



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Adriana da Costa Montenegro

Envelhecimento Bem-Sucedido e Participação Social:

Um estudo exploratório sobre iniciativas de base comunitária

Curso de Mestrado
Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob orientação de
Professora Doutora Alice Bastos
Professor Doutor José Miguel Veiga

Novembro, 2017

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alice Bastos estou grata por todo o apoio, pelo enorme conhecimento transmitido e pelo estímulo no interesse pelo envelhecimento e importância da investigação.

Ao Professor Doutor Miguel Veiga por ter abraçado este desafio desde o início, pela total disponibilidade e pelo conhecimento transmitido.

À Professora Doutora Raquel pelas palavras amigas e pela disponibilidade desde o começo.

À Professora Doutora Carla Faria pelo apoio de pesquisa inicial e conhecimento transmitido.

À Doutora Joana pela simpatia e total apoio desde que tomou conhecimento do estudo.

A todos os voluntários que participaram neste estudo e Instituições parceiras desta Escola. Só com (todos) eles é possível que o conhecimento avance neste domínio.

Às alunas do curso de Mestrado, Lara e Bernardete, que auxiliaram na recolha de dados e se mostraram sempre totalmente disponíveis.

À Marisa, à Alexandrina, à Ana Rita, à Rita, à Marta, pela ajuda e motivação, compreensão e companheirismo nesta caminhada tão partilhada.

À Marisa pela motivação constante e amizade de um tempo *maravilhoso*...um exemplo da máxima dedicação e persistência.

Às amigas de *sempre* pelo constante apoio, interesse e horas partilhadas.

Aos mais belos Seres daquela *Bila* e à motivação que Ontem aquele *Reino* trouxe para este Hoje.

À minha Mãe e ao meu Pai, os (meus e mais) únicos heróis que conheço. Nunca haverão gestos, palavras nem olhares capazes de transmitir o orgulho que sinto. Obrigada.

À minha Avó que reflete o envelhecimento da forma que nenhum livro é capaz de o fazer. Obrigada pelo carinho de uma vida.

Aos meus Avós e familiares que me apoiaram e mostraram interesse nesta etapa da minha vida.

Aos meus Pais

RESUMO

Contexto e objetivos do estudo. Nas últimas décadas, vários modelos de envelhecimento bem-sucedido (Baltes et al., 1990, 1999; Kahanna et al., 1996, 2005, 2012; Rowe & Kahn, 1987, 1998), contribuíram para esclarecer as relações em termos da qualidade de vida e bem-estar. Igualmente, observa-se a nível mundial uma preocupação generalizada com o fenómeno do envelhecimento. Organizações internacionais (OMS, 2002), têm chamado a atenção para a importância deste fenómeno no quadro envelhecimento ativo. Por seu turno a investigação, em particular revisões sistemáticas no domínio, têm vindo a reunir evidências sobre a relevância da participação social para o envelhecimento. Assim, estabelece-se como objetivos deste estudo: (1) descrever as características sociodemográficas dos participantes e quantificar o seu envolvimento social num dos projetos/iniciativas de base comunitária promovido pelo Município de Viana do Castelo; (2) analisar as relações entre participação social e bem-estar.

Método. Fazem parte deste estudo as pessoas com mais de 60 anos que frequentam um dos projetos/iniciativas da Câmara Municipal de Viana do Castelo - "Jardim PAM & Bem-Estar". Na recolha de dados utilizou-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (Ribeiro et al., 2012), Escala de Satisfação com a Vida (Neto et al., 1990), Escala de Bem-Estar Psicológico (Novo et al., 2004) e a WHOQOL-Old (Vilar et al., 2009). Foi ainda elaborado um questionário com o objetivo de proceder à caracterização sociodemográfica dos participantes e do envolvimento social.

Resultados. Relativamente à amostra (n=27), 81,5% são mulheres, com idades compreendidas entre os 61 e os 93 anos e com uma média de idades de 76,5 (dp=9,5), sendo que a maioria tem entre um a quatro anos de escolaridade (55,6%) e é viúva (44,4%). No que diz respeito à participação social e bem-estar, observou-se que a participação social está moderadamente correlacionada com os objetivos na vida ($r_s=0,480$; $p<0,05$) e crescimento pessoal ($r_s=0,501$; $p<0,01$). Além disso, a autonomia está moderadamente correlacionada com o domínio do meio ($r_s=0,407$; $p<0,05$) e objetivos na vida ($r_s=0,430$; $p<0,05$). Igualmente, a família/vida familiar está moderadamente correlacionada com o domínio do meio ($r_s=0,495$; $p<0,01$) e objetivos na vida ($r_s=0,415$; $p<0,05$). Por último, a intimidade está moderadamente correlacionada com o domínio do meio ($r_s=0,553$; $p<0,01$).

Conclusão. Considerando os resultados obtidos neste estudo exploratório, recomenda-se que nas políticas públicas haja a preocupação de, de modo sistemático e deliberado, implementar projetos de base comunitária dirigidos à população, com vista a garantir a qualidade de vida e bem-estar.

Palavras-Chave: Envelhecimento bem-sucedido; participação social; bem-estar; iniciativas comunitárias; Gerontologia Social.

Novembro, 2017

ABSTRACT

Context and objectives. In the previous decades, several theoretical models focused on successful aging (Baltes et al., 1990, 1999; Kahanna et al., 1996, 2005, 2012; Rowe & Kahn, 1987, 1998), contributed to enlighten correlations in terms of quality of life and well-being. Similarly, throughout the world, there is a general concern regarding the aging phenomenon. International organizations (OMS, 2002) have been raising awareness towards the relevance this phenomenon assumes in the active aging framework. In turn, research, in particular systematic literature reviews in the field, has been gathering evidence concerning the relevance that social participation has in the process of aging. Thus, this research study encompasses the following goals: (1) describe the sociodemographic characteristics of the participants and quantify their social involvement in one of the community-based projects/initiatives promoted by the municipality of Viana do Castelo; (2) analyse the correlations between social participation and well-being.

Method. The participants of this study are individuals aged 60 years old and over that attend one of the projects/initiatives promoted by the City Council of Viana do Castelo – “*Jardim PAM & Bem-Estar*”. Data collection was performed with the Portuguese versions of the abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6) (Ribeiro et al., 2012), the Satisfaction With Life Scale (Neto et al., 2009), the Scales of Psychological Well-Being (Novo et al., 2004) and the WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2009). Furthermore, the researchers constructed a questionnaire with the purpose of performing the characterization of participants in terms of sociodemographic aspects and social involvement.

Results. With respect to the sample (n=27), 81,5% are women, with ages between 61 and 93 years old and a mean age of 76,5 (dp=9,5), with the majority of the participants having from one to four years of education (55,6%) and being a widower (44,4%). Regarding social participation and well-being, it was observed that social participation is moderately correlated with purpose in life ($r_s=0,480$; $p<0,05$) and personal growth ($r_s=0,501$; $p<0,01$). Furthermore, autonomy is moderately correlated with environmental mastery ($r_s=0,407$; $p<0,05$) and purpose in life ($r_s=0,430$; $p<0,05$). Likewise, family/family life is moderately correlated with environmental mastery ($r_s=0,495$; $p<0,01$) and purpose in life ($r_s=0,415$; $p<0,05$). Finally, intimacy is moderately correlated with environmental mastery ($r_s=0,553$; $p<0,01$).

Conclusion. Considering the results obtained in this exploratory study, it is recommended that public policies exhibit the concern to, systematically and deliberately, implement community-based projects targeting the population, in order to assure quality of life and well-being.

Keywords: Successful aging; social participation; well-being; community initiatives; Social Gerontology.

November, 2017

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	7
1. O Fenómeno do Envelhecimento Humano: o triunfo da longevidade	9
1.1. Envelhecimento: algumas razões para celebrar a longevidade	9
1.2. Envelhecimento Bem-Sucedido: o foco no “ <i>social engagement</i> ”	16
1.3. Envelhecimento ativo como quadro de referência político: o foco na participação social.....	27
2. A Investigação acerca da participação em atividades sociais	31
2.1. Da participação social ao “ <i>social engagement</i> ”	44
MÉTODO	53
1. Plano de Investigação e Participantes.....	55
2. Instrumentos de Recolha de Dados	56
3. Procedimentos da Recolha de Dados.....	59
4. Estratégias de Análise de Dados.....	61
RESULTADOS	63
1 Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	65
2 Descrição sobre o envolvimento nas atividades sociais.....	67
2.1. Participação em atividades promovidas pelo município	67
2.2. Participação em outras atividades	68
2.3. Outros determinantes da participação em atividades.....	70
4. Análise comparada das dimensões do envelhecime	87
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes	66
Tabela 2. Dimensões individuais da LSN6-6 segundo grupo etário	74
Tabela 3. Funcionamento Interpessoal segundo grupo etário	75
Tabela 4. Teste de Mann-Whitney para as relações interpessoais entre grupos etários.....	76
Tabela 5. Teste de Mann-Whitney para as relações interpessoais entre 2 grupos de escolaridade diferentes.....	76
Tabela 6. Teste de Kruskal-Wallis das relações interpessoais para a variável estado civil	76
Tabela 7. Satisfação com a vida por grupos etários.....	77
Tabela 8. Teste de Mann-Whitney da satisfação com a vida para as variáveis em estudo grupos etários e escolaridade	78
Tabela 9. Teste de Kruskal-Wallis da satisfação com a vida para a variável em estudo estado civil	78
Tabela 10. Dimensões da EBEP por grupos etários.....	79
Tabela 11. Teste de Mann-Whitney para as dimensões da EBEP entre grupos etários	80
Tabela 12. Teste de Mann-Whitney para 2 grupos independentes entre as dimensões da EBEP e a variável em estudo Escolaridade	80
Tabela 13. Teste de Kruskal-Wallis entre os grupos da variável estado civil para cada uma das dimensões da EBEP	81
Tabela 14. Facetas da QdV segundo grupos de idade	82
Tabela 15. Teste de Mann-Whitney para comparar as facetas da QdV entre 2 grupos etários. 83	
Tabela 16. Teste Mann-Whitney para comparar as facetas da QdV entre 2 grupos de escolaridade	84
Tabela 17. Teste de Kruskal-Wallis para testar as facetas da QdV entre os grupos da variável estado civil.....	85
Tabela 18. Comparação múltipla entre as médias dos grupos de conjugalidade para as facetas da QdV Atividades passadas, presentes e futuras, Morte e Morrer, e Intimidade	86
Tabela 19. Valores para a correlação de Spearman entre as facetas da QdV e as dimensões da EBEP.....	87

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Participação nas Atividades da Câmara Municipal, em percentagem	67
Gráfico 2. Participação em atividades da Freguesia	68
Gráfico 3. Atividades preferidas mencionadas, em percentagens	69
Gráfico 4. Importância das atividades na Vida.....	70
Gráfico 5. Que dificuldades impediram a realização de alguma(s) atividade(s)?	70
Gráfico 6. Participação em grupos ou associações ao longo da Vida	71
Gráfico 7. Participação em atividade(s) nova(s).....	72
Gráfico 8. Novas amizades após reforma através da participação em atividades	73

Índice de Quadros

Quadro 1. Assiduidade na participação da atividade “ <i>Jardim PAM & Bem-Estar</i> ”	55
--	----

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda o envelhecimento bem-sucedido e a participação social dos mais velhos em iniciativas de intervenção autárquica. O termo envelhecimento bem-sucedido (EBS), nas últimas décadas, tem sido utilizado em sentidos diversos, partilhando todavia de uma visão positiva do envelhecimento. Já a participação social tem sido associada, em alguns modelos de envelhecimento bem-sucedido, ao envolvimento em atividades significativas e ao relacionamento com os outros.

O fenómeno do envelhecimento da população observa-se à escala mundial (OMS, 2002; Rowland, 2009; Sowers & Rowe, 2007). Segundo uma estimativa das Nações Unidas, o número de pessoas com 60 e mais anos de idade será largamente duplicado, dos 841 milhões de pessoas, no ano de 2013, para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 ou mais anos de idade poderá mais do que triplicar, chegando aos 392 milhões em 2050.

Em Portugal, a tendência para o envelhecimento da população tem-se vindo a observar nos últimos anos (Nazareth, 2010; Rosa, 2012). As circunstâncias sociais e económicas trazem consigo a diminuição de nascimentos e a emigração de muitos jovens em busca da entrada no mercado de trabalho.

Estamos perante a inversão das pirâmides etárias com o número de pessoas com 65 ou mais anos a ultrapassar o número de crianças e jovens até aos 15 anos. Este fenómeno foi designado por alguns autores como um momento de pós-transição demográfica (Bandeira et al., 2014; Nazareth, 2010). Efetivamente, a conquista pela longevidade casa o reduzido número de crianças com o crescente número de idosos.

À data dos últimos Censos da população (2011), observou-se uma diminuição da percentagem de jovens (dos 16% em 2001 para os 15% em 2011) ao mesmo tempo que se assistiu a um grande aumento das pessoas com mais de 65 anos (dos 16% em 2001 para os 19% em 2011). No ano de 2000, pela primeira vez Portugal viu o seu número de pessoas mais velhas a ultrapassar o número de jovens. O índice de envelhecimento da população aumentou para 128 em 2011 (superior a 102 em 2001) e continuou a progredir para 141 em 2014. Simultaneamente, os avanços científicos, a par dos avanços tecnológicos, possibilitaram uma melhor qualidade de vida, nomeadamente na garantia de melhores cuidados médicos, permitindo que as pessoas comesçassem a viver durante mais tempo. Como resultado, também foi evidente o aumento do índice de longevidade, de 41 em 2001, para 48 em 2011 (INE, 2012; 2015). Assistimos, portanto, a uma evidente transformação da distribuição das características da população portuguesa (Bandeira et al., 2014).

Com efeito, o processo de envelhecimento humano tem sido foco de destaque generalizado. Sabemos que o envelhecimento é um processo contínuo, dinâmico e singular, um

processo cumulativo que se estende ao longo do ciclo de vida, estando dependente daquilo que foram as vivências e experiências prévias (Baltes, 1990; Paúl, 2012). É, por isso, um processo marcado pelo que fazemos ao longo da vida, determinando o modo como vivemos a velhice.

Efetivamente, o envelhecimento pode ser abordado em termos coletivos ou individuais (Rosa, 2012). De acordo com Rosa (2012), em termos coletivos pode ser abordado a nível demográfico ou societal. A nível individual pode ser analisado em termos cronológico ou biopsicológico. Porém, esta separação pode ser artificial uma vez que vários autores abordam o envelhecimento como processo bio-psico-social.

Nas últimas décadas, é possível identificar vários modelos de envelhecimento bem-sucedido a nível internacional. Com origem científica diferente, são três os principais modelos de envelhecimento bem-sucedido: (1) o modelo biomédico de Rowe e Kahn (1987, 1998) que defende que o EBS se caracteriza pela ausência de doença ou incapacidade, pelo elevado funcionamento físico e cognitivo e pelo envolvimento com a vida, sendo estes os três componentes básicos para alcançar o envelhecimento bem-sucedido; (2) o modelo da *Otimização Seletiva com Compensação* (SOC) de Baltes e colaboradores (1990, 1999), sublinha a plasticidade e a variabilidade interindividual, com ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida; e (3) o modelo de envelhecimento proativo de Kahanna e colaboradores (1996, 2005, 2012) aborda a adaptação bem-sucedida face ao que consideram ser os “*stressfull life events*”.

A nível mundial observa-se uma preocupação com o fenómeno generalizado do envelhecimento. Organizações internacionais, como a ONU, nas últimas décadas, têm chamado a atenção para este fenómeno e nas suas Assembleias, esta debruçou-se especificamente sobre o assunto. A segunda Assembleia da ONU traçou medidas específicas para que os países membros implementassem medidas para o envelhecimento ativo (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo é considerado por Fernández-Ballesteros (2009) um novo paradigma na visão do envelhecimento. De acordo com a OMS (2002), o envelhecimento ativo pode ser encarado como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança. Mais recentemente, a estes três pilares foi acrescentado um quarto - a aprendizagem ao longo da vida (ILC-Brasil, 2015). Com o objetivo primário de incluir os mais velhos na sua comunidade, pretende-se a participação numa plenitude do termo “ativo”, potenciando o envolvimento em experiências significativas, ao mesmo tempo que são promovidas relações sociais positivas.

Com efeito, a participação social é um dos aspetos nucleares do envelhecimento bem-sucedido, identificado explicitamente no modelo de Rowe e Kahn (1998) e no quadro de referência do envelhecimento ativo.

No entanto, a investigação sobre envelhecimento bem-sucedido e participação social está longe do consenso. Por exemplo, numa revisão sistemática efetuada por Levasseur, Richard, Gauvin e Raymond (2010) observa-se que o termo “participação social” tem sido usado em sentidos muitos distintos. Porém, a investigação sugere que a participação social não só permite a realização da pessoa no domínio individual, mas também no contributo conjunto para a sociedade, suscitando sobretudo as influências das escolhas e da identidade pessoal (Levasseur et al., 2010, 2015; Pinto & Neri, 2017). A participação dos mais velhos em atividades, amplamente ditas sociais, tem mostrado associações positivas e significativas com o bem-estar (Adams et al., 2011; Pinto & Neri, 2017), tanto pela saúde positiva (física e psicológica), como pela possibilidade de uma interação direta com os outros (Levasseur et al., 2010).

Face ao exposto, parece-nos de todo pertinente analisar as relações entre envelhecimento bem-sucedido e participação social em projetos/iniciativas levadas a cabo pelos Municípios, no desenvolvimento de políticas ao nível local. A articulação de políticas sociais e de saúde, no âmbito das Cidades Saudáveis e do envelhecimento ativo, poderão criar melhores condições para a otimização das oportunidades de saúde e de participação social. Na concretização desta ideia, o Município de Viana do Castelo tem vindo a desenvolver nas últimas décadas um conjunto de iniciativas, projetos e programas, orientados para o envelhecimento ativo (CLAS, 2013). Um dos eixos prioritários do Município é promover a saúde e bem-estar da população ao longo do ciclo de vida, sendo que o *Gabinete Cidade Saudável* desenvolve um conjunto de ações enquadradas no *Programa Envelhecer com Qualidade*.

Assim, estabelece-se como objetivos deste estudo: (1) descrever as características sociodemográficas dos participantes e quantificar o seu envolvimento social num dos projetos/iniciativas de base comunitária promovido pelo Município de Viana do Castelo; (2) analisar as relações entre participação social e bem-estar.

Para concretizar estes objetivos, a presente dissertação desenvolve-se em três capítulos: (I) a Revisão da Literatura no domínio, (II) o Método, e (III) a apresentação dos Resultados. No primeiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico e empírico, primariamente com uma abordagem às principais teorias e modelos que sustentam a Gerontologia, com maior enfoque nas perspetivas positivas de envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo, nomeadamente sobre o “*engagement with life*” e a participação social respetivamente, e de seguida a apresentação da investigação sobre a participação na forma de envolvimento em atividades sociais (comunitárias).

No segundo capítulo apresentam-se as principais opções metodológicas para o desenvolvimento do estudo: plano de investigação e participantes; instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados.

O terceiro capítulo diz respeito à apresentação dos resultados. Esta dissertação encerra com a discussão dos resultados obtidos e as principais conclusões face aos objetivos estabelecidos, com as implicações ao nível da prática gerontológica.

REVISÃO DA LITERATURA

1. O Fenómeno do Envelhecimento Humano: o triunfo da longevidade

Nesta secção importa introduzir o envelhecimento enquanto processo individual e fenómeno coletivo, tendo por base o campo teórico que a Gerontologia Social, enquanto ciência, reclama. Tratando-se de um triunfo da sociedade, importa discutir também os esforços e o reconhecimento político, especialmente no que se ocupa da participação social, como um critério de sucesso das vidas longas.

1.1. Envelhecimento: algumas razões para celebrar a longevidade

O envelhecimento tem constituído nos últimos anos um foco de atenção das mais diversas disciplinas como forma de tentar explicá-lo, ainda que seja reconhecida a panóplia de influências e causas geradoras das mudanças que ocorrem nos indivíduos. Nesse sentido, se por um lado assistimos ao proliferar de diversas e recentes teorias explicativas, por outro tem sido crescente a abordagem a este processo pelos efeitos resultantes no plano social e demográfico (Dias & Rodrigues, 2012).

Recentemente, Rosa (2012) dá-nos conta de dois tipos de envelhecimento: o individual e o coletivo. Apresenta o envelhecimento individual de duas naturezas: cronológico (relacionado com a idade) e biopsicológico. O primeiro prende-se com a célebre ideia de que mal nascemos começamos a envelhecer, um processo inato e gradual em todos os indivíduos. O segundo, biopsicológico, embora dependente do aspeto cronológico é mais relativo, dado que é responsável pela variabilidade do processo de envelhecimento. O modo como se envelhece, isto é, as vivências, os interesses, as predisposições genéticas e ambientais, condicionam este processo de pessoa para pessoa. Apesar de uma visão predominantemente genética, a autora aborda este tópico biopsicológico como aquele que confere a heterogeneidade ao envelhecimento. É neste sentido que fala da velhice como indeterminada no momento em que surge, e como fruto de conceções opostas. Refere uma dicotomia que, apesar de já existente no tempo dos nossos primórdios, continua presente nos dias que correm: a velhice está associada às perdas ao nível físico e cognitivo, à diminuição dos contatos sociais que o idoso vai tendo, e o próprio isolamento; por outro lado, em termos positivos, a velhice espelha a sabedoria, a grandeza de se alcançarem longos anos de vida, com mais experiência, permitindo à pessoa conceber projetos de vida outrora idealizados.

Relativamente ao envelhecimento coletivo, a mesma autora considera que pode ser abordado em termos demográficos (ou da população) e sociais (ou da sociedade). Como o nome indica, o envelhecimento demográfico assume o agrupamento das pessoas, em categorias de idade, independentemente dos aspetos individuais que anteriormente referimos. Tendo por base as fases do ciclo de vida, como marcadores de cada categoria etária, são definidos 3 grupos de pessoas: jovens, ativos e idosos. Como referido anteriormente, este envelhecimento acontece como resultado do aumento da categoria etária dos mais velhos (65 ou mais anos), aliado à diminuição da categoria dos mais jovens (14 ou mais anos), espelhando o fenómeno de inversão da pirâmide etária (Nazareth, 2010; Rosa, 2012). Segundo Dias e Rodrigues (2012), em Portugal, onde tem crescente destaque apesar do seu surgimento mais tardio, este fenómeno foi evidente entre os anos dos Censos populacionais de 1991 e 2001. Tal vai ao encontro do que as projeções mundiais da *Divisão de População das Nações Unidas (United Nations Population Division)* indicam no “*World Population Ageing 2013*”, divulgado em 2013, sobre a rápida progressão do envelhecimento, sendo que este relatório aponta que, também de acordo com os dados divulgados naquele relatório, a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos chegar aos 21,1 % em 2050 (INE, 2015).

O envelhecimento de natureza social, por seu lado, embora sugira uma relação com o anterior, a autora sublinha que o primeiro pode existir sem o segundo. Ou seja, esta não causalidade parece residir no modo como a sociedade lida com a sua evolução etária, com o seu impacto em aspetos sociais e económicos. É precisamente neste ponto que a autora alerta para uma mudança, desde logo, pela valorização que as sociedades fazem das suas pessoas idosas, seja em termos ativos/produzidos ou inovadores. Assume que a idade não tem porquê ser um entrave na capacidade evolutiva de determinada sociedade, muito mais, assumindo o conhecimento como competência mais rica que a própria capacidade física.

Também Rowe e Kahn (2015), na sua mais recente publicação, numa forma de resposta aos críticos do modelo da *Marc Arthur Foundation* de envelhecimento bem-sucedido (EBS), salientam o capital humano como uma das soluções para o fenómeno do envelhecimento social. Chamando “*longevity dividend*”, a propósito desta pouca atenção que tem sido dada ao potencial existente que também Rosa (2012) defende, realçam o quanto os mais velhos têm para oferecer nomeadamente o conhecimento acumulado ao longo da vida, a estabilidade, a capacidade de simplificar na resolução de problemas, a elevada habilidade para lidar com conflitos, bem como para terem também em atenção a perspectiva de outros grupos etários. Sugerem, por isso, que as sociedades passem a ter uma abordagem baseada na capacidade e no

talento das pessoas, sugerindo, desde logo, a mudança da ideia de que o investimento na educação está somente restrito à juventude, mas antes ao longo de todo o ciclo de vida.

Analisando, agora, o fenómeno do envelhecimento a partir das Ciências do envelhecimento, importa esclarecer o termo Gerontologia. Como defende Neri (2008), este termo remonta a 1903 quando Metchnicoff a desenvolveu a partir do termo “velho”, em grego - “gero” aliado a “logia”, que significa estudo. Já na época, o criador do nome da ciência que hoje entendemos como explicativa do processo de envelhecimento projetava a importância que teria nos nossos dias como resultado do triunfo da longevidade do ser humano.

Sendo uma área científica muito recente, Paúl e Ribeiro (2012) e Paúl (2012) consideram que o desenvolvimento da Gerontologia como Ciência teve lugar principalmente a partir dos anos 80 pela proliferação da investigação. O desenvolvimento dos primeiros manuais multidisciplinares e encontros científicos bem como, a criação da *Gerontological Society of America* (GSA), após o fim da Segunda Guerra Mundial, apontou o seu auge no final do século XX aquando da consagração em 1999, pelas Nações Unidas, como o Ano Internacional dos Idosos (Paúl, 2012).

Segundo Neri (2008), a Gerontologia é um campo científico que, sendo multidisciplinar e interdisciplinar, além do inevitável interesse pelo estudo dos mais velhos, é responsável por esclarecer e descrever as alterações inerentes ao processo de envelhecimento, assim como daquilo que conhecemos como os seus determinantes biopsicossociais. Dessa forma, a Gerontologia, devido à diversidade de contextos de desenvolvimento, é consciente das diferentes trajetórias de envelhecimento e experiências de velhice, abarcando, por isso, não apenas o que conhecemos por envelhecimento “normal”, cima do qual nos situamos, mas também o que é característico do envelhecimento “patológico”. Estamos perante uma ciência que se serve de um vasto leque de disciplinas, a que Paúl (2005) enaltece pelo “diálogo árduo e aberto” que mantém com outras áreas do saber (Paúl, 2005, p.25), das quais Fernández-Ballesteros (2004) e Neri (2008) nos centram naquelas que formam a biologia (bioquímica, medicina), a psicologia (do desenvolvimento, social, e cognitiva) e as ciências sociais (sociodemográfica, ecologia humana, e interação social), rompendo assim arestas com as mais diversas áreas profissionais.

A Geriatria é decididamente uma dessas áreas que, por vezes erradamente tida ao nível deste campo geral, trata-se afinal de uma especialidade médica emergente da Gerontologia Clínica, para Millán Calenti (2006) um dos três ramos da Gerontologia, lado a lado com a Gerontologia Experimental (a investigação do processo de envelhecimento em laboratório) e a

Gerontologia Social (que se ocupa dos múltiplos fatores biopsicossociais no processo de envelhecimento societal e a sua influência nos mais velhos, onde nos situamos). Tal como o autor nos esclarece, a Geriatria enquanto fração da Medicina, dá resposta aos problemas de saúde dos mais velhos numa linha de envelhecimento patológico, não somente em termos de diagnóstico e tratamento de doenças, mas também amplamente proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida na velhice. Da assemelhação inicial de que falamos, não apenas com a Gerontologia, mas também com a Gerontologia Social, que adiante aprofundaremos, importa antes a simbiose entre estes aspetos de saúde com os aspetos sociais em função da melhor compreensão de ambas (Millán Calenti, 2006; Fernández-Ballesteros, 2004).

À semelhança de Millán Calenti (2006), Neri (2008) apresenta também a Geriatria, embora a par da Gerontologia, sendo aquela uma especialidade da Medicina, Odontologia, Enfermagem ou Fisioterapia, que se dedica à prevenção e tratamento das doenças muito características da velhice, bem como outras doenças crónicas que os idosos adquirem.

Precisamente por esta necessidade de cruzar caminhos com outras áreas, e conforme o objetivo da explanação de artigos de duas das principais revistas científicas da *Gerontology Society of America – Journals of Gerontology* e *The Gerontologist*, nas comemorações de seus aniversários de edição - em 2010, tratando-se duma nova área emergente, serão necessários mais estudos presentes que permitam a robustez da Gerontologia como ciência no seu futuro, mas sobretudo o desenvolvimento de um quadro teórico que potencie a organização dos estudos empíricos – esclarecendo fenómenos observados - e a fundamentação da intervenção e prática no domínio (Paúl, 2012). Neste sentido, a autora alerta para a importância da metodologia usada que, sendo um dos cernes de cimentação desta nova área, poderá minimizar as possibilidades de viés no desenvolvimento de determinado estudo, nomeadamente nos estudos transversais pela pouca sensibilidade perante grupos de diferentes coortes em relação às trajetórias de vida e contextos em que cada indivíduo se desenvolve.

Neste seguimento, damos especial destaque à Gerontologia Social, o nosso principal mote que, como já referimos, considerada por Millán Calenti (2006) um outro ramo da ciência mãe - a Gerontologia, compreende as influências e consequências sociais das condições socioculturais no processo de envelhecimento. Fernández-Ballesteros (2004) esclarece que as suas bases teóricas são semelhantes à ciência mãe, no entanto a Gerontologia Social naturalmente está mais enraizada nos conhecimentos que as ciências sociais abarcam. De acordo com Neri (2008), referida em 1954 por Clark Tibbits pela primeira vez, a Gerontologia Social debruça-se por tópicos como as atitudes em relação ao envelhecimento, às práticas e

políticas sociais, o modo como instituições e organizações governamentais e não-governamentais encaram a velhice, indicadores de bem-estar dos mais velhos, redes de suporte social, relações entre gerações, entre outros. Assim, cabe especificamente à Gerontologia Social e, sobretudo, ao Gerontólogo Social, responsabilizar-se pelo estudo das influências e consequências socioculturais e contextuais no processo de envelhecimento e nos próprios indivíduos que envelhecem, com o intuito de analisar os esforços político-sociais otimizadores (Fernández-Ballesteros, 2004).

Acerca das teorias que sustentam a Gerontologia, atendendo à sua responsabilidade na heterogeneidade dos processos e modos de entender o envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2012), Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009) apresentam as múltiplas perspectivas que explicam este campo multidisciplinar. Cientes do curto, embora consistente, percurso da investigação sobre o envelhecimento, consideram que muito há ainda para explorar sobre o “*why or how*” deste processo, das suas consequências, e dos diferentes modos em que tal acontece. Desde a sua anterior publicação em 1999, Bengtson e colaboradores (2009) consideram ter proliferado teorias interdisciplinares, permitindo facilitar abordagens de vários campos de interesse no envelhecimento com fim a uma teoria única. Resumidamente, os autores visionam as principais teorias explicativas do envelhecimento no âmbito biológico, psicológico, social e político. Sobre as teorias biológicas, os autores enunciam dois principais eixos: os processos estocásticos – pelas mutações genéticas aleatórias e stress oxidativo, e a senescência planeada – expressão das estruturas genéticas na velhice). No que se prende com as teorias psicológicas Bengtson e colaboradores (2009) enunciam a perspectiva desenvolvimental do ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990), a teoria da seletividade socioemocional (Willis, Schaie & Martin, 2009), e o modelo das relações sociais de suporte (Antonucci, Birditt & Akiyama, 2009). No campo das ciências sociais, no entendimento de Bengtson e colaboradores (2009), amplamente mais desafiador na Gerontologia Social, substancialmente complexo devido às diferentes abordagens dos próprios investigadores, são essencialmente abordadas as vantagens e desvantagens cumulativas do curso de vida (e.g. Ferraro et al., 2009; Hendricks & Hatch, 2009; Settersten & Trauten, 2009), o curso de vida e as forças sociais (e.g. Dannefer & Kelley-Moore, 2009; Fry, Dillworth-Anderson & Cohen, 2009), e a tradicional abordagem fenomenológica (e.g. Longino & Powel, 2009). Ainda, no seio do que Bengtson e colaboradores (2009) agregam enquanto teorias sociais do envelhecimento, e que abriga duas “escolas de pensamento” suportadas pela abordagem fenomenológica que já citamos, o progresso com vista à interdisciplinaridade resultante dos esforços que têm sido realizados em termos epistemológicos e disciplinares de agregação teórica.

Segundo Paúl (2012) a perspectiva do curso de vida/"*life course*" (G.Elder, 1975/1999) trata-se das principais referências sociais teóricas da Gerontologia, principalmente nos estudos longitudinais, quando atendíveis, tem permitindo a atenção para as diferenças individuais e as suas dinâmicas entre indivíduos. No entanto, também a perspectiva "*life span*" liderada por e o modelo da *Otimização, Seletiva com Compensação* (SOC) de P.Baltes e M. Baltes (1987;1997), de base psicológica, tem contribuído para o avanço do conhecimento neste domínio, e que para o presente estudo terá grande pertinência como adiante demonstraremos.

Separadamente Bengston e colaboradores (2009) apresentam as teorias do envelhecimento no âmbito da sociedade e políticas públicas, reclamando a "*agency*" através da Gerontologia Crítica (e.g. Walker, 2009) e alertando para a importância da perspectiva "*life course*" no desenvolvimento de políticas públicas (do individual para o societal) (e.g. Marshal, 2009).

De facto, Bass (2009), estabelecendo a ponte para uma teoria integrativa da Gerontologia Social, visiona o desenvolvimento da interdisciplinaridade no campo da Gerontologia, além de distinguir os estudiosos que se têm dedicado às teorias disciplinares do envelhecimento daqueles que têm vindo a estar ligados às teorias emergentes no campo interdisciplinar da Gerontologia. Com isto, apresenta o que anteriormente citamos de "escolas de pensamento", uma a Gerontologia Crítica, e a segunda a Gerontologia Pós-moderna. Dinâmica e em constante mudança, Bass (2009) considera esta teoria integrativa numa simbiose entre uma perspectiva macro (referente aos contextos sociocultural, económico, ambiental, político influentes na saúde e comportamento humano) e micro (a influência dos aspetos individuais e familiares nos contextos enumerados). Nesse enquadramento traduz as vantagens e desvantagens cumulativas em experiência de envelhecer com significado para as capacidades, recursos, redes, escolhas e feitos, na velhice.

Para Gans, Putney, Bengston e Silverstein (2009), este modelo integrativo parece constituir a base para se chegar a uma grande teoria. Resultante do desenvolvimento teórico patente naquele que é considerado o *Handbook of Theories of Aging*, Gans e colaboradores (2009) permitem-nos aproximar do futuro da conceptualização do envelhecimento. Nos termos multidisciplinares do estudo do envelhecimento, da sua análise resultaram quatro aspetos teóricos contrastantes e quatro comunalidades no foco das várias disciplinas. No que se refere aos aspetos contrastantes: (1) no âmbito teórico, ora a procura pelo desenvolvimento de uma grande teoria, ora o acordo por teorias específicas do envelhecimento; (2) o contraste teórico

entre a previsibilidade e a imprevisibilidade do envelhecimento; (3) o foco das teorias balança ora entre o declínio e a doença, ora entre a resiliência e a saúde; (4) a tensão entre a “*individual agency*” e os constrangimentos estruturais. Sobre este quarto aspeto, interessa explicar a visão de Gans e colaboradores (2009) acerca das teorias de envelhecimento bem-sucedido e de envelhecimento produtivo ou ativo, que adiante especificaremos, vinca o indivíduo e a sua própria experiência de envelhecer, ao nível das escolhas saudáveis, economia política e teorias críticas. Por outro lado, abraçam outros aspetos contrastantes fora do controlo individual, como as forças sociais – a idade, o género, a raça, classe social, estatuto familiar – e os organismos da sociedade, que atuam como desvantagens cumulativas acentuando as desigualdades estruturais.

Tendo presente a dupla proposta de abordagem com que abrimos este tópico, no entender de Bastos, Faria, Gonçalves e Loureiro (2015) pensar o envelhecimento coletivo (perspetiva “*life course*”) englobando todos esses efeitos que a estrutura social imprime no envelhecimento do indivíduo (perspetiva “*life span*”), será importante para um raciocínio capaz de comportar “material suficientemente robusto” necessário à explicação da heterogeneidade de perfis adaptativos a esse processo. Neste sentido, correntemente os autores procuram estabelecer elos para a difusão da prática gerontológica, vincando o carácter multidisciplinar desta nova ciência sobre o processo multidimensional do envelhecimento.

Tal vai ao encontro das comunalidades identificadas por Gans e colaboradores (2009) nas presentes discussões teóricas: (1) o desenvolvimento de teorias capazes de refletir o processo de envelhecimento ao longo da vida; (2) a importância de considerar as vantagens e desvantagens cumulativas ao longo do curso de vida; (3) a inter-relação entre contexto em mudança e indivíduo em desenvolvimento; (4) a tentativa crescente de explicar a variabilidade entre indivíduos. Será precisamente nestes aspetos comuns, discutidos atualmente, que os autores acreditam estar aquele que é o futuro das teorias do envelhecimento. A diversidade do envelhecimento, mote do nosso estudo, tem sido alvo crescente das várias disciplinas acerca dos mecanismos no jogo entre os fatores intrínsecos e extrínsecos adjacentes ao processo de envelhecimento de cada indivíduo. Gans e colaboradores (2009) consideram estarmos no trajeto certo sobre a necessidade de continuar a entender o “*how and why*” destas mudanças dinâmicas relacionadas com a idade.

1.2. Envelhecimento Bem-Sucedido: o foco no “*social engagement*”

No final o século XX, vários autores apresentam argumentos relevantes em defesa do envelhecimento bem-sucedido (e.g., Baltes & Baltes, 1990; Kahanna & Kahanna, 1996; Rowe & Kahn, 1987, 1997). Este formato de envelhecimento tornou-se um dos temas relevantes de investigação, que se prolongou pelo século XXI.

Rowe e Kahn (1987) distinguem o envelhecimento comum/“usual”, no qual os fatores extrínsecos destacam os efeitos do envelhecimento em si, e o envelhecimento bem-sucedido/“successful”, onde os fatores extrínsecos desempenham um papel neutro ou positivo. Conduzidas pelo conceito de normalidade, pela investigação sobre o envelhecimento nas mais diversas áreas (fisiologia, psicologia, sociologia, etc.), reconheceram desde logo a importância de destacar aquelas que são as mudanças patológicas das mudanças que podem resultar do processo de envelhecimento em si, porém, a mesma investigação tem revelado mudanças características acerca das funções cognitivas e comportamentais.

Numa publicação onde pretendiam apresentar o papel e influência dos fatores extrínsecos no envelhecimento, Rowe e Kahn (1987) dão conta do destaque da literatura sobre as perdas relacionadas com a idade, e do descurar da heterogeneidade dos mais velhos, ou seja, o maior foco sobre os efeitos (negativos) do processo de envelhecimento, do que propriamente sobre os efeitos (positivos) modificáveis neste mesmo processo (dieta, exercício físico, estilo de vida saudável, etc.). Acerca da heterogeneidade, o impacto dos fatores extrínsecos tem sido desvalorizado na medida em que têm sido realçadas as diferenças entre grupos de idade e não às diferenças dentro de cada grupo de idade. Sobre a investigação neste domínio, os autores supra citados referem outros dois aspetos limitativos: (1) o realce dado à normalidade resultando na insegurança; e (2) ter a noção de que o que é normal, por ser natural, é ou deve ir além das modificações intencionais. Neste contexto, explicam a necessidade de incluir bem-sucedido/ “*successful*” em contraste com o normal/“*usual*”. Por exemplo, em termos fisiológicos, os autores notam que aqueles que envelhecem com mínimas ou nenhuma perdas devem ser vistos como um reflexo de EBS, em comparação com indivíduos do mesmo grupo etário que envelhecem segundo um quadro fisiológico não-patológico, ou seja aquilo que referem como perdas comuns. Só aqui encontramos dois modos distintos de envelhecer, mostrando a heterogeneidade do envelhecimento dito “normal”.

O envelhecimento bem-sucedido tornou-se, além de um termo comum entre os Gerontólogos, um domínio de investigação considerável. O envelhecimento bem-sucedido, para Rowe e Kahn (1998), depende de escolhas e comportamentos individuais, podendo ser alcançado através da escolha e esforço de cada um. Para os autores a distinção entre o envelhecimento bem e mal sucedido, a existência de saúde ou de doença, respetivamente, pode ser um dos pontos essenciais. Das preocupações iniciais dos Gerontólogos na distinção entre estados patológicos e não patológicos, acordam não ser uma explicação suficiente. Baltes e Baltes (1990), acerca da natureza de "sucesso" do envelhecimento, consideram-no fugaz e difícil de conseguir. Partindo desta ideia, consideram que na Gerontologia, a longevidade é proposta como indicador de EBS, sabendo, contudo, que este aspeto não invalida os eventos indesejáveis ao longo da vida.

Rowe e Kahn (1987) explanavam, então, evidências da investigação que têm sido capazes de diferenciar estes níveis de "usual" e "bem-sucedido" em termos fisiológicos e psicossociais. Ao nível fisiológico, abordam o processo de envelhecimento relativamente ao metabolismo de hidratos de carbono, onde reconhecem o esforço por parte da investigação em determinar quais os componentes das alterações na intolerância aos hidratos de carbono que estão associadas à idade, relacionadas com o envelhecimento em si, e quais as componentes que podem estar relacionadas com fatores modificáveis, tais como a dieta, o exercício, medicação, e composição corporal. Relativamente aos fatores psicossociais associados à saúde e doença nos mais velhos, admitindo que a investigação tem tendencialmente focado a morbilidade e a mortalidade com a quase inexistente distinção nos mais velhos sem doença. Alertam, assim, para a necessidade destes fatores psicossociais serem abordados não somente nos seus aspetos negativos, como positivos, sendo um possível caminho para chegar às contribuições que os mesmos fatores terão para alcançar EBS. Duas dimensões são consideradas, para eles, suficientemente estudadas, a nível psicossocial: (1) a autonomia (ou controlo), e (2) o suporte social (ou "conectividade"). No que se refere à *autonomia*, sobre a qual os autores se concentram mais vincadamente, é referida como o nível até onde os indivíduos são capazes de "tomar decisões sobre a escolha da atividade, método, forma de *engagement*", *timing*", ritmo e os gostos" (Rowe & Kahn, 1987, p.145). Deixando nota para a dispersão das medidas na sua investigação, os autores mencionam que a investigação tem acordado sobre a falta de autonomia/ controlo sobre os efeitos adversos, como os estados emocionais, o desempenho, o bem-estar subjetivo, e os indicadores psicológicos. Referem, por isso, a variedade de razões pelas quais os mais velhos encaram uma redução da sua *autonomia e controlo*, como a perda de funcionalidade, a diminuição da capacidade financeira, a mudança da sua casa para ambientes institucionais, e os gostos. Mediante a recente literatura dedicada

ao controlo, Rowe e Kahn (1987) referem ser na maioria estudos transversais, e predominantemente não-experimentais. Resultados dos estudos, realçam as descobertas não-experimentais mais recentes sobre a importância do controlo/ autonomia no bem-estar dos mais velhos. Para os autores, a extensão na qual a autonomia e o controlo é encorajado ou limitado/negado, poderá ser um grande determinante se o envelhecimento é “usual”/normal ou bem-sucedido num determinado número de dimensões psicossociais e comportamentais. Ao nível do *suporte social*, segundo os autores, observam-se associações significativas com vários indicadores de saúde e bem-estar nos mais velhos.

Uma década depois, Rowe e Kahn (1997) defendem que o significado do EBS é descobrir e redescobrir relacionamentos e atividades que proporcionam proximidade e significado. Fazer parte duma rede social de amigos e familiares é um dos indicadores mais referidos de longevidade, e o facto de estar ligado a outras pessoas promove a saúde e, de alguma forma, garante um apoio sócio emocional.

De facto, trata-se de um marco na adoção de uma perspetiva teórica positiva no campo da Gerontologia, passando a focar o potencial contributo dos mais velhos para a sociedade, em detrimento da sua dependência. Perante o aumento da longevidade, a par do envelhecimento da população, a tónica no “*successful aging*” ou “*aging well*” tem permitido questionar esses estereótipos negativos e compreender os recursos e comportamentos que permitem envelhecer bem, que tipicamente estão associados à manutenção de estilos de vida saudáveis, como impedimento para as doenças crónicas e incapacidades associadas (Rowe & Kahn, 1998).

Nesta nova publicação, Rowe e Kahn (1997) apresentam mais uma vez aquele que é conhecido como o modelo biomédico de EBS, que contempla três componentes básicas: (1) evitar a doença e a incapacidade; (2) manter elevada funcionalidade física e mental; e (3) envolvimento com a vida quotidiana – que, embora importantes durante toda a vida, a sua realização na velhice ganha maior importância. Esclarecendo as subpartes integrantes de cada componente, os autores defendem que a baixa probabilidade de doença implica não só ausência ou presença de doença, mas inclui também a influência dos fatores de risco para a doença. O nível funcional elevado, constituído quer por aspetos físicos quer cognitivos, são apresentados como cruciais no desenvolvimento da atividade, permitindo entender “*what a person can do, not what he or she does do*” (Rowe & Kahn, 1997, p.433). Este potencial humano em atividade é, de fato, um dos fatores que nos leva a adotar este modelo de EBS na fundamentação do nosso estudo, como sendo, tal como Rowe e Kahn (1997) referem, o potencial humano no qual o envelhecimento bem-sucedido se desenvolve.

Apesar do foco no envolvimento ativo com a vida e nas atividades, vemos nas conclusões dos autores nesta publicação de 1997 uma mostra da interligação das três componentes do seu modelo de envelhecimento bem-sucedido, que importante em si mesmo, demonstra um conjunto de fatores associados e, até certo ponto, independente dos restantes. De acordo com os autores, há uma relação hierárquica e interdependente e, vincando a ideia de “sucesso”, que o seu modelo vai além das três componentes que apresentam, permitindo, então, a completude do modelo de “*successful aging*”. Compreendemos deste modo que o potencial de atividade que referimos estabelece total sinergia com aquele que é o foco deste trabalho, e terceira componente do modelo - envolvimento com a vida. Senão vejamos, Rowe e Kahn (1997) defendem que a questão física, em termos da diminuição na capacidade de realizar facilmente as funções físicas mais básicas, pode ter implicações no envolvimento dos mais velhos, ao impossibilitar a sua completa participação nas atividades produtivas e recreativas do seu quotidiano; da mesma forma que dos aspetos comportamentais para a manutenção da capacidade física, parece fazer parte uma moderada e/ou vigorosa atividade de lazer e suporte emocional de família e amigos.

Apesar das múltiplas configurações possíveis desta terceira componente – *envolvimento ativo com a vida* – face às críticas ao seu modelo, Rowe e Kahn (2015) operacionalizam esta componente em duas dimensões: (1) a manutenção das estreitas relações com os outros ou relacionamentos interpessoais; e (2) a do envolvimento em atividades que são significativas para a pessoa, ou o que também designam por atividades produtivas, não apenas na velhice mas também em idades anteriores, e por isso essencial para o bem-estar ao longo da vida.

Sobre a primeira dimensão apresentada - relações interpessoais - os autores anteriormente mencionados descrevem os contactos e mudanças com os outros, as trocas de informação, suporte emocional e a prestação direta de auxílio. Rowe e Kahn (1997) citam as evidências reunidas no estudo de House, Landis e Umberson (1988) sobre associações entre fazer parte de uma rede de suporte social como determinante de longevidade, nomeadamente nos homens, demonstrando causalidade deste aspeto ao longo de todo o curso de vida. Dos estudos revistos por Rowe e Kahn (1997) acerca dos efeitos da rede social, chegaram às seguintes conclusões: o isolamento, como ausência de laços sociais, é um fator de risco para a saúde; o suporte social, quer emocional quer instrumental, pode ter efeitos positivos cruciais na saúde; nenhum tipo de suporte é uniformemente eficaz, já que a eficácia parece depender de ações de apoio adequados às necessidades da situação e da pessoa.

Já sobre a segunda – envolvimento em atividades produtivas ou significativas – Rowe e Kahn (1997) descrevem como sendo aquela atividade que permite promover valor no seio da

sociedade, independentemente de ser ou não remunerada/reembolsada, como cuidar de alguém ou realizar voluntariado. Ao remeterem para os trabalhos de Kaufman (1986) afirmam que os mais velhos, desde que se mantenham ativos e produtivos com significado, não são vistos como “velhos” nem se sentem como tal.

Desta forma, esta última componente, daquele que é também conhecido pelo “modelo das três pétalas”, reforça a nossa atenção para o modelo que Rowe e Kahn (1997) pela maior utilidade analítica e referência teórica para o nosso estudo. Iremos procurar, então, explorar o envolvimento com a vida como participação em atividades e o contacto com os outros.

Contudo, Rowe e Kahn (1997) referem um último tópico integrante da componente de envolvimento com a vida – a resiliência ao stress – embora não seja mensuravelmente demonstrada como nos restantes tópicos do “*successful aging*”, bem como, a falta de robustez empírica devido à escassa avaliação prévia a uma situação de stress. A resiliência ao stress baseia-se em “*stressfull life events*”, por exemplo, situações de doença, incapacidade resultado de acidente, ou por outro lado, a reforma antecipadamente forçada, a súbita diminuição dos rendimentos. Para os autores, a pertinência da resiliência é sustentada por haverem idosos a envelhecer com sucesso e que, eventualmente, podem não ter correspondido aos restantes critérios durante o seu curso de vida, precisamente por estes eventos fora do controlo dos próprios, ou seja, explica como as pessoas se desenvolvem “*in and out of success*” (Rowe e Kahn, 1997, p. 439). Tal permite compreender como as pessoas lidam e ultrapassam essas crises para continuarem a dar resposta aos ditos critérios de sucesso. Já que estas funções necessárias para lidar com estes eventos stressantes deveriam ser avaliadas antes das pessoas lidarem com os mesmos, existe falta de robustez empírica na avaliação da resiliência ao stress.

Uma década antes de finalizar o século XX, P. Baltes e M. Baltes (1990) apresentaram também um modelo de envelhecimento bem-sucedido. No entender dos autores o envelhecimento bem-sucedido é dado pela *Otimização Seletiva com Compensação* (modelo SOC).

Este modelo está assente em três mecanismos - *Seleção, Otimização e Compensação* – dependentes das circunstâncias pessoais e sociais que o indivíduo enfrenta ao longo da sua vida. Este modelo inscreve-se numa abordagem psicológica ao envelhecimento bem-sucedido. De facto, os autores frisam a variabilidade interindividual e a plasticidade intraindividual face ao envelhecimento com sucesso, conceitos que permitiram sustentar e desenvolver a teoria do envelhecimento bem-sucedido como um processo adaptativo.

Conforme, P. Baltes e M. Baltes (1990) abordam o processo SOC, no qual os indivíduos são propensos a se envolver neste processo ao longo de toda a vida, embora sublinhem a velhice

como sendo o período em que este mecanismo ganha nova dinâmica e significado, devido às referidas perdas, superiores aos ganhos. Dos três mecanismos adaptativos, a *Seleção*, explica a tarefa de adaptação da pessoa e da sociedade para concentrar-se nos domínios que são de alta prioridade e que envolvem exigência ambiental, motivação individual, habilidades e capacidade biológica. Implica que as expectativas individuais devam ser ajustadas para permitir a experiência subjetiva da satisfação, bem como o controlo pessoal/autonomia, já anteriormente citado por Rowe e Kahn (1987). A *Otimização* reflete o envolvimento das pessoas em comportamentos de enriquecimento e aumento das suas reservas gerais, maximizando os seus percursos de vida. Por último, a *Compensação*, que se torna operacional quando as capacidades comportamentais específicas, nomeadamente físicas e cognitivas, são perdidas ou sofrem diminuição abaixo do funcionamento padrão adequado. Juntos, tais elementos de *Seleção*, *Otimização* e *Compensação*, em qualquer domínio da vida, podem permitir alcançar elevados níveis de desempenho.

Cientes da complexidade da investigação sobre os indicadores de envelhecimento bem-sucedido, e da necessidade de sua sistematização, P. Baltes e M. Baltes (1990) sugerem uma abordagem multicritério perante as características que aparecem associadas ao envelhecimento bem-sucedido: a longevidade, a saúde/biologia, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência social e produtividade, o autocontrolo, e a satisfação com a vida.

Baltes e Baltes (1990) afirmam que a única forma de chegar a uma visão abrangente de envelhecimento bem-sucedido requer uma adoção de ambos os critérios, objetivos e subjetivos, de forma a reconhecer as variações individuais e culturais/contextuais de cada pessoa. Assim, os autores argumentam que o conceito de envelhecimento bem-sucedido exige o seguinte quadro de proposições:

(1) Existem grandes diferenças entre envelhecimento normal, ótimo/EBS e patológico.

(2) Existe grande heterogeneidade no envelhecimento: enquanto variabilidade interindividual, o envelhecimento é um processo individual e distingue-se nos aspetos cognitivos, comportamentais e sociais. Desde as diferenças nos fatores genéticos e condições do contexto/ambiente (epigenéticos) que atuam cumulativamente ao longo da vida, à diversidade de patologias que podem integrar o processo normal do envelhecimento, esta variedade pode aumentar.

(3) Há muita reserva latente (plasticidade intraindividual): a substancial plasticidade comportamental e cognitiva comprovada potencia a possibilidade de otimização comportamental e compensação corretiva na velhice. Este fato justifica a renovada capacidade adaptativa e possibilidade de novas aprendizagens, mesmo em idades avançadas.

(4) Existem limites para a capacidade de reserva no decorrer do envelhecimento: as perdas mais visíveis estão relacionadas com as tarefas das mecânicas da mente.

(5) O conhecimento que está na base das pragmáticas e tecnologias podem compensar as referidas perdas associadas ao declínio das mecânicas cognitivas: compensação de determinadas perdas na capacidade de reserva através do conhecimento e da tecnologia, refletindo o quão sucedido pode ser o envelhecimento desta compensação das pragmáticas nas perdas das mecânicas.

(6) Com o envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo: a par do progresso da capacidade adaptativa no desenvolvimento humano, como vimos existem perdas progressivas no próprio nível de adaptabilidade e plasticidade, pela diminuição da reserva da capacidade cognitiva e motivacional.

(7) A resiliência do *self* na velhice (*self* envelhecido): pelas preposições anteriores entendemos desde logo o fenómeno da heterogeneidade – cada um tem várias visões do seu “eu”/ de si (o que somos, o que éramos, o que seremos, o que poderíamos ser) - importante e eficaz na adaptação a diversas situações de vida, pela mudança de objetivos e aspirações e pelo fenómeno de comparação social.

Partindo das proposições que apresentam, também P. Baltes e M. Baltes (1990), enquanto princípios gerais, estabelecem estratégias para um envelhecimento bem-sucedido. Este assunto torna-se importante se, à semelhança dos autores, assente numa lógica de estilo de vida saudável, olharmos para a necessidade de envolvimento em várias atividades, nomeadamente, de manutenção das redes sociais, na potenciação de capacidade das múltiplas reservas – física, mental e social, de tal modo que se impulse a flexibilidade individual e social decorrentes da heterogeneidade do envelhecimento. Por outro lado, no âmbito do que Kahanna e Kahanna (1996) referiam de substituição de papéis, pensando na transição para reforma e perda do papel profissional, a mudança de aspirações e objetivos que Baltes e Baltes (1990) nos falam é complexa, já que a pessoa antes de partir para o redireccionamento dos seus objetivos, tem antes de tudo saber lidar com a perda.

Outro modelo, que surgiu como complemento ao modelo inicial de Rowe e Kahn (1987) que estabelece “evitar a doença e a incapacidade” como uma das componentes do envelhecimento bem-sucedido, é o *modelo proativo* de envelhecimento bem-sucedido de Kahanna e Kahanna (1996).

Conhecido pelo modelo de envelhecimento bem-sucedido da sociologia, tratando-se também do modelo mais recente, numa índole proactiva de carácter preventivo e corretivo, Kahanna e Kahanna (1996) destacam os fatores do contexto social, como a origem étnica e o

acesso a cuidados médicos, pelo impacto nas oportunidades e escolhas da vida das pessoas mais velhas. Partindo das teorias psicológicas, citando Carstensen e Freund (1994), Kahanna e Kahanna (1996) abordam a adaptação bem-sucedida perante eventos de vida stressantes/“*stressfull life events*” no âmbito da resiliência, nomeadamente com foco na doença crónica. Apesar do foco na plasticidade cognitiva, pelas alterações na projeção dos objetivos de vida, os autores abordam as adaptações proativas em termos comportamentais e não cognitivos, mostrando que a disposição psicológica (como esperança e auto-estima) tem impacto quer nos resultados das adaptações proativas, quer da *qualidade de vida*.

Este modelo demonstra, assim, como os stressores decorrentes de uma doença crónica, eventos de vida recentes e a longo prazo, a incoerência na relação pessoa-ambiente, e a falta de “amortecedores” desencadeia uma série de resultados adversos na qualidade de vida. Realçam, por isso, como os comportamentos proativos podem ter esse mesmo efeito “amortecedor”. Referem, assim, o contexto temporal (história e biografia) e o contexto espacial (características demográficas e a comunidade) como principais preponderantes de cada componente do modelo: stressores, “amortecedores” e qualidade de vida.

Para Kahanna e Kahanna (1996), os mais velhos são agentes ativos que se envolvem em comportamentos preventivos e corretivos para maximizar a sua qualidade de vida. Implicitamente este facto leva-nos a questionar a participação social como uma positiva adaptação na velhice. Neste jogo de influências entre recursos internos e externos, os autores, referindo Pearlim, Lieberman, Menaghan e Mullan (1981), enumeram os recursos psicológicos, financeiros, sociais e ambientais como potenciais “amortecedores”. Partindo da organização das atividades enquanto iniciativas de uma comunidade e da oferta das mesmas que ela pode ter, podemos considerar que se trata então de um recurso externo do meio/ambiente no qual o indivíduo se desenvolve, como mote para alcançar o envelhecimento bem-sucedido.

Pelo comum quadro de comorbilidades na velhice, resultando nos referidos “*stressfull life events*”, Kahana e Kahana (1996) apresentam a aplicação do modelo em condições isoladas numa análise simplificada da questão que enfrentam diariamente: (1) *adaptações preventivas*: papel importante na antecipação da ocorrência das principais doenças crónicas ou eventos stressantes, na forma de *promoção de saúde* / “*health promotion*” (adoção de estilos de vida saudáveis), *planeamento futuro* / “*planning Ahead*” (útil nas estratégias de “*coping*”, nomeadamente perante a doença), ajudar os outros / “*helping others*” (pode potenciar a rede relacional dos mais velhos constituindo um benefício, por exemplo no caso de doença); (2) *adaptações corretivas*: útil por exemplo após doenças crónicas, referem a *ideia de suporte* / “*marshalling support*” (sentir que têm apoio junto das suas redes formais e informais), *substituição de papel* / “*role substitution*” (os papéis sociais alternativos dos indivíduos à medida

que experienciam perdas sociais ligadas aos eventos de vida), *atividade e modificações ambientais* / “*activity and environmental modifications*” (dispositivos de assistência no apoio à realização das atividades cotidianas ou no conforto e segurança das pessoas mais velhas, facilitando as suas possíveis limitações); *adaptações emergentes*: a componente mais recente deste modelo de EBS, apresentam o que entendem por novas opções perante a doença na velhice como o *uso da tecnologia* / “*technology use*” (telemóveis, internet, dispositivos de monitorização da saúde), *utilização de cuidados de saúde* / “*health care consumerism*” (os mais velhos como agentes ativos na procura de cuidados da sua saúde); *auto-aperfeiçoamento* / “*self-improvement*” (procurar formas de desenvolvimento e crescimento pessoal e espiritual, como educação, melhoria do aspeto físico). Salientamos aqui a questão da educação no sentido de aprendizagem ao longo da vida, como sendo um dos pilares de envelhecimento ativo (ILC-Brasil, 2015).

Muito recentemente, Rowe e Kahn (2015), no decorrer do crescente interesse no que se refere ao EBS, investigação empírica e prática da Gerontologia, como resposta às várias críticas e sugestões de mudança do modelo de “*successful aging*” da *MacArthur Foundation*, realizam nova publicação. A maioria dessas críticas parece residir na pouca atenção dada aos fatores sociais como via potencial para o envelhecimento bem-sucedido, embora outras digam respeito à necessidade de maior subjetividade na definição do conceito, e das perceções de cada indivíduo acerca do seu próprio envelhecimento e das experiências de vida anteriores, inscritos na perspetiva “*life-course*” que o modelo integra.

Conscientes da busca de consenso acerca do envelhecimento bem-sucedido, e como deverá ser “medido”, para tal, os gerontologistas deverão servir-se do atual trabalho teórico e empírico. Rowe e Kahn (2015) começam por afirmar, citando Stowe e Cooney (2015) que, perante a popularidade do modelo na literatura e a sua sistemática utilização na investigação, as alterações propostas serão estabelecidas sem qualquer eliminação das componentes e características do modelo inicial. Acrescentam a total abertura para a continuidade desta troca de críticas, por um lado, com a esperança de fortalecer este modelo de EBS, e por outro, de orientar a futura investigação empírica do campo.

Relatando a interdisciplinaridade presente desde a concepção do modelo, Rowe e Kahn (2015) reconhecem a importância das disciplinas que estão na base das teorias de *bem-estar* que desenvolveram lado a lado e seguiram o desenvolvimento do modelo de envelhecimento bem-sucedido, destacando tanto o já referido modelo SOC de Paul Baltes (citando Baltes e Smith, 2003) enraizado na Psicologia, a teoria da seletividade socio-emocional de Carstensen (1992). Embora igualmente orientados para o curso de vida / “*life course*”, estes modelos

psicológicos, para os autores, diferem do modelo de EBS, já que se focam no “como” em vez do “o quê”.

Assumem a ténue presença dos factores sociais – características pessoais (e.g. etnia, género, orientação sexual, e estado socioeconómica), características do ambiente interpessoal do indivíduo (estrutura familiar, amigos), e influências macrossociais (condição socioeconómica, acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, transportes públicos e organização urbana). Sobre este assunto, Rowe e Kahn (2015) dão conta dos estudos de Riley e colaboradores (1994), que enquanto socióloga e gerontologista se debruçou sobre a questão dos fatores macrossociais nos mais velhos, tendo proposto conjuntamente com a sua equipa o conceito de “*structural lag*” (Rowe & Kahn, 2015, p.594) como descrição do estado de dificuldade em que a sociedade se encontra em acompanhar as instituições, leis e normas mediante mudanças que já ocorreram.

No decorrer das transformações do envelhecimento da sociedade com que abrimos esta dissertação, os autores mencionam que nos EUA começam a adotar uma visão mais focada nas potencialidades da população envelhecida, e a apostar na recomendação de políticas específicas para agilizar a possibilidade de que o seu envelhecimento seja bem-sucedido. Rowe e Kahn (2015) mencionam assim a Assembleia da *MacArthur Foundation* realizada em 2007 com um grupo interdisciplinar de investigadores, apelidada “*The MacArthur Research Network on Aging Society*”. Como principais critérios de sucesso, ao nível social, nesta assembleia foram considerados, citando Rowe e colaboradores (2010): “*produtividade e “engagement” (ambos referentes ao trabalho e voluntariado); coesão (incluindo o nível de sinergia ou tensão entre gerações e condições socioeconómicas); equilíbrio na forma de lidar com os riscos e benefícios das alterações demográficas; resiliência (capacidade de lidar com o stress); e sustentabilidade (capacidade para manter elevada funcionalidade ao longo do tempo)*” (Rowe & Kahn, 2015, p.594).

Daqui os autores retiram que o envelhecimento bem-sucedido ao nível da sociedade irá ser, conseqüentemente, potenciado ao nível individual, e vice-versa, ou seja, o desafio que todas as críticas lançam na necessidade de melhor complementar o conceito de EBS do indivíduo deverá ser solucionado junto dum quadro de referência teórico de pesquisa e investigação empírica no âmbito societal.

Conforme, Rowe e Kahn (2015) identificaram 3 principais objetivos que deverão ser prioridades das sociedades que estão a envelhecer, como o caso de Portugal: (1) *reestruturação de fundo das instituições sociais* de forma a ir ao encontro das necessidades e capacidades das pessoas que estão a envelhecer (melhor organização e preparação das principais instituições da sociedade, o primeiro alvo da aplicação da investigação gerontológica deverá passar pelo

desenvolvimento de políticas, estratégias e programas, ajustando e adaptando a educação, trabalho, e local de trabalho, entrada para a reforma, saúde, habitação, assim como a organização de bairros); (2) *adotar uma perspectiva de curso de vida/“life course”* (agregar a redistribuição das principais atividades quotidianas pela plenitude do ciclo de vida, permitindo às gerações mais longevas passar mais tempo com os seus pais e filhos - “*geração sandwich*” - e identificar oportunidades que permitam a criação de novos papéis e responsabilidades para os mais velhos, e que elas próprias consigam recorrer a toda a “*life span strategy*” na alocação das suas atividades e compromissos ao longo dos seus anos de vida. trazendo igualmente benefícios para todas as gerações); (3) o *capital humano* (como já mencionado, privilegia a experiência de vida da pessoa e conhecimento acumulado, em detrimento do foco na idade cronológica).

Conforme, mantemos o nosso foco no modelo, abraçando as conclusões que Rowe e Kahn apresentam nesta sua mais recente publicação de 2015. Os autores veem, assim, nas várias críticas e sugestões ao seu modelo, sugestões e recomendações para o seu futuro trabalho e, embora algumas sejam propostas de mudanças conceptuais ao modelo, acreditam dever ser entendidas como hipóteses a serem testadas, ou predições de causas e consequências do modelo que necessitam ser explorados. Sublinham a relação complexa indivíduo-sociedade como o grande desafio da Gerontologia dos nossos tempos, que após a “*Network on a Aging Society*” em 2007, o envelhecimento da sociedade foi discutido não apenas pelos seus problemas, como potencialidades, bem como as suas implicações no EBS dos indivíduos.

Realçando o terceiro objetivo delineado - o foco no capital humano, Rowe e Kahn (2015), realçam o quanto os mais velhos têm para oferecer nomeadamente o conhecimento acumulado ao longo dos seus anos de vida, a capacidade de simplificar na resolução de problemas, a elevada habilidade para lidar com conflitos, bem como para terem também em consideração as perspectivas de outros grupos etários. Como tal, é precisamente naquele que iremos descrever como um dos pilares do envelhecimento ativo, como já referimos – a aprendizagem ao longo da vida – que, na forma de educação, para os autores, poderá ser um começo nesta mudança de uma ideia de que está somente restrita durante a juventude, mas sim ao longo de todo o ciclo de vida.

1.3. Envelhecimento ativo como quadro de referência político: o foco na participação social

As exigências do envelhecimento ativo/“*active aging*” (OMS, 2002), assente na ideia de um processo que se estende ao longo de toda a vida, a par da referida identidade pessoal e social de cada um, exige ações capazes de espelhar o poder e o controlo individual que os idosos têm sobre a sua vida, ao nível da autonomia, tomada de decisão acerca das atividades do seu quotidiano. Assim, esta abordagem é potenciadora da responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos vários aspetos que caracterizam o seu quotidiano (Fonseca, 2012; Gonçalves et al., 2006). Como contributo, se por um lado Rodrigues de Sousa (2013) evoca o envolvimento com a vida no modelo defendido por Rowe e Kahn (1997), por outro faz emergir a importância da participação social, pilar no modelo do envelhecimento ativo avançado pela OMS.

Na linha do novo paradigma positivo do envelhecimento, Fernández-Ballesteros (2009) fala de envelhecimento ativo como sendo um processo adaptativo ao longo da vida potenciando o funcionamento físico, cognitivo, emocional, motivacional e social. Como sustento deste paradigma, justifica que apesar das perdas funcionais ao nível biológico, este processo, não só bio, mas igualmente psico-sócio-cultural, é descrito por grandes diferenças individuais, como fruto das interações dinâmicas e contínuas da pessoa com o seu meio em mudança. Cita Gould (1977, 1981) ao referir que as diferenças intra e interindividuais não são resultado somente da idade, mas igualmente da interação contínua dos seus aspetos comportamentais e psicológicos com os fatores socioculturais, económicos e ambientais que constituem o meio externo ao indivíduo. Assim, ao abrigo das conceptualizações estabelecidas pela OMS (2002), é apresentada uma abordagem multidimensional acerca dos múltiplos sistemas que influenciam o indivíduo. Trata-se do assumir das múltiplas trajetórias, que os indivíduos envelhecem de formas diferentes a favor de uma enorme variabilidade interindividual, que contraria a ideia dos idosos um grupo homogéneo.

Nesta abordagem de multidimensionalidade e multidireccionalidade dos sistemas que atuam sobre o indivíduo e sobre os sistemas externos a ele mesmo, a OMS (2002) definiu os principais determinantes do envelhecimento ativo. São eles os fatores externos (condições sociais, ambientais, económicas e de serviços sociais e de saúde), fatores comportamentais como sendo pessoais/individuais/ internos (estilo de vida), e os determinantes pessoais, como sendo os fatores biológicos/genéticos e psicológicos (o funcionamento cognitivo, a capacidade de resolução de problemas, a adaptação à mudança, a capacidade de resiliência como uma das

formas de afrontamento). Em simultâneo, são tidos em conta determinantes transversais, como o género e a cultura.

O conceito de envelhecimento ativo passou a ser o mote de muitas políticas governamentais após a publicação do quadro de referência político *Envelhecimento Ativo* concebido pela OMS (2002), tendo sido além do referencial político de muitos países, um contributo para a segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. A Comissão Europeia declara 2012 como o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações*. Com o intuito de facilitar a inclusão dos mais velhos na sua comunidade, o conceito de Envelhecimento Ativo agrega os *Princípios da OMS* para as *“Age-friendly Primary Health Care”* e o *Guia Global “Age-friendly Cities”* (ILC-Brasil, 2015).

Após a sua criação, este quadro de referência de Política incitou a uma mudança de paradigma, desvinculando da visão agarrada à prevenção de doenças e ao cuidado da saúde, estabelecendo o envelhecimento ativo segundo a OMS (2002, p.12) como *“processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”*. Embora a ambiguidade do termo “ativo”, o objetivo seria sublinhar a importância da participação não apenas nas questões físicas e económicas, mas também sociais, culturais, espirituais e físicas. Tratando-se de um orientador, este quadro pretendia segundo o Centro Internacional de Longevidade do Brasil (ILC-Brasil, 2015, p.13) *“possibilitar que as pessoas realizassem o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida e que participassem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades”*. Reformulando a visão do envelhecimento numa perspectiva de curso de vida com vista a um *continuum* de políticas que permitam maximizar a qualidade de vida das pessoas desde o seu nascimento até à sua morte, o conceito de EA concentrou, então, os seus objetivos em três pilares interligados essenciais: *Saúde, Participação e Segurança*.

Volvidos treze anos, com atenção para a realidade da longevidade, na busca pela contextualização do idoso, e antes demais, da pessoa, em tempo e lugar, a inclusão da *aprendizagem ao longo do curso de vida* e a apresentação do novo constructo – a resiliência, parecem sublinhar a preocupação pelo efeito cumulativo das oportunidades e envolvimento tidos. A tónica passou a ser mais acentuada no que diz respeito ao prolongamento da vida profissional, à aprendizagem ao longo da vida, bem como a qualidade de vida dos idosos em condição de fragilidade e dependência, e ainda aqueles que se encontram no final da sua vida. Considera-se necessário sistematizar esta nova roupagem de modo a enquadrar as políticas face

às necessidades e direitos da pessoa desde idades mais jovens, não tendo que haver, posteriormente, um foco pelos direitos do idoso. Deste modo, o Relatório sobre o *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*, pelo ILC-Brasil (2015) pretende vincular as questões do contexto económico, cultural e social de cada indivíduo considerando todas as mudanças que a sociedade, local e mundial, estão a atravessar, nomeadamente a questão do envelhecimento populacional e os avanços tecnológicos que vivemos. É abordada, assim, a necessidade de considerar e enfatizar os direitos humanos dos mais velhos.

Este Relatório de 2015, que se inicia com uma exposição da “*revolução da longevidade*” em termos demográficos, tecnológicos, ambientais, conflitos armados, transições epidemiológicas e a evolução dos direitos humanos, apresenta novamente os três pilares descritos no documento da OMS de 2002, agora com uma roupagem de promoção da resiliência ao longo do curso de vida e com a inclusão de um novo pilar, pela seguinte ordem: *saúde, aprendizagem ao longo da vida/ educação, participação e segurança/proteção*.

De todos os pilares nos quais o envelhecimento ativo está assente, importa-nos no presente enfatizar o pilar da *participação*. A participação é definida neste Relatório de 2015 como sendo muito mais do que ser um cidadão ativo que tem um trabalho remunerado, ela representa o “*engagement*”/”*engajamento*” com todo o tipo de “*causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou espiritual que dê significado à vida e promova um sentimento de realização e pertencimento*” (ILC-Brasil, 2015, p.49). Esta participação resulta assim numa relação positiva com a “saúde positiva” ou “boa saúde” (subjéctiva – relatada pela própria pessoa e objectiva – da juventude à velhice) por potenciar o envolvimento com experiências de valor prazeroso e ser pretexto para estabelecer relações sociais positivas (Seligman, 2012 e Cherry et al., 2013; citados por ILC, 2015). Citada a também sua associação com a diminuição do risco de morte, a participação propícia um bom funcionamento cognitivo e prevenção de estados demenciais, por exemplo, através da continuação do trabalho pós-reforma. Se pensarmos nesta questão do trabalho e da carreira profissional como um componente major da participação e de forte caracterização do indivíduo ao longo do seu curso de vida, muito mais do que a criação de capital social e segurança económica, desencadeia sentimentos de valorização, autoestima, integração e estabilidade social, além do retorno positivo ao nível da saúde.

Segundo Fernández-Ballesteros (2009), ao longo da história do estudo do envelhecimento, além das teorias negativas, como a teoria da desvinculação (Cummings & Henry, 1961; Fernández-Ballesteros, 2000; Lupien & Wan, 2004; Juengst, 2005) referente à diminuição da participação e compromisso social à medida que se envelhece, também são

conhecidas abordagens mais positivas deste processo. Destas, a autora menciona a teoria da atividade de Havighurst (1987) e a teoria da continuidade de Atchley (1989).

Na opinião de Fernández- Ballesteros (2004), este paradigma ativo e positivo do envelhecimento não pretende relativizar a conceção do envelhecimento, da velhice, e dos idosos, pretendendo antes abarcar uma conceção com base quer em perdas como em ganhos, quer a mudança como a estabilidade. Isto é, esta visão positiva admite as condições negativas à medida que se envelhece porém, acredita na plasticidade e modificabilidade do indivíduo ao longo da vida, sendo capaz da mudança mesmo em situações de doença, declínio ou adversidade. Aqui menciona os trabalhos de Baltes e Schaie (1974, 1976) que, numa perspetiva psicológica que assumem que é precisamente essa plasticidade e modificabilidade que dão resultado às referidas diferenças individuais, explicando a multidimensionalidade e a multidireccionalidade do funcionamento humano. Estes princípios foram amplamente testados quer no Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 2005), quer no estudo de Berlim – BASE (Baltes & Meyer, 1999).

Em suma, numa abordagem global a este capítulo, temos boas razões para celebrar o triunfo da longevidade. A visão holística do indivíduo no seu processo de envelhecimento e das múltiplas influências do seu contexto de vida, permitem olhar para este fenómeno de um modo diferenciado e particular. Quer nas várias áreas de atuação sobre o desenvolvimento Humano quer no plano político, assistimos à adoção de um prisma positivo no momento de visionar as dinâmicas deste processo pelo potencial dos mais velhos em contornar as suas perdas, alcançando um envolvimento de sucesso com a sua vida na busca pelos ganhos.

2. A Investigação acerca da participação em atividades sociais

Nesta secção teremos como intuito demonstrar aquele que é o estado da arte sobre a participação dos mais velhos em atividades sociais. Primeiramente com uma análise de estudos com menor possibilidade de generalização na comunidade, partiremos depois para uma análise das principais revisões no domínio com influência da investigação quer para a leitura quer para os efeitos da participação social na vida dos mais velhos.

Acordando na rejeição de uma visão negativa da velhice, Lorda (2001) defende que a organização da personalidade e dos estilos de vida estão na base das adaptações dos indivíduos às circunstâncias ao mesmo tempo que envelhecem. Encontramos unanimidade com os pressupostos de outros autores citados (Baltes & Baltes, 1990; Kahanna et al., 2005; Bastos et al., 2015) ao Lorda (2001) referir um processo adaptativo e transversal a todas as etapas vitais, no qual cada um tem um papel ativo no modo como se ajusta às mudanças que vão surgindo ao nível biológico, em simultâneo com as mudanças também de um meio sociocultural. Partindo das diferenças entre indivíduos, a autora alerta para as diversas formas de encarar estas mesmas mudanças, nomeadamente pelos mais velhos. Introduzindo assim a questão da recreação e ocupação dos mais velhos, se por um lado é possível encontrar pessoas que mantêm uma certa postura passiva e de acomodação, com a maior disponibilidade que a fase de entrada na reforma por norma traz, outras procuram redimensionar os seus papéis, interesses e valorização pessoal.

Do mesmo modo, Rodrigues de Sousa (2013) reconhece a importância da participação social nos mais velhos já que permite disfrutarem do seu tempo, que principalmente depois da reforma passa a ser mais disponível, de forma ativa e agradável. Com o foco na participação social em atividades resultantes da animação sociocultural, especificamente no seio institucional, Rodrigues de Sousa (2013) realizou o seu estudo no domínio da manutenção de relações sociais. Refere, assim, que as atividades devem ser desenvolvidas com o intuito de permitir a participação dos mais velhos e lhes proporcionar sentimentos prazerosos na sua realização.

Apesar das diferenças entre indivíduos mencionadas, Haro, López e Aroca (2015), com o objetivo de investigar a perceção da qualidade de vida em mulheres idosas que frequentam o equivalente a Centros de Convívio na região da Múrcia (Espanha), e a importância de participar

em atividades socioculturais para um envelhecimento ativo, concluíram que as suas participantes expressaram um grau de satisfação elevado com a forma como passam a sua vida.

Também com predominância institucional, Castro e Carreira (2015) analisaram a atitude dos idosos face ao lazer promovido em 7 instituições do município de Maringá (Brasil), identificando também as atividades de lazer realizadas. Seguindo uma abordagem quantitativa de carácter descritivo transversal, a sua amostra foi constituída por 297 idosos, com ambos os géneros nas mesmas proporções, aos quais aplicaram inicialmente o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para garantir que os participantes teriam capacidades para responder às questões do estudo. Recorreram também a um instrumento para levantamento dos dados sociodemográficos dos participantes, e da escala de Atitudes Face ao Lazer, com o propósito de mensurar a atitude dos idosos face ao lazer em termos cognitivos (a boa forma de usar o tempo), afetivos (sensação de prazer e boas experiências com o lazer) e comportamentais (planeamento/organização, oportunidades e recursos para a realização do lazer), num total de 36 itens. Os autores identificaram uma atitude aberta face a novas aprendizagens, mostrando preferência por atividades grupais, e uma atitude globalmente positiva. Contudo, ao contrário de outros estudos que Castro e Carreira (2015) revisaram com a mesma Escala de Atitudes, quando analisaram as suas subescalas separadamente a atitude dos participantes era negativa na dimensão comportamental. Pelo contrário, a subescala cognitiva foi aquela em que encontraram uma média superior. Os autores consideram que o facto das atitudes cognitiva e afetiva, face à participação em atividades, são positivas, estabelecendo ligação com as experiências vivenciadas no passado, resultando na construção de crenças individuais acerca do modo como ocupam o seu tempo.

Relativamente ao tipo de atividades, Castro e Carreira (2015) verificaram aquelas mais realizadas pelos idosos eram as intelectuais, seguido das associativas e as manuais. Citando Marcelino (2010) e Horta (2011), Castro e Carreira (2015) referem que este tipo de atividades permitem potenciar o estímulo cognitivo e os mecanismos compensatórios da rede de relações sociais, permitindo um efeito protetor na perda funcional dos idosos. Em função da idade, os autores verificaram que a participação dos idosos nas atividades de lazer tende a diminuir com o avançar da mesma, estando genericamente associada com a diminuição da capacidade funcional. Por outro lado, constataram ainda que, as condições de saúde, educação e lazer, permitidos pelos rendimentos que a pessoa vai tendo ao longo da vida, poderão ter tido um efeito determinante na conceção do lazer de cada um, influenciando as trajetórias atuais de participação. Sabendo que ao longo da vida o trabalho determinará não só os nossos rendimentos, mas também o tempo que teremos disponível para o lazer, quando se chega ao

período de reforma, nomeadamente no caso dos idosos institucionalizados, o lazer parece tomar domínio da sua grande parte do tempo (Castro & Carreira, 2015; Lorda, 2001).

Com atenção para os grupos de convívio, Kist e Bulla (2014) olharam para esta questão da participação, conscientes de que as diferentes vivências dos mais velhos, além do estilo de vida e do potencial que a sociedade vê em cada um, enquanto determinantes do modo como se envelhece, definem a identidade de cada um. De facto vão mais longe no seu objetivo, assumindo o que mais tarde Rowe e Kahn (2015) destacam como capital humano, ao explorar os contributos deste tipo de participação na garantia dos seus direitos e autonomia. Também Andrade de Sousa (2014) acorda que a participação está intimamente relacionada com a natureza social dos indivíduos e com o seu percurso e envolvimento participativo ao longo do tempo. Consequentemente, os indivíduos somente desenvolverão o seu potencial participativo na sociedade.

Seguindo um método dialético-crítico, no estudo de Kist e Bulla (2014) a amostra incluiu idosos e profissionais do envelhecimento num total de 152 participantes referentes a 24 grupos de três núcleos do município de Porto Alegre (Brasil): 12 grupos referentes ao Município, 9 à Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e 3 à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Com recurso à entrevista semiestruturada, através de um formulário, observação direta e pesquisa documental (arquivos públicos e privados, estatística), na sua amostra havia um predomínio de mulheres nos três núcleos; entre os 71 e 80 anos (Município) e os 50 e 65 anos (Universidades); com um fosso ao nível da escolaridade e dos rendimentos, dependendo do núcleo a que os participantes pertenciam.

Concretamente com respeito à participação social e tomada de decisão dos mais velhos, os resultados que Kist e Bulla (2014) obtiveram, à semelhança de Haro e colaboradores (2015), mostram que a maioria dos idosos acreditam que a dinâmica grupal permite garantir a sua autonomia, pela maior proximidade com realidade na partilha com os seus pares, além de se sentirem capazes de aprender. Especificamente em relação à autonomia, os testemunhos mostraram estar relacionada com as *“experiências e decisões tomadas ao longo da vida”*, parecendo ser na velhice que os participantes se sentem mais predispostos a tomar as *“próprias decisões e mudar o curso de vida”*, através do contacto os outros (Kist & Bulla, 2014, p.163-162).

Os autores entenderam ser a partir das vivências em grupo que os idosos passam a viver à sua imagem, cientes dos seus direitos e do lugar que ocupam na sociedade, deparando-se com uma sensação de maior realização e um estilo de vida saudável e ativo. Citando Pereira (2002) e Marx (1975), Kist e Bulla (2014) explicam que num plano individual, a autonomia resulta da

necessidade de decisão com fim a um objetivo coletivo, requerendo o reconhecimento e a valorização do potencial de que falávamos.

Além do fator protetor face ao isolamento muitas vezes vivenciado nesta fase de vida, este processo de participação para Kist e Bulla (2014, p. 168), à semelhança do estudo de Haro e colaboradores (2015), reflete-se “...na oportunidade de uma vida de relação, de amizade, de companheirismo, de solidariedade e de pertencimento.”.

Mais remotamente, em termos conceptuais, Bordenave (1994), citado por Andrade de Sousa (2014), fez uma distinção da participação em três níveis: (1) a participação passiva (comprometimento na participação) e participação ativa (sentimento de responsabilidade); (2) a participação imposta (os indivíduos são obrigados a participar) e a voluntária (o grupo é criado pelos próprios participantes, nem sempre emerge da iniciativa dos participantes, podendo tratar-se de uma “participação provocada” por indivíduos externos na ajuda em concretizar ou manipular objetivos); e ainda (3) a participação simbólica (os participantes têm uma influência mínima nas decisões, embora julguem que exercem poder) e a real (os indivíduos influenciam os processos da instituição). Naturalmente, a participação torna-se mais genuína quando os elementos do grupo se conhecem bem a si mesmos (Andrade de Sousa, 2014).

Apesar do interesse da investigação pela participação social, parece não existir consenso na sua definição (Rowe & Kahn, 1997; Levasseur, Richard, Gauvin & Raymond, 2010; Adams, Leibbrandt & Moon, 2011), principalmente olhando para os campos da saúde pública e reabilitação (Levasseur et al., 2010). Neste sentido, Levasseur e colaboradores (2010) referem que conceitos semelhantes como “*participation*”, “*social engagement*”, “*social connectivity*”, “*social capital*”, “*social support*”, “*social network*”, “*social integration*”, “*community engagement*”, têm sido indiferentemente usados com a participação social. Como tal, esta falta de organização teórica do conceito para Levasseur e colaboradores (2010), citando Levasseur, Desrosiers e St-Cyr Tribble, (2007), e Field e Jette (2007), levantam algumas questões de fundo:

- (1) Dificuldades de comunicação por parte dos investigadores e na comparação dos resultados derivados desta ampla gama de conceptualizações e escalas de medida;
- (2) Problemas no desenvolvimento e seleção de instrumentos para medir a participação social;
- (3) Insuficientes esforços políticos a este nível;
- (4) Análise inconsistente, principalmente no contexto clínico, podendo levar a intervenções incompletas ou inapropriadas.

Conforme, há sensivelmente sete anos, Levasseur e seus colaboradores (2010) pretenderam apresentar no seu estudo um inventário e análise de conteúdo das diferentes definições de participação social dos mais velhos, com vista à proposta de uma taxonomia da participação em atividades sociais. Com atenção para as publicações nos últimos mais de 20 anos, à data da sua pesquisa (2009), realizaram uma pesquisa em 4 bases de dados – *Medline, CINAHI, AgeLine e PsycInfo* – com termos como “*aging OR ageing OR Elderly OR Older OR Seniors AND Community involvement/participation OR Social engagement/involvement/participation*” – chegando a um total de 43 definições. Excluíram os artigos que não estivessem publicados em inglês ou francês, bem como os que focavam a participação num contexto específico (centro sénior ou voluntariado). Por outro lado, restringiram-se aos resultados referentes a estudos empíricos, de revisão ou conceptualização, e aqueles que apresentassem uma definição de participação social, na qual se focaram. Selecionadas as definições, para análise do seu conteúdo Levasseur e colaboradores (2010) recorreram a 7 pronomes interrogativos predeterminados - *quem, como, o quê, onde, com quem, quando, e porquê* – de modo a identificar as dimensões críticas do conceito, quer pela participação social, quer pela atividade adjacente. Após identificadas as dimensões comuns, os autores partiram para a próxima fase, a taxonomia, através da análise da atividade social em função das dinâmicas interpessoais na sua base, ou seja, aquelas onde há interação direta com outros, com o fim de as classificar.

É com base no trabalho de Levasseur e colaboradores (2010) que justificamos o uso dos termos “atividades sociais” no nosso estudo, agregando todo o tipo de atividades que as pessoas desenvolvam ou considerem desenvolver com os outros. Também para Levasseur e colaboradores (2010), o principal foco prendeu-se com o entendimento das atividades sociais como o tipo de atividades mais frequentemente, significativa e analisada na sua revisão entre as diferentes definições de participação social. Consideram, por isso, tratar-se dum processo analítico muito complexo para entender exatamente como as atividades são realizadas pelas pessoas, com recurso a um quadro teórico sistemático, para Levasseur e colaboradores (2010), um exercício conceptual semelhante ao de Polatajko e colaboradores (2007).

De igual modo, já em 1997 Rowe e Kahn falavam desta falta de clareza sobre aquilo em que consiste uma atividade produtiva, dizendo que também na época muitos estudos utilizam uma definição abrangente que incluía todas as atividades, remuneradas ou não, embora resultantes em produtos ou serviços de valor económico (Khan, 1986; Herzog et al., 1987/1989; citados por Rowe & Kahn, 1997). Sobre este tipo de atividades, Rowe e Kahn (1997) citam um estudo realizado à responsabilidade da *Americans Changing Lives (ACL)*, onde concluíram que, contrariamente à ideia da velhice como sendo não produtiva, muitos idosos podem contribuir

produtivamente de vários modos, apesar de com maior peso ao nível da prestação de auxílio e trabalho voluntário não remunerado, do que pelo emprego remunerado. Quer os estudos (longitudinais e transversais, ou complementares) da ACL, quer da *MacArthur*, levantam para os autores questões determinantes sobre a produtividade na idade avançada, tais como: a *capacidade funcional* - pessoas com elevado funcionamento físico e cognitivo estão três vezes mais predispostas para realizar trabalho remunerado, e duas vezes mais para realizar voluntariado, avançando que (à exceção de cuidar de crianças) a condição funcional também influencia a quantidade desse trabalho desenvolvido; a *educação* – o nível da educação é preditivo do comportamento produtivo (remunerado ou não) desempenhando um papel preponderante na ocupação e no rendimento (descritos como influências *major* no curso de vida), repercutindo nos valores e nos hábitos que se estendem à velhice no modo de comportamento produtivo com elevada condição funcional e “*engagement with life*”; e a *autoeficácia/ mestria* (“*mastery*”) e *controlo* – relativos à realização de atividades na velhice, mostrando que ao aumento da mestria está associado a aumento da produtividade, e vice-versa.

Ao mesmo tempo que a pessoa é levada a alcançar objetivos pessoais, profissionais, e públicos, a participação social também garante o seu desenvolvimento e contribuição para a sociedade (Levasseur et al., 2010; Rowe & Kahn, 2015). Como já vimos, representa igualmente oportunidades para o envolvimento das pessoas em atividades com significado na vida, desenvolver relações de proximidade, e manter papéis valorativos, incluindo ajudar os outros (Lorda, 2001; Levasseur et al., 2010; Rodrigues de Sousa, 2013; Rowe & Kahn, 2015; Haro et al., 2015). Por outro lado, da desconstrução resultante da análise no levantamento levado a cabo por Levasseur e colaboradores (2010), foram identificados outros elementos sobre a participação social:

- (1) Pode ser um resultado, objetivo/subjetivo, e requer a interação entre fatores pessoais e ambientais;
- (2) É um processo que reflete a idade, género, e identidade sociocultural, requerendo, por isso, de um ajustamento às normas sociais e culturais (os autores referem ter somente encontrado em 3 definições os aspetos culturais da participação social);
- (3) Pode ser influenciada pelos contextos políticos, económicos e comunitários (destacados em algumas definições);
- (4) Envolve as escolhas da pessoa, e está em harmonia com a sua identidade.

Na verdade, consideramos estar perante um importante e diferenciador contributo com que Levasseur e colaboradores (2010) nos presenteiam, nomeadamente no que se prende com

a taxonomia desenvolvida para as atividades sociais (*o quê* do seu estudo). Para os próprios poderá ser útil em localizar o foco da investigação futura e na clarificação das dimensões específicas da participação social. Na sua construção, Levasseur e colaboradores (2010, p. 2145) confinaram-se a dois elementos fulcrais na exploração das atividades sociais, selecionados com base nas dimensões comuns identificadas na análise do conteúdo e no contributo para a distinção das atividades sociais: (1) os “*níveis de envolvimento (como)* do indivíduo (*quem*) com os outros (*com quem*)” e (2) os “*objetivos destas atividades (porquê)*”. As dimensões respeitantes ao *onde* e *quando*, uma vez que não foram úteis nesta discriminação, não foram consideradas pelos autores para criar a taxonomia. Acordaram, portanto, que as mesmas atividades podem muitas vezes ter lugar em ambientes diferentes, em qualquer momento do dia, e com diferente frequência.

Maioritariamente, as definições de participação social analisadas por Levasseur e colaboradores (2010) focavam o envolvimento da pessoa nas atividades, possibilitando interações com os outros na sociedade e na comunidade. Dependendo do principal objetivo destas atividades, de proximal para distal, os autores identificaram seis níveis de envolvimento do indivíduo com os outros (conforme, p. 2146):

- (1) “*Realizar uma atividade como preparação para conviver com outros;*
- (2) *Estar com outros;*
- (3) *Interagir com os outros sem estar a realizar uma atividade em específico;*
- (4) *Realizar uma atividade com os outros;*
- (5) *Ajudar os outros;*
- (6) *Contribuir para a sociedade.”*

Para melhor nos enquadrarem na sua taxonomia, Levasseur e colaboradores (2010) mencionam que estes níveis são discutidos num *continuum* que permite distinguir a participação social (do nível 3 ao 6) desde conceitos correspondentes, embora diferentes, como a participação (do nível 1 ao 6) e o envolvimento social (“*social engagement*”) (do nível 5 para o 6).

Tal diferenciação é possível através, quer do *nível de proximidade* do indivíduo no envolvimento com os outros, de proximal a distal, vai desde sozinho-nível 1, em paralelo-nível 2, e até à interação com a comunidade-nível 3 a 6), quer dos *objetivos das atividades* (de proximal a distal, vão desde as necessidades básicas-níveis 1 e 2, necessidades socialmente orientadas-nível 3, orientado para as tarefas/trabalho-nível 4, ajudar os outros-nível 5, e orientado para a sociedade-nível 6).

Na diferenciação da taxonomia pelo *com quem*, as atividades podem ser realizadas sozinho (nível 1 e 2), com outros (nível 4 e 5), ou para outros (nível 5 e 6). Todos os níveis estão

ao abrigo do conceito de participação social, mas os níveis 5 e 6 estão particularmente abarcados ao conceito de “*social engagement*”. Como tal, o nível 5 é referente às atividades a partir das quais o indivíduo ajuda os outros, por exemplo, tornar-se um cuidador ou voluntário. No nível 6, a pessoa contribui mais amplamente para a sociedade (atividades cívicas), por exemplo festas políticas e organizações.

Acordando com os princípios da OMS (2002), nomeadamente sobre o pilar da participação social, que anteriormente citamos, além de ter vindo a ser o foco de muita investigação empírica neste domínio e, conseqüentemente, um forte contributo para o desenvolvimento da Gerontologia (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2017). Com efeito, tem constituído uma componente chave em muitos dos modelos conceptuais do funcionamento Humano e do envelhecimento bem-sucedido (Djikers, 2008; McPherson, 2004; citados por Levasseur et al., 2010).

Pouco tempo depois, em Portugal, no âmbito sociológico, Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques (2013) despertam também essa atenção pela participação social. Com base nalguns autores citados próprios (e.g. Groenou & Deeg, 2010), apresentam à cabeça dois tipos de participação social – a formal e a individual. Abordada numa lógica a que chamam de capital social, o nível de participação social dos indivíduos pode, então, seguir um (1) padrão formal – quando as atividades em que os indivíduos participam se fazem reger por domínios e objetivos específicos de forma organizada (políticos, religiosos ou cívicos); (2) ou informal – como resultado de uma participação menos uniforme em atividades não estruturadas.

Conscientes das suas leituras empíricas, Cabral e colaboradores (2013) referem que, apesar da tendência de diminuição da participação social à medida que se envelhece, parece haver uma diferenciação entre os idosos mais jovens e os idosos mais velhos. Se os primeiros demonstram um certo aumento do seu nível participativo, quando atingem o segundo grupo voltam a reduzir os seus níveis participativos. Explicam este facto com a *necessidade de reestruturação de objetivos na fase de vida* após a reforma, pela maior necessidade de ocupação de tempo livre.

Contudo, além do fator etário, referem que outros *fatores sociodemográficos* ser determinantes nos níveis de participação – *género, escolaridade, estado civil* e ainda *localização geográfica*. Da sua revisão, constata-se que a participação apresenta: (1) níveis superiores nos homens em comparação com as mulheres, sobretudo aqueles com escolaridade elevada; (2) as pessoas casadas ou em união de facto são aquelas que maior tendência têm para participar; (3) Portugal, enquanto país do sul da Europa, mediante dados da Comissão Europeia de 2012

(*Eurobarometer e Eurostat*), faz parte dos países onde a participação social é mais baixa em comparação com os países nórdicos.

Como tal, na conceptualização desenvolvida por Cabral e colaboradores (2013), guiaram-se por dois indicadores de análise para cada dimensão.

Na *participação formal*, recorreram por um lado à *pertença associativa*, e por outro, à participação em *atividades organizadas para os reformados*.

Sobre a *participação associativa*, constatam que fazer parte de associações como sindicatos, partidos políticos, associação de pais ou de moradores, foi mais recorrente no passado dos indivíduos inquiridos, do que atualmente, sugerindo por isso, uma descontinuidade sobre este tipo de participação. Esta descontinuidade permanece também para a pertença em associações culturais, ou associações relacionadas com causas sociais/comunitárias (defesa de património/ambiental, solidariedade social), verificando um aumento do nível de participação relativamente ao passado das pessoas inquiridas. Os autores explicam este facto devido ao tipo de pertença que caracteriza a fase do curso de vida em que a pessoa se encontra, ou seja, se a pessoa se encontra em fase de reforma ou se os filhos já concluíram a sua formação escolar base. O envolvimento com outro tipo de instituições ou associações vai, por isso, ao encontro da necessidade de redirecionar os seus objetivos de vida consoante a fase que estão a viver. Sobre esta participação associativa, os autores referem, além da maior participação por parte dos homens, e da semelhança no que toca à participação em associações comunitárias (sindicatos e culturais), a diferença sobre o tipo de associações: as mulheres parecem dar preferência a associações de cariz solitário e social, já os homens a associações do tipo desportivo. Por outro lado, em relação ao estado civil, continuam a ser as pessoas casadas com maior participação, sendo que os que estão separados/divorciados procuram, principalmente, sindicatos, associações culturais e desportivas. Quanto ao estado profissional, os autores concluíram que são precisamente os reformados aqueles que têm preferência por associações de atividades ao ar livre, culturais e de solidariedade social. Ao contrastarem com outros autores Cabral e colaboradores (2013) concluem também que é junto de indivíduos mais jovens (50-64 anos) que se encontram maiores níveis de pertença associativa em comparação com os mais velhos (75 ou mais anos), demonstrando, genericamente, a diminuição da participação à medida que as pessoas envelhecem. A maior permanência numa associação, com o desempenho de algum cargo nessa mesma associação, as pessoas mais velhas, comparativamente com as mais novas, exercem esse cargo há mais tempo (mais de 5 anos), tendo uma escolaridade inferior e já se encontram reformados.

Na *participação em atividades orientadas* para o que os autores denominam “terceira idade” ou “reformados”, ao qual iremos privilegiar o termo “reformados”, uma segunda dimensão na leitura do que Cabral e colaboradores (2013) categorizam de participação formal, do total de indivíduos inquiridos referem que um quarto participam em pelo menos uma associação que promove este tipo de atividades. Considerando o total da amostra, numa ordem decrescente, os autores verificaram que as organizações com maiores níveis participativos são: igrejas ou centros paroquiais, Juntas de Freguesia, associações recreativas, serviços municipais, e por último, em menor escala, as Instituições Particulares de Segurança Social, os Centros de Dia, o Inatel, as Universidades seniores e outras organizações paralelas. Em termos de género, as mulheres parecem participar mais nas referidas atividades religiosas e ligadas às universidades seniores, enquanto os homens parecem participar mais em atividades relacionadas com as coletividades recreativas. Quando realizam a diferenciação dos idosos por idade, o dos idosos mais jovens (65-74 anos) e dos idosos mais velhos (mas de 75 anos), o primeiro grupo estava mais associado aos serviços autárquicos e municipais ou a coletividades recreativas, e o segundo grupo mais ligados às referidas atividades religiosas/paroquiais. Em termos de escolaridade nos grupos em estudo, os autores não encontraram diferenças significativas, porém os indivíduos com maior escolaridade parecem concentrar-se em atividades de carácter municipal e de solidariedade. Mais uma vez, além dos viúvos, os casados são os que mais participam nestas atividades, e, tratando-se de um estudo que abrange outros grupos etários, naturalmente que os reformados são os que registam maior participação na generalidade deste tipo de associações. Sobre o tempo de dedicação a uma associação ou organização, a que traduzimos por continuidade de uma dada atividade, as atividades religiosas ou paroquiais são as mais referidas, seguidas das coletividades recreativas, serviços municipais e autárquicos. Cabral e colaboradores (2013) sublinham as diferenças significativas entre as pessoas com escolaridade mais elevada (superior) em comparação com os que têm mais reduzida (básica) no que se referem às atividades no seio das coletividades recreativas e das universidades seniores.

Por outro lado, na *participação informal*, embora Cabral e colaboradores (2013) refiram que a maioria dos indivíduos não assumam formas informais de participação social, a análise é desdobrada em *participação em grupos*, por um lado, e na *prestação de cuidados* (crianças ou idosos), por outro.

A *prestação de cuidados*, a crianças ou adultos, de forma não remunerada, foi uma tipologia pouco aprofundada no estudo de Cabral e colaboradores (2013). Notaram uma prestação diferenciada de cuidados a crianças e adultos, no entanto, coexistem aspetos comuns,

tal como serem as mulheres e os adultos mais novos aqueles que mais realizam esta atividade, bem como, os cuidadores que referem ter uma rede pessoal maior, onde aqui contrariamente à tipologia seguinte, é a dimensão da rede o fator influenciador.

Sobre a *participação em grupos*, apesar da amostra do estudo de Cabral e colaboradores (2013) ter reunido poucos indivíduos que participem nestes grupos informais, dos que participam, a maioria revela uma assiduidade semanal com o objetivo de conviver ou realizar uma atividade em grupo, sendo mesmo o tipo de participação que os autores consideram ter mais frequência. A maioria é predominantemente realizada por homens, e é menos recorrente no grupo dos idosos mais velhos (75 ou mais anos), e nos inquiridos que eram analfabetos. Este tipo de participação conta com mais pessoas que estão divorciadas e em situação profissional ativa. Numa ótica de redes pessoais dos indivíduos, este tipo de participação parece ser potenciado pela composição desta rede, já que sempre que as pessoas mencionaram ter uma rede pessoal predominantemente não familiar, o nível participativo era superior. O nível de escolaridade dos indivíduos parece ser a única variável associativa que revela diferenças significativas, sendo os inquiridos menos escolarizados aqueles que revelam uma maior assiduidade em grupos de convívio, bem assim, aqueles que relatam uma rede pessoal marcadamente não-familiar.

Com uma leitura categórica mais diretamente transportável que a taxonomia de Levasseur e colaboradores (2010) sobre a participação social, Cabral e colaboradores (2013) auxiliam numa visão mais ampla e com maior associação sobre as variáveis sociodemográficas, das quais os efeitos de género e escolaridade se sobressaltam. De fato, se quando é discutida a participação formal são os homens e as pessoas com mais elevada escolaridade que apresentam maiores níveis de realização destas atividades organizadas. Por outro lado, quando o campo de discussão passa para a participação informal, deixando conotar uma certa ideia de confirmação dos papéis de género socialmente impostos, tal como os autores sugerem, são as mulheres e as pessoas que têm um nível de escolaridade mais baixo que mais estão envolvidas na realização neste tipo de atividades, nomeadamente a prestação cuidados.

Mais recentemente, considerando a produção científica dos cerca de últimos 15 anos (desde 2001), Pinto e Neri (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura com fim a identificar as trajetórias da participação social na velhice, em termos de níveis de participação, bem como, as teorias explicativas que mais recorrentemente se utilizam. Durante o período de janeiro a fevereiro de 2016, pesquisaram em algumas bases de dados – *MEDLINE/PubMed*, *SciElo* e *Web of Knowledge* – com uso de termos um pouco semelhantes ao estudo de Levasseur

e colaboradores (2010): “*social participation*”, “*social engagement*”, “*social involvement*” e “*social activities*”, cruzados com “*seniors*”, “*elderly*”, “*older adults*”, “*older people*” e “*aging*”.

De facto, torna-se cada vez mais evidente o refinamento da investigação neste domínio, e uma crescente aproximação da leitura que pretendemos para o sentido da participação social na velhice. O refinamento de que falamos está, desde logo, patente na inclusão preferencial de Pinto e Neri (2017) por estudos longitudinais, publicados em português, inglês ou espanhol, considerando tanto idosos como adultos de meia-idade saudáveis, a mínima condição atendível em que nos situamos. Pelo contrário, os autores excluíram todos os estudos que não correspondessem a este *design*, bem assim aqueles de abordagem qualitativa, de revisão, ou que se tratassem da validação de instrumentos. Em relação ao público-alvo dos estudos não se consideraram quer cuidadores, quer idosos institucionalizados ou hospitalizados. Naturalmente os artigos que se repetiam em mais que uma das bases de dados eram considerados uma única vez, sendo que numa primeira seleção os autores basearam-se somente no título e resumo dos artigos, procedendo somente numa fase seguinte à leitura integral com aqueles que foram os estudos preliminarmente selecionados. Das referidas leituras integrais, Pinto e Neri (2017) consideraram, então, um total de 31 estudos longitudinais, a partir dos quais os autores reportam as principais características, atendendo a: *seguimento, participantes, indicadore(s) (tipos) de participação social*, bem assim os *resultados de interesse*.

A proliferação científica encontrada foi predominante entre 2009 e 2015, com origem nos EUA e na Alemanha. Pinto e Neri (2017) encontraram em cerca de 50% dos estudos conclusões em que o aumento, a diminuição ou a manutenção dos *níveis de participação* estavam associados à *incapacidade, declínio cognitivo ou demência*. Além destes aspetos, notamos que, pelos principais resultados que os autores tabelaram sobre cada estudo, a *redução do envolvimento e participação social* dos participantes está, na maioria associado: ao *avançar da idade e idade avançada, a problemas de saúde, declínio motor, a deixar de conduzir, a falta de recursos ambientais e pessoais, à reforma tardia, a uma pior condição cognitiva*.

Pinto e Neri (2017) dividem, assim, os resultados da análise da sua revisão em dois tópicos: (1) as *trajetórias sobre a participação social na velhice*, e (2) as *teorias utilizadas*.

Sobre o primeiro - acerca da redução, aumento ou diminuição dos níveis de participação - dos 31 estudos incluídos: a grande maioria (21) teve como resultados a diminuição dos níveis de envolvimento social à medida que as pessoas envelhecem; 5 estudos reportaram uma continuidade dos níveis de envolvimento entre a meia-idade e a velhice e, por isso, projetam as experiências tidas ao longo do curso de vida na manutenção desse padrão de atividades; e

apenas 3 estudos constaram um aumento dos níveis de envolvimento social, nomeadamente no início da velhice até aos 75 anos.

Acerca do segundo tópico, das principais teorias gerontológicas utilizadas pelos autores, consideradas por Pinto e Neri (2017), explícita ou implicitamente presentes no contexto dos estudos, a *teoria da atividade* foi a mais citada, com um estudo a usá-la implicitamente, e 16 de forma explícita. A *teoria da seletividade socioemocional* foi a segunda teoria mais referida de modo explícito em seis estudos, não tendo sido encontrado nenhum estudo que a mencionasse de modo implícito. As *teorias da continuidade/lifecourse* e a *teoria da desvinculação*, esta última sem nenhuma referência explícita, foram as teorias menos mencionadas.

À semelhança de outros autores (Adams, Leibbrandt & Moon, 2011; Levasseur et al., 2010) também Pinto e Neri (2017), com a sua revisão sistemática no âmbito da participação e envolvimento social dos mais velhos, encontraram uma heterogeneidade nos estudos que analisaram, basta pensarmos desde logo nos diferentes contextos socioculturais de origem e diversas metodologias adotadas (características dos participantes, proporções de género – na maioria composta por mulheres ou uma minoria de estudos em que só comportavam um dos géneros em análise, instrumentos e condições em que a participação social foi avaliada), e naturalmente variações nos resultados obtidos. Como explicação, com principal realce para o meio cultural dos participantes em estudo, Pinto e Neri (2017) alertam para os diferentes recursos e as próprias oportunidades e tendências para a participação inerentes a cada país e até localização geográfica, encontrando alguns aspetos diferenciadores no tipo de atividade em investigação. Sobre estes determinantes diferenciadores, Levasseur, Cohen, Dubois, Généréux, Richard, Therrien e Payette (2015) concluíram sobre a necessidade de adotar medidas específicas face ao contexto de participação em que as pessoas estão inseridas (metropolitano, rural ou urbano), nomeadamente pela necessidade de intervenções de saúde pública considerarem os fatores ambientais. No mesmo ano, com uma diferenciação de contextos mais aprofundada Berg, Kemperman, Kleijn e Borgers (2015) com o seu estudo chegaram a três classificações para diferentes locais de interação social de participação social – socializadores domésticos, socializadores de terceiro lugar, e socializadores de centros comunitários – para as quais os testes estatísticos utilizados (ANOVA e Qui-Quadrado) encontraram diferenças significativas com diversas características pessoais, e sociodemográficas mediante cada segmento. Neste sentido, além da necessidade de atender ao contexto de participação, o estudo de Berg e colaboradores (2015) atenta igualmente para as diferentes características pessoais nos padrões de participação social dos mais velhos.

Do mesmo modo, Pinto e Neri (2017), corroborando com o que Cabral e colaboradores (2013) encontraram no contexto específico português, verificaram também uma diferenciação de género já que, sobre a trajetória de participação tendencialmente mais frequente ser a de diminuição dos níveis de envolvimento social ou o estreitar das relações interpessoais, se os homens deixam de realizar atividades relacionadas com o trabalho ou a questões políticas e cívicas, por seu lado, as mulheres deixam de realizar atividades de cariz comunitário.

Adicionalmente, além da evidente causa do avançar da idade, aspeto unânime nos resultados a que a investigação deste campo nos leva (Cabral et al., 2015; Pinto & Neri, 2017), Pinto e Neri (2017) encontraram também nos eventos normativos da idade dos participantes, próprios das fases de vida mais avançada, outros eventos agudos, nomeadamente em termos de saúde parecem estar na origem dessa redução ou quebra da participação. Nesse sentido, a participação em atividades sociais mostrou-se como uma espécie de *marcador de saúde, funcionalidade e mortalidade*, constituindo um *efeito protetor* quer de estado demenciais, quer de declínio cognitivo, onde atua em simultâneo como um *marcador precoce* desse declínio pelos resultados de estudos que associam um menor desenvolvimento cognitivo a menores índices de envolvimento.

2.1. Da participação social ao “social engagement”

O maior entendimento e investimento da investigação sobre o que Pinto e Neri (2017) chamam de comportamentos sociais nos mais velhos a que chegamos, permite-nos, com base nos eixos teóricos traçados no tópico do envelhecimento, estabelecer pontes para o que Rowe e Kahn (1987/1997/2015) consideram de “*engagement with life*”, precisamente numa ótica de envelhecimento bem-sucedido. Com a sua revisão, Pinto e Neri (2017) consideram um forte enriquecimento para a teoria e prática da Gerontologia já que, a par da taxonomia de Levasseur e colaboradores (2010), chegamos a um nível de compreensão e análise superior sobre o envolvimento dos mais velhos.

Ainda que predominantemente alicerçados na teoria da atividade, possivelmente por uma ainda inconsistente relação com os pressupostos e referências teóricas postuladas por autores de referência na Gerontologia Social (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1987,1997,2015; Kahanna et al., 2005; Fernández-Ballesteros, 2004/2009), nomeadamente no âmbito do envelhecimento ativo e bem-sucedido, dos 31 estudos que Pinto e Neri (2017, p.270)

analisaram, sobre os benefícios de participar em atividades sociais, retiram a máxima de que *“quanto mais ativo melhor”*.

Conforme os resultados da investigação de Pinto e Neri (2017), enunciados no tópico anterior, elevados níveis de participação em atividades está associada à manutenção da funcionalidade física e cognitiva, e à redução do risco de mortalidade. Apesar de que nos diferentes rumos para as trajetórias encontradas, a diminuição dos níveis participativos tenha sido a mais frequente, dos poucos estudos em que os autores detetaram uma manutenção dos referidos níveis durante a velhice, apontam para uma manutenção das experiências tidas ao longo da vida. Tal realidade já havia sido notada também, embora com frequência inferior, na revisão de Adams, Leibbrandt e Moon (2011).

O estudo de Adams e colaboradores (2011) tratou-se de uma revisão crítica da literatura acerca das atividades sociais e de lazer e o bem-estar na velhice. O objetivo foi realizar uma *“revisão da conceptualização e medição da atividade nos mais velhos e das associações relatadas na literatura gerontológica entre as dimensões específicas da atividade do bem-estar.”* (Adams et al., 2011, p.683). Em termos específicos, pretenderam *“ identificar os domínios da participação nas atividades sociais e de lazer, os métodos usados para medir a atividade na velhice, bem como a evidência existente na relação entre a participação nestas atividades e o bem-estar subjetivo, saúde e sobrevivência na velhice.”* (Adams et al., 2011, p.686).

À semelhança dos procedimentos de pesquisa de outros estudos que analisamos (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2017), Adams e colaboradores (2011) realizaram a sua pesquisa em 5 bases de dados eletrónicas - *PsycInfo, AgeLine, Medline, Academic Search Premiere e CINHALL* – assim como a lista de referência do artigo para artigos de investigação originais publicados em inglês em revistas peer-review, com foco neste tipo de atividades entre idosos, não institucionalizados, entre 1995 e 2009. Apesar do recurso a uma tipologia mais específica de atividades, na sua pesquisa os autores utilizaram os seguintes termos de pesquisa: *“activity”/“social activity”/ “leisure activity”/“recreation”/“theory activity”*; *“older adult”/ “age”/ “ageing”/“seniors”/“elder”*; *“welllbeing”/“health”/“mental health”*. Como critérios de inclusão, o estudo precisou de uma medida de atividade e/ou lazer nos mais velhos, e um modelo de relação entre as atividades e outras variantes, com um foco no bem-estar subjetivo ou na sobrevivência. Os autores incluíram também estudos transversais e longitudinais, selecionando apenas aqueles com covariantes estatísticas e/ou agrupamento de variáveis, nomeadamente, aquelas associadas ao bem-estar, saúde ou sobrevivência.

Por outro lado, omitiram os estudos que analisavam somente atividade física ou atividade produtiva (como o voluntariado ou trabalho remunerado), e não incluíram a crescente

literatura sobre os efeitos da participação na atividade de funcionamento cognitivo, já que os autores consideram que as habilidades cognitivas são bastantes diferentes do bem-estar subjetivo ou sobrevivência. Após a fase de pesquisa e seleção, assim como leitura integral dos estudos selecionados, codificaram segundo as várias características metodológicas: *“tamanho e composição da amostra; design do estudo; domínios da atividade/ participação social e as atividades individuais medidas; medidas de bem-estar, saúde e sobrevivência; variáveis moderadas testadas; variáveis de resultado relacionadas ao bem-estar, saúde e sobrevivência; conclusões relevantes na relação entre participação social e lazer ao bem-estar, saúde ou sobrevivência.”* (Adams et al., 2011, p.687). Relativamente aos resultados, a base de dados final incluiu 42 estudos, mencionados em 44 artigos de jornal *peer-review*, dos quais 24 eram estudos transversais e 18 longitudinais (de 4 a 20 anos).

Em termos conceptuais, definiram os domínios da atividade como categorias usadas na avaliação/medição da atividade na velhice. Mencionam, por exemplo, que dentro do social, lazer e produtivo, são abarcadas uma diversidade de atividades individuais. Referem que nem todos os estudos analisados identificaram todos estes domínios, sendo que entre os 42 o foram identificados de 1 a 13 domínios. Pelo fato dos investigadores utilizarem diferentes nomes para um mesmo constructo, os autores do estudo agruparam domínios semelhantes em 7 domínios: Social (algumas vezes muito mais específico que Informal ou Formal), lazer, produtivo, físico, intelectual/cultural, solitário, espiritual/prestar apoio a outros. Mencionam ainda qualidade/satisfação, para os estudos que incluem tipo de avaliação da qualidade ou satisfação acerca da participação. Em específico no caso das atividades de lazer, os autores referem tratar-se de um domínio que pode apresentar muitos propósitos, sendo que o seu principal objetivo de realização prende-se somente com o disfrute da pessoa, implicando por isso *“something done by choice”* (Adams et al., 2011, p.698).

Dos estudos revistos, os autores citam que recaíram em 2 grandes categorias no modo como os domínios de atividade derivam: por um lado um domínio pode ser criado *à priori*, recorrendo a um conhecimento prévio acerca dos estilos de vida dos mais velhos de determinada perspectiva acerca das propriedades da atividade que lhes são mais importantes, aplicando um critério de validação para remeter as atividades nas categorias. Por outro lado, métodos empíricos como é o caso da análise fatorial que categoriza as atividades em conjunto de acordo com os mesmo indivíduos, resultando no agrupamento de atividades sem associação que tendem a co-variarem em certos tipos de indivíduos, os autores dão como exemplo, pessoas que gostam de ler podem também gostar de jardinagem – tratam-se ambas de atividades solitárias, no entanto, variam os níveis de exigência e benefícios de cada uma para o corpo e a

mente. Um problema comum encontrado em alguns dos estudos revistos pelos autores, mostra que a variabilidade na forma como a atividade e o envolvimento com a vida são operacionalizados e avaliados/medidos, tornam a interpretação da literatura problemática. O problema apontado, segundo o estudo de Kerby e Ragan (2002) citado por Adams e colaboradores (2011), parece residir no fato de ser dada pouca importância à classificação das atividades, resultando na ausência de uma classificação de base empírica. Para Adams e colaboradores (2011), uma avaliação com sucesso das atividades sociais e de lazer nos mais velhos, deveria passar por incluir: (1) os domínios que abrangem estas atividades, e (2) a clareza e exclusividade das categorias utilizadas, como podem ser ter significado e relevância teórica as distinções e dimensões.

Nesta mesma linha de continuidade, embora com relação à redução da participação, Adams e colaboradores (2011) referem o estudo de Bukov, Maas e Lampert (2002) a ideia de que na velhice uma das adaptações que se destaca é a seleção e preferência por participar em atividades menos exigentes, havendo em simultâneo uma continuidade do padrão de participação que a pessoa teve ao longo da sua vida. Do mesmo modo, o aumento do envolvimento social encontrado noutros resultados, ainda que sendo uma trajetória descrita em raros estudos analisados, parece ser igualmente um sinal de adaptação e seleção aquando do período de passagem para a reforma em busca da manutenção dos níveis de funcionamento.

Dando especial atenção aos estudos modelos de classificação da atividade melhor conceptualizados, verificaram que estes combinam pelo menos 2 dimensões de atividades no seu método de avaliação/medida (*"measurement scheme"*), exemplificando com os estudos de Everard e colaboradores (2000) e Lennartsson e Silverstein (2001), em que ambos diferenciaram de forma eficiente o conteúdo, função e os aspetos exigidos, bem assim uma dupla categorização das dimensões usadas (social-solitário). Apontam ainda como exemplar, ou mesmo como o que apresenta uma das melhores estruturas de categorização, o estudo de Maier e Klumb (2005), em que as atividades de reabilitação/manutenção (*"regenerative activities"*) são distinguidas das atividades realizadas por escolha própria (*"discretionary activities"*), sendo que os domínios de atividade resultantes foram *"regenerative"*, *"productive"* e *"consumptive"*, considerando as dimensões de escolha e função (Adams et al., 2011, p.700).

Sobre este envolvimento social, que segundo as conclusões de Pinto e Neri (2017, p.271), onde usam o termo comportamento social, constitui um *"processo contínuo, dinâmico, complexo e multifacetado, assumindo diversas trajetórias ao longo da vida e na velhice, de acordo com os aspetos pessoais e contextuais"*. Esse comportamento estará tão mais associado

à *saúde e bem-estar* dos mais velhos, quanto maior for o envolvimento com atividades sociais na sua comunidade e melhor ajustadas forem as suas redes de relacionamentos. Como tal, os autores sugerem discussões no plano do desenvolvimento de políticas e intervenções que abarquem não somente os benefícios da participação, bem assim os fatores que estão na origem da não participação dos mais velhos, com vista a um envelhecimento bem-sucedido.

Também Adams e colaboradores (2011) evidenciaram uma associação positiva entre a participação e o bem-estar subjetivo, saúde ou sobrevivência, sendo as atividades sociais as que estabeleciam maiores associações. Muitos dos estudos verificaram mostraram associações distintas a este nível, quer pelo tipo de atividade, quer pelo tipo de características pessoais, como o género. Outros encontraram associações em domínios ou atividades específicas, ou utilizaram medidas gerais de participação nas atividades, como por exemplo uma categoria geral de lazer.

Adams e colaboradores (2011) referem que os diferentes efeitos da atividade em tipos específicos de variáveis de bem-estar ou saúde foram o foco da grande parte dos estudos que analisaram na sua revisão. Adams e colaboradores (2011) exemplificam este facto com três dos estudos analisados: (1) o estudo de Ritchey, Ritchey e Dietz (2001) que recorreram a 9 medidas individuais para diferentes aspetos do bem-estar para mostrar que as atividades sociais informais influenciavam positivamente o maior número de medidas de bem-estar; (2) Warr, Butcher e Robertson (2004) que evidenciaram que as atividades familiares/sociais, casa/jardim e igreja/caridade, foram em grande parte associadas ao bem-estar afetivo e à satisfação com a vida; (3) Werngren-Elgstrom, Brandt e Iwarsson (2006) concluíram que as atividades produtivas estavam associadas a melhor saúde e a menos sintomas depressivos, e no total das atividades relacionadas ao bem-estar subjetivo. Referiram, ainda, que: atividades intelectuais/culturais e atividades solitárias tinham associações significativas em oito estudos; atividades produtivas/instrumentais e atividades espirituais/serviço reuniram evidência para associação em menos estudos; entre os estudos longitudinais, as atividades sociais físicas e de lazer eram preditivas de resultados positivos na maioria dos estudos (Adams et al., 2011).

Num nível de *design* de investigação mais complexo, os autores encontraram também estudos que vão diretamente ao cerne da relação entre a atividade e o bem-estar: Silverstein e Parker (2002) com o seu estudo longitudinal de 10 anos foi possível seguirem o aumento ou diminuição na participação nas diversas atividades – verificaram que idosos suecos deixaram de realizar atividades de lazer ao longo do tempo, mas muitas delas foram substituídas por alternativas, e alguns dos participantes conseguiram aumentar o número de domínios de atividades em que participavam. Neste estudo que Adams e colaboradores (2002) analisaram, as atividades culturais-entretenimento, de outdoor-físicas e as atividades de grupo formais

foram aquelas em que se verificaram uma redução da participação, enquanto outras como atividades com amigos e de leitura foram mantidas num nível semelhante. Verificaram que a manutenção ou aumento de um certo nível de atividade constitui uma atenuante para com os efeitos negativos das limitações funcionais, viuvez, falta de suporte familiar, demonstrando assim a complexidade da relação entre a participação e o bem-estar.

Na mesma linha de complexidade, os autores citam dois estudos em que os resultados se anulam. Por um lado, o de Strain et al. (2002) que encontram um efeito positivo na continuidade de atividades, ao passo que o estudo de Nimrod e Kleiber (2007) volta-se para a experimentação de novas atividades – inovação – as quais parecem estar associadas a maior satisfação com a vida. Adams e colaboradores (2011) mencionam ainda um outro estudo longitudinal (Hong, Hasche & Bowland, 2009), que identifica 3 padrões de atividade entre os mais velhos e aqueles que se enquadram no padrão com a atividade social mais informal, tiveram menos depressão inicial e menor depressão ao longo do tempo.

Neste seguimento, a participação parece estar também associada a melhores níveis de saúde. O estudo de Sirven e Debrand (2008) teve como objetivo avaliar o contributo do aumento da participação social na saúde percebida de pessoas com 50 ou mais anos, em 11 países europeus, através dos dados da *Survey of Health, Ageing & retirement in Europe* (SHARE) no ano de 2004. Em termos metodológicos, a probabilidade das pessoas relatarem boa ou muito boa saúde é calculada através da regressão de coeficientes estimados para indivíduos que fazem ou não fazem parte de atividades sociais (com correção para o viés na seleção em ambos os casos) para toda a amostra – após controlo para aspetos sociodemográficos como a idade, educação, rendimentos, e agregado familiar. Como resultados da análise, verificaram que a participação social contribui em 3 % para o aumento do número de indivíduos que relatam, em média, boa ou muito boa saúde. Concluíram que elevados níveis de participação social permitem a melhoria da condição de saúde, quer no global da amostra quer na maioria dos países. Para Sirven e Debrand (2008) uma questão emergente do seu estudo é referente às desigualdades nos rendimentos e no capital social no seio de cada país, já que quanto maiores forem as desigualdades em cada país, menor será a influência no capital social. Assim, a questão do contexto e ambientes institucionais bem assim a desigualdade de rendimentos, trata-se duma justificação plausível para as diferenças na condição de saúde necessária à participação social.

Outro aspeto importante no estudo de Sirven e Debrand (2008), como o referido quer nas orientações teóricas de Rowe e Kahn (1997) quer nas conclusões da revisão de Pinto e Neri (2017), é a questão do problema de causalidade entre a saúde e a participação social, ou seja, se por um lado é benéfico para a saúde das pessoas o envolvimento voluntário por outro, as

peças mais saudáveis ou com melhor saúde percebida terão maior facilidade participar em atividades sociais.

Precisamente sobre este problema de causalidade com que Sirven e Debrand (2008) se deparam, no estudo de Agahi, Lennartsson, Karéholt e Shaw (2013) foi analisada a associação entre as trajetórias das atividades sociais durante 34 anos, desde a meia-idade até à idade avançada, com a incapacidade. Sobre a metodologia usada, cruzaram dados da *Swedish Level of Living Survey* (LNU) (anos de 1968, 1981, 1991 e 2000) e da *Swedish Panel Study of the Oldest Old* (SWEOLD) (anos 1992, 2002 e 2004) para a construção de uma base de dados longitudinais, com 5 períodos de observação. A amostra da sua base de dados foi constituída por 729 pessoas, dos 33 aos 61 anos, que estavam presentes num mínimo de 4 períodos de observação e sem limitações. Com efeito, identificaram 4 diferentes trajetórias de atividades sociais usadas como preditores de incapacidade na velhice, tendo sido analisadas nos anos de 1968, 2000 e 2002, sendo que a avaliação da incapacidade ocorreu no ano de 2004. Sobre os principais resultados de Agahi e colaboradores (2013), a trajetória mais frequentemente identificada foi aquela em que o nível baixo/médio de atividade social estava presente, desde a meia-idade à idade avançada. Estes resultados permitem induzir que o risco de incapacidade associado com as atividades sociais está relacionado quer com os níveis recentes de atividade quer com o seu aspeto cumulativo ao longo do tempo. Considerado pelos autores como um indicador para o elevado risco de incapacidade, as pessoas que mencionavam consecutivamente níveis de baixa/média atividade social comparadas com as que referiram elevados níveis consecutivos, tinham maior probabilidade para vir a ter incapacidade na sua velhice. Segundo os autores, esta evidência era mantida mesmo quando se estabeleceram associações à idade, ao género e às limitações na mobilidade, daí tendo excluído *à priori* as pessoas com essas mesmas limitações de mobilidade na base de dados.

Agahi e colaboradores (2013) concluíram, por isso, que na transição para a velhice, as trajetórias caracterizadas por elevados de atividade social permitirão ultrapassar a incapacidade a ela associada, em dois aspetos. Um, prende-se com a oportunidade das pessoas manterem o seu suporte social, já que tendencialmente as redes sociais diminuem com a idade, como já relatamos com as conclusões das principais revisões (Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2017), constituindo um importante recurso social e pessoal nesta fase de vida avançada. O outro está relacionado a maior possibilidade para manterem um certo nível de atividade física, permitindo ultrapassar os problemas de saúde e mobilidade e assim, a incapacidade associada à velhice. No entanto, à semelhança da revisão de Pinto e Neri (2017) e ao anterior estudo relatado de Sirven e Debrand (2008), os autores consideram importante não esquecer que ambos os aspetos se influenciam mutuamente, ou seja, a existência de haverem problemas de saúde associados

poderá afetar as trajetórias de atividade social bem assim, influenciar o nível de incapacidade na velhice. Sumulamente, Agahi e colaboradores (2013) sublinham a necessidade das atividades sociais não somente na velhice, mas também, reforçando aspeto cumulativo do ciclo de vida, no período de transição da meia-idade para a velhice.

Em síntese, entendemos que os achados da investigação neste domínio permitem considerar a participação dos mais velhos em atividades sociais como uma estratégia para compensar a perda de papéis sociais e potenciar a sua autoestima e valorização pessoal. Atendendo aos últimos 10 anos, mais precisamente com atenção para as principais revisões neste âmbito, a abrangência conceptual e os diferentes contextos de investigação destacam comumente por um lado, a inexistência de medidas específicas para a avaliação da participação social e por outro, a influência desta participação ao nível da satisfação e qualidade de vida dos mais velhos.

Síntese das principais ideias

O impacto do envelhecimento é desde logo revelado pelos números que imprime na configuração social e demográfica, atual, da sociedade portuguesa. Contudo, vista erradamente como uma singular ideia de sociedade envelhecida, esse aspeto trata-se apenas da “ponta do iceberg” na abordagem a este fenómeno. A longevidade reflete por isso, mais do que a causa da ação humana na busca por mais anos de vida com qualidade, a consequência e efeito dos principais debates mundiais na busca por medidas que encontrem um equilíbrio entre gerações, não em termos de número mas em termos das suas diferentes potencialidades. Na forma de participação social, são abarcadas sugestões enquanto diretrizes mundiais de referência que permitam potenciar o processo de envelhecimento. Como tal, a idade deixa de ser um marcador produtivo e passa a ser vista pelo triunfar de experiência e experiências de vida.

Nesse sentido, encontramos diferentes formas de atribuir a esse envolvimento ativo das pessoas mais velhas um papel determinante *major*, segundo os pressupostos teóricos do bem-envelhecer, para a otimização do envelhecimento em qualidade de vida e bem-estar. Efetivamente, a participação social através do envolvimento em atividades produtivas, embora seja reflexo adaptativo das várias fases de vida da pessoa, torna-se substancial no período de

transição para a reforma, quando acaba por ter maior tempo e disponibilidade, ou mesmo um período em que se pretende intensificar a valorização pessoal.

Contudo, esta variação da participação social ao longo da vida parece estar também dependente de outros aspetos individuais que não somente os interesses da própria pessoa, mas também a idade, a escolaridade e o estado civil, que transportados para o contexto e ambiente à qual pertence, são refletidos em maiores ou menores oportunidades para o envolvimento. Os resultados dos estudos são unânimes ao afirmar que, apesar do aumento participativo aquando da cessação da fase de vida laboral, os níveis de participação social nas pessoas mais velhas começam a diminuir. Além disso, se por um lado esta diminuição, a par da seleção pelo tipo atividades, está associada à perda na funcionalidade das pessoas mais velhas por outro, os benefícios resultantes da participação social repercutem-se não somente no retardar do declínio cognitivo, mas igualmente em sentimentos de prazer e pertença que as interações da participação em atividades permitem.

De facto, das grandes revisões analisadas, a participação social na forma de envolvimento em atividades, nomeadamente sociais, pela oportunidade de contactar com outras pessoas, prediz uma melhor saúde, nomeadamente a psicológica, e está associada positivamente com o bem-estar.

Neste sentido, consideramos pertinente considerar as principais iniciativas/atividades comunitárias a decorrerem com este mesmo propósito de promoção de bem-estar nos mais velhos através da participação social. Tendo adjacente a heterogeneidade do envelhecimento e, por isso, a variabilidade nas trajetórias de participação, importa firmar o conhecimento acerca das principais características das pessoas que realizam este tipo de atividades, e do potencial deste envolvimento nas suas vidas.

No capítulo seguinte, procederemos à apresentação do plano metodológico utilizado para a realização deste estudo.

MÉTODO

Ao longo deste capítulo serão apresentadas as principais opções metodológicas que estão na base deste estudo.

1. Plano de Investigação e Participantes

A dimensão amostral deste estudo foi obtida tendo por base a participação no projeto/iniciativa “*Jardim PAM & Bem-Estar*” - *Jardim das Plantas Aromáticas e Mediciniais*. Realizada no âmbito da ação dos cursos do envelhecimento através do Laboratório de Gerontologia Social (LAB.GeroSOC) da Escola Superior de Educação (ESE) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), no seio do projeto “*Envelhecer a Norte*” em parceria com a Câmara Municipal de Viana do Castelo (CMVC) e com o Centro de Monitorização e Interpretação Ambiental (CMIA) da mesma cidade. Esta atividade está integrada no programa “*Envelhecer com Qualidade*” do Gabinete Cidade Saudável da CMVC e decorre, quer nas instalações do CMIA quer na ESE, com uma frequência mensal.

À data do desenvolvimento deste estudo, com base nos registos documentais à responsabilidade do LAB.GeroSOC referentes à participação nas sessões dos “*Jardim PAM & Bem-Estar*”, numa primeira fase foram selecionados os utentes das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) deste concelho do Alto Minho parceiras que têm vindo a registar uma assiduidade superior a 50% na mesma.

Quadro 1. Assiduidade na participação da atividade “*Jardim PAM & Bem-Estar*”

IPSS	Total de Participantes	Participantes com assiduidade mínima de 50%
Instituição A	25	19
Instituição B	8	4
Instituição C	9	9
Instituição D	9	0
Instituição E	3	0

Conforme o Quadro 1 verificamos que apenas os participantes das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) A, B e C cumprem uma frequência de pelo menos metade das sessões da iniciativa. Estes participantes estão integrados em diferentes respostas sociais perante as Instituições: Centro de Convívio, Centro de Dia, Estrutura Residencial para Idosos (ERPI). De salientar que, posteriormente, para o acesso à amostra, os dados destes registos foram cruzados através do contato com os Técnicos responsáveis destas IPSS, aos quais foi explanado o objetivo deste estudo, estimando-se inquirir um total de 32 participantes. O acesso à amostra consistiu, assim, num procedimento de amostragem não probabilístico por conveniência.

2. Instrumentos de Recolha de Dados

Com o objetivo de analisar os benefícios da participação social em atividades sociais inseridas em iniciativas de base comunitária, nomeadamente a iniciativa “*Jardim PAM & Bem-Estar*”, inserida no Programa *Envelhecer com Qualidade*, este trabalho visa um estudo exploratório na sequência de um projeto alargado de investigação-intervenção em base comunitária.

Contemplando um protocolo estruturado de avaliação de vários aspetos individuais, somente alguns consideramos relevantes para o presente estudo, tais como: socio-emocionais, psicológicos, e de perceção de qualidade de vida. Para o presente, destacamos, assim, os seguintes instrumentos: (1) a Escala de Rede Social de Lubben-6 (Lubben, 1988; versão portuguesa Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa, & Paúl, 2012) para avaliar o risco de isolamento social; (2) a Escala de Satisfação com a vida (Diener, 1985; versão portuguesa Neto, Barros & Barros, 1990); (3) a versão reduzida da Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989; versão portuguesa Novo, Silva, & Peralta, 2004); (4) o módulo *World Health Organization Quality of Life- Old* (WHOQOL-Old) (Power, Quinn, Schmidt, & grupo WHOQOL-Old, 2005; versão portuguesa Vilar, Sousa, & Simões, 2009) para avaliar a qualidade de vida (QdV) na população adulta idosa.

Aos instrumentos citados, acrescentamos um Questionário sobre o Envolvimento Social e Envelhecimento Ótimo (Anexo 1, p.109), desenvolvido para o efeito, composto por questões de resposta aberta e fechada, e constituído por três partes integrantes: (parte A) com uma ficha sociodemográfica, permitindo uma descrição geral dos participantes ao nível de aspetos como género, idade, escolaridade, situação e atividade profissional predominante, estado civil, bem

como, a situação familiar e situação face às respostas sociais; (parte B) relativa aspetos da participação social com questões acerca da participação em atividades de cariz comunitário (Câmara Municipal e/ou Freguesia) e/ou solitário (casa), bem assim como questões sobre o modo, a forma, e dificuldades na sua realização; e (parte C) respeitante a outros aspetos da participação social com questões referentes à participação em atividades após a reforma como a sua importância para a criação/manutenção de uma rede de relações alargada, além de questões que permitam uma caracterização da participação social ao longo da vida dos inquiridos.

A *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* foi desenvolvida por Lubben (1988), adaptada para a versão portuguesa por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl (2012), com o intuito de avaliar o isolamento social na população idosa. A LSNS-6 trata-se de uma escala breve composta por dois conjuntos de três itens, permitindo a medição da perceção do apoio social recebido – tamanho, proximidade e frequência dos contatos que formam a rede social do indivíduo - por um lado pelos familiares e, por outro, pelos amigos. A pontuação total da escala resulta do somatório dos seis itens, variando entre 0 e 30 pontos, já que cada item varia entre 0 e 5 pontos. Em termos psicométricos as características da LSNS-6, medida para a escala total através do alfa de *Cronbach* com valor de 0,798, apresentam uma consistência interna adequada. O maior risco de isolamento social está indicado para as pontuações inferiores a 12.

A *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS) foi desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1985) e adaptada para a população portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990). A SWLS avalia globalmente a satisfação com a vida, enquanto componente cognitiva do bem-estar subjetivo, através de cinco itens desenvolvidos para uma escala de sete pontos: de totalmente em desacordo (1) a totalmente de acordo (7). A pontuação global da escala resulta da soma dos 5 itens, variando entre 5 (baixa satisfação) e 35 (alta satisfação), de forma que quanto mais elevada a pontuação, mais elevado é o nível de satisfação com a vida (Neto, 1999). Na sua versão original, os autores consideram seis categorias de corte para analisar os *scores* da escala: 5 a 9 pontos - extremamente insatisfeito com a vida, 10 a 14 – insatisfeito com a vida, 15 a 19 – ligeiramente insatisfeito, 20 a 24 – satisfeito com a vida, 25 a 29 – muito satisfeito com a vida, e 30 a 35 pontos – extremamente satisfeito com a vida. No que se refere às características psicométricas da SWLS, a versão portuguesa apresenta uma consistência interna adequada para o alfa de *Cronbach* de 0,78.

A *Escalas de Bem-Estar Psicológico* (EBEP) constituem o modelo multidimensional desenvolvido por Ryff (1989) para avaliar de forma mais completa o bem-estar subjetivo, e

validada na sua forma reduzida para a população portuguesa por Novo, Silva e Peralta (2004) (Novo, Silva & Peralta, 1997). Trata-se de um instrumento que integra um conjunto de seis escalas ou dimensões: (1) Aceitação de si, (2) Relações positivas com os outros, (3) Autonomia, (4) Domínio do meio, (5) Objetivos na vida, e (6) Crescimento pessoal. Na sua forma original com um total de 120 itens, 20 por cada uma das escalas, após os primeiros estudos de validação de Ryff (1989) surgiram novas formas reduzidas do instrumento, para Novo (2005) as mais utilizadas: uma, na sua primeira alteração com 14 dos 20 itens iniciais, num total de 84 itens; e outra apenas com 3 itens por escala, num total de 18 itens. A versão reduzida da EBEP adotada para o presente estudo é referente a um total de 18 itens, 3 itens por cada uma das escalas, tratando-se de afirmações concebidas para uma escala de seis respostas do tipo likert: ordenadas do discordo completamente (1) ao concordo totalmente (6). À semelhança do instrumento original, as considerações referentes à formulação teórica e ao constructo que cada afirmação avalia são igualmente tidas em conta nesta versão reduzida, de maneira que 10 dos 18 itens por serem negativos carecem da inversão da pontuação, ao contrário dos restantes 8 que por se tratarem de itens positivos é-lhes atribuída a pontuação direta. Acerca das características psicométricas, Novo, Silva e Peralta (1997) referem que a consistência interna do instrumento é satisfatório quer para cada uma das escalas, com um coeficiente alfa entre 0,74 e 0,86, quer para o conjunto de itens com um valor de 0,93.

O módulo da *World Health Organization Quality Of Life - Old* (WHOQOL-Old) trata-se do instrumento desenvolvido por Power, Quinn, Schmidt e WHOQOL-Old group (2005) para avaliar a qualidade de vida em adultos idosos, adaptado para a nossa população por Vilar, Sousa e Simões (2009). A versão portuguesa, além das 6 facetas que constituem o módulo original, conta com uma sétima faceta - Família/Vida Familiar – constatada culturalmente importante para uma melhor compreensão da QdV da população mais velha (Vilar, 2015). Esta versão do WHOQOL-Old é composta, assim, por um total de 28 itens, 4 itens por cada uma das sete facetas – (1) Funcionamento sensorial, (2) Autonomia, (3) Atividades passadas, presentes e futuras, (4) Participação social, (5) Morte e morrer, (6) Intimidade, (7) Família/Vida familiar. As alternativas de resposta regem-se numa escala do tipo likert variando de 1 a 5 pontos, porém surgindo em quatro formulações semânticas diferentes (Nada a Muitíssimo, Nada a Completamente, Muito Mau a Muito Bom, Muito Insatisfeito a Muito Satisfeito). Aos valores mais elevados está associada uma melhor QdV. Relativamente à versão original do instrumento, na versão portuguesa a sequência dos itens encontra-se ligeiramente alterada, carecendo da sua adequação, nomeadamente do ajustamento das escalas de resposta para os itens invertidos (um total de 7 itens) nesta versão. Em termos psicométricos, tratando-se de um modelo

multidimensional, não na totalidade dos itens mas faceta a faceta, verificou-se um funcionamento adequado dos itens. Sobretudo para o índice de precisão da separação de pessoa (PSP – Person Separation Reliability), onde a QdV foi estimada com precisão aceitável a boa em que as facetas oscilaram entre 0,69 e 0,81, sendo a faceta Família/vida familiar aquela que confere maior robustez psicométrica desta versão ao apresentar o valor de precisão mais elevado. A Autonomia, pelo contrário apresenta um valor de precisão demarcadamente inferior com 0,61.

3. Procedimentos da Recolha de Dados

Após a aprovação deste projeto de investigação por parte da Comissão do Conselho Científico do Mestrado em Gerontologia Social desta Escola do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, iniciaram-se as ações necessárias para a sua concretização.

Numa primeira fase, com base naquele que é o estado da arte acerca da participação social e envolvimento na população idosa, procedeu-se ao desenvolvimento (Sampieri, Collado, & Lúcio, 2006) e validação do *Questionário sobre a Participação Social e Envelhecimento Ótimo*.

Para o efeito, após sua análise e verificação, a versão preliminar do Questionário foi testada junto de um grupo reduzido de pessoas, que se voluntariaram, pretendendo-se cumprir os seguintes critérios: (1) haver aplicação do Questionário quer por auto, quer por hetero-administração (2) o grupo de inquiridos abranger ambos os géneros, (3) incluir os três grupos etários (55 ou mais anos, 65-79 anos, e 80 ou mais anos), (4) incluir pessoas escolarizadas num dos três níveis (ensino básico, ensino intermédio, ou ensino secundário/superior). Deste teste fizeram parte um total de 9 pessoas conseguidas através de outras pessoas que faziam parte da rede de contatos da investigadora – uma abordagem assemelhada ao procedimento de amostragem “bola de neve”: 3 homens e 6 mulheres; 1 pessoa do grupo dos 55 ou mais anos, 6 do grupo dos 65-79 anos e 2 do grupo dos 80 ou mais anos; a maioria compreendia o ensino básico (6 pessoas), 2 pessoas no nível de ensino intermédio e apenas 1 com ensino superior. Apenas três das administrações do Questionário foram realizadas pelos próprios inquiridos, sendo que, no global das administrações, a duração média foi de 40 a 50 minutos. Com o objetivo de compreender a adequação do instrumento, da pertinência dos conteúdos para o estudo, e da formulação e ordem das suas questões, foram reunidas não só as observações do investigador, bem como as considerações dos voluntários.

Para efeitos do estudo, somente foram considerados dois grupos etários: 60 ou mais anos e 80 ou mais anos.

Conseguida a versão verificada final para o estudo do *Questionário de Participação Social e Envelhecimento Ótimo*, numa segunda fase foi estabelecido o contato com o Presidente da Câmara Municipal de Viana do Castelo, a fim de expor o pretendido e a conveniência de se aprofundar os benefícios de atividades comunitárias em curso, como é o presente exemplo dos “*Jardim PAM & Bem-Estar*”, na qualidade de vida da população sénior vianense. Posteriormente, realizado o levantamento dos participantes com maiores registos de assiduidade do LAB.GeroSOC, conforme o descrito no primeiro tópico, estabeleceram-se os contatos iniciais, via telefone, com os Técnicos responsáveis das Instituições parceiras em destaque na participação desta atividade, com o propósito de acordar as condições e tempos de acesso aos participantes.

A recolha de dados foi, então, realizada entre finais do mês de maio e meados de junho de 2017, através da administração presencial e individual do Protocolo, mediante a disponibilidade e organização das Instituições. Aos participantes do grupo do Centro de Convívio foi-lhes administrado o Protocolo em local próprio na Escola Superior de Educação. Esta recolha contou com a colaboração de 4 alunas do curso de Mestrado em Gerontologia Social desta Escola.

A administração do Protocolo foi assistida pelos investigadores, tendo sido previamente, mais uma vez, explicado o propósito do estudo, e a importância e papel voluntário da sua participação para o cumprimento do mesmo. Estes aspetos foram igualmente descritos num modelo de *Consentimento Informado*, assegurando a total confidencialidade e anonimato das informações facultadas, assinado ou marcado (no caso dos que não sabiam assinar) pelos participantes depois da sua leitura e esclarecimento. As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos.

Para efeitos de estudo, foram excluídos cinco participantes: um por não ter completado a administração do protocolo; e quatro por, segundo indicação dos Técnicos das Instituições responsáveis, não reunirem as condições necessárias para responder convenientemente aos instrumentos de avaliação. Deste modo, a amostra final do estudo contou com um total de 27 participantes.

4. Estratégias de Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso à versão 24 do *software* IBM© SPSS *Statistics*, que permitiu a aplicação de métodos com vista a examinar a associação de variáveis.

As características sociodemográficas e os dados relativos à avaliação individual das escalas do Protocolo foram conseguidos através dos procedimentos de análise descritivo. Como tal, recorreu-se à frequência absoluta para descrever as variáveis categóricas e ordinais, às médias e a medidas de dispersão (desvio-padrão).

Os mesmos procedimentos foram utilizados para tratar a informação relativa ao levantamento das atividades que os participantes realizam e dos aspetos da participação social, contudo somente através da frequência absoluta e da percentagem válida. O teste de correlação de *Spearman* (r_s) foi utilizado para analisar as correlações entre as variáveis mais relevantes neste estudo.

Com o intuito de estabelecer comparações entre as variáveis em estudo e as características sociodemográficas dos participantes, aplicaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney, bem como o de Kruskal-Wallis, com o correspondente teste LSD (*Least Significant Difference*) de Fisher para as comparações múltiplas.

No capítulo seguinte, apresentaremos os principais resultados obtidos neste estudo.

RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados, primeiramente, os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, e seguidamente, os resultados referentes ao envolvimento nas atividades sociais. Posteriormente, serão também expostos os resultados referentes à avaliação dos aspetos do envelhecimento como, as redes sociais, satisfação com a vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida.

1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Para o presente estudo, conforme a tabela 1, da amostra fizeram parte 27 inquiridos residentes no concelho de Viana do Castelo, constituídos maioritariamente por mulheres – 22 (81,5%), e por 5 homens (18,5%), com idades compreendidas entre os 61 e os 93 anos ($M=76,5$, $dp=9,5$). Do total de participantes, 16 pertencem ao grupo dos 61-79 anos e 11 ao grupo dos 80 ou mais anos.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes é viúvo (44,4%) ou casado ou em união de facto (25,9%). Esta tendência mantém-se parcialmente no grupo de pessoas entre os 61 e os 79 anos, onde a maioria encontra-se casado ou em união de facto (43,8%). No grupo das pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, por seu lado, onde não existem pessoas casadas ou em união de facto, a maioria é viúvo (81,8%).

Sobre o nível de escolaridade, em média os participantes frequentaram a escola entre 1 e 4 anos ($M=2,3$, $dp=1,0$), sendo esta também a tendência em ambos os grupos etários. A maioria dos inquiridos pertence ao grupo com 1 a 4 anos de escolaridade (55,6%), seguido do grupo entre 10 e 12 anos (18,5%), as pessoas sem nível de escolaridade (14,8%), e o grupo que compreende os 5 e 9 anos de escolaridade (11,1%). De sublinhar que no segundo grupo etário, nenhum dos participantes frequentou mais do que 9 anos de escolaridade.

Relativamente às características do agregado familiar, a maioria dos participantes vive com elementos de família nuclear (48,1%), como o cônjuge e/ou filhos. De seguida, são os participantes que vivem com elementos de família alargada (nora/genro, netos e/ou outros familiares) que estão em maior percentagem (18,5%), seguindo-se os participantes que vivem sozinhos (14,8%). A maioria dos inquiridos tem filhos (85,2%),

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Características	61-79 anos (n= 16)		80+ anos (n= 11)		Total (n=27)	
	n	%	n	%	n	%
Idade M (dp)	70,2	(6,2)	85,7	(4,2)	76,5	(9,5)
min-máx	61-79		81-93		61-93	
Género (% de mulheres)	11	68,8	11	100	22	81,5
Escolaridade						
min-máx	0-12		0-6		0-12	
0 anos	1	6,3	3	27,3	4	14,8
1-4 anos	8	50,0	7	63,6	15	55,6
5-9 anos	2	12,5	1	9,1	3	11,1
10-12 anos	5	31,3	0	0,0	5	18,5
Estado Civil						
Solteiro(a)	4	25,0	1	9,1	5	18,5
Casado(a)/União de Facto	7	43,8	0	0,0	7	25,9
Separado(a)/Divorciado(a)	2	12,5	1	9,1	3	11,1
Viúvo(a)	3	18,8	9	81,8	12	44,4
Com Filhos	13	81,3	10	90,9	23	85,2
N.º Filhos M(dp)	2,2	(1,4)	3,4	(1,4)	2,7	(1,5)
min-máx	1-6		2-6		1-6	
Agregado Familiar						
Vive Sozinho	3	18,8	1	9,1	4	14,8
Vive com Família Nuclear	10	62,5	3	27,3	13	48,1
Vive com Família Alargada	1	6,3	4	36,4	5	18,5
Situação face às Respostas Sociais						
Frequenta Centro de Convívio	8	50,0	0	0,0	8	29,6
Frequenta Centro de Dia	6	37,5	8	72,7	14	51,9
Reside numa ERPI	2	12,5	3	27,3	5	18,5
Profissão Predominante ao Longo da Vida						
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	4	25,0	1	9,1	5	18,5
Trabalhadores Não Qualificados	0	0,0	2	18,2	2	0,0
Agricultores e Trabalhadores Qualificados de Agricultura e Pesca	0	0,0	2	18,2	2	7,4
Pessoal dos Serviços e Vendedores	9	56,3	5	45,5	14	51,9
Pessoal Administrativo e Similares	2	12,5	0	0,0	2	7,4
Domésticas	0	0,0	1	9,1	1	3,7
Técnicos e Profissionais do Nível Intermédio	1	6,3	0	0,0	1	3,7

sendo a média global e do primeiro grupo etário (61-79 anos) de 2 filhos, variando entre 1 e 6 filhos, já que no grupo etário dos 80 ou mais anos a média passa a ser de 3 filhos, variando entre os 2 e os 6 filhos. Acerca da situação face às respostas sociais, a grande parte da amostra reside em casa e frequenta o Centro de Dia (51,9%), seguido dos que residem em casa e frequentam o Centro de Convívio (29,6%) e dos que residem numa ERPI (18,5%). De notar que no grupo dos

80 ou mais anos nenhum participante se encontra a frequentar o Centro de Convívio, sendo também o grupo onde se encontram 3 do total de 5 pessoas institucionalizadas.

No que se refere à profissão predominantemente exercida, sabendo que o total dos participantes desta amostra se encontra reformado, mais de metade (51,9%) pertenceu à categoria do pessoal de serviços e vendedores (e.g. restauração, comerciante, etc.), seguido dos operários/artífices e trabalhadores similares (e.g. operário de cerâmica, soldador, etc.) (18,5%) e, por último, os agricultores ou trabalhadores qualificados na agricultura e pescas (agricultores), tal como o pessoal administrativo e similares (e.g. escriturária e assistente operacional) (7,4%).

2 Descrição sobre o envolvimento nas atividades sociais

2.1. Participação em atividades promovidas pelo município

Sobre a participação dos inquiridos em atividades dinamizadas pela Câmara Municipal, além dos “Passeios ao Jardim PAM”, a maioria participa também no *Baile* (74%), *Visitas/Passeios* (59%), e na atividade *Hora do Conto* (41%), respetivamente (gráfico 1). Notamos que, à exceção da *Hora do Conto*, as restantes atividades referidas estão inseridas no *Programa Envelhecer com Qualidade*.

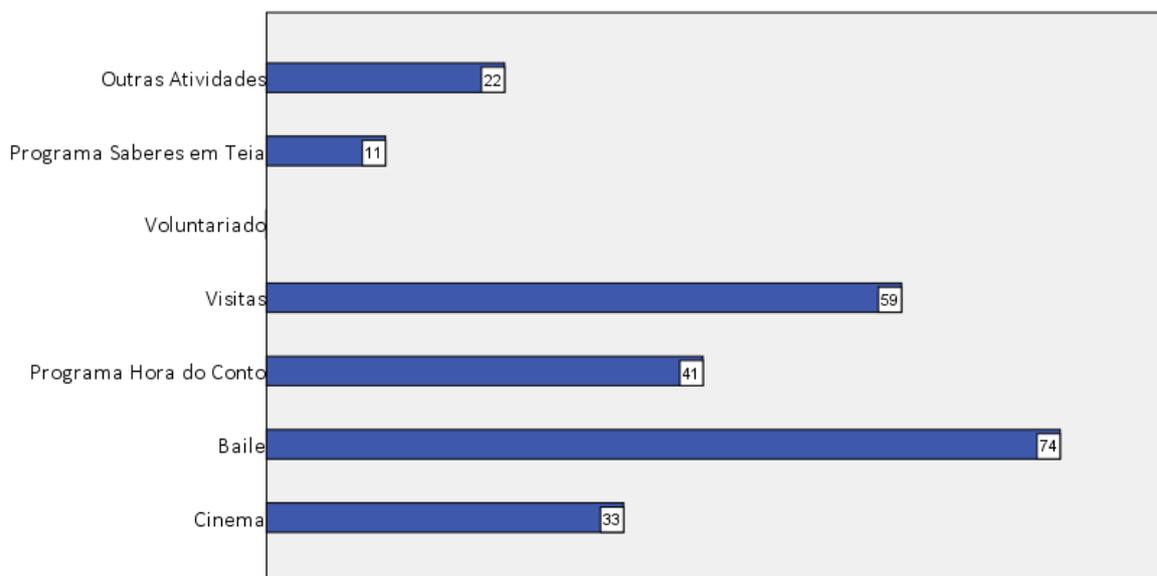


Gráfico 1. Participação nas Atividades da Câmara Municipal, em percentagem

Em menor escala, alguns inquiridos referem também participar no cinema, outras atividades que os inquiridos referiram (por um lado a ginástica/hidroginástica, e por outro

atividades de Voluntariado não organizadas pela Câmara), e nas Atividades do *Programa Saberes em Teia*.

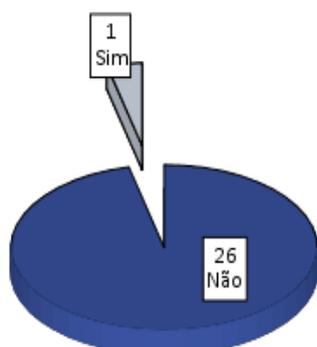


Gráfico 2. Participação em atividades da Freguesia

No que diz respeito às atividades Promovidas pela Junta de Freguesia (gráfico 2), apenas um participante mencionou realizar uma atividade na sua Freguesia, tratando-se de Bailes organizados pela Associação de Reformados da mesma.

Sobre a participação nestas atividades, nomeadamente aquelas promovidas pela Câmara Municipal, os inquiridos referiram ter tido conhecimento através de alguém, sendo a maioria referente a Funcionários/Técnicos da Câmara Municipal ou das Instituições a que estão associados. Em menor número, os participantes referiram os amigos/colegas com que realizam as atividades, seguido de filhos que se informaram acerca das atividades, este último somente referido por um participante. À exceção dos participantes que se encontram inscritos no Centro de Convívio, que se deslocam na maioria das vezes em carro próprio, a pé, ou até de transporte público (como é referido por um participante), os restantes inquiridos deslocam-se nos transportes da Instituição para a realização das atividades da Câmara ou outras no exterior.

Sobre a questão relativa à abertura a opiniões/sugestões dos participantes acerca das atividades que realizam, consideramos não ter havido uma plena compreensão do pretendido com a questão. Posto isto, das pessoas que responderam afirmativamente, o tipo de sugestões dadas além de uma sugestão/reformulação da atividade ou de uma apreciação negativa da mesma. As restantes respostas, não estando em maioria, não foram consideradas pelo fato de terem dado exemplos de atividades onde podem dar essas sugestões.

2.2. Participação em outras atividades

As principais atividades que os participantes referem realizar em casa, em maioria são mencionadas: ver televisão, trabalhos manuais (e.g. croché, pinturas, etc.), atividades cognitivas (e.g. palavras cruzadas, jogos de cultura geral, bingo, etc.), passear e ler. Com menor frequência, são referidas atividades no computador (e.g. redes sociais e/ou jogos de cartas), jardinagem

(incluindo cultivo)/bricolagem, música (ouvir ou tocar instrumentos), ouvir rádio e prestar cuidados (apenas um caso referente a cuidados a menor). Algumas respostas dos inquiridos não foram consideradas por se prenderem com atividades instrumentais, como tarefas relacionadas essencialmente com as lides domésticas. Do total de participantes somente 5 referiram não realizar nenhuma atividade em casa.

Quando questionamos quais as atividades preferidas (Gráfico 3), do total de atividades referidas – dinamizadas pela Câmara Municipal/ Freguesia ou realizadas em casa – não tendo as respostas dos inquiridos respeitado uma ordenação das preferências, a maioria mencionou o Baile (33%) e ver televisão (29%), seguido dos passeios/visitas e as atividades cognitivas, com igual percentagem (25%), Também na mesma proporção (21%), são referidos os “Passeios ao PAM”, a ginástica e os trabalhos manuais. Em minoria, foram referidas as seguintes atividades: ler (13%), seguido do cinema, das atividades no computador e da jardinagem/bricolagem com 8% cada uma. Foram depois mencionadas atividades como o teatro, ouvir rádio e a prestação de cuidados, com 4 % cada uma. Esta última, só havia sido referida anteriormente por um

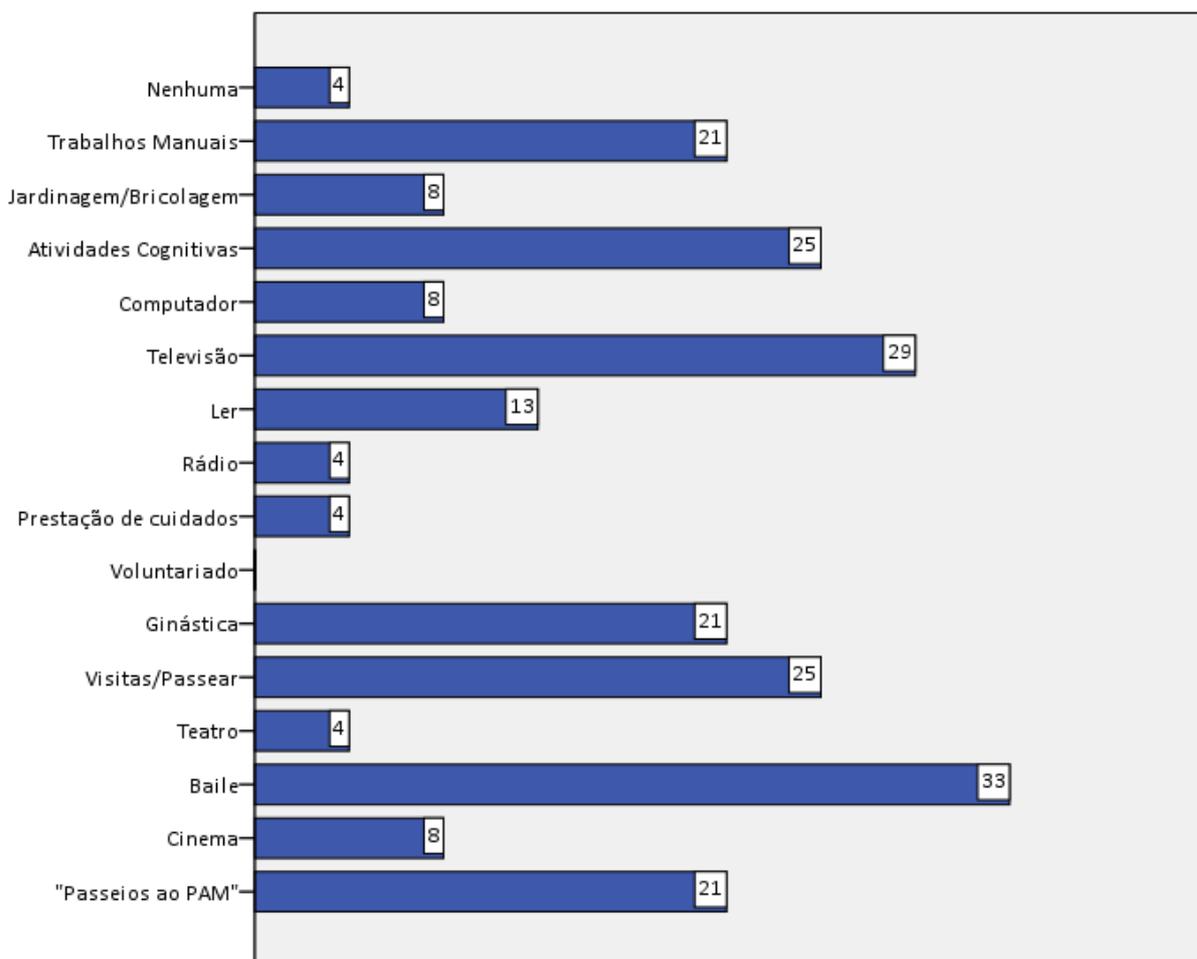


Gráfico 3. Atividades preferidas mencionadas, em percentagens

participante, estando naturalmente em minoria. As atividades de voluntariado não foram escolhidas por nenhum dos participantes. Notamos, ainda, que 3 dos inquiridos (4%) não têm nenhuma atividade de preferência, e sublinhamos, mais uma vez, que não foram consideradas as respostas que contemplavam a realização das lides domésticas como uma atividade, neste caso uma atividade de preferência.

2.3. Outros determinantes da participação em atividades

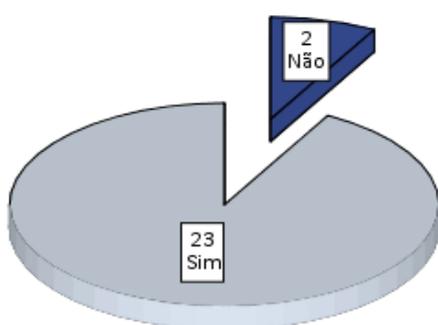


Gráfico 4. Importância das atividades na Vida

Conforme (gráfico 4), somente dois inquiridos não consideram que a participação nas atividades mencionadas sejam importantes para a sua vida.

Verificamos que, das 23 respostas afirmativas, os participantes consideram que a participação nestas atividades seja, por ordem de importância:

- (1) Uma distração e forma de passarem o tempo;
- (2) Um modo de obrigar a sair de casa para se manter ativo/ dar significado à vida;
- (3) Uma forma para a manutenção da saúde (estimular a mente/cérebro);
- (4) Um meio para o convívio e manutenção das amizades, para se sentirem bem e para se manterem atualizados ao mesmo tempo que lhes permite lembrar outros tempos;
- (5) Uma novidade constante no seu quotidiano e, para alguns, permite ajudar os outros.

Quando questionados se recentemente tiveram alguma dificuldade impediu a possibilidade de realizar alguma atividade (gráfico 5), 14 dos participantes responderam afirmativamente, sendo que destes, a maioria mencionaram dificuldades relacionadas com funcionalidade/problemas

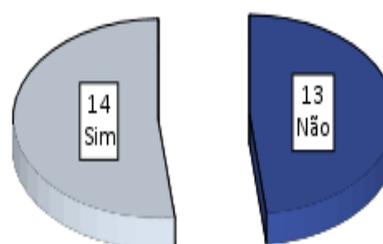


Gráfico 5. Que dificuldades impediram a realização de alguma(s) atividade(s)?

de saúde. Sobre os restantes tipos de dificuldades listados, apenas um participante considerou que as dificuldades relacionadas com questões económicas impossibilitaram a realização de uma atividade - hidroginástica, não havendo nenhum dos participantes a considerar as restantes dificuldades listadas – questões de transporte, distância ou características pessoas específicas.

Relativamente a outros aspetos da Participação Social, mais concretamente sobre a continuação do trabalho após a reforma, apenas 4 dos inquiridos responderam afirmativamente, Desses, 3 estão em situação de trabalho remunerado - tendo exercido em áreas como a agricultura, comércio e trabalho doméstico. Não foram consideradas as respostas de participantes que referiram a continuação do trabalho após a reforma em termos de, por exemplo, tarefas relacionadas com a manutenção da casa/horta.

Remontando à infância dos participantes, quando questionadas as atividades sociais realizadas na sua época, uma larga maioria mencionou que não havia condições para terem qualquer tipo de atividades que não fosse o trabalho a que já eram obrigados na altura, seguido das atividades relacionadas com jogos tradicionais e/ou desporto, atividades religiosas, e trabalhos manuais (apenas mencionado por um participante). Nesta questão, 11 participantes referiram não ter realizado nenhuma atividade social durante a sua infância.

Em termos associativos, ao longo da vida, 12 dos participantes fizeram parte de um grupo/associação, estando a maioria relacionado com folclore/música, seguido de associações religiosas ou de reformados (numa fase mais recente da sua vida), ou desportivas (gráfico 6).

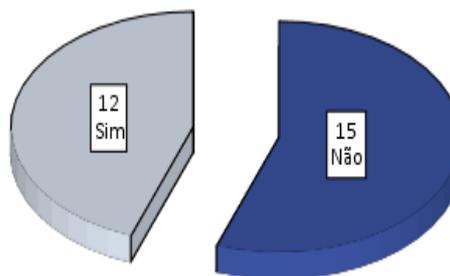


Gráfico 6. Participação em grupos ou associações ao longo da Vida

No que se refere com a realização de atividades durante a vida adulta, a maioria dos participantes referiu que não tinha tempo para estas atividades, dedicando-se apenas ao trabalho e à família. Os participantes que mencionaram atividades durante a vida adulta exemplificaram em maior proporção os bailes, seguido das atividades religiosas, passear, trabalhos manuais (e.g. costura, croché, etc.), e prestar cuidados a menores (e.g. filhos). Individualmente, alguns participantes relataram também atividades relacionadas com música, folclore, jardinagem/bricolagem, e ginástica.

Sobre atividades consideradas como novas ou diferentes daquelas que têm vindo a realizar ao longo da vida (gráfico 7), 17 dos participantes consideraram que o fizeram recentemente.

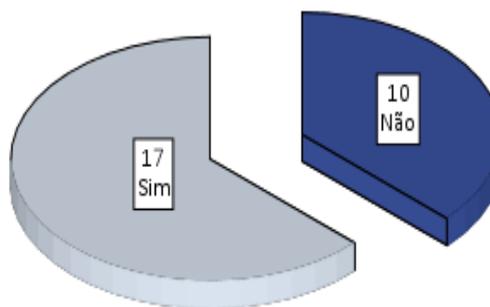


Gráfico 7. Participação em atividade(s) nova(s)

Das respostas afirmativas, a maioria prende-se com atividades *indoor*, que realizam em casa ou fazem parte das rotinas institucionais: atividades cognitivas (e.g. palavras cruzadas, jogos de cultura geral) ou trabalhos manuais (e.g. pintura, desenho, artes plásticas, crochê, etc.). Uma grande parte também refere as atividades que fazem parte da oferta dos Programas da Câmara Municipal (e.g. “Passeios ao PAM”; ginástica/hidroginástica) ou a muito recente participação em atividades intergeracionais. Apenas individualmente, mencionaram as atividades de voluntariado ou as atividades no computador.

Acerca deste tópico de atividades ditas novas, quando questionado o porquê de terem resolvido experimentar, os participantes mencionaram, por ordem de preferência:

(1) Influência/motivação para participar pelos técnicos das Instituições e/ou funcionários da Câmara;

(2) Achar que gostariam de realizar a atividade;

(3) Parecer uma atividade nova e diferente;

(4) Conselho/motivação dos amigos que já participavam, e para os acompanharem

(5) Fazer bem.

Relativamente às pessoas com que os participantes se relacionam, que não fazem parte dos familiares, referiram por ordem de preferência: (1) os amigos/colegas, (2) os técnicos que dinamizam as atividades em que participam, (3) os vizinhos ou antigos colegas. Apenas um dos inquiridos referiu não ter ninguém próximo além dos seus familiares. Quando questionados sobre a importância destas pessoas nas suas vidas, a maioria das respostas mantiveram-se.

Dos inquiridos, 23 dos participantes consideraram ter feito novas amizades com a participação nas atividades sociais que passaram a realizar após a reforma (gráfico 8).

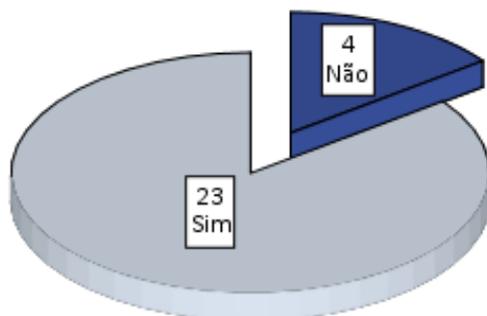


Gráfico 8. Novas amizades após reforma através da participação em atividades

Destes, a maioria mencionou, nas mesmas proporções, ter feito de 5 a 9 ou de 10 a 19 novos amigos com a participação nestas atividades, seguindo aqueles que referiram menos de 5 novas amizades e, em menor número, referiram 20 ou mais novos amigos.

3 Dimensões psicossociais do envelhecimento individual

Rede social de suporte

Relativamente à análise individual de cada item da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSN6-6), no total, a média de cada item é superior no grupo social das relações familiares do que nas relações de amigos (Tabela 2). No entanto, o item 1 de cada grupo social – *Quantos familiares/amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?* – é aquele que apresenta melhores resultados, mas também contraria esta tendência já que a rede social de amigos é mais extensa do que a rede familiar ($M=4,0$ vs $M=3,5$, respetivamente). Ao analisarmos este item, do grupo social dos amigos, nos dois grupos etários, verificamos que este resultado é igualmente superior no grupo dos 61-79 anos em comparação com o grupo dos 80 ou mais anos ($M=4,4$ vs $M=3,3$). Por outro lado, verificamos que o item 3 do conjunto de itens referentes às relações com amigos - Com quantos amigos se sente próximo para falar sobre assuntos pessoais? - é aquele que apresenta resultados inferiores ($M=1,3$; $dp=1,3$). Entre grupos etários, a média deste item 3, é superior no grupo etário dos 80 ou mais anos ($M=1,4$; $dp=1,2$).

Tabela 2. Dimensões individuais da LSN6-6 segundo grupo etário

<i>Características</i>	61-79 anos (n= 16)		80+ anos (n= 11)		Total (n=27)	
	<i>M (dp)</i>	min-máx	<i>M (dp)</i>	min-máx	<i>M (dp)</i>	min-máx
Família						
1.Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	3,5 (1,2)	1-5	3,5 (1,0)	2-5	3,5 (1,1)	1-5
2.De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	2,7 (1,6)	0-5	2,6 (1,4)	1-5	2,7 (1,5)	0-5
3.Com quantos familiares se sente próximo para falar sobre assuntos pessoais?	2,3 (1,2)	1-5	2,6 (1,4)	1-5	2,4 (1,3)	1-5
Amigos						
1.Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	4,4 (0,7)	3-5	3,3 (1,0)	2-5	4,0 (1,0)	2-5
2.De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	2,3 (1,5)	0-5	1,8 (1,3)	0-3	2,1 (1,4)	0-5
3.Com quantos amigos se sente próximo para falar sobre assuntos pessoais?	1,3 (1,4)	0-5	1,4 (1,2)	0-3	1,3 (1,3)	0-5

No que diz respeito à rede social de suporte dos participantes deste estudo, em geral, verificou-se uma média da pontuação global de 15,9 ($dp=5,2$) na LSN6-6 e oscilação entre 8 e 30, sabendo que a sua amplitude teórica varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 30. Esta oscilação é igual no grupo etário dos 61-79 anos, embora apresente uma média um pouco superior ($M= 16,4$; $dp=5,4$). Por outro lado, a média do segundo grupo etário do 80 ou mais anos é aproximadamente igual à global ($M=15,2$; $dp=5,1$), atingindo apenas um máximo de amplitude de 24 (Tabela 3).

Tabela 3. Funcionamento Interpessoal segundo grupo etário

<i>Características</i>	61-79 anos (n= 16)		80+ anos (n= 11)		Total (n=27)	
	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
Rede Social (Total Lubben-6)	16,4 (5,4)	8-30	15,2 (5,1)	8-24	15,9 (5,2)	8-30
Família	8,4 (3,4)	4-15	8,7 (3,6)	5-15	8,6 (3,4)	4-15
Amigos	8,0 (3,0)	3-15	6,5 (2,9)	3-11	7,4 (3,0)	3-15
Maior Risco de Isolamento Social	<i>n(%)</i>	2 (12,5%)	3 (27,3%)		5 (18,5%)	
Menor Risco de Isolamento Social	<i>n(%)</i>	14 (87,5%)	8 (72,7%)		22 (81,7%)	

Sobre os itens referentes às relações com familiares e com amigos verifica-se que, em média, os primeiros têm um valor superior em relação aos segundos ($M=8,6$ vs $M=7,4$), podendo dever-se ao fato do grupo dos 80 ou mais anos apresentar uma média de pontuação inferior nos itens das relações com amigos ($M=6,5$; $dp=2,9$) e, ao contrário dos itens da família, não atingir o valor de amplitude máxima (15). No total de 27 participantes apenas 5 (18,5%) se encontram em risco de isolamento social, sendo no grupo etário dos 80 ou mais anos que esse risco é superior, onde se registam 3 pessoas nessas condições.

Para verificar se existem diferenças significativas nas relações interpessoais dos participantes relativamente às variáveis sociodemográficas - Idade, Escolaridade e Estado Civil – (dado o reduzido número de participantes), recorreremos a dois testes não-paramétricos: Teste de Mann-Whitney e Teste de Kruskal-Wallis. Nestes testes, aplicou-se um novo agrupamento das variáveis escolaridade (na qual se estabeleceu um primeiro grupo de participantes com 0 a 4 anos de escolaridade e um segundo com aqueles que têm 5 a 12 anos de escolaridade) e Estado Civil (na qual se mantiveram os casados separadamente dos viúvos e se agruparam os participantes solteiros com os separados/divorciados). Igualmente, pelo motivo da dimensão

amostral reduzida, sublinhamos que na realização dos testes estatísticos foi realizado o teste exato. Estas considerações serão também alargadas à análise das restantes escalas.

Nas Tabelas 4 e 5, apresentam-se os resultados da análise das relações interpessoais entre grupos para as variáveis idade e escolaridade, para o qual se recorreu ao teste de Mann-Whitney.

Tabela 4. Teste de Mann-Whitney para as relações interpessoais entre grupos etários

<i>Relações interpessoais</i>	<i>Grupo Etário</i>	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Família	61-79	16	85,0	0,892
	80+	11		
Amigos	61-79	16	64,0	0,240
	80+	11		

Como podemos verificar, não existem diferenças significativas quer no que diz respeito aos grupos etários, quer no que se refere aos grupos de escolaridade ($p > 0,05$).

Tabela 5. Teste de Mann-Whitney para as relações interpessoais entre 2 grupos de escolaridade diferentes

<i>Relações Interpessoais</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Família	0-4 anos	19	68,0	0,682
	5-12 anos	8		
Amigos	0-4 anos	19	57,5	0,332
	5-12 anos	8		

Por outro lado, na Tabela 6 podem observar-se os dados relativos às relações interpessoais da LSNS-6 para a variável estado civil, que por compreender três grupos independentes requereu o Teste de Kruskal-Wallis. Verificou-se não existirem também diferenças significativas entre os grupos da variável estado civil ($p > 0,05$).

Tabela 6. Teste de Kruskal-Wallis das relações interpessoais para a variável estado civil

<i>Relações Interpessoais</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>n</i>	<i>χ^2</i>	<i>p</i>
Família	Solteiros e Divorciados	8	0,007	0,997
	Casados	7		
	Viúvos	12		
Amigos	Solteiros e Divorciados	8	3,902	0,142
	Casados	7		
	Viúvos	12		

Como se pode observar das tabelas anteriores, ao nível das relações interpessoais, quer com a família quer com os amigos, não se observam diferenças significativas com as características sociodemográficas (idade, escolaridade e estado civil).

Satisfação com a Vida

No que se refere à satisfação com a vida, o total de participantes apresenta uma pontuação média de 27,6 ($dp=5,8$) na Escala de Satisfação com a Vida, variando entre 11 e 35 pontos. Este fato demonstra que, no geral, os participantes se encontram mais próximos da pontuação máxima de satisfação com a vida, considerando que o ponto médio desta escala é 20. Contudo, se analisarmos a satisfação com a vida em cada grupo etário, verificamos que a 4ª idade apresenta uma satisfação com a vida inferior ($M=25,1$; $dp=6,7$), oscilando entre valores inferiores, quer na pontuação mínima (11), quer na máxima (31). Por outro lado, o grupo dos 61-79 anos encontram-se mais satisfeitos com a vida ($M=29,3$; $dp=4,6$), apresentando resultados superiores à média global (Tabela 7).

Tabela 7. Satisfação com a vida por grupos etários

	61-79 anos (n= 16)		80+ anos (n= 11)		Total (n=27)	
	M (dp)	Min-Max	M (dp)	Min-Max	M (dp)	Min-Max
Satisfação com a Vida	29,3 (4,6)	18-35	25,1 (6,7)	11-31	27,6 (5,8)	11-35

Relativamente à análise das diferenças da satisfação com a vida dos participantes para as variáveis sociodemográficas em estudo – Idade, Escolaridade e Estado civil – foram seguidas as mesmas considerações referidas anteriormente na análise das diferenças da LSNS-6, acerca dos agrupamentos em cada uma das variáveis e da necessidade de realizar o teste exato.

Conforme se observa na Tabela 8, não existem diferenças estatisticamente significativas da satisfação com a vida, quer com os grupos etários, quer com os grupos de escolaridade ($p > 0,05$).

Tabela 8. Teste de Mann-Whitney da satisfação com a vida para as variáveis em estudo grupos etários e escolaridade

		<i>Variável em Estudo</i>	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida	Grupo Etário	61-79	16	51,0	0,068
		80+	11		
	Escolaridade	0-4 anos	19	45,5	0,108
		5-12 anos	8		

Também no que concerne à análise da satisfação com a vida para a variável estado civil, para o qual realizamos o teste de Kruskal-Wallis, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (Tabela 9).

Tabela 9. Teste de Kruskal-Wallis da satisfação com a vida para a variável em estudo estado civil

		<i>Estado Civil</i>	<i>n</i>	χ^2	<i>p</i>
Satisfação com a Vida		Solteiros e Divorciados	8	2,334	0,320
		Casados	7		
		Viúvos	12		

Como se pode observar das tabelas anteriores (Tabela 8 e 9), ao nível da satisfação com a vida não se observam diferenças significativas com as características sociodemográficas (idade, escolaridade e estado civil).

Bem-estar psicológico

No que concerne à análise do bem-estar psicológico, sublinha-se que, na amostra se procedeu à substituição dos valores omissos pela média da pontuação em cada item na EBEP.

Conforme se pode observar na Tabela 10, no geral, a pontuação média mais elevada foi obtida na dimensão Aceitação de Si ($M=14,5$; $dp=2,5$), com um máximo de 18 e um mínimo de 10, e a pontuação média mais baixa foi obtida na dimensão Autonomia ($M=12,5$; $dp=3,0$), com um máximo de 18 e um mínimo de 5. As dimensões Domínio do Meio, com uma pontuação máxima de 18 e mínima de 4, e Objetivos na Vida, com uma pontuação máxima de 18 e mínima de 3, são as dimensões que, depois da dimensão Autonomia, apresentam as pontuações médias mais baixas ($M=12,6$; $dp=3,4$; e $M=12,6$; $dp=3,3$, respetivamente). Além da dimensão Aceitação de Si, a dimensão Crescimento Pessoal é também a que apresenta uma menor dispersão de valores ($dp=2,0$).

Quando analisamos as 6 dimensões da EBEP por grupos etários, no grupo da 4.ª idade a dimensão da Autonomia deixa de apresentar a pontuação média mais baixa ($M=13,0$; $dp=2,9$), mantendo as dimensões do Domínio do Meio e Objetivos na Vida com os valores médios mais baixos ($M=12,5$; $dp=3,3$; e $M=12,7$; $dp=4,0$, respetivamente) neste grupo. Ainda no grupo da 4ª idade, depois da dimensão da Aceitação de Si ($M=13,6$; $dp=2,8$), as Relações Positivas apresentam a segunda pontuação média mais elevada ($M=13,5$; $dp=3,3$).

A dimensão Aceitação de Si tem a pontuação média mais elevada em todos os grupos e a Autonomia ($M=12,1$; $dp=3,1$) a pontuação média mais baixa no grupo dos 61-79 anos. Porém, neste grupo, depois da dimensão da Autonomia, passa a ser a dimensão Relações Positivas que apresenta a segunda pontuação média mais baixa ($M=12,4$; $dp=3,3$).

Tabela 10. Dimensões da EBEP por grupos etários

<i>Dimensões</i>	61-79 anos (n= 16)		80+ anos (n= 11)		Total (n=27)	
	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>	<i>M (dp)</i>	<i>min-máx</i>
Aceitação de Si	<i>15,1 (2,2)</i>	11-18	<i>13,6 (2,8)</i>	10-18	14,5 (2,5)	10-18
Relações Positivas	<i>12,4 (3,3)</i>	4-18	<i>13,5 (3,3)</i>	9-18	12,9 (3,3)	4-18
Autonomia	<i>12,1 (3,1)</i>	5-17	<i>13,1 (2,9)</i>	7-18	12,5 (3,0)	5-18
Domínio do Meio	<i>12,7 (3,5)</i>	7-18	<i>12,5 (3,3)</i>	4-16	12,6 (3,4)	4-18
Objetivos na Vida	<i>12,6 (2,8)</i>	8-17	<i>12,7 (4,0)</i>	3-18	12,6 (3,3)	3-18
Crescimento Pessoal	<i>14,5 (1,5)</i>	11-17	<i>13,0 (2,4)</i>	9-18	13,9 (2,0)	9-18

Para verificar se existem diferenças significativas nas dimensões da EBEP entre os dois grupos da variável idade, recorreu-se ao teste estatístico de Mann-Whitney. Posto isto, na Tabela 11 verifica-se que apenas existem diferenças significativas entre os grupos de idade na dimensão crescimento pessoal ($U=46,0$; $p=0,035$).

Tabela 11. Teste de Mann-Whitney para as dimensões da EBEP entre grupos etários

<i>Dimensões</i>	<i>Grupo Etário</i>	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Aceitação de Si	61-79	16	58,5	0,148
	80+	11		
Relações Positivas	61-79	16	70,5	0,397
	80+	11		
Autonomia	61-79	16	68,0	0,333
	80+	11		
Domínio do Meio	61-79	16	84,0	0,854
	80+	11		
Objetivos na Vida	61-79	16	79,5	0,687
	80+	11		
Crescimento Pessoal	61-79	16	46,0*	0,035
	80+	11		

(*) $p < 0,05$

Na Tabela 12 apresentam-se os resultados onde se verifica que não existem diferenças significativas entre os grupos de escolaridade, para nenhuma das dimensões do bem-estar.

Tabela 12. Teste de Mann-Whitney para 2 grupos independentes entre as dimensões da EBEP e a variável em estudo Escolaridade

<i>Dimensões</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Aceitação de Si	0-4 anos	19	60,0	0,408
	5-12 anos	8		
Relações Positivas	0-4 anos	19	72,5	0,865
	5-12 anos	8		
Autonomia	0-4 anos	19	58,0	0,351
	5-12 anos	8		
Domínio do Meio	0-4 anos	19	73,5	0,906
	5-12 anos	8		
Objetivos na Vida	0-4 anos	19	56,0	0,298
	5-12 anos	8		
Crescimento Pessoal	0-4 anos	19	67,5	0,666
	5-12 anos	8		

Para a variável sociodemográfica estado civil aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar se existem diferenças significativas entre os grupos do estado civil para cada uma das dimensões da EBEP. Conforme se observa na Tabela 13, não existem diferenças significativas entre os grupos da variável estado civil em nenhuma das dimensões da EBEP.

Tabela 13. Teste de Kruskal-Wallis entre os grupos da variável estado civil para cada uma das dimensões da EBEP

<i>Dimensões</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>n</i>	<i>χ^2</i>	<i>p</i>
Aceitação de Si	Solteiros e Divorciados	8	0,98	0,627
	Casados	7		
	Viúvos	12		
Relações Positivas	Solteiros e Divorciados	8	1,54	0,475
	Casados	7		
	Viúvos	12		
Autonomia	Solteiros e Divorciados	8	0,67	0,727
	Casados	7		
	Viúvos	12		
Domínio do Meio	Solteiros e Divorciados	8	1,42	0,503
	Casados	7		
	Viúvos	12		
Objetivos na Vida	Solteiros e Divorciados	8	0,84	0,668
	Casados	7		
	Viúvos	12		
Crescimento Pessoal	Solteiros e Divorciados	8	3,14	0,212
	Casados	7		
	Viúvos	12		

Como se pode observar das tabelas anteriores, ao nível do bem-estar psicológico, apenas se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários na subescala do crescimento pessoal ($U=46,0$; $p=0,035$).

Qualidade de Vida

No que concerne à análise da Qualidade de Vida (QdV), procedeu-se à substituição dos valores omissos pelo valor médio da pontuação a atribuir a cada item na QdV.

Relativamente às facetas da QdV, atendendo aos dados da Tabela 14, verificamos que, no global da amostra, a Família/Vida Familiar ($M=16,7$; $dp=2,3$), seguido da Participação Social ($M=15,8$; $dp=1,9$) são as facetas que apresentam as pontuações médias mais elevadas e menor dispersão de valores, bem como, os valores mínimos de pontuação mais altos (12 e 11, respetivamente). Contrariamente, as facetas sobre o Funcionamento Sensorial ($M=13,0$; $dp=4,0$) e sobre Morte e Morrer ($M=13,1$; $dp=4,1$) são aquelas em que se verificam pontuações médias inferiores e maior dispersão de valores, bem como, os valores mínimos de pontuação mais baixos (6 e 5, respetivamente).

Genericamente, o mencionado acerca do total da amostra verifica-se também em ambos os grupos etários, à exceção da faceta sobre Morte e Morrer que deixa de apresentar a pontuação média mais baixa no grupo da 4.ª idade. Como tal, no grupo dos 61-79 anos, as facetas Família/Vida Familiar ($M=16,8$; $dp=2,6$) e Participação Social ($M=16,2$; $dp=1,6$) continuam a verificar as pontuações médias superiores, à semelhança das facetas sobre o Morte e Morrer ($M=12,9$; $dp=4,0$) e sobre Funcionamento Sensorial ($M=14,1$; $dp=3,7$), que mantêm as pontuações médias mais baixas. Como referido, no grupo dos 80 ou mais anos, apenas as facetas sobre a Família/ Vida Familiar ($M=16,4$; $dp=1,9$) e sobre a Participação Social ($M=15,3$; $dp=2,1$) continuam a verificar pontuações médias mais elevadas, já que depois da faceta sobre o Funcionamento Sensorial ($M=11,5$; $dp=4,0$), a Autonomia ($M=11,8$; $dp=4,3$) é a segunda faceta que apresenta a pontuação média mais baixa.

Tabela 14. Facetas da QdV segundo grupos de idade

Facetas	61-79 anos (<i>n</i> = 16)		80+ anos (<i>n</i> = 11)		Total (<i>n</i> =27)	
	<i>M</i> (<i>dp</i>)	min-máx	<i>M</i> (<i>dp</i>)	min-máx	<i>M</i> (<i>dp</i>)	min-máx
Funcionamento Sensorial	14,1 (3,7)	6-19	11,5 (4,0)	8-19	13,0 (4,0)	6-19
Autonomia	14,6 (2,7)	8-19	11,8 (4,3)	5-19	13,5 (3,6)	5-19
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	15,2 (2,2)	11-20	13,0 (2,2)	10-16	14,3 (2,4)	10-20
Participação Social	16,2 (1,6)	15-20	15,3 (2,1)	11-18	15,8 (1,9)	11-20
Morte e Morrer	12,9 (4,0)	5-20	13,3 (4,5)	8-20	13,1 (4,1)	5-20
Intimidade	15,6 (2,4)	11-20	14,3 (2,5)	10-17	15,0 (2,5)	10-20
Família/Vida Familiar	16,8 (2,6)	12-20	16,4 (1,9)	12-19	16,7 (2,3)	12-20

Quando comparamos os dois grupos etários, verificamos que as facetas sobre a Família/Vida Familiar e sobre a Participação Social têm uma pontuação média mais alta no grupo dos 61-79 anos. Naturalmente, também a faceta relativa ao Funcionamento Sensorial obteve uma pontuação média superior no primeiro grupo etário. A faceta das Atividades Passadas, Presentes e Futuras, quer no global quer entre grupos etários, apresenta uma pontuação média razoável, verificando no grupo dos 61-79 anos uma pontuação média superior ($M=15,2$; $dp=2,2$). Esta última faceta, no grupo dos 80 anos ou mais, apresenta a pontuação máxima mais baixa (16).

Para verificar se existem diferenças significativas entre as facetas da QdV e as variáveis sociodemográficas em estudo, recorreu-se novamente aos testes não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Através da Tabela 15 verifica-se que apenas existem diferenças significativas entre os 2 grupos etários para a faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($U=41,5$; $p=0,018$).

Tabela 15. Teste de Mann-Whitney para comparar as facetas da QdV entre 2 grupos etários

Facetas	Grupo Etário	n	U	p
Funcionamento Sensorial	61-79	16	56,5	0,123
	80+	11		
Autonomia	61-79	16	53,5	0,089
	80+	11		
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	61-79	16	41,5*	0,018
	80+	11		
Participação Social	61-79	16	75,5	0,541
	80+	11		
Morte e Morrer	61-79	16	87,5	0,992
	80+	11		
Intimidade	61-79	16	64,0	0,234
	80+	11		
Família/Vida Familiar	61-79	16	77,0	0,597
	80+	11		

(*) $p < 0,05$

Na Tabela 16, verifica-se que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de escolaridade para nenhuma das facetas da qualidade de vida.

Tabela 16. Teste Mann-Whitney para comparar as facetas da QdV entre 2 grupos de escolaridade

Facetas	Escolaridade	n	U	p
Funcionamento Sensorial	0-4 anos	19	46,0	0,114
	5-12 anos	8		
Autonomia	0-4 anos	19	65,5	0,591
	5-12 anos	8		
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	0-4 anos	19	53,5	0,233
	5-12 anos	8		
Participação Social	0-4 anos	19	60,0	0,401
	5-12 anos	8		
Morte e Morrer	0-4 anos	19	60,0	0,410
	5-12 anos	8		
Intimidade	0-4 anos	19	52,5	0,211
	5-12 anos	8		
Família/Vida Familiar	0-4 anos	19	75,0	0,971
	5-12 anos	8		

Por último, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar se existem diferenças significativas entre os grupos da variável sociodemográfica estado civil, para cada uma das facetas da QdV. Assim, ao analisarmos a Tabela 17, verifica-se que existem diferenças significativas entre o estado civil para 3 das facetas deste instrumento, para um nível de significância de 0,05: Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($\chi^2=6,07; p=0,043$); Morte e Morrer ($\chi^2=7,32; p=0,021$); e Intimidade ($\chi^2=7,65; p=0,017$).

De referir, ainda, que nas referidas facetas em que se verificam diferenças significativas, as pontuações médias mais elevadas estão maioritariamente associadas ao grupo de conjugalidade referente aos Solteiros e Divorciados, sendo somente na faceta Intimidade aquela em que o grupo dos casados apresenta uma média superior.

Tabela 17. Teste de Kruskal-Wallis para testar as facetas da QdV entre os grupos da variável estado civil

Facetas	Estado Civil	n	M (dp)	χ^2	p
Funcionamento Sensorial	Solteiros e Divorciados	8	13,6 (3,7)	2,05	0,370
	Casados	7	14,4 (2,1)		
	Viúvos	12	11,8 (4,8)		
Autonomia	Solteiros e Divorciados	8	15,4 (2,8)	5,76	0,052
	Casados	7	14,9 (2,3)		
	Viúvos	12	11,4 (3,9)		
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Solteiros e Divorciados	8	15,9 (1,9)	6,07*	0,043
	Casados	7	14,7 (2,1)		
	Viúvos	12	13,0 (2,3)		
Participação Social	Solteiros e Divorciados	8	16,9 (2,2)	2,12	0,356
	Casados	7	15,7 (1,0)		
	Viúvos	12	15,2 (1,8)		
Morte e Morrer	Solteiros e Divorciados	8	16,0 (3,7)	7,32*	0,021
	Casados	7	10,1 (3,4)		
	Viúvos	12	12,8 (3,7)		
Intimidade	Solteiros e Divorciados	8	15,8 (2,4)	7,65*	0,017
	Casados	7	16,6 (1,5)		
	Viúvos	12	13,7 (2,3)		
Família/Vida Familiar	Solteiros e Divorciados	8	17,0 (2,7)	3,16	0,210
	Casados	7	17,6 (2,4)		
	Viúvos	12	15,9 (1,9)		

Com efeito, encontradas as facetas da QdV onde existem diferenças significativas entre os grupos da variável estado civil, há que verificar entre que grupos é que existem essas diferenças. Por isso, aplicou-se o Teste LSD (*Least Significant Difference*) de Fisher. Procedeu-se, assim, às comparações múltiplas das médias sobre as ordens de cada uma das facetas – Atividades passadas, presentes e futuras; Morte e Morrer; e Intimidade – (Tabela 18).

Ao observarmos os valores do teste de Fisher na Tabela 18, verificamos diferenças significativas na faceta Morte e morrer, ao compararmos o grupo do casados com o grupo dos solteiros e divorciados, com uma diferença de médias de 10,99 para $p=0,006$.

Na faceta das Atividades passadas, presentes e futuras ao compararmos o grupo dos solteiros e divorciados com o grupo dos viúvos verifica-se que existe uma diferença de médias ($p=0,016$).

Por último, no que se refere à faceta da Intimidade, constatamos existirem diferenças estatisticamente significativas ao compararmos o grupo dos casados com o grupo dos viúvos, com uma diferença de médias de 9,92.

Tabela 18. Comparação múltipla entre as médias dos grupos de conjugalidade para as facetas da QdV Atividades passadas, presentes e futuras, Morte e Morrer, e Intimidade

<i>Facetas</i>	<i>Estado Civil</i>		Diferença Médias	dp	p
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Solteiros e Divorciados	Viúvos	8,38*	3,2	0,016
	Solteiros e Divorciados	Casados	2,52	3,7	0,500
	Casados	Viúvos	5,86	3,4	0,096
Morte e Morrer	Solteiros e Divorciados	Viúvos	6,10	3,2	0,067
	Solteiros e Divorciados	Casados	10,99*	3,6	0,006
	Casados	Viúvos	-4,89	3,3	0,154
Intimidade	Solteiros e Divorciados	Viúvos	5,52	3,1	0,086
	Solteiros e Divorciados	Casados	-4,40	3,5	0,220
	Casados	Viúvos	9,92*	3,2	0,005

Teste LSD; nível de significância da diferença de médias para valor de $\alpha=0,05$

Como se pode observar existem diferenças significativas em três dimensões da qualidade de vida em função do estado civil (Tabela 17), sendo que os solteiros e os divorciados pontuam mais alto que os demais estatutos conjugais, à exceção da intimidade onde casados pontuam mais alto.

Das comparações múltiplas (Tabela 18) verifica-se que na dimensão atividades passadas presentes e futuras, existem diferenças significativas entre os solteiros e divorciados e os viúvos. Encontramos também diferenças na dimensão intimidade entre o grupo dos casados e viúvos, e na dimensão morte e morrer entre o grupo dos solteiros e divorciados e os casados.

4. Análise comparada das dimensões do envelhecimento

De forma a verificar se existe alguma correlação entre as 7 facetas da QdV e as 6 dimensões da EBEP, recorreremos à correlação de Spearman, da qual se obtiveram os valores apresentados na Tabela 19.

Tabela 19. Valores para a correlação de Spearman entre as facetas da QdV e as dimensões da EBEP

QdV \ EBEP	Aceitação de Si	Relações Positivas	Autonomia	Domínio do Meio	Objetivos na Vida	Crescimento Pessoal
Funcionamento Sensorial	-,128	-,182	-,087	,063	-,033	-,064
Autonomia	,018	,074	,128	,407*	,430*	,377
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	,195	-,009	,065	,274	,145	,358
Participação Social	,087	,246	,052	,373	,480*	,501**
Morte e Morrer	,220	,291	,057	,308	,128	-,033
Intimidade	,052	,157	,127	,553**	,261	,254
Família/ Vida Familiar	,039	-,027	,282	,495**	,415*	,268

Correlação de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Como podemos constatar, a Participação social está moderadamente correlacionada com os Objetivos na vida ($rs=0,480$; $p<0,05$) e Crescimento pessoal ($rs=0,501$; $p<0,01$).

Além disso, a Autonomia está moderadamente correlacionada com o domínio do meio ($rs=0,407$; $p<0,05$) e objetivos na vida ($rs=0,430$; $p<0,05$). Igualmente, a família/vida familiar está moderadamente correlacionada com o domínio do meio ($rs=0,495$; $p<0,01$) e objetivos na vida ($rs=0,415$; $p<0,05$).

Por último, a intimidade está moderadamente correlacionada com o domínio do meio ($rs=0,553$; $p<0,01$).

No capítulo seguinte serão apresentadas as principais discussões e conclusões face a estes mesmos resultados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Na discussão dos principais resultados deste estudo, retomamos os objetivos estabelecidos: (1) descrever as características sociodemográficas dos participantes e quantificar o seu envolvimento social num dos projetos/iniciativas de base comunitária promovido pelo Município de Viana do Castelo; (2) analisar as relações entre participação social e bem-estar.

Relativamente às características sociodemográficas dos participantes, a amostra é constituída por 27 participantes com idades compreendidas entre os 61 e os 93 anos e com uma média de idades de 76,5 (dp=9,5). Em termos de género, observa-se que há 22 mulheres (81,5%) e 5 homens (8,5%). Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes frequentou o ensino básico (55,6%), no entanto, há 14,8% de pessoas não escolarizadas. Em termos de estado civil, observa-se que a situação de viuvez surge em 44,4% dos participantes, sendo que a proporção aumenta no grupo etário dos 80 ou mais anos (81,8%).

No que ao agregado familiar diz respeito, observa-se que o número de filhos varia entre 1 e 6 (M=2), sendo que a maioria dos participantes faz parte de um agregado de família nuclear (48,1%). Em termos do local de residência, cerca de metade da amostra frequenta um Centro de Dia (51,9%), sendo que um terço reside em casa e frequenta um Centro de Convívio (29,6%) e 18,5% reside numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. Quanto à profissão predominante ao longo da vida, a maioria dos participantes (51,9%) exerceu funções ao nível dos serviços e vendas, e 18,5% no ramo operário, nomeadamente fabril.

No que diz respeito ao envolvimento em atividades sociais, mais concretamente atividades promovidas pelo Município de Viana do Castelo, observa-se que a maioria dos participantes (74%) participa no baile, realiza visitas/passeios (59%), ambas as atividades, à semelhança da iniciativa "*Jardim PAM & Bem-Estar*", onde todos participam, pertencentes ao Programa Envelhecer com Qualidade. Numa primeira análise contrastada com a taxonomia de Levasseur e colaboradores (2010), entendemos que estas atividades, em que a maioria participa, pertencem, no seu global, a um nível de interação e de estar com os outros, em que a proximidade dá-se essencialmente ao nível da comunidade, e os seus objetivos estão orientados para os contactos sociais e a realização de tarefas conjuntas. A atividade de voluntariado, enquanto atividade organizada formalmente pela Câmara, não é realizada por nenhum dos participantes. Contudo, um dos participantes referiu realizar uma atividade de voluntariado com benefícios etnográficos (e.g. croché) para a cidade que, por não se enquadrar na iniciativa formalizada pela Câmara, consideramos como "outras atividades/iniciativas". Citando a anterior taxonomia, este tipo de atividade de voluntariado, ainda que informal, enquadra-se num nível

de participação mais distal, tratando-se portanto dum caso de envolvimento, já que o propósito destina-se aos outros, pelo contributo imaterial que trouxe junto da própria comunidade local, ajudando ao mesmo tempo outros a aprenderem. De salientar que a maioria dos participantes refere ter tido conhecimento destas atividades por Técnicos, quer da própria Câmara Municipal, quer das próprias Instituições a que estão associados, deslocando-se para o efeito sobretudo em transportes institucionais, à exceção dos participantes mais autónomos, que frequentam o Centro de Convívio, que se deslocam em meio próprio ou a pé.

A título de organização de Freguesias, somente um participante referiu frequentar uma atividade, o baile.

Das sugestões que os participantes mencionaram ser consideradas na realização destas atividades, foram dados exemplos de inclusão das suas opiniões quer para reformulação da atividade, quer pela aceitação de apreciações negativas sobre as mesmas. Foram vários os autores que alertaram para a identidade sociocultural, isto é, a necessidade de respeitar as escolhas das pessoas e atender às suas próprias características globais no momento de desenvolver e propor atividades, nomeadamente as sociais (Adams et al., 2011; Castro & Carreira, 2015; Kist & Bulla, 2014; Levasseur et al., 2010; Lorda, 2001; Pinto & Neri, 2017).

No que se refere às atividades que as pessoas realizam na própria casa ou na Instituição, a que estão associados, na maioria referiram atividades de carácter solitário, como ver televisão, trabalhos manuais, atividades cognitivas, passear ou ler. Apesar disso, algumas atividades de trabalhos manuais e cognitivas referidas, como as pinturas, o bingo, ou jogos de cultura geral, podem ser realizadas conjuntamente com os pares em contexto institucional, seja Centro de Dia ou Centro de Convívio. Com menor frequência foram referidas outras atividades solitárias como o uso de tecnologias (as redes sociais e jogar às cartas no computador), a jardinagem ou bricolagem, a música e ouvir rádio. Apenas um participante referiu atividades com um nível de envolvimento superior relativo à prestação de cuidados a menor. Se considerarmos, pelo seu conjunto, como atividades intelectuais/culturais solitárias, que na perspetiva de Levasseur e colaboradores (2010) se inserem num nível mais básico de participação social, Adams e colaboradores (2011) na sua revisão constataram que este tipo de atividades prediziam bem-estar e saúde. Além disso, em resultados num dos estudos analisados por estes autores, o tipo de atividades de jardinagem/ bricolagem parece estar também associado à satisfação com a vida.

Com respeito à preferência dos participantes, a atividade mais referida foi o baile (33%) e ver televisão (29%). Tendo em conta que o foco deste estudo são as iniciativas comunitárias,

nomeadamente atividades sociais, a par do baile, 25% referiu os passeios/visitas (25%), e 21% a iniciativa em estudo “*Jardim PAM & Bem-Estar*” e a ginástica. Deixar nota que nos passeios/visitas também estão incluídos os relatos em termos de lazer e não somente referentes às saídas organizadas inerentes ao *Programa Envelhecer com Qualidade*. Por outro lado, de entre as atividades realizadas internamente, no seio institucional, 25% referiu as atividades de estimulação cognitiva e 21% referiu os trabalhos manuais.

Notamos, assim, um empate sobre as preferências dos mais velhos por atividades ora sociais, ora solitárias, apesar de algumas das atividades serem realizadas num contexto paralelo aos outros – nível de participação mais proximal de Levasseur e colaboradores (2010) – não é considerada a interação social como principal propósito. Apesar dos achados de Adams e colaboradores (2011) acerca das atividades solitárias (intelectuais/culturais) que referimos atrás, os mesmos autores concluíram na sua revisão que são, de facto, as atividades sociais aquelas que mais associações estabelecem com o bem-estar subjetivo, saúde e esperança de vida. Partindo para uma visão de manutenção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, também Pinto e Neri (2017) chegaram às mesmas considerações, nomeadamente sobre a questão da saúde na qual esta participação detém um papel preventivo e analítico.

De facto, a dificuldade referida pelos mais velhos, como sendo a que mais impede ou interrompe a continuação da realização em alguma atividade, está relacionada com alterações na saúde. Estes resultados estão em conformidade com os achados de alguns autores no que se refere à incapacidade, em termos de questões relacionadas com a saúde, como um impedimento para participar em atividades sociais. Trata-se de uma díade entre incapacidade e participação social, já que quanto maior for o nível de participação social ao longo da vida menor será a probabilidade de desenvolver incapacidade na fase de vida tardia (Agahi et al., 2013). De outro modo, outros autores concluíram que o exercício da participação social está associado a uma melhor condição de saúde (Adams et al., 2011; Pinto & Neri, 2017; Sirven & Debrand, 2008).

Sublinhando que quase a totalidade do grupo considerou importantes estas atividades para a sua vida, esta participação foi descrita pelos próprios como: a) um modo de distração e permanecer ativo e com significado e, b) uma forma de manter os seus relacionamentos essencialmente com amigos e colegas. Estes achados são de extrema relevância para o presente estudo pela exata simbiose quer entre aqueles que são os aspetos e definição do envolvimento com a vida no âmbito do envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (2015), quer entre os resultados da revisão de Pinto e Neri (2017) no domínio.

No que se refere à continuação de atividades ditas produtivas, após a reforma, somente 4 pessoas continuaram a trabalhar, apesar de já não o fazerem atualmente, pois foi um aspecto na maioria referido pelos participantes mais velhos. Destes, 3 estavam em situação remunerada sobretudo na agricultura e comércio, profissões que a maioria da 4.^a idade realizou.

Com o intuito de, genericamente, caracterizar a trajetória daquele que foi o envolvimento em atividades sociais dos participantes ao longo da vida, desde a infância, muito também pelas coortes em estudo, a necessidade de trabalhar para ajudar a família ocupava uma grande parte do seu tempo, nomeadamente nas pessoas com 80 ou mais anos. As atividades sociais reportadas a esse período da vida prendiam-se sobretudo com jogos tradicionais com os pares e compromissos religiosos.

Durante a vida ativa, quase metade dos participantes fez parte de grupos associativos, etnográficos ou religiosos e, à semelhança da infância, a principal ocupação relacionava-se com o trabalho e a família. Nos participantes que referiram alguma atividade na chamada fase ativa, conseguimos inferir uma trajetória de continuidade já que é nesse momento que, além das atividades religiosas, começam a ter interesse por frequentar bailes e trabalhos de costura ou croché (trabalhos manuais). Referidas por menos participantes, as atividades sociais relacionadas com o folclore e ginástica, ou as atividades de jardinagem começaram também a ser realizadas. A mesma continuidade está presente na pessoa que referiu a prestação de cuidados nesta fase da sua vida, o tipo de atividade que Levasseur e colaboradores (2010) considera como sendo o nível mais distal da participação social e por isso considerada uma atividade de envolvimento pelo propósito de cuidar de outra pessoa.

Pelo contrário, é sugerida também alguma descontinuidade nestas trajetórias de participação quando 17 dos participantes mencionaram ter iniciado há relativamente pouco tempo uma atividade nova, com referência para as atividades de pintura e artes plásticas (trabalhos manuais essencialmente realizados no seio das atividades institucionais) além das atividades de iniciativa comunitária como os "*Jardim PAM & Bem-Estar*" e a ginástica, as atividades de estimulação cognitiva, atividades intergeracionais. As amigadas que estabelecem nestas novas atividades, além dos Técnicos da área do envelhecimento e do Município, parecem ter também um papel contributivo na motivação por participar nestas novas atividades.

Efetivamente, sobre as trajetórias dos níveis de participação social, Pinto e Neri (2017) concluíram que a tendência esmagadora é a de haver um declínio participativo com o decorrer da idade, relativamente à manutenção ou aumento desses níveis. Os nossos resultados vão, não apenas, ao encontro de uma certa manutenção do padrão de atividades referidas em comparação com a vida adulta, sobretudo as sociais, mas também é sugerido um certo aumento

na quantidade de atividades que os participantes passaram a realizar. Sobre este certo aumento do nível participativo, à semelhança do estudo de Cabral e colaboradores (2013), dá-se nos participantes mais novos. Sobre o que é referido acerca da seleção de atividades ao longo da vida, quer pela diminuição da funcionalidade e escolha por atividades menos exigentes (Adams et al., 2011; Castro & Carreira, 2015), quer em globalmente pela redefinição de objetivos após a reforma (Adams et al., Cabral et al., 2013), entendemos existir, no entanto, um aumento da diversidade nas trajetórias de participação em atividades sociais. Ou seja, apesar das considerações sobre a diminuição da funcionalidade para participação a par do facto de alguns dos participantes terem iniciado atividades de ginástica ou bailes após a reforma, é clara a realização dessas atividades como substituição dos papéis sociais que começaram a perder, mas também o propósito de *estar com os outros*.

Neste sentido, é nuclear salientar a importância dos amigos e colegas, além dos técnicos que dinamizam as referidas atividades, como sendo as pessoas com que os participantes mais se relacionam fora do núcleo familiar. A rede de relacionamentos dos participantes através de novas amizades aumentou após a entrada para a reforma, assim que passaram a participar nestas atividades sociais, mais precisamente as iniciativas municipais. Este fato trata-se dos resultados mais importantes deste estudo. Acerca do que mencionámos anteriormente sobre a questão da perda de funcionalidade e do propósito de estar com os outros, a participação nas atividades sociais que passaram a realizar, na lógica de Castro e Carreira (2015) e dos achados de Pinto e Neri (2017), poderá funcionar como uma estratégia adaptativa preventiva ao mesmo tempo que compensatória, nomeadamente a partir da rede de relacionamentos. Por outro lado, quando Rowe e Kahn (2017) abordam os resultados de vários estudos sobre as atividades produtivas na vida avançada, uma das formas de “*engagement*”, esclarecem que um dos aspetos determinantes, a par da educação e da autoeficácia, será precisamente a condição física e cognitiva.

No que diz respeito às dimensões psicossociais do envelhecimento, tendo em conta as dimensões da *rede social* de Lubben, observou-se um baixo risco de isolamento social (18,5%), sendo superior no grupo dos 80 ou mais anos. De fato, não existe uma grande diferença entre a dimensão da rede dos dois grupos etários, embora ela seja um pouco superior no grupo dos 61 aos 79 anos.

Quanto à composição da rede, curiosamente, tendo em conta os resultados anteriores, ela é composta na maioria por relacionamentos com familiares (M=8,6; dp=3,4) relativamente aos amigos (M=7,4; dp=3,0). Isto pode dever-se ao fato do grupo da 4.ª idade apresentar uma

média de relacionamentos com amigos inferior ao grupo dos 61-75 anos ($M=6,5$; $M=8,0$). Resultados um pouco semelhantes de Maia, Castro, Fonseca e Fernández (2016), assentes no efeito protetor dos relacionamentos interpessoais sobre a questão do potencial risco de isolamento na velhice, concluíram que são os participantes mais jovens que têm maior rede composta por amigos e familiares. Por outro lado, sobre o grupo de participantes da 4.ª idade, dos principais achados da meta-análise de Wruz, Hänel, Wagner e Neyer (2013), verifica-se que tendencialmente a rede social, quer global quer nas suas dimensões familiar e de amigos, diminui ao longo da vida.

No que diz respeito à *satisfação com a vida*, observou-se que os participantes apresentaram valores médios elevados ($M=27,6$; $dp=5,8$), sendo que em média ela foi ligeiramente superior no grupo da 3.ª relativamente à 4.ª idade. É no grupo dos 80 ou mais anos que é referido o valor mínimo de amplitude da escala de Diener. No entanto, não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação com a vida em função da idade, escolaridade ou o estado civil dos participantes.

Quanto ao *bem-estar psicológico*, as subescalas da “aceitação de si” e do “crescimento pessoal” foram aquelas que registaram pontuações mais elevadas. Verificamos, assim, um sentimento de realização pessoal, resultante dos sentimentos de prazer e pertença no envolvimento da pessoa nas atividades que realiza, que simultaneamente permite que alcance o seu desenvolvimento pessoal (Kist & Bulla, 2015; Novo, 2005). Os valores elevados no crescimento pessoal demonstram a própria percepção dos participantes face a esse desenvolvimento, bem como, pela abertura a novas experiências e atividades, como aliás podemos verificar com os resultados descritivos relativos ao questionário sobre a participação. Por outro lado, a “autonomia”, pautada pela tomada de decisão e escolhas da pessoa acerca das suas atividades, foi a subescala que no global obteve valores mais baixos, corroborando com os resultados de Silva, Farias, Oliveira e Rabelo (2012) que concluem da sua influência na participação social. Em termos gerais, o ajustamento psicológico funciona como um mecanismo adaptativo na redefinição dos seus objetivos para gerir períodos mais exigentes da vida da pessoa, permitindo adequar-se ao seu meio (Silva, Farias, Oliveira, & Rabelo, 2012). Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012), ao sublinharem a importância da interação entre recursos internos e externos como mediadores desta adaptação proativa para a qualidade de vida, abordam os recursos psicológicos como determinantes para os resultados no bem-estar psicológico, apesar de não alcançarem o mesmo sucesso na manutenção da realização de atividades sociais devido à já referida incapacidade.

Comparando os resultados obtidos em função da idade, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com a dimensão do “crescimento pessoal” ($U=46,0$; $p=0,035$). É de referir que o crescimento pessoal apresentou-se superior no grupo dos 61 aos 79 anos relativamente ao grupo dos 80 ou mais anos.

Os mesmos autores, à semelhança de outros já citados (Pinto & Neri, 2017; Adams et al., 2011) nas suas conclusões referem a importância da participação social para a manutenção do bem-estar psicológico dos mais velhos.

Relativamente à *qualidade de vida* dos participantes, das várias facetas que formam esta medida, observa-se que a família, a intimidade e a participação social foram as facetas que obtiveram maior pontuação, com valores superiores no grupo dos 61 aos 79 anos. Em função da idade, somente foram encontradas diferenças significativas com as “atividades passadas, presentes e futuras” ($U=41,5$; $p=0,018$). Podemos referir que, com o avançar na idade, haverá uma diminuição da qualidade de vida na participação em atividades. Este fato corrobora com o verificado nas conclusões de alguns autores, sobretudo associada à seleção por determinadas atividades como um mecanismo adaptativo face à diminuição da funcionalidade (Adams et al., 2011; Cabral et al., 2013; Castro & Carreira, 2015; Pinto & Neri, 2017).

Também em função do estado civil, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a faceta da “intimidade” ($\chi^2=7,65$; $p=0,017$), para “morte e morrer” ($\chi^2=7,32$; $p=0,021$) e também para as “atividades passadas, presentes e futuras” ($\chi^2=6,07$; $p=0,043$).

Uma análise estatística adicional, de comparação múltipla entre as médias dos grupos de conjugalidade para as facetas onde se verificaram diferenças significativas, permitiu observar o seguinte: (a) diferenças significativas na faceta “morte e morrer”, ao compararmos o grupo dos casados com o grupo dos solteiros/ divorciados, com uma diferença de médias de 10,99 para $p=0,006$; (b) na faceta das “atividades passadas, presentes e futuras” ao compararmos o grupo dos solteiros/ divorciados com o grupo dos viúvos verifica-se que existe uma diferença de médias ($p=0,016$); (c) na faceta da “intimidade”, constatamos existirem diferenças estatisticamente significativas ao compararmos o grupo dos casados com o grupo dos viúvos, com uma diferença de médias de 9,92.

De outro modo, sobre estas diferenças significativas em função do estado civil: na faceta “morte e morrer” o grupo dos solteiros/ divorciados têm uma pontuação superior à dos casados; na faceta “atividades passadas, presentes e futuras” o grupo dos solteiros/ divorciados têm uma

pontuação superior à dos viúvos; e na faceta “intimidade” o grupo dos casados têm uma pontuação superior à dos viúvos.

Contrariamente ao que nos diz a revisão da literatura, somente na faceta da intimidade os casados é que têm uma melhor qualidade de vida. No estudo sociológico de Cabral e colaboradores (2013) é concluída uma maior participação social por parte dos casados, embora a presente amostra seja comparativamente constituída por um maior número de mulheres. Esta pontuação inferior nos casados corrobora com os resultados do estudo longitudinal de Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012) que explicaram que as pessoas casadas terão também tendência a fazer menos planos para as necessidades de cuidado e para reduzirem as suas atividades sociais.

Por outro lado, podemos também inferir que a variabilidade entre indivíduos e a heterogeneidade de processos de envelhecimento poderá explicar estes resultados. Sobre estes diferentes modos de envelhecer, como vimos a velhice é caracterizada por várias perdas, nomeadamente a perda do cônjuge, a par da perda de funcionalidade e da perda de papéis. Nos resultados da revisão de Adams e colaboradores (2011) estes eventos de vida, aos quais somavam o baixo suporte familiar, podiam ser lidados a partir da manutenção do nível de participação em atividades que funciona como um “*airbag*”. Este fato obriga-nos a retomar as componentes do modelo proactivo de EBS de Kahana e colaboradores (1996, 2005), podendo entender estas diferenças de conjugalidade, mais precisamente os solteiros/divorciados neste envolvimento participativo, como uma atitude resiliente e proativa face ao seu envelhecimento, à semelhança das adaptações proativas que os autores sugerem face às doenças crónicas. Apesar dos eventos normativos de stress e da sua influência negativa na qualidade de vida, os resultados de Kahana e colaboradores (2012) corroboram este comportamento preventivo e corretivo pelo efeito mediador dessas adaptações proativas a partir dos seus próprios recursos acumulados, melhorando a sua qualidade de vida.

Finalmente, foi efetuada uma análise de correlação entre as dimensões da *qualidade de vida*, e as facetas do *bem-estar psicológico*, tendo-se constatado que a “participação social” está moderadamente correlacionada com os “objetivos na vida” ($rs=0,480$; $p<0,05$) e o “crescimento pessoal” ($rs=0,501$; $p<0,01$). Além disso, a “autonomia” está moderadamente correlacionada com o “domínio do meio” ($rs=0,407$; $p<0,05$) e os “objetivos na vida” ($rs=0,430$; $p<0,05$). Igualmente, a faceta “família/vida familiar” está moderadamente correlacionada com o “domínio do meio” ($rs=0,495$; $p<0,01$) e “objetivos na vida” ($rs=0,415$; $p<0,05$). Por último, a “intimidade” está moderadamente correlacionada com o “domínio do meio” ($rs=0,553$; $p<0,01$).

Com atenção para a correlação da participação social com os objetivos na vida e o crescimento pessoal, assente na influência do envolvimento em atividades para o envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1997), Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012) na aplicação daquele que é o seu modelo proativo de envelhecimento bem-sucedido, refletiram como já referimos, a interação dos recursos internos e externos da pessoa no seu bem-estar. Tal como na explicação do seu modelo (Kahana e colaboradores, 1996), este estudo longitudinal demonstrou a importância das adaptações proativas perante os resultados da qualidade de vida, neste caso a participação em atividades sociais.

Face a estes resultados, nesta linha de envelhecimento bem-sucedido, foram vários os autores que estabeleceram a relação entre o participar em atividades sociais e os melhores resultados no bem-estar dos mais velhos. Adams e colaboradores (2011), conforme o descrevemos anteriormente, concluíram sobre esta complexa relação da participação social e do bem-estar na velhice. Muitas vezes descrita pela influência da capacidade funcional enquanto aspetos pessoais da participação (Adams et al., 2011; Levasseur et al., 2010; Pinto & Neri, 2017; Rowe & Kahn, 1997), Anaby e colaboradores (2011) verificaram que a realização da participação em termos efetivos não tem um papel significativo no conjunto das condições crónicas, suporte social e da satisfação com a participação. Sobre a grande influência da participação no bem-estar dos mais velhos, perante condições crónicas, estes autores concluíram que o sentimento de satisfação decorrente do envolvimento é em si mais importante do que o desempenho nas atividades que realizam. Estes achados, na leitura da taxonomia de Levasseur e colaboradores (2010), corroboram com uma maior importância do nível de proximidade em relação ao objetivo da participação em atividades.

Tomando o bem-estar psicológico como o funcionamento das dimensões psicológicas positivas (Novo, 2005), os resultados desta correlação, em parte corroborados pelo estudo de Silva e colaboradores (2012), demonstram que os participantes com capacidade para tomar o seu potencial de desenvolvimento e alcançar o seu propósito na vida na concretização de objetivos que lhe são significantes, terão um envolvimento social em atividades igualmente mais significativo e positivo, e com maior sentimento prazeroso. De outro modo, esta percepção dos participantes sobre o seu ajustamento psicológico na vida ao apresentar correlação com a participação social, enquanto *outcome* da qualidade de vida, reflete a influência positiva do envolvimento ativo em atividades sociais no melhoramento dos seus recursos internos pessoais, e por isso na manutenção do seu bem-estar psicológico. Assim, os mais velhos terão oportunidade para potenciar os seus comportamentos adaptativos diante das perdas, alcançado um envelhecimento bem-sucedido.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, que eventualmente poderão ameaçar a generalização dos resultados. Por um lado, o procedimento de amostragem utilizado - não probabilístico. Por outro lado, se os instrumentos estandardizados facilitam a comparação de resultados na investigação internacional, a verdade é que as medidas específicas de participação social são ainda escassas e não validadas para a população portuguesa. A elaboração de um questionário para quantificar a participação social pode representar um avanço no conhecimento neste domínio. No entanto, os estudos devem prosseguir no sentido de serem desenvolvidos instrumentos de medida válidos e fiáveis.

Implicações para as Políticas e Práticas

O presente estudo reúne evidência que poderá ser tomada como base para a monitorização de políticas públicas orientadas para a qualidade de vida e bem-estar da população. As pessoas mais velhas que participam neste projeto/iniciativa – “Jardim PAM & Bem-Estar” – são provenientes de contextos de vida muito diversos, umas vivem em casa outras frequentam Centros de Dia e outras Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Esta situação pode ser um indicador de políticas inclusivas no território relativamente à população envelhecida.

É de salientar ainda que a participação social neste projeto/iniciativa traz ganhos em termos da rede de relações. Este é claramente um achado relevante a que os decisores políticos podem e devem estar atentos, prevenindo situações de isolamento social. Por outro lado, sobre o estar envolvido na realização destas atividades permitirá um acompanhamento mais próximo destas pessoas por parte dos principais técnicos e organismos locais.

Outro aspeto a salientar, prende-se com o bem-estar psicológico onde o crescimento pessoal e os objetivos na vida se associam à participação social. Sendo o crescimento pessoal uma das facetas relevantes para a resiliência do *self*, este é também um achado que importa salientar uma vez que este é um dos indicadores do envelhecimento bem-sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31, 683-712.
- Agahi, N., Lennartsson, C., Karéholt, I., & Shaw, B. (2013). Trajectories of social activities from middle age to old age and late-life disability: A 36-year follow-up. *Age and Ageing*, 42, 790-793.
- Andrade de Sousa, C. (2014). "Não nos deixem dormir..." - Projeto de intervenção num Centro de Dia. *Projeto de Mestrado em Educação e Intervenção Social*, Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Educação.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: A psychological model* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Mayer, K. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., Moreira, M. J.G., & Cabral, M. V. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): Evolução e perspectivas*. Lisboa: FFMS.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 347-374). New York: Springer Publishing Company.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: *Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida? EXEDRA- Revista Científica da ESEC*, 11- 28.
- Bengtson, V., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (2009). Theories about age and aging. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 3-23). New York: Springer Publishing Company.
- Berg, P., Kemperman, A., Kleijn, B., & Borgers, A. (2015). Locations that support social activity participation of the aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 10432-10449.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Alcântara da Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Envelhecimento e participação social. In Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Alcântara da Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (Eds.), *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. (pp. 147-236). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Castro, V., & Carreira, L. (2015). Atividades de Lazer e atitude de idosos institucionalizados: subsídios para a prática de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (2), 307-314.
- Dias, I. & Rodrigues, E.V. (2012). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) *Manual de Gerontologia* (p.p. 179-202). Lisboa: Lidel.

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología Social: Una introducción. In Fernández-Ballesteros, R. (Coord.) *Gerontología Social* (pp. 31-53). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. 2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fonseca, A.M. (2012). *Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento*. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de gerontologia* (pp.95-106). Lisboa: Lidel.
- Gans, D., Putney, N., Bengtson, V. L., & Silverstein, M. (2009). The future of theories of aging. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 231-240). New York: Springer Publishing Company.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.
- Haro, A., López, S., & Aroca, J. (2015). La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo através de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 33 (2), 471-488.
- ILC-Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: Um marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Rio de Janeiro, recuperado em 3 outubro, 2016, [documento eletrônico] retirado de <http://ilcbrazil.org/portugues/publicacoes/>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011- Resultados Definitivos*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, [documento eletrônico] retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Anuário estatístico de Portugal 2014 – Edição 2015*. Destaque: informação à comunicação social, Instituto Nacional de Estatística, [documento eletrônico] retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=249353419&DESTAQUESmodo=2
- Kahana, B., Kahana, E., Namazi, K., Kercher, K., & Stange, K. (1996). The role of pain in the cascade from chronic illness to social disability and psychological distress in late life. In D. I. Mostofsky & J. Lomranz (Eds.), *Handbook of pain and aging* (pp. 185-204). New York: Plenum Press.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16 (4), 438-451.
- Kist, R., & Bulla, L. (2014). A Participação em Espaços Coletivos e a autonomia dos idosos. *Brasília* (DF), 14 (28), 151-171.

- Levasseur, M., Cohen, A., Dubois, M., Génèreux, M., Richard, L., Therrien, F., & Payette, H. (2015). Environmental factors associated with social participation of older adults living in metropolitan, urban, and rural areas: The NuAge Study. *American Journal of Public Health, 105* (8), 1718-1725.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine, 71*, 2141-2149.
- Lorda, C. (2001). *Recreação na terceira idade* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Sprint.
- Maia, C., Castro, F., Fonseca, A., & Fernández, M. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Development and Educational Psychology, 1* (1), 293-304.
- Millán Calenti, J.C. (2006). Gerontología y Geratría. In Millán Calenti, J.C. (Coord.), *Principios de Geriatria y Gerontología* (pp.3-20). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Nazareth, J. M. (2010). *Demografia: A ciência da população* (4ª ed.). Lisboa: Presença.
- Neri, A. L. (2008). Gerontologia/Gerontologia Social/Geriatria. In A. L. Neri (3ª ed.), *Palavras-chave em Gerontologia* (pp. 95-102). São Paulo: Editora Alínea.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica, 2*, 55-70.
- Nimrod, G., & Kleiber, D. (2007). Reconsidering change and continuity in later life: Toward an innovation theory of successful aging. *Aging and Human Development, 65* (1), 1-22.
- Novo, R. (2005). We need more than self-reports: Contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura, 9*, 477-495.
- Novo, R., Duarte-Silva, E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (vol.5) (pp.314-324). Braga: APPORT/SHO.
- Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social de Viana do Castelo (2013). *Diagnóstico Social de Viana do Castelo*. Viana do Castelo: Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social de Viana do Castelo.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active ageing, a policy framework. Geneva: *World Health Organization*.
- Paúl, C. (2005). Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C., Paúl & A., Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.21-41). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp.11-14). Lisboa: Lidel.
- Pinto, J., & Neri, A. (2017). Trajetórias da participação social na velhice: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 20* (2), 260-273.

- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 217-234.
- Rodrigues de Sousa, S. (2013). Participação dos Idosos nas Atividades de Desenvolvimento Pessoal. *Relatório de Estágio para Graduação de Mestrado em Gerontologia Social*, Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Rowe, J., & Kahn, R. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (4), 593-596.
- Rowland, D. (2009). Global population aging: History and prospects. In P. Uhlenberg (Ed.) *International Handbook of Population Aging* (pp. 37-65). New York, NY: Springer.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana Brasil, Ltda.
- Schaie, K. (2005). *Developmental influences on intelligence: The Seattle Longitudinal Study*. New York: Oxford University Press.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science and Medicine*, 67, 2017-2026.
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global Aging. In J. Blackburn & C. Dulmus (Eds.). *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 3-16). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Vilar, M. (2015). Avaliação da qualidade de vida em adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-Old para a população portuguesa. *Tese de Doutoramento*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Vilar, M., Sousa, L., B., & M., R., Simões. (2015). WHOQOL-OLD: Manual de Administração e Cotação [European Portuguese WHOQOL-OLD module: Manual for administration and scoring]. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Wruz, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 139 (1), 53-80.