



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENTRE O PASSADO E O PRESENTE:

A Qualidade de Vida das Mulheres Portuguesas com 70+ anos

Inês Margarida Peniche Marques



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Inês Margarida Peniche Marques

Entre o Passado e o Presente:
A Qualidade de Vida das Mulheres Portuguesas com
70+ anos

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Patrícia Silva

Dezembro de 2024

AGRADECIMENTOS

Termina, assim, um dos mais desafiantes objetivos a que me propus e que exigiu muito esforço, tempo, dedicação e resiliência. Porém, o término deste desafio não teria sido possível sem o apoio que recebi de pessoas a quem sou muito grata.

Em primeiro lugar, queria agradecer profundamente à minha orientadora, professora Patrícia Silva, por todas as palavras de encorajamento, por toda a sua disponibilidade e por todas as reuniões que tivemos que se tornavam em momentos divertidos. Também pela paciência, pela exigência e aperfeiçoamento deste trabalho e, principalmente, por ter sempre acreditado em mim mesmo quando eu não o fazia. Um muito obrigado, de coração. Agradeço, também, a todas as docentes que me acompanharam na Licenciatura e no Mestrado, bem como a todos os meus colegas de turma.

Agradeço ainda:

À Academia Sénior de Viana do Castelo e às participantes deste estudo, pela disponibilidade e vontade de partilharem comigo um pouco das suas histórias. Sem elas, não seria possível a realização desta investigação.

Aos meus pais, Carla e Leonel, bem como às minhas irmãs Catarina e Nilza, que são o meu porto de abrigo nos momentos de tempestade e, muitas das vezes, a própria tempestade. Obrigada por tudo o que fizeram por mim, não haveria páginas suficientes no mundo para escrever o quão grata eu sou por vos ter. Espero que se orgulhem sempre de mim. Isto tudo é por vocês!

Aos meus avós, Inês, Margarida, Alfredo e Gaspar e aos meus “vizinhos”, Paula, Paulo e Andreia, por me darem todo o amor do mundo, pelo apoio e incentivo. Agradeço também à minha restante família.

À D. Linda, que foi como uma mãe enquanto residi em Viana do Castelo. Por todo o amor, ternura e apoio que me deu ao longo destes cinco anos. Sou muito grata pela linda amizade que construímos. Terá sempre um lugar especial no meu coração!

À Íris, Adriana, Marco, Elisabete e Rui, que são família mesmo sem consanguinidade. Obrigada por terem aparecido na minha vida e tornarem esta viagem ainda mais bonita.

Às minhas amigas de Viana do Castelo: Rita, Daniela, Daya, Gabriela, Inês O., Joana, Raquel; às minhas afilhadas: Rafaela, Diana, Juliana e Lara, bem como às minhas amigas de Vila do Conde: Catarina, Teresa e Daniela e ao meu grupo de GER'ARTES, agradeço por todo o amor, companheirismo e consolo nos momentos mais difíceis. Por festejarem as minhas vitórias como se das vossas se tratassem. Por me ajudarem quando achava que não era capaz. Pelo ombro amigo em todos os momentos. Pela compreensão nos meus momentos de ausência e convites recusados durante este processo. Prometo recompensar-vos.

Aos meus colegas da Le Creuset: João, Paulo, Amélia e Cláudia. Por me terem acolhido tão bem, por todas as palavras de incentivo e por serem pessoas excecionais, cada um à sua maneira. Nunca vos esquecerei.

RESUMO

Contexto e objetivos: O continente europeu é um dos continentes mais envelhecidos do mundo e Portugal ocupa o ranking dos países mais envelhecidos da Europa. O género desempenha um papel muito importante no processo de envelhecimento. Apesar das mulheres apresentarem uma maior esperança média de vida, segundo a literatura, também apresentam pior saúde, pior funcionalidade, pior bem-estar subjetivo e, portanto, menores níveis de Qualidade de Vida (QdV), comparativamente aos homens. Os estudos têm destacado a importância das determinantes sociodemográficas, económicas e de saúde para a QdV das mulheres em idades mais avançadas. Para além disso, tem sido cada vez mais enfatizada a importância de algumas das características da infância e juventude para a QdV das mulheres mais velhas. Esta ideia é também apoiada pela perspetiva do Curso de Vida que defende a importância de se interligar a situação atual do indivíduo com as fases anteriores da sua vida. Assim, o objetivo principal deste estudo é o de analisar a importância das características sociodemográficas, económicas e de saúde, bem como de fatores relacionados com o percurso de vida, para a QdV atual das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos.

Método: O presente estudo é de carácter transversal e correlacional e desenvolveu-se em duas fases. Na primeira fase, para a realização das análises estatísticas, recorreu-se à base de dados da vaga 7 e vaga 9 do projeto SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), com uma amostra de 357 mulheres de 70+ anos. Numa segunda fase, na abordagem qualitativa, entrevistaram-se sete mulheres com 70+ anos que participam na Academia Sénior do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Para a análise quantitativa foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 29. Para a análise de conteúdo das entrevistas recorreu-se ao software MAXQDA Plus 24.

Resultados: As mulheres mais velhas (80+ anos) apresentam níveis inferiores de QdV comparativamente às mulheres mais jovens (70-79 anos) ($t(120,224)$, $2,115$, $p = ,037$). Em ambos os grupos a melhor perceção financeira, a melhor auto perceção de saúde, menos limitações na realização das ABVD e AIVD e menor sintomatologia depressiva relacionam-se com maiores níveis de QdV. No grupo etário mais jovem, níveis mais elevados de escolaridade, assim como uma maior dimensão e satisfação com as redes sociais também estão relacionados com níveis de QdV superiores. Para além disso, existe uma relação entre alguns fatores relativos à infância e juventude das mulheres e a sua QdV atual. No grupo das mulheres com 80+ anos, níveis mais elevados de QdV estão relacionados com uma melhor condição financeira da família até aos 16 anos de idade ($r = ,268$, $p = ,040$). No mesmo sentido, ter tido uma saúde entre boa a excelente até aos 15 anos está relacionado com melhor QdV ($t(59)$, $2,072$, $p = ,043$), assim como ter estabelecido uma relação entre boa a excelente com o pai até aos 17 anos de idade ($t(52)$, $2,048$, $p = ,046$). Já no caso das mulheres entre os 70 e 79 anos, ter mantido uma relação com a mãe até aos 17 anos, entre boa a excelente ($t(170)$, $2,138$, $p = ,034$) também se relacionou com níveis de QdV mais elevados. A análise de conteúdo das entrevistas permitiu concluir que durante a infância e a juventude das entrevistadas, os seus papéis sociais eram fortemente condicionados na esfera social/comunidade, na esfera doméstica, na escola e no trabalho. Para além disso, permitiu identificar um conjunto de acontecimentos importantes que marcaram a trajetória de vida das mulheres e que influenciaram o seu processo de envelhecimento.

Conclusão: Estes resultados destacam a relevância de se considerarem características relacionadas com o percurso de vida no estudo da QdV em idades mais avançadas e salientam a possibilidade das mulheres acumularem múltiplas desvantagens ao longo da vida.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Mulheres; Qualidade de Vida, Curso de Vida, Gerontologia Social.

ABSTRACT

Background and objectives: The European continent is one of the oldest in the world, and Portugal ranks among the oldest countries in Europe. Gender plays a very important role in the aging process. Although women have a higher life expectancy, according to the literature, they also have worse health, worse functionality, worse subjective well-being, and therefore lower levels of Quality of Life (QoL) compared to men. Studies have highlighted the importance of sociodemographic, economic, and health determinants for the QoL of women in older ages. Moreover, the importance of some childhood and youth characteristics for the QoL of older women has been increasingly emphasized. This idea is also supported by the Life Course perspective, which advocates the importance of linking the individual's current situation with the earlier phases of their life. Thus, the main objective of this study is to analyze the importance of sociodemographic, economic, and health characteristics, as well as factors related to life course, for the current QoL of Portuguese women aged 70 and over.

Method: This study is cross-sectional and correlational in nature and was developed in two phases. In the first phase, for statistical analyses, data from waves 7 and 9 of the SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) project were used, with a sample of 357 women aged 70+. In the second phase, in the qualitative approach, seven women aged 70+ who participate in the Senior Academy of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo were interviewed. For quantitative analysis, the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) software, version 29, was used. For the content analysis of the interviews, the MAXQDA Plus 24 software was used.

Results: Older women (80+ years) exhibit lower levels of QoL compared to younger women (70-79 years) ($t(120,224), 2,115, p = ,037$). In both groups, better financial perception, better self-perception of health, fewer limitations in performing ADLs and IADLs, and lower depressive symptoms are related to higher levels of QoL. In the younger age group, higher levels of education, as well as greater social network size and satisfaction, are also related to higher levels of QoL. Furthermore, there is a relationship between some factors related to the women's childhood and youth and their current QoL. In the group of women aged 80+, higher levels of QoL are related to a better financial condition of the family up to the age of 16 ($r = ,268, p = ,040$). Similarly, having good to excellent health up to age 15 is related to better QoL ($t(59), 2,072, p = ,043$), as is establishing a good to excellent relationship with the father up to age 17 ($t(52), 2,048, p = ,046$). In the case of women aged 70-79, maintaining a good to excellent relationship with the mother until the age of 17 ($t(170), 2,138, p = ,034$) was also related to higher levels of QoL. Content analysis of the interviews concluded that during the interviewees' childhood and youth, their social roles were strongly conditioned in the social/community sphere, in the domestic sphere, at school, and at work. Moreover, it identified a set of important events that marked the women's life trajectories and influenced their aging process.

Conclusion: These results highlight the relevance of considering life course characteristics in the study of QoL in older ages and emphasize the possibility that women may accumulate multiple disadvantages throughout their lives.

Keywords: Aging; Women; Quality of Life; Life Course; Social Gerontology

Índice

Introdução.....	1
Capítulo 1 – Revisão da Literatura.....	3
1.1 O Envelhecimento, a Gerontologia Social e as Principais Tipologias (positivas) no Estudo do Envelhecimento Humano	3
1.2 A Qualidade de Vida das Mulheres Mais Velhas.....	5
1.3 O Curso de Vida e a Qualidade de Vida em Idades Mais Avançadas	7
1.4 As Características Sociodemográficas, Económicas e de Saúde na Infância e Juventude e a Qualidade de Vida dos Adultos Mais Velhos	10
1.5 Contexto Social, Económico e Político Anterior ao 25 de Abril.....	12
1.6 O Papel Social da Mulher Antes do 25 de Abril de 1974	14
1.7 Fatores Sociodemográficos, Económicos e de Saúde Atuais e a Qualidade de Vida	16
Capítulo 2 – Método	21
2.1 Desenho de Investigação	21
2.2 Amostra e Procedimentos de Recolha de Dados.....	21
2.3 Instrumentos de Recolha de Dados	22
Abordagem Quantitativa.....	22
Abordagem Qualitativa	23
2.4 Procedimento de Análise de Dados	24
Capítulo 3 – Resultados	26
3.1 Prisma Quantitativo	26
3.2 Prisma Qualitativo	35
Capítulo 4 – Discussão dos Resultados	53
Conclusão.....	65
Referências Bibliográficas	68
Anexos	80

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres portuguesas, segundo grupo etário	26
Tabela 2 – Características de saúde das mulheres portuguesas, segundo grupo etário	27
Tabela 3 – Auto classificação da saúde das mulheres portuguesas até aos 15 anos, segundo o grupo etário	28
Tabela 4 - Condição financeira da família das mulheres portuguesas aos 16 anos, segundo o grupo etário	29
Tabela 5 - Classificação da relação das mulheres portuguesas com os pais e com as mães até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário	29
Tabela 6 – Importância da religião nas casas das mulheres portuguesas até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário	30
Tabela 7 – A qualidade de vida das mulheres portuguesas, segundo o grupo etário	30
Tabela 8 - Associação entre a QdV e a escolaridade das mulheres portuguesas, segundo grupo etário	31
Tabela 9 – Associação entre a QdV e as redes sociais das mulheres portuguesas, segundo grupo etário	31
Tabela 10 - A qualidade de vida segundo a condição financeira das mulheres de 70+anos	32
Tabela 11 – Associação entre a QdV, auto percepção, limitações nas ABVD e limitações nas AIVD das mulheres portuguesas, segundo grupo etário	32
Tabela 12 – Associação entre a QdV e a sintomatologia depressiva das mulheres portuguesas, segundo o grupo etário	33
Tabela 13 – Relação entre a QdV das mulheres e a condição financeira da família até aos 16 anos de idade, segundo o grupo etário.....	33
Tabela 14 – Relação entre a QdV das mulheres e a saúde aos 15 anos de idade, segundo o grupo etário	34
Tabela 15 – Relação entre a QdV das mulheres e a classificação da relação estabelecida com a sua mãe até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário	34
Tabela 16 – Relação entre a QdV das mulheres e a relação estabelecida com o seu pai até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário	35
Tabela 17 – Características sociodemográficas das entrevistadas com 70+ anos	36
Tabela 18 – Características de saúde de mulheres com 70+ anos participantes da Academia Sénior de Viana do Castelo	37

Introdução

O envelhecimento tornou-se um dos maiores desafios do século XXI e contribuiu para uma das maiores alterações demográficas, sociais e estruturais nos últimos anos. O envelhecimento demográfico deve-se a fatores como a redução da mortalidade infantil, redução das doenças infecciosas, descida da mortalidade das pessoas mais velhas, modernização social e económica, melhoria das condições de vida e acesso a cuidados de saúde, aos movimentos migratórios, ao baixo nível de natalidade, entre outros (OMS, 2015; Moreira, 2020). Neste contexto, em que as pessoas podem esperar viver mais anos, tem-se procurado garantir a qualidade e a saúde dos anos de vida ganhos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015, 2020) tem defendido a necessidade de promoção do Envelhecimento Saudável, enquanto um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idades mais avançadas e engloba a capacidade funcional, os ambientes e a capacidade intrínseca. Também como resposta a este contexto de acentuado envelhecimento demográfico surgiram e desenvolveram-se novas áreas como a Gerontologia e a Gerontologia Social. A Gerontologia é uma ciência multidisciplinar, que abrange todos os aspetos da pessoa (biopsicossocial), tendo em consideração contextos reais. Já a Gerontologia Social, é uma especialidade da Gerontologia que, para além de se focar no estudo dos mais velhos, foca-se também nos aspetos sociais que influenciam a forma como se envelhece (Fernández-Ballesteros, 2004). A Gerontologia Social, tal como a Gerontologia, baseia-se nos conhecimentos das ciências biológicas, psicológicas e sociais, no entanto, confere maior ênfase a questões sociais.

Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, uma vez que apresentam maior esperança média de vida do que os homens, originando por isso uma feminização da velhice (Almeida et al., 2015). De acordo com a literatura, o género constitui uma das características com maior influência na forma como se envelhece (Daniel et al., 2018; Nair et al., 2021) e são as mulheres que apresentam pior qualidade de vida (QdV) (Gosh, 2015; Daniel et al., 2018; Llorens-Ortega et al., 2023).

A QdV das pessoas mais velhas é influenciada por vários fatores que estão relacionados, por um lado, com características atuais e relativas ao presente, e por outro lado, com características relacionadas com o passado, como é o caso dos contextos de infância e juventude (Pinkas et al., 2016; Börnhorst et al., 2019). Tal significa que a QdV das pessoas mais velhas é influenciada por várias experiências e acontecimentos ao longo da vida. Esta ideia é defendida por quadros teóricos, como a perspetiva *Life Course*, que enfatizam a relevância de toda a

trajetória de vida para o estudo da QdV em idades mais avançadas (Elder, 1992; Elder et al., 2003; Blane et al., 2004; Parvin et al., 2024). Esta importância é ainda mais saliente no caso das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos, uma vez que viveram a sua infância e juventude num contexto histórico marcado por uma ditadura política. Assim, esta investigação tem como principal objetivo analisar a importância das características sociodemográficas, económicas e de saúde, bem como de fatores relacionados com o percurso de vida, para a QdV atual das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos.

Este trabalho é dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo é dedicado à revisão da literatura e nele enquadra-se teórica e empiricamente o problema de investigação através da literatura científica mais relevante. O segundo capítulo diz respeito ao método, apresentando-se o desenho de investigação, a amostra, os procedimentos de recolha de dados, bem como os procedimentos de análise de dados. No terceiro capítulo são apresentados os resultados quantitativos e qualitativos e no quarto capítulo procede-se à discussão dos resultados. Por fim, o trabalho finaliza com a sumarização dos principais contributos do estudo, com a identificação das principais limitações, assim como com a apresentação de sugestões para investigações futuras e implicações para a prática gerontológica.

Capítulo 1 – Revisão da Literatura

1.1 O Envelhecimento, a Gerontologia Social e as Principais Tipologias (positivas) no Estudo do Envelhecimento Humano

A nível mundial tem-se verificado um crescente e acentuado envelhecimento demográfico. Com efeito, em 2020, 13,5% da população mundial encontrava-se na faixa etária dos 60 ou mais anos e as previsões apontam para que este número aumente para 2,1 bilhões em 2050 (OMS, 2020).

Em Portugal, mais especificamente, a transição demográfica foi muito acelerada e, hoje, a estrutura demográfica portuguesa apresenta várias particularidades. Segundo os Censos de 2021, em Portugal, a esperança média de vida à nascença passou de 67 anos em 1970 para 81 anos em 2021. Mais concretamente, no caso do sexo feminino, as mulheres apresentam uma esperança média de vida à nascença de 84 anos e os homens de 78 anos (PORDATA, 2024). Portugal também conta com baixos níveis de natalidade. De acordo com as estatísticas, em 1960 cada mulher tinha, em média, 3,2 filhos sendo que em 2021 esta média baixou para 1,32 filhos (PORDATA, 2024). Tal representa um impacto grande na renovação das gerações (Rosa, 2012).

Esta conjuntura contribuiu para que, de acordo com os dados dos Censos de 2021, o Índice de Envelhecimento, em Portugal, nesse ano fosse de 182 idosos por cada 100 jovens (verificando-se um aumento face aos Censos de 2011, em que este índice era de 125,8 pessoas idosas por cada 100 jovens) (INE, 2021).

O envelhecimento demográfico tornou-se assim num dos maiores desafios do século XXI e levou a uma das maiores alterações demográficas, sociais e estruturais nos últimos anos. Foi neste contexto que se desenvolveram novas áreas como a Gerontologia e a Gerontologia Social. Com efeito, segundo a literatura, a Gerontologia diz respeito a *“uma nova área científica que agrega contributos de variadas áreas científicas, apresentando-se através de modelos e abordagens explicativos sobre o envelhecimento humano, as pessoas mais velhas e o seu respetivo percurso de vida* (Paúl, 2012, p.1). Esta é uma ciência multidisciplinar, que abrange todos os aspetos da pessoa (biopsicossocial), tendo em consideração contextos reais. Já a Gerontologia Social é uma especialidade da Gerontologia que, para além de se focar no estudo dos mais velhos, foca-se também nos aspetos sociais que influenciam a forma como se envelhece (Fernández-Ballesteros, 2004). A Gerontologia Social é, também, multidisciplinar, pois, integra ciências como a sociologia, a biologia e a psicologia.

Segundo Fernández-Ballesteros (2004) o forte aumento do número de pessoas mais velhas nas últimas décadas levou a que o envelhecimento passasse a constituir um dos maiores

temas de interesse na investigação em várias áreas científicas. Tal tem contribuído para o desenvolvimento de várias tipologias sobre o envelhecimento.

Na literatura podem ser identificadas várias tipologias no estudo do envelhecimento humano. Rosa (2012) distingue envelhecimento **coletivo** e envelhecimento **individual**. O envelhecimento individual apresenta duas dimensões: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico (Rosa, 2012). De acordo com a autora, o envelhecimento cronológico é um processo universal, progressivo e inevitável, faz parte do desenvolvimento humano e ocorre desde que nascemos até que morremos, ou seja, está inteiramente relacionado com a idade. Por outro lado, o envelhecimento biopsicológico, apesar de ser um reflexo do envelhecimento cronológico, tem características diferentes. Este tipo de envelhecimento é caracterizado pela forma singular com que cada pessoa o vivencia, pois, está relacionado com as experiências, hábitos e estilos de vida, com o género, com as características genéticas e sociais, por isso, não se resume exclusivamente à idade.

O envelhecimento coletivo também se subdivide em envelhecimento demográfico e envelhecimento societal. De acordo com Rosa (2012) existem categorias etárias, previamente concebidas e aceites, que permitem definir o envelhecimento demográfico, nomeadamente: idade jovem (até aos 15 anos, idades que antecedem a vida laboral ativa), ativa (dos 15 aos 64 anos) e idosa (65 ou mais anos, idade da reforma). Neste sentido, o envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da população que se encontra na categoria de idosa e/ou uma diminuição da população pertencente à categoria de jovens (Rosa, 2012). Já no que diz respeito ao envelhecimento societal, ao contrário do expectável, este não está necessariamente relacionado com o envelhecimento demográfico (Rosa, 2012). Com efeito, uma população pode estar a envelhecer, mas a sociedade não. Tal acontece quando são encontrados mecanismos adequados para dar resposta ao envelhecimento populacional (Rosa, 2012).

O conceito de envelhecimento é também teorizado por vários autores através dos conceitos como os de envelhecimento bem-sucedido, ótimo/produtivo/positivo e saudável (Fernández-Ballesteros, 2009).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito de Envelhecimento Ativo, definindo-o como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002).

Mais tarde a mesma organização desenvolveu o conceito de Envelhecimento Saudável. De acordo com a OMS (2015, 2020), o Envelhecimento Saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. O envelhecimento saudável é composto por três grandes componentes: capacidade

funcional, capacidade intrínseca e ambientes. A capacidade funcional é composta por cinco elementos essenciais: 1) capacidade de dar resposta às necessidades básicas individuais; 2) capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões; 3) mobilidade; 4) capacidade de manter e/ou construir novas relações; e 5) capacidade para contribuir. Resumidamente, a capacidade funcional agrega a capacidade intrínseca de cada pessoa, o ambiente em que a mesma se encontra e a interação entre a pessoa e esse ambiente (OMS, 2020). Já a capacidade intrínseca, está relacionada com todas as capacidades físicas e mentais da pessoa, tais como: capacidade locomotora, capacidade sensorial, vitalidade, cognição e capacidade psicológica. O nível da capacidade intrínseca de uma pessoa é influenciado por vários fatores, tais como o surgimento e/ou a presença de doenças ou lesões e até pelas características dos próprios ambientes (OMS, 2020). Por fim, os ambientes, dizem respeito ao meio em que as pessoas vivem. Apresentam uma influência direta na capacidade intrínseca das pessoas, podendo ditar o que uma pessoa com um certo nível de capacidade intrínseca pode ser e fazer. Os ambientes incluem o lar, a comunidade e a sociedade envolvente e podem ser facilitadores ou barreiras para um envelhecimento saudável (OMS, 2020).

Em suma, envelhecer de forma saudável requer a existência de oportunidades que permitam às pessoas serem livres para fazerem aquilo que mais valorizam (OMS, 2020) e é um processo contínuo ao longo de todo o percurso de vida (OMS, 2015). Neste contexto, a procura de QdV tem fomentado os debates políticos e científicos.

1.2 A Qualidade de Vida das Mulheres Mais Velhas

A QdV é um fenómeno multidimensional e interdisciplinar (Pinkas et al., 2016). Compreender e medir a QdV tornou-se progressivamente um dos principais focos de várias investigações, tanto a nível da saúde como a nível social. Tal ficou a dever-se fortemente às melhorias das condições de vida e ao aumento da longevidade (Higgs et al., 2003; Hyde et al., 2003).

Na literatura persiste o debate sobre as melhores medidas para a operacionalização de QdV (Hyde et al., 2003). No mesmo sentido, também a definição deste conceito não é consensual, apesar de uma das definições mais utilizadas ser a da OMS que a definiu 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). De acordo com esta definição, a QdV assenta em sete domínios: funcionamento sensorial; autonomia; atividades presentes, passadas e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade e família (Whoqol Group, 1995). Para além

destas definições, outras têm surgido na literatura. A este respeito, Higgs et al., (2003) desenvolveram uma medida designada por CASP (*control, autonomy, self-realisation, and pleasure*) em que QdV é avaliada de acordo com a satisfação das necessidades humanas (Higgs et al., 2003; Hyde et al., 2003). Esta medida, é desenvolvida em torno de quatro domínios: Controlo, Autonomia, Autorrealização e Prazer (Higgs et al., 2003; Wiggins et al., 2004). O desenvolvimento deste conceito tem por base a teoria das necessidades humanas de Maslow, mas entende os quatro domínios como sequenciais e não de forma hierárquica (Hyde et al., 2003). Desta forma, não priorizaram o fisiológico em detrimento do social (Blane et al., 2004; Wiggins et al., 2004).

De acordo com a literatura, o género constitui uma das características com maior influência na forma como se envelhece (Daniel et al., 2018; Nair et al., 2021). Os papéis de género são socialmente construídos e levam a que existam comportamentos, atitudes e expectativas destinadas a cada um dos géneros, de acordo com a sociedade e contexto histórico (Daniel et al., 2018). Segundo Pereira et al., (2023), os papéis tradicionais de género ainda continuam muito enraizados em Portugal. O género é muito importante, principalmente em idades mais avançadas, pois é capaz de influenciar as trajetórias de vida de cada pessoa, tendo em conta os contextos históricos e sociais em que a mesma se insere ao longo da vida. A este propósito, Pereira et al., (2023) observou que as ocupações que as mulheres tinham durante a reforma estavam muito relacionadas com as tarefas realizadas ao longo da vida, isto é, passavam por tarefas relacionadas com o cuidado da casa, dos familiares e pelo exercício físico. A trajetória de vida é fortemente influenciada pelo percurso académico e profissional, pelos papéis sociais, pelas formas de socialização e pelas relações extrafamiliares, que também variam fortemente segundo o género (Daniel et al., 2018). No mesmo sentido, a forma como se atribui significado às relações familiares e de amizade, assim como o envolvimento com as redes de apoio para dar resposta a situações de solidão e a problemas de saúde é também diferente entre homens e mulheres (Daniel et al., 2018).

A maior parte da literatura tem identificado os níveis mais baixos de QdV nas mulheres. De acordo com Ghosh (2015), são as mulheres que avaliam com mais frequência a sua QdV como moderada, má ou muito má. Num estudo de Llorens-Ortega et al., (2023) com indivíduos com 50 e mais anos, residentes em 13 países da Europa, verificou-se que um dos principais determinantes para uma pior QdV foi ser mulher, pois, foram as mulheres, sobretudo as do Sul da Europa, que reportaram pior saúde e menor escolaridade. Também numa investigação realizada por Daniel et al., (2018), concluiu-se que as mulheres portuguesas mais velhas, apresentam pior saúde e QdV. São também as mulheres que têm uma visão da velhice mais negativa (Neri, 2001).

Apesar da forte feminização do envelhecimento, as mulheres vivem mais anos com mais limitações funcionais ou incapacidades (Carmel, 2019; Daniel et al., 2018). Tal, é em parte, explicado pelo diferente tipo de doenças dos homens e mulheres. Com efeito, os homens apresentam maioritariamente doenças letais, enquanto nas mulheres são mais comuns as doenças incapacitantes e crónicas, contribuindo também este contexto para que o consumo de medicação seja mais elevado junto das mulheres (Neri, 2001).

As mulheres também apresentam piores resultados na grande parte dos indicadores de bem-estar subjetivo e de saúde mental (Carmel, 2019). As diferenças de género em relação ao bem-estar subjetivo variam consoante a dimensão das desigualdades a nível dos recursos pessoais, como por exemplo: o acesso à educação, rendimento e comportamentos culturais (normas e crenças) (Carmel, 2019). Estudos demonstram que as mulheres pontuam menos em indicadores psicológicos de bem-estar e mecanismos de *coping*, tais como: a autoestima, vontade de viver e autoeficácia (Carmel, 2019). De acordo com Daniel et al., (2018), são as mulheres que apresentam piores resultados ao nível dos cuidados pessoais, das atividades habituais, da dor/mal-estar e da ansiedade/depressão. No mesmo sentido, Neri et al., (2018) concluiu que as mulheres apresentam uma maior probabilidade de sofrer de ansiedade e de demência comparativamente aos homens.

Ao nível cognitivo, são os indivíduos do sexo feminino que apresentam um maior risco de declínio. Tal não se relaciona apenas com características genéticas, mas também com a disparidade educacional entre homens e mulheres. As menores oportunidades das mulheres ao nível académico têm levado a que exerçam profissões que potenciam menos a manutenção do funcionamento intelectual (Neri, 2001).

De acordo com a literatura, para além do género, a QdV na velhice é influenciada por múltiplos fatores relacionados com o curso de vida dos indivíduos (Ghosh, 2015).

1.3 O Curso de Vida e a Qualidade de Vida em Idades Mais Avançadas

Muitas investigações sobre adultos mais velhos têm enfatizado a importância de se considerarem características da infância e da juventude nos estudos sobre a QdV (Blane et al., 2004; Börnhorst et al., 2019; Pinkas et al., 2016), no entanto, esta não é uma ideia unânime, pois, para alguns autores (Hydes et al., 2003) os contextos da infância e juventude não influenciam a QdV em idades mais avançadas.

Na perspetiva dos primeiros autores, a privação material e psicossocial, vivida durante a infância, que tende a ser seguida por um trabalho pouco qualificado na idade adulta, é um dos exemplos que ilustra o processo de acumulação de desvantagens ao longo da vida (Blane et al., 2004). Segundo estes autores, quanto mais desvantagens acumuladas ao longo da vida, pior será

a QdV em idades mais avançadas. Esta é uma ideia defendida pela perspectiva das vantagens/desvantagens cumulativas, segundo a qual existe uma tendência para aumentar as desigualdades ao longo da vida (Dannefer, 2003, 2020). Dannefer (2003) descreve a perspectiva das vantagens/desvantagens cumulativas como uma tendência sistémica para a desigualdade interindividual em aspetos específicos (como dinheiro, saúde ou estatuto social), que aumenta com o passar do tempo. De acordo com o autor, a realidade que uma pessoa vivência num determinado momento terá impacto num momento subsequente, existindo, assim, uma interdependência sistémica entre os acontecimentos que decorrem no presente e aqueles que irão ocorrer ao longo de todo o curso de vida.

Na análise do envelhecimento como um processo que ocorre ao longo de toda a vida destaca-se a perspectiva *Life Course*. Esta perspectiva desenvolvida por Elder et al., (2003), confere importância à maneira como acontecimentos históricos, alterações demográficas, económicas, sociais e culturais influenciam e alteram a vida das pessoas, tanto a nível pessoal como em coortes ao longo dos anos. Os princípios paradigmáticos desta perspectiva surgiram na sua obra *Children of the Great Depression* (Elder, 1974) e nas investigações posteriores (Elder et al., 2003). Com efeito, esta perspectiva é composta por cinco princípios: *life-span development* (desenvolvimento ao longo do ciclo de vida), *agency* (agência), *time and place* (tempo e lugar), *timing* (tempo) e *linked life* (princípio das vidas ligadas).

O princípio do **desenvolvimento ao longo do ciclo de vida** defende uma visão de desenvolvimento durante todo o ciclo de vida, eliminando a ideia que o desenvolvimento termina no final da adolescência (Elder et al., 2003).

O princípio da **agência** diz respeito à forma como os indivíduos constroem o seu curso de vida através das suas escolhas e ações, mediante as oportunidades e restrições das circunstâncias sociais (Elder et al., 2003). A agência está, assim, relacionada com a capacidade de a pessoa escolher e realizar ações dentro das oportunidades e restrições sociais e históricas, e que influenciam o seu curso de vida. Consiste na utilização do poder individual para alcançar os próprios objetivos (Hutchison, 2010).

O **tempo e lugar** está relacionado com a influência que os tempos e lugares históricos têm no curso de vida dos indivíduos (Elder et al., 2003). A interação entre as vidas humanas e o tempo histórico está relacionada com a necessidade de se compreender o desenvolvimento individual e familiar no contexto histórico. As pessoas que nascem em anos diferentes irão se desenvolver em momentos históricos diferentes, com oportunidades e restrições diferentes. O tempo histórico pode ter efeitos de coorte quando as experiências são partilhadas no mesmo momento do curso de vida e têm um impacto prolongado numa mesma coorte. O mesmo

acontecimento histórico pode afetar diferentes coortes de formas também muito distintas (Hutchison, 2010).

O princípio do **timing** defende que o impacto das transições e dos acontecimentos dependem do momento de vida de cada pessoa, isto é, os mesmos acontecimentos podem ter diferentes impactos conforme a fase da vida da pessoa (Elder et al., 2003). Por outras palavras, diz respeito aos papéis e comportamentos que são expectáveis para um determinado grupo etário, com base na idade (Hutchison, 2010).

Por fim, o **princípio das vidas ligadas** defende que as vidas são vividas de forma interdependente e que as influências socio-históricas são manifestadas através de uma rede de relacionamentos partilhados (Elder et al., 2003; Elder et al., 2015). Assim, as pessoas estão reciprocamente ligadas a vários níveis e através de variados tipos de relações. Estas relações têm influência na forma de agir das pessoas devido às expectativas, recompensas e punições. A família tem um papel bastante importante, pois é considerada o principal meio para interpretar fenómenos históricos, culturais e sociais mais amplos (Hutchison, 2010).

Para além destes princípios paradigmáticos, existem também conceitos básicos que permitem uma compreensão mais detalhada desta perspetiva, tais como: transição, trajetória, acontecimento de vida e *turning point* (ponto de viragem) (Hutchison, 2010). Uma **transição** diz respeito à alteração dos papéis e estatutos. Estas transições estão constantemente a acontecer ao longo de todo o curso de vida (por exemplo: começar a estudar, encontrar o primeiro emprego, sair de casa, reforma, etc.) (Hutchison, 2010). As transições que ocorrem nos inícios de vida podem influenciar as transições subsequentes (Elder et al., 2015). De acordo com Elder et al., (2015), a qualidade destas transições representa a forma como, no futuro, a pessoa se adaptará positiva ou negativamente a novas transições. A **trajetória** está relacionada com um padrão de estabilidade e mudança, envolvendo múltiplas transições, que ocorrem a longo prazo. As transições estão sempre incorporadas nas trajetórias e, apesar de as trajetórias não serem sempre lineares, é expectável que exista alguma continuidade. A título ilustrativo pode-se referir o casamento, pois, apesar de casar constituir uma transição, esta leva a que exista um percurso conjugal mais longo que dará origem a alguma estabilidade, podendo também existir outras transições durante este tempo. Um **acontecimento de vida** envolve uma mudança consideravelmente abrupta e que produz efeitos duradouros. Este conceito diz respeito ao acontecimento em si e não às transições que podem ocorrer a partir desse momento, sendo que nem sempre estes acontecimentos provocam mudanças prejudiciais na vida das pessoas. Por fim, **turning point** é um acontecimento ou transição de vida que produz uma mudança duradoura na trajetória de vida. Representa uma mudança que não é temporária, mas que se prolonga ao longo da vida. Os *turning points*, por mais significativos que sejam, apenas se

tornam óbvios com o passar do tempo. Contudo, não é necessário que exista uma mudança abrupta na vida da pessoa para que ocorra um *turning point*, porém, para que isso aconteça, a pessoa tem de sentir que adquiriu novos significados e sentidos de vida (Elder et al., 2015).

A diversidade nas trajetórias do curso de vida demonstra que existe uma grande heterogeneidade nos percursos de vida, resultantes de variações na coorte, classe social, cultura, género e agência individual (Hutchison, 2010).

1.4 As Características Sociodemográficas, Económicas e de Saúde na Infância e Juventude e a Qualidade de Vida dos Adultos Mais Velhos

Vários estudos têm salientado a importância da infância e juventude em idades mais avançadas. A este propósito, uma investigação realizada por Otero-Rodríguez et al., (2011) concluiu que os adultos mais velhos, que tinham um estatuto socioeconómico desfavorecido na infância, apresentam pior QdV do que aqueles que tinham estatutos socioeconómicos mais favorecidos.

Börnhorst et al., (2019), de forma a compreender a relação entre a saúde e a situação financeira durante a infância (0 aos 15 anos) com a saúde, educação e rendimentos depois da reforma, realizaram um estudo com europeus com 60 ou mais anos. Os mesmos concluíram que a QdV das pessoas reformadas está relacionada com a situação financeira e com a saúde na infância em todas as regiões europeias estudadas, sendo esta influência mais forte nos países do Sul da Europa. No mesmo sentido, um estudo realizado por Fors et al., (2009) teve como objetivo analisar a associação entre as condições de vida na infância e a posição socioeconómica e a cognição em indivíduos com 77 e mais anos da Suécia. De acordo com os resultados, pior cognição foi registada em pessoas que cresceram numa família numerosa ou com pessoas que viveram apenas com um dos pais biológicos. Ter vivenciado conflitos na infância aumentou muito a probabilidade de piores resultados cognitivos. As crianças cujo pai exercia profissões pouco qualificadas, também apresentam mais declínio cognitivo na velhice, comparativamente aos indivíduos cujo pai tinha uma melhor condição profissional. Uma investigação de Sakkeus et al., (2023) na Estónia, permitiu concluir que a situação socioeconómica na infância está também relacionada com o nível de satisfação com a vida em idades mais avançadas.

Tao et al., (2021) concluíram, através de um estudo longitudinal, que ter uma boa saúde na meia-idade e velhice está relacionado com uma boa saúde, uma boa situação financeira familiar e com o nível de escolaridade do pai durante a infância. Por outro lado, uma má condição de saúde em idades mais avançadas relaciona-se com fome na infância, falta de acompanhamento médico recorrente e com experiências adversas (abuso, depressão dos pais,

problemas de dependência dos pais, conflito conjugal e uma má relação entre filhos e pais) (Tao et al., 2021). No mesmo sentido, outros estudos (Oris et al., 2021) também concluíram que a morte e as doenças mentais dos pais estavam relacionadas com o isolamento e baixos níveis de bem-estar em idades mais avançadas. Embora as adversidades na infância aumentem a possibilidade de as pessoas mais velhas sofrerem de depressão, o suporte social pode enfraquecer indiretamente esta relação (Lee et al., 2023).

Também Xiang e Wang (2021) realizaram um estudo com 16,946 pessoas com 51 e mais anos e concluíram que durante a infância o abuso físico, por parte de um dos pais, problemas com a polícia, dificuldades financeiras e o consumo de substâncias por parte dos pais estavam associadas com maiores níveis de depressão em idades mais avançadas.

Fernández-Carro e Gumà Lao (2022) realizaram um estudo longitudinal com uma amostra de 10,615 mulheres com 65 ou mais anos de 11 países europeus e verificaram que, as coortes compostas por mulheres mais velhas, apresentam trajetórias familiares muito padronizadas, caracterizadas pelo casamento e pela maternidade e que os níveis de escolaridade têm influência na trajetória familiar. À medida que a escolaridade aumentava, a probabilidade de ter optado por uma trajetória familiar diferente do padrão predominante também aumentava.

Revisões sistemáticas recentes (Parvin et al., 2024), apontam para o facto dos acontecimentos que ocorreram no início da vida afetarem profundamente as pessoas mais velhas ao nível da saúde física, mental, cognitiva e também no que diz respeito às relações sociais. Durante a infância passar por situações de abuso, negligência, disfunções domésticas e testemunhar situações de violência podem ter um impacto negativo na saúde física durante a velhice, nomeadamente ao nível de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, dor crónica e doenças autoimunes. Para além disso, a saúde mental está também relacionada com acontecimentos na infância, pois, crescer num ambiente economicamente desfavorecido pode ter impacto no desenvolvimento do cérebro. Assim, as crianças que tiveram acesso a atividades cognitivamente estimulantes, oportunidades educativas e interações sociais positivas apresentam uma maior probabilidade de um desempenho cognitivo superior em idades mais avançadas. Relativamente às relações sociais, a ausência de relações positivas e seguras durante a infância, pode resultar em isolamento social, solidão e redes sociais mais limitadas em idades mais avançadas.

Por fim, segundo Petersen e Tilse (2023), os problemas de habitação de algumas mulheres australianas estão fortemente relacionados com as desvantagens acumuladas ao longo da vida, tendo o contexto social e político em que as mulheres viveram exercido uma forte influência.

O tempo e o lugar desempenham muita importância para o desenvolvimento das trajetórias de vida (Elder et al., 2015). Em Portugal, as mulheres nascidas nos anos 50 passaram a sua infância e parte da sua juventude num regime ditatorial, com fortes implicações, que restringiu os seus direitos civis, bem como a sua independência económica e a sua expressão sexual (Melo, 2022). Importa, assim, caracterizar o contexto social, económico e político antes do 25 de abril de 1974, bem como o papel da mulher nesse tempo e lugar.

1.5 Contexto Social, Económico e Político Anterior ao 25 de Abril

Em 1928, o general Óscar Carmona, eleito Presidente da República, implementou uma ditadura em Portugal, que se prolongaria até ao ano de 1933 (Mota, 2020). Durante a ditadura militar viveu-se um momento de grande fragilidade política e de grande deterioramento das condições de vida da população (Martins, 2006). Foi em 1932 que Salazar se tornou Chefe de Governo e governou até 1968. Durante este período implementou um regime “Corporativo”, assente em 5 linhas orientadoras: o nacionalismo português, o imperialismo colonial, um Estado forte, o sentido corporativo e o intervencionismo económico-social (Pereira, 2011).

No início do regime Salazarista, Portugal passava por uma situação de grande carência social e económica devido às consequências provocadas pela I Guerra Mundial e pela crise financeira mundial de 1929 (Gato, 2020). Tal teve uma repercussão negativa nas condições de saúde e de vida dos portugueses que foram agravadas pela II Guerra Mundial, levando a elevados níveis de desemprego, insuficiência de alimentos, baixos salários, inflação do preço dos bens essenciais, entre vários outros problemas sociais e económicos. Portugal era um país onde a agricultura tradicional tinha um grande peso, apresentava uma baixa produtividade e um pequeno número de serviços. A falta de investimento no setor agrícola levou a que a produção não aumentasse. O processo de industrialização e o aumento do terceiro setor levaram à migração da população dos meios rurais para os meios urbanos, contudo, o aumento da população no meio urbano, sem a preparação necessária, levou a que as pessoas vivessem em condições precárias (Martins, 2006).

De entre as medidas implementadas pelo governo de Salazar destaca-se a formação da polícia política, a censura na imprensa e a criação de um campo de concentração em Cabo Verde (Mota, 2020). O principal objetivo deste governo passava pela doutrinação de uma disponibilidade em relação à pátria – patriotismo – sem fomentar as capacidades de pensamento individual e crítico (Martins, 2006). De acordo com Pereira (2011), em Portugal, durante este período, as pessoas viviam com medo da denúncia dos pares, devido aos métodos violentos de interrogação, intimidação e condenação do sistema. Existia uma forte valorização das conquistas do país e das figuras relacionadas com a formação do mesmo (Mota, 2020).

Foi através de áreas como a educação, imprensa e a propaganda, mas também através da polícia e das Forças Armadas, que se tentaram moldar as mentalidades dos portugueses (Mota, 2020). O Estado Novo, assim como outros regimes fascistas europeus, pretendia propagar as ideologias que defendia, com o intuito de alteração de comportamentos, atitudes e crenças (Rosas, 2001). Este regime defendia que a **religião** católica era um pilar essencial da própria identidade nacional e da história do país.

Ao **nível familiar**, existia um modelo típico, imposto pelo governo em que os cônjuges homens figuravam o pilar mais importante da família (Pereira, 2011).

No que diz respeito à **educação**, durante a governação de Salazar, Portugal caracterizou-se por ser um país extremamente rural, com elevadas taxas de analfabetismo e pobreza (Mota, 2020). Segundo os dados, em 1930, 61,8% da população com mais de 7 anos era analfabeta. No mesmo ano, 69,9% das mulheres eram analfabetas e os homens representavam 52,8% da população analfabeta. Apenas houve uma diminuição significativa destas percentagens 30 anos mais tarde. No género feminino esta percentagem desceu para 36,7% e masculino para 24,9%. (Cova & Costa Pinto, 1997).

Ao nível **económico**, Portugal passava por um desenvolvimento industrial lento, com aumento do trabalho que não se refletia na sua produtividade, onde as ideologias praticadas tinham uma maior influência na manutenção da ordem social (Martins, 2006).

Eram considerados pobres aqueles que não conseguiam exercer nenhum tipo de trabalho, os desempregados involuntários e periódicos, as viúvas, órfãos e pessoas idosas, pessoas que usufruíam de pensões muito baixas, famílias numerosas com rendimentos baixos, jovens com formação, mas que não encontravam emprego, famílias de condenados, ex-reclusos que não eram empregues, as mães solteiras ou esposas abandonadas e as crianças. Porém, para que se fosse reconhecido como pobre, era necessária uma certidão fornecida através do recenseamento paroquial, realizado anualmente pelas Juntas de Freguesia. Pessoas com esta condição não podiam votar nem se candidatar a cargos públicos (Gato, 2020).

Ao nível da **saúde**, apesar do Estado Novo ter proporcionado cuidados de saúde aos mais pobres, estes eram insuficientes e desorganizados. Tal conduziu a que existisse uma maior desigualdade no acesso a serviços de saúde (Gato, 2020).

No período salazarista ocorreram diferentes fenómenos a nível económico, social, cultural e educativo, com uma poderosa burguesia e uma classe média fraca, surgiram grandes grupos industriais, com uma população maioritariamente concentrada nos meios rurais e a exercer o seu trabalho no primeiro setor. Este período caracterizou-se também pelas grandes taxas de analfabetismo e de pobreza, pela falta de reformas sociais e educativas que surtiram efeito, bem como pela escassez na assistência social (Martins, 2006).

1.6 O Papel Social da Mulher Antes do 25 de Abril de 1974

Um traço comum das ditaduras europeias diz respeito à forma como as mulheres eram tratadas (Cova & Costa Pinto, 1997). Em Portugal, apesar da Constituição de 1933 ter declarado a igualdade entre os cidadãos independentemente do sexo, nela foi evidenciado também que a mulher teria diferenças na sua natureza e na relação estabelecida com a família. Mais concretamente, esta natureza remete para a ideia de que as mulheres pertencem ao meio familiar e ao lar, devendo ter como principais objetivos a educação dos filhos e as tarefas domésticas. Nesta constituição é explícito que o marido é o chefe da família, enquanto à mulher era destinado o papel de mãe (Cova & Costa Pinto, 1997; Melo, 2022).

No regime Salazarista, algumas das leis sobre a família, constituídas em 1910, foram alteradas, sendo um desses exemplos a eliminação do direito da mulher a não ser coagida a voltar para o domicílio conjugal (Cova & Costa Pinto, 1997). Outro exemplo destas alterações foi a redução para metade do tempo de licença de maternidade e a possibilidade do pagamento opcional por parte da entidade empregadora, em caso de despedimento. Este contexto tornou mais precária a situação da mulher a nível financeiro (Cova & Costa Pinto, 1997).

No início do Estado Novo, apenas 17% das mulheres realizavam trabalho remunerado e, duas décadas depois, em 1950, essa percentagem aumentou para 22,7%, sendo o setor primário o principal destino destas mulheres. Foi a partir dos anos 60 que a percentagem subiu para os 33,9% só no terceiro setor. Este facto pode dever-se ao início da guerra colonial e ao elevado número de emigração do género masculino. Nesta época histórica, as mulheres dedicavam-se principalmente à jardinagem, ao trabalho agrícola, à criação de animais e pastoreio, assim como à venda de produtos nos mercados e praças locais, à prestação de serviços de limpeza nas habitações das classes sociais mais elevadas, ao trabalho em fábricas, cafés e bares. Exerciam também a profissão de professora (porém, maioritariamente a nível primário), trabalhavam na área da saúde (como parteiras e enfermeiras, embora fossem proibidas de casar) e em serviços (na maioria das vezes como telefonistas e trabalhadoras dos correios e escritórios) (Melo, 2022). Ao nível salarial, as mulheres ganhavam menos que os homens, mesmo com a aprovação de uma lei que garantia a igualdade salarial, em 1966 (Cova & Costa Pinto, 1997).

Foi no regime salazarista que surgiu uma tentativa de definir a mulher pela sua devoção à família, ao lar e pela prestação de cuidados. Para que isto fosse possível, foi criada a Mocidade Portuguesa Feminina (MPF), que consistia num mecanismo de divulgação deste tipo de pensamento, provocando um enorme recuo nos movimentos feministas portugueses, que se iniciavam na década de 50 (Madeira, 2022).

A MPF tinha uma assiduidade obrigatória, nas suas fases iniciais, para as jovens com idades entre os 7 e os 17 anos, que estivessem a frequentar o 1º ciclo dos liceus. Formava estas

jovens em áreas como educação moral, cívica, física e social com o intuito de formar boas esposas, mães, católicas e obedientes (Madeira, 2022). Os valores veiculados reforçavam a necessidade de a mulher saber cozinhar, gerir o trabalho doméstico, ter o conhecimento básico de cultura geral, de forma a ter a possibilidade de acompanhar o seu futuro marido, entre outros. Estes valores correspondem a uma visão muito conservadora que confina a mulher para o contexto privado da vida doméstica, da família e do lar (Madeira, 2022).

Para além destes mecanismos, a diferenciação de papéis de género ocorria também na educação em casa. Com efeito, a ligação entre as mães e os filhos tendia a ser mais afetuosa do que a ligação entre mães e filhas. A educação dos filhos tornava-se um processo mais complexo devido à formação da identidade masculina, tornando-se importante a participação dos pais neste processo (de Almeida Rodrigues, 1983).

Na década de 60, apesar de existirem grande avanços a favor da eliminação de visões conservadoras dos papéis da mulher, tanto na Europa como nos Estados Unidos, em Portugal, as questões de género não foram debatidas (Madeira, 2022). Foi com o início da Guerra Colonial, no ano de 1961, que começam a emergir as manifestações com uma grande participação feminina. E foi na década seguinte que surgiram as grandes alterações, originadas principalmente pela revolução de abril de 1974 (Madeira, 2022).

Mesmo com os princípios de igualdade estabelecidos na Constituição de 1976, no pós 25 de abril, as mulheres empregadas continuaram numa situação desfavorecida. Em 1970, a maior percentagem de mulheres empregadas correspondia às faixas etárias dos 15 aos 19 anos (45,7%) e dos 20 aos 24 anos (46,3%). A grande maioria das mulheres que trabalhavam não eram casadas (53,7%) e não possuíam formação profissional (de Almeida Rodrigues, 1983). Havia também uma grande desigualdade salarial, sendo que, a setembro de 1974, uma mulher ganhava em média, apenas, 64,3% do salário de um homem.

O facto de as mulheres começarem a trabalhar fora de casa provocou grandes alterações no seio familiar. A mulher passou a ter mais recursos económicos, contribuindo tal para um maior grau de igualdade na relação conjugal (de Almeida Rodrigues, 1983).

Foi no período entre 1970 e 1980 que, em Portugal, se deu início à implementação de políticas públicas relacionadas com os direitos das mulheres e igualdade de género através da eliminação da discriminação de género na legislação (Monteiro, 2013). Porém, foi nos anos 90 que se verificou uma maior mobilização de grandes instituições, como a ONU, a UE e o Conselho da Europa em favor da igualdade de género. Estas organizações/instituições colocaram no centro das suas intervenções questões de igualdade de género, relacionadas com o empoderamento das mulheres (Cabrera, 2021).

Para além da importância dos fatores relacionados com curso de vida dos indivíduos (Ghosh, 2015), características contextuais atuais, como os recursos materiais, a saúde, as relações sociais e as características sociodemográficas têm sido identificados como determinantes da QdV das mulheres mais velhas (Netuveli & Blane, 2008; Silva, 2019).

1.7 Fatores Sociodemográficos, Económicos e de Saúde Atuais e a Qualidade de Vida

Idade

A influência da idade para a QdV não é consensual na literatura. De acordo com alguns autores, como Netuveli e Blane (2008), a existência de boas relações sociais, a participação em atividades sociais e a ausência de limitações funcionais possibilitam bons níveis de QdV mesmo em idades mais avançadas. Outros autores (Llorens-Ortega et al., 2023) defendem que uma pior QdV está associada a idades mais avançadas. Brett et al., (2019) concluíram num estudo com pessoas entre os 79 e os 90 anos de idade, que os participantes diminuíram a sua QdV à medida que envelheceram. O mesmo aconteceu num estudo realizado em Portugal, com uma amostra maioritariamente composta por mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 84 anos (Patrício et al., 2014). Também na Índia se verificou que as mulheres à medida que envelhecem, têm uma perceção mais negativa da sua QdV (Ghosh, 2015).

Saúde

De acordo com a literatura, quanto melhor for a auto perceção de saúde, maior é a probabilidade de um quadro clínico positivo (Wollmann et al., 2021). Estas perceções estão diretamente ligadas a traços de personalidade, ou seja, a características, atitudes, formas de agir e de pensar de cada pessoa. É importante referir que estes traços de personalidade estão também relacionados com o género e que os papéis atribuídos têm um peso significativo na adaptação ao processo de envelhecimento (Wollmann et al., 2021). Na auto perceção da saúde, os homens tendem a considerar ter mais saúde do que as mulheres (Neri, 2001).

Num estudo longitudinal realizado por Naughton et al., (2016), com uma coorte de 26,299 mulheres com 80+ anos, verificou-se que a auto perceção de saúde e o baixo número de sintomas depressivos estavam relacionados com uma melhor QdV global.

No que diz respeito à saúde física e mental, Pinkas et al., (2016) verificou que nas mulheres polacas com 90 e mais anos, a dor crónica, incontinência urinária e fecal, quedas e desmaios, dificuldades visuais e hipoacusia (surdez) influenciaram negativamente a QdV. Segundo os autores, um pior estado de saúde influencia a capacidade funcional e o desempenho dos papéis sociais. Por outro lado, uma boa saúde permite a redução do risco de incapacidades físicas e mentais, aumenta o envolvimento social e está diretamente relacionada com uma boa

QdV. Num estudo realizado por Campos et al., (2014) foi possível concluir que as mulheres com melhor saúde física, apresentam melhores níveis de QdV. Por outro lado, Neri et al., (2018) concluíram que as pessoas com grande dificuldade na mobilidade apresentavam piores níveis de QdV.

No que diz respeito à saúde mental, várias investigações concluíram (Llorens-Ortega et al., 2023; Naughton et al., 2016) que a depressão nas mulheres, principalmente nas que vivem no Sul da Europa, está diretamente associada com a diminuição da QdV. Em idades mais avançadas, a viuvez pode ser um acontecimento de risco para a depressão, pois, no primeiro ano de luto, 10% a 20% dos cônjuges que sobrevivem apresentam sintomas depressivos (Ferraz, 2014).

Alguns papéis desempenhados pelas mulheres, nomeadamente o papel de prestação de cuidados a familiares (Carmel, 2019) também têm contribuído para a sua fragilidade ao nível da saúde. Mesmo na velhice, as mulheres continuam a exercer o papel de cuidadoras informais. Este papel tem estado associado ao desenvolvimento de problemas físicos e de saúde nas pessoas que prestam cuidado, nomeadamente stress e ansiedade (Bueno & Chase, 2023). Estudos demonstram que os principais cuidadores de pessoas idosas, que são sobretudo as esposas, as filhas e as noras, apresentam pior QdV, principalmente se também forem pessoas idosas (Carmel, 2019).

Estatuto Socioeconómico

Segundo a literatura, as pessoas mais velhas, com uma posição socioeconómica mais baixa, apresentaram pior QdV (Henriques et al., 2020; Ghosh, 2015). De acordo Blane et al., (2004), o estatuto socioeconómico favorável, que incluiu ter uma habitação e receber alguma prestação económica (como por exemplo, pensão de reforma), tem um impacto positivo na QdV das pessoas mais velhas. Ainda nesta linha, os autores referem que as pessoas com mais dificuldades financeiras, quando saem do mercado de trabalho, tendem a piorar a sua QdV.

Knesebeck et al., (2007) através dos dados do projeto SHARE, e com o objetivo de compreender a associação entre QdV e a posição socioeconómica de pessoas com 50+ anos em 10 países da Europa, verificaram que a QdV estava relacionada com a posição socioeconómica, mas que esta relação variava consoante o país. Os indicadores com maior impacto na QdV foram a educação, o rendimento, o património e a posse de carro próprio.

A importância do rendimento e da educação também foi enfatizada numa revisão sistemática (Wagg et al., 2021), que permitiu concluir que os rendimentos e a escolaridade estavam positivamente relacionados com o envelhecimento saudável. Também segundo Llorens-Ortega et al., (2023), as dificuldades económicas estão relacionadas com pontuações

mais baixas de QdV, sobretudo nos países do Sul e do Leste da Europa. De acordo com os mesmos autores, são as mulheres que apresentam menor acesso a recursos financeiros e menos poder e prestígio. Tal influencia diretamente o acesso a boas condições de saúde, e por isso, diminui a QdV.

De acordo com alguns estudos (Knesebeck et al., 2007; Uccheddu et al., 2019; Henriques et al., 2020; Wagg et al., 2021), o estatuto socioeconómico é um preditor de saúde na terceira idade, com impacto variável de acordo com o género. Um estudo longitudinal realizado por Uccheddu et al., (2019) através dos dados do projeto SHARE, com indivíduos de 50+ anos, concluiu que nos países da Europa Ocidental e do Sul, o impacto da educação e das condições financeiras na saúde é forte, sendo que maiores graus de escolaridade e rendimentos se relacionam com melhor saúde nas mulheres. Contudo, estes resultados não são completamente consensuais e, de acordo com Neri et al., (2018), os níveis mais altos de escolaridade apresentam um impacto negativo na QdV.

As piores condições socioeconómicas das mulheres têm levado a um acesso mais restrito aos cuidados de saúde em alguns países do mundo (Nair et al., 2021). São também as mulheres que mais produzem mão de obra não remunerada e têm menos acesso a pensões, sendo a pobreza mais comum nas mulheres viúvas (Nair et al., 2021).

Segundo a OCDE (2012), em alguns países, a diferença de género ao nível da escolaridade ainda é muito notória. Com efeito, se nos grupos etários mais novos (idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos) a diferença de género começa a ser diminuta, em grande parte dos países da OCDE, os homens mais velhos ainda apresentam níveis de escolaridade muito mais elevados do que as mulheres (OCDE, 2012). A realização de uma comparação da situação económica entre os dois géneros permite concluir que o número de mulheres a realizar trabalho remunerado é menor, trabalham menos anos ao longo das suas vidas e ganham menos dinheiro. Como resultado, em idades mais avançadas, as mulheres possuem menos recursos e uma pior situação socioeconómica (Carmel, 2019).

Relações Sociais

As relações sociais e as redes sociais de apoio têm um impacto positivo na QdV das mulheres idosas (Boehlen et al., 2022; Neri et al., 2018). Com efeito, segundo Campos et al., (2014), as mulheres que relatam satisfação com as relações familiares apresentam melhores níveis de QdV. No mesmo sentido, Henriques et al., (2020) verificaram que o suporte social e o reforço dos laços de apoio social podem atenuar o impacto de estatutos socioeconómicos mais baixos na QdV desta população.

Um estudo realizado por Cohn-Schwartz e Schmitz (2023), com indivíduos de 50 ou mais anos, residentes em 15 países da Europa, concluiu que o contexto social e as questões de igualdade de género têm impacto nas redes sociais das mulheres e dos homens em idades mais avançadas. As mulheres possuem redes sociais de maior dimensão e com mais amigos comparativamente aos homens, porém, tal só se verificava em países com papéis de género mais igualitários, nomeadamente os países do Norte da Europa. Já no caso dos países com papéis de género mais tradicionais, como os países a Sul da Europa, as mulheres limitam as suas redes sociais aos filhos.

De acordo com a literatura, a qualidade e disponibilidade das redes sociais estão diretamente relacionadas com a saúde e bem-estar das mulheres mais velhas. Assim, as mulheres que têm poucas ou más relações, tendencialmente, apresentam maior taxa de mortalidade e experienciam sentimentos negativos de incompetência e fraqueza. São as mulheres que mais oferecem e as que mais recorrem às suas redes de apoio social em momentos adversos (Bedrov & Gable, 2023).

Problemática

O aumento da esperança média de vida levou a que a procura de QdV ganhasse centralidade nos debates políticos e académicos. O género tem sido identificado na literatura como uma das principais determinantes da QdV (Carmel, 2019), apresentando as mulheres mais velhas níveis inferiores de QdV, em relação aos homens (Llorens-Ortega et al., 2023).

Na literatura, as determinantes para a QdV não são unânimes, pois, se para alguns autores os contextos da infância e juventude não influenciam a QdV em idades mais avançadas (Hydes et al., 2003), para outros (Pinkas et al., 2016; Börnhorst et al., 2019), a QdV das pessoas mais velhas depende de todas as experiências e acontecimentos de vida acumulados. Esta ideia é também defendida por quadros teóricos importantes, como o da perspetiva *Life Course*, que têm enfatizado a importância do estudo do envelhecimento enquanto um processo ao longo da vida (Elder, 1992; Elder et al., 2003; Blane et al., 2004). Com efeito, revisões sistemáticas recentes da literatura (Parvin et al., 2024) corroboram a ideia de que as experiências e os contextos da infância e juventude podem influenciar várias dimensões da vida em idades mais avançadas. Simultaneamente, tem sido enfatizada a importância do desenvolvimento de novos estudos que versem sobre as implicações da infância e juventude na vida dos mais velhos (Parvin et al., 2024).

Sabe-se que a infância e juventude das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos foi marcada por um regime ditatorial, com valores muito conservadores, que condicionou o seu

papel em várias esferas, contudo, escasseiam estudos que incluam dimensões relativas ao percurso de vida destas mulheres, mais concretamente, sobre a sua infância e juventude.

Assim, e tendo em consideração estas evidências, este estudo apresenta como objetivo principal: analisar a importância das características sociodemográficas, económicas e de saúde, bem como de fatores relacionados com o percurso de vida, para a QdV atual das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos. Para alcançar este objetivo, este estudo tem como objetivos específicos: (i) descrever as características sociodemográficas, económicas e de saúde das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos, em função do grupo etário; (ii) caracterizar as condições sociodemográficas, familiares, de saúde e económicas durante a infância e a juventude das mulheres com 70 ou mais anos; (iii) caracterizar a QdV das mulheres com 70 ou mais anos em Portugal, em função do grupo etário; (iv) relacionar as características sociodemográficas, económicas e de saúde atuais com a QdV das mulheres; (v) relacionar as características da infância e juventude das mulheres portuguesas de 70 ou mais anos com a sua QdV atual; (vi) identificar acontecimentos relevantes no processo de envelhecimento das mulheres com 70 ou mais anos.

Capítulo 2 – Método

2.1 Desenho de Investigação

Esta é uma investigação de carácter transversal que foi desenvolvida em duas fases, com base no método misto convergente (*convergent mixed methods*) de Creswell e Creswell (2018). Na primeira fase, foi adotada uma abordagem quantitativa recorrendo para tal à base de dados do projeto SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), da vaga 7 e da vaga 9. O SHARE é um projeto europeu sobre a reforma, saúde, estatuto socioeconómico e redes sociais e familiares de mais de 140,000 indivíduos, residentes em 27 países. É um projeto de cariz longitudinal e multidisciplinar e visa a análise das alterações que ocorrem nas vidas das pessoas à medida que estas envelhecem, através de diferentes áreas científicas, como a sociologia, a economia, a epidemiologia, a psicologia e a gerontologia.

A segunda fase, seguiu uma abordagem qualitativa com vista a aprofundar o estudo e a identificar acontecimentos relevantes que marcaram o processo de envelhecimento das mulheres com 70 ou mais.

2.2 Amostra e Procedimentos de Recolha de Dados

No que diz respeito à abordagem quantitativa, a amostra foi composta por 357 mulheres com 70 ou mais anos, residentes em Portugal e que participaram, simultaneamente, na vaga 7 (vaga sobre as histórias de vida) e na vaga 9 (dados sobre as suas características atuais) do projeto SHARE. Foram consideradas apenas mulheres com 70 ou mais anos, ou seja, nascidas em 1954 ou antes, por terem vivido a infância e juventude durante o regime autoritário do Estado Novo.

A vaga 7 decorreu em Portugal no ano 2017. O questionário desta vaga é composto por 19 módulos e foca-se nas histórias de vida das pessoas, nomeadamente na história de vida familiar, na habitação, no trabalho, na saúde e nos cuidados com a saúde. A recolha de dados foi realizada presencialmente, por entrevistadores treinados com recurso a um computador (CAPI) e teve a duração média de 70 minutos no caso de o agregado ser apenas composto por uma pessoa elegível, e de 110 minutos no caso de o agregado familiar ser constituído por duas pessoas elegíveis. A recolha de dados da vaga 9 ocorreu entre o ano de 2022 e 2023 e consistiu na aplicação de um questionário composto por 21 módulos. Os questionários tiveram uma duração média semelhante aos da vaga 7 e foram, também, realizados presencialmente por entrevistadores auxiliados por um computador (CAPI). Podem ser consultados mais detalhes sobre a metodologia nos manuais do projeto (Börsch-Supan et al., 2013; Bergman et al., 2019; Bergmann, et al., 2024).

Relativamente à abordagem qualitativa, o estudo considerou uma amostra não probabilística criterial, que consiste na seleção dos participantes de forma propositada, por estes serem detentores de características que são do interesse do estudo (Luborsky & Rubinstein, 1995). Com efeito, consideraram-se critérios para integrar a amostra: ser mulher, ter 70 ou mais anos, frequentar uma universidade sénior no Norte de Portugal, não ter défice cognitivo e aceitar participar no estudo de forma voluntária. Procurou-se manter um equilíbrio entre o grupo etário dos 70-79 anos e dos 80 ou mais anos.

No que diz respeito à recolha de dados qualitativos, esta iniciou-se depois da aprovação desta investigação pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde (CECSVS-IPVC) (CECSVS2024/03/iii). Foram contactadas várias universidades e academias séniores do Norte de Portugal, via telefónica e eletrónica, obtendo-se apenas resposta positiva por parte da Academia Sénior de Viana do Castelo. O estudo foi divulgado, nesta academia sénior, pela investigadora e aceitaram participar sete mulheres com mais de 70 anos.

As entrevistas, que tiveram uma duração média de 40 minutos, foram realizadas numa sala da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, durante o mês de julho, assegurando-se todas as questões de privacidade. Todas as participantes leram e assinaram o consentimento informado (Anexo 1) aceitando que as entrevistas fossem gravas em formato áudio.

2.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Abordagem Quantitativa

Vaga 7 do questionário SHARE:

Variáveis relacionadas com a infância e juventude das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos: Auto classificação da saúde das mulheres até aos 15 anos: “entre boa a excelente” ou “suficiente ou fraca”; Situação financeira da família das mulheres aos 16 anos: “má”, “média” ou “financeiramente muito favorável”; Classificação da relação das mulheres portuguesas com o pai e com a mãe até aos 17 anos de idade: “fraca ou razoável” ou “boa a excelente”. Por fim a importância da religião nas casas das mulheres portuguesas até aos 17 anos: “nada importante”, “não muito importante”, “algo importante” e “muito importante”.

Vaga 9 do questionário SHARE:

Qualidade de Vida – Tal como evidenciado na revisão bibliográfica, a QdV foi avaliada, nesta investigação, através da escala CASP-12, que deriva da versão original do CASP-19 desenvolvida por Hyde et al., (2003). Esta escala, reduzida para 12 itens por Wiggins et al.,

(2008), considera quatro dimensões: o controlo, autonomia, prazer e autorrealização dos indivíduos (três itens em cada dimensão). Os entrevistados foram questionados sobre quantas vezes experienciavam determinados sentimentos através de uma escala de *Likert* de quatro pontos variável entre: “muitas vezes”, “algumas vezes”, “raramente” e “nunca”. O CASP-12 pode variar, assim, entre 12 a 48 pontos, sendo a maior pontuação relacionada com maiores níveis de QdV.

Relativamente à consistência interna da medida, neste estudo, o Alfa de Cronbach (α) foi de ,779. De acordo com Nunnally (1978), para um instrumento apresentar fiabilidade o valor α tem de ser, pelo menos, de ,70. Assim, é possível assumir que existe viabilidade na utilização desta escala neste estudo.

Esta escala tem sido utilizada por várias investigações sobre a QdV dos europeus mais velhos (Oliver et al., 2021; Llorens-Ortega et al., 2023; Bonneville-Roussy et al., 2024).

Variáveis sociodemográficas e económicas: Idade em anos; estado-civil: casadas/união de facto, solteiras, divorciadas ou viúvas; anos de escolaridade; auto percepção financeira: que divide as participantes que conseguem suportar as despesas mensais com “muita dificuldade” ou com “alguma dificuldade” e as que o fazem “facilmente” ou com “alguma facilidade” e o tipo de agregado familiar: vive só ou não vive só.

Variáveis relativas à saúde: Auto percepção da Saúde: escala de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a fraca e 5 a excelente; ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária): refere-se ao número de dificuldades na realização de seis atividades básicas da vida diária; AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária): diz respeito ao número de dificuldades na realização de atividades instrumentais de vida diária e Depressão: escala EURO-D (Prince et al., 1999) constituída por 12 itens com valores compreendidos entre 0 e 12 sintomas depressivos. Considera-se que um indivíduo apresenta “sintomatologia depressiva significativa” quando reporta quatro ou mais sintomas depressivos (Guerra et al., 2015).

Abordagem Qualitativa

Numa fase inicial foi aplicado um questionário sociodemográfico, constituído por perguntas de resposta aberta e fechada com vista a caracterização sociodemográfica das participantes. Recolheram-se os dados através de uma entrevista semiestruturada, cujo guião foi especificamente desenvolvido para este estudo (Anexo 2).

Nos estudos com abordagem qualitativa, os dados recolhidos partem de pessoas e narrativas e não de números e estatísticas, da mesma forma que a abordagem é menos estruturada do que num estudo quantitativo (Cypress, 2017). A procura pelo rigor nas

investigações qualitativas tem sido fortemente debatida. Na literatura, as estratégias e os próprios termos utilizados para o rigor das abordagens qualitativas multiplicam-se e não são unânimes. De uma forma geral, considera-se que o rigor deve ser constante no processo de investigação e não apenas uma preocupação no final do estudo. É importante uma descrição detalha do processo de investigação, muitas vezes conseguida pelo prolongamento da recolha de dados (Cypress, 2017). Neste estudo, embora não se tenha prolongado a observação no campo empírico, foi realizada uma descrição detalhada do processo de investigação e procurou-se estabelecer uma relação de confiança com as entrevistadas. Também como sugerido por Cypress (2017), a investigadora manteve, sempre, um espírito crítico e reflexivo durante a investigação. Após cada entrevista, foram registadas perceções e recordações adicionais das entrevistas. Contudo, é reconhecida a impossibilidade de neutralidade do investigador e a dificuldade dos critérios de validade numa investigação qualitativa que decorre apenas num único momento.

Nesta investigação, tal como sugerido por Creswell (2009), foi prestada especial atenção à organização e preparação dos dados (devidamente descrita mais à frente), realizando-se a transcrição das entrevistas logo após a sua realização. Após terminar a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura geral das mesmas. Apenas depois se procedeu à codificação dos dados. Tal como sugerido por outros autores, nas transições das entrevistas foram contemplados aspetos não-verbais como os silêncios ou pausas (Roberts et al., 2006), uma vez que podem ser elementos importantes para a interpretação dos dados. Outra estratégia utilizada (Cypress, 2017), passou por parte das transcrições das entrevistas, e posteriores codificações, serem lidas e analisadas por dois investigadores. Os investigadores chegaram sempre a acordo sobre a codificação e significado dos dados apresentados neste trabalho.

2.4 Procedimento de Análise de Dados

A análise de dados quantitativa realizou-se com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 29. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Para a comparação de mais de dois grupos independentes, realizou-se o teste *t* de *Student*. Para avaliar a interdependência entre duas variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Por fim, para analisar a associação entre variáveis realizou-se a correlação de *Pearson*. Consideraram-se significativos os testes inferiores a ,05 e marginalmente significativos os testes com significância entre ,05 e ,09.

Os dados qualitativos foram analisados através da análise de conteúdo categorial, que de acordo com Guerra (2006), diz respeito “à identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar” (Guerra, 2006 p.80). Todas

as entrevistas foram transcritas na íntegra e no dia imediatamente após a sua realização (tal como referido anteriormente), procedendo-se a algumas edições de texto de forma a evitar repetições ou erros gramaticais (Guerra, 2006).

Segundo Creswell (2013), o processo de análise dos dados permite conferir um significado a dados, textos ou imagens através da preparação dos mesmos para a análise. Permite também conduzir diferentes análises, compreender, representar e interpretar os dados. É um processo contínuo, pois, ocorre em associação ou em simultâneo com a recolha dos dados, através das interpretações e do registo de notas (Creswell, 2013). Codificar diz respeito à organização do material em partes ou segmentos de texto em domínios, categorias e subcategorias (Creswell, 2013).

A análise dos dados, neste estudo, seguiu as seguintes fases:

1. **Codificação:** Nesta fase, foi necessário ler muitas vezes as transcrições das entrevistas, de uma forma cuidada e meticulosa. As categorias que surgiram ao longo deste processo permitiram a delimitação de dois grandes domínios de estudo.
2. **A interpretação dos dados:** Esta fase foi direccionada à criação de códigos que permitiram agrupar a informação que era semelhante entre si.
3. **A descrição dos dados:** Utilizaram-se excertos das entrevistas para ilustrar os resultados obtidos depois da interpretação do próprio investigador. O processo de codificação pode ser realizado de forma manual ou com recurso a um software informático. Neste estudo, tal como anteriormente referido, recorreu-se ao software MAXQDA Plus 24.

Capítulo 3 – Resultados

3.1 Prisma Quantitativo

Caracterização Sociodemográfica, Económica e de Saúde das Mulheres Portuguesas com 70+ Anos

Tal como se pode observar na tabela 1, a amostra é composta por 357 mulheres, sendo que 71,43% pertencem ao grupo etário dos 70-79 anos e 28,57% ao grupo etário 80+ anos. A média de idades das inquiridas é de 77,02 anos (*dp* 5,126), mais precisamente, 74,73 anos (*dp* 2,728) no grupo das mais jovens e 85,02 anos no grupo das mais velhas (*dp* 4,387) (*t* (133,390), -22,045, $p = <,001$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres portuguesas, segundo grupo etário

	Total (N= 357)	70-79 anos (N= 255)	80+ anos (N= 102)	t/x	p-valor
Idade média (dp) (min-max)	77,02 (5,126) 70-99	74,73 (2,728) 70-79	85,02 (4,387) 80-99	-22,045	<,001
Estado Civil					
Solteiro(a)	3,40%	2%	6,90%	39,994	<,001
Casado(a)/União de Facto	61,10%	69,20%	41,20%		
Divorciado(a)	5,10%	6,70%	1%		
Viúvo(a)	30,40%	22,10%	51%		
Escolaridade (dp) (min-max)	5,52 (3,962) 0 -18	5,60 (3,770) 0-18	5,20 (4,408) 0-17	,976	,363
Perceção financeira					
Com dificuldade	57%	56%	55,10%	,021	,886
Com facilidade	43%	44%	44,90%		
Agregado familiar					
Vive só	27%	22,40%	40,80%	9,168	,002
Não vive só	73%	77,60%	59,20%		
Redes Sociais					
Dimensão da Rede (0-7) (min-max)	3,26 (1,647) 0-7	3,25 (1,625) 0-7	3,27 (1,723) 0-7	-,067	,946
Satisfação com a Rede (0-10) (min-max)	9,26 (1,182) 4-10	9,35 (1,080) 4-10	9,00 (1,424) 4-10	1,871	,064

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

É ainda possível observar na mesma tabela que, relativamente ao estado civil, no grupo etário dos 70-79 anos, a amostra é maioritariamente casada ou em união de facto (69,20%), e no grupo das pessoas mais velhas a maioria das mulheres são viúvas (51%) ($\chi^2(3) = 39,994$, $p = <,001$)).

Ao nível da escolaridade, verifica-se que não existe uma grande diferença entre os dois grupos analisados, contudo é o grupo das pessoas com 70-79 anos que apresenta uma média de

escolaridade mais elevada ($M=5,60$, $dp\ 3,770$ versus $M=5,20$, $dp\ 4,40$), embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas ($t\ (355)$, $,976$, $p = ,363$).

Relativamente à perceção financeira, também não se verificam diferenças muito salientes entre os dois grupos. Com efeito, 55,10% das mulheres com 80+ anos declararam ter dificuldades em fazer face às despesas mensais, tal como 56% das mulheres do grupo dos 70 aos 79 anos. As diferenças não são estatisticamente significativas ($X^2\ (1) = ,021$, $p = ,886$).

Ainda na tabela 1, podemos verificar que, no que diz respeito ao agregado familiar, é o grupo dos 80 ou mais anos que apresenta uma percentagem mais elevada (40,80%) de pessoas que residem a solo, comparativamente ao grupo dos 70-79 anos (22,40%). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($X^2\ (1) = 9,168$, $p = ,002$).

