e etapas de investigação*, Loures: Lusodidacta

FREIRE, S. A. (2000) - “Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico”, in A. L. Neri & S. Freire (Eds.), - *E por falar em boa velhice*, Campinas: Papyrus. p.21-31.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. (2002) - “Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global”. In: *FREITAS, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 610-617

GOODFELLOW, S. (1996) - *Gendered Neutral? Medical Representations of Senescent Sexuality*. Center for Ethics and Humanities for Life Sciences, Michigan State University,

GONCALVES, M. P.; TOMAZ, C; SANGOI, C. (2006) - *Considerações sobre envelhecimento, memória e atividade física*, Brasília. Editora Universa. p.108.

GOLDENBERG, M. (2008) - *Toda mulher é Meio Leila Diniz*. Rio de Janeiro: BestBolso.

GORMAN, M. (2000) – “Development and the rights of older people”, in J. Randel, T. German & D. Ewing, *The ageing and development report 1999: Poverty, independence and the world's older people*. Londres: Earthscan Publication.

GUIMARÃES, R. (2010) - *Envelhecer com qualidade, um capital social*, Lisboa: Coisas de ler.

GUIMARÃES, M. R. (2012) – *Envelhecer com qualidade: um capital de saúde*, Lisboa: Coisas de ler.

HELMAN, C. G. (2003) - *Cultura, Saúde & Doença*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed

HILL, M., HILL, A. (2002) - *Investigação por Questionário*, 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo.

INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY, (2006), p.65-77.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, (2002) - *Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

JACOB, L. (2007). - *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.

JACOB, L. (2008) – “Participação activa da população idosa na sociedade” in *Envelhecimento Activo*, Edição Janeiro-Julho, REPN

JACOB, L. & FERNANDES, H. (2011) - *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Porto: RUTIS.

JUNG, C. G. (1933) - *Modern man in search of a Soul*. New York: Harcourt, Brace.

KORIN, D. (2001) - *Novas perspectivas de género em saúde. Adolescência Latinoamericana*. V.2 n.2. Porto Alegre mar.

LAY, M. & REIS, A. (2005) - *Análise quantitativa na área de estudos ambiente-comportamento*. Ambiente Construído, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio Grande. p. 21-36

LAZARUS, R.; FOLKMAN, (1984) - *Susan. Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer

LAZARUS, R. (1998) – “Coping with aging. Individuality as a key to understanding”. in I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg P. Fromhhoh (EDS) *Clinical geropsychology* , Washington: American Psychological Association, p.109-127.

LOURO, G. L. (2008) - *Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas*. London: Pró-Posições.

MAROCO, J. (2003) - *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

MARTIN, E. (2006) - *A mulher no corpo – Uma análise cultural da reprodução*, Rio de Janeiro: Garamond.

MARTINS DE SÁ, J. L. (1999) – “Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos”, in: *NERI, A. L.; DEBERT, G. (orgs.) Velhice e sociedade. Campinas, São Paulo: Papirus. p. 223-232.*

MARTINS, R. M. L. (2004) - *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*, Dissertação de Doutoramento, Universidade da Extremadura.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2004) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Direcção-Geral da Saúde.

MISHARA, B. L. & RIEDEL, R. G. (1994) - *Le Vieillissement.*, 3<sup>a</sup> ed., Paris: Presses Universitaires de France.

MOTTA, A.B. (2002) – “Envelhecimento e sentimento do corpo”, in: MINAYO, M.C. COIMBRA JR., C. (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.37-50.

MTSS (2007) - *Estratégia Nacional de Envelhecimento Activo*, Lisboa: MTSS.

NEGREIROS, T.C.G.M. (2004) - *Sexualidade e gênero no envelhecimento*. ALCEU, v.5, n.9, p.77-86

NERI, A. L. (2001). – “Velhice e qualidade de vida na Mulher”, in A. L. Neri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, São Paulo: Papirus, p.161-200.

NERI, R. (2002) - “O encontro entre a psicanálise e o feminino-singularidade/diferença”, in: Birman, J. (org.). *Feminilidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

NOGUEIRA, C. (2004) – “Ter ou fazer o gênero: o dilema das opções metodológicas na psicologia social”. In GUARESCHI, (Org.) - *Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 249-184.

NOVO, R.F. (2003) - *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, p. 71-95.

OLIVEIRA, J. (2005) - *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) - *Active Ageing, A Policy Framework*. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf), consultado a 5 de dezembro de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (2005) - *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (2005) – *Uma boa saúde, para um envelhecimento mais saudável*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2009) - *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original em Inglês publicado em 2007)

OSÓRIO, A. R., PINTO, F.C. (coordenação), (2007) – *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*, Lisboa: Instituto Piaget.

Parente MAMP, et al. (2006) - *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.

PASCHOAL, S. (2002) - “Qualidade de Vida na velhice”, in Freitas, *et.al.* (Eds.), - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, p. 79-84.

PASCHOAL, S. (2002) – “Autonomia e Independência.” In: *Gerontologia: A velhice e redes suporte social*. Revista Sociologia, 15, 275-287, 2005. São Paulo: Atheneu, p. 313-323

PAÚL, C. (2005) – “Os Idosos no Futuro”, in *Revista Pretextos* nº 20, Edição do Instituto da Segurança social, I.P, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, p. 16-17.

PAÚL, C. e FONSECA, A. M. (2005) - *Envelhecer em Portugal*, Manuais Universitários nº 42, Lisboa: Climepsi Editores, p. 75-95.

PAÚL, C. (2010) – “Envelhecimento ativo”, in *Actas da Conferência Internacional Sobre Envelhecimento*, Livro de Atas, Fundação D. Peddro.

PAÚL, C., & RIBEIRO, O., (2012) - *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*- Lisboa: Lidel.

PLANO GERONTOLÓGICO DA RAM: *Viver mais, Viver melhor* -2009-2013, Sem data.

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

QUIVY, R; CAMPENHOLDT, L. V. (2003) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais- Trajectos*, 3ª ed, Lisboa: Gradiva.

QUIVY, R., & CAMPENHOUTD, L. V. (2008) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5 ed.). Lisboa: Gradiva.

ROHDEN, F. (2008) - *O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos*. História e Ciências da Saúde - Manguinhos, v.15, supl., p.133-52.

ROSA, M. J. V. (2012) - *Proteção Social: Novos desafios para a sustentabilidade social em Portugal*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

RAMOS, L. R. (2003) - *Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso*, São Paulo, *Cadernos de Saúde Pública*, vol 19, nº 3, Rio de Janeiro.

RASMUSSEN, S.A. and EISEN, J.L. (1997) - *Treatment strategies for refractory obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychiatry USA: Brown University School of Medicine

REAPN, (2009) – “Envelhecimento Activo, Mudar o presente para ganhar o futuro”, in *Redacção*, Nº8. Porto: REAPN

RIBEIRO, M.T. (2003) - *Da diversidade do feminino e do masculino à singularidade do casal*. Dissertação de doutoramento (policopiada) em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

RIBEIRO, O., & PAÚL, C. (2012) – “Envelhecimento Activo,” in O. Ribeiro (coord.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel, p. 310.

RODRIGUES CL. (2006) – “O papel do trabalho na construção da masculinidade”, in: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG, (orgs). *Masculin (idade) e velhice: entre um bom e mau envelhecer*, São Paulo: Vetor.

SAFFIOTI, H. (1992) – “Rearticulando Género e Classe Social”, in: COSTA, & BRUSCHINI, C.a (org.). - *Uma questão de género*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, Fundação Carlos Chagas, p. 183 -215.

SANTOS, S. R.,*et.al.* (2002). – “Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan”, in *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 757-764.

SANTOS, A. F. A. (2008) - *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de licenciatura).

SCHOUTEN, M. (2011) - *Uma sociologia de género*, Famalicão Edições Húmus, LDA, p.156.

SEABRA, M. F. D.,(1995) - “Que idosos temos?” in *Geriatrics*, 8 (75), p. 22 -28.

SOUSA, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003) – “Qualidade de vida e bem -estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa”. *Revista Saúde Pública*, 364 – 371.

SORJ, B. (1992) – “O feminino na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade”, in: Costa, A. O. & Bruschini, C. (orgs.).*Uma questão de género*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

SPENCE, J. T. (1984) - *Masculinity, femininity and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research. Progress in Experimental Personality Research*, p. 1-96.

SPOSATI, A. (2007) - *A menina LOAS: um processo de construção da Assistência Social*. Cortez, São Paulo

SIMÕES, A. (2006) - *A nova velhice*. Lisboa: Ambar.

SILVA, I. [et al]. (2006) - *Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento*. Vol.10, nº1, Belo Horizonte. Revista Mineira de Enfermagem.

SILVA, S. M. (2009) - *Envelhecimento Activo: Trajectórias de vida e ocupações na reforma*. Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

SILVA, A. F. B. (2010) - *Envelhecimento Activo, Educação e Promoção da Saúde na População Idosa*. Braga: Instituto de Educação/Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado.

SILVEIRA, S. C., FARO, A. C. M. (2008) – “Contribuição da reabilitação na saúde e na qualidade de vida do idoso no Brasil”. Revista *Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento*. Porto Alegre, p. 55-62.

SOUSA, L.G. H. & FIGUEIREDO, D. (2003) – “Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa”, in *Revista Saúde Pública*, p.109, 364-371

SQUIRE, A. (2005) - *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática*. H. Godinho & J. Barros (trad.), Loures: Lusociência.

STREY, M. N. (2004) – *Gênero*, in: *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis: Vozes, 1999  
NEGREIROS, T.C.G.M. *Sexualidade e género no envelhecimento*. ALCEU, v.5, n.9, p.77-86

STUART-HAMILTON, I. (2002) - *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

WALKER, Alan (2008) - “Commentary: The emergence and application of active aging in Europe”, in *Journal of Aging & Social Policy*, p. 75-93.

WOODHILL, S. (2003) – “Positive and negative androgyny and their relationship with psychological health and well being”, in *Sex Roles*, p. 48, 555-565

VINAY, A. E. (2000) - *Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient.*, in *Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, p. 9-35.

VIVAN, A.; ARGIMON, I. (2008) - *Dificuldade funcional e coping em idosos*, n° 28, Santa Cruz do Sul: Barbarói.

ZIMERNAM, G. (2000) - *Velhice: Aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre,,: Artmed, p. 26-27.

### **Bibliografia de fonte computadorizada**

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DEMOGRAFIA, consultado a 2 de janeiro de 2013, disponível em [www.apdemografia.pt](http://www.apdemografia.pt)

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, consultado a 24 de novembro de 2012, disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

CARVALHO, M. J. (2006) – “A actividade física na terceira idade e relações intergeracionais”. in *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20 (5), 71-72, consultado a 7 de janeiro de 2013, disponível em <http://www.fara.edu.br/sipe/index.php/renefara/article/view/110/98>

CARVALHO, A. C. S. (2010) – *Influencia do Género no Envelhecimento*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, consultado a 5 de janeiro de 2013, disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50146/2/Influencia%20do%20Gnero%20no%20Envelhecimento.pdf>, consultado a 30 de março de 2013

COMISSÃO EUROPEIA, (2012) - *Concretizar o Plano de Execução Estratégica da Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável*. COM (2012) 83 final, *Brussels: European Commission*, consultado a 6 de fevereiro de 2013, disponível em [www.qren.pt/download.php?id=50](http://www.qren.pt/download.php?id=50),

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, consultado a 25 de fevereiro de 2013, disponível em <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>

DIVISÃO DE INFORMAÇÕES E RELAÇÕES EXTERNAS, (2011) – *Relatório sobre a situação da população mundial*, New York, UNFPA, consultado a 9 de dezembro de 2012, disponível em [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

FIGUEIRA, A. R. (2010) – *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosos*, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Tese de Mestrado, consultado a 1 de março de 2013 disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3755/1/Dissert%20Antero2010.pdf>

CARLOS, A.M.F. (2013) - *Freguesias de Portugal*, Caminha, consultado a 5 de janeiro de 2013, disponível em [www.freguesiasdeportugal.com](http://www.freguesiasdeportugal.com)

FRIEDRICH, S. L. (1996) - *Gender issues in mental health. Encyclopedia of mental disorders*, consultado a 15 de novembro de 2012, disponível em <http://www.minddisorders.com/index.html>, consultado a 15 de novembro de 2012

GOVERNO DE PORTUGAL - *Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre gerações 2012*, consultado a 3 de fevereiro de 2013, disponível em [europa.eu/ey2012 /ajax/BlobServlet?docId=7343&langId=pt](http://europa.eu/ey2012/ajax/BlobServlet?docId=7343&langId=pt),

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – “Projeções de População Residente em Portugal” – 2000-2050, in *Destaque: Informação à Comunidade Social*, 12 de Junho de 2003, consultado a 27 de janeiro de 2013, disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

MARTINS, R. M. L. – “Envelhecimento e Políticas Sociais”, in *Revista Milenium*, p 127-128, disponível em: [www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf), consultado a 02 de janeiro de 2013.

PORDATA, última atualização a 2013-01-07, consultado a 26 de janeiro de 2013 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418>

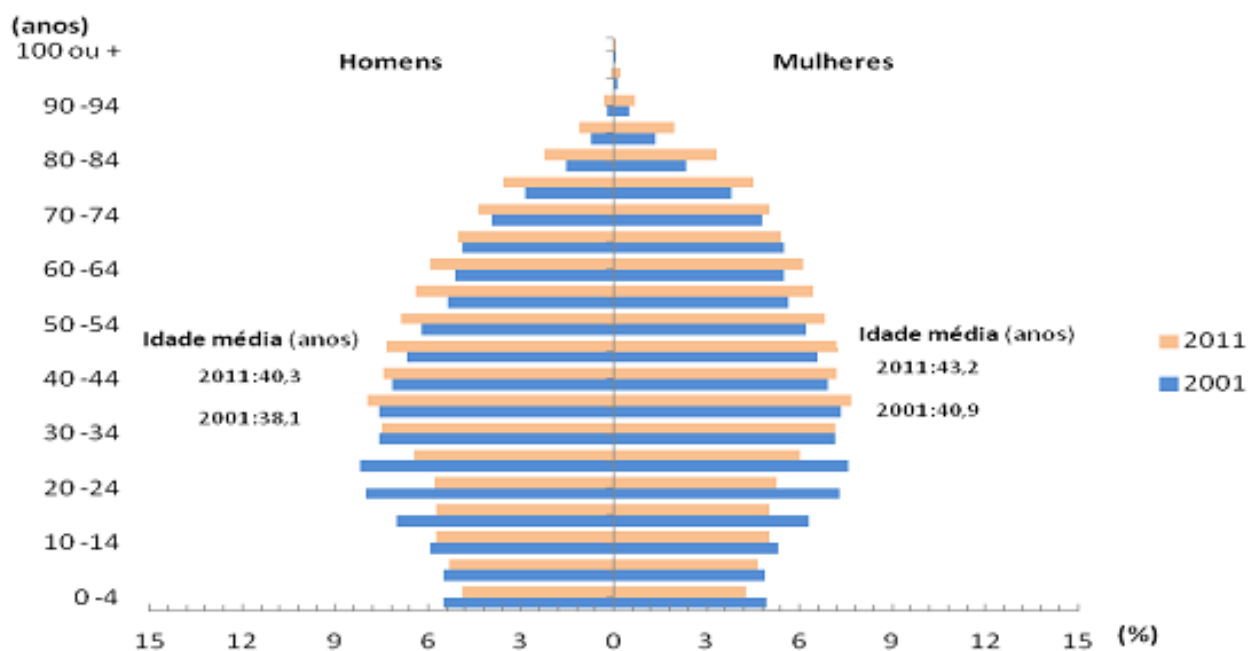
PORTAL DA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, consultado a 28 de janeiro de 2013, disponível em [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

W.H.O. (2002) - *Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde*, 1ª edição, p.62, consultado a 15 de fevereiro de 2013, disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

# **ANEXOS**

Anexo 1

Pirâmide etária comparativa da população residente, 2001 e 2011



Fonte: Censos 2011, INE

## Anexo II

### Nota de apresentação

O meu nome é Olga Pina, aluna da Universidade Católica das Beiras. Para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, é necessário desenvolver uma dissertação que se intitula “*Envelhecimento ativo em relação ao género*”.

Este questionário será utilizado apenas para efeito de investigação, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade dos dados.

O estudo tem como objetivos verificar se os idosos do concelho de Viseu têm acesso ao envelhecimento ativo e se não têm quais os motivos que os impedem, assim como, verificar se existe disparidades entre géneros.

Em média, o tempo gasto no preenchimento deste questionário é de 15 minutos. Por favor, não deixe nenhuma questão por responder.

Agradeço a sua colaboração.

A entrevistadora

---

(Olga Pina)

## Anexo II

Universidade Católica Portuguesa  
Centro Regional das Beiras  
Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais



### QUESTIONÁRIO

#### I. Caracterização demográfica e social

1. **Género**                      Masculino                                            Feminino
2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos
3. **Estado civil**
- |          |                          |                     |                          |
|----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Solteiro | <input type="checkbox"/> | Casado/Junto        | <input type="checkbox"/> |
| Viúvo    | <input type="checkbox"/> | Divorciado/Separado | <input type="checkbox"/> |
4. **Habilitações literárias**
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Nunca frequentou a escola                                 | <input type="checkbox"/> |
| 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)                        | <input type="checkbox"/> |
| 2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano)                   | <input type="checkbox"/> |
| 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)                        | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Secundário (antigo ensino Industrial ou comercial) | <input type="checkbox"/> |
| Ensino Superior (Bacharelato ou Licenciatura)             | <input type="checkbox"/> |
| Outro   | <input type="checkbox"/> |
5. **Acha que a sua situação económica atual é:**
- |           |                          |     |                          |
|-----------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Muito boa | <input type="checkbox"/> | Boa | <input type="checkbox"/> |
| Remediada | <input type="checkbox"/> | Má  | <input type="checkbox"/> |
6. **Com quem vive habitualmente:**
- |    |                          |
|----|--------------------------|
| Só | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|

Cônjuge/companheiro   
 Filhos   
 Outro  Qual? \_\_\_\_\_

7. **Tem médico de família?** Sim  Não

**8.1. Se sim, com que frequência vai ao médico?** \_\_\_\_\_

8. **Tem doença crónica relacionada com:**

Doença do coração	<input type="checkbox"/>	Doença circulatória	<input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Aparelho locutor	<input type="checkbox"/>
Aparelho respiratório	<input type="checkbox"/>	Sistema nervoso	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual	_____

9. **Teve alguma doença aguda recentemente?** Sim  Não

**9.1 Se sim qual?** \_\_\_\_\_

10. **Utiliza serviços de:**

Apoio domiciliário	<input type="checkbox"/>	Centro de convívio	<input type="checkbox"/>
Universidade sénior	<input type="checkbox"/>	Centro de dia	<input type="checkbox"/>
Nenhum	<input type="checkbox"/>		
Outro	<input type="checkbox"/>	Qual	_____

## II. Envelhecimento ativo pela atividade ocupacional

1. **Habitualmente pratica alguma atividade ocupacional?** Sim  Não

**1.1. Se sim, com que frequência?**

Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Duas vezes por semana	<input type="checkbox"/>
Três vezes por semana	<input type="checkbox"/>
Mais de três vezes por semana	<input type="checkbox"/>

**2. Que tipo de atividade ocupacional pratica?**

---

---

**III. Envelhecimento ativo pelo exercício físico**

- 1. Habitualmente pratica algum exercício físico?** Sim  Não

**1.1 Se sim, com que frequência?**

- Uma vez por semana
- Duas vezes por semana
- Três vezes por semana
- Mais de três vezes por semana

- 2. Que tipo de exercício pratica?**

---

---

**IV. Caracterização da qualidade de vida e do bem-estar.**

**Incapacidade física**

- 1. Vê bem?** (Se usar óculos, com eles colocados)

Sim  Com dificuldades  Não consegue ver nada

- 2. Ouve bem?** (Se usar aparelho, com ele colocado)

Sim  Com dificuldades  Não consegue ouvir nada

- 3. Tem dificuldade em mastigar a comida?** (Se usar dentadura, com ela colocada)

Sem dificuldade  Alguma dificuldade  Incapaz de comer

- 4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo, devido a problemas que possa ter com a fala?**

Sem dificuldade  Dificuldade com algumas pessoas

Dificuldade considerável com todas as pessoas

**Qualidade de vida percebida pelo sujeito**

**1. Considera que a sua saúde é...**

Excelente	<input type="checkbox"/>	Muito boa	<input type="checkbox"/>
Boa	<input type="checkbox"/>	Razoável	<input type="checkbox"/>
Fraca	<input type="checkbox"/>		

**2. Sente-se sozinho?**

Nunca	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>	Frequentemente	<input type="checkbox"/>
Sempre	<input type="checkbox"/>		

**3. Em geral, diria que a sua habitação é....**

Excelente	<input type="checkbox"/>	Muito boa	<input type="checkbox"/>
Boa	<input type="checkbox"/>	Razoável	<input type="checkbox"/>
Fraca	<input type="checkbox"/>		

**Área funcional**

**1. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?**

Sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Incapaz de fazer qualquer trabalho doméstica	<input type="checkbox"/>

**2. Consegue preparar as suas próprias refeições?**

Sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Incapaz de preparar refeições	<input type="checkbox"/>

**3. Consegue ir às compras?**

Sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Completamente incapaz de fazer qualquer compra	<input type="checkbox"/>

**4. Consegue administrar o seu próprio dinheiro?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de administrar o seu dinheiro

**5. Consegue utilizar o telefone?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de usar o telefone

**6. Consegue tomar os seus medicamentos?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de tomar os seus medicamentos

**Mobilidade**

**1. Consegue sair de casa e caminhar na rua?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de andar fora de casa

**2. Consegue subir e descer escadas?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de subir e descer escadas

**3. Consegue utilizar a sanita?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de utilizar a sanita

### Cuidados pessoais

**1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de cuidar da sua aparência pessoal

**2. Consegue vestir-se?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de se vestir

**3. Consegue alimentar-se?**

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de se alimentar

### Escala Geriátrica de depressão

- 1. Sente-se em geral satisfeito com a sua vida?** Sim  Não
- 2. Sente que a sua vida é vazia?** Sim  Não
- 3. Tem medo que alguma coisa má lhe vá acontecer?** Sim  Não
- 4. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo?** Sim  Não

### V. Perceção do Envelhecimento Ativo

**1. Considera que tem um envelhecimento ativo?**

---

---

---

**2. Na sua opinião, quais são os fatores que limitam o envelhecimento ativo?**

---

---

---

**3. Acha que, Viseu proporciona à sua população condições de um envelhecimento ativo? Justifique.**

---

---

---

**Obrigada pela sua colaboração!**