



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR NA VIDA DIÁRIA

Estudo sobre iniciativas de base comunitária

Filipa Fernandes Afonso



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Filipa Fernandes Afonso

Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar na
vida diária: Estudo sobre iniciativas de base
comunitária

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Alice Bastos
Professor Doutor José Miguel Veiga

novembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação representa mais do que a conclusão de um percurso, recheado de adversidades superadas e oportunidades conquistadas. Este percurso não teria sido possível sem o apoio de diversas pessoas, às quais deixo aqui o meu agradecimento.

À Professora Doutora Alice Bastos, orientadora desta Dissertação, pelo conhecimento transmitido, incentivo, carinho, bem como pelos desafios colocados. Agradeço pela confiança e motivação que me permitiu elaborar este trabalho. O apoio e a disponibilidade prestado no decorrer deste percurso académico foi essencial.

Ao Professor Doutor José Miguel Veiga, coorientador deste trabalho, agradeço por ter aceitado este desafio, pela disponibilidade, simpatia e apoio prestados na análise estatística.

Aos meus pilares, os meus pais, que me apoiam constantemente na conquista dos meus sonhos, sem eles não teria sido possível alcançar este objetivo. Agradeço por nunca deixarem que me faltasse nada e por acreditarem sempre em mim! O meu amor por eles é indescritível!

À minha família pela preocupação e apoio, aos meus avós, padrinhos, tios e primas, em especial à minha prima Anita por partilharmos o nosso percurso académico na mesma instituição.

Ao Rafael, namorado e confidente, pelo apoio, carinho, incentivo, motivação e por acreditar sempre na minha capacidade para finalizar este trabalho.

À Sara Sampaio, a minha eterna companheira neste percurso. Construámos uma amizade que marcará para sempre a minha vida. Em Viana partilhamos momentos que guardarei com carinho. Agradeço por me ter acompanhado desde o início deste caminho.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo neste percurso académico, agradeço os momentos que vivemos.

Ao meu querido avô Caldas e à minha tia Deolinda, que apesar deste duro golpe que a vida me deu, eu sei que continuam sempre a proteger-me e a cuidar de mim. A vós dedico esta Dissertação!

RESUMO

Contexto e objetivo: Algumas teorias do envelhecimento bem-sucedido (EBS) encaram os indivíduos como sendo proactivos no seu desenvolvimento e envelhecimento, (Baltes, 1997) sendo que acumular recursos para se adaptar às alterações envolvidas na qualidade de vida (QdV) e bem-estar é um dos caminhos possíveis a considerar na otimização do envelhecimento humano. A qualidade de vida é definida pela OMS (1994) como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua vida, tendo em conta o contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais se insere e considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O Bem-estar psicológico (BEP) pode ser definido como multidimensional, incluindo diversas dimensões do funcionamento psicológico positivo na vida adulta e envelhecimento (Ryff, 1989, 2017). No presente estudo estabelece-se como objetivo analisar as relações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico em adultos mais velhos que participam em iniciativas de base comunitária.

Método: Trata-se de um estudo correlacional de natureza quantitativa, sendo a informação recolhida numa amostra de 52 participantes, com idades dos 55 aos 84 anos e que frequentam Projetos Públicos de Base Comunitária (grupo de intervenção), os quais foram emparelhados ($n = 52$) segundo género e idade com indivíduos que não frequentam os Projetos ($n=52$) (grupo de comparação). Na recolha de dados, utilizou-se um Questionário Sociodemográfico e de Participação Social, assim como as versões portuguesas do Índice de Lawton (AIVD; Sequeira, 2007), Escalas de Bem-Estar Psicológico de Carol Ryff (Novo, Silva & Peralta, 1997) e qualidade de vida WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2010).

Resultados: Neste estudo participaram 104 indivíduos, dos quais 80,8% são mulheres, com idades entre os 55 e os 74 anos (65,4%), sendo a maioria casados (61,5%), com escolaridade reduzida (80,8% até 4 anos) e reformados (93,1%). No que se refere às AIVD, 49,0% dos participantes são moderadamente dependentes, necessitando de ajuda em pelo menos uma das atividades instrumentais de vida diária. No que diz respeito ao bem-estar psicológico, verifica-se que os adultos mais velhos que participam nos PPBC apresentam valores significativamente superiores aos do grupo de comparação na dimensão *objetivos na vida* ($t = -2,190$; $p = 0,031$). Relativamente à qualidade de vida, observam-se diferenças estatisticamente significativas na *qualidade de vida geral* ($t = 2,366$; $p = 0,020$), sendo que, contrariamente ao esperado, o grupo de comparação pontua mais alto do que o grupo que participa nas iniciativas de base comunitária. No que concerne às correlações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico, no grupo de comparação, a maioria dos domínios do bem-estar psicológico têm correlação com o domínio psicológico da qualidade de vida. No grupo de intervenção, o domínio *autonomia* do bem-estar psicológico não possui qualquer correlação com os domínios da qualidade de vida. O *domínio do meio* tem correlação com o domínio *psicológico* e o domínio *relações positivas com os outros* possui correlação com o domínio *relações sociais*. Os restantes domínios do bem-estar têm correlação com vários domínios da qualidade de vida.

Conclusão: Os adultos mais velhos que participam em iniciativas de base comunitária apresentam melhor qualidade de vida apenas no domínio *psicológico* do WHOQOL – Bref e apresentam melhor bem-estar psicológico, nomeadamente nos domínios *autonomia*, *domínio do meio*, *crescimento pessoal*, *relações positivas com os outros* e *objetivos na vida* das Escalas de Bem-Estar Psicológico. Observaram-se correlações positivas significativas entre qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Palavras-chave: Envelhecimento Bem-Sucedido, Qualidade de Vida, Bem-Estar Psicológico, Capacidade funcional, Gerontologia Social

Abstract

Context and objective: Some successful aging (SA) theories view individuals as being proactive in their development and aging process (Baltes, 1997), and consider that accumulating resources to adapt to the changes involved in quality of life (QoL) and well-being is a possible pathway towards in optimizing human aging. Quality of life is defined by the WHO (1994) as the perception individuals have about their life, taking into account the context of the cultural and value systems in which they are inserted and considering their goals, expectations, standards and concerns. Psychological well-being (PWB) can be defined as multidimensional, including several dimensions of positive psychological functioning in adulthood and aging (Ryff, 1989, 2017). Is the present study aims to analyze the relationship between quality of life and psychological well-being in older adults who participate in community-based initiatives.

Method: This is a correlational study of a quantitative nature, with information collected from a sample of 52 participants, aged between 55 to 84 years and attending Community-Based Public Projects (intervention group). These participants were paired according to gender and age with individuals that do not attend the Projects (n = 52) (comparison group). Data collection was performed with the aid of a Sociodemographic and Social Participation Questionnaire, as well as the Portuguese versions of the Lawton Index (AIVD; Sequeira, 2007), Carol Ryff Psychological Well-Being Scales (Novo, Silva & Peralta, 1997) and WHOQOL-BREF(Canavarro et al., 2010).

Results: 104 individuals participated in this study, of which 80.8% are women, aged between 55 and 74 years (65.4%), most of them married (61.5%), with low education (80, 8% with up to 4 years) and retired (93.1%). With regard to IADL, 49.0% of participants are moderately dependent, needing help in at least one of the instrumental activities of daily living. In what refers to psychological well-being, it appears that older adults who participate in the PPBC have significantly higher levels of purpose in life than those in the comparison group ($t = -2.190$; $p = 0.031$). Regarding quality of life, there are statistically significant differences in overall quality of life ($t = 2.366$; $p = 0.020$), and, contrary to expectations, the comparison group scores higher than the group participating in the community-based initiatives . Considering the correlations between quality of life and psychological well-being, in the comparison group, most domains of psychological well-being are correlated with the psychological domain of quality of life. In the intervention group, the autonomy domain of psychological well-being has no correlation with the quality of life domains. The environmental mastery domain is correlated with the psychological domain and the positive relationships with others domain is correlated with the social relationships domain. The remaining domains of well-being are correlated with several domains of quality of life.

Conclusion: Older adults who participate in community-based initiatives have better quality of life only in the psychological domain of the WHOQOL – Bref and have better psychological well-being, namely in the domains autonomy, environmental mastery, personal growth, positive relations with others and purpose in the life of the Psychological Well-Being Scales. The results show statistically significant positive correlations between quality of life and psychological well-being.

Keywords: Successful Aging, Quality of Life, Psychological Well-Being, Functional Capacity, Social Gerontology

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA	5
1. O Envelhecimento como processo ao longo da vida	6
2. Capacidade funcional na vida diária	13
3. Qualidade de vida e bem-estar na vida diária.....	17
3.1. Qualidade de vida e envelhecimento	17
3.2 Bem-estar psicológico e envelhecimento.....	20
4. Participação em Iniciativas de Base Comunitária	22
CAPÍTULO II - MÉTODO	26
1. Plano de investigação e participantes.....	27
2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	27
3. Estratégias de análise de dados	29
CAPÍTULO III - RESULTADOS	30
1. Características dos Participantes e dos Programas de Base Comunitária	31
1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	31
1.2. Características dos Projetos Públicos de Base Comunitária.....	34
2. Qualidade de vida e bem-estar psicológico em função das variáveis sociodemográficas	36
3 - Análise das relações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico	39
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	42
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	31
Tabela 2. Índice económico dos participantes.....	33
Tabela 3. Condição Socioeconómica dos participantes.....	34
Tabela 4. Atividades sociorecreativas da Câmara Municipal de Viana do Castelo.....	35
Tabela 5. A qualidade de vida em função da participação em iniciativas de base comunitária.....	36
Tabela 6. O bem-estar psicológico em função da participação em iniciativas de base comunitária.....	37
Tabela 7. A qualidade de vida em função do Índice económico.....	38
Tabela 8. O bem-estar psicológico em função do Índice económico.....	39
Tabela 9. Análise das correlações entre Bem-estar Psicológico e Qualidade de vida.....	40
Figura 1. Envelhecimento Saudável.....	15

INTRODUÇÃO

No século XXI, o envelhecimento é uma questão importante a nível mundial, pois com o envelhecimento da população, devido à diminuição da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade, e com o aumento da longevidade os indivíduos passarão a viver um terço da vida após a reforma, sendo necessárias medidas específicas para esta última etapa da vida, visto que existe a necessidade de os adultos mais velhos se manterem independentes, ativos e saudáveis pelo maior período de tempo possível (Menichetti, Cipresso, Bussolin & Graffigna, 2015). As alterações que ocorrem no envelhecimento são complexas, pois essas alterações são influenciadas pelo ambiente e pelo comportamento do indivíduo. Para além das mudanças a nível biológico, existem alterações importantes na velhice, como a mudança nos papéis sociais e da necessidade de saber lidar com a perda de relacionamentos próximos. Desta forma, os adultos mais velhos concentram-se em objetivos e atividades menores mas importantes, otimizando as suas capacidades através da prática e compensando a perda de algumas capacidades com outras formas de realizar tarefas (OMS, 2015). É essencial que as políticas de envelhecimento considerem não só estratégias de modo a diminuir as perdas associadas à velhice, mas também que fortaleçam a recuperação, a adaptação e o crescimento psicossocial (OMS, 2015).

Desta forma, importa introduzir envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo e envelhecimento saudável. No geral, envelhecimento bem-sucedido defende que envelhecer bem é alcançado através da participação em atividades que promovam a saúde e a participação social (Silva et al. 2009). Para Rowe e Kahn (1997) os adultos mais velhos devem ter um risco baixo de doença e incapacidades, um estilo de vida saudável e que preservem uma vida social ativa. No entanto, é o envolvimento ativo com a vida que representa o conceito de envelhecimento bem-sucedido de forma mais completa. Para Kahana e Kahana (2005), o modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva adota uma postura proactiva e preventiva, fundamentada na prevenção de fatores stressores e na correção desses acontecimentos. Os autores afirmam também que o EBS engloba indicadores de qualidade de vida, incluindo vida com sentido e manutenção de atividades. Assim, os adultos mais velhos que possuam este indicador têm um envelhecimento bem-sucedido, à semelhança de Rowe e Kahn (1997). Segundo Bárrios e Fernandes (2014), envelhecimento ativo enquanto paradigma de intervenção para as políticas públicas é definido pela OMS como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas conforme vão envelhecendo, consistindo em promover condições para a integração, a segurança e a saúde das pessoas que envelhecem. Desde 2002, as políticas internacionais têm como objetivo facilitar o envelhecimento ativo da população como estratégia para reduzir custos e melhorar o bem-estar e a qualidade de vida (Menichetti et al. 2015). Não há consenso na definição de envelhecimento saudável ou como este termo poderia ser medido. Frequentemente, este termo refere-se a um estado positivo, livre de doença, que diferencia pessoas saudáveis e não saudáveis. No entanto, essa diferenciação é problemática

no envelhecimento, visto que diversos adultos mais velhos têm uma ou várias doenças que são controladas e que não influenciam nas suas capacidades e habilidades (OMS, 2015). Deste modo, a OMS considera o Envelhecimento Saudável um conceito amplo, com base no curso de vida e nas perspectivas funcionais, definindo-o como “o processo de promoção e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice” (OMS, 2015, p. 30).

Associados ao envelhecer bem estão os termos qualidade de vida e bem-estar psicológico, variáveis que são essenciais para este estudo. Não há uma definição consensual para a qualidade de vida, verificando-se que existem semelhança de termos nas várias definições de diversos autores, sendo um conceito amplo, incluindo aspectos individuais e também a eficácia do indivíduo em atingir os seus objetivos e bem-estar. No entanto, ainda que não exista uma definição consensual, verifica-se uma tendência para investigar a associação entre participação social e qualidade de vida, sendo visto como um indicador de envelhecer bem (Bastos et al., 2020a). A qualidade de vida corresponde à percepção subjetiva que um indivíduo faz sobre a sua posição na vida tendo em consideração os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, dentro do contexto cultural e de valores em que está inserido (Bastos et al., 2020a). Diversos estudos no domínio da qualidade de vida com recurso ao instrumento de avaliação WHOQOL – Bref permitem verificar diferentes tendências entre os adultos mais velhos ativos e os adultos mais velhos não ativos, sendo que os adultos mais velhos ativos, ou seja, que participam em atividades, possuem melhor qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL – Bref, em comparação aos adultos mais velhos não ativos (Bastos et al., 2020a; Ribeiro et al., 2017; Costa et al., 2018). O bem-estar psicológico surge em discordância das teorias de bem-estar focadas na felicidade, afeto positivo e satisfação com a vida, sendo então entendido como a concretização do potencial individual, sentimentos de propósito e direção na vida (Bastos et al., 2020b). O Bem-estar psicológico pode ser definido como multidimensional e inclui várias dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta, essenciais para este constructo: *Aceitação de Si, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida e Autonomia* (Novo, 2003). O Bem-estar psicológico é definido por Ryff através de três critérios: 1) incluir as principais características dos modelos da personalidade, da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica; 2) investigar as dimensões que identifiquem as diferenças interindividuais relativamente aos valores, crenças e ideais dos adultos; 3) Incluir o bem-estar na área da saúde mental (Novo, 2003). Estudos neste domínio com recurso às escalas de Ryff permitem verificar diferentes tendências entre as faixas etárias, jovens, adultos de meia-idade e adultos mais velhos, sendo que os adultos de meia-idade pontuam mais alto nas dimensões *objetivos na vida, crescimento pessoal*, no entanto, os adultos mais velhos têm uma pontuação maior do que os jovens na dimensão do *ambiente e autonomia*, e têm uma pontuação mais baixa do que os adultos de meia-idade nas dimensões *crescimento pessoal e objetivos na vida* (Ryff, 1995).

Participar em iniciativas de base comunitária e estar envolvido ativamente em atividades sociais favorece a qualidade de vida, o bem-estar psicológico, a satisfação com a

vida e a autoestima nos adultos mais velhos, ademais de reduzir sintomas depressivos na velhice. Os adultos mais velhos que estão inseridos em iniciativas de base comunitária apresentam melhor qualidade de vida quando comparado aos não participantes, principalmente nos domínios *físico, ambiente e relações sociais* do WHOQOL – Bref. O mesmo acontece no bem-estar psicológico, no qual os adultos mais velhos apresentam melhor resultado para o bem-estar psicológico, nomeadamente nas dimensões *crecimento pessoal e objetivos na vida* (Bastos et al., 2020a; Bastos et al., 2020b).

O presente trabalho visa analisar a qualidade de vida e bem-estar na vida diária dos adultos mais velhos, na medida em que estas variáveis são importantes para envelhecer bem. Na vida diária, a funcionalidade (a independência para executar tarefas básicas e instrumentais) é outro dos aspectos a considerar.

Este estudo é pertinente uma vez que na investigação, a funcionalidade é associada como um fator para a qualidade de vida na velhice, o bem-estar também é associado à qualidade vida, indicando assim a possibilidade de uma relação entre estas duas variáveis. Deste modo, é fundamental poder evoluir as práticas gerontológicas, contribuindo para a qualidade de vida e bem-estar da população e, conseqüentemente, melhorar e promover as práticas orientadas para o envelhecimento bem-sucedido.

O problema de investigação centra-se nas seguintes questões que necessitam ser respondidas: De que forma a qualidade de vida e o bem-estar psicológico são aspetos importantes para envelhecer bem? O que se pode fazer para manter/melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos adultos mais velhos?

A presente dissertação está organizada da seguinte forma: revisão da literatura, esta inclui aspetos relacionados com o enquadramento teórico e empírico; método, esta secção apresenta a descrição do plano de investigação e da amostra, instrumentos e procedimentos de recolha de dados e as estratégias de análise dos dados recolhidos; resultados, onde se pode observar os resultados obtidos, finalizando com a discussão de resultados e conclusões acerca dos resultados.

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

1. O Envelhecimento como processo ao longo da vida

O envelhecimento demográfico é cada vez mais acentuado. Este deve-se à diminuição dos níveis de fecundidade e natalidade e ao aumento da esperança média de vida, levando assim ao aumento do número de pessoas com mais de 65 anos (ILC-Brasil, 2015). Segundo Brêtas e Oliveira (1999), a Gerontologia é a área do conhecimento que estuda as mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento humano. Já a Gerontologia Social corresponde à

“(…) especialização da gerontologia que além de ocupar-se do estudo de bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e da velhice, nas consequências sociais desse processo assim como as ações sociais que podem interpor-se para melhorar os processos do envelhecimento.” (Fernández-Ballesteros, 2004, p.36).

De acordo com Sequeira (2010), o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde a sua concepção até à sua morte, é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual. Significa isto que varia de indivíduo para indivíduo, e está relacionado com um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo de vida. Assim, pode-se entender como um processo individualizado com diferenças interindividuais, resultando numa maior variabilidade (Paúl, 2005). Deste modo o envelhecimento entende-se como um fenómeno bio-psico-social de carácter individual, sendo importante ter em conta que qualquer abordagem a realizar, deve ser multidisciplinar. Ao longo do processo de envelhecimento ocorrem mudanças a nível biológico, psicológico e social que transformam o indivíduo, essas mudanças vão construindo uma imagem como adultos mais velhos (Fonseca, 2012).

De acordo com Rosa (2012), o envelhecimento pode ser abordado em termos envelhecimento coletivo ou individual. Sendo que dentro do envelhecimento individual estão incluídos o envelhecimento cronológico, entendido como um processo gradual e inevitável que faz parte do processo do indivíduo e o envelhecimento biopsicológico, este entendido como o processo de cada indivíduo, dependendo da sua vivência, estilos de vida, género, condicionantes e da própria sociedade. De acordo com a mesma fonte, relativamente ao envelhecimento coletivo, este pode ser analisado em envelhecimento demográfico e envelhecimento societal.

O envelhecimento demográfico refere-se aos indivíduos como faixas etárias (idade jovem, ativa e idosa), abrangendo mais do que os atributos pessoais. Designa-se por envelhecimento societal, caso a sociedade seja conduzida pelo envelhecimento demográfico a

uma incapacidade de conviver de forma adequada e harmoniosa. O envelhecimento societal está associado ao envelhecimento demográfico, no entanto a sociedade pode não envelhecer de acordo com o envelhecimento da população (Rosa, 2020). Estas quatro formas de ver o envelhecimento podem-se verificar também na obra de Hooyman e Kiyack (2011). Estes autores afirmam que há quatro critérios que definem o envelhecimento: (1) o envelhecimento cronológico, definido pelo número de anos de vida do indivíduo; (2) o envelhecimento biológico, este refere-se às alterações físicas, à capacidade funcional e à eficiência dos sistemas de órgãos; (3) o envelhecimento psicológico, relacionado com as modificações a nível sensorial, cognitivo e capacidade de adaptação e de personalidade, e (4) por fim, o envelhecimento social, que compreende as alterações de papéis e as relações sociais do indivíduo. Esta diversidade de tipologias aponta para uma grande variedade de termos teóricos e empíricos. Todavia, subjacente a estas categorizações observa-se uma tendência na Gerontologia para pensar os ganhos em longevidade de modo positivo. Esta visão ganha forma nas várias teorias e modelos de Envelhecimento Bem-Sucedido, Envelhecimento Ativo e Envelhecimento Saudável.

Segundo Fonseca (2005), durante a segunda metade do século XX surgiram diversas teorias referentes ao envelhecimento bem-sucedido. Segundo Silva, Lima e Galhardoni (2009), foi Havighurst no início de 1960 que propôs o conceito de envelhecimento bem-sucedido, defendendo que envelhecer bem era um resultado que se alcançava através da participação em atividades que promovam a saúde e a participação social. Segundo Havighurst (1961), a Gerontologia tem a finalidade de auxiliar as pessoas a aproveitar a vida e a obter satisfação na vida. Um dos principais objetivos da Gerontologia é facultar aos indivíduos, conselhos sobre como fazer escolhas sociais e individuais sobre questões como política de reforma, habitação, onde e com quem viver, como se relacionar com a sua família, o que fazer no tempo livre. Deste modo, é fundamental que a Gerontologia adote uma teoria de envelhecimento bem-sucedido. A ideia de envelhecimento bem-sucedido é uma afirmação das condições da vida individual e social em que o indivíduo adquire o máximo de satisfação com a vida e felicidade e a sociedade mantém um equilíbrio adequado para as várias faixas etárias.

De acordo com Havighurst (1961), existem duas teorias de envelhecimento bem-sucedido: (1) a Teoria da Atividade, em que envelhecimento bem-sucedido significa a manutenção, tanto quanto possível, das atividades e atitudes da meia-idade; e (2) a Teoria da Desvinculação, em que o envelhecimento bem-sucedido significa a aceitação e o desejo de um processo de desvinculação da vida ativa.

No final da década de 1980 e início da década de 1990, o conceito de envelhecimento bem-sucedido foi modificado acrescentando-se novos modelos: o de Rowe e Kahn (1998), baseado nos dados do estudo norte-americano “MacArthur Foundation Study”, o de Baltes e Baltes (1990), apoiado no modelo teórico de “Seleção, Otimização e Compensação (SOC)”.

Segundo Baltes e Baltes (1990), a natureza que constitui os ganhos e perdas é determinada por fatores pessoais, culturais e também pela posição do indivíduo no ciclo de vida. Os autores propuseram o modelo dentro da Psicologia Desenvolvimental «Life Span». De

acordo com a mesma fonte, o modelo SOC é universal e simultaneamente é relativista, é específico devido ao facto de ser um processo pessoal e contextualizado. O modelo SOC é um processo de regulação do desenvolvimento dinâmico que segue na direção do desenvolvimento (seleção) associado a ganhos (otimização) e perdas (compensação). Dentro da perspectiva «life span», o modelo SOC investiga como o desenvolvimento humano emerge e de que forma as mudanças ao longo da vida necessitam de uma reestruturação adaptativa nos meios, metas e resultados.

Em termos mais específicos, a seleção refere-se a mecanismos que direciona as interações pessoa-ambiente e proporciona uma multiplicidade de escolhas de domínios de vida onde o indivíduo deve investir mais tempo e esforço (Baltes & Baltes, 1990). Segundo os mesmos autores, a otimização pode ser definida como a alocação e o refinamento de recursos internos e externos de modo a adquirir elevados níveis de funcionamento em domínios selecionados. Relativamente à compensação, são processos de resposta às perdas na capacidade da pessoa e envolvem processos psicológicos ou esforços comportamentais para melhorar a funcionalidade.

De acordo com Baltes e Baltes (1990), o modelo SOC defende que em todas as etapas do desenvolvimento humano, os indivíduos estão aptos para gerir as suas vidas de forma bem-sucedida e que o desenvolvimento está associado a perdas e ganhos. Deste modo, o SOC assume como princípio que ao longo da vida os indivíduos deparam-se com oportunidades e limitações nos seus recursos, que são administrados por ações que se traduzem em seleção dos domínios, otimização do funcionamento de tais domínios e compensação de perdas. De acordo com Moreira (2018), o modelo SOC afirma que o processo de envelhecimento é marcado por ganhos e perdas e deste modo os indivíduos podem usar mecanismos para compensar essas perdas. O surgimento do conceito de envelhecimento bem-sucedido foi uma mudança essencial para a investigação do envelhecimento, incitando a investigação sobre os aspetos positivos na velhice e o potencial de desenvolvimento associado ao envelhecimento.

Segundo Rowe e Kahn (1997), o EBS depende das escolhas, comportamentos e esforços individuais dos indivíduos na vida diária. O modelo dos autores já referidos, implica que a população tenha capacidade para manter um risco baixo de doença e incapacidades, tenham um estilo de vida saudável e que preservem uma vida social ativa.

Todos os três termos são relativos e a relação entre eles é de certo modo hierárquica, ou seja, o envelhecimento bem-sucedido é mais do que ausência de doença, e mais do que a manutenção das capacidades funcionais, ambos são importantes para o envelhecimento bem-sucedido, mas é a combinação com o envolvimento ativo com a vida que representa o conceito de envelhecimento bem-sucedido de forma mais completa (Rowe & Kahn, 1997). No entanto, os três componentes do envelhecimento bem-sucedido são um pouco mais complexos, pois a baixa probabilidade de doença não se refere só à ausência ou presença da doença, mas também à ausência, presença ou gravidade de fatores de risco para doença. O alto nível funcional engloba componentes físicos e cognitivos, as capacidades físicas e cognitivas são potenciais para a atividade. O envolvimento ativo com a vida assume várias formas, contudo as

relações interpessoais e a atividade produtiva são as mais relevantes. As relações interpessoais envolvem contactos com outras pessoas, troca de informações, suporte emocional e assistência direta. Segundo Britton e colaboradores (2008) este modelo teórico apresenta limitações por afirmar como secundárias as dimensões socioculturais e coletivas que estão associadas à saúde na velhice e poucos adultos mais velhos se enquadram nesse modelo. No entanto Rowe e Kahn (2015), aceitam as diversas críticas ao modelo de envelhecimento bem-sucedido como recomendações para trabalhos futuros.

O modelo de Kahana e Kahana (1996) designado de Proatividade Preventiva e Corretiva, sendo um modelo de envelhecimento bem-sucedido, surge como crítica ao modelo proposto por Rowe e Kahn (1987) e, em parte, inclui ideias presentes no modelo SOC.

De acordo com Kahana e Kahana (2005), o modelo adota uma postura proactiva e preventiva, fundamentada na prevenção (antes dos acontecimentos ocorrerem) de fatores stressores e na correção desses acontecimentos, abordando o facto de como as pessoas possuem indicadores de EBS quando atingem a terceira idade. Os autores afirmam também que o EBS engloba indicadores de qualidade de vida, incluindo estados afetivos, vida com sentido e manutenção de atividades (ex. participar em projetos da Câmara Municipal) e de relações com valor, assim, os adultos mais velhos que possuam estes indicadores têm um envelhecimento bem-sucedido.

De acordo com os mesmos autores, para entender como se chega aos indicadores de qualidade de vida é necessário ter em conta vários fatores. O contexto temporal e espacial inclui a perspetiva histórica e biográfica de cada pessoa (ie. história de vida). Este fator influencia na qualidade de vida, visto que o contexto onde os indivíduos se desenvolvem pode ser um factor positivo ou negativo adverso no seu desenvolvimento. Outro fator a ter em conta, é a exposição ao stress acumulado, influenciando também a qualidade de vida dos adultos mais velhos. Por stress acumulado entende-se acontecimentos de longa duração juntamente com o stress ocasionado por acontecimentos recentes. Note-se que no modelo de PPC o stress é normativo, como por exemplo, doenças crónicas, perdas sociais e incongruência pessoa-ambiente. Mecanismos internos, como por exemplo, a orientação futura, a satisfação com a vida, a esperança, o altruísmo, a autoestima, as atitudes perante os factos influenciam a qualidade de vida, os adultos mais velhos com estes mecanismos internos têm mais capacidade para ativar os mecanismos de modo a diminuir o stress. Os recursos externos, como recursos financeiros, sociais e emergentes também são importantes. Os mecanismos que impedem o stress e garantem a qualidade de vida são as adaptações proativas (Kahana & Kahana, 2005). Dentro das adaptações proativas existem adaptações preventivas tradicionais (de promoção da saúde, o exercício físico, a capacidade de planear previamente as situações e o apoio ao próximo); corretivas tradicionais (mobilização de apoios, substituição de funções e alterações ambientais que possam ser possíveis de efetuar) e preventivas e corretivas emergentes (uso de tecnologia, cuidados de saúde e o autoaperfeiçoamento).

Ainda segundo a mesma fonte, as adaptações proativas são essenciais para diminuir o stresse acumulado ou o stresse recente, executando adaptações corretivas nessas situações. Os recursos internos têm um impacto positivo na velhice, no entanto o stresse acumulado tem um impacto negativo na ativação das adaptações proativas, visto que na presença de um agente stressor ao longo da vida, as adaptações proativas diminuem. Assim, os indicadores do EBS que resultam da qualidade de vida provêm da interação do contexto temporal e espacial, da exposição ao stresse e dos recursos internos e externos, estes vão ativar os mecanismos de adaptações proativas, originando EBS.

Segundo Sampaio (2017), o modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva é um modelo incluído no envelhecimento bem-sucedido que utiliza variáveis sociológicas e psicológicas, é um modelo que tem como finalidade aumentar a capacidade de resiliência dos adultos mais velhos.

Em suma, o Modelo de EBS de Kahana e Kahana (1996, 2005), Proatividade Preventiva e Corretiva, encara os indivíduos como agentes proativos que desenvolvem comportamentos preventivos e corretivos, para que seja possível aumentar a qualidade de vida quando enfrentam situações de stresse e doença crónica. Portanto, a qualidade de vida surge aqui como resultado de EBS.

O modelo de EBS defendido por Rowe e Kahn (1997) derivou para uma direção na qual os idosos são colocados em padrões irrealistas para serem "bem-sucedidos" (Teater & Chonody, 2020).

De acordo com Teater e Chonody (2020), a incongruência encontrada entre as medidas pré-definidas de envelhecimento bem-sucedido e a autoavaliação pode relacionar-se com as variantes entre os adultos mais velhos, visto serem um grupo heterogéneo. Deste modo, as teorias do envelhecimento devem integrar visões distintas da experiência do envelhecimento com base no género, cultura, estado de saúde e outras identidades, visto que essas dimensões podem ajudar ou impedir o processo de envelhecimento.

Teater e Chonody (2020) realizaram uma revisão da literatura com 22 artigos acerca das perspectivas dos adultos mais velhos sobre envelhecimento bem-sucedido. Foram identificados doze temas principais nos 22 estudos que exploram as visões e definições de idosos sobre envelhecimento bem-sucedido, sendo estes: 1) relações e interações sociais, 2) pensamento positivo, atitude e otimismo; 3) ser saudáveis; 4) segurança financeira; 5) aceitação e adaptação; 6) envolvimento com a vida; 7) espiritualidade; 8) ambiente e política social; 9) autonomia e independência; 10) saúde cognitiva; 11) estar fisicamente ativo; e 12) ter uma boa morte. O tema mais referido foi relações sociais e interações com 19 menções, de seguida foi o tema pensamento positivo, atitude e otimismo, o terceiro tema mais vezes mencionado foi ser saudável, os temas menos referidos foram saúde cognitiva, estar fisicamente ativo e ter uma boa morte.

De acordo com Teater e Chonody (2020), o tema "relações e interações sociais" esteve presente em 19 dos 22 artigos analisados em que os adultos mais velhos definiam o

envelhecimento bem-sucedido integrando os seguintes fatores: manter ligações com a família e amigos; ter apoio social; cuidado familiar e intergeracional; envolvimento e participação social; recursos sociais; valorização e respeito nas relações sociais. Ao descrever a importância das relações e interações sociais, os idosos salientaram a necessidade de ter bons relacionamentos com os cônjuges, familiares, amigos e filhos, para alguns, as amizades eram ainda mais imprescindíveis do que a família. A necessidade de apoio dos cônjuges, filhos, vizinhos e amigos à medida que envelhecem foram realçados, mas também a necessidade de ter um sentimento de pertença e ser necessário para cuidar dos netos ou de ser cuidado pelos filhos ao residir com eles.

O tema “pensamento positivo, atitude e otimismo” esteve presente em 17 artigos incorporando: manter uma atitude positiva, aceitar a velhice, ser feliz, escolher a gratidão em vez de preocupações, ter paz de espírito, manter o bem-estar emocional, focar no presente, reconhecer realizações, investir em si mesmo e envolver-se na felicidade. Os adultos mais velhos referiram a necessidade de conservar uma atitude positiva apesar das mudanças resultantes do envelhecimento. Quando confrontados com modificações físicas, doença ou dor crônica, os adultos mais velhos especificaram a necessidade de aceitar a doença e não permitir que influenciem as emoções.

O tema “ser saudável” esteve presente em 15 dos 22 artigos analisados, os adultos mais velhos referiram que era importante ter boa saúde física e mental, autocuidado e possuir comportamentos saudáveis. Os adultos mais velhos descreveram ser saudável como a capacidade de cuidar de si mesmo e das atividades do dia-a-dia; e fazer escolhas de estilos de vida saudáveis. É essencial referir que alguns adultos mais velhos não equiparavam ser saudáveis a não ter doenças, visto que, a doença crônica era vista como uma parte natural do envelhecimento.

De acordo com a mesma fonte, é importante ouvir as pessoas mais velhas acerca do envelhecimento, visto que aumenta o desenvolvimento de teorias e investigações ao criar um contexto em que os adultos mais velhos são incluídos no processo. Os resultados deste estudo sugerem que elevaram os pontos fortes e a resiliência encontrados nos adultos mais velhos, ao mesmo tempo que apoiaram as transformações que sucedem durante o processo de envelhecimento por meio de abordagens progressivas de cuidado, apoio, programação e política.

No entanto, de acordo com os resultados obtidos por Teater e Chonody (2020), as perspectivas dos adultos mais velhos sobre envelhecimento bem-sucedido não vão ao encontro da definição deste realizada por Rowe e Kahn (1997), visto que os temas menos relevantes para um envelhecimento bem-sucedido segundo a opinião dos adultos mais velhos são saúde cognitiva e estar fisicamente ativo, sendo estes temas essenciais na perspectiva de Rowe e Kahn (1997).

Face ao exposto, vamos agora abordar o envelhecimento ativo e as suas implicações para envelhecer bem.

Atualmente a promoção do envelhecimento ativo, é um dos aspetos importantes das Políticas Públicas. A nível local observa-se um conjunto de medidas orientadas para o envelhecimento das populações (Bastos et al. 2020a).

Segundo Bárrios e Fernandes (2014), envelhecimento ativo enquanto paradigma de intervenção para as Políticas Públicas é definido pela OMS (2002) como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas conforme vão envelhecendo, consistindo em promover condições para a integração, a segurança e a saúde das pessoas que envelhecem.

De acordo com a OMS (2002), a saúde abrange o bem-estar físico, mental e social, sendo essencial que os fatores de risco que influenciam no aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional não aumentem. Quando os indivíduos possuem uma boa qualidade de vida, estas são capazes de se manter saudáveis. Relativamente à segurança, esta engloba as necessidades e os direitos dos adultos mais velhos relativamente à segurança social, física e financeira, assegurando a proteção, a dignidade e o auxílio aos adultos mais velhos. No que diz respeito à participação, esta diz respeito à educação, as políticas sociais de saúde e os programas de apoio à participação em atividades sociais, culturais e espirituais, tendo em conta os direitos humanos e as necessidades dos indivíduos para que continuem ativos na sociedade.

Mais tarde, na revisão do quadro de referência do envelhecimento ativo, o ILC – Brasil (2015) acrescentou um 4º pilar - a aprendizagem ao longo da vida, visto que esta e as suas oportunidades são essenciais para alcançar um envelhecimento ativo, sendo associados ao bem-estar e à saúde. Entre os determinantes do envelhecimento ativo, a cultura e o género são fatores transversais e essenciais na identificação das condições em que decorre a vida das pessoas. Além destes determinantes existem também outros relacionados com a organização dos serviços sociais e de saúde, económicos, ambientais, comportamentais e sociais.

De acordo com Veloso (2015), o modelo de envelhecimento ativo inclui uma transigência de como os indivíduos e as famílias dividem o tempo entre o trabalho, a educação, o lazer e a prestação de cuidados, realçando assim, a importância de prolongar a vida ativa, mas também a realização de atividades de lazer, para que deste modo haja uma desvinculação progressiva do mundo laboral.

De acordo com a OMS (2002), um aspecto fundamental para o envelhecimento ativo encontra-se na adoção de estilos de vida saudáveis, visto que possibilita deste modo, alcançar o bem-estar, prevenir doenças associadas às idades e promover a saúde e qualidade de vida. O modelo de envelhecimento ativo recomenda medidas que estimulem uma vida incluída na sociedade, ou seja, participação social, segurança e saúde. O modelo considera que se pode diminuir os problemas de saúde, de modo a aumentar o número de indivíduos a ter qualidade de vida conforme envelhecem.

Antes de avançar para a próxima secção é importante sumariar as principais ideias acerca do envelhecimento e os seus modelos. Existem diversos modelos e quadros de referência que contemplam o envelhecimento de forma positiva. Para tal, é necessário que os indivíduos possuam um conjunto de características e fatores, e capacidade para se adaptar às adversidades do envelhecimento, para que possam envelhecer bem. É de realçar a importância da participação social e da manutenção de uma vida ativa, visto que cada vez mais, são fatores importantes para que os adultos mais velhos tenham um envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável.

2. Capacidade funcional na vida diária

A propósito do envelhecimento saudável – processo de promoção e manutenção da capacidade funcional possibilitando o bem-estar na velhice – a OMS (2015) aborda a capacidade funcional.

“A capacidade funcional compreende os atributos relacionados à saúde que permitem que uma pessoa seja e faça o que é importante para ela. É constituído pela capacidade intrínseca da pessoa, pelas características do ambiente que afetam essa capacidade e pelas interações entre a pessoa e essas características” (p.30). Para além disso é de considerar “a capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa possui” (p.30).

Por seu turno, o ambiente:

“compreende todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto de vida de uma pessoa (...) No meio ambiente, há uma série de fatores que incluem o meio ambiente construído, as pessoas e as suas relações, atitudes e valores, políticas sociais e de saúde, os sistemas que as apoiam e os serviços que prestam.” (pp.30-31).

O envelhecimento saudável começa no nascimento com a herança genética, a manifestação desses genes pode ser modificada na vida intrauterina e por exposições ambientais e hábitos subsequentes. No entanto, também se nasce num ambiente social, as características pessoais compreendem as que são fixas, como o género e a etnia, e outras que têm alguma mobilidade ou refletem normas sociais, como a profissão, o nível de educação ou a riqueza. À medida que se envelhece, sofre-se uma acumulação progressiva de danos moleculares e celulares que provocam uma diminuição nas reservas fisiológicas. As vastas alterações fisiológicas são, maioritariamente, inevitáveis, apesar de que o grau varie entre indivíduos da mesma idade. Além dessas alterações fundamentais, a exposição a uma sequência de influências ambientais positivas e negativas ao longo do curso de vida pode influir o desenvolvimento de outras características de saúde, como fatores de risco fisiológico, doenças, lesões geriátricas mais amplas e síndromes. A relação entre as características de saúde, determina a capacidade intrínseca da pessoa, ou seja, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que possui (OMS, 2015).

De acordo com a mesma fonte, o facto de os adultos mais velhos conseguirem executar as coisas que gostam, depende não só dessa capacidade, mas também das interações com o meio ambiente que vivem num determinado momento da vida. Por exemplo, um adulto mais velho com uma limitação na capacidade física pode manter a sua mobilidade utilizando um dispositivo auxiliar e vivendo perto de um meio de transporte público com acesso para pessoas com deficiência, no entanto, para uma pessoa mais velha com as mesmas limitações físicas e a morar num ambiente com condições menos favoráveis, pode ser mais difícil. A combinação final entre a pessoa e o meio ambiente, e a interação entre eles, é conhecida como a capacidade funcional do indivíduo.

Em vários momentos, um indivíduo pode possuir reservas de capacidade funcional das quais não usufrui, tais reservas contribuem para a resiliência do adultos mais velhos. O quadro de referência de Envelhecimento Saudável concebe a resiliência como a capacidade de preservar ou melhorar o grau de capacidade funcional. Essa capacidade engloba as características intrínsecas de cada indivíduo e as características do ambiente que pode atenuar falhas (OMS, 2015).

Ainda segundo a mesma fonte, a variabilidade que se observa tanto na longevidade como na capacidade intrínseca na velhice pode ser elucidada pela interação com o ambiente em que se vive, por exemplo, o acesso aos serviços pode facilitar o diagnóstico e tratamento da hipertensão, se um indivíduo sofrer um AVC, para recuperar a capacidade intrínseca depende da capacidade para aceder aos serviços de reabilitação. O meio ambiente tem uma importância ainda maior na capacidade funcional, visto que determina um certo nível de capacidade intrínseca. É possível avaliar a interação dos indivíduos com o ambiente através da noção de adaptação entre o indivíduo e o seu ambiente, retratando a dinâmica e a reciprocidade entre as pessoas e os seus ambientes. Quanto melhor for esse ajuste, mais possibilidades de promover e manter a capacidade intrínseca e a capacidade funcional tem o indivíduo. O conceito de adequação entre o indivíduo e o seu ambiente tem em consideração: a pessoa e as características de saúde e capacidade; as necessidades e recursos da sociedade; a natureza dinâmica e interativa da relação entre os adultos mais velhos e os ambientes em que vivem; mudanças nos indivíduos e lugares ao longo do tempo. No entanto, o mesmo meio ambiente afeta cada indivíduo de forma distinta, devido às características pessoais que determinam a posição social, influenciando não só o tipo de ambiente, mas também a forma como se relacionam.

Quando as interações são indevidas, pode levar a desigualdades na saúde. A acumulação das desigualdades ao longo do curso de vida tem uma influência no Envelhecimento Saudável, assim, uma pessoa com menos condições possui capacidade funcional e resiliência mais baixas (OMS, 2015).

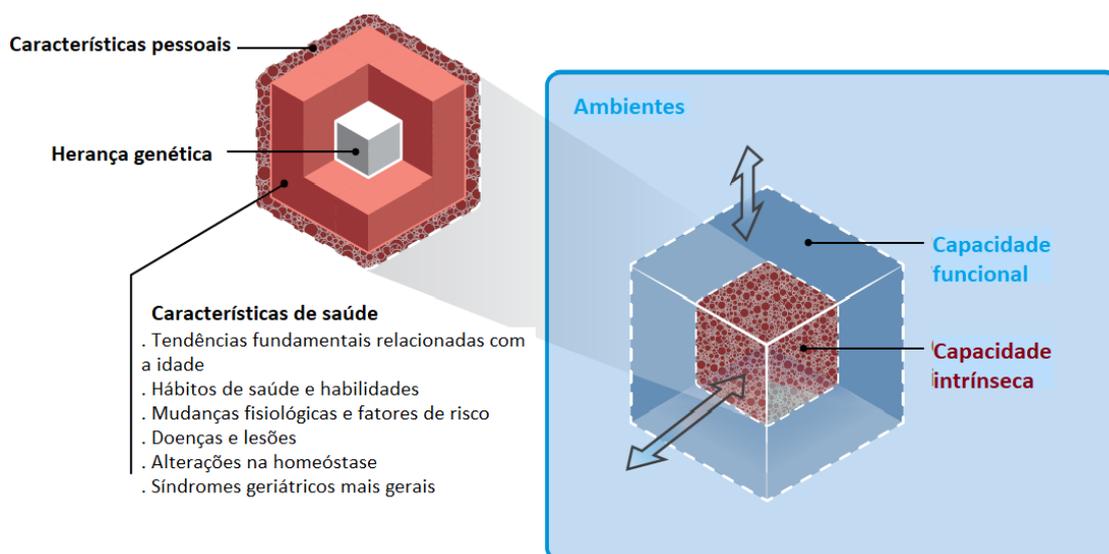


Figura 1. Envelhecimento Saudável (OMS, 2015: p.31)

Será possível promover a capacidade funcional dos adultos mais velhos? Como? O que diz a investigação sobre isso?

De acordo com Duarte, Andrade e Lebrão (2007), a funcionalidade é compreendida como a capacidade de realizar certas tarefas do quotidiano e comportamentos necessários no dia-a-dia. A funcionalidade é avaliada em dois domínios, as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), que se relacionam com atividades de autocuidado; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), que indicam a capacidade do adulto mais velho ter uma vida independente na comunidade (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007), e os indivíduos podem ser avaliados como independentes, se o adulto mais velho recorrer a apoios mecânicos (andarilho, canadianas) para realizar as Atividades de Vida Diária, e dependentes, se o indivíduo requer auxílio de terceiros para efetuar as tarefas (Botelho, 2005). De acordo com Nunes e Santos (2009), é fundamental realizar a avaliação da funcionalidade, visto que, deste modo pode ser possível prevenir e/ou retardar as perdas que ocorrem a nível funcional em idade avançada, tornando-se também essencial para prever a possibilidade de institucionalização e a perda de autonomia do indivíduo (Sequeira, 2010).

Segundo Fernández-Ballesteros (2004), as Atividades de Vida Diária (AVD) são entendidas com uma série de comportamentos básicos e instrumentais necessários para viver de forma autónoma e independente. Segundo Imaginário, Machado, Rocha, Antunes e Martins (2017), a avaliação da capacidade funcional realiza-se através do desempenho das atividades de vida diária que se dividem em atividades básicas de vida diária (ABVD), centrando-se no autocuidado e sobrevivência (alimentar-se, vestir-se, tomar banho, caminhar, controlar esfíncteres) e em atividades instrumentais de vida diária (AIVD), associadas às tarefas que possibilitem manter a vida na comunidade (realizar compras, utilizar o telefone, gerir assuntos económicos ou utilizar meios de transporte).

De acordo com Cordeiro, Castillo, Freitas e Gonçalves (2014), avaliar a capacidade funcional é essencial para poder delimitar o compromisso e a necessidade de ajuda nas atividades de vida diária nos adultos mais velhos, a dificuldade da pessoa mais velha para efetuar as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) relaciona-se com o aumento do risco de mortalidade, hospitalização e necessidade de cuidados prolongados.

De acordo com Paschoal (2012), a perda de funcionalidade está relacionada com diversos fatores, como por exemplo constituição genética, características de personalidade e sociais, estilos de vida saudáveis, doenças associadas. A dependência na realização das ABVD e AIVD contribuem para o isolamento diminuindo a interação social dos adultos mais velhos, tornando-os mais dependentes contribuindo para a diminuição da capacidade funcional (Imaginário, Machado, Rocha, Antunes & Martins, 2017).

Com o aumento da longevidade ocorrem consequências para os adultos mais velhos, declínio funcional, aumento da dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão, no entanto, é possível alcançar uma melhor qualidade de vida, se os adultos mais velhos envelhecerem sendo autônomos e independentes, desempenhando papéis sociais e mantendo-se ativos na sociedade (Cordeiro et al., 2014).

Segundo Venâncio, Mendes, Castilho e Tolentino (2016), a realização atividades de estimulação funcional contribuem para o seu bem-estar, auxiliam na prevenção e manutenção de doenças, ampliando as capacidades do corpo, ao nível emocional e motor, onde emerge o conceito biopsicossocial, potencializando o *coping* do processo de envelhecimento, uma vez que este não é apenas biológico, mas também psicológico e social.

De acordo com a OMS (2002), a prática de exercícios físicos pode levar à diminuição das doenças crônicas degenerativas que, atualmente, são muito frequentes nos adultos mais velhos, a exemplo das doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, diabetes, deterioração visual e auditiva.

De acordo com Gusmão e colaboradores (2018), a capacidade funcional refere-se à capacidade para desempenhar as atividades de vida diária (AVD) ou para realizar certa atividade sem necessidade de ajuda, abrangendo dois tipos de atividades, a básica e a instrumental. Ter ou não capacidade funcional afeta, completamente na qualidade de vida da pessoa mais velha, visto que, abrange todas as funções do corpo e a capacidade de realizar atividades essenciais da rotina diária, assim como a participação na sociedade.

Assim, a capacidade funcional surge, como um novo paradigma, especialmente importante para a determinação da qualidade de vida da pessoa mais velha (Gusmão et al., 2018).

De acordo com Ferreira, Meireles e Ferreira (2018), a capacidade funcional dos adultos mais velhos tem sido cada vez mais associada a uma melhor percepção de qualidade de vida, pois a limitação funcional dos adultos mais velhos intervém na sua mobilidade, convívio social e autonomia influenciando na percepção de qualidade de vida desses indivíduos. Num estudo realizado por Atkins, Naismith, Luscombe e Hickie (2013), a dependência na capacidade está

associada a maior sofrimento psicológico e a menor qualidade de vida. Com esses resultados, demonstrasse a relevância de adotar comportamentos durante a vida que mantenham a boa capacidade funcional na velhice.

Recapitulando, a perda da capacidade para realizar atividades de vida diária pode contribuir para o isolamento e para a diminuição da interação social dos adultos mais velhos, assim, a manutenção da capacidade funcional na velhice é essencial para continuar com uma vida ativa e independente na comunidade e exercendo papéis sociais, possibilitando deste modo, uma melhor qualidade de vida.

3. Qualidade de vida e bem-estar na vida diária

Nesta secção, procura-se apresentar os aspectos conceptuais e metodológicos das duas variáveis em estudo, qualidade de vida e bem-estar psicológico, uma vez que estas duas variáveis estão claramente associadas ao envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável.

3.1. Qualidade de vida e envelhecimento

O termo qualidade de vida ficou associado ao estado de saúde devido à definição desta, constituída pela OMS em 1948, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença”, deste modo, as iniciativas relacionadas à promoção de saúde começaram a incluir o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

Atualmente, observa-se que há imensas definições de qualidade de vida não existindo unanimidade para uma definição, no entanto há um consenso nos termos que aborda: bem-estar psicológico, bem-estar físico, bem-estar social e bem-estar financeiro e material (Marques, 2017). De acordo com Oliver, Huxley, Bridges e Mohamad (1996), o vocábulo «qualidade» significa o nível, grau ou estado de excelência outorgado a alguém ou a alguma coisa, por outro lado, o termo «vida» significa o estado da atividade funcional de uma pessoa, envolvendo o comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e o estilo geral de vida.

Foi no início da década de 90 que se formou o WHOQOL Group (1994), com a finalidade de elaborar um instrumento de avaliação para a Qualidade de Vida, para isso consideraram que o conceito de QdV teria de fundamentar-se em três aspetos fundamentais: subjetividade (a sua definição deveria depender do ponto de vista do indivíduo); multidimensionalidade (a sua definição deveria abranger distintos aspectos ou dimensões); e presença de dimensões positivas e negativas. Este desenvolvimento originou a definição de QdV pela OMS como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos,

expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28). É um conceito abrangente, instigado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e pelos aspetos contextuais e ambientais em que vive o indivíduo (WHOQOL Group, 1994).

Uma definição muito parecida à realizada pela OMS (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL Group], 1994) é a de Felce e Perry (1993):

“que conceptualizam o conceito de QdV como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, conjuntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais”.

Outra definição que se deve ter em referência, é a apresentada por Cummins (1997). Este afirma que o conceito de QdV incorpora sete domínios (bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional), sendo considerados em dois eixos, um objetivo e outro subjetivo, tendo em conta a satisfação que resulta do interesse atribuído pelo indivíduo a cada domínio.

Deste modo, a QdV é vista como um conceito amplo, que abrange aspectos individuais e também a eficácia do indivíduo em atingir os seus objetivos e bem-estar e satisfação experienciadas.

De acordo com Heinemann (2000), os componentes mais referidos nas diversas definições da QdV são: o estado físico e a funcionalidade; o estado psicológico e o bem-estar; as interações sociais; os factores profissionais e económicos; e a espiritualidade.

A qualidade de vida em adultos mais velhos é uma preocupação, visto que está sujeita à visão da própria pessoa, sendo subjetiva e multidimensional, pois depende de aspetos como o “estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer” (Santos & Sousa, 2015, p. 3). De acordo com Lima, Silva e Galhardoni (2008), devido a englobarem vários fatores relacionados com dimensões individuais e coletivas, o bem-estar e a qualidade de vida são aspetos complexos e multifatoriais na velhice.

Segundo Neri (2007), é necessário que a promoção da qualidade de vida dos adultos mais velhos seja uma preocupação sociocultural, visto que sendo a interação importante na sociedade e ocorrendo várias mudanças na velhice, assim a sociedade deve seguir essas mudanças ao longo do ciclo de vida.

De acordo com Botelho (2014), na velhice a funcionalidade é essencial para os adultos mais velhos, visto que continuarem com uma boa funcionalidade permite-lhes continuarem a ser autónomos. Deste modo, conforme se envelhece deve-se retardar as perdas relacionadas com a capacidade funcional para que seja possível promover qualidade de vida na sua velhice.

Fonseca (2014) afirma que a qualidade de vida, o bem-estar e o aumento da esperança média de vida são, cada vez mais, temas importantes na atualidade, pois há indivíduos que acreditam que ao viverem mais anos terão qualidade de vida. Pelo contrário, outros pensam que esse aumento na longevidade seja acompanhado de doenças e dependência. De acordo com Carvalho e Dias (2011), há cada vez mais uma maior preocupação relativamente aos indicadores de qualidade de vida, visto que os indivíduos

pretendem viver mais anos, sendo saudáveis e alcançando o bem-estar, precavendo assim as doenças. Segundo Fonseca (2005), os fatores mais relevantes para os adultos mais velhos que vivem na comunidade acerca da qualidade de vida são as boas relações com familiares e amigos, ter papéis sociais, manter a saúde e funcionalidade, residir numa boa casa numa zona simpática e manter a independência.

A qualidade de vida pode ser avaliada de duas formas, externamente e objetivamente ou internamente e subjetivamente. De forma objetiva, os indivíduos medem a sua vida tendo em conta a riqueza, a formação académica, a ocupação laboral, a saúde e a longevidade. Por outro lado, de forma subjetiva, os indivíduos medem a sua vida tendo em conta os acontecimentos de vida pelos quais passaram (Keyes, 2012). Do ponto de vista de Sen (1993), a QdV deve ser avaliada tendo em conta a capacidade do indivíduo para a alcançar. No entanto, certos autores que defendem abordagens mais amplas do conceito de QdV, definem-na como a conciliação de bem-estar subjetivo com as condições de vida objetivas, abrangendo as particularidades importantes para a satisfação do indivíduo (Berger-Schmidt & Noll, 2000). Segundo Diener e Suh (1997), as definições acerca da avaliação da Qualidade de Vida podem ser classificadas em três grupos: as que valorizam os indicadores sociais; as que se encontram relacionadas com indicadores subjetivos de bem-estar; e as que se dirigem para índices económicos.

O Grupo WHOQOL, elaborou o WHOQOL-100, um instrumento de avaliação para a QdV. No entanto, devido às diversas especificidades exigidas para a aplicação, surgiu a forma abreviada, o WHOQOL-Bref. Este instrumento engloba quatro domínios da qualidade de vida: 1) *domínio físico*, analisa as sensações físicas desagradáveis vivenciadas por um indivíduo e até que ponto interferem na vida diária; 2) *domínio psicológico*, explora a vivência dos indivíduos em relação aos sentimentos positivos (paz, felicidade, esperança) e negativos. Os sentimentos em relação ao futuro são relevantes para este domínio; 3) *domínio relações sociais*, avalia o amor e o apoio desejados nos relacionamentos íntimos, quer seja amizade ou amor, incluindo a capacidade de amar, ser amado e ter intimidade com outros indivíduos, a nível emocional e físico e 4) *domínio ambiente*, explora a perceção do indivíduo relativamente aos seus recursos financeiros e de que modo corresponde às suas necessidade para ter um estilo de vida saudável e confortável (WHOQOL Group, 1994).

De acordo com Sousa, Galante e Figueiredo (2003), as teorias de envelhecimento bem-sucedido encaram os indivíduos como sendo proactivos, consolidando a qualidade de vida determinando objetivos e alcançando-os, deste modo os sujeitos acumulam recursos úteis para a adaptação e que estão envolvidos na manutenção do bem-estar. Assim, o envelhecimento bem-sucedido deve ser acompanhado pela qualidade de vida e pelo bem-estar.

De acordo com Ribeiro, Souza, Atie, Souza e Schilithz (2008), o conceito de qualidade de vida pode ser visto como uma representação social com princípios objetivos (satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social da sociedade) e subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal).

Segundo Irigaray, Schneider e Gomes (2011), para Lawton, a qualidade de vida na velhice remete para uma avaliação multidimensional, que é executada através de critérios intrapessoais e sócio normativos tendo em conta o sistema pessoa-ambiente do sujeito. A qualidade de vida nos adultos mais velhos depende de vários recursos que estão relacionados. O modelo de Lawton (1983) sugere que a avaliação da qualidade de vida nas pessoas mais velhas deve ser realizada através que quatro dimensões que estão inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico. Na velhice sucedem declínios relativamente ao bem-estar psicológico, nos domínios *objetivos na vida* e *crescimento pessoal* e aumento nas dimensões no *domínio do meio* e *autonomia*, no entanto o domínio *aceitação de si* parece não modificar com o avançar da idade.

Em síntese, a qualidade de vida é subjetiva e multidimensional e relaciona-se com diversos fatores, como por exemplo o estado psicológico, estado físico, relações sociais e a espiritualidade. Sendo a qualidade de vida a percebida por cada indivíduo pela sua posição na vida, é essencial que na velhice se mantenham os papéis sociais na sociedade, relações sociais ativas e manter a funcionalidade e a independência, visto que são fatores importantes para que os adultos mais velhos tenham uma boa percepção de qualidade de vida.

Assim, considerando a relação entre qualidade de vida e bem-estar, de seguida procede-se à investigação de bem-estar.

3.2 Bem-estar psicológico e envelhecimento

Segundo a OMS (2015, p.31), o termo bem-estar “é considerado no sentido mais amplo e abrange questões como felicidade, satisfação e realização.” De acordo com Vilela et al. (2010), o bem-estar está estritamente ligado à ausência de doenças mentais, no entanto, a partir da década de 60, o bem-estar passa a deixar de estar associado a uma dada patologia e passa a ter como objetivo a sua prevenção. Apesar do mesmo objeto de estudo, apareceram duas visões de bem-estar, o bem-estar subjetivo defendido por Diener (1984) e o bem-estar psicológico defendido por Ryff (1989).

O bem-estar subjetivo apareceu no final de 1950 através de cientistas sociais que produziram os indicadores da qualidade de vida (Keyes, 2012), é um “conceito amplo onde se experienciam emoções agradáveis, baixos níveis de humor negativo e alta satisfação de vida” (Diener, Lucas & Oishi, 2002, p. 63). No entanto, não é fácil definir bem-estar subjetivo, visto que pode ser influenciado por distintos fatores como a idade, o género, a cultura, o nível socioeconómico, entre outros.

De acordo com Diener, Scollon e Lucas (2003), o bem-estar subjetivo é uma área das ciências comportamentais onde é avaliada a vida dos indivíduos, ou seja, a avaliação que os indivíduos efetuam da sua própria vida, é também considerado a avaliação subjetiva da qualidade de vida. Elevado bem-estar subjetivo produz benefícios, como melhor saúde e maior

longevidade. Segundo Diener (1984), o bem-estar subjetivo e a felicidade possuem três categorias: é subjetiva, pois assenta nos pontos de vista dos indivíduos; abrange medidas positivas, pois não é só a falta de afeto negativo; e engloba uma avaliação geral de todos os aspetos da vida do indivíduo.

Há dois grupos de fatores que influenciam o bem-estar subjetivo, os fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo: (1) os fatores intrínsecos relacionam-se com “aspetos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de coping, condições de saúde física”; (2) os fatores extrínsecos relacionam-se com “aspetos sociodemográficos, culturais e eventos de vida” (Woyciekoski et al. 2012, p. 281).

Nos anos 80 surgiu o bem-estar psicológico como alternativa às teorias que sustentavam o bem-estar subjetivo, assim como da defesa de que o bem-estar não termina na subjetividade e na satisfação com a vida.

Segundo Novo (2003), Carol Ryff propôs o modelo do bem-estar psicológico nos anos 80 e introduz-se num domínio que parte de dois pressupostos. O primeiro pressuposto sugere que o bem-estar deve ser detetado através de recursos psicológicos e de um funcionamento inserido na área da saúde mental, visto que a investigação dos transtornos psicopatológicos não possibilita identificar as causas e os efeitos do funcionamento psicológico positivo. A segunda assunção é o facto da caracterização do funcionamento positivo relativamente ao bem-estar ser bastante restrito, pois ao ter em conta a felicidade e a satisfação como parâmetro de bem-estar, não é dada a devida relevância às restantes dimensões psicológicas essenciais para a determinação do funcionamento psicológico positivo.

Tendo em conta estes pressupostos, Ryff propõe o modelo de Bem-estar psicológico (Novo, 2003).

De acordo com o mesmo autor, o BEP pode ser definido como multidimensional e inclui várias dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta: *Aceitação de Si, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio, Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida e Autonomia*. Estas seis dimensões estão incluídas nas escalas de bem-estar psicológico de Carol Ryff (1989).

De acordo com Bastos e colaboradores (2020b), um dos aspetos relevantes no envelhecimento bem-sucedido é o bem-estar psicológico, Carol Ryff produziu um modelo para esclarecer o BEP, acabando com as teorias com evidência na felicidade, afeto positivo e satisfação com a vida. Assim, o bem-estar psicológico pode ser compreendido como a realização do potencial individual, sentimentos de propósito e direção na vida. Carol Ryff realça a probabilidade de crescimento e desenvolvimento durante a velhice, numa visão concordante com a perspetiva do ciclo de vida defendida por Baltes (1987). O modelo BEP diferencia-se do Bem-estar subjetivo, uma vez que este centra-se na felicidade e na satisfação como indicadores de bem-estar, no entanto estes conceitos podem ser considerados como uma alternativa na definição e avaliação do BEP. Ao compreender o bem-estar como o resultado de um grupo de recursos cognitivos, afectivos e emocionais, desta forma através do BEP é

possível especificar diversas dimensões de vivência psicológica subjetiva como por exemplo a capacidade para definir objetivos para si e orientar a vida em função destes (Novo, 2003).

O BEP valoriza as dimensões que promovem a felicidade e a satisfação, no entanto o seu significado difere destes conceitos (Novo, 2003).

De acordo com Novo (2003), o modelo composto por Carol Ryff (1989) de Bem-Estar Psicológico e o seu conjunto de escalas têm um duplo objetivo. O primeiro objetivo procura perspectivar o normal funcionamento da mente, focando-se nos recursos psicológicos efetivos e não apenas na ausência de disfuncionamento ou de transtorno psicológico. O segundo objetivo visa definir um modelo que abranja diversos aspectos do funcionamento que determinem o bem-estar, a não ser satisfação e felicidade, palavras-chave no domínio do bem-estar subjetivo. O modelo de Ryff (1989), o BEP engloba seis dimensões do bem-estar psicológico: 1) *aceitação de si*, que significa desenvolver atitudes positivas em relação a si mesmo e à vida passada, aceitando características pessoais; 2) *relações positivas com os outros*, ou seja, existência de relações satisfatórias, afetivas e de confiança, intimidade e empatia; 3) *autonomia*, que indica a independência, a capacidade de reagir a influências sociais e regular o comportamento a partir de dentro; 4) *domínio do meio*, significa ter capacidade para gerir situações de vida; 5) *objetivos na vida*, ter objetivos ou planos futuros, reconhecendo que a vida presente e passada tem significado; por fim 6) *crescimento pessoal*, realização do potencial individual e o sentimento de desenvolvimento positivo ao longo do tempo (Bastos et al., 2020b). Este instrumento de avaliação avalia também o BEP global.

As dimensões avaliadas têm um carácter vasto e representativo do funcionamento psicológico a nível individual e englobam a área da percepção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro (Vilela et al., 2010). De um modo geral, envelhecimento bem-sucedido, qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar são termos que são utilizados de modo indistinto ou como sinónimos (Paschoal, 2006; Revicki, 2004; Neri, 1993).

Sumariando as principais ideias, o bem-estar psicológico é uma alternativa às teorias focadas apenas na felicidade, afeto positivo e satisfação com a vida, visto que o funcionamento psicológico positivo vai para além destas características, incluindo também a realização do potencial individual, sentimentos de propósito e direção na vida.

4. Participação em Iniciativas de Base Comunitária

Na presente secção são apresentadas iniciativas, projetos e programas associados à qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Num estudo realizado por Irigaray e colaboradores (2011), com o objetivo de verificar os efeitos de um programa cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de pessoas mais velhas. Relativamente à metodologia, a amostra foi constituída por 76

participantes, divididos em grupo experimental (GE) (n=38) e grupo controle (GC) (n=38), o GE recebeu doze sessões de treino cognitivo, que envolvia a instrução e prática de exercícios. A recolha de dados incluiu a ficha de dados sociodemográficos, o MMSE, a Escala de Depressão Geriátrica, Inventário de Ansiedade de Beck, o Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve, WHOQOL – Bref e a Escala de Desenvolvimento Pessoal construída a partir das subescalas de Bem-estar psicológico de Ryff (1989). Os autores concluíram que as intervenções cognitivas são benéficas para a qualidade de vida e o bem-estar psicológico.

Friedman, Ruini, Foy, Jaros, Sampson e Ryff (2017) realizaram um estudo com o objetivo de testar uma nova intervenção em grupo (programa Lighten UP!) para a promoção do bem-estar psicológico em adultos mais velhos que residem na comunidade. Metodologicamente incluíram 103 participantes com idade igual ou superior a 60 anos, participaram no programa Lighten UP!, que é um programa de oito semanas com sessões em grupo de 90 minutos para ensinar aos participantes a identificar e apreciar as experiências positivas em diversos domínios do bem-estar. Os participantes foram avaliados antes e depois da realização da intervenção, para a recolha de dados utilizaram a Escala de bem-estar psicológico de Ryff, a Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Depressão Geriátrica, Questionário de sintomas e itens que medem queixas de sono e bem-estar social. Os autores concluíram a participação no programa resultou num aumento significativo de bem-estar psicológico, satisfação com a vida e bem-estar social, juntamente com níveis mais baixos de depressão e menos sintomas físicos e queixas de sono. Estes ganhos foram vigorosos para os participantes com valores mais baixos na pré-avaliação de bem-estar psicológico.

Noutro estudo Silva, Marques, Lavado, Parente, Rafael, Gonçalves e Bastos (2019), tinham como objetivo avaliar os efeitos da participação em programas promovidos pelos municípios na qualidade de vida de adultos mais velhos. Em termos metodológicos incluíram 100 participantes com idades entre 56 e 84 anos e a residir na comunidade, divididos em dois grupos emparelhados em termos de idade e género, o grupo de intervenção (n=50) participava em atividades e programas promovidos pela Câmara Municipal, o grupo de comparação (n=50) não participavam. A recolha de dados incluiu um questionário sociodemográfico para caracterização sociodemográfica e para caracterização da participação social e o WHOQOL – Bref. Os autores concluíram que participar em atividades sociais promovidas pelo município e que um rendimento mensal superior a 750€, contribui de forma positiva para a qualidade de vida dos adultos mais velhos, especialmente na da *Qualidade de Vida Geral* e nas dimensões *Físico e Ambiente*.

Bastos e colaboradores (2020a) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a qualidade de vida (QV) em indivíduos que participam de programas de intervenção comunitária (PIC) orientados para uma vida ativa e saudável. Em termos metodológicos incluíram 304 participantes, com 55+ anos, a viver em casa. Metade desses participantes (n=152) estava envolvida em PIC (grupo de intervenção), emparelhado em termos de género e idade (n=152) que não frequenta PIC (grupo de comparação). A recolha de dados incluiu Questionário de Participação Social, WHOQOL-Bref e Escala de Satisfação com a Vida. Os autores concluíram

que a participação em PIC está associada à QdV pelo que, em linha com o quadro do envelhecimento ativo, se recomenda implementar PIC no âmbito das políticas públicas, promovendo sistematicamente a QdV da população.

Noutro estudo Bastos e colaboradores (2020b) tinham como objetivo avaliar o impacto da participação em atividades promovidas pelas autarquias no envelhecimento bem-sucedido. No que diz respeito ao método, incluíram 52 participantes, com idades entre 55 e 84 anos e que frequentam iniciativas promovidas pelas autarquias, estes foram emparelhados segundo género e idade com pessoas que não frequentam essas iniciativas. A recolha de dados incluiu Questionário de Participação Social e as Escalas de Bem-estar Psicológico de Ryff. Os autores concluíram que a partir dos 75 anos, a participação em iniciativas promovidas pela autarquia resulta em ganhos significativos no bem-estar psicológico, nomeadamente nas dimensões *crescimento pessoal e objetivos na vida*.

Os estudos realizados no domínio do bem-estar psicológico com as escalas de Ryff permitem analisar diversas tendências entre jovens, adultos de meia-idade e adultos mais velhos, sendo os adultos de meia-idade com pontuação mais alta em algumas dimensões, como *objetivos na vida e crescimento pessoal*. No entanto, os adultos mais velhos pontuam mais alto do que os jovens nos *domínios do meio* e da *autonomia*, pontuando mais baixo do que os adultos de meia-idade nos domínios de *crescimento pessoal e objetivos na vida*. Deste modo, estabelece-se um desafio às visões negativas do processo de envelhecimento humano, alertando para os desafios comuns da velhice (Bastos et al., 2020b).

No âmbito do estudo longitudinal MIDUS, observaram-se diversos perfis de BEP em adultos, verificando-se que os adultos com BEP constantemente elevado apresentavam melhor saúde comparando com os indivíduos com BEP continuamente reduzido.

Um estudo longitudinal com as escalas de Ryff demonstrou que o BEP reduz ligeiramente entre meados dos 50 e meados dos 70 anos de idade. Com este estudo, observou-se também que os indivíduos com participação social mais elevada não demonstravam apenas maiores níveis de BEP, mas também um menor declínio relativamente ao indicador BEP ao longo do tempo (Bastos et al., 2020b).

Pimentel, Fernandes, Afonso e Bastos (2021), realizaram um estudo com o objetivo de analisar o contributo de dois programas comunitários municipais «Bragança Ativo e Desporto Sénior no Campo» para o envelhecimento bem-sucedido, utilizando a análise de correspondência múltipla. Em termos metodológico a amostra foi composta por 100 adultos mais velhos do concelho de Bragança com idades entre os 55 e os 84 anos, divididos em dois subgrupos: adultos mais velhos que praticam atividades desportivas promovidas pela autarquia (grupo intervenção) e idosos que não praticam (grupo de comparação). Para a recolha de dados foi aplicado o protocolo gerontológico multidimensional do projeto "AgeNortC" (dados sociodemográficos, MMSE; Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6); Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton, Escala de bem-estar psicológico de Ryff e WHOQOL-BREF). Os autores concluíram que os adultos mais velhos que participam nos programas «Bragança Activo» e «Desporto Sénior Meio Rural» têm melhor função cognitiva,

maior bem-estar psicológico e são mais independentes, sendo que os programas de envelhecimento bem-sucedido presentes no estudo promovem um envelhecimento com qualidade, melhorando a cognição, a rede social, a independência e o bem-estar psicológico.

Resumindo, a participação ativa em atividades e programas direcionados para o envelhecimento bem-sucedido são benéficos para diversas áreas do envelhecimento, como a qualidade de vida, o bem-estar psicológico, o estado cognitivo e a capacidade funcional, sendo fundamental continuar a promover programas públicos de base comunitária para que os adultos mais velhos possam ter um envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável.

CAPÍTULO II - MÉTODO

1. Plano de investigação e participantes

O presente estudo de natureza quantitativa, pretende analisar as correlações entre qualidade de vida e bem-estar em adultos mais velhos a viver na comunidade que participam em iniciativas de base comunitária.

A amostra, constituída por 104 participantes com idades entre os 55 e 84 anos de ambos os géneros, foi dividida em Grupo de Intervenção, constituído por 52 indivíduos que participam em Projetos de Intervenção Comunitária, os quais foram emparelhados segundo género e idade com indivíduos que não frequentam esses Projetos, formando assim o Grupo de Comparação com o mesmo número de indivíduos.

2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado um Questionário Sociodemográfico e de Participação Social que diz respeito ao protocolo do projeto AgeNortC – *Envelhecimento, Participação Social e Detecção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade*, a versão portuguesa da WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Instruments - Bref) para avaliar a qualidade de vida; relativamente ao bem-estar foi utilizada a versão portuguesa das escalas de bem-estar psicológico de Carol Ryff e no que diz respeito à funcionalidade na vida diária utilizou-se a versão portuguesa do Índice de Lawton e Brody.

O **Questionário Sociodemográfico e de Participação Social** contém perguntas de resposta fechada e aberta, sendo constituído por três componentes: (1) Dados sociodemográficos; (2) Participação em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica e (3) Participação social global. A secção de Dados sociodemográficos permite recolher dados de natureza sociodemográfica e informações acerca da vida profissional e familiar, religião/espiritualidade e saúde. O elemento Participação em Programas/Projetos de Intervenção Autárquica possibilita recolher dados a respeito da participação nos programas/projetos dos participantes. Finalizando, a componente Participação social global avalia a participação do indivíduo noutras atividades.

O **Índice de Lawton** (Lawton & Brody, 1969) – versão portuguesa (Sequeira, 2007), é um instrumento de avaliação das capacidades para uma vida independente, é útil para a identificação do funcionamento atual do idoso e para a identificação da melhoria ou declínio ao longo do tempo. Este instrumento avalia oito domínios do funcionamento (usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro). Cada um dos domínios apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, assim cada um pode ser pontuado de 1 a 3, de 1 a 4, ou de

1 a 5, tendo em conta que quanto maior for a pontuação, maior é o grau de dependência. A pontuação total do Índice de Lawton é obtida através do somatório de todos os itens e varia entre 8 e 30 pontos, possuindo os seguintes pontos de corte: (1) 8 – independente; (2) 9 – 20 – moderadamente dependente; (3) >20 – severamente dependente. No que diz respeito às qualidades psicométricas, quanto à fiabilidade possui uma consistência interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,94), relativamente à validade possui uma correlação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com o Índice de Barthel, assim, a independência nas AIVD relaciona-se às atividades básicas da vida diária (ABVD). Este instrumento é útil para categorizar a capacidade funcional.

As **Escalas de Bem-Estar Psicológico** (versão reduzida – Ryff-18; Ryff, 1989) – versão portuguesa (Novo, Silva & Peralta, 1997), englobam 6 dimensões: Aceitação de Si, Autonomia, Relações Positivas com os Outros, Crescimento Pessoal, Domínio do Meio e Objetivos na Vida (consultar revisão da literatura para definições destas dimensões). Este instrumento de avaliação é constituído por 18 itens, avaliando cada uma das seis dimensões de bem-estar psicológico já referidas, cada dimensão é avaliada através de três itens, variando as pontuações entre 3 e 18 pontos. A pontuação total do bem-estar psicológico varia entre 18 e 108 e é obtida através do somatório de todos os itens, que são cotados de 1 (Completamente em desacordo) a 6 (Completamente de acordo), numa escala de resposta de tipo Likert. Quanto mais alto o valor final, maior é o bem-estar psicológico do participante. No que concerne às características psicométricas, a consistência interna global é alta (*alfa de Cronbach* de 0,93), nas seis dimensões varia entre 0,74 e 0,86, no que se traduz numa uniformidade dos aspectos que compõe o instrumento global (Novo et al., 1997).

A **WHOQOL-Bref** (WHOQOL Group, 1998) – versão portuguesa (Canavarro et al., 2010), é constituída por 26 questões, inclui a faceta geral da qualidade de vida composta por duas questões, as restantes 24 questões representam os quatro domínios avaliados: Domínio *Físico* (integra 7 itens referente a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho), Domínio *Psicológico* (composto por 6 itens acerca dos sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, assim como espiritualidade), *Relações Sociais* (constituído por 3 itens relativos ao apoio social, relações sociais e atividade sexual) e *Ambiente* (composto por 8 itens relacionados com segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte). As respostas estão numa escala tipo Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a Nada/ Muito Insatisfeito/ Muito Infeliz/ Muito Mau e 5 corresponde a Extremamente/ Completamente/ Muito Satisfeito/ Muito Feliz/ Muito Bom. Relativamente às propriedades psicométricas, no que concerne à fiabilidade este instrumento manifesta uma consistência interna aceitável, (*alfa de Cronbach* de 0,92) para as 26 questões que o compõe, considerando-se os domínios de forma individual, os valores variam entre 0,64 (relações sociais) e 0,87 (físico) (Canavarro et al., 2010). De acordo com os mesmos autores, em relação

à validade de constructo, as correlações existentes foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Os dados foram recolhidos entre março e maio de 2018. Foi aplicada uma entrevista estruturada com uma duração de 45 a 60 minutos, sendo também aplicado o protocolo de investigação, do projeto AgeNortC – *Envelhecimento, Participação Social e Deteção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade*. A entrevista aos participantes do grupo de intervenção foi realizada nos locais onde se desenvolviam as atividades e em associações, já aos participantes do grupo de comparação, as entrevistas realizaram-se nas Juntas de Freguesia do município.

3. Estratégias de análise de dados

Para a análise de dados recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0. Dada a natureza do estudo e dos dados recorreu-se a métodos relacionados com a estatística descritiva e inferencial.

Em primeiro lugar os dados sociodemográficos, referentes às atividades sociais e recreativas promovidas pela autarquia, da capacidade funcional, da qualidade de vida e do bem-estar psicológico foram analisados de uma forma descritiva através de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão. Em seguida, realizou-se a análise estatística inferencial. De modo a comparar o grupo de intervenção com o de comparação, relativamente à qualidade de vida e bem-estar psicológico aplicou-se o teste t para amostras independentes. Para analisar o índice económico em função da qualidade de vida/grupos aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. De igual modo, aplicou-se o mesmo teste para analisar o índice económico em função do bem-estar psicológico/grupos. Por último, para a análise das correlações entre a qualidade de vida e o bem-estar psicológico aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

De seguida apresentam-se os resultados relativos à avaliação da Qualidade de vida e bem-estar psicológico: (1) Caracterização sociodemográfica dos participantes e participação em programas do envelhecimento ativo/saudável; (2) Qualidade de vida e bem-estar psicológico em função das características sociodemográficas dos participantes; (3) Análise das relações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico.

1. Características dos Participantes e dos Programas de Base Comunitária

1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Nesta secção apresentam-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes e à caracterização dos programas de envelhecimento ativo/saudável na autarquia.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	Grupo de Intervenção n = 52		Grupo de Comparação n = 52		Total n =104	
	n	%	n	%	n	%
Idade <i>M (DP)</i>	72,4 (5,8)		72,9 (6,0)		72,6 (5,9)	
(min – máx)	61 – 83		55 – 84		55 – 84	
55 – 64	2	3,8	2	3,8	4	3,8
65 – 74	32	61,5	32	61,5	64	61,5
75 - 84	18	34,6	18	34,6	36	34,6
Género						
Feminino	42	80,8	42	80,8	84	80,8
Masculino	10	19,2	10	19,2	20	19,2
Estado Civil						
Solteiro(a)	2	3,8	3	5,8	5	4,8
Casado(a)/União de facto	32	61,5	32	61,5	64	61,5
Separado(a)/Divorciado(a)	5	9,6	1	1,9	6	5,8
Viúvo(a)	13	25,0	16	30,8	29	27,9
Nível de Escolaridade						
Sem escolaridade	--	--	4	7,7	4	3,8
1º - 4º anos	46	88,5	38	73,1	84	80,8
5º - 6º anos	1	1,9	1	1,9	2	1,9
7º - 9º anos	2	3,8	3	5,8	5	4,8
10 - 12º anos	3	5,8	5	9,6	8	7,7

Ensino superior	--	--	1	1,9	1	1,0
Situação Profissional						
Empregado	--	--	4	7,8	4	3,9
Desempregado	3	5,9	--	--	3	2,9
Reformado	48	94,1	47	92,2	95	93,1
Rendimento Mensal						
Inferior a 250€	3	5,9	1	2,0	4	4,0
De 250€ a 420€	9	17,6	7	14,0	16	15,8
De 421€ a 750€	13	25,5	17	34,0	30	29,7
De 751€ a 1000€	21	41,2	8	16,0	29	28,7
De 1001 a 2000€	5	9,8	11	22,0	16	15,8
Superior a 2000€	--	--	6	12,0	6	5,9
Tem filhos	45	91,8	49	94,2	94	93,1
N.º de Filhos <i>M (DP)</i>	2,6 (1,2)		2,9 (1,9)		2,7 (1,6)	
<i>Mo</i>	2		2		2	
<i>(min – máx)</i>	1 – 6		1 – 12		1 – 12	
Vive com outras pessoas	37	71,2	40	76,9	77	74,0
Capacidade Funcional (AIVD)						
Independente	26	50,0	27	51,9	53	51,0
Moderadamente Dependente	26	50,0	25	48,1	51	49,0

Analisando os dados apresentados na Tabela 1, inquiriram-se 104 participantes, com idades entre os 55 e os 84 anos ($M = 72,6$; $DP = 5,9$), onde 61,5% tem entre 65 e 74 anos, sendo a maior parte da amostra constituída por mulheres, 80,8% ($n=84$).

Dividiram-se os participantes em dois grupos, o grupo de Intervenção ($n=52$) e o grupo de Comparação ($n=52$). O grupo de Intervenção é composto por 42 mulheres (80,8%) e 10 homens (19,2%), os participantes têm idades entre os 61 e os 83 anos ($M = 72,4$; $DP = 5,8$). O grupo de Comparação possui o mesmo número de mulheres ($n=42$) e homens ($n=10$), no entanto as idades são compreendidas entre os 55 e os 84 anos ($M = 72,9$; $DP = 6,0$). Em ambos os grupos, a maior percentagem (61,5%) corresponde ao grupo etário dos 65-74 anos.

Relativamente ao estado civil, a maior parte dos participantes, 61,5% ($n=32$), são casados ou vivem em união de facto. No grupo de Intervenção observa-se um maior número de participantes separados/divorciados ($n=5$), já o grupo de Comparação inclui um maior número de pessoas viúvas ($n=16$).

No que concerne ao nível de escolaridade, é de salientar que 84 dos participantes (80,8%) têm estudos ao nível do 1º - 4º anos, sendo este o nível de escolaridade de grande parte dos participantes, quer do grupo de Intervenção (88,5%) quer do de Comparação (73,1%). No grupo de Comparação encontram-se participantes sem escolaridade ($n=4$) e com estudos ao nível do ensino superior ($n=1$), já o grupo de Intervenção não possui nenhum elemento nestes dois níveis de escolaridade. Ao nível do 10º - 12º anos, é no grupo de Comparação que se encontra maior número de participantes ($n=5$).

No que se refere à situação profissional, os participantes são predominantemente reformados, 93,1% ($n=95$), no grupo de Intervenção 94,1% dos participantes são reformados, já no grupo de Comparação a percentagem corresponde a 92,2%. No grupo de Intervenção 5,9% dos participantes estão desempregados ($n=3$), o que não se verifica no grupo de

Comparação. O grupo de Comparação inclui participantes empregados (n=4), o que não se observa no grupo de Intervenção.

