



Ana Sofia Tanoeiro Veloso

Envelhecimento, Saúde e Satisfação

Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Junho de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• U • C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Sofia Tanoeiro Veloso

Envelhecimento, Saúde e Satisfação

Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professora Doutora Carlota Quintal e Professor Doutor Óscar Lourenço

Coimbra, 2015

Fonte da Imagem: <https://www.pinterest.com/explore/4-generations-photo/> [25 de junho de 2015]

Dedicatória

Aos meu avós Maria do Céu e Marcelino (*in memoriam*),
Pelo amor, carinho, apoio incondicional,
E pelo incentivo à continuação da minha formação.

Agradecimentos

Deixo expressos os meus sinceros agradecimentos às seguintes pessoas e projetos, sem os quais o presente trabalho não teria sido possível:

- À Dra. Carlota Quintal e ao Dr. Óscar Lourenço, pelas valiosas discussões, sugestões, críticas e ideias fundamentais no decorrer do trabalho... pela disponibilidade demonstrada, pelo incentivo e pela sabedoria partilhada.

- Ao projeto SHARE pela partilha dos dados e por tornar possível a realização desta investigação;

"Esta publicação utiliza dados da Vaga 4 do SHARE versão 1.1.1, a partir de 28 de Março de 2013 (DOI: 10.6103/SHARE.w4.111). A recolha de dados do SHARE tem sido principalmente financiada pela Comissão Europeia através do 5º Programa-Quadro (projeto QLK6-CT-2001-00360 da temática Qualidade de Vida), do 6º Programa-Quadro (projetos SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, e SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) e do 7º Programa-Quadro (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 e SHARE M4, N° 261982). Financiado adicionalmente pelo U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) e pelo Ministério da Educação e Investigação Alemão, bem como pelas várias fontes de financiamento nacionais (aceder a www.share-project.org para consultar a lista completa das instituições de financiamento) ”.

- À Família pelo incentivo e apoio incondicional no desenvolvimento deste trabalho;

- Às várias pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

O envelhecimento da população representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais da sociedade portuguesa. O envelhecimento ativo surge como um novo paradigma, para responder aos múltiplos desafios individuais e coletivos, que advém deste fenómeno populacional, remetendo para uma visão multidimensional que integra os vários domínios da vida pessoal e social dos indivíduos. O presente estudo pretendeu aferir o impacto da prática de um envelhecimento ativo na qualidade de vida dos idosos. Pretendeu-se assim verificar como os estilos de vida (participação social e promoção da saúde) influenciam a saúde e a satisfação com a vida.

Os dados provêm da 4ª vaga do projeto SHARE realizada em Portugal em 2011, tendo sido aplicados dois modelos de regressão. A amostra selecionada para este estudo compreende pessoas idosas inativas profissionalmente, tendo sido excluídos todos os indivíduos com idade inferior a 65 anos e que se encontrassem empregados ou permanentemente doentes ou incapacitados.

Para medir o impacto do envelhecimento ativo foram utilizadas variáveis referentes à autoavaliação do estado de saúde (escala Likert de 5 pontos:1-débil/5-exelente) e à satisfação com a vida (escala de 0-completamente insatisfeito a 10-completamente satisfeito). As variáveis explicativas do modelo compreendem variáveis sociodemográficas, variáveis relativas à participação social, bem como variáveis relativas à promoção da saúde. Foram ainda consideradas como variáveis de controlo variáveis relativas à saúde física (problemas de saúde e capacidade funcional).

Os resultados sugerem que a prática de um envelhecimento ativo, principalmente a participação social, contribuem para a saúde e para qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo, Participação Social, Saúde, Satisfação, Qualidade de Vida

Summary

Ageing of the population is one of the principle social and demographic phenomena of Portuguese society. Active ageing has risen as a new paradigm, to respond to multiple individual and collective challenges, coming out of this populational phenomenon, informed by a multidimensional vision which brings together the various domains of the personal and social life of the individual. This study aims to assess the impact of putting into practice active ageing on the quality of life of older adults. In this way it aims to establish what influence life-styles (social and health-promoting participation) have on health and well-being.

The data comes from the 4th series of the SHARE project carried out in Portugal in 2011, two regression models having been used. The sample selected for this study include older people who are no longer active professionally, having excluded all those under 65 years of age and those who are still employed or are chronically sick or incapacitated.

To measure the impact of active ageing, variables relevant to self- assessment of health status were used (Likert 5 point scale: (1-very poor/ 5-excellent) and life satisfaction (scale 0 – very poor to 10 completely satisfied). The explanatory variables of the model cover socio-demographic variables, those relative to social participation, as well as variables relative to the promotion of healthy living. Also considered as control variables were variables related to physical health (problems with health and functional capacity).

The results suggest that putting active ageing into practice, particularly social participation, contributes to the health and quality of life of the older people.