Por fim, ao nível das redes sociais, pode-se concluir que a dimensão da rede social dos grupos é muito similar, não existindo diferenças estatisticamente significativas, $t\ (279)$, $-,067$, $p = ,946$. Já no que diz respeito ao grau de satisfação médio com as redes, as mulheres com 70-79 anos apresentam um maior nível de satisfação ($M=9,35$, $dp\ 1,080$), comparativamente às mulheres mais velhas ($M=9,00$, $dp\ 1,424$). Estas diferenças são marginalmente significativas ($t\ (96,786)$, $1,871$, $p = ,064$).

Na tabela 2 podemos observar algumas das características da saúde das inquiridas. Assim, no que toca à auto perceção da saúde pode-se verificar que os valores não diferem de forma significativa entre os grupos ($t\ (353)$, $,592$, $p = ,554$), embora as mulheres mais jovens tendam a apresentar uma auto perceção mais positiva da sua saúde.

Tabela 2 – Características de saúde das mulheres portuguesas, segundo grupo etário

	Total (N= 357)	70-79 anos (N= 255)	80+ anos (N= 102)	t/x	p- valor
Auto Perceção da Saúde (1-5)					
(min-max)	1,79 (,843)	1,81 (,840)	1,75 (,880)	,592	,554
	1 – 5	1 – 5	1 – 5		
Limitações nas Atividades Básicas da Vida Diária					
(min-max)	,82 (1,323)	,71 (1,559)	1,35 (1,909)	-2,994	,003
	0-6	0-6	0-6		
Limitações nas Atividades Instrumentais da Vida Diária					
(min-max)	1,07 (2,723)	1,12 (2,363)	2,78 (3,186)	-4,714	<,001
	0-9	0-9	0-9		
Depressão					
Com sintomatologia depressiva significativa	61,80%	58,10%	73,60%	37,793	<,001
Sem sintomatologia depressiva significativa	38,20%	41,90%	26,40%		

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

Relativamente às limitações nas atividades básicas da vida diária, o grupo de pessoas com 80+ anos apresenta um número de limitações mais elevado ($M=1,35$, $dp\ 1,909$), do que os seus pares ($M=,71$, $dp\ 1,559$). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($t\ (153,867)$,

2,994, $p = ,003$). Seguindo a mesma tendência, no que diz respeito às limitações nas atividades instrumentais da vida diária, as mulheres mais velhas apresentam, em média, 2,78 (dp 3,186) limitações e as mulheres com 70-79 anos, apenas 1,12 (dp 2,363) limitações. Estas diferenças são estatisticamente significativas (t (144,047), -4,714, $p = <,001$).

Ainda no âmbito da saúde, o grupo das mulheres mais velhas apresenta uma percentagem de pessoas com sintomatologia depressiva significativa (73,60%) superior ao do grupo das mulheres com 70 a 79 anos (58,10%). Esta diferença é estatisticamente significativa (X^2 (1) = 37,793, $p = <,001$).

A Juventude e a Infância das Mulheres com 70+ Anos em Portugal: Aspetos Sociais, Familiares, Financeiros e de Saúde

Na tabela 3 podemos analisar a auto percepção da saúde aos 15 anos de idade por parte das inquiridas. Com efeito, pode-se observar que a maioria das inquiridas reportaram uma auto percepção muito positiva da sua saúde nessa idade. Mais concretamente, 82,20% das mulheres do grupo etário 70-79 anos classificaram a sua saúde até aos 15 anos “entre boa a excelente”, tal como 69,40% das mulheres com 80+ anos.

Tabela 3 – Auto classificação da saúde das mulheres portuguesas até aos 15 anos, segundo o grupo etário

	Total		70-79 anos		80+ anos	
	N	%	N	%	N	%
Auto classificação da saúde até aos 15 anos						
Entre Boa a Excelente	234	78,60%	200	82,20%	59	69,40%
Suficiente ou Fraca	64	21,40%	38	17,80%	26	30,60%

Fonte: SHARE vaga 7, versão 9.0.0

No que concerne à condição financeira da família até aos 16 anos de idade (tabela 4), verificamos que uma grande parte das mulheres a classifica como “média”, tanto no grupo dos 70-79 anos como do grupo 80+ anos (48,20% e 58%, respetivamente). Também, 42,20% das pessoas com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos e 34,60% das mulheres com 80 ou mais anos, classificam as condições financeiras da sua família como más. Apenas 8,60% das mulheres percecionaram como “muito favorável” a situação financeira da sua família aos 16 anos de idade, sendo que 9,50% fazem parte do grupo etário dos 70-79 anos e 7,40% do grupo etário mais velho.

Tabela 4 – Condição financeira da família das mulheres portuguesas aos 16 anos, segundo o grupo etário

	Total		70-79 anos		80+ anos	
	N	%	N	%	N	%
Condição financeira da família até aos 16 anos						
Má	112	38,50%	84	42,20%	28	34,60%
Média	143	49,10%	96	48,20%	47	58%
Financeiramente muito favorável	25	8,60%	19	9,50%	6	7,40%

Fonte: SHARE vaga 7, versão 9.0.0

No que diz respeito às relações familiares podemos observar, na tabela 5, que 20,90% das mulheres com 70-79 anos classificaram a relação com o pai aos 17 anos de idade com “fraca ou razoável” e 79,10% entre “boa a excelente”. No grupo das mulheres mais velhas, 22,10% classificou como “fraca ou razoável” e 77,90% entre “boa a excelente”. Relativamente à relação com a mãe, no primeiro grupo, a relação foi classificada como “fraca ou razoável” por 18% das mulheres e por 82% entre “boa a excelente”. Nas mulheres mais velhas, 13,40% classificaram como “fraca ou razoável” e 86,60% entre “boa a excelente”. Apesar de não existir uma grande discrepância entre os valores, é possível observar que, de uma maneira geral, existia uma tendência para uma relação mais positiva com a mãe do que com o pai, sobretudo nas mulheres com 80 ou mais anos.

Tabela 5 – Classificação da relação das mulheres portuguesas com os pais e com as mães até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário

	Total		70-79 anos		80+ anos	
	N	%	N	%	N	%
Classificação da relação com o pai						
Fraca ou Razoável	59	21,20%	42	20,90%	17	22,10%
Boa a Excelente	219	78,80%	159	79,10%	60	77,90%
Classificação da relação com a mãe						
Fraca ou Razoável	48	16,70%	37	18%	11	13,40%
Boa a Excelente	240	83,30%	169	82%	71	86,60%

Fonte: SHARE vaga 7, versão 9.0.0

Relativamente à importância da religião nas casas das mulheres portuguesas até aos 17 anos de idade, é possível concluir que a religião era uma dimensão presente e relevante na maioria das famílias. Com efeito, pode-se observar que, no grupo etário dos 70-79 anos, 63,20% das mulheres referiram que a religião era “muito importante” e o mesmo foi reportado por 54,8% das mulheres com 80+ anos.

Tabela 6 – Importância da religião nas casas das mulheres portuguesas até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário

	Total		70-79 anos		80+ anos	
	N	%	N	%	N	%
Importância da religião na sua casa durante o seu crescimento						
Nada importante	21	7,20%	14	6,70%	7	8,30%
Não muito importante	21	7,20%	14	6,70%	7	8,30%
Algo importante	73	24,90%	49	23,40%	24	28,60%
Muito importante	178	60,80%	132	63,20%	46	54,80%

Fonte: SHARE vaga 7, versão 9.0.0

A Qualidade de Vida das Mulheres com 70+ Anos e a Importância das Características Sociodemográficas, Económicas e de Saúde Atuais

Na tabela 7 podemos verificar que o grupo de mulheres com 70-79 anos apresenta valores médios mais elevados de QdV ($M=33,70$, $dp\ 6,270$), do que o grupo das mulheres com 80+ anos ($31,87$, $dp\ 6,300$). Estas diferenças são estatisticamente significativas ($t\ (120,224)$, $2,115$, $p = ,037$).

Tabela 7 – A qualidade de vida das mulheres portuguesas, segundo o grupo etário

	Total (N= 357)	70-79 anos (N= 255)	80+ anos (N= 102)	t	p-valor
Qualidade de vida (min-max)	33,24 (6,316) 15-48	33,70 (6,270) 18-47	31,87 (6,300) 15-48	2,115	,037

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

Por uma questão de organização, nas tabelas que se seguem, os dados estatísticos são apresentados separadamente para cada grupo etário: 70-79 anos (lado esquerdo) e 80+ anos (lado direito). Assim, embora as análises tenham sido realizadas de forma independente, figuram na mesma tabela.

Na tabela 8 é observável uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a QdV e a escolaridade no grupo etário mais jovem. Com efeito, à medida que os anos de escolaridade aumentam no grupo dos 70-79 anos, aumenta a QdV também em $,167$ ($p = ,015$). No grupo etário dos 80+ anos esta relação não é estatisticamente significativa ($p = ,519$).

Tabela 8 – Associação entre a QdV e a escolaridade das mulheres portuguesas, segundo grupo etário

	70-79 anos N=210	80+ anos N=71
Anos de escolaridade	r ,167*	r ,0778

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

Na tabela 9 pode-se verificar que a QdV das mulheres, no grupo etário de 70-79 anos, está positivamente correlacionada com a dimensão da rede ($r = ,139$; $p = ,045$). Já no grupo das mulheres com 80 ou mais anos não se relaciona de forma estatisticamente significativa ($r = ,186$; $p = ,120$), embora existe uma relação positiva. No que diz respeito à satisfação com a rede, no grupo das mulheres mais novas, à medida que aumenta a satisfação com a rede, os níveis de QdV também aumentam em ,281 ($p = <,001$). Novamente, no grupo das pessoas mais velhas, esta relação não é estatisticamente significativa ($r = ,074$; $p = ,544$).

Tabela 9 – Associação entre a QdV e as redes sociais das mulheres portuguesas, segundo grupo etário

	70-79 anos N=210	80+anos N=71
Dimensão da Rede	r ,139*	r ,186
Satisfação com a Rede	,281***	,074

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

É possível observar, na tabela 10, que a QdV difere de acordo com a situação financeira das mulheres inquiridas. Assim, tanto no grupo etário dos 70-79 anos (t (206), -4,668, $p = <,001$), como no grupo dos 80+ anos (t (69), -3,654, $p = <,001$) verificamos que as mulheres com mais facilidade em fazer face às despesas mensais apresentam níveis mais elevados de QdV, comparativamente às mulheres que reportaram maiores dificuldades.

Tabela 10 – Associação entre a QdV e a condição financeira, segundo grupo etário

	70-79 anos	t	80+ anos	t
Condição financeira				
Com dificuldade	32(6,18)	-4,668***	29,53(5,839)	-3,654 ***
Com facilidade	35,91(5,66)		34,58(5,772)	

Fonte: SHARE vaga 7, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

Nas tabelas 11 e 12 analisou-se a relação entre a QdV e as condições de saúde. Mais precisamente, na tabela 11, verificamos que a QdV está positivamente relacionada com uma melhor auto percepção de saúde no grupo das mulheres dos 70-79 anos ($r = ,426, p = <,001$) e no grupo das mulheres com 80 mais anos ($r = ,493, p = <,001$). Ao contrário, o aumento do número das limitações nas atividades básicas de vida diária está associado com uma diminuição da QdV no grupo das mulheres mais jovens ($r = -,285, p = <,001$) e das mulheres mais velhas ($r = -,490, p = <,001$). Por fim, também o número mais elevado de limitações nas atividades instrumentais de vida diária associa-se a menores níveis de QdV no grupo dos 70-79 anos ($r = ,331, p = <,001$) e no grupo dos 80 ou mais anos ($r = -,562, p = <,001$).

Tabela 11 – Associação entre a QdV, auto percepção, limitações nas ABVD e limitações nas AIVD das mulheres portuguesas, segundo grupo etário

	70-79 anos N=253	80+anos N=71
	r	r
Auto Percepção da Saúde	,426 ***	,493 ***
Limitações nas Atividades Básicas da Vida Diária	-,285 ***	-,490 ***
Limitações nas Atividades Instrumentais de Vida Diária	-,331 ***	-,562 ***

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

Por fim, na tabela 12, no que diz respeito à saúde mental, podemos verificar que as mulheres com sintomatologia depressiva significativa apresentam níveis de QdV muito inferiores aos das suas homólogas que não reportam estes sintomas, tanto na faixa etária dos 70-79 anos ($t(204), -8,791, p = <,001$) como na dos 80 e mais anos ($t(65), -3,938, p = <,001$).

Tabela 12 – Associação entre a QdV e a sintomatologia depressiva das mulheres portuguesas, segundo o grupo etário

	70-79 anos N=206	t	80+ anos N= 67	t
Depressão				
Com sintomas depressivos significativos	30,78 (5,741)	-8,791***	30,29 (6,093)	-3,938 ***
Sem sintomas depressivos significativos	37,42 (4,881)		36,50 (3,528)	

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

A Qualidade de Vida e as Características de Infância e Juventude das Mulheres Portuguesas com 70+ Anos

Na tabela 13 podemos observar que, no grupo etário dos 80 ou mais anos, a QdV das mulheres está correlacionada com a condição financeira da sua família aos 16 anos de idade. Mais concretamente, à medida que melhoram as condições financeiras da família, aumentam os níveis de QdV atuais das inquiridas ($r = ,268$; $p = ,040$). No grupo etário dos 70-79 anos a associação não é estatisticamente significativa.

Tabela 13 – Relação entre a QdV das mulheres e a condição financeira da família até aos 16 anos de idade, segundo o grupo etário

	70-79 anos N=167	80+anos N=59
	r	r
Condição financeira da família até aos 16 anos de idade (1-3)	,113	,268*

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

No que diz respeito à relação entre a QdV e a saúde na infância (tabela 14), verificamos que no grupo das mulheres com 80 ou mais anos, as pessoas que classificaram melhor a sua saúde até aos 15 anos de idade apresentam níveis mais elevados de QdV do que as mulheres que tiveram uma pior saúde aos 15 anos de idade ($t(59)$, 2,072, $p = ,043$). No grupo das mulheres com 70-79 anos esta relação não é estatisticamente significativa ($t(173)$, 1,074, $p = ,284$).

Tabela 14 – Relação entre a QdV das mulheres e a saúde aos 15 anos de idade, segundo o grupo etário

	70-79 anos N=175	t	80+ anos N= 61	t
Saúde na infância				
Saúde entre boa a excelente	34,29 (5,912)	1,074	32,88 (5,952)	2,072 *
Saúde suficiente ou fraca	33,03 (7,047)		29,26 (7,070)	

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

No que concerne à relação entre a QdV e a classificação da relação com a mãe até aos 17 anos (tabela 15), verificamos que, as mulheres do grupo etário dos 70-79 anos que reportaram ter uma boa relação com a mãe, apresentam níveis de QdV atuais superiores (M=34,66, *dp* 5,846) aos das mulheres que classificaram a relação com mãe como fraca ou razoável (M=32,16, *dp* 6,575) (*t* (170), 2,138, *p* = ,034). Já no grupo das mulheres mais velhas esta relação não é estatisticamente significativa (*t* (56), ,693, *p* = ,491).

Tabela 15 – Relação entre a QdV das mulheres e a relação estabelecida com a sua mãe até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário

	70-79 anos N=172	t	80+ anos N= 58	t
Classificação da relação com a mãe até aos 17 anos				
Entre boa a excelente	34,66 (5,846)	2,138 *	32,39 (6,683)	,693
Fraca ou razoável	32,16 (6,575)		30,78 (4,438)	

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

Por fim, na tabela 16, podemos observar a relação entre a QdV atual das mulheres e a classificação da relação com o pai até aos 17 anos de idade. De acordo com os dados, as mulheres que pertencem ao grupo dos 80+ anos, e que declararam ter uma boa relação com o pai, apresentam níveis de QdV superiores (M=32,98, *dp* 6,839) aos das mulheres que relataram ter uma fraca relação (M=28,55, *dp* 4,156) (*t* (52), 2,048, *p* = ,046). Porém, no grupo das mulheres mais novas, esta relação não é estatisticamente significativa (*t* (167), 1,069, *p* = ,287).

Tabela 16 – Relação entre a QdV das mulheres e a relação estabelecida com o seu pai até aos 17 anos de idade, segundo o grupo etário

	70-79 anos N= 169	t	80+ anos N= 54	t
Classificação da relação com o pai até aos 17 anos				
Entre boa a excelente	34,39 (6,092)	1,069	32,98 (6,839)	2,048 *
Fraca ou razoável	33,19 (5,929)		28,55 (4,156)	

Fonte: SHARE vaga 9, versão 9.0.0

p < ,001***; p < ,01**; p < ,05*

3.2 Prisma Qualitativo

Caracterização das Participantes

Tal como se pode verificar através da tabela 17, foram entrevistadas sete mulheres que frequentam a Academia Sénior de Viana do Castelo. A média de idades das entrevistadas é de 75,71 anos (*dp* 1,253), apresentando a mais jovem 71 anos e a mais velha 85 anos.

A maior parte das mulheres são viúvas (71,40%) e possuem escolaridade relativamente, elevada, mais concretamente 28,6% declarou ter completado o 10º-12º ano (ou equivalente com cursos de índole profissional) e a mesma percentagem afirmou ter concluído o bacharelato ou Licenciatura.

Relativamente à área de residência, a grande maioria considera residir numa grande cidade (71,70%) e todas partilham o mesmo concelho de residência: Viana do Castelo.

No que concerne à situação perante o emprego, todas as participantes são reformadas, a maioria (57,10%) refere que consegue fazer face às despesas mensais com muita facilidade e tem filhos (71,4%).

Tabela 17 – Características sociodemográficas de mulheres com 70+ anos participantes da Academia Sénior de Viana do Castelo

	Total (N=7)
Idade média (dp)	75,71 (1,253)
(min-max)	71-85
Estado Civil (%)	
Solteiro(a)	14,30% (1)
Casado(a)/União de Facto	14,30% (2)
Viúvo(a)	71,40% (5)
Escolaridade (%)	
5º-6º ano (preparatório, telescola ou antigo 2º ano do Liceu)	14,30% (1)
7º-9º ano (antigo 5º ano do Liceu)	14,30% (1)
10º-12º ano (ou equivalente com cursos de índole profissional)	28,60% (2)
Bacharelato/Licenciatura	28,60% (2)
Doutoramento	14,30% (1)
Área de Residência (%)	
Aldeia	14,30% (1)
Nos subúrbios de uma grande cidade	14,30% (1)
Grande cidade	71,40% (5)
Concelho de residência	
Viana do Castelo	7
Situação perante emprego	
Reformado	7
Rendimento Mensal (%)	
Com alguma dificuldade	14,30% (1)
Com muita facilidade	57,10% (4)
Com alguma facilidade	28,60% (2)
Filhos (%)	
Sim	71,40% (5)
Não	28,60% (2)
Número médio de filhos (dp)	1,28 (1,112)
(min-max)	0-3

É possível observar na tabela 18 que a maioria das participantes classifica positivamente a sua saúde física, mais precisamente como “muito boa” (57,10%). Já no que toca à saúde mental, está é classificada como “muito boa” por 42,90% e como “boa” pela mesma percentagem.

Por fim, a maioria das participantes referem não possuir nenhuma doença (71,40%).

Tabela 18 – Características de saúde de mulheres com 70+ anos participantes da Academia Sénior de Viana do Castelo

	Total (N=7)
Saúde Física (%)	
Excelente	14,30% (1)
Muito boa	57,10% (4)
Boa	0% (0)
Razoável	28,60% (2)
Saúde Mental (%)	
Excelente	14,30% (1)
Muito boa	42,90% (3)
Boa	42,90% (3)
Doença(s) (%)	
Sim	28,60% (2)
Não	71,40% (5)

A análise de conteúdo permitiu identificar domínios, categorias e subcategorias de análise (Anexo 3).

A Qualidade de Vida na Perspetiva das Mulheres Mais Velhas: Aspetos Positivos e Negativos

Todas as mulheres participantes nesta investigação percecionam a sua QdV atual de forma positiva, com a **saúde** a destacar-se de entre os **aspetos positivos** mais relevantes para a vida das entrevistadas. Mónica, a este respeito refere:

Portanto, neste momento, estou muito bem de saúde. Já tive momentos de crise grandes, que pronto... em que se põe tudo em causa, mas estou bem. Sinto-me bem e pronto! (Mónica, 72 anos)

Para além da saúde, a **autonomia** constituiu outra das dimensões importantes para a vida das participantes. Com efeito, para Madalena, ter a capacidade de tomar as suas próprias decisões e dispor de uma maior disponibilidade para realizar as atividades de que gosta, devido à ausência de obrigações laborais, é muito importante:

[...] faço aquilo que eu gosto! Faço aquilo que eu gosto. E como sinto vontade de fazer coisas, não é? Que eu sempre gostei e às vezes não pude fazer durante a vida e agora posso fazer. Eu mal me reformei, eu estava mortinha por me reformar que eu queria ir para uma academia sénior, para uma escola, eu já tinha conhecimento desta e queria ir para aprender, para ler, para pintar! Gosto de pintar e bordar, gosto de fazer tarefas de casa, cozinhar... e, portanto, eu agora considero que tenho uma vida boa. (Madalena, 71 anos)

A realização de atividades sociais como o voluntariado ou de outras atividades como passeios, também foram destacadas por Júlia:

[...] fazer voluntariado como eu faço e essas coisas.... Acho que isso, e também gosto de passear, também! Também gosto muito de fazer viagens (riu-se). (Júlia, 81 anos)

Outro aspeto destacado pelas entrevistadas como importante para a sua QdV foi a **capacidade de ação** perante as circunstâncias da vida. A este respeito, Carla, que tomou iniciativa de se inscrever na academia sénior, esclarece:

Olhe, eu nunca fui uma pessoa de me acomodar. Sempre que eu achava que não estava tão bem assim, procurava dar a volta. (Carla, 72 anos)

Também Madalena acredita que a sua atitude pró-ativa contribui em muito para o seu bem-estar, levando-a a ocupar os seus dias com rotinas e atividades do seu interesse:

[...] desde que ele [marido] tinha partido, estava sozinha, não é? [...] E eu posso considerar que vivia sozinha, portanto, eu tinha de me ocupar [...] Porque só ler, a gente também cansa e depois eu como gosto de fazer outras coisas... Pronto, meti-me num grupinho de bordados em que já andava quando ainda trabalhava e depois fui para a academia. (Madalena, 71 anos)

A atitude positiva perante a vida, também contribui positivamente para a QdV de Natália:

[...] pode-me influenciar a perspetiva com que nós nos colocamos perante a vida também porque há pessoas que são muito negativistas. Eu acho que a perspetiva com que a gente se coloca tem muita influência. [...] Não sou negativista, aceito a vida como ela é. (Natália, 75 anos)

As **relações familiares** constituem uma dimensão essencial na vida das entrevistadas. Assim, mesmo sem residir perto dos filhos, a possibilidade de os visitar constitui um aspeto positivo para a QdV de Carla:

Vivo sozinha, apesar de ter dois filhos, não está cá nenhum. Um deles está no Porto, o outro está em Lisboa. Eu vou com muita facilidade, com muita frequência, não é facilidade é frequência, a Lisboa, ao Porto, quando eu preciso. (Carla, 72 anos)

Madalena acrescenta que a presença da filha na sua vida, por si só, é um aspeto importante:

A minha filha é um excelente ser humano, é muito minha amiga e eu dela, somos as duas, temo-nos uma à outra agora. Não é? (Madalena, 71 anos)

Tal como evidenciado pela literatura, a **condição financeira** constituiu outra das dimensões mais mencionadas pelas entrevistadas como sendo um aspeto capaz de influenciar a sua vida. Assim, para as participantes, a ausência de dificuldades financeiras permite o acesso a algumas atividades e serviços que aumentam a sua QdV. Neste âmbito, Natália refere:

E ela [empregada doméstica] vai lá e limpa-me a casa toda, de cima a baixo, que é uma maravilha. Olhe, que eu digo muitas vezes: eu não queria que me faltasse dinheiro para o essencial, mas que nunca me falte dinheiro para pagar aquela senhora (riu-se). É o mais importante! É o compromisso mais importante que eu tenho hoje na minha vida é ter dinheiro para pagar aquela senhora. (Natália, 75 anos)

Para Mónica, residir numa casa na qual se sente bem também contribui positivamente para a sua QdV:

Vivo numa casa muito confortável e gosto imenso [...] (Mónica, 72 anos)

Por fim, a **espiritualidade** surgiu como um mecanismo de apoio importante e capaz de aumentar os níveis de QdV. Para Madalena, a fé e a espiritualidade preenchem um vazio interior:

É assim, tenho muita fé em Deus. Tenho um lado espiritual. Tenho um lado espiritual que me ajuda e eu acho que me ajuda bastante, porque se a gente não tiver qualquer coisa a que nos agarrar parece que há um certo vazio em nós. Sim, eu acho assim... Então sim, sou feliz, considero-me feliz. (Madalena, 71 anos)

Apesar de todas as mulheres terem uma visão positiva da sua QdV, também foram identificados alguns **aspetos que influenciam negativamente** a mesma. Com efeito, a **perda do cônjuge** foi um acontecimento marcante na vida de algumas entrevistadas, e que ainda impacta, de forma negativa, a sua QdV atual. É o caso de Júlia:

Por isso é que me custou muito sabe [a perda do marido]? Por isso é que... (tom de voz mais baixo) ainda me custa. (Júlia, 81 anos)

Ainda na esfera **familiar**, a falta de concretização das expetativas existentes sobre os netos e filhos também são aspetos negativos na vida de Cristina:

[a QdV] Não é excelente porque tenho netos e os netos não estarão como eu quero. Os filhos não estão como eu quero...porque há sempre coisas que nos limitam, não é? (Cristina, 73 anos)

Algumas **notícias sobre a atualidade** provocam sentimentos de medo em algumas mulheres, acabando mesmo por afetar a forma como ocupam os seus tempos livres:

[...] ver notícias, ver o que se passa neste mundo, a mim, assusta-me muito. Tenho desligado bastante das notícias porque não consigo. Filmes...adorava ver filmes! Eu não consigo quase que ver um filme totalmente. (Mónica, 72 anos)

Para além das circunstâncias atuais que moldam a QdV das mulheres, a análise das entrevistas permitiu identificar a influência de **acontecimentos e circunstâncias da infância** que

ainda afetam a QdV em idades mais avançadas. Carla, devido a alguns episódios que experienciou, em idades mais jovens, ainda sente dificuldades em estabelecer determinados tipos de interações sociais:

Lembro-me, eu pequenita, quatro anos, teria cinco no máximo. No máximo se tivesse cinco. Eu saía com a minha mãe, e a minha mãe dizia: “tu vais comigo, não abres a boca para nada” assim com um ar muito autoritário “sempre que abres a boca só dizes disparates! Não quero me envergonhar, portanto, não falas, só respondes ao que te perguntarem e respondes com poucas palavras”. Sabe que isso até hoje me persegue? Hoje, eu estou num ambiente qualquer, não conheço as pessoas, podem pensar que é antipatia, mas eu não consigo falar. (Carla, 72 anos).

A QdV das entrevistadas parece, assim, ser influenciada por múltiplos fatores, não só atuais como também relacionados com o seu passado, mais concretamente, com a sua infância e juventude. Assim, importa caracterizar as suas relações familiares e condições socioeconómicas durante essa fase.

Relações Familiares, Condições Socioeconómicas e Ambições durante a Infância e Juventude

As relações estabelecidas com os pais desempenham um papel crucial ao longo da vida (Tao et al., 2021; Oris et al., 2021). As características da relação que as entrevistas mantinham com os seus pais durante a infância e juventude variava conforme se tratava do pai ou da mãe. Mais concretamente, a relação com a mãe, para a maioria das participantes, era considerada uma relação fria, distante e rígida. A este respeito Natália refere:

A minha mãe era mais... uma pessoa mais fria, mais fechada, [...] a minha mãe batia-nos, às vezes (Natália, 75 anos)

Já a relação com o pai foi apontada por muitas entrevistadas como uma relação com mais afeto e proximidade. Carla, refere:

[...] o meu pai era uma pessoa muito meiga, muito... Morreu com noventa e sete anos (Carla, 72 anos)

Contrariamente a Carla, Madalena considera ter sido negligenciada a nível emocional pelo seu pai, a quem também atribui a responsabilidade de não ter prosseguido os seus estudos.

É assim, fui muito mal-amada pelo meu pai... o meu pai... não sei o porquê. Não sei porquê. Eu era a mais velha e sou, e o meu pai, nunca me apoiou! Nunca achava bem nada do que eu fazia... pronto, fazia tudo mal [...] ele não me apoiava, nunca estava nada bem e estava sempre a incriminar-me por tudo [...]. Eu é que tinha aptidão para os estudos, e depois os professores todos diziam que eu tinha habilidade para desenhar, para pintar, para trabalhos manuais “ai, metam-na nas belas artes”. Ali não havia belas-artes, tinha-se de ir para Lisboa ou para outro sítio qualquer. O meu pai: “não, não, não! Tira o quinto ano, faz o quinto ano...”. E ele acha que já me deu...Jesus, já era muito. (Madalena, 71 anos)

No que diz respeito à **condição económica da família** na infância e na juventude das entrevistadas, Palmira foi a única a referir que não passou por dificuldades económicas e considera que, relativamente a este aspeto, a situação da sua família era boa.

[...] boa, posso considerar boa sim (Palmira, 82 anos)

Em contrapartida, quase todas as restantes entrevistadas passaram por dificuldades a nível económico, embora tenham normalizado essa situação, tal como explica Natália:

Eu acho que se passava [dificuldades], mas era normal isso. Se considerar dificuldades não ter dinheiro para comprar roupa, ter pouca variedade de coisas para comer... Mas também nunca passei fome. Sempre se pôs a mesa na hora da refeição, nunca passamos uma refeição sem ter comida para pôr na mesa [...] Nem passávamos fome, a gente enchia a barriga com as batatas, enchia a barriga com a sopa [...] (Natália, 75 anos)

Mónica experienciou muitas dificuldades durante a sua infância e juventude e associa-as a uma má gestão financeira e aos conflitos entre os pais:

Muitas dificuldades, muitas! Os tempos antigos eram terríveis, faltava tudo. Faltava tudo! E não faltou pão na mesa porque a minha mãe também trabalhava, porque o meu pai também trabalhava bastante. Mesmo muito, mas chegava à hora e ia com os amigos e aquilo que fez durante o dia, se calhar, estourava durante a noite. Está a perceber? E depois a minha mãe pedia dinheiro para isto e para aquilo... para o que era necessário e ele insultava-a porque não tinha. (Mónica, 72 anos)

Os grupos sociais a que pertenciam, a falta de meios de comunicação social, assim como as circunstâncias sociais, políticas e económicas que balizaram a infância e juventude das entrevistadas contribuíram para que várias destas mulheres, durante a sua juventude, não tivessem perspetivas, ambições ou projetos para o futuro:

Acho que não tinha... Não me lembro de ter objetivos. Ia com as ovelhas... (Carla, 72 anos)

Natália atribuía a falta de objetivos em relação ao futuro ao contexto em que estava inserida, que caracteriza como muito limitado a nível de oportunidades.

[...] eu cresci antes do 25 de abril, portanto, no tempo do Salazar ainda. Num mundo muito fechado, numa aldeia, onde a gente não tinha [...] horizontes. A gente não tinha perspetivas de vida, não tinha rádio, não tinha televisão, nascia-se e crescia-se ali. Eu achava que o meu futuro – eu e todas as crianças da minha idade – ia ser ali. Quando eu crescesse ia trabalhar nas terras, nas vinhas, como os meus tios, como a minha mãe, como o meu pai. Que o meu futuro ia ser aquele! Eu não tinha ambições sequer de ser outra coisa. (Natália, 75 anos).

Cristina traçou objetivos relacionados com o seu futuro no mundo laboral. Esta entrevistada queria ser agrónoma, mas essa ambição não foi apoiada pelo pai, que entendia que essa não era uma profissão socialmente aceite para uma mulher:

Olhe, eu queria ser engenheira agrónoma (riu-se). E quando fiz o quinto ano, disse ao meu pai “ah, e então e agora?” [...] E eu disse ao meu pai que queria ir para Santo Tirso, e o meu pai respondeu-me assim: “isso não é para mulher, nem dá dinheiro”. (Cristina, 73 anos)

O facto das entrevistadas terem vivido a sua infância e juventude num contexto de ditadura política contribuiu para que os papéis por si desempenhados na comunidade, na esfera doméstica, na família, na escola e no mercado de trabalho fossem fortemente limitados.

Os Papéis das Mulheres Antes do 25 de Abril

A identificação de restrições aos papéis sociais desempenhados pelas mulheres antes do 25 de abril foi recorrente nos discursos das entrevistadas. Na **esfera social/comunidade**, Madalena enfatiza a impossibilidade de frequentar alguns locais públicos sozinha, bem como as limitações impostas à sua liberdade de expressão:

As mulheres agora vão ao futebol, antigamente não iam. As mulheres agora vão à discoteca sozinhas, vão ao café, vão... antigamente não se ia. Eu quando fui estudante como a minha filha, eu não entrava num café sozinha, não é? (breve pausa) [...] Uma mulher que tivesse uma conversa mais livre era aberta a facilidades (Madalena, 71 anos)

A abertura do espaço social e público para as mulheres era variável de acordo com o seu estatuto social. A este respeito, Palmira explica:

[...] o facto de eu ser médica e ser licenciada... nós tínhamos muito mais facilidade... aquela história de ter de pedir autorização para sair ou para fazer... nós não tínhamos! Nós podíamos votar, porque já tínhamos uma licenciatura. Quem não tinha e era mulher, não o podia fazer, segundo diziam. (Palmira, 82 anos)

Na **esfera doméstica**, várias entrevistadas salientaram a expectativa existente por parte dos outros relativamente à sua conduta nas tarefas domésticas, sofrendo neste âmbito várias pressões por parte da mãe. A este respeito, Carla refere:

[...] a minha mãe tinha aquela obsessão, da altura, que as filhas tinham de ser as fadas do lar, tinham de saber cozinhar muito bem, e bordar muito bem, e não sei que mais. Não era a minha praça, ainda hoje não é, [...] porque não gosto efetivamente, e eu sentia-me nessa fase, nessa questão, sentia-me pressionada, sentia-me mal, fugia o que podia [...] (Carla, 72 anos)

No seio da **família**, as relações de poder eram desiguais e as mulheres ficavam frequentemente confinadas às tarefas domésticas, sendo reconhecida uma maior autoridade ao homem. Madalena, por exemplo, referiu que a sua mãe nunca trabalhou fora de casa por decisão do seu pai:

[...] a minha mãe estava em casa, o meu pai nunca deixou que a minha mãe fosse trabalhar. O machismo de antigamente.... (Madalena, 71 anos)

Esse desequilíbrio de poder era também visível na gestão financeira que ficava a cargo do homem, mesmo quando as mulheres trabalhavam. Por exemplo, Mónica refere que o seu pai fazia a gestão do dinheiro que a própria recebia:

[...] comecei a trabalhar e o dinheiro não via nada. Eu chegava ao final do mês e entregava direitinho ao meu pai, que era ele que o governava. Outra coisa que me revoltava, porque ele ficava com o dinheiro e depois sempre que a minha mãe precisava, dava-lhe a conta gotas (Mónica, 72 anos)

A gestão financeira masculina, aliada à repressão social e familiar, condicionava a vida das mulheres, levando a que, por exemplo, tivessem de fazer compras em segredo:

A mulher, se quisesse fazer alguma coisa, que isso a minha mãe também o fazia, era às escondidas! Comprar uma coisa diferente, e não sei quantos. Porque a mulher era reprimida, a mulher não podia... (Carla, 72 anos)

A **escola**, frequentada por todas as entrevistadas, foi outras das esferas onde as participantes sentiram os seus papéis fortemente condicionados. Com efeito, a educação durante o período da ditadura foi caracterizada por várias práticas que reforçavam as desigualdades de género.

Todas as entrevistadas caracterizaram de forma positiva a sua relação com os colegas da escola. Já no que diz respeito aos professores, em alguns casos, os seus discursos depreciativos resultaram em medo e perda de autoconfiança no processo de aprendizagem:

[...] lembro-me dela [professora] fazer perguntas à sala, já no nosso terceiro ano do liceu, que é o nono ou décimo agora, não sei... e ela dizia por hipóteses: “quem sabe esta resposta não sei quantos?” e eu às vezes “eu acho que sei, levanto o dedo, não levanto?”. Se levantasse o dedo: “ora diz lá”, se eu respondesse certo, olhe que são coisas que nos marcam muito, ela dizia assim. “até que enfim, nunca sabes nada, disseste uma coisa de jeito”. Se eu respondesse mal: “ah, nem esperava outra coisa de ti, tu nunca sabes nada”. Aquilo era de tal ordem, que eu mesmo se soubesse ou não soubesse não abria a boca. (Carla, 72 anos)

Na escola pública, a valorização e continuidade das mulheres no sistema de ensino estava fortemente dependente dos valores e expectativas sociais associadas ao seu papel. Assim, acontecimentos “desviantes” ou não congruentes com os valores sociais imputados às

mulheres, como uma gravidez fora de um casamento, ditava o fim dos seus estudos independentemente do seu desempenho:

Eu já tinha para aí dezasseis ou dezassete e tive uma colega, que para o azar dela, engravidou. Era boa aluna e teve de sair do liceu. Depois continuou os estudos no privado, porque no público nunca mais... porque ficou completamente afastada porque era um mau exemplo. Percebe? Aí era mau, a gente na altura teve essa colega, nós ficamos muito chocados! Não por ela estar grávida, mas por ter deixado de estudar porque era muito boa aluna. Foi posta fora, foi chamada à reitoria e posta fora (Carla, 72 anos)

No ensino superior, embora as turmas já fossem mistas e a abertura social fosse maior, as mulheres continuavam a sofrer algumas limitações, inclusivamente por parte dos professores. Palmira, que frequentou o curso de medicina, também sentia que os próprios homem se sentiam mais confortáveis quando examinados por homens:

[...] quando as aulas eram relacionadas com o aparelho reprodutor do homem, as alunas não iam à aula. O professor dizia: “as mulheres amanhã...” [...] “as mulheres não vão” [...] Mas isso foi uma discriminação do professor, não foi dos colegas e foi uma coisa tão estúpida, porque só naquela cadeira é que era assim [...] Mas depois nos anos seguintes tínhamos cadeiras de urologia e de outras coisas e convivíamos e tudo mais e não havia nenhum problema. As raparigas estavam lá e tudo mais. Claro que, vou-lhe dizer, que se fosse... se eu tivesse de examinar um homem eles eram capazes de ficar um bocado retraídos, se fosse uma mulher a examiná-lo. Mas normalmente como nas turmas haviam de homens e mulheres, normalmente os professores, mas por causa do doente, ponham os rapazes a fazer esse tipo de coisa e nós só víamos, não mexíamos (Palmira, 82 anos)

Por fim, no que diz respeito ao papel da mulher no **mercado de trabalho**, a participação destas no mercado laboral, antes do 25 de abril de 1974, era muito pouco expressiva. A este respeito, Carla relembra que não existiam grandes oportunidades profissionais para as mulheres, sendo que ficavam limitadas, maioritariamente, ao trabalho doméstico.

[...] a minha mãe era doméstica, mas quase todas as mães das minhas colegas eram domésticas... eu estou a falar por Lamego, pela minha vivência. Acho que não tenho assim ideia de colegas cujas mães trabalhassem. (Carla 72 anos)

A maior parte das entrevistadas trabalhou ao longo da sua vida em diferentes contextos laborais. Para algumas das mulheres entrevistadas, o início do seu percurso profissional foi no setor primário, embora os trabalhos mais pesados fossem deixados a cargo dos homens:

E acontece que a gente trabalhava nas vinhas, mas eu nunca fui de limpar as ervas das vinhas. A gente chamava de rapar, era com uma picareta. A gente rapava no meio daquelas pedras, era mesmo pedra, era brava! Eu essa parte fui poupadinha, o meu irmão é que ia. Eu ia mais na altura de sulfatar as vinhas, eu ia acartar a calda à cabeça para sulfatar (Natália 72 anos)

Para além do setor primário, uma das entrevistadas desempenhou durante toda a sua vida o cargo de médica e várias outras mulheres referiram terem trabalhado, sobretudo, no sector dos serviços.

Trajetórias de Vida e Acontecimentos Importantes no Percurso de Vida de Mulheres com Mais de 70 Anos

As entrevistadas identificaram alguns acontecimentos que consideram importantes para o desenvolvimento das suas trajetórias de vida e que foram passíveis de ser categorizados em cinco âmbitos: família, migração, educação, contexto profissional e acontecimentos históricos.

Família

No que diz respeito à família, algumas das relações e interações entre os seus membros acabaram por influenciar, em muito, as decisões de algumas das mulheres entrevistadas. Mónica explica que foi a relação entre os seus pais, mais concretamente a forma como o seu pai tratava a sua mãe, que a fez decidir não casar.

[...] era uma pessoa [o pai] que tinha uma maneira de falar violenta para a minha mãe. Aquilo traumatizou-me, traumatizou-me muito. Ao ponto de eu sempre pensar: “eu não me quero casar”. E deixei-me andar, e fiquei solteira. Tive mais tarde um companheiro de quem gostei imenso, imenso, imenso, mas traumatizou-me. (Mónica, 72 anos)

No caso de Madalena, o pai teve um papel determinante na definição da sua trajetória profissional ao limitar as suas escolhas no mercado de trabalho. Na perspetiva desta entrevistada, esta imposição acabou por condicionar o seu percurso, tendo implicações inclusivamente nas suas condições de vida atuais:

Ao fim de poucos dias, [os pais] arranjam-me aquele emprego lá no consultório. Entretanto, eu com as minhas habilitações podia concorrer a bancos, podia concorrer aos CTT's, podia concorrer a companhias de seguros, caixa nacional de pensões... Outros empregos melhores que eu podia ter, com condições sociais ou de vida melhores. Podia ter agora uma melhor reforma... E o meu pai, não me deixou ir para lado nenhum (Madalena, 71 anos)

As responsabilidades familiares interferiram também nas trajetórias académicas das entrevistadas. Mais concretamente, ao assumirem o papel de cuidadoras de familiares próximos viram interrompidos os seus estudos. Por exemplo, Júlia, ainda durante a juventude, ao ter de cuidar do seu padrinho, abandonou o curso:

Porque eu ia tirar um curso, mas depois como eu estava no Porto (breve pausa). E estava em casa dos meus padrinhos (breve pausa). [O padrinho] Teve uma doença e eu parei. Parei porque estive também a cuidar. Estava a ajudar a cuidar dele, apesar de ter uma enfermeira e assim, depois pronto parei! (Júlia, 81 anos)

Foi também num contexto de doença de um familiar próximo, neste caso do cônjuge, que Mónica decidiu assumir o papel de cuidadora e cancelar o seu ingresso no ensino superior:

[...] já eu tinha cinquenta e sete anos, matriculei-me numa licenciatura de contabilidade e fiscalidade, mas, entretanto, o meu companheiro estava com problemas de saúde muito graves e eu tive de vir para casa para o ajudar, porque primeiro estava ele. Estava a saúde dele. (Mónica, 72 anos)

O falecimento de familiares próximos foi apontado, também por algumas entrevistadas, como um acontecimento que influenciou negativamente o seu percurso de vida. Carla refere:

[...] mas digo-lhe uma coisa, eu envievei, sem contar, muito rapidamente, a minha mãe com cento e três anos, o meu marido uma morte muito súbita, muito esquisita, e na altura fiquei mal, efetivamente fiquei mal. E foi nessa altura que eu procurei a academia, porque como eu vivo cá sozinha [...] (Carla, 72 anos)

Migração

A migração, tanto interna quanto externa, figurou-se na análise das entrevistas como um fator importante na trajetória de vida das entrevistadas, influenciando não apenas os seus percursos profissionais, como as experiências pessoais e sociais. Cristina fugiu com seu marido para o estrangeiro para que este não fosse obrigado, pelo regime, a combater na guerra.

E depois, com vinte e um anos eu casei. O meu marido tinha de ir para a tropa, mas não queria ir para guerra e então fomos para o estrangeiro. (Cristina, 73 anos)

Para esta entrevistada, sair de Portugal tinha como consequência não poder regressar:

É assim, nós fomos para lá de assalto. [...] Sem passaporte. E não podemos voltar. E só isso é uma frustração muito grande [...] Não tinha outra forma. Até mesmo vir até Espanha era um bocado perigoso, não é? Porque ainda era a altura do Franco. Eu nunca cheguei a vir, mas havia lá pessoas que já estavam há mais tempo e vinham até à Espanha, até às Canárias e tal. Mas a Portugal não podíamos vir. E custou muito, a alimentação era completamente diferente, é tudo diferente. (Cristina, 73 anos)

As migrações internas também marcaram o percurso de vida de algumas mulheres entrevistadas, exigindo uma adaptação social e cultural. Para Madalena, ter saído da sua cidade natal para residir noutra cidade, quando era mais jovem, representou um período de adaptação difícil:

Eu quando cheguei aqui a Viana chorei lágrimas, lágrimas e lágrimas. Levei dias e dias a chorar porque eu não tinha amigos de escola. Não tinha amigos de nada, não tinha amigas, nada! Era eu e a minha irmã, a minha irmã e eu. A coisa, era difícil, não tínhamos amizades. Depois a mentalidade aqui era muito fechada, muito tacanha, dizia-se muito mal uns dos outros! Era uma coisa má. [...] [O ambiente] Muito mais fechado, nós vínhamos num ambiente que não era assim. (Madalena, 71 anos)

Já para Carla, ter passado a residir noutra cidade para estudar foi um marco importante, pois permitiu que se afastasse da relação conflituosa que tinha com a sua mãe.

Senti muito alívio quando sai de casa para estudar. Depois comecei a ir a casa quando dava, que era nas férias de Natal, nas férias da Páscoa e tal, porque naquela altura não havia dinheiro para se andar, como agora se anda a ir a casa todos os fins de semana. E era uma relação [relação com a mãe] mais amena [...] (Carla, 72 anos)

Educação

A educação, ao estar estreitamente relacionada com o mercado de trabalho, também foi uma dimensão referida ao longo das entrevistas como importante para o desenvolvimento do percurso de vida das participantes, uma vez que os percursos escolares acabaram por influenciar as oportunidades de trabalho.

Através das análises das entrevistas foi possível perceber que algumas mulheres tiveram de interromper os estudos devido às condições socioeconómicas da família. Com efeito, foi precisamente um contexto marcado por fortes dificuldades económicas que levou a que Mónica tivesse de terminar o seu percurso escolar de forma precoce:

Eu quando acabei a quarta classe, o meu pai era alfaiate, e eu já trabalhava. Mesmo em pequenina, novinha, já ia para lá quando não tinha escola ou quando vinha da escola. [...] E portanto, o meu pai dizia que: “acabando a quarta classe vens trabalhar”. Mas eu era muito boa aluna, e a professora, sabendo disso, porque o meu pai já lhe tinha dito que eu ia trabalhar para a loja, tentou influenciá-los e conseguiu [...] Só que cheguei ao quinto ano e as dificuldades eram tantas que tive de ir trabalhar e pronto. (Mónica, 72 anos)

A possibilidade de regressar à educação formal advinda de uma política pública, numa idade mais adulta, traduziu-se em mudanças profundas na trajetória de vida de Natália:

Eu tinha sido boa aluna e a professora dizia que era pena eu não continuar, mas não continuei eu, nem continuou ninguém, foi tudo para casa trabalhar. [...] Depois eu cresci, até antes do 25 de abril, ocorreu um acontecimento na minha vida, quando eu tinha vinte e quatro anos, muito importante, que foi aí que eu comecei a estudar, até aí eu só tinha a quarta classe. Nessa altura, houve uma reforma do Veiga Simão, que foi ministro da educação [...] em que o segundo ciclo era grátis para toda a gente [...] E nessa altura, que já tinha vinte e quatro anos, é que dei o pulo e isso foi decisivo. [...] Portanto, foi o que fez diferença na minha vida. (Natália, 75 anos)

Trajetória Profissional

A trajetória profissional, quer seja o percurso laboral durante a vida ativa, quer seja o seu fim com a transição para a reforma, foi uma das dimensões identificadas pelas entrevistadas como importantes para o seu curso de vida. Neste estudo, o trabalho exercido ao longo da vida e as condições económicas que as mulheres percecionam na fase atual das suas vidas apresentam uma forte ligação:

É assim, se eu não tivesse tido o emprego que tive, não tinha agora as condições que tenho. Por outro lado, o meu marido era militar e eu tenho uma reforma, uma pensão dele razoável. Portanto as duas coisas permitem ter algum alívio. (Cristina, 73 anos)

Para Júlia, o facto de ter tido um negócio próprio influenciou muito, não só a sua vida passada, como a sua vida atual.

[...] a verdade que (breve pausa) sempre trabalhou muito para ter o que tem, mas acho que sim, sim. Tivemos uma fábrica 25 anos e era só eu e o meu marido e, quer dizer... [...] E os empregados, não é? Claro. Mas não tínhamos sócios. E, portanto, eu acho que isso influenciou. (Júlia, 81 anos)

A carreira laboral foi caracterizada por algumas das entrevistadas como cansativa e stressante. Assim, para elas, a entrada na **reforma** foi entendida como um acontecimento importante e determinante para um maior bem-estar. Madalena refere que a reforma lhe possibilitou gerir melhor o seu tempo, traduzindo-se tal em bem-estar e felicidade:

[...] a gente quando está a trabalhar é levantar de manhã, ir para o emprego, [...] vimos para casa de rastos e não temos já força anímica para fazer outras coisas. Portanto, é claro que eu estava morta de ficar mais livre, de fazer voluntariado, que também faço, que eram tudo ideias que eu tinha. E quando fiquei [reformada], fui logo fazer (riu-se). [...] Eu acho que até sou mais feliz agora (riu-se). (Madalena, 71 anos)

Acontecimentos Históricos: 25 de abril de 1974

Tal como defendido pela perspectiva do Curso de Vida, a trajetória de vida é balizada por tempos e lugares históricos (Elder et al., 2015). Desta forma, e tal como expectável, as entrevistadas identificaram o impacto que a revolução do 25 de abril de 1974 teve na sua trajetória de vida. Com efeito, aquando desta revolução, as entrevistadas estavam em fases diferentes da sua vida. Algumas já se encontravam no mercado de trabalho e já estavam casadas, como no caso de Palmira:

Já estava casada, já tinha filhas e já estava a trabalhar. (Palmira, 82 anos)

Outras mulheres, apesar de já estarem a trabalhar, ainda não estavam casadas, tal como Carla:

Estava a trabalhar. Estava aqui em Viana, a trabalhar. [...] já namorava, mas estava a trabalhar. (Carla, 72 anos)

No caso de Natália, quando ocorreu o 25 de abril, tinha 25 anos, ainda estava a estudar e encontrava-se solteira.

Pois, estava eu a estudar nessa altura. [...] Tinha vinte e cinco anos. Vinte e cinco. [...] eu nessa altura estava solteira ainda. Depois quando tirei o curso e vim para São Miguel é que conheci o meu marido. Depois, já mais tarde. (Natália, 75 anos)

A descrição que as entrevistadas realizaram sobre o contexto social antes do 25 de abril de 1974 remete sempre para um ambiente muito fechado, com condições económicas e de educação muito precárias:

[...] as memórias que eu tenho hoje... Cá havia outras pessoas na aldeia. Ou que bebessem ou porque havia outros problemas, os filhos passavam fome, andavam na rua. Sei lá, por exemplo, com umas roupas muito rotinhas, sem fralda, a fazerem cocó no chão e assim [...] E isto foi antes do 25 de abril, a gente ainda estava naquilo tudo fechado, que só havia um rádio na aldeia (Natália, 75 anos)

Nos discursos das entrevistas é também frequente a menção aos mecanismos de censura e controlo muito enraizados na sociedade, mesmo em ambientes privados, como os familiares, onde temas políticos tinham de ser completamente evitados. Este contexto levou a que muitas das entrevistadas não tivessem qualquer noção política:

A ignorância era absoluta e total em questão política. [...] politicamente era uma ignorante, não se falava de nada, ninguém sabia nada [...] Em minha casa, em casa dos meus pais, não se falava em política é uma coisa muito curiosa, que não lhe sei explicar também o porquê. Havia na altura uma rádio que era a BBC, e o meu pai ouvia assim às escondidas porque [...] os informadores, os bufos da PIDE que nunca se sabia quem eram, podiam ouvir. Podia ser um vizinho, ouvia e denunciava e etc. O meu pai ouvia, à hora de jantar, um bocadinho, e para não ser audível (riu-se) punha um copo de água em cima do rádio. Em cima do rádio um copo de água, porque aquele copo de água não permitia que cá fora se soubesse que rádio se estava a ouvir. (Carla, 72 anos)

A influência que o fim do regime do Estado Novo teve na vida das entrevistadas foi variável. Mónica reconhece como um dos efeitos mais imediatos a possibilidade de regresso ao país por parte do seu irmão:

A gente vivia no obscurantismo, porque nada era discutido. A gente não sabia nada, absolutamente nada, a não ser aqueles discursos de formalidade que o Salazar e companhia vinham fazer, mas nada mais se falava e a vida difícil que eu sei lá. Lembro-me que um dos sinais positivos do 25 de abril, para mim, foi o facto de eu ter um irmão que para fugir à tropa, fugiu para o estrangeiro, só que não podia voltar a Portugal porque seria preso, porque ele fugiu à tropa. Ele tinha dezassete ou dezoito anos e, portanto, a partir do 25 de abril foi permitido eles terem o passaporte e poderem voltar para os países de origem. (Mónica, 72 anos)

O fim da ditadura representou para Cristina a possibilidade de regressar ao seu país, do qual teve de fugir com o seu marido:

Teve um impacto muito grande até esse [o 25 de abril]. Eu ao fim de catorze dias estava em Portugal. Eu no dia catorze de maio já estava em Portugal. Porque pronto, o problema que nos fez ir, terminou, e depois pronto, já pudemos vir, e depois o meu marido foi fazer a tropa normal. (Cristina, 73 anos)

O impacto do fim da ditadura na vida das entrevistadas foi também variável conforme o estatuto social. Palmira, que já era médica, referiu por diversas vezes ao longo da entrevista o facto da sua profissão a ter distanciado de valores e atitudes discriminatórias. Para esta

entrevistada, o único impacto que o fim da ditadura teve na sua vida esteve relacionado com o trabalho do seu marido:

A única alteração que se pode dizer que tive, não foi comigo, foi mais com o meu marido! O meu marido era engenheiro, trabalhava numa empresa, empresa essa onde ele trabalhava de dia e de noite porque estava a montar uma fábrica e trabalhava de dia e de noite [...]. A partir do 25 de abril, como começou a ser complicado isso, o meu marido deixou de trazer essas coisas para casa e não trazia esse trabalho para casa, o que foi uma vantagem para mim porque ele estava mais disponível, mas foi a única que eu achei que pode ter tido um significado na minha vida (Palmira, 82 anos)

Nem todas as entrevistadas identificaram diferenças na sua vida após o 25 de abril. Júlia sente que o 25 de abril não impactou a sua vida, apesar de reconhecer que possa ter sido muito positivo para outras pessoas.

[alterações que o 25 de abril trouxe para a sua vida] Não. [...] agora, reconheço que há pessoas que devem ter... foi muito bom para muitas pessoas. A mim, para mim, não notei, as minhas empregadas já estavam todas efetivas, eu nunca, mesmo antes do 25 de abril, eu pagava-lhes o ordenado justo, nunca fui exploradora. Portanto, disse que não notei, se dissesse assim “ai eu estava ali a oprimi-la” ou assim, podia ter notado, mas não era o caso. (Júlia, 81 anos)

As mulheres entrevistadas reconheceram a existência de **aspetos positivos e negativos** relacionados com a revolução, não só para a vida das próprias, como para a vida social, económica e cultural do país. Em Portugal, a revolução de 25 de abril de 1974 representou uma mudança paradigmática na vida social, política e cultural do país. Assim, para além da reestruturação política, este acontecimento teve uma importante influência na vida, nos valores e liberdades individuais. Tal constituiu para todas as entrevistadas o principal aspeto positivo da revolução. A este respeito, Mónica refere:

[alterações que o 25 de abril trouxe para a sua vida] A maneira de pensar, de falar, de... sei lá, de viver completamente. Aquilo foi uma mudança radical! Acho que, verdadeiramente, só dá valor a isso quem passou, quem esteve na transição. Porque foi, foi.... eu lembro-me do primeiro de maio a seguir ao 25 de abril que aquilo eu acho que nunca mais na vida vejo nada tão emotivo como aquele primeiro de maio, é verdade. Aquilo foi fabuloso, fabuloso. Depois via-se a televisão que não passava nada, a não ser, havia um carimbo que era censurado, censurado, estava sempre a passar e aquilo deixou de existir, viam-se as portas a serem abertas das cadeias. Aquilo foi uma coisa que nem tem... Olhe, eu nem lhe sei explicar. (Mónica, 72 anos)

A revolução do 25 de abril tornou-se, assim, um motivo para celebração e um marco significativo no percurso de vida das entrevistadas, como refere Cristina:

[o 25 de abril] Teve um impacto muito grande. Ainda hoje tenho um grupinho de amigos da Dinamarca e que nos juntamos todos no 25 de abril! Eu este ano não pude ir, fiquei com muita pena, porque para nós foi muito importante. (Cristina, 73 anos)

Os avanços políticos e as novas liberdades vieram acompanhados por desafios e dificuldades que impactaram a vida dos portugueses. Com efeito, no discurso das mulheres

entrevistadas foi também possível identificar algumas ambivalências percecionadas pelas mesmas sobre o período pós-revolucionário. Cristina refere que o seu regresso a Portugal foi desprovido de qualquer apoio, tendo enfrentado uma forte precariedade laboral:

E quando vim tive de me sujeitar ao que havia. Não tinha trabalho, tive de procurar outras coisas para fazer. Não fui logo trabalhar para a caixa. Pronto, coisas que eu até nunca tinha trabalhado, mas tinha de ganhar a vida. Tive de ir para casa da minha mãe porque, pronto, não tinha assistência, não tinha nada. (Cristina, 73 anos)

Para Madalena, as alterações resultantes do regresso dos “retornados” tiveram um forte impacto a nível social e pessoal. Esta entrevistada percecionou muita dificuldade ao nível laboral e habitacional, sentindo que a prioridade política estava direcionada apenas para as pessoas que estavam a regressar a Portugal, vindas das colónias.

Por outro deu-se a vinda dos retornados [...] É que quando essas pessoas vieram todas de Angola... Angola, Moçambique, todos, os chamados retornados[...] eles vieram todos para cá. Todas as pessoas que trabalhavam lá, que eram professores, que trabalhavam em lugares públicos, foram todos integrados quando cá chegaram. Resultado: quem cá vivia chupou no dedo, porque quem cá vivia era como se tivesse vivido num paraíso e não era assim. Nós vivemos tão mal como eles, aliás, parece que eles é que viveram melhor que nós, [...] Nós aqui vivíamos sempre oprimidos, uma vidinha ali. [...] Enquanto aquelas pessoas todas não ficaram todas integradas na nossa sociedade, não houve nada para ninguém para quem cá estava [...]. Ainda foram alguns sete ou oito anos, essa brincadeira. Portanto, condicionou e muito a minha vida, muito! Na altura em que casamos, arranjar casa, dificuldade em arranjar emprego, condicionou muito, muito. (Madalena, 71 anos)

Algumas das entrevistadas apresentaram uma visão crítica relativamente às alterações económicas no período pós-revolucionário. Para Júlia, a gestão financeira de Salazar havia contribuído positivamente para o país:

[...] acho que quando, lá os comunistas [...] invadiram as propriedades das pessoas, quer dizer, teve coisas, acho que trouxeram coisas muito más também nesse aspeto. Acho eu. Depois também aumentar tudo, tudo, tudo muito em relação aquilo que as pessoas ganham... Agora há muitas pessoas que... Salazar só teve um defeito muito grande, que foi estar lá tempo demais. Porque de resto, de início, ele fez coisas muito boas também, e aliás, não gastou dinheiro, tinha-o lá todo (Júlia, 81 anos)

As mudanças estruturais que surgiram com o movimento revolucionário também tiveram repercussões nas dinâmicas e valores familiares ao alterarem práticas e valores muito enraizados. Mónica apresenta uma visão crítica sobre o aumento do número de divórcios:

[...] começou-se também a ver coisas muito negativas. Lembro-me de muito casal a separar-se, porque frequentavam as sedes dos partidos e aquilo valia tudo! Valia tudo, e muita gente, pronto, ali no início a gente ainda abria a boca porque ficava espantada, mas depois aquilo tornou-se um hábito que a gente já nem liga. (Mónica, 72 anos)

Sobre este aspeto, Madalena ainda acrescenta que, as mulheres que vinham das colónias, tinham comportamentos e atitudes que trouxeram consequências negativas para a esfera social da época:

[...] as raparigas que vinham de fora eram todas muito liberais, fumavam, já tomavam drogas, não é? [...] Foram elas que trouxeram as drogas para o nosso país, aquelas drogas leves... [...] Fumavam, eram muito vanguardistas, [...] eram um expoente máximo da modernidade. E nós... pah eu não me sentia quadrada, mas realmente eu via aquilo, eram as minissaias, eram... e depois muita coisa acabou mal, muita coisa acabou mal. [...] vinham e iam às discotecas, namoravam com grandes facilidades com rapazes, engravidaram. Algumas suicidaram-se, outras... acabou mal alguns casos, acabaram mal, acabaram mal [...] (Madalena, 71 anos)

Capítulo 4 – Discussão dos Resultados

Este estudo teve como principal objetivo analisar a importância das características sociodemográficas, económicas e de saúde, bem como de fatores relacionados com o percurso de vida, para a QdV atual das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos. Para tal, foi desenvolvida uma investigação em duas fases. A primeira fase seguiu uma abordagem quantitativa e contou com uma amostra de 357 mulheres portuguesas. E a segunda fase, que seguiu uma abordagem qualitativa, versou sobre uma amostra de sete mulheres com 70+ anos, que participam na Academia Sénior do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

No que diz respeito ao prisma quantitativo, através de análises por grupos etários (70-79 anos e 80+ anos), foi possível concluir que as mulheres mais jovens e mais velhas diferem em algumas das suas características sociodemográficas. Mais concretamente, as mulheres com 80+ anos são maioritariamente viúvas, ao contrário das mais jovens que são sobretudo casadas. No mesmo sentido, também residem sozinhas numa percentagem mais elevada que as mulheres do grupo mais jovem. Tal pode dever-se, precisamente, ao facto de as mulheres apresentarem uma esperança média de vida mais elevada do que os homens (Carmel, 2019; Daniel et al., 2018) e, por isso, tenderem a ser viúvas em idades mais avançadas (Förster et al., 2021). Simultaneamente, o facto de não ser comum para as mulheres voltarem a casar, depois de enviuvarem, pode contribuir para explicar que as mesmas residam a solo, em maior percentagem, que as mulheres mais jovens (Brás, 2022).

Ao nível da saúde, são as mulheres com 80+ anos que apresentam mais limitações nas ABVD e das AIVD. Estes resultados corroboram os de outras investigações que têm enfatizado que as limitações na realização de atividades aumentam com a idade (Gao et al., 2022). As pessoas mais velhas também possuem maiores percentagens de sintomatologia depressiva significativa. Neste âmbito, e de acordo com a literatura, alguns fatores hormonais, outros relacionados com a morte do cônjuge (mais frequente em idades avançadas) e a solidão, podem contribuir para maior incidência da depressão nas mulheres mais velhas (Ferraz, 2014; Daniel et al., 2018; Cheung & Mui, 2023). Por outro lado, são as mulheres com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos aquelas que apresentam maior satisfação nas suas redes sociais.

Nesta investigação, através da caracterização da infância e juventude das mulheres, foi possível concluir também que grande parte das mulheres auto classifica a sua saúde até aos 15 anos de idade de forma positiva. Já as condições financeiras da família das mulheres até aos 16 anos de idade foram classificadas pela maioria como “médias” ou “más”. A este respeito, as análises das entrevistas também permitiram concluir que a infância e juventude das entrevistadas foi marcada pela existência de dificuldades financeiras, por vezes normalizadas.

Tal pode ser explicado, em parte, pelo facto de Portugal, nessa época, ser um país com baixas taxas de produtividade e um fraco desenvolvimento industrial que se traduzia numa detioração das condições de vida da população (Martins, 2006). Outra explicação poderá estar relacionada com o facto de, na maioria das famílias portuguesas da época, existir apenas uma fonte de rendimento no agregado familiar, nomeadamente o pai (Rodrigues, 2017).

As análises estatísticas permitiram concluir que a maior parte das inquiridas mantinham uma relação boa com os seus pais aos 17 anos de idade. A análise das entrevistas evidenciou também que, apesar da relação com o pai ser, para a maioria das entrevistadas, uma relação positiva caracterizada pelo afeto e proximidade, a relação com a mãe era, por vezes, considerada fria, distante e conflituosa. De acordo com a literatura, era comum a existência de uma relação mais distante entre as mães e as filhas, devido a um conjunto de imposições colocadas pelas mães, responsáveis pela sua educação (de Almeida Rodrigues, 1983).

Através dos dados estatísticos foi possível concluir também que a religião era muito importante na casa da maioria das inquiridas ao longo da sua juventude. Tal era expectável, uma vez que o regime político em vigor defendia que a religião, nomeadamente o catolicismo, era necessário para a formação da sociedade (Pereira, 2011). Nas sociedades tradicionais, principalmente nas ocidentais, a religião tem um peso significativo nas transições que ocorrem ao longo da vida e está relacionada com momentos importantes do curso de vida, nomeadamente no nascimento, na adolescência, no casamento e na morte (Davie & Vincent, 1998).

Depois de caracterizar as mulheres do ponto de vista sociodemográfico, económico e de saúde, bem como depois de analisados alguns aspetos da sua infância e juventude, foi **caracterizada a QdV das mulheres, de acordo com o seu grupo de idade**. Com efeito, a este propósito, foi possível concluir, através das análises estatísticas, que as mulheres de 80 ou mais anos apresentam níveis de QdV inferiores às de 70-79 anos. Estes resultados são congruentes com os de outros estudos que concluíram que, à medida que as mulheres envelhecem, a sua QdV diminui (Brett et al., 2019). Este resultado pode ter várias explicações. Por um lado, os menores níveis de QdV em pessoas mais velhas podem estar relacionados, tal como noutros estudos, (Patrício et al., 2014; Song & Lee, 2021; Gosh, 2015; Brett et al., 2019; Llorens-Ortega et al., 2023) com problemas de saúde, uma vez que nesta investigação o avançar da idade também se relacionou com mais limitações nas atividades de vida e com mais problemas de saúde. Por outro, a residência a solo e a viuvez, que são duas condições da grande maioria das mulheres com 80+ anos que participaram neste estudo, também se relacionam com piores níveis de QdV (Zhou & Hearst, 2016). Este resultado apoia, assim, a perspetiva da vantagem/desvantagem cumulativa, segundo a qual existe uma tendência para o aumento das

desigualdades ao longo da vida (Dannefer, 2003, 2020), sobretudo em regimes de bem-estar, como os do Sul da Europa, que não apresentam um efeito protetor sobre a QdV das pessoas mais velhas (Llorens-Ortega, et al., 2023). Segundo Liden et al., (2020), a acumulação de desvantagens desde as primeiras idades pode ser atenuada através de regimes com forte apoio social.

Esta investigação permitiu também concluir que **as características sociodemográficas, económicas e de saúde estão relacionadas com a QdV atual das mulheres**. Com efeito, nesta investigação, os maiores níveis de QdV das mulheres foram relacionados com a sua condição financeira e de saúde. Mais concretamente, as análises quantitativas permitiram concluir que as mulheres que conseguem fazer face às despesas mensais com maior facilidade apresentam uma melhor QdV, do que aquelas que reportaram dificuldades. Simultaneamente, também nas entrevistas, a condição financeira favorável foi uma das determinantes que as entrevistadas identificaram como capaz de ter influência na sua vida. Este resultado corrobora as conclusões de vários estudos que defendem que um estatuto socioeconómico favorável tem um impacto positivo na QdV, pois permite, por exemplo, ter um maior acesso a cuidados de saúde e à realização de atividades importantes para as pessoas (Blane et al., 2004; Kneesebeck et al., 2007; Gosh, 2015).

No que diz respeito à saúde, através das análises estatísticas, verificou-se que uma melhor auto percepção da saúde está relacionada com maiores níveis de QdV. De novo, este resultado é congruente com outras investigações (Neri, 2001; Naughton et al., 2016; Wollmann et al., 2021). No mesmo sentido, o aumento do número de limitações na realização das ABVD e das AIVD relaciona-se com níveis inferiores de QdV. Também nas entrevistas se verificou que uma boa saúde física permite às entrevistadas ter um nível de autonomia importante para a realização de atividades e tarefas que consideram importantes, tal como noutras investigações (Campos et al., 2014; Pinkas et al., 2016; Neri et al., 2018). Por fim, no que toca à saúde mental, a depressão apresentou uma relação negativa com QdV das mulheres em todas as idades, tal como noutros estudos (Llorens-Ortega et al., 2023). A depressão, apesar de ter um impacto negativo na QdV das mulheres mais velhas, tende a ser frequente, uma vez que em idades mais avançadas, a viuvez e as baixas reformas podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos (Ferraz, 2014). Também, através da análise estatística dos dados, foi possível concluir que, neste estudo, a escolaridade apenas apresentou uma relação significativa para a QdV das mulheres entre os 70 e os 79 anos. Mais concretamente, verificou-se que quanto maior os níveis de educação, maior a QdV reportada. Com efeito, vários estudos demonstram que o nível de escolaridade tem uma relação forte com a QdV dos adultos mais velhos, pois, está relacionado com a segurança financeira, permite o acesso mais facilitado a recursos e serviços

capazes de dar resposta às necessidades e ainda potencia uma melhor compreensão de como beneficiar dos recursos disponíveis (Börnhorst et al., 2019; Llorens-Ortega et al., 2023).

Por fim, a abordagem quantitativa permitiu também concluir que as redes sociais se relacionaram positivamente com QdV das mulheres dos 70 aos 79 anos, ou seja, que as redes de maiores dimensões e com maiores níveis de satisfação potenciam níveis superiores de QdV, tal como noutros estudos (Neri et al., 2018; Boehlen et al., 2022; Bedrov & Gable, 2023; Cohn-Schwartz & Schmitz, 2023). Esta relação não foi significativa no grupo das mulheres mais velhas e tal poderá estar relacionado com as trocas interpessoais que existem nas relações (Kendig, 2023). Com efeito, nas relações familiares, os níveis de vinculação surgem através de obrigações e trocas e vão-se formando e moldando ao longo de todo o percurso de vida (Kendig, 2023). As mulheres mais velhas apresentam mais limitações ao nível de saúde física e mental e, à medida que estas limitações começam a surgir, poderá também surgir a necessidade de uma prestação de apoio mais consistente por parte de familiares, podendo levar a uma alteração das relações existentes (Pereira, 2013), uma vez que a prestação de cuidados leva, muitas vezes, à redefinição de papéis dentro das relações (Connidis, 2010). Para além disso, a perda de elementos importantes na rede, com o avançar da idade, também pode contribuir para a explicação deste resultado.

Nas entrevistas, a relação positiva estabelecida com os filhos também foi uma das dimensões apontadas pelas entrevistadas como importantes para a sua QdV. De facto, segundo a literatura, as redes sociais e o suporte por elas vinculado proporcionam sentimentos de valorização e de respeito que aumentam os níveis de bem-estar e a QdV (Lee & Oh, 2020). As relações sociais, podem, inclusivamente, reduzir o risco de mortalidade e potenciar reações mais positivas perante situações adversas (Bedrov & Gable, 2023).

Ainda na esfera das relações sociais, na análise qualitativa dos dados, verificou-se que a perda de elementos nas redes familiares, nomeadamente de elementos próximos como o cônjuge, tiveram um impacto negativo na QdV. De acordo com a literatura, estas perdas relacionam-se com sintomas depressivos, stress e ansiedade nas mulheres mais velhas (Ferraz, 2014; Mamidanna et al., 2024). No mesmo sentido, a falta de concretização das expectativas desenvolvidas sobre os familiares mais próximos também teve um impacto negativo na QdV das entrevistadas. Tal pode estar relacionado com a importância que as mesmas conferem à família e às relações familiares, uma vez que nos países do Sul Europeu, onde se incluiu Portugal, são caracterizados como “países fortes em relações familiares” e, neles, a família tende a ter prioridade sobre os valores individuais (Reher, 1998). Tal, aliado ao facto das mulheres terem um papel importante na educação e prestação de cuidados dos filhos (Carmel, 2019), pode ajudar a explicar este resultado.

Também através dos discursos das entrevistadas foi possível concluir que a capacidade de ação perante a vida tem um papel muito importante. Com efeito, uma atitude proativa e uma visão otimista sobre a vida foram apontadas como fatores importantes para a QdV das pessoas mais velhas em várias outras investigações (Gabriel & Bowling, 2004; Kraai et al., 2018; Sheykhangafshe & Shabahang, 2020). Este resultado também pode ser analisado à luz do princípio de agência da perspetiva *Life Course*, segundo o qual as pessoas definem o seu curso de vida através das suas escolhas e ações, que são resultado das oportunidades e restrições das circunstâncias sociais (Elder et al., 2003).

A espiritualidade foi também considerada importante para a QdV das pessoas entrevistadas, pois, segundo a literatura, constitui uma ferramenta de superação mediante acontecimentos negativos ao longo de todo o percurso de vida (Panzini et al., 2017; Lima et al., 2020; Molina et al., 2020). De facto, de acordo com a literatura, a religião e/ou a prática de atividades religiosas não só melhoram a QdV das pessoas idosas, como também ajudam a manter um bom funcionamento cognitivo em idades mais avançadas (Heydari-Fard et al., 2014; Amir et al., 2022). No mesmo sentido, a participação em atividades sociais, manuais e na academia sénior influenciam positivamente a QdV das entrevistadas, tal como noutros estudos (Gitto, 2018).

Por fim, também na abordagem qualitativa, quando questionadas sobre as principais dimensões que afetam a sua QdV, as entrevistadas referiram ainda as notícias sobre a atualidade, por lhes provocar sentimentos de medo. Estes resultados corroboram os de outros estudos, principalmente durante a pandemia de COVID-19, que concluíram que idosos que acompanhavam regularmente as notícias sobre a pandemia, apresentavam maiores índices de sofrimento psicológico (Bauldry & Stainback, 2022).

Para além das características sociodemográficas, económicos e de saúde atuais, as participantes deste estudo também identificaram **a importância das circunstâncias da sua juventude e infância para a sua atual QdV**. Mais concretamente, foi possível concluir, através das análises das entrevistas, que as dinâmicas estabelecidas na relação com a mãe durante a juventude, continuam a influenciar a QdV e a moldar a capacidade de interação social em idades mais avançadas. Para além disso, através das análises estatísticas foi possível concluir que a QdV atual das mulheres também foi associada à relação estabelecida com a mãe e com o pai, durante a infância e juventude.

A análise das entrevistas permitiu concluir uma forte presença do papel da mãe durante o crescimento das entrevistadas, numa relação marcada pela existência de muitas expectativas sobre o seu desempenho. Assim, e embora um dos principais papéis das mães na infância e na juventude destas mulheres tenha sido o da transmissão de ensinamentos sobre o seu

desempenho enquanto donas de casa, esposas e mães (de Almeida Rodrigues, 1983), tal nem sempre teve um impacto positivo na vida das entrevistadas. A relação com o pai foi, na maioria dos casos, entendida de forma mais positiva, embora algumas delas a tenham caracterizado como distante, conflituosa e muito marcada por comportamentos controladores.

De acordo com a literatura, as relações familiares na infância e juventude têm uma estreita relação com QdV em idades mais avançadas, uma vez que as primeiras experiências de vinculação, geralmente com familiares, influenciam a formação de redes e vínculos sociais em idades mais avançadas. Assim, é essencial a existência de vínculos seguros durante a infância para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis na velhice (Parvin et al., 2024), uma vez que existe um impacto duradouro dos traumas infantis e dos ambientes familiares instáveis ao longo de toda a vida (Parvin et al., 2024).

A condição socioeconómica e a saúde durante a infância e a juventude das mulheres com 80 ou mais anos também está relacionada a sua QdV atual. As análises estatísticas permitiram concluir que a existência de boas condições financeiras na família até aos 16 anos de idade se relacionou com uma melhor QdV, em idades mais avançadas. Também ao longo das entrevistas, a grande maioria das entrevistadas enfatizou o peso e a importância das dificuldades económicas, por vezes normalizadas, durante a sua infância e a juventude. Em Portugal era comum que nas famílias apenas o pai fosse responsável pelo rendimento familiar, sendo que a mãe se restringia ao trabalho doméstico (Rodrigues, 2017). Este contexto poderia contribuir, também, para a existência de maiores dificuldades financeiras nas famílias.

Estes resultados, que apontam para a importância das condições económicas da infância para a QdV atual das mulheres mais velhas, são congruentes com outras investigações como as de Börnhorst et al., (2019) que concluíram que a QdV dos europeus reformados está relacionada com a sua situação financeira na infância em todas as regiões europeias, embora de forma mais saliente nos países do Sul da Europa. No mesmo sentido, outros estudos concluíram que as mulheres que declararam piores condições socioeconómicas na infância apresentam mais doenças em idades avançadas (Lipowicz et al., 2007). Os resultados de estudos longitudinais demonstram que as trajetórias de saúde funcional em adultos mais velhos continuam a ser moldadas pelas circunstâncias socioeconómicas da sua infância, enfatizando deste modo que as origens sociais desfavorecidas estão associadas a mais limitações funcionais ao longo da vida (Haas, 2008). Também fora da Europa, outras investigações têm apontado para a relação entre as piores condições financeiras na infância e os menores níveis de satisfação com a vida em idades mais avançadas (Muhammad & Joy, 2022). As condições socioeconómicas na infância podem também ter impacto na função cognitiva em idades mais avançadas, uma vez que o crescimento em ambientes enriquecedores, com acesso a atividades estimulantes e com

oportunidades educativas, potencia as capacidades cognitivas na vida adulta (Parvin et al., 2024). Para além disso, as condições económicas podem influenciar outros determinantes da saúde como a nutrição, os níveis de stress e o acesso aos cuidados de saúde, que têm impacto direto na cognição (Dannehl et al., 2017).

Tal como as condições socioeconómicas, também a melhor saúde na infância foi relacionada com melhores níveis de QdV das mulheres com 80 ou mais anos. Este resultado veio reiterar a literatura científica no domínio, que defende a existência de uma influência muito grande da saúde nas primeiras fases da vida e, posteriormente, na forma como as pessoas percecionam a sua QdV em idades mais avançadas (Börnhorst et al., 2019; Tao et al., 2021). Segundo Börnhorst et al., (2019), existem vários efeitos indiretos da saúde infantil na QdV dos europeus mais velhos, nomeadamente no nível da educação, do rendimento familiar e da auto percepção da saúde. A má nutrição infantil pode ter consequências duradouras na saúde, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes (Parvin et al., 2024). Também a exposição ao stress na infância pode levar à desregulação fisiológica o que, por sua vez, contribui para o aumento dos riscos para a saúde nos indivíduos mais velhos (Parvin et al., 2024).

No caso de Portugal, em particular, importa salientar que apesar do Estado Novo ter proporcionado cuidados de saúde aos mais pobres, estes possuíam recursos insuficientes, não eram organizados e existia uma grande desigualdade no acesso a serviços de saúde. O próprio estado defendia que os cuidados de saúde eram da responsabilidade das famílias e as pessoas que possuíam menos recursos tinham uma maior dificuldade no acesso a serviços de saúde, não só devido a dificuldades económicas, como também devido às restrições geográficas, à fragilidade dos serviços públicos e à discriminação devido à situação de pobreza (Gato, 2020).

A infância e a juventude das mulheres incluídas neste estudo decorreram num período ditatorial em que os seus **papéis sociais eram fortemente limitados**. A análise de conteúdo aos discursos das entrevistadas permitiram perceber que as mulheres experienciaram desigualdades e limitações na sua liberdade individual em várias esferas. Mais concretamente, na esfera social/comunidade foi saliente a existência de um conjunto de normas sociais que limitavam as mulheres nas suas liberdades, tanto de expressão, como, por exemplo, para se deslocarem ou frequentarem locais públicos. Já na esfera doméstica, foi notória a existência de uma separação entre os papéis das filhas mulheres e dos filhos homens. Às mulheres eram associadas uma série de aprendizagens acerca das tarefas doméstica e incutidos valores relacionados com os cuidados e com a família. No seio das famílias das entrevistadas era também predominantemente o homem que fazia a gestão financeira, tal como na maioria das famílias portuguesas (Rodrigues, 2017). De facto, esta realidade era comum a grande parte das

famílias portuguesas durante o Salazarismo, em que se defendia que a mulher deveria ser apenas mãe e dona de casa, enquanto o homem seria a fonte de rendimento familiar (Rodrigues, 2017). Tal fazia com que a mulher fosse remetida apenas à esfera familiar sobre a tutela dos pais ou dos maridos (Esteves, 2001). Este regime político procurou diminuir os direitos civis das mulheres, como a independência financeira e emocional, a sua liberdade sexual, a deslocação para fora do país sem a autorização do seu marido, o divórcio e o direito ao voto, que estava limitado às mulheres que tinham mais de 21 anos e o ensino secundário ou ensino superior (Cova & Costa Pinto, 1997; Melo, 2022).

A escola foi outra das esferas em que as entrevistadas percecionam a limitação da sua liberdade e até desigualdades. Tal não é surpreendente, uma vez que a escola era um veículo utilizado pelo regime vigente para moldar o pensamento das crianças, incentivando ao cumprimento de normas, regras e costumes que frequentemente resultavam no aumento das diferenças de género. Para além da separação de turmas (Lamas, 2002; Mota, 2020), os manuais continham imagens distintas que representavam as diferentes tarefas a serem realizadas pelos meninos e pelas meninas. As tarefas das meninas estavam ligadas às tarefas domésticas (limpeza da casa, passar a ferro, cozinhar, dar o biberão ao bebé, passeá-lo no carrinho e regar as flores do jardim). Já a dos meninos passavam por tarefas relacionadas com atividades profissionais e de lazer (carpintaria, pesca, agricultura, jardinagem, tocar música, pintar, alimentar os pássaros) (Neves, 2000).

O papel das mulheres no mercado de trabalho antes do 25 de abril foi também outra das dimensões salientadas pelas entrevistadas. Para além de quase todas as mulheres mais velhas se dedicarem ao trabalho doméstico, as profissões que podiam ser exercidas pelas mulheres eram também limitadas e, principalmente, relacionadas com a agricultura. Como já referido, em Portugal, a maioria das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 54 anos apenas realizavam trabalho doméstico, isto é, não possuíam um trabalho remunerado fora do contexto doméstico (de Almeida Rodrigues, 1983). As que tinham trabalho remunerado, ou as que iniciaram o seu percurso profissional, eram maioritariamente trabalhadoras do primeiro setor, como as próprias entrevistadas referiram. Segundo Melo (2022), no início do Estado Novo, apenas 17% das mulheres realizavam trabalho remunerado e, duas décadas depois, em 1950 essa percentagem sofreu um pequeno aumento, passando a 22,7%, sendo o setor primário o principal destino profissional destas mulheres.

Os grupos sociais a que pertenciam, a falta de meios de comunicação social e as circunstâncias sociais, políticas e económicas levaram a que muitas destas mulheres não tivessem perspetivas, ambições ou projetos para o futuro, durante a sua juventude. Tal como

evidenciado pela literatura, o não desenvolvimento do pensamento crítico levou a que, durante o estado Novo, “o filho do agricultor devesse aspirar vir a ser agricultor” (Mota, 2020, p. 40).

As análises das entrevistas permitiram também **identificar acontecimentos importantes que marcaram a trajetória de vida das entrevistadas e influenciaram, assim, o seu processo de envelhecimento**. As relações familiares, mais especificamente as relações e dinâmicas entre os pais, enquanto casal, marcaram profundamente a vida de algumas entrevistadas, levando-as a optar por nunca se casarem ou nunca mudarem de emprego. A este respeito, a literatura tem enfatizado o grande impacto que a relação familiar nas primeiras idades pode ter ao longo de toda a vida (Parvin et al., 2024). Ainda ao nível familiar, outros acontecimentos relacionados com a prestação de apoio a familiares próximos e a viuvez também foram apontados como acontecimentos importantes na trajetória de vida. Estes resultados corroboram outros estudos que identificaram a influência da família no percurso de vida das pessoas (Mota-Santos et al., 2017), defendendo a existência de uma grande influência a nível geracional (Carr, 2018). Estes resultados podem também ser analisados à luz da perspetiva *Life Course*, através do princípio das vidas ligadas. Segundo este princípio as vidas são vividas de forma interdependente e as influências socio-históricas são manifestadas através de uma rede de relacionamentos partilhados (Elder et al., 2003; Elder et al., 2015). Verifica-se que existe uma influência das gerações mais velhas sobre as gerações mais novas, sendo que esta influência pode recair sobre o percurso escolar e sobre a sua trajetória social (Mortimer, 2022). Assim, tal como noutros estudos, este princípio permite ilustrar a importância da pertença a uma rede de relações sociais (Carr, 2018). O impacto das relações no percurso de vida das entrevistadas também foi notório noutros acontecimentos que marcaram a sua trajetória de vida, como os contextos de migração interna e externa. Com efeito, as entrevistadas mudaram de residência e até de país por causa das suas relações familiares. No caso específico da saída para fora do país, para além do princípio das vidas ligadas (uma vez que a entrevistada emigrou para o seu marido não ir para a guerra), também é importante analisar este acontecimento à luz do princípio do tempo e lugar (Elder et al., 2003; Elder et al., 2015). De facto, o percurso de vida está interligado com os tempos históricos e com os lugares em que as pessoas habitam/permanecem, da mesma forma que os processos sociais também são moldados pelas normas e contextos históricos (Carr, 2018). Esta mudança de país surgiu, em primeira instância, devido ao contexto social e político que Portugal enfrentava, que se caracterizava pelo apoio a uma guerra colonial (Pintassilgo, 2014).

Também a educação foi apontada como uma esfera que marcou o percurso de vida das participantes. Mais concretamente, a interrupção dos estudos devido às condições socioeconómicas das famílias foi apontada como um acontecimento capaz de moldar a

trajetória de vida, uma vez que acabou por se traduzir numa profissão menos qualificada. Os baixos níveis de escolaridade têm sido associados a piores níveis de bem-estar e QdV em adultos mais velhos portugueses (Conde-Sala et al., 2017; Ribeiro et al., 2020). Também na esfera da escola, as entrevistadas identificaram a possibilidade de reingresso no ensino, como um marco decisivo para as suas vidas. Esta possibilidade foi originada por uma reforma do Estado, que enfatiza a importância dos tempos e lugares históricos no curso de vida das pessoas (Elder et al., 2003; Elder et al., 2015). Simultaneamente, também reflete o princípio de agência. Segundo a perspetiva *Life Course*, este princípio refere-se à forma como as pessoas conduzem o seu curso de vida através das suas escolhas e ações, mediante as oportunidades e restrições das circunstâncias sociais (Elder et al., 2003; Elder et al., 2015). De acordo com alguns estudos, a capacidade de agência, não só contribui para o bem-estar social, emocional e cognitivo, como também permite a construção de relações sociais significativas e uma rentabilização de oportunidades (Vella-Brodrick et al., 2023). Assim, a decisão de voltar a estudar, que surgiu através de uma oportunidade relacionada com a criação de uma política pública, representa a capacidade de escolha da pessoa perante as condições estruturais.

A trajetória profissional surgiu também como importante na vida das mulheres entrevistadas, pois, para além de ter tido um impacto significativo em várias fases da sua vida, o seu discurso deixa marcado a importância que o seu trabalho teve para as suas condições de vida atuais. Estes resultados corroboram com outros estudos que concluíram que as condições no mercado de trabalho na meia-idade permanecem até à idade da reforma (Brydsten et al., 2023).

Para algumas das entrevistadas, o fim da trajetória laboral e a entrada na reforma foi um acontecimento importante por abrir espaço à realização de atividades que deixaram pendentes ao longo do seu percurso profissional. A entrada reforma é, de facto, um momento transitório muito importante na vida das pessoas mais velhas que, quando realizada de forma voluntária, pode ter um impacto muito positivo (Bonsang e Klein, 2012). Um estudo realizado por Syse et al., (2017) permitiu concluir que a entrada na reforma melhorou a saúde mental e possibilitou o aumento de atividade física. De acordo com a literatura, as mulheres apresentam uma melhor adaptação à reforma, pois, ao longo da sua vida, dão mais importância às relações familiares e de amizade. Para além disso, por terem a sua carreira interrompida várias vezes ao longo do seu percurso profissional, têm maior facilidade em se adaptar a transições (Blekesaune & Hansen, 2021).

Por fim, fortemente relacionada com o princípio do tempo e lugar surgiu a revolução do 25 de abril de 1974, como um marco importante na vida destas mulheres. Quando ocorreu esta revolução, as entrevistadas encontravam-se em fases da vida diferentes. Contudo, nenhuma

ficou indiferente a este acontecimento histórico que acarretou mudanças a nível social, político e económico.

Portugal, ao nível social, foi descrito pelas entrevistadas como um país fechado e com condições económicas e de educação muito precárias. De facto, o país passava por uma situação de grande carência social e económica devido às consequências provocadas pela I Guerra Mundial, pela crise financeira mundial de 1929 e pelo início da II Guerra Mundial (Cova & Costa Pinto, 1997; Mota, 2020; Gato, 2020). Foi também referido pelas entrevistadas o sentimento de desconhecimento político, num contexto de censura da imprensa e de falta de meios de comunicação. Tal é corroborado pela literatura que evidência o facto de a censura ter sido utilizada como ferramenta para exercer poder, não se limitando apenas à repressão, mas também ao cultivo do desinteresse e desinformação sobre vários temas (Carvalheiro & Silveirinha, 2015).

O fim da ditadura Salazarista impactou de diversas formas a vida das entrevistadas. Para algumas, representou a possibilidade do seu regresso, bem como o regresso dos seus familiares, a Portugal. O regime do Estado Novo desenvolveu um sistema que tornava a saída e a entrada no país muito difícil (Galvanese, 2020). Assim, muitos familiares das mulheres idosas e até as próprias que fugiram de Portugal de forma ilegal, viam o seu regresso muito difícil, pois, eram considerados clandestinos (Galvanese, 2020).

As mulheres participantes neste estudo identificaram a reconquista dos direitos e liberdades individuais como uma das dimensões mais importantes desta revolução. Contudo, também identificaram aspetos menos positivos. Aquelas que tinham saído do país sentiram falta de apoio formal no seu regresso. Para outras, o regresso dos “retornados” representou um agravamento dos problemas económicos, das dificuldades na procura de trabalho e no acesso à habitação. Segundo a literatura, depois da descolonização, existiu um regresso de 500,000 a 800,000 colonos portugueses (Peralta, 2019). Quando chegavam a Portugal, eram encaminhados pelo Estado para casas de familiares ou, na falta desta opção, para pensões, hotéis, cadeias, parques de campismo, entre outros. Muitos portugueses reagiram negativamente às medidas de apoio por parte do Estado a esta população que passavam por subsídios de alojamento e alimentação, integração no mercado de trabalho e atribuições de crédito com condições especiais (Peralta, 2019). As entrevistadas associam também este marco histórico a alterações negativas nas normas sociais e no seio familiar, nomeadamente o aumento do número de divórcios. De facto, após a revolução de 1974, existiu um aumento considerável no número de divórcios. A nível estatístico, e de acordo com o PORDATA (2024), no ano de 1974 tinham sido registados 777 divórcios, no ano seguinte, em 1975, o número

aumentou para 1,552, representando, assim, quase o dobro do número de divórcios do ano anterior.

Por fim, as condições económicas nos pós 25 de abril foram também apontadas como uma preocupação para algumas das entrevistadas, pois, apesar do grande movimento de industrialização, que ocorreu no início da década de 60, as guerras coloniais consumiam uma grande parte do orçamento nacional, o que provocava um atraso no desenvolvimento do país (Peralta, 2019).

Conclusão

Esta investigação procurou contribuir para a análise da importância das características sociodemográficas, económicas e de saúde atuais, bem como de fatores relacionados com o percurso de vida, para a QdV atual das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos. Numa primeira fase, a análise estatística de um número significativo de mulheres com 70 e mais anos em Portugal permitiu relacionar as características sociodemográficas, económicas e de saúde com a sua QdV. Também foi possível analisar a relação existente entre a QdV atual das mulheres de 70 ou mais anos e algumas das características da sua infância e juventude. Numa segunda fase, a abordagem qualitativa permitiu, sobretudo, identificar acontecimentos relevantes que marcaram o processo de envelhecimento das mulheres com 70 ou mais.

Uma das conclusões deste estudo aponta para o facto das mulheres mais jovens (70-79 anos) e as mulheres mais velhas (80+ anos) apresentarem diferenças ao nível sociodemográfico e de saúde. As mulheres mais velhas são maioritariamente viúvas e vivem mais frequentemente sozinhas, quando comparadas com as mulheres mais jovens. Por outro lado, o grupo de mulheres mais jovens apresentam uma maior satisfação média com o desempenho das suas redes sociais. No que diz respeito à saúde, são as mulheres mais velhas que apresentam mais limitações na realização das ABVD, AIVD e uma maior percentagem de sintomatologia depressiva, quando comparadas com as mais jovens. Não se verificaram diferenças entre os grupos ao nível da escolaridade e da perceção financeira.

Relativamente à infância e juventude, em ambos os grupos, as mulheres apontaram para a existência de dificuldades socioeconómicas durante esse período das suas vidas. Também ao nível da relação com os pais até aos 17 anos, tanto as mulheres mais jovens como as mais velhas, caracterizaram-na como sendo uma relação boa. Nas entrevistas a relação mantida com o pai foi caracterizada como mais positiva do que a relação mantida com a mãe.

Outra das principais conclusões desta investigação reside no facto das mulheres mais velhas apresentarem níveis de QdV médios inferiores aos das mais jovens. Este resultado aponta, assim, para uma possível acumulação de desvantagens ao longo da vida.

Nesta investigação, em ambos os grupos, verificou-se que as boas condições financeiras, uma boa saúde, a ausência de limitações na realização ABVD e AIVD, bem como a ausência de sintomatologia depressiva significativa, relacionam-se com níveis mais elevados de QdV. Para além disso, no grupo das mulheres mais jovens, os níveis de escolaridade mais elevados, assim como uma maior dimensão e satisfação com as redes sociais, relacionaram-se também com maiores níveis de QdV. Para além disso, nas entrevistas, as relações sociais foram referidas como importantes dimensões para a QdV para as mulheres de ambos os grupos etários. A viuvez, a

falta de concretização das expectativas sobre os familiares mais próximos, uma atitude proativa, uma visão otimista sobre a vida, a espiritualidade e a realização de atividades socio recreativas e educacionais, assim como os conteúdos noticiosos sobre a atualidade são também dimensões que afetaram a QdV das entrevistadas.

Este estudo também permitiu analisar a relação entre as circunstâncias da infância e juventude e a QdV atual das mulheres. Mais concretamente, concluiu-se que uma boa relação com pai, boas condições socioeconómicas e uma boa saúde durante a infância e juventude, estão relacionadas com maiores níveis de QdV das mulheres com 80 ou mais anos. No caso das mulheres mais novas, uma boa relação com a mãe durante a infância e juventude também foi relacionada com níveis de QdV mais elevados. Estes resultados reiteraram, novamente, o facto de as mulheres mais velhas acumularem mais desvantagens do que as mais jovens.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu ainda concluir que, durante a infância e a juventude das entrevistadas, os seus papéis sociais eram fortemente limitados na esfera social e da comunidade, na esfera doméstica, na escola e no trabalho. De uma forma geral, a infância e juventude das entrevistadas foi marcada pela falta de liberdade de expressão, falta de meios de comunicação, pelas desigualdades de género e pela persistência de valores sociais que as associavam fortemente a tarefas domésticas e à família.

Por fim, foi possível identificar um conjunto de acontecimentos importantes que marcaram a trajetória de vida das mulheres e que influenciaram o seu processo de envelhecimento. Mais concretamente, acontecimentos relacionados com as suas redes familiares, contextos migratórios, contextos escolares, profissionais e acontecimentos históricos. No âmbito dos acontecimentos históricos, destacou-se a revolução do 25 de abril de 1974, como um marco que teve um grande impacto a nível social, político e económico.

Esta investigação apresenta algumas **limitações**. Uma das principais limitações está relacionada com a dificuldade na participação das Universidades/Academias Sêniores nesta investigação. Embora tenham sido contactadas várias Universidades/Academias Sêniores no Norte de Portugal, apenas uma aceitou divulgar o estudo. Para além disso, as mulheres que aceitaram participar no estudo tinham maioritariamente idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos. Apesar de todos os esforços realizados, não foi possível incluir mais mulheres com 80 ou mais anos, pois, também eram uma minoria na academia sénior que participou no estudo. Simultaneamente, o facto de as participantes frequentarem a academia sénior pode também ter contribuído para uma homogeneização dos dados, uma vez que todas apresentaram elevados níveis de escolaridade, uma boa condição socioeconómica e uma boa saúde física e mental. Estas limitações (reduzido número de mulheres com 80+ anos e a homogeneização dos dados) impossibilitaram a realização de uma análise de conteúdo por idade, como no prisma

quantitativo. Outra limitação do estudo está relacionada com o carácter transversal das análises quantitativa, uma vez que este tipo de um estudo apenas permite analisar a relação entre as variáveis e não auferir causalidade.

No futuro, propõe-se que se desenvolvam estudos longitudinais de forma a aprofundar a importância de algumas variáveis ao longo da vida na QdV das pessoas mais velhas, podendo ser relevante estender a análise também aos homens. Para além disso, sugere-se que as abordagens qualitativas versem sobre pessoas com 80 e mais anos com características sociodemográficas diversas.

Os resultados desta investigação permitem, também, traçar algumas **implicações importantes para a prática gerontológica**. Em primeiro lugar, estes resultados tornaram evidente a necessidade de uma abordagem gerontológica centrada na pessoa, tendo em conta todo o seu percurso de vida e as suas condições atuais, para dar resposta ou atenuar as consequências advindas da acumulação de desvantagens ao longo da vida. Por outro lado, tendo em conta a importância de algumas características da infância e da juventude para a QdV em idades avançadas, é importante pensar em intervenções ao longo da vida e não apenas em idades mais avançadas. Para além disso, e tendo em conta os resultados, é prioritário o desenvolvimento de estratégias que visem aumentar a QdV, sobretudo das mulheres mais velhas, com dificuldades financeiras, problemas de saúde e limitações na realização ABVD e AIVD. Para tal, poderá ser importante potenciar as redes sociais, sobretudo das mulheres com 80 e mais anos, de forma a atenuar o impacto de estatutos socioeconómicos mais desfavorecidos e melhorar o bem-estar e a saúde, potenciando um envelhecimento saudável.

Esta investigação contribuiu para a literatura sobre o estudo da QdV de mulheres com 70 ou mais anos, evidenciando a importância não só das suas características e condições atuais, como das características da sua infância e juventude, reforçando assim a importância da perspectiva do Curso de Vida nas investigações em Gerontologia Social. A lente desta perspectiva permitiu reconhecer a importância da **capacidade de agência** das mulheres mais velhas e perceber que mesmo perante restrições sociais, históricas e relacionais, as pessoas têm um papel ativo na construção do seu percurso de vida. Para além disso, foi notória a importância das **vidas ligadas** das mulheres, refletidas na influência das redes e relações sociais, na definição do seu percurso de vida e nas suas escolhas. Foi também evidente que o **tempo e lugar**, nomeadamente o contexto histórico e cultural, moldaram a trajetória de vida das participantes. Em suma, este estudo evidência a importância do passado para QdV das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos, mas, simultaneamente, enfatiza a sua capacidade de agência e a possibilidade de se potenciar a QdV destas mulheres, face às suas circunstâncias atuais.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., V., Mafra, S., C., T., Silva, E., P., & Kanso, S. (2015). A feminização da velhice: em foga as caraterísticas socioeconomicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>.
- Amir, S. N., Juliana, N., Azmani, S., Abu, I. F., Talib, A. H. Q. A., Abdullah, F., Salehuddin, I. Z., Teng, N. I. M. F., Amin, N. A., Azmi, N., A., S., M., & Aziz, N. A. S. A. (2022). Impact of religious activities on quality of life and cognitive function among elderly. *Journal of religion and health*, 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01408-1>.
- Bano, N., & Agarwal, S. (2016). Impact of retirement on quality of life of third age people. *Health*, 4(3.3), 345-348.
- Bauldry, S., & Stainback, K. (2022). Media consumption and psychological distress among older adults in the United States. *PLoS one*, 17(12), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279587>.
- Bedrov, A., & Gable, S. L. (2023). Thriving together: the benefits of women's social ties for physical, psychological and relationship health. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 378, 1-8. <https://doi.org/10.1098/rstb.2021.0441>.
- Bergmann, M., A. Scherpenzeel and A. Börsch-Supan (Eds.) (2019). *SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories*. Munich Center for the Economics of Aging (MEA). <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>.
- Bergmann, M., Wagner, M., and Börsch-Supan, A. (Eds.) (2024). *SHARE Wave 9 Methodology: From the SHARE Corona Survey 2 to the SHARE Main Wave 9 Interview*. SHARE-ERIC.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., & Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social science & medicine*, 58(11), 2171-2179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.028>.
- Blekesaune, M., & Hansen, T. (2021). Human values and retirement experiences: A longitudinal analysis of Norwegian data. *Social indicators research*, 157(3), 1001-1019. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02687-7>.
- Boehlen, F. H., Maatouk, I., Friederich, H. C., Schoettker, B., Brenner, H., & Wild, B. (2022). Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults. *Quality of Life Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03055-1>.
- Bonneville-Roussy, A., Khoriaty, F., & Laberge, F. (2024). Time, age, gender and cultural measurement invariance of the CASP-12, a measure of psychological quality of life in

- adulthood. *Quality of Life Research*, 33(6), 1569-1579. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03639-7>.
- Bonsang, E., & Klein, T. J. (2012). Retirement and subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 83(3), 311-329. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2012.06.002>.
- Börnhorst, C., Heger, D., & Mensen, A. (2019). Associations of childhood health and financial situation with quality of life after retirement—regional variation across Europe. *Plos one*, 14(4), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214383>.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. and Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>.
- Brás, A. R. (2022). E tudo a viuvez levou? O impacto da morte do cônjuge no papel das mulheres nas famílias. *Forum Sociológico. Série II*, 40, 59-71. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10535>.
- Brett, C. E., Dykiert, D., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2019). Predicting change in quality of life from age 79 to 90 in the Lothian Birth Cohort 1921. *Quality of life research*, 28, 737-749. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2056-4>.
- Brydsten, A., Hasselgren, C., Stattin, M., & Larsson, D. (2023). The road to retirement: A life course perspective on labor market trajectories and retirement behaviors. *Work, Aging and Retirement*, 1-12. <https://doi.org/10.1093/workar/waad024>.
- Bueno, M. V., & Chase, J. A. D. (2023). Gender Differences in Adverse Psychosocial Outcomes among Family Caregivers: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(1), 78-92. <https://doi.org/10.1177/01939459221099672>.
- Cabrera, A. (2021). Feminismo, poder e representações mediáticas ao longo dos 40 anos da democracia portuguesa. *RIHC: Revista Internacional de Historia de la Comunicación*, 16, 179-203.
- Campos, A. C. V., e Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and quality of life outcomes*, 12, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0166-4>.
- Carmel, S. (2019). Health and well-being in late life: Gender differences worldwide. *Frontiers in medicine*, 6, 1-22. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>.
- Carr, D. (2018). The linked lives principle in life course studies: Classic approaches and contemporary advances. *Social networks and the life course: Integrating the*

- development of human lives and social relational networks, 41-63. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71544-5_3.
- Carvalho, J., & Silveirinha, M. (2015). Acting on the body of the audience: Dictatorship, hegemony, and gender censorship in Portugal. *Feminist Media Studies*, 15(5), 747-762. <https://doi.org/10.1080/14680777.2015.1028423>.
- Cheung, E. S. L., & Mui, A. C. (2023). Gender variation and late-life depression: findings from a national survey in the USA. *Ageing international*, 48(1), 263-280. <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09471-5>.
- Cohn-Schwartz, E., & Schmitz, A. (2023). From attitudes to social networks: National gender-role attitudes and gender differences in late-life social relationships. *Social Networks*, 76, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2023.08.001>.
- Coleman, P. G. (2010). Religion and age. *International handbook of social gerontology*, 164-76.
- Conde-Sala, J. L., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L., & Garre-Olmo, J. (2017). Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare—analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Quality of life Research*, 26, 1059-1070. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1436-x>.
- Connidis, I. A. (2010). *Family ties and aging*. Pine Forge Press.
- Cova, A., & Costa Pinto, A. (1997). O salazarismo e as mulheres: uma abordagem comparativa. *Penélope: revista de história e ciências sociais*, (17), 71-94.
- Creswell, J. W. (2009). *RESEARCH DESIGN – Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Crockett, L. J., & Beal, S. J. (2012). The life course in the making: gender and the development of adolescents' expected timing of adult role transitions. *Developmental psychology*, 48(6), 1727-1738. <https://doi.org/10.1037/a0027538>.
- Crystal, S., & Shea, D. (1990). Cumulative advantage, cumulative disadvantage, and inequality among elderly people. *The Gerontologist*, 30(4), 437-443. <https://doi.org/10.1093/geront/30.4.437>.
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of critical care nursing*, 36(4), 253-263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>.

- Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. L. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59–65. <https://doi.org/10.1159/000490929>.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 327–337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>.
- Dannefer, D. (2020). Systemic and reflexive: Foundations of cumulative dis/advantage and life-course processes. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(6), 1249–1263. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby118>.
- Dannehl, K., Rief, W., & Euteneuer, F. (2017). Childhood adversity and cognitive functioning in patients with major depression. *Child Abuse & Neglect*, 70, 247–254. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.013>.
- Davie, G., & Vincent, J. (1998). Religion and old age. *Ageing & Society*, 18(1), 101–110. <https://doi.org/10.1017/S0144686X97006776>.
- de Almeida Rodrigues, J. (1983). Continuidade e mudança nos papéis das mulheres urbanas portuguesas: emergência de novas estruturas familiares. *Análise social*, 19(77/79), 909–938. <https://www.jstor.org/stable/41010434>.
- Elder, G. H. (1992). Models of the Life Course [Review of *The American Occupational Structure*, by P. Blau & O. D. Duncan]. *Contemporary Sociology*, 21(5), 632–635. <https://doi.org/10.2307/2075543>.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In R. T. Serpe (Ed.), *Handbooks of Sociology and social research*, 3–19. Springer.
- Elder, G. H., Jr. (1974). *Children of the Great Depression: Social change in life experience*. IL: University of Chicago Press.
- Elder, G. H., Shanahan, M. J., & Jennings, J. A. (2015). Human Development in Time and Place. In *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, 1–49. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy402>.
- Esteves, J. (2001). Os primórdios do feminismo em Portugal: a 1.ª Década do Século XX. *Penélope: Revista de história e ciências sociais*, (25), 87–112.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social. Una introducción*. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009) *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Carro, C., & Gumà Lao, J. (2022). A life-course approach to the relationship between education, family trajectory and late-life loneliness among older women in

- Europe. *Social Indicators Research*, 162(3), 1345-1363. <https://doi.org/10.1007/s11205-022-02885-x>.
- Ferraz, P. M. (2014). *Depressão e envelhecimento*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/31904>.
- Fors, S., Lennartsson, C., & Lundberg, O. (2009). Childhood living conditions, socioeconomic position in adulthood, and cognition in later life: exploring the associations. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(6), 750-757. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp029>.
- Förster, F., Lupp, M., Pabst, A., Heser, K., Kleineidam, L., Fuchs, A., Pentzek, M., Kaduszkiewicz, H., van der Leeden, C., Hajek, A., König, H., Oey, A., Wiese, B., Mösch, E., Weeg, D., Weyerer, S., Werle, J., Maier, W., Scherer, M., Wagner, M., & Riedel-Heller, S. G. (2021). The role of social isolation and the development of depression. A comparison of the widowed and married oldest old in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136986>.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. N. N. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24(5), 675-691. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001582>.
- Galvanese, M. S. (2020). Fronteiras de papel: o controle da emigração pelo Regime Salazarista (1933-1947). *Tempos históricos*, 24(1), 36-72.
- Gao, J., Gao, Q., Huo, L., & Yang, J. (2022). Impaired activity of Daily Living Status of the older adults and its influencing factors: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 2-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315607>.
- Gato, A. P. (2020). O Estado Novo e a saúde dos pobres.
- Ghosh, D. (2015). Impact of gender aspect on self-perceived quality of life of elderly.
- Gitto, L. (2018). Older adults' education and its relation to quality of life: An Italian example. *Journal of Aging and Long-Term Care*, 1(1), 21-35. <https://doi.org/10.5505/jaltc.2017.87587>.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Princípia Editora, Lda.
- Guerra, M., Ferri, C., Llibre, J., Prina, A. M., & Prince, M. (2015). Psychometric properties of EURO-D, a geriatric depression scale: a cross-cultural validation study. *BMC psychiatry*, 15, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0390-4>.

- Haas, S. (2008). Trajectories of functional health: The 'long arm' of childhood health and socioeconomic factors. *Social science & medicine*, 66(4), 849-861. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.004>.
- Henriques, A., Silva, S., Severo, M., Fraga, S., & Barros, H. (2020). Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive medicine*, 135, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106073>.
- Heydari-Fard, J., Bagheri-Nesami, M., Shirvani, M. A., & Mohammadpour, R. A. (2014). Association between quality of life and religious coping in older people. *Nursing older people*, 26(3), 24-29. <https://doi.org/10.7748/nop2014.03.26.3.24.e496>.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration*, 37(3), 239-252. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00336>.
- Hutchison, E. D. (2010). A life course perspective. *Dimensions of human behavior: The changing life course*, 4, 1-38.
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & mental health*, 7(3), 186-194. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>.
- Instituto Nacional de Estatística - Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos. Lisboa: INE, 2022. Disponível na: <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>. ISSN 0872-6493. ISBN 978-989-25-0619-7.
- Jacob, L. (2015). A educação e os seniores. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18, 81-97. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial19p81-97>.
- Kendig, H. L. (Ed.). (2023). *Ageing and families: A support networks perspective*. Taylor & Francis.
- Knesebeck, O. V. D., Wahrendorf, M., Hyde, M., & Siegrist, J. (2007). Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing & Society*, 27(2), 269-284. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06005484>.
- Kraai, I. H., Vermeulen, K. M., Hillege, H. L., Jaarsma, T., & Hoekstra, T. (2018). Optimism and quality of life in patients with heart failure. *Palliative & supportive care*, 16(6), 725-731. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001055>.
- Lam, J. (2020). Actor-Partner effects of childhood disadvantage on later life subjective well-being among individuals in coresidential unions. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(6), 1275-1285. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz150>.
- Lamas, M. (2002). *As mulheres do meu país*. Caminho.

- Lee, J. K., Lee, J., Chung, M. K., Park, J. Y., Shin, T., Lee, K. J., Lim, H. S., Hwang, S., Urtnasan, E., Jo, Y., & Kim, M. H. (2023). Childhood adversity and late-life depression: moderated mediation model of stress and social support. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1183884>.
- Lee, M. K., & Oh, J. (2020). Health-related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. *Healthcare*, 8(4), 2-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040407>.
- Lima, S., Teixeira, L., Esteves, R., Ribeiro, F., Pereira, F., Teixeira, A., & Magalhães, C. (2020). Spirituality and quality of life in older adults: A path analysis model. *BMC geriatrics*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>.
- Lipowicz, A., Koziół, S., Hulanicka, B., & Kowalisko, A. (2007). Socioeconomic status during childhood and health status in adulthood: the Wrocław growth study. *Journal of Biosocial Science*, 39(4), 481-491. <https://doi.org/10.1017/S0021932006001799>.
- Llorens-Ortega, R., Bertran-Noguer, C., Juvinyà-Canals, D., Garre-Olmo, J., & Bosch-Farré, C. (2023). Influence of Social Determinants of Health on the Quality of Life of Older Adults in Europe: A Sex Analysis. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3401316/v1>.
- Luborsky, M. R., & Rubinstein, R. L. (1995). Sampling in qualitative research: Rationale, issues, and methods. *Research on aging*, 17(1), 89-113. <https://doi.org/10.1177/0164027595171005>.
- Madeira, R. C. (2022). (Des) igualdade de género e feminismo em Portugal, o país que viveu a mais longa ditadura da Europa Ocidental. <https://hdl.handle.net/10216/146221>.
- Madero-Cabib, I., Azar, A., & Pérez-Cruz, P. (2019). Advantages and disadvantages across the life course and health status in old age among women in Chile. *International journal of public health*, 64, 1203-1214. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01300-6>.
- Mamidanna, P., Thagunna, N. S., Dangi, J., & Zelman, D. C. (2024). The impact of widowhood on mental health: anxiety, depression, and stress among widowed women in Nepal. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1256484>.
- Martins, E. C. (2006). Desenvolvimento, educação e assistência social no salazarismo. *Revista Espaço Pedagógico*, 13(3), 122-141. <https://doi.org/10.5335/rep.v13i3.7819>.
- Melo, D. (2022). 'Living Normally': Everyday Life Under Salazarism. *European History Quarterly*, 52(2), 200-220. <https://doi.org/10.1177/02656914221085129>.

- Molina, N. P. F. M., Tavares, D. M. D. S., Haas, V. J., & Rodrigues, L. R. (2020). Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>.
- Monteiro, R. (2013). Feminismo de estado emergente na transição democrática em Portugal na década de 1970. *Dados*, 56, 841-865. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582013000400004>.
- Monteiro, R., & Ferreira, V. (2016). Women's movements and the State in Portugal: a State feminism approach. *Sociedade e Estado*, 31, 459-486. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922016000200008>.
- Moreira, M. J. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mortimer, J. T. (2022). Agency, linked lives and historical time: evidence from the longitudinal three-generation Youth Development Study. *Longitudinal and Life Course Studies*, 13(2), 195-216. <https://doi.org/10.1332/175795921X16398283564306>.
- Mota-Santos, C. M., & Neto, A. M. C. (2017). O papel da família na trajetória profissional de mulheres executivas e empreendedoras. *Revista Alcance*, 24(1), 36-49.
- Mota, C. A. M. G. (2020). A Educação Portuguesa durante o Estado Novo (1933-1974): uma visão de síntese. *Saberes Interdisciplinares*, 13(25), 33-48. <https://doi.org/10.2021/saberesinterdisciplinares.v13i25.340>.
- Muhammad, T., & Joy, A. M. (2022). Does childhood financial status relate to satisfaction in late life: Findings from the longitudinal aging study in India. *Aging and Health Research*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2022.100054>.
- Nair, S., Sawant, N., Thippeswamy, H., & Desai, G. (2021). Gender issues in the care of elderly: A narrative review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(5), 48-52. <https://doi.org/10.1177/02537176211021530>.
- Naughton, M. J., Brunner, R. L., Hogan, P. E., Danhauer, S. C., Brenes, G. A., Bowen, D. J., Snively, B. M., Goveas, J. S., Saquib, N., Zaslavsky, O., & Shumaker, S. A. (2016). Global quality of life among WHI women aged 80 years and older. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 71(1), 72-78. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv056>.
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. *Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*, 2, 2-18.
- Neri, A. L., Borim, F. S. A., Fontes, A. P., Rabello, D. F., Cachioni, M., Batistoni, S. S. T., Yassuda, M. S., de Souza-Junior, P. R. B., de Andrade, F. B., & Lima-Costa, M. F. (2018). Fatores

- associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52, 1-10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000613>.
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British medical bulletin*, 85(1), 113-126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>.
- Neves, H. (2000). Meninos e meninas ao seu lugar: a segregação no ensino primário do Estado Novo. *Default journal*.
- Nicodemo, D., & Godoi, M. P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*, 6(1), 40-53.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill Inc.
- OCDE. (2012). Closing the Gender Gap. In *OECD iLibrary*.
- Oliver, A., Sentandreu-Mañó, T., Tomás, J. M., Fernández, I., & Sancho, P. (2021). Quality of life in European older adults of SHARE wave 7: Comparing the old and the oldest-old. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 1-11. <https://doi.org/10.3390/jcm10132850>.
- OMS. (2002). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. In *World Health Organization*.
- OMS. (2015). World report on ageing and health. In *World Health Organization*.
- OMS. (2020). Decade of Healthy Ageing: baseline report. In *World Health Organization*.
- Oris, M., Baeriswyl, M., & Ihle, A. (2021). The life course construction of inequalities in health and wealth in old age. *Handbook of active ageing and quality of life: From concepts to applications*, 97-109. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_5.
- Otero-Rodríguez, A., León-Muñoz, L. M., Banegas, J. R., Guallar-Castillón, P., Rodríguez-Artalejo, F., & Regidor, E. (2011). Life-course socioeconomic position and change in quality of life among older adults: evidence for the role of a critical period, accumulation of exposure and social mobility. *J Epidemiol Community Health*, 65(11), 964-971. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.113555>.
- Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263-282. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>.
- Parvin, M. R., Johra, F. T., Akter, F., Wahiduzzaman, M., Akter, K., Das, M., Mondal, S., Debnath, M., Ullah, M., & Rony, M. K. K. (2024). The long-term effects of childhood circumstances on older individuals: A systematic review. *Aging Medicine*, 7(2), 239-251. <https://doi.org/10.1002/agm2.12299>.
- Patrício, B., Jesus, L. M., Cruice, M., & Hall, A. (2014). Quality of life predictors and normative data. *Social Indicators Research*, 119, 1557-1570. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0559-5>.

- Paúl, C., (2012). *Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia*. Lidel.
- Pearlin, L. I., & Skaff, M. M. (1996). Stress and the life course: A paradigmatic alliance. *The gerontologist*, 36(2), 239-247. <https://doi.org/10.1093/geront/36.2.239>.
- Peralta, E. (2019). A integração dos “retornados” na sociedade portuguesa. *Análise social*, 54(2), 310-337. <https://www.jstor.org/stable/26747547>.
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidadores informais! Dando voz(es) às experiências vividas*. Lusociências – Edições Técnicas e Científicas, Ltda.
- Pereira, L. F. R. (2011). Capítulo I-PORTUGAL NA 1.ª METADE DO SÉCULO XX. *Cadernos de Sociomuseologia*, (39), 23-75.
- Pereira, M. C., Rosa, M., & Santos, M. H. (2023). The gender of Retirement in a double-ageing country: perspectives and experiences of retired women and men in Portugal. *Behavioral Sciences*, 13(9), 1-15. <https://doi.org/10.3390/bs13090774>.
- Petersen, M., & Tilse, C. (2023). Women’s life course and precarious housing in older age: an Australian qualitative study. *Housing Studies*, 1-23. <https://doi.org/10.1080/02673037.2023.2254721>.
- Pimentel, I. F. (2000). A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40. *Análise social*, 34(151), 477-508. <https://www.jstor.org/stable/41011371>.
- Pinkas, J., Gujski, M., Humeniuk, E., Raczkiewicz, D., Bejga, P., Owoc, A., & Bojar, I. (2016). State of health and quality of life of women at advanced age. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 22, 3095-3105. <https://doi.org/10.12659/msm.900572>.
- Pintassilgo, J. (2014). A Educação em tempos de Revolução (nos 40 anos da Revolução do 25 de Abril de 1974 em Portugal). *Espacio, Tiempo y Educación*, 1(2), 13-19.
- PORDATA (2024). PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa. Retirado de: <https://www.pordata.pt/home>.
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., Van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., & Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale—a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 330-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.330>.
- Reher, D. (1998). The history of the family in Spain: Past development, present realities, and future challenges. *The history of the family*, 3(2), 125-136. [https://doi.org/10.1016/S1081-602X\(99\)80238-3](https://doi.org/10.1016/S1081-602X(99)80238-3).
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., Rodríguez-Blázquez, C., Calderón-Larrañaga, A., & Forjaz, M. J. (2020). Anxiety, depression and quality of life in older adults: trajectories of influence

- across age. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239039>.
- Roberts, P., Priest, H., & Traynor, M. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing standard*, 20(22), 41-45. <https://doi.org/10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560>.
- Rodrigues, F. P. D. S. P. (2017). *O discurso de Eva: posicionamentos de uma revista feminina perante a condição social da mulher durante o Estado Novo (1930-1950)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/109173>.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosas, F. (2001). O salazarismo e o homem novo: ensaio sobre o Estado Novo e a questão do totalitarismo. *Análise social*, 1031-1054. <https://www.jstor.org/stable/41011481>.
- Sakkeus, L., Saar, E., & Rudissaar, U. (2023). The impact of life-course socio-economic position on quality of life at later ages: Evidence from Estonia. *Forum Sociológico. Série II*, 42, 25-36. <https://doi.org/10.4000/sociologico.11097>.
- Sarabia-Cobo, C. M., Pérez, V., Hermosilla, C., & de Lorena, P. (2020). Retirement or no retirement? The decision's effects on cognitive functioning, well-being, and quality of life. *Behavioral Sciences*, 10, 1-11. <https://doi.org/10.3390/bs10100151>.
- Sheykhangafshe, F. B., & Shabahang, R. (2020). Prediction of psychological wellbeing of elderly people based on spirituality, social support, and optimism. *Journal of Religion & Health*, 7, 22-32.
- Silva, P. M. T. (2019). *Velhas Redes Sociais, Novos Meios de Comunicação: a importância das Redes Sociais e da utilização da Internet para a Qualidade de Vida de indivíduos de 50+ anos* [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/60290>.
- Song, J., & Lee, E. (2021). Health-related quality of life of elderly women with fall experiences. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157804>.
- Syse, A., Veenstra, M., Furunes, T., Mykletun, R. J., & Solem, P. E. (2017). Changes in health and health behavior associated with retirement. *Journal of aging and Health*, 29(1), 99-127. <https://doi.org/10.1177/0898264315624906>.
- Tao, T., Shao, R., & Hu, Y. (2021). The effects of childhood circumstances on health in middle and later life: evidence from China. *Frontiers in public health*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.642520>.

- Uccheddu, D., Gauthier, A. H., Steverink, N., & Emery, T. (2019). Gender and socioeconomic inequalities in health at older ages across different european welfare clusters: evidence from SHARE data, 2004–2015. *European Sociological Review*, 35(3), 346-362. <https://doi.org/10.1093/esr/jcz007>.
- van der Linden, B. W. A., Sieber, S., Cheval, B., Orsholits, D., Guessous, I., Gabriel, R., von Arx, M., Kelly-Irving, M., Aartsen, M., Blane, D., Boissongtier, M. P., Courvoisier, D., Oris, M., Kliegel, M., & Cullati, S. (2020). Life-course circumstances and frailty in old age within different European welfare regimes: A longitudinal study with SHARE. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(6), 1326-1335. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz140>.
- Vella-Brodrick, D., Joshanloo, M., & Slep, G. R. (2023). Longitudinal relationships between social connection, agency, and emotional well-being: a 13-year study. *The Journal of Positive Psychology*, 18(6), 883-893. <https://doi.org/10.1080/17439760.2022.2131609>.
- Wagg, E., Blyth, F. M., Cumming, R. G., & Khalatbari-Soltani, S. (2021). Socioeconomic position and healthy ageing: A systematic review of cross-sectional and longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*, 69, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101365>.
- Whoqol Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of mental health*, 24-56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>.
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
- Wiggins, R. D., Higgs, P. F., Hyde, M., & Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing & Society*, 24(5), 693-708. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002284>.
- Wollmann, P. G. A., Barbosa, C. C. H., Barbosa, P. D. M. F. H., D'Ângelo, D. F., & de Melo, G. F. (2021). A autopercepção do envelhecimento e sua relação com o perfil psicológico de gênero. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 161-178. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i1p161-178>.
- Xiang, X., & Wang, X. (2021). Childhood adversity and major depression in later life: A competing-risks regression analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(1), 215-223. <https://doi.org/10.1002/gps.5417>.
- Zhou, J., & Hearst, N. (2016). Health-related quality of life of among elders in rural China: the effect of widowhood. *Quality of Life Research*, 25, 3087-3095. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1338-y>.

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO

Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde

Identificação do Investigador: Inês Marques

Título do estudo: Fatores sociodemográficos e contextuais no processo de envelhecimento: Um estudo com mulheres portuguesas com 70+ anos

Estudo realizado pela aluna Inês Marques, para a obtenção do grau de Mestre, pela Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Este estudo tem como objetivo analisar a importância que os fatores sociodemográficos e contextuais desempenham no processo de envelhecimento das mulheres portuguesas com 70 ou mais anos. A informação será recolhida através da realização de uma entrevista semiestruturada que será gravada através de um equipamento de gravação de áudio. Será recolhida informação sobre acontecimentos históricos importantes para os participantes e como estes influenciaram a forma como é vivenciado o processo de envelhecimento. Os participantes serão selecionados através de uma amostra não probabilística através de uma amostragem por bola de neve, onde um membro do estudo identifica outros membros dessa mesma população. As entrevistas serão realizadas num local a definir entre o entrevistador e o entrevistado, num momento único, durante um período de 1:30h. As gravações ficaram disponíveis para os entrevistados num período de 3 meses.

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não sendo fornecido qualquer pagamento aos participantes. Tem o direito a desistir a qualquer momento da participação no estudo, sem qualquer prejuízo.

Os dados recolhidos serão guardados confidencialmente e nenhuma informação será dada ou publicada revelando a identidade do participante. A fita da gravação da entrevista será destruída após conclusão deste trabalho e no caso de não concordar com este recurso, o investigador apontará anotações no decorrer da mesma.

Para esclarecimento de dúvidas, não hesite em contactar via e-mail: Inês Marques (inespenichemarques@hotmail.com).
Obrigada pela participação!

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

Anexo 2 – Guião da Entrevista

Guião de entrevista

Parte I: Vida adulta

1. Atualmente é cuidadora de alguém? E durante a sua vida cuidou de alguém? (por exemplo, pais, filhos, sogros etc.)
2. Quem é o responsável pelas tarefas domésticas em sua casa?
 - 2.1. Esta situação foi sempre assim ao longo da sua vida?
3. Como classificaria, atualmente, a sua QDV? O que considera que contribui para a sua QdV? Quer do ponto de vista positivo, quer do ponto de vista negativo?
4. Considera que a sua QDV atual foi influenciada por alguns acontecimentos/escolhas que ocorreram durante a sua vida?
5. Pensando ao longo da sua vida e no momento atual, alguma vez se sentiu discriminada por ser mulher?

Parte II: Infância e juventude

Agora vamos falar um pouco acerca da sua infância e juventude...

6. Pode-me falar sobre a relação que tinha com o seu pai e com a sua mãe durante a sua infância?
7. Qual a profissão dos seus pais?
8. Como descreveria a situação económica da sua família durante a sua infância e juventude?
9. Frequentou a escola?
 - a. Se sim, pode-me falar um pouco sobre esse percurso? Como era a sua relação com os colegas e professores? Lembra-se do que ensinavam? Quando e porque saiu da escola? Como era o seu desempenho escolar?
 - b. Se não, porque é que não foi para a escola?
10. Lembra-se dos seus objetivos de vida durante a sua infância e juventude? Pode falar-me sobre eles?
11. Na sua juventude/ infância houve algum acontecimento que a tenha marcado muito? Pela positiva ou negativa? Pode-me falar um pouco sobre isso?
12. Durante a sua infância e juventude alguma vez sentiu que por ser mulher tinha determinadas obrigações ou proibições que não teria se fosse homem?
 - a. Sente que tal teve impacto durante toda a sua vida?

Parte III: Percurso de vida e vida adulta

13. Sente que de alguma forma o que viveu durante a sua infância e juventude condicionou as suas escolhas durante o resto da vida? Pode falar-me um pouco sobre isso?
14. Em que fase da sua vida viveu o 25 de abril?
 - a. Situação no mercado de trabalho, família, conjugal, etc.
15. O que representou para si a revolução do 25 de abril? Veio alterar alguma coisa na sua vida? Se sim, o quê?

Anexo 3 – Tabela com domínios, categorias e subcategorias da análise de conteúdo

Domínio	Categoria	Subcategoria
Infância/Juventude	Relações Familiares	Relação Mãe
		Relação Pai
	Condições Socioeconómica da Família na Infância/Juventude	
	Objetivos de Vida na Infância/Juventude	
	Papéis das Mulheres antes do 25 de abril de 1974	Escola
		Família
		Esfera Social/Comunidade
		Mercado de Trabalho
		Esfera Doméstica
	Percurso de Vida: Juventude e a Idade Adulta	Acontecimentos Influentes no Percurso de Vida
Migração		
Educação		
Contexto Profissional		
Acontecimentos Históricos: 25 de abril de 1974		
Qualidade de Vida Atual		Aspetos Negativos
		Aspetos Positivos