No que diz respeito ao rendimento mensal do agregado familiar, observa-se que a maioria dos participantes (29,7%) auferem entre 421 e 750 euros, 29 participantes (28,7%) entre 751 e 1000 euros, 6 (5,9%) recebe mais de 2000 euros e 4 (4,0%) possui um rendimento mensal inferior a 250 euros. Comparando os dois grupos, verifica-se que no grupo de Intervenção há uma maior percentagem de elementos a receber mensalmente menos de 250 euros (5,9%), com um rendimento mensal entre 250 e 420 euros (17,6%) e entre 751 e 1000 euros mensais (41,2%). Em contrapartida, no grupo de Comparação, constata-se que 34,0% da amostra auferem entre 451 e 750 euros, 22,0% entre 1001 e 2000 euros e 12,0% mais de 2000 euros.

Relativamente ao número de filhos, 93,1% dos participantes têm filhos, sendo que no grupo de intervenção 91,8% tem filhos e no grupo de comparação 94,2%. Observa-se que no grupo de Intervenção os participantes têm entre 1 e 6 filhos ($M = 2,6$; $DP = 1,2$) enquanto no grupo de Comparação têm entre 1 e 12 ($M = 2,9$; $DP = 1,9$).

No que concerne ao facto de viver com outras pessoas, verifica-se que 37 dos participantes do grupo de Intervenção vive acompanhado, assim como a maioria dos participantes do grupo de Comparação (n=40), sendo que no total, 74% dos participantes vive com outras pessoas.

No que diz respeito ao grau de dependência nas AIVD, verifica-se que 53 dos 104 participantes (51,0%) qualificam-se como independentes, sendo os restantes 51 participantes (49,0%) classificados como moderadamente dependentes. Importa referir que nenhum elemento foi categorizado como severamente dependente.

É essencial referir que se averiguaram valores omissos em certas variáveis apresentadas, sendo: um valor omissos, referente à situação profissional, em ambos os grupos; na variável rendimento mensal, identificou-se um valor omissos no grupo de Intervenção e dois no grupo de Comparação; e três valores omissos na variável número de filhos no que diz respeito ao grupo de Intervenção.

Tabela 2. Índice económico dos participantes

	Grupo de Intervenção n=52		Grupo de Comparação n=52		Total n=104	
	n	%	n	%	n	%
Reduzido	25	48,1%	24	46,2%	49	47,1%
Médio/ Elevado	26	50,0%	26	50,0%	52	50,0%

Para obter o índice económico dos participantes cruzamos os dados das variáveis rendimento mensal, despesas e despesas inesperadas. Consideraram-se duas categorias: índice económico reduzido e médio/elevado. O índice económico reduzido diz respeito aos participantes cujos valores das despesas e despesas inesperadas têm um rendimento mensal inferior a 750€. O índice económico médio/elevado engloba os participantes cujos valores das despesas e despesas inesperadas têm um rendimento mensal superior a 750€. Assim,

podemos verificar na tabela 2 que relativamente aos participantes do grupo de intervenção, a maioria (n=26) possui um nível médio/ elevado (50%), no entanto 48,1% tem um nível reduzido de rendimentos (n=25). À semelhança do grupo de intervenção, também a grande parte dos participantes (n=26) do grupo de comparação possui um nível médio/ elevado de rendimentos (50,0%), segue-se 46,2% dos participantes (n=24) com um nível reduzido. É de realçar que existem casos omissos, sendo um no grupo de intervenção e dois no grupo de comparação.

Tabela 3. Condição Socioeconómica dos participantes

	Grupo de Intervenção n=52		Grupo de Comparação n=52		Total n=104	
	n	%	n	%	n	%
Reduzido	23	44,2%	22	42,3%	45	43,3%
Médio	24	46,2%	20	38,5%	44	42,3%
Elevado	4	7,7%	8	15,4%	12	11,5%

Para obter a condição socioeconómica cruzaram-se os dados da escolaridade de cada participante com o índice económico. Assim na tabela 3 observa-se que no que concerne ao grupo de intervenção, 46,2% dos participantes (n=24) possui uma condição socioeconómica média, com uns valores muito aproximados 44,2% seguem-se os participantes (n=23) com um nível reduzido, 7,7% dos participantes (n=4) possui um nível elevado. No grupo de comparação, a maioria, 42,3% dos participantes (n=22) possui uma condição socioeconómica reduzida, seguindo-se o nível médio com 38,5% dos participantes (n=20), com um número superior em comparação com o grupo de intervenção, encontra-se a condição socioeconómica elevada, com 15,4% dos participantes (n=8). Mais uma vez, é importante referir que existem dois casos omissos no grupo de comparação e um caso omissos no grupo de intervenção. Posteriormente cruzaram-se os dados da condição socioeconómica com a qualidade de vida e com o bem-estar psicológico, mas não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas.

1.2. Características dos Projetos Públicos de Base Comunitária

Segue-se agora a caracterização dos programas de envelhecimento ativo/saudável na autarquia. Trata-se de um aspeto relevante, visto que os participantes do grupo de intervenção frequentam estes programas.

Na tabela 4 observa-se a tipologia das atividades sociorecreativas dos programas da Câmara Municipal que os participantes do grupo de intervenção frequentam. Relativamente à tipologia, cada participante pode escolher mais do que uma atividade, ou seja, dos 52 participantes, 23 escolheram o baile. As duas atividades com maior número de participantes são a hidroginástica (n=38) e a ginástica (n=37), 73,1% e 71,2% respetivamente.

Tabela 4. Atividades sociorecreativas da Câmara Municipal de Viana do Castelo

	Grupo de Intervenção	
	n	%
n = 52		
Tipologia das atividades		
Envelhecer com qualidade		
Baile	23	44,2
Cinema	4	7,7
Oficinas	3	5,8
Teatro	7	13,5
Jardim de Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM)	14	26,9
Vencer a idade com saúde		
Ginástica	37	71,2
Hidroginástica	38	73,1
Motivos de participação		
Manter a saúde	41	78,8
Ocupar o tempo	30	57,7
Praticar atividade física	23	44,2
Conhecer novas pessoas	20	38,5
Participar em atividades de que gosta	20	38,5
Outro		
Envolvimento com os outros	5	9,6
Envolvimento em atividades	4	7,7
Recomendação médica	3	5,8
Tempo de participação		
<1 ano	4	7,7
1-3 anos	18	34,6
4-6 anos	13	25,0
>6 anos	17	32,7

O baile e o jardim de Plantas Aromáticas e Medicinais (PAM) são as seguintes atividades com maior número de participantes, 44,2 % dos participantes (n=23) participam no baile e 26,9% dos participantes (n=14) participam no jardim PAM. Por último, as atividades menos frequentadas são o teatro com 13,5% de participantes (n=7), o cinema com 7,7% de participantes (n=4) e por fim as oficinas com apenas 5,8% de participantes (n=3).

Relativamente aos motivos que levam os participantes a frequentar os programas autárquicos, pode-se observar na tabela 4 que a grande maioria (78,8%) dos participantes (n=41) pretende manter a saúde. A segunda razão fundamental é a ocupação de tempo, com 57,7% dos participantes (n=30) a referirem esse motivo. Segue-se a prática de exercício físico com 44,2% de menções (n=23). Os motivos menos referenciados foram o envolvimento com os outros (9,6%), envolvimento em atividades (7,7%) e recomendação médica (5,8%).

No que concerne ao tempo de participação nas atividades, podemos verificar através da tabela 4, que 34,6% dos participantes (n=18) frequentam as atividades num intervalo de tempo entre 1 e 3 anos, 32,7% (n=17) frequentam as atividades há mais de 6 anos, num

intervalo de tempo entre 4 e 6 anos frequentam as mesmas, 25% dos participantes (n=13). Por fim apenas 7,7% dos participantes (n=4) frequentam os programas há menos de um ano.

2. Qualidade de vida e bem-estar psicológico em função das variáveis sociodemográficas

Na presente secção apresentam-se os resultados referentes à qualidade de vida e bem-estar psicológico em função da participação em programas públicos de intervenção comunitária.

Tabela 5. A qualidade de vida em função da participação em iniciativas de base comunitária

	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Total		
	n = 52	n = 52	n = 104		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	t (102)	p
Qualidade de vida/faceta geral	60,6 (14,1)	67,5 (15,9)	64,1 (15,4)	2,366	0,020*
Min-Máx	25,0 – 87,5	25,0 – 100,0	25,0 – 100,0		
Domínio físico	65,7 (13,8)	65,8 (17,0)	65,8 (15,4)	0,023	0,982
Min-Máx	35,7 – 96,4	32,1 – 100,0	32,1 – 100,0		
Domínio psicológico	73,9 (11,5)	72,4 (13,2)	73,2 (12,3)	-0,596	0,553
Min-Máx	54,2 – 100,0	45,8 – 95,8	45,8 – 100,0		
Domínio relações sociais	69,1 (13,6)	71,8 (14,7)	70,4 (14,2)	0,980	0,330
Min-Máx	33,3 – 100,0	25,0 – 100,0	25,0 – 100,0		
Domínio ambiente	66,3 (11,5)	69,1 (12,7)	67,7 (12,1)	1,138	0,258
Min-Máx	34,4 – 84,4	46,9 – 96,9	34,4 – 96,9		

*p<0.05

Para comparar os grupos de intervenção e comparação relativamente à QdV, utilizou-se o teste t para amostras independentes (Tabela 5). Analisando esta tabela, observa-se que na *qualidade de vida geral* os participantes têm uma média de 64,1 (DP = 15,4) pontos, sendo o mínimo 25,0 e o máximo 100,0, traduzindo-se num nível moderado de qualidade de vida geral.

Observando os resultados obtidos em cada um dos domínios da escala WHOQOL-Bref, constata-se que o valor médio mais baixo pertence ao domínio *físico*, sendo 65,7 (DP = 13,8) pontos no grupo de Intervenção e 65,8 (DP = 17,0) pontos no grupo de Comparação. De seguida, surge o domínio do *ambiente* como o segundo valor médio mais baixo nos dois grupos, 66,3 (DP = 11,5) e 69,1 (DP = 12,7) no grupo de Intervenção e no grupo de Comparação, respetivamente. Relativamente ao domínio das *relações sociais*, verifica-se o limite mínimo mais baixo, sendo 33,3 pontos no grupo de Intervenção e 25,0 pontos no grupo

Comparação. A pontuação média mais alta corresponde ao domínio *psicológico* tanto no grupo de Intervenção como no grupo de Comparação ($M = 73,9$; $DP = 11,5$ vs. $M = 72,4$; $DP = 13,2$). Quando se comparam os dois grupos, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *QdV/faceta geral* ($t(102) = 2,366$; $p = 0,020$), sendo o valor médio mais alto pertencente ao grupo de Comparação ($M = 67,5$; $DP = 15,9$ vs. $M = 60,6$; $DP = 14,1$).

Tabela 6. O bem-estar psicológico em função da participação em iniciativas de base comunitária

	Grupo de Intervenção	Grupo de Comparação	Total		
	n = 52	n = 52	n = 104		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	t (102)	p
BEP Total	82,7 (10,8)	79,5 (10,2)	81,1 (10,6)	- 1,546	0,125
Min-Máx	61,0 – 103,0	60,0 – 103,0	60,0 – 103,0		
Autonomia	13,4 (3,0)	13,2 (3,1)	13,3 (3,0)	- 0,259	0,796
Min-Máx	6,0 – 18,0	6,0 – 18,0	6,0 – 18,0		
Domínio do meio	13,5 (3,2)	12,9 (3,0)	13,2 (3,1)	- 0,997	0,331
Min-Máx	7,0 – 18,0	7,0 – 18,0	7,0 – 18,0		
Crescimento pessoal	13,8 (2,7)	13,7 (2,3)	13,7 (2,5)	- 0,197	0,845
Min-Máx	7,0 – 18,0	8,0 – 18,0	7,0 – 18,0		
Relações positivas com os outros	13,2 (3,1)	12,3 (2,7)	12,8 (3,0)	- 1,704	0,091**
Min-Máx	5,0 – 18,0	7,0 – 18,0	5,0 – 18,0		
Objetivos na vida	14,0 (2,9)	12,7 (3,4)	13,3 (3,2)	- 2,190	0,031*
Min-Máx	7,0 – 18,0	5,0 – 18,0	5,0 – 18,0		
Aceitação de si	14,9 (2,4)	14,9 (2,5)	14,9 (2,4)	- 0,041	0,968
Min-Máx	8,0 – 18,0	9,0 – 18,0	8,0 – 18,0		

* $p < 0,05$; ** $0,05 < p < 0,1$

Para comparar os grupos de intervenção e comparação relativamente ao BEP, utilizou-se o teste t para amostras independentes (Tabela 6). Analisando esta tabela, no que diz respeito ao *bem-estar psicológico total*, verifica-se que os participantes têm uma média de 81,1 ($DP = 10,6$) pontos, sendo o mínimo 60,0 e o máximo 103,0.

Examinando os resultados obtidos em cada um dos domínios da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff, averigua-se que o valor médio mais baixo pertence à dimensão *relações positivas com os outros*, tanto no grupo de Intervenção ($M = 13,2$; $DP = 3,1$) como no grupo de Comparação ($M = 12,3$; $DP = 2,7$). À dimensão *autonomia* apresenta o segundo valor médio mais baixo no grupo de Intervenção, 13,4 ($DP = 3,0$) pontos, possuindo o grupo de Comparação 13,2 ($DP = 3,1$) pontos. Na dimensão *domínio do meio* ambos os grupos apresentam o terceiro valor médio mais baixo, 13,5 ($DP = 3,2$) e 12,9 ($DP = 3,0$) pontos no grupo de Intervenção e no grupo de Comparação, respetivamente. A pontuação média mais alta corresponde à dimensão *aceitação de si*, tanto no grupo de Intervenção como no grupo de Comparação, sendo o valor médio equivalente em ambos os grupos ($M = 14,9$; $DP = 2,4$ vs. $M = 14,9$; $DP = 2,5$). O segundo valor médio mais elevado pertence à dimensão *objetivos na vida* no grupo de Intervenção ($M = 14,0$; $DP = 2,9$), embora no grupo de Comparação corresponda ao segundo valor médio mais baixo ($M = 12,7$; $DP = 3,4$).

Quando se comparam os dois grupos, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *objetivos na vida* ($t(102) = -2,190$; $p = 0,031$), sendo o valor médio mais alto pertencente ao grupo de Intervenção ($M = 14,0$; $DP = 2,9$), possuindo o grupo de Comparação 12,7 ($DP = 3,4$) pontos. Além disso, verifica-se que existem diferenças marginalmente significativas ao nível da dimensão *relações positivas com os outros* ($t(102) = -1,704$; $p = 0,091$) entre os dois grupos, onde o grupo de intervenção apresenta um valor médio mais alto no referido domínio ($M = 13,2$; $DP = 3,1$ vs. $M = 12,3$; $DP = 2,7$).

Tabela 7. A qualidade de vida em função do Índice económico

	Grupo de Intervenção n=52		Grupo de Comparação n=52		$\chi^2_{(3)}$	p
	Índice económico		Índice económico			
	Reduzido n=25	Médio/Elevado n=26	Reduzido n=24	Médio/Elevado n=26		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Qualidade de vida/faceta geral	6,8 (1,1)	7,0 (1,1)	7,2 (1,6)	7,7 (1,0)	7,616	0,055**
Min-Máx	4 – 8	5 – 9	4 – 10	5 – 10		
Domínio físico	25,6 (4,2)	25,4 (3,6)	24,7 (4,5)	26,5 (4,8)	1,839	0,606
Min-Máx	17 – 34	19 – 34	17 – 33	17 – 35		
Domínio psicológico	23,6 (2,9)	23,8 (2,7)	23,0 (3,5)	23,8 (2,6)	0,902	0,825
Min-Máx	19 – 29	19 – 30	17 – 29	18 – 29		
Domínio relações sociais	11,5 (1,8)	11,0 (1,5)	11,7 (1,6)	11,4 (1,8)	2,051	0,562
Min-Máx	7 – 15	8 – 14	9 – 15	6 – 15		
Domínio ambiente	28,7 (4,2)	29,7 (3,2)	28,7 (3,1)	31,8 (4,2)	9,134	0,028*
Min-Máx	19 – 35	23 – 35	23 – 35	23 – 39		

* $p < 0,05$; ** $0,05 < p < 0,1$

Para comparar os grupos de intervenção e comparação, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para analisar a associação entre a QdV e o índice económico (Tabela 7). Analisando os resultados obtidos em cada um dos domínios nesta tabela, verifica-se que o valor médio mais baixo pertence ao domínio *qualidade de vida geral* no índice económico reduzido, tanto no grupo de Intervenção ($M = 6,8$; $DP = 1,1$), como no grupo de Comparação ($M = 7,2$; $DP = 1,6$). O valor médio mais alto pertence ao domínio *ambiente* no índice económico médio/elevado, tanto no grupo de Intervenção ($M = 29,7$; $DP = 3,2$), como no grupo de Comparação ($M = 31,8$; $DP = 4,2$).

Através da tabela 7, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio do *ambiente* ($\chi^2_{(3)} = 9,134$; $p = 0,028$). Observa-se que os participantes com índice económico médio/elevado do grupo de intervenção têm valores mais baixos quando comparados com os do grupo de comparação ($M = 29,7$; $DP = 3,2$ vs. $M = 31,8$; $DP = 4,2$). Além disso, é também possível verificar que no grupo de comparação os participantes com índice económico reduzido têm valores inferiores aos de índice médio/elevado ($M = 28,7$; $DP = 3,1$ vs. $M = 31,8$; $DP = 4,2$).

Observa-se ainda que há diferenças marginalmente significativas no domínio *qualidade de vida geral* ($\chi^2_{(3)} = 7,616$; $p = 0,055$). Os participantes com índice económico médio/elevado do grupo de intervenção têm valores mais baixos de QdV quando comparados com os do grupo de comparação ($M = 7,0$; $DP = 1,1$ vs. $M = 7,7$; $DP = 1,0$).

Tabela 8. O bem-estar psicológico em função do Índice económico

	Grupo de Intervenção n=52		Grupo de Comparação n=52		$\chi^2_{(3)}$	<i>p</i>
	Índice económico		Índice económico			
	Reduzido n=25 <i>M (DP)</i>	Médio/Elevado n=26 <i>M (DP)</i>	Reduzido n=24 <i>M (DP)</i>	Médio/Elevado n=26 <i>M (DP)</i>		
BEP Total	83,0 (12,0)	82,5 (10,1)	78,6 (10,4)	80,4 (10,4)	2,557	0,465
Min-Máx	61 – 103	65 – 99	60 – 103	63 – 103		
Autonomia	13,8 (3,2)	13,0 (2,7)	13,1 (3,2)	13,2 (3,1)	1,401	0,705
Min-Máx	6 – 18	9 – 18	7 – 18	6 – 18		
Domínio do Meio	13,7 (3,4)	13,4 (3,0)	13,0 (2,6)	12,9 (3,7)	1,322	0,724
Min-Máx	7 – 18	8 – 18	9 – 18	7 – 18		
Crescimento pessoal	13,5 (2,9)	13,9 (2,5)	13,5 (2,1)	13,9 (2,6)	0,803	0,849
Min-Máx	7 – 18	10 – 18	10 – 18	8 – 18		
Relações positivas com os outros	13,4 (3,5)	13,0 (2,8)	12,7 (2,7)	11,7 (2,7)	3,600	0,308
Min-Máx	6 – 18	5 – 18	8 – 18	7 – 18		
Objetivos na vida	13,8 (3,0)	14,2 (2,9)	11,6 (3,6)	13,8 (2,8)	8,662	0,034*
Min-Máx	7 – 18	9 – 18	5 – 18	9 – 18		
Aceitação de si	14,7 (2,6)	15,0 (2,2)	14,9 (3,0)	14,9 (2,0)	0,214	0,975
Min-Máx	8 – 18	10 – 18	9 – 18	12 – 18		

* $p < 0,05$

Para comparar os grupos de intervenção e comparação, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para analisar a associação entre o BEP e o índice económico (Tabela 8). Observando os resultados obtidos em cada uma das dimensões do bem-estar psicológico nesta tabela, constata-se que o valor médio mais baixo pertence à dimensão *relações positivas com os outros* no índice económico médio/elevado do grupo de comparação ($M = 11,7$; $DP = 2,7$). A pontuação média mais alta corresponde à dimensão *aceitação de si* no índice económico médio/elevado do grupo de intervenção ($M = 15,0$; $DP = 2,2$).

Analisando a tabela 8, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão *objetivos na vida* ($\chi^2_{(3)} = 8,662$; $p = 0,034$). Verificou-se que os participantes do grupo de Intervenção com um índice económico reduzido pontuam mais alto do que os do grupo de Comparação com o mesmo índice económico ($M = 13,8$; $DP = 3,0$ vs. $M = 11,6$; $DP = 3,6$).

3 - Análise das relações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico

Nesta secção analisaram-se as relações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico. Aplicou-se uma análise de correlações de Spearman entre as variáveis.

Tabela 9. Análise das correlações entre Bem-estar Psicológico e Qualidade de vida

Dimensões do BEP	Domínios da Qualidade de Vida				
	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente	Físico	QdV Geral
Autonomia	GI (r=0,098; p=0,489) GC (r=0,287; p=0,039*)	GI (r=-0,079; p=0,578) GC (r=-0,006; p=0,965)	GI (r=-0,110; p=0,438) GC (r=0,187; p=0,185)	GI (r=-0,138; p=0,331) GC (r=0,193; p=0,169)	GI (r=-0,045; p=0,752) GC (r=-0,027; p=0,847)
Domínio do Meio	GI (r=0,399; p=0,003*) GC (r=0,333; p=0,016*)	GI (r=0,188; p=0,181) GC (r=0,023; p=0,873)	GI (r=0,133; p=0,347) GC (r=0,261; p=0,062)	GI (r=0,195; p=0,165) GC (r=0,198; p=0,160)	GI (r=0,070; p=0,623) GC (r=0,085; p=0,550)
Crescimento Pessoal	GI (r=0,425; p=0,002*) GC (r=0,326; p=0,019*)	GI (r=0,062; p=0,663) GC (r=0,096; p=0,497)	GI (r=0,368; p=0,007*) GC (r=0,173; p=0,221)	GI (r=0,118; p=0,406) GC (r=0,236; p=0,092)	GI (r=0,126; p=0,373) GC (r=0,184; p=0,192)
Relações Positivas com os Outros	GI (r=0,106; p=0,456) GC (r=0,123; p=0,386)	GI (r=0,360; p=0,009*) GC (r=0,302; p=0,030*)	GI (r=0,088; p=0,533) GC (r=0,042; p=0,766)	GI (r=-0,057; p=0,690) GC (r=-0,099; p=0,484)	GI (r=0,129; p=0,361) GC (r=-0,213; p=0,129)
Objetivos na Vida	GI (r=0,419; p=0,002*) GC (r=0,152; p=0,283)	GI (r=0,305; p=0,028*) GC (r=-0,057; p=0,687)	GI (r=0,380; p=0,005*) GC (r=0,243; p=0,083)	GI (r=0,119; p=0,401) GC (r=0,219; p=0,119)	GI (r=0,502; p=0,000*) GC (r=0,170; p=0,228)
Aceitação de Si	GI (r=0,358; p=0,009*) GC (r=0,339; p=0,014*)	GI (r=0,401; p=0,003*) GC (r=0,213; p=0,130)	GI (r=0,380; p=0,005*) GC (r=-0,107; p=0,451)	GI (r=0,132; p=0,351) GC (r=0,097; p=0,495)	GI (r=0,450; p=0,001*) GC (r=0,157; p=0,267)
BEP	GI (r=0,474; p=0,000*) GC (r=0,400; p=0,003*)	GI (r=0,321; p=0,020*) GC (r=0,104; p=0,465)	GI (r=0,398; p=0,032*) GC (r=0,189; p=0,181)	GI (r=0,082; p=0,562) GC (r=0,214; p=0,128)	GI (r=0,305; p=0,028*) GC (r=0,036; p=0,800)

*p<0.05

GI – Grupo de intervenção; GC – Grupo de comparação

De modo a averiguar a existência de correlações entre os domínios da variável qualidade de vida e as dimensões do bem-estar psicológico, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 9).

No grupo de comparação, as dimensões do BEP têm correlações significativas com o domínio *psicológico* da qualidade de vida, com exceção das dimensões *objetivos na vida* e *relações positivas com os outros*. Além disso, no mesmo grupo, também existem correlações significativas entre a dimensão *relações positivas com os outros* do BEP e o domínio *relações sociais* da QdV.

No grupo de intervenção, existem correlações significativas entre a dimensão *aceitação de si* do BEP e todos os domínios da QdV, exceto o *físico*. O mesmo acontece em relação à dimensão *objetivos na vida* do BEP. Além disso, no mesmo grupo, também existem correlações significativas entre a dimensão *relações positivas com os outros* do BEP e o domínio *relações sociais* da QdV. Relativamente à dimensão *crescimento pessoal* do BEP existem correlações significativas com os domínios *psicológico* e *ambiente* da QdV. As dimensões *domínio do meio* e *autonomia* do BEP têm correlações significativas apenas com o domínio *psicológico* da QdV. É de realçar que, onde existem correlações significativas, todos os coeficientes de correlação referentes ao grupo de intervenção apresentam valores mais altos do que os do grupo de comparação.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após apresentação dos resultados, é necessário discuti-los tendo em conta o enquadramento conceptual e empírico, bem como o objetivo deste estudo: analisar as relações entre qualidade de vida e bem-estar em adultos mais velhos a viver na comunidade que participam em iniciativas de base comunitária.

Este estudo é constituído por 52 participantes que frequentam Projetos Públicos de Intervenção Comunitária (grupo de intervenção), os quais foram emparelhados (n = 52) segundo género e idade com indivíduos que não frequentam os Projetos mencionados (grupo de comparação). Os participantes têm entre 55 e 84 anos, sendo a média de idade de 72,6 (DP = 5,9), sendo a grande maioria do género feminino (80,8%), casados (61,5%), com escolaridade reduzida, entre 1º e 4º anos (80,8%) e reformados (93,1%). A maioria dos participantes possui um rendimento mensal do agregado familiar entre 421 e 750 euros (29,7%) e entre 751 e 1000 euros (28,7%). É ainda de referir que o maior número de participantes (74,0%) vive com outras pessoas, no que se refere às AIVD, 49,0% dos participantes são moderadamente dependentes, necessitando de ajuda em pelo menos uma das atividades instrumentais de vida diária.

Principais achados do presente estudo: (1) a maioria dos valores de qualidade de vida são menores no grupo de intervenção do que no grupo de comparação, contrariamente ao esperado; (2) o grupo de intervenção apresenta valores superiores em BEP comparando com o grupo de comparação; (3) existem correlações significativas entre diversas dimensões qualidade de vida e bem-estar psicológico no grupo de intervenção.

Relativamente à qualidade de vida geral, observa-se que os participantes têm uma média de 64,1, evidenciando um nível de qualidade de vida geral moderado. O estudo de Costa e colaboradores (2018), com adultos mais velhos no Brasil e igualmente com recurso à escala WHOQOL – Bref, apresenta uma boa perceção de qualidade de vida geral. A maioria dos adultos mais velhos tem entre 60 e 69 anos, são do género feminino, reformados, vivem com outros familiares e a maior parte dos participantes possui o ensino médio de escolaridade, que corresponde ao ensino secundário em Portugal.

Verifica-se que o domínio *psicológico* destaca-se pelo valor médio mais elevado, e que o domínio *físico* salienta-se pela pontuação média mais baixa, em ambos os grupos. Tais resultados vão de encontro às evidências apresentadas noutros estudos com adultos mais velhos, sendo o domínio *psicológico* o valor médio mais alto (Bastos *et al.*, 2020a; Costa *et al.*, 2018; Ferretti, Beskow, Slaviero & Ribeiro, 2015) e sendo o domínio *físico* com a cotação média mais baixa (Bastos *et al.*, 2020a; Ribeiro, Ferretti & Sá, 2017).

No entanto, tendo em conta os resultados de estudos acerca da qualidade de vida em função da participação em iniciativas de base comunitária, este estudo apresenta resultados inesperados, visto que o grupo de comparação apresenta uma qualidade de vida superior comparando com o grupo de Intervenção. Bastos e colaboradores (2020a) analisaram a

qualidade de vida em adultos mais velhos que participam em iniciativas de base comunitária direcionados para uma vida ativa e saudável, numa amostra composta por 304 participantes, dividida em dois grupos, o primeiro grupo constituído por 152 indivíduos que participam em iniciativas de base comunitária, o segundo grupo constituído igualmente por 152 indivíduos que não frequentam tais iniciativas. A amostra tem uma idade média de 71,5 anos, a maioria são mulheres, casados, reformados, com escolaridade entre 1º - 4º ano, maior parte dos participantes vive com o cônjuge e tem um rendimento mensal entre 421€ e 750€. A qualidade de vida foi avaliada pela escala WHOQOL – Bref e verificou-se que as iniciativas de base comunitária promovem a qualidade de vida, visto que os participantes nas iniciativas apresentam melhor qualidade de vida no domínio *físico*, além disso, os indivíduos que participam nas iniciativas de base comunitária apresentam resultados superiores nos domínios *psicológico*, *ambiente* e *qualidade de vida geral*. Costa e colaboradores (2018) compararam a qualidade de vida de adultos mais velhos participantes e não participantes de programas públicos de exercício físico, no Brasil, sendo a amostra composta por 108 adultos mais velhos participantes de programas públicos de exercícios e 126 não participantes. A qualidade de vida foi avaliada através dos instrumentos WHOQOL – Bref e WHOQOL – Old e os resultados evidenciaram que os adultos mais velhos que participaram em programas de exercício físico mostraram melhor qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL – Bref e WHOQOL – Old. Ribeiro e colaboradores (2017) analisaram a qualidade de vida em função do nível da prática de atividade física em adultos mais velhos residentes em meio rural e urbano, no Brasil, a amostra foi constituída por 358 indivíduos residentes no meio urbano e 139 no meio rural, com média de idade de 69,8 anos. A qualidade de vida foi avaliada pelos mesmos instrumentos do estudo de Costa e colaboradores (2018), e os investigadores verificaram que os indivíduos residentes no meio rural apresentam melhor qualidade de vida nos domínios *psicológico*, *relações sociais* e *meio ambiente*, e concluíram ainda que a qualidade de vida é influenciada de forma positiva, pela manutenção de níveis satisfatórios de prática de atividade física.

Desta forma, apresentam-se algumas razões que podem, possivelmente, fundamentar a melhor qualidade de vida no grupo de comparação. O grupo de comparação tem participantes com mais anos de escolaridade e com rendimento mensal mais elevado, no que se traduz numa condição socioeconómica superior, além disso este grupo também possui menos reformados e desempregados, menos adultos mais velhos a viver sozinhos e mais pessoas independentes relativamente à capacidade funcional comparando com o grupo de Intervenção. Estes são factores que podem contribuir para uma melhor qualidade de vida, visto que a qualidade de vida é subjetiva e relaciona-se com vários fatores, como a capacidade funcional, estado emocional, suporte familiar, estado de saúde e nível socioeconómico, entre outros (Costa *et al.*, 2018). Relativamente ao rendimento mensal auferido pelo agregado familiar, tendo em conta o custo de vida em Portugal considera-se rendimentos mensais baixos os adultos mais velhos que auferem entre 250€ e 750€. Desta forma, trata-se de uma perceção negativa para a qualidade de vida geral e para os domínios *físico*, *psicológico* e *ambiente*,

tendo em conta os estudos nos quais os adultos mais velhos com menor rendimento apresentam menor qualidade de vida (Silva et al., 2019).

Relativamente ao grupo de Intervenção, estes participantes referem mais vezes que o motivo pelo qual participam nos programas públicos de intervenção comunitária é para manter a saúde, a grande maioria participa há mais de seis anos e este grupo apresenta uma qualidade de vida mais baixa no domínio *físico*, desta forma estes participantes podem sentir como sendo uma obrigação participar nos programas do município de modo a manterem a saúde e a capacidade funcional, tendo uma perceção negativa da qualidade de vida, visto que é essencial preservar padrões de saúde positivos e qualidade de vida, sendo fundamental manter-se independente pelo maior período de tempo (Ferretti *et al.*, 2015).

Relativamente ao bem-estar psicológico verifica-se que os participantes têm uma média de 81,1 pontos, sendo que a pontuação máxima teórica que se pode obter é 108 pontos e quanto mais alta é a pontuação, melhor é o bem-estar, pode-se afirmar que os participantes possuem um bem-estar psicológico favorável.

Constata-se que a dimensão *aceitação de si* se destaca pelo valor médio mais alto (14,9 em ambos os grupos) e a dimensão *relações positivas* com os outros por possuir o valor médio mais baixo, 13,2 no grupo de intervenção e 12,3 no grupo de comparação. O valor médio mais alto vai ao encontro dos dados obtidos numa investigação em que a dimensão *aceitação de si* também possui o valor médio mais alto (Silva et al., 2012). No entanto, estes resultados diferem dos resultados obtidos noutros estudos acerca do bem-estar psicológico das pessoas idosas e com recurso à Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) que foi construída com base nas seis dimensões das escalas de bem-estar psicológico estabelecidas por Ryff, surgindo a dimensão *autonomia* como o valor médio mais baixo (Silva et al., 2012; Irigay et al., 2011). De acordo com Ryff e Keyes (1995), a dimensão *relações positivas com os outros* tende a incrementar com a idade no entanto, a dimensão *aceitação de si* não apresenta diferenças de idades, desta forma, com a participação em iniciativas de base comunitária a dimensão *aceitação de si* pode incrementar.

No que diz respeito aos adultos mais velhos que participam nas iniciativas de base comunitária, verifica-se que apresentam valores mais altos em todas as dimensões relativamente ao grupo de comparação. Assim, o grupo de intervenção destaca-se por apresentar valores médios mais altos nas dimensões *Objetivos na Vida* (14,0) e *Crescimento Pessoal* (13,8). Estes resultados vão ao encontro de outros estudos acerca do bem-estar psicológico dos adultos mais velhos, sendo o valor médio mais alto pertencente à dimensão *crescimento pessoal* (Irigay et al., 2011). No estudo “Lighten UP” de Friedman e colaboradores (2017), a amostra tinha uma média de idade de 71,7 anos, a maioria era do género feminino e a maioria tinha estudos universitários. Após uma intervenção em grupo para promover o bem-estar psicológico em idosos que vivem na comunidade, verificou-se que a dimensão com valor mais alto pertencia ao *crescimento pessoal* e o valor mais baixo pertencia à dimensão *aceitação de si*. Também se verificou que no geral, o estudo “Lighten UP” gerou efeitos

positivos no bem-estar psicológico em adultos mais velhos. Pimentel e colaboradores (2021) analisaram indicadores de envelhecimento bem-sucedido em adultos mais velhos com 55 ou mais anos de Bragança, tendo em conta a participação em programas comunitários locais, a amostra foi constituída por 100 indivíduos, divididos em dois grupos, o grupo de intervenção (50 participantes em programas comunitários do município) e o grupo de comparação (50 não participantes). Os participantes tinham uma média de idade de 70,6 anos, a maioria da amostra era do género feminino, casados, reformados, com escolaridade entre 1º - 4º anos e tinham um rendimento mensal entre 1001€ e 2000€. O bem-estar psicológico foi avaliado pelas escalas de bem-estar psicológico de Ryff – 18 (Ryff,1989), e os investigadores verificaram que os adultos mais velhos que participam nos programas “Bragança Activo” e “Desporto Sénior Meio Rural” possuem maior bem-estar psicológico quando comparados com os que não participam.

Deste modo, podemos afirmar que as iniciativas de base comunitária produzem ganhos significativos no bem-estar psicológico, visto que segundo investigações realizadas por Ryff e Keyes (1995), as dimensões *objetivos na vida* e *crescimento pessoal*, tendem a diminuir com o avançar da idade, no entanto neste estudo são precisamente essas dimensões que se destacam pela positiva. Segundo a mesma fonte, as dimensões *autonomia* e *relações positivas com os outros* tendem a incrementar com a idade.

No entanto, no geral o grupo de intervenção apresentou valores superiores em todas as dimensões, por essa razão estes valores podem revelar melhorias significativas na qualidade de vida, visto que aspectos do bem-estar como a dimensão *objetivos na vida*, indicam que os programas direccionados para a promoção do bem-estar para adultos mais velhos podem produzir melhorias na qualidade de vida (Friedman et al., 2017), no entanto isso não se verificou neste estudo.

No que concerne às relações entre qualidade de vida e bem-estar psicológico, todos os domínios de qualidade de vida têm uma relação positiva significativa com os domínios do bem-estar psicológico. Gomez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara & Pradilla (2010), no seu estudo também verificaram uma elevada correlação entre bem-estar psicológico e qualidade de vida.

O grupo de intervenção no domínio *psicológico* da qualidade de vida têm uma correlação significativa com todas as dimensões do bem-estar psicológico, excepto com a dimensão *autonomia* e com a dimensão *relações positivas com os outros*. A dimensão *autonomia* é definida como a independência e a capacidade de reagir a influências sociais, regulando o comportamento a partir de dentro (Basto et al., 2020b), e o *domínio psicológico* explora a vivência dos indivíduos em relação aos sentimentos e negativos (WHOQOL Group, 1994). A dimensão *autonomia* tende a incrementar com a idade, no entanto o facto de o grupo de intervenção não apresentar correlação significativa nesta dimensão/domínio pode derivar do facto de que as influências sociais definem os comportamentos que determinam as ações de cada indivíduo. Devido à participação em iniciativas de base comunitária, as influências sociais a que os participantes do grupo de intervenção estão expostos, são diferentes das influências

sociais do quotidiano a que estão sujeitos os participantes do grupo de comparação. Desta forma, os participantes do grupo de intervenção podem ter mais dificuldades em ter capacidade para saber reagir a influências sociais distintas do seu quotidiano, explicando assim o facto de o grupo de intervenção não possuir correlação significativa entre a dimensão *autonomia* do BEP e o domínio *psicológico* da QdV, mas verificando-se essa correlação no grupo de comparação. No domínio *relações sociais* da qualidade de vida os dois grupos (grupo de intervenção e grupo de comparação) apenas têm correlação significativa com a dimensão *relações positivas com os outros* do bem-estar psicológico. Pode-se dizer que é normal haver correlação significativa nos dois grupos, pois espera-se que quem participe em iniciativas de base comunitária (grupo de intervenção) desenvolva as relações sociais, relativamente ao grupo de comparação, este tem uma melhor perceção das suas *relações sociais* relativamente à QdV. Além disso a dimensão *relações positivas com os outros* é definida como a existência de relações satisfatórias, afetivas e de confiança, intimidade e empatia (Bastos et al., 2020b), e o domínio *relações sociais* foca-se no amor e no apoio desejados nos relacionamentos íntimos, incluindo a capacidade de amar, ser amada e ter intimidade com outros indivíduos (WHOQOL Group, 1994), assim, estas duas facetas do BEP e da QdV têm conceitos em comum. Nas correlações significativas que se seguem, o grupo de comparação não possui qualquer correlação, existindo apenas correlações significativas no grupo de intervenção. O domínio *ambiente* apresenta correlações significativas com as dimensões *crescimento pessoal*, *objetivos na vida*, *aceitação de si* e *BEP Total*. O domínio *físico* não possui correlação com nenhuma das dimensões do BEP. A *qualidade de vida geral* possui correlações significativas com as dimensões *objetivos na vida*, *aceitação de si* e *BEP Total*. Desta forma, tendo em conta que a maioria das correlações entre QdV e BEP pertence ao grupo de intervenção, pode-se concluir que as iniciativas de base comunitária têm um efeito positivo para a relação destas duas variáveis. Nos adultos mais velhos existe uma relação positiva significativa entre qualidade de vida e bem-estar psicológico, existe uma relação significativa com o bem-estar psicológico em todos os domínios, exceto na *autonomia* (Pourabdol, Absasi, Pirani & Abbasi, 2015). Estas ideias vão ao encontro dos resultados obtidos, visto que a correlação entre qualidade de vida e bem-estar psicológico é estatisticamente significativa.

Tratando-se de um estudo preliminar, os resultados aqui apresentados devem ser lidos com alguma cautela, em particular tendo em consideração algumas das limitações deste estudo. Por exemplo, a dimensão da amostra e a quantidade de instrumentos utilizados. De salientar ainda a natureza do estudo – trata-se de um estudo transversal, o qual não permite estabelecer relações de causalidade. Em estudos posteriores, recomenda-se ter estas limitações em consideração.

CONCLUSÃO

No presente estudo procurou-se investigar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico como resultados de envelhecimento saudavelmente ativo associado à participação em iniciativas de base comunitária.

Com este estudo verificou-se que é possível melhorar a condição de envelhecer bem. No que diz respeito à qualidade de vida, os participantes que participaram em iniciativas de base comunitária apresentaram melhores resultados no domínio *psicológico* da qualidade de vida. O mesmo aconteceu para esses participantes relativamente ao bem-estar psicológico, visto que os domínios que tendem a diminuir com a velhice, *objetivos na vida* e *crescimento pessoal*, foram precisamente os que apresentaram os valores mais elevados, além disso apresentaram resultados superiores nos domínios *autonomia*, *domínio do meio* e *relações positivas com os outros*.

Assim, afirma-se que a participação ativa na vida social e comunitária, nomeadamente através de iniciativas públicas de base comunitária pode minimizar os efeitos negativos do envelhecimento. Associar essas Iniciativas à prática gerontológica, primeiramente porque o gerontólogo promove a qualidade de vida e o bem-estar dos adultos mais velhos, possuindo conhecimentos acerca do processo de envelhecimento tanto individual como coletivo; igualmente é importante que a prática gerontológica seja direcionada para a capacitação e o *empowerment* da população, visando retardar as perdas, compensar limitações e potencializar competências (Bastos, Faria, Pimentel & Rosas-Silva, 2020).

O envelhecimento ativo tem como um dos seus resultados a qualidade de vida, já o envelhecimento saudável tem como referência o bem-estar, visto que este estudo analisa as duas variáveis como resultado do envelhecer bem, propõe-se a articulação dos dois termos, envelhecimento saudavelmente ativo. Assim, é possível que os adultos mais velhos que participam em iniciativas públicas de base comunitária tenham um envelhecimento saudavelmente ativo.

Aspectos que devem ser considerados em investigações futuras é o facto de haver uma menor participação dos homens, dos adultos mais velhos com idades superiores a 75 anos e dos indivíduos com uma condição socioeconómica mais elevada, assim recomenda-se incluir grupos amostrais com características sociodemográficas mais diversificadas. A necessidade de alargar o estudo a nível territorial é essencial, para que se possa incluir fatores como a zona residente, diferentes atividades inseridas nas iniciativas de base comunitária. Na prossecução dos estudos no domínio recomenda-se incluir o instrumento WHOQOL – Old, por ser específico para a população mais velha, poderá contribuir para estudos com adultos mais velhos participantes em programas públicos de base comunitária, visto que será possível verificar os diversos ganhos e perdas ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkins J., Naismith S. L., Luscombe J. M., & Hickie I. B. (2013). Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. *BMC Psychiatry*, 13, 1-18.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188 – 196.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., Monteiro, J., Veiga, J., & Dias, S. (2020b). Participação Em Projetos Públicos Orientados Para O Envelhecimento Bem- Sucedido : Estudo Sobre Medidas De Intervenção Autárquica – PARTE I. *Egitania Scientia*, 27, 171–186.
- Bastos, A., Faria, C., Pimentel, H., & Rosas-Silva, S. (2020). *Capacitar Para a 4ª idade - Manual de Práticas de Base Comunitária*. Viana do Castelo. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Bastos, M., Monteiro, J., Faria, C., Pimentel, M., Silva, S., & Afonso, C. (2020a). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(6).
- Berger-Schmitt, R., & Noll, H.-H. (2000). Conceptual FrameWork And Structure of an European System of Social Indicators . *EuReporting WorkshopPaper*, 9, 8-73.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*, (pp.111-35). Lisboa: CLIMEPSI.
- Botelho, M. (2014). Envelhecimento e funcionalidade. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp.31-62). Lisboa: Coisas de ler.
- Brêtas, A. C. P., & Oliveira, E. M. de. (1999). Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. *Saúde e Sociedade*, 8(2), 59–82.
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A., & Marmot, M. G. (2008). Successful aging: The contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(6).
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R., Rijo, D., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Carvalho, N., & Veiga, F. (2020). Bem-estar psicológico e recursos de desenvolvimento. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 14(2), 91–111.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40, 161-184.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade.
- Cordeiro, J., Castillo, B., Freitas, C., & Gonçalves, M. (2014). Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 541–552.
- Costa, F. R. da, Rodrigues, F. de M., Prudente, C. O. M., & Souza, I. F. de. (2018). Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(1), 24–34.
- Cummins, R. A. (1997). *Manual for the Comprehensive Quality of Life Scale-Student (Grades 7-12): ComQol-S5* (5ª ed.). Melbourne: School of Psychology, Deakin University.
- Diener, E. (1984). *Subjective well-being*. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economics, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Snyder, C. & Lopez, S. (Eds), *Handbook of positive Psychology* (pp.187-194). Oxford: Oxford University Press.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). The evolving concept of subjective wellbeing: the multifaceted nature of happiness. *Cell Aging and Gerontology*, 15, 187-219.
- Duarte, Y. A. D. O., Andrade, C. L. D., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (2), 317-325.
- Felce, D., & Perry, J. (1993). Refining measures of the quality of community residences for people with learning disabilities. In D. Robbins (Ed.), *Community care: Findings From Department of Health funded research 1988-1992*. London: HMSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp.31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, L. K., Meireles, J. F. F., & Ferreira, M. E. C. (2018). Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 616–627.
- Ferretti, F., Beskow, G. C. T., Slaviero, R. C., & Ribeiro, C. G. (2015). Análise Da Qualidade De Vida Em Idosos Praticantes E Não Praticantes De Exercício Físico Regular. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 20(3), 729–743.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paul, C. & Fonseca, A. (Eds). *Envelhecer em Portugal*, (pp. 281-308). Lisboa: Climepsi.

- Fonseca, A. (2012). Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição-Adaptação no Decurso do Envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia: Aspectos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do Envelhecimento*: Lidel.
- Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A. Fonseca, (Ed). *Envelhecimento, saúde e doença - Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-179). Lisboa: Coisas de Ler.
- Friedman, E. M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L. V., Sampson, H., & Ryff, C. D. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging and Mental Health, 21*(2), 199–205.
- Gomez, M., Gutiérrez, R., Castellanos, S., Vergara, M., & Pradilla, Y. (2010) Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. *Terapia Psicológica, 28* (1), 69-84.
- Gusmão, S. M., Amaral, A. K. de F. J. do, Rodrigues, T. P., Xavier, M. L. A. G., Chianca, I. M. M., Moreira, M. A. S. P., & Silva, A. O. (2018). Funcionalidade Em Idosos: Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 3*(2), 942.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *Gerontologist, 1*, 8-13.
- Heinemann, A. W. (2000). Functional status and quality of life measures. In R. G. Frank, & T. R. Elliot (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp.261-285). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hooymann, N., & Kiyak, H. (2011). *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective* (9ª edição). Boston: Pearson.
- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C. & Martins, T. (2017). Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, 9*(3), 753–759.
- Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(4), 810–818.
- 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., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Winkle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp.101-122). New York: Spring Publishing Company, Inc.
- Keyes, C. (2012). Promotion and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. In C. Keyes, (Ed), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (pp. 3-28). USA: Springer.

- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Marques, A. F. R. A. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. (Master's thesis, Universidade do Minho).
- Menichetti, J., Cipresso, P., Bussolin, D., & Graffigna, G. (2015). Engaging older people in healthy and active lifestyles: A systematic review. *Ageing and Society*, 36(10), 2036–2060.
- Moreira, B. (2018). *A Otimização Seletiva com Compensação no Processo de Envelhecimento: Um estudo preliminar com o "SOC-Questionnaire."* (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- Neri, A. (2007). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. Neri, (Ed.) *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). São Paulo: Papirus Editora.
- Novo, R. F., Silva, M. D., & 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. Almeida, & M. Simões (Orgs.) *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (Vol. V, pp. 313-323). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Novo, R.F. (2003). Para além da Eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada. *Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia*.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamad, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. London: Routledge.
- Paschoal, S. (2012). Independência e Autonomia. In Filho & Kikuchi. *Geriatria e Gerontologia Básicas*.
- Pimentel, M. H., Fernandes, H. J., Afonso, C. M. F., & da Silva Calçada Bastos, M. A. M. (2021). Local community programmes and successful ageing: A study from the north-east of Portugal. *Prisma Social*, 32, 147–166.
- Pourabdol, S., Absasi, M., Pirani, Z., & Abbasi, M. (2015). The Relationship Between life Expectancy and Psychological well-Being with Quality of Life in the Elderly. *Ageing Psychology*, 1(1), 57-65.
- Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1265–1273.
- Ribeiro, C. G., Ferretti, F., & Sá, C. A. (2017). Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 330–339.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V. (2020). *Um tempo sem idades*. Lisboa. Tinta da china.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *Science*, 237(4811), 143–149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it?: Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International Review of Economics and Finance*, 64(2), 159–178.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The structure of Psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sampaio, A. S. (2017). *Envelhecimento e Proatividade Adaptativa: Um estudo de base comunitária em Vila Verde*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).
- Santos, G., & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 2 -11.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. In M.C. Nussbaum, & A. Sen (Eds.), *The quality of life* (pp. 30-53). Oxford: Clarendon Press.
- Sequeira, C. (2007). Instrumentos de diagnóstico: Idoso dependente. In C. Sequeira, *Cuidar de Idosos Dependentes*, (pp. 141-157). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. *Lisboa: Lidel*.
- Silva, H.S., Lima, A.M.M., & Galhardoni, R. (2009). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspetivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T., & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Kairós Gerontologia*, 15(2), 119–140.
- Silva, S. R., Marques, F. D. C., Lavado, N., Parente, L. F. D., Rafael, A. C. M., Gonçalves, D. P., & Bastos, A. (2019). Qualidade de Vida e Participação em Iniciativas de Base Comunitária: Um estudo num município da zona centro de Portugal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(3), 43-66.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364–371.
- Teater, B., & Chonody, J. M. (2020). How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. *International Journal of Aging and Human Development*, 91(4), 599–625.
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. (Master's thesis Universidade de Coimbra).

- Venâncio, P., Mendes, K., Castilho, L., & Tolentino, G. (2016) Influência da atividade física nos componentes psicomotores em idosos. *Cinergis*, 17(1), 32-38.
- Vilela, A., Mesquita, C., Ribeiro, E., Pinto, F., Canguero, H., Pereira, L., Santos, S., & Fernandes, H. M. (2010). A Influência da Atividade Física na Dimensão Autonomia do Modelo de Bem- Estar Psicológico de Carol Ryff. *Actas Do VII Simpósio Nacional de Investigação Em Psicologia*, Universidade do Minho, (pp.1840–1855).
- WHO (2002). Active Ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Estados Unidos da América: World Health Organization.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43 (3), 280-288.