Key-words: Active Ageing, Social Participation, Health, Satisfaction, Quality of Life

Listas de siglas

ABVD – Atividades básicas de vida diária

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CE – Comissão Europeia

CECS – Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade

CES – Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

ELSA – English Longitudinal Study of Ageing

HRS – U.S. Health and Retirement Study

IMC – Índice de Massa Muscular

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

MEA – Munich Center for the Economics of Aging

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SHARE – Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UTI – Universidades da Terceira Idade

Lista de tabelas

Tabela 1: Definição das variáveis dependentes	40
Tabela 2: Definição das variáveis explicativas	42
Tabela 3: Frequências das variáveis relativas à participação social	50
Tabela 4: Frequências das variáveis relativas à promoção da saúde	50
Tabela 5: Resultados do modelo probit - Estado de saúde (auto-reportado)	58
Tabela 6: Resultados do modelo probit - Satisfação com a vida	60

Lista de figuras

Figura 1: Determinantes do envelhecimento ativo	17
---	----

Lista de gráficos

Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011	4
Gráfico 2: Indicadores de envelhecimento	6
Gráfico 3: Histograma de idades da amostra	53

Índice

Introdução	1
I. Envelhecimento e Qualidade de Vida: Aspectos conceituais e revisão da literatura .	3
1. Envelhecimento, questões teóricas e implicações práticas	3
1.1 Envelhecimento Demográfico: O contexto português	3
1.2 O processo de envelhecimento	6
1.3 Repercussões atuais e futuras	8
2. Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida	11
2.1 Contextualização histórica	11
2.2 Políticas de Envelhecimento Ativo	12
2.3 Envelhecimento Ativo pela Organização Mundial de Saúde	15
2.3.1 Saúde	21
2.3.2 Participação Social	25
2.3.3 Segurança	34
2.3.4 Qualidade de Vida	36
II. Dados, Variáveis e Métodos	39
III. Resultados	49
1. Análise Univariada: Estatísticas descritivas da amostra	49
2. Análise Bivariada	54
2.1 Análise da relação entre as variáveis	54
2.2 Estudo das diferenças entre as variáveis explicativas e a satisfação com a vida	55
3. Modelos de regressão Probit	57
IV. Discussão	63
V. Considerações Finais	71
Referências Bibliográficas	73

Introdução

O envelhecimento da população é apontado como um dos problemas cruciais do século XXI (Cabral *et al.*, 2013). As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças e deficiências das relações sociais e familiares, bem como pelas implicações económicas (Pocinho, 2014).

Neste sentido, a positividade do fenómeno da longevidade aliado ao impacto negativo que o processo de envelhecimento tem vindo a demonstrar ao nível da saúde, da independência, das relações sociais e da qualidade de vida dos indivíduos idosos, torna-se assim uma motivação para investigar uma forma de contornar a negatividade destes impactos neste processo.

O novo paradigma de envelhecimento ativo, lançado pela Organização Mundial de Saúde em 2002, surge como resposta aos múltiplos desafios deste fenómeno. Este é caracterizado por três pressupostos fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança, preconizando que o envelhecimento seja visto como um processo contínuo que se estende ao longo de todo o ciclo vital e como uma experiência positiva, que através de uma integração progressiva dos idosos na sociedade, permita uma expectativa de vida saudável com autonomia, independência e com qualidade de vida.

O presente estudo pretendeu aferir o impacto que a prática de um envelhecimento ativo tem na vida dos idosos portugueses, tendo como objetivo principal estudar o efeito que o envelhecimento ativo tem na qualidade de vida dos idosos. Neste sentido, pretendeu-se testar as seguintes hipóteses: (1) Os idosos que adotam um envelhecimento ativo apresentam um elevado nível de satisfação com a vida; (2) Os idosos que envelhecem tendo hábitos de vida ativos apresentam um melhor estado de saúde (auto-reportado).

Os dados utilizados neste estudo provêm da 4ª vaga do projeto SHARE (2011), tendo sido aplicados dois modelos de regressão. Para medir o impacto que o envelhecimento ativo tem na vida dos idosos foram utilizadas variáveis referentes ao estado de saúde - auto-reportado (escala Likert de 5 pontos:1-débil a 5-exelente) e à satisfação com a vida (escala de 0- completamente insatisfeito a 10- completamente satisfeito).

As variáveis explicativas do modelo compreendem variáveis sociodemográficas, relativas à participação social, bem como relativas à promoção da saúde. Foram ainda consideradas como variáveis de controlo, variáveis relativas à saúde física (problemas de saúde e capacidade funcional).

Os resultados sugerem que, de um modo geral, a prática de um envelhecimento ativo contribui para a qualidade de vida dos idosos portugueses.

A presente dissertação encontra-se organizada da seguinte forma: a primeira parte refere-se à contextualização teórica do envelhecimento populacional e à revisão dos conceitos teóricos que sustentaram a investigação; a segunda às metodologias adotadas para responder às questões do estudo; a terceira aos resultados obtidos; a quarta à discussão dos resultados face aos posicionamentos teóricos anteriormente apresentados; e, por fim, a quinta parte às principais conclusões.

I. Envelhecimento e Qualidade de Vida: Aspectos conceptuais e revisão da literatura

1. Envelhecimento, questões teóricas e implicações práticas

1.1 Envelhecimento Demográfico: O contexto português

Atualmente, o envelhecimento da população representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais das sociedades modernas, com maior incidência nas sociedades industrializadas e desenvolvidas (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

Portugal, à semelhança dos outros países da União Europeia tem apresentado um aumento significativo no número de idosos, sendo o envelhecimento da população considerado como “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (INE, 2012:22).

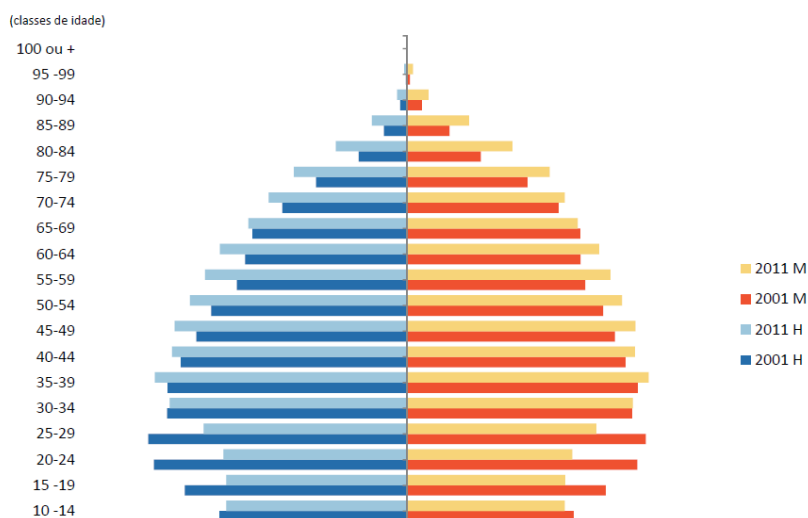
A sociedade portuguesa é atualmente considerada como uma sociedade envelhecida, sendo as características demográficas da população reveladoras do agravamento do envelhecimento da mesma na última década. Em 2011, Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade, comparativamente com 16% em 2001 (INE, 2012).

A distribuição da população por sexo e por grupo etário, demonstra que, nos grupos mais jovens predominam os homens, enquanto nos grupos etários mais velhos a tendência inverte-se passando a prevalecer as mulheres, representando cerca de 21% da população comparativamente com 16% dos homens (*ibidem*). O envelhecimento da população é deste modo entendido como um fenómeno feminizado (Perista e Perista, 2012).

Além destes fenómenos, também se constata um duplo envelhecimento da população, ou seja, o agravamento do fosso entre jovens e idosos, devido ao aumento da percentagem do número idosos e à diminuição da percentagem do número de jovens (16% em 2001 para 15% em 2011) (INE, 2012).

Gráfico 1: Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO, 2001 E 2011



Fonte: INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal*. Lisboa-Portugal.

A estrutura etária da população, em 2011, acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década anterior, como é possível visualizar no Gráfico 1, tendo diminuído a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alargando-se o topo com o crescimento da população idosa. Assim, o índice de envelhecimento¹ também se acentuou, subindo de 102 em 2001 para 128 em 2011, o que indica que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012; Gráfico 2).

Por outro lado, também se verifica um aumento da esperança média de vida², que de acordo com o PORDATA (2014a) aumentou em Portugal entre 2001 e 2011, 3.5 anos para a população geral, 3.7 anos para os homens e 2.9 anos para as mulheres, situando-se em 80.7 anos, 77.3 e 83.6, respetivamente. Consequentemente, o índice de longevidade³ também aumentou, passando de 41 em 2001, para 48 em 2011, o que indica que por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, 48 têm idade igual ou superior a 75 anos (INE, 2012; Gráfico 2). Neste sentido, quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa.

¹ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (PORDATA, 2014b).

² Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência (PORDATA, 2014a).

³ Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (PORDATA, 2014b).

Os fenómenos acima descritos resultam de diversos fatores, nomeadamente dos avanços tecnológicos e médicos, do incremento do acesso aos cuidados de saúde, da extensão dos sistemas de proteção social e da mudança nos hábitos alimentares (Cabral *et al.*, 2013; Pocinho, 2014). No entanto, em contraposição à positividade dos fenómenos referentes ao aumento da longevidade e da expectativa de vida, o declínio das taxas de natalidade pode ser interpretado como um desafio que surge como resultado da contraceção, da maior igualdade na distribuição dos papéis de género, particularmente no acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho (Pocinho, 2014).

De outro modo, a esperança de vida aos 65 anos⁴ também se acentuou em Portugal entre 2001 e 2011, aumentando 2.2 anos para a população geral, 2.1 anos para os homens e 2,3 para as mulheres, situando-se em 19.9 anos, 17.8 anos e 21.6 anos, respetivamente (PORDATA, 2014a). No entanto, esta não é acompanhada por uma expectativa de vida saudável (sem incapacidade física), ou seja, uma vida mais longa não significa um aumento do tempo vivido com saúde e qualidade.

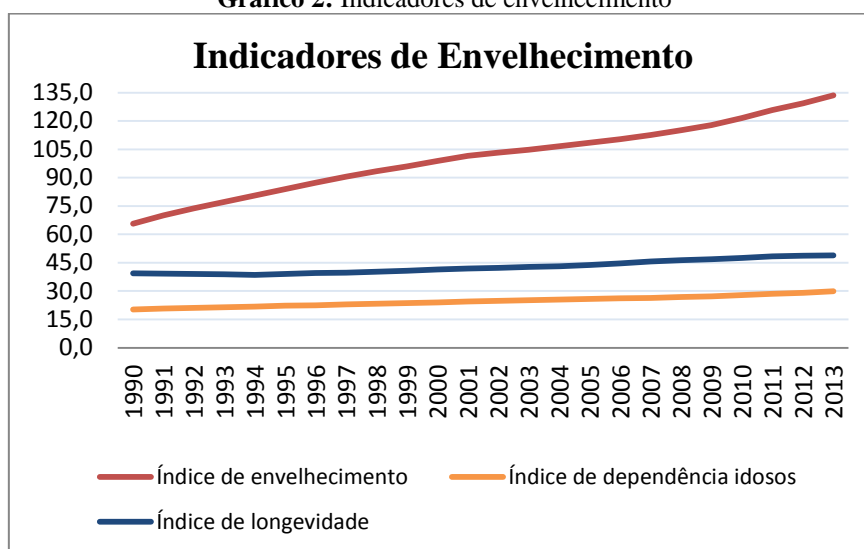
O número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável sem limitações funcionais e incapacidade, decresceu na década acima evidenciada. Em 2011 os homens com 65 anos esperavam viver 7.8 anos com saúde (43.8% do seu tempo restante de vida) e as mulheres 6.3 anos com saúde (29.2% do seu tempo restante de vida). Consequentemente, o número de anos de vida não saudável, ou seja com limitações funcionais aumentou na mesma década, sendo que em 2011 os homens tenderiam a viver 10 anos (56.2%) com incapacidade e as mulheres 15.3 anos (70.8%) (PORDATA, 2014a).

Nesta perspetiva, como expressão do envelhecimento populacional, foi verificado um agravamento do índice de dependência de pessoas idosas⁵, que aumentou de 24 em 2001 para 29 em 2011, ou seja por cada 100 pessoas em idade ativa 29 são idosos dependentes (inativos). Perspetiva-se que este índice continue a aumentar, podendo atingir 57.2 em 2060 (Perista e Perista, 2012; Gráfico 2).

⁴ Número médio de anos que um indivíduo, ao atingir os 65 anos, pode esperar ainda viver, se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência (PORDATA, 2014a).

⁵ Relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inativas do ponto de vista económico (65 e mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) (PORDATA, 2014b).

Gráfico 2: Indicadores de envelhecimento



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponíveis em : PORDATA (2014b) *Indicadores de envelhecimento em Portugal*. <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

A dinâmica populacional faz, assim, antever uma sociedade futura cada vez mais envelhecida, com diversas implicações económicas, sociais e de saúde, prevendo-se um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade, que quase duplicará para 32,3% em 2060 (Almeida, 2012; INE, 2009).

1.2 O processo de envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno que desperta interesse há vários séculos, tendo o conceito de envelhecimento sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, evoluindo consoante as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

Atualmente o conceito de envelhecimento, na sociedade portuguesa, encontra-se frequentemente associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o anúncio do início da velhice (Squire, 2002). A idade cronológica associada à idade da reforma é o único parâmetro que a sociedade portuguesa atribuiu na definição da população idosa, uma vez que o seu desenvolvimento sofreu modificações quer no seu sistema de produção de bens, quer a nível laboral a partir do momento que o trabalho começou a ser remunerado. A sociedade atual é denominada

como uma sociedade de consumo, que tem como pressuposto considerar as pessoas idosas como incapazes e excluídas do trabalho remunerado, sendo este o único que é valorizado nesta sociedade (Philibert, 1984).

A reforma constitui-se como uma das transições significativas que marca o ciclo de vida dos indivíduos. Esta é considerada apenas como um novo ciclo de vida, que tem marcado de forma simbólica o início da velhice, tal como a saída do período escolar e a entrada no mercado do trabalho marcam o começo da fase adulta, no ciclo de vida de cada um (Gaullier, 1999 *apud* Silva 2009).

A entrada na reforma tem vindo assim a ser vista na história do século XX e XXI, como a saída do mercado de trabalho e da participação ativa na esfera pública, comportando desafios e mudanças ao nível dos rendimentos e dos papéis sociais (Squire, 2002).

O envelhecimento ocorre progressivamente ao longo do ciclo vital, emergindo assim diversas insuficiências associadas à utilização da idade cronológica como medida do mesmo (Sequeira, 2010). Neste sentido, a adoção de uma abordagem de ciclo de vida é fundamental na compreensão do envelhecimento, dando ênfase aos acontecimentos que ocorreram durante a vida, abandonando a ideia de que o envelhecimento possa ser encarado como algo que comece a partir de uma determinada idade e acomodado a limites cronológicos precisos.

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja que varia de indivíduo para indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital (Jacob 2013; Sequeira, 2010).

A nível biológico (senescência), ocorrem um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas e funcionais (Sequeira, 2010), que resultam na perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas, e na conseqüente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbilidades, e da probabilidade de morrer. Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades, e a ocorrência e intensidade com que ocorrem variam de

pessoa para pessoa (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, que se traduzem numa mudança de atitudes. Nesta dimensão, podem verificar-se perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio. Por outro lado, as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais (Squire, 2002; Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

A nível social, ocorrem alterações nos papéis a desempenhar ao nível do seio familiar, laboral e ocupacional, resultando numa diminuição na participação social (Sequeira, 2010).

Numa perspetiva multidimensional, o processo de envelhecimento é uma experiência multifacetada que resulta da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos), que interagem de modo ininterrupto.

1.3 Repercussões atuais e futuras

O aumento da longevidade da população e conseqüente envelhecimento populacional resulta dos progressos realizados a nível económico, social, biomédico, tecnológico e na melhoria das condições de vida da população, constituindo um indicador de desenvolvimento social e científico e conduzindo à associação do envelhecimento como um fenómeno positivo quer para os indivíduos, quer para as sociedades (Cabral *et al.*, 2013; Pocinho, 2014). No entanto as rápidas mudanças observadas na sociedade causaram incerteza sobre, se o envelhecimento da população representa uma crise ou uma oportunidade (CCE, 2006).

O fenómeno de envelhecimento da população é assim uma realidade cada vez mais presente na sociedade portuguesa, sendo uma das transformações sociais mais importantes dos últimos séculos. O paradoxo do processo de envelhecimento encontra-se relacionado com o aumento da longevidade, fator socialmente assumido como positivo, conjugado com a diminuição da fecundidade, que em conjunto geram uma série de conseqüências complexas e gravosas para a sociedade portuguesa (Cabral *et al.*, 2013).

O crescente aumento do número de idosos inativos e reformados, os seus baixos rendimentos e o crescente isolamento físico e social associam-se a uma maior ocorrência de doenças físicas e mentais e a situações de fragilidade e incapacidade (Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002; Ministério da Saúde, 2004). O aumento da longevidade traduz mudanças no quadro de vida das pessoas idosas, mais concretamente no que respeita ao estado de saúde, tornando-as mais predispostas a doenças crónicas, a situações de dependência e conseqüentemente a depender de apoios sociais e familiares; e à participação na sociedade, com a diminuição das redes pessoais e sociais (Cabral *et al.*, 2013).

Ao nível societal, Cabral *et al.* (2013) mencionam que o fenómeno de envelhecimento populacional coloca exigências às relações intergeracionais, ou seja que influencia as transferências económicas entre os grupos etários e, particularmente o desequilíbrio crescente entre ativos e não ativos, bem como entre jovens e idosos. Neste sentido, o crescente aumento de número de idosos e diminuição do número de jovens é descrito como um problema social e económico do envelhecimento, uma vez que cria pressões sobre as pensões a pagar, ou seja conduz a um esforço acrescido da segurança social colocando em risco a viabilidade do pagamento de pensões ao número crescente de reformados (Barros, 2012; Rebelo e Penalva, 2004).

O índice de envelhecimento não é proporcional ao índice de sustentabilidade. O índice de sustentabilidade potencial⁶ em Portugal tende a agravar-se, tendo decrescido de 4.1 para 3.5 ativos por cada indivíduo com mais de 65 anos, de 2001 para 2011 (PORDATA, 2014a).

As preocupações geradas em torno do envelhecimento demográfico prendem-se essencialmente com o crescimento de custos de cuidados de saúde e de pensões, com os regimes de segurança social e com a sustentabilidade da rede de cuidados, inclusive informais.

O envelhecimento da população gera assim repercussões em diversas áreas, encontrando-se a nível coletivo associado ao aumento da despesa pública, aos riscos inerentes à sustentabilidade da segurança social e à incapacidade do sistema de saúde de

⁶ Relação entre a população em idade ativa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idade compreendida entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 anos ou mais (PORDATA, 2014a).

dar resposta às necessidades específicas dos idosos e principalmente dos mais envelhecidos (80 ou mais anos) (Rebelo e Penalva, 2004; Cabral *et al.*, 2013; Pocinho, 2014).

Neste sentido, Cabral *et al.* (2013) referem que o verdadeiro problema colocado pelo envelhecimento à sociedade não se resume ao seu custo, mas sim ao do lugar que a velhice ocupa nesta.

Jacob (2013) refuta ainda a ideia de que o aumento da despesa na área da saúde é causado exclusivamente pelo envelhecimento da população, apontando a medicação, os exames de diagnóstico e as novas técnicas e tecnologias como os fatores que mais encarecem a saúde.

Na mesma linha, Barros (2012) refere que o principal desafio do envelhecimento no setor da saúde não é o acréscimo de despesa, mas a organização de respostas diferenciadas e adequadas às necessidades da população idosa, bem como a capacidade de utilizar mecanismos já existentes.

As conceções criadas em torno dos custos do envelhecimento criam ainda representações negativas face ao mesmo e às pessoas idosas, promovendo o preconceito, fomentando o fenómeno de idadismo (discriminação pela idade) e estimulando o isolamento, colocando assim os mais velhos expostos a fenómenos de exclusão social (Rebelo e Penalva, 2004; Jacob, 2013; Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População, 2002).

O envelhecimento é um processo dinâmico normal e não uma doença. Este, apesar de se verificar uma redução da capacidade funcional, que tende a remeter as pessoas idosas para uma sociabilidade familiar ou de vizinhança limitada e para situações de solidão ou para instituições, não deve justificar a exclusão das pessoas mais velhas da vida social. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (1998) refere que quanto mais tempo o idoso permanecer com saúde, sem incapacidade e produtivo, melhor será a sua qualidade de vida, maior a sua contribuição para a sociedade, e provavelmente menor o custo de lhe proporcionar serviços sociais e de saúde.

O envelhecimento da população deve assim ser visto como uma oportunidade, tornando-se primordial a criação de políticas públicas de proteção social adequadas e o redimensionamento da saúde e do apoio, que promovam um envelhecimento bem-sucedido, incentivem a coesão e interação familiar e defendam o idoso de negligência, de más práticas e de violência (Rebelo e Penalva, 2004; Sequeira, 2010; Pocinho, 2014).

A necessidade de promoção de um envelhecimento saudável e com qualidade, ou seja, com saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível, traduz-se num desafio individual e coletivo para a prevenção e promoção da saúde. Assim, para evitar que o envelhecimento da população e a velhice sejam encarados como um problema, é necessário unificar esforços no sentido de promover um envelhecimento ativo.

2. Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida

2.1 Contextualização histórica

A segunda metade do século XX foi marcada por diversos paradigmas relativos à construção social do envelhecimento na sociedade contemporânea. Neste contexto, surgiram diversos conceitos para definir envelhecimento, tais como envelhecimento “bem-sucedido”, “produtivo”, “saudável” e por fim “ativo”, sendo este último a definição utilizada atualmente.

Walker (2006) refere que o conceito de envelhecimento ativo apesar de ser relativamente recente na Europa remonta ao início de 1960 nos Estados Unidos da América, como uma resposta de oposição à teoria influente na altura – teoria do *disengagement*, que defendia que a velhice era um período inevitável de retirada de papéis e relacionamentos.

Neste sentido, o autor supracitado refere que a chave para um envelhecimento bem-sucedido era a continuação de uma vida ativa na velhice, ou seja a substituição de relações, funções e atividades de meia-idade que foram perdidas, a fim de manter atividades e satisfação com a vida. No entanto, esta abordagem era baseada em objetivos reducionistas que colocavam uma expectativa irrealista em indivíduos idosos para manter os mesmos níveis de atividade que tinham anteriormente (meia-idade), independentemente de limitações funcionais, não reconhecendo a heterogeneidade dos mesmos.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido foi posteriormente alvo de várias tentativas de definição influenciadas fundamentalmente pelo pensamento e práticas gerontológicas (Moulaert e Paris, 2013), no entanto, apesar da elevada relevância do tema na literatura, não existe uma definição ou critérios consensuais sobre o que é um envelhecimento bem-sucedido. A conceção deste tema remete para abordagens diversas como é referido no estudo de revisão de artigos elaborado por Bowling e Dieppe (2005),

que encontram definições que remetem quer para teorias biomédicas (baseadas na ausência de doenças e numa boa saúde psíquica e mental), quer psicossociais (baseadas na satisfação com a vida, participação social e recursos psicológicos), quer para combinações de ambas.

Na década de 80 o conceito de envelhecimento bem-sucedido ressurgiu sob o nome de envelhecimento produtivo. Esta mudança refletiu uma diversidade de desenvolvimentos sociopolíticos, com o aumento do interesse pela produtividade na produção de bens e serviços e em particular o interesse de investigadores em estudar o envelhecimento tendo em consideração o desenvolvimento humano ao longo da vida (Moulaert e Paris, 2013).

O envelhecimento produtivo foi definido como qualquer atividade realizada por um indivíduo mais velho que produz bens e serviços, ou desenvolve a capacidade de produzi-los, sejam eles remunerados ou não (Bass *et al.*, 1993 *apud* Moulaert e Paris, 2013). Este tem uma abordagem positiva e funcional de envelhecimento, ao atribuir um valor aos idosos, seja através de trabalho remunerado ou não remunerado (Moulaert e Paris, 2013; Walker, 2006).

No entanto, este conceito é limitador na definição de atividade produtiva, especificamente no valor atribuído ao trabalho voluntário, uma vez que a maior parte das suas variantes estão centradas estritamente na produção de bens e serviços e, portanto, tendendo a ser uma conceção de envelhecimento instrumental e economicista.

Posteriormente preconizou-se a abordagem de envelhecimento saudável, focado na promoção da saúde e prevenção de doença. Este de acordo com a Direção-Geral de Saúde (2008:2) “depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam”. A utilização deste termo é limitadora remetendo essencialmente para uma simples aplicação das perspetivas de saúde ao envelhecimento (Almeida, 2007).

2.2 Políticas de Envelhecimento Ativo

Atualmente a problemática de envelhecimento ativo encontra-se presente nas políticas públicas nacionais e internacionais, como uma abordagem fundamental para enfrentar os desafios do envelhecimento da população. Este surge na sequência de um

envelhecimento saudável preconizado até então, pretendendo ter uma abordagem mais abrangente e multidimensional, que para além de abranger a saúde, foque aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, que influenciam o envelhecimento (Ribeiro e Paúl, 2011).

O conceito de envelhecimento ativo foi referenciado pela primeira vez em 1998, numa publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Moulaert e Paris, 2013), tendo posteriormente evoluído para a defesa de uma política para o “envelhecimento ativo”, através da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A ONU, através da OMS, a Comissão Europeia (CE) e a OCDE, promovem iniciativas destinadas a alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e a definir políticas públicas que respondam a esses desafios (Cabral *et al.*, 2013). Nesta linha, em 2012 foi celebrado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações⁷, a nível da União Europeia, que visa combater a discriminação com base na idade (idadismo) e promover a sustentabilidade entre gerações, incentivando os países a promoverem o envelhecimento ativo atuando no domínio do emprego, participação social e autonomia. Neste documento encontra-se ainda referido que

Uma resposta fundamental a esta rápida mudança na pirâmide etária consiste em promover a criação de uma cultura de envelhecimento ativo ao longo da vida, garantindo assim que a população com perto de sessenta anos ou mais, em rápido crescimento, que, em geral, é mais saudável e mais instruída do que a de qualquer outro grupo etário precedente do mesmo tipo, tenha boas oportunidades de emprego e de participação ativa na vida social e familiar, nomeadamente através de atividades de voluntariado, da aprendizagem ao longo da vida, da expressão cultural e do desporto (Decisão nº 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de setembro de 2011:246/5).

Portugal associou-se a esta iniciativa através da Resolução do Conselho de Ministros 61/2011, de 22 de dezembro, assumindo que o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações “pretende contribuir para promover uma cultura de envelhecimento ativo na Europa convocando valores europeus como a solidariedade, a não discriminação, a independência, a participação, a dignidade, os cuidados e a auto realização das pessoas idosas, concorrendo para o desenvolvimento

⁷ Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012), Jornal Oficial da União Europeia, 23 de setembro de 2011.

harmonioso das sociedades europeias” (Resolução do Conselho de Ministros 61/2011, de 22 de dezembro).

Neste sentido, as organizações acima supracitadas têm em comum o paradigma do envelhecimento da população, regendo-se pelo envelhecimento ativo, no entanto, o tipo de abordagem de cada uma reflete preocupações e soluções distintas no âmbito de intervenção que caracteriza cada organização.

A OCDE define o envelhecimento ativo como a capacidade das pessoas levarem uma vida ativa e produtiva na sociedade, à medida que envelhecem. O envelhecimento ativo implica uma flexibilização do modo como os indivíduos e as famílias repartem o seu tempo entre o trabalho, a educação, o lazer e a prestação de cuidados (OCDE, 1998). Esta definição realça a necessidade de prolongar a vida ativa, mas também a importância de contabilizar com as atividades de lazer, advogando uma desvinculação gradual do mundo laboral.

A CE advoga que o envelhecimento ativo e a abordagem ao longo do ciclo vital são princípios fundamentais na orientação de respostas políticas inovadoras ao envelhecimento na Europa e constituem uma solução para o futuro. Neste sentido, as orientações passam pela promoção de incentivos que permitam o prolongamento da vida ativa e que garantam a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos, de modo a contribuir para o combate da discriminação etária no mercado trabalho (Silva, 2009).

Assim, torna-se necessário ter em consideração um conjunto de práticas que englobam “a aprendizagem ao longo da vida, o prolongamento do período de vida ativa, o adiamento da idade de reforma e a introdução de um sistema de reforma mais gradual, bem como a continuidade de uma vida ativa após a reforma e o desenvolvimento de atividades que permitam otimizar as capacidades individuais e manter um bom estado de saúde de cada pessoa” (CE, 2002:6). Estas práticas são apontadas como benéficas pela CE, uma vez que permitem aumentar a qualidade média de vida dos indivíduos e, simultaneamente contribuir positivamente para a sociedade, através do aumento do crescimento, da diminuição de encargos com dependência e conseqüentemente com poupanças substanciais nos domínios das pensões e da saúde.

Nesta perspetiva, a conceção de envelhecimento ativo foca essencialmente a atividade, independentemente de que seja produtiva ou não, estabelecendo uma relação positiva entre o prolongamento da vida profissional e o estado de saúde.

Atualmente em Portugal verifica-se este fenómeno, com o regime geral de pensões da Segurança Social, a criar incentivos para os mais velhos permanecerem no mercado de trabalho através de medidas de bonificação e penalização, como é possível observar no Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de Dezembro.

Nesta perspetiva é colocada em discussão a definição de envelhecimento ativo, nomeadamente se a sua promoção se traduz na preservação de trabalhadores ativos para além da idade legal de reforma ou no desincentivo da antecipação da reforma, uma vez que a sua principal abordagem no prolongamento da vida ativa é pela via do mercado de trabalho, resultando de preocupações de natureza financeira e de sustentabilidade da segurança social e dos sistemas de saúde.

As políticas sociais dirigidas às populações mais velhas em Portugal vão ao encontro das linhas que têm orientado a generalidade das políticas sociais em contexto europeu, tendo o conceito de envelhecimento ativo sido difundido de acordo com as orientações estratégicas traçadas pela Comissão Europeia. Estas políticas de acordo com Silva (2009) ignoram todo um quadro de referência cultural e social, que no passado recente elas próprias ajudaram a construir como as medidas de apoio à reforma antecipada, tornando assim o discurso do envelhecimento ativo

Simultaneamente, pragmático e ideológico, onde recomendações indiscutivelmente vantajosas para os indivíduos, independentemente da sua condição social, se misturam com recomendações ditadas por considerações e interesses económicos alheios aos da maioria dos idosos (Cabral *et al.*, 2013:16).

2.3 Envelhecimento Ativo pela Organização Mundial de Saúde

A OMS tem vindo a propor uma nova conceção de envelhecimento ativo mais abrangente que integre numa perspetiva multidimensional os vários domínios da vida pessoal e social e que contrarie a tendência para uma visão redutora, direcionada unicamente para a vertente da empregabilidade.

Nesta perspetiva, o envelhecimento ativo refere-se ao processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002:12). Este aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, participem ativamente na sociedade de

acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades; e ao mesmo tempo tenham acesso a proteção, segurança e cuidados adequados.

Nesta definição o conceito "ativo" refere-se à participação e envolvimento contínuo na vida social, económica, cultural, espiritual e nos assuntos cívicos, e não apenas à capacidade de ser fisicamente ativo ou de participar no trabalho com vigor. A ênfase desta análise contraria as perspetivas que apenas abrangem o mercado laboral, sendo o processo de ativação definido como a promoção da participação nos diversos domínios da vida pessoal e social. Assim, as pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que estão doentes ou vivem com deficiências têm lugar como contribuintes ativos, permanecendo-o para a sua família, pares e comunidade.

A nível individual o envelhecimento ativo objetiva dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm na sua vida, através de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia (Ribeiro e Paúl, 2011). Os conceitos chave deste novo paradigma são: a autonomia relacionada com a capacidade de tomar decisões e gerir a sua vida; a independência relacionada com a capacidade de desempenho no autocuidado e atividades de vida diária (Sequeira, 2010); a expectativa de vida saudável considerada como o tempo de vida que se espera viver sem necessitar de cuidados especiais (Ribeiro e Paúl, 2011); e a qualidade de vida, que é um conceito amplo e complexo que incorpora a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e características do meio em que se encontram inseridas (OMS, 2002).

A expectativa de vida saudável com autonomia, independência e com qualidade de vida para todas as pessoas incluindo as que necessitam de cuidados, são objetivos essenciais deste amplo conceito. Neste sentido, a abordagem da OMS pressupõe uma rutura com o pressuposto de que o envelhecimento está associado à aposentação, doença e dependência, ou seja, a apenas aspetos económicos e biomédicos, tendo em consideração o envelhecimento ao longo da vida.

A longevidade no conceito de envelhecimento ativo deve ser interpretada à luz de duas perspetivas: a de curso de vida e a da transição para a inatividade (Cabral *et al.*, 2013). A perspetiva de curso de vida analisa o envelhecimento como um processo influenciado pelas diferentes trajetórias de vida, e a perspetiva de transição para a inatividade preconiza uma flexibilização desta passagem, através da criação de condições e

motivações para o prolongamento vida ativa, desde que o estado de saúde o permita (Cabral *et al.*, 2013).

Nesta perspetiva, o conceito de envelhecimento ativo remete para duas direções chave: o aumento da expectativa de vida saudável e o prolongamento da vida ativa, devendo o envelhecimento ser considerado numa perspetiva de ciclo vital, em que envelhecer não se inicia numa idade específica, como a idade da reforma, mas que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente. Assim, a qualidade de vida que “desfrutarão, avós depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo da vida [...]” (OMS, 2002:12).

A OMS (2002) preconiza assim que existem diversos determinantes que influenciam o envelhecimento ativo (Figura 1), nomeadamente a cultura e género; determinantes sociais e económicos; determinantes do ambiente físico e do acesso à saúde e aos serviços sociais; e determinantes comportamentais e individuais. Estes encontram-se interligados em diversos aspetos, sendo a sua interação de extrema relevância. Os determinantes influenciam directamente ou indirectamente o bem-estar, a prevalência de doenças, o seu início e progressão, bem como o modo como os indivíduos lidam com as mesmas e com a incapacidade (OMS, 2007).

Figura 1: Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OMS: Organização Mundial de Saúde (2005) Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

A **cultura** e o **género** são determinantes transversais que influenciam o processo de envelhecimento, assim como todos os outros determinantes do envelhecimento ativo. Estes são filtros da compreensão do fenómeno de envelhecimento, que influenciam todos os componentes e determinantes associados ao mesmo, particularmente a intergeracionalidade das relações e os comportamentos face à saúde e à doença.

A **cultura** refere-se aos valores culturais, tradições, convenções e convicções que são particulares no tempo histórico e cultural das sociedades, não sendo passíveis de transição momentânea, e que explicam processos, salientam preconceitos e atravessam e justificam comportamentos (Ribeiro e Paúl, 2011).

Nesta perspetiva, a cultura tem um elevado impacto na construção social da velhice e do envelhecimento, na medida em que influencia o modo como a sociedade vê as pessoas mais velhas e o próprio processo de envelhecimento (OMS, 2002). Pessoas a viver em meios rurais ou urbanos, ou em países diferentes, envelhecem igualmente, no entanto o envelhecimento é encarado de modo diferente consoante os valores culturais.

A imagem dos idosos e a noção de envelhecimento foi-se modificando ao longo dos séculos em Portugal, tendo em consideração a construção social e a conjuntura histórica. No século XIX o idoso era visto como respeitável, dotado de experiência e sabedoria, tendo um papel importante na família, nomeadamente na transmissão de conhecimentos entre gerações. No século XIX e XX assistiu-se a uma alteração na estrutura económica, resultante da crescente industrialização aliada à produtividade, fator que transformou a imagem do idoso como uma pessoa frágil, inútil e improdutivo, diminuindo o seu papel no seio familiar e sendo remetido para lares e hospitais. Atualmente a velhice encontra-se ainda fortemente associada a uma diminuição de capacidades, de recursos sociais e económicos, sendo vista como uma problemática pela procura do lugar do idoso na sociedade, resultante do crescente aumento do número de idosos e da sua esperança de vida.

Numa perspetiva societal e comunitária os valores culturais são primordiais para a construção de histórias de vida e de uma adaptação positiva ao envelhecimento, estando diretamente relacionadas com o género.

O **género** é atualmente reconhecido como uma variável de extrema relevância na compreensão do envelhecimento humano (Ribeiro, 2012). Este assenta por um lado sobre o determinismo biológico (Sexo), ou seja, sobre as diferenças biológicas entre homens e

mulheres; e por outro na construção social (Género), ou seja, como uma identidade concebida a partir de papéis sociais e económicos que cada um assume ao longo da vida, e das responsabilidades e oportunidades que a sociedade e as famílias atribuem às mulheres e aos homens (Ribeiro, 2012; OMS, 2007). Nesta perspetiva, Sexo é reconhecido como uma propriedade dos indivíduos, enquanto Género é visto como um elemento estruturante das relações sociais.

As diferenças genéticas, os comportamentos e os papéis sociais e ocupacionais influenciam a esperança média de vida e os fatores de morbilidade entre os sexos. Atualmente confirma-se um processo de feminização do envelhecimento, com a predominância das mulheres entre as pessoas mais velhas, que evolui de forma crescente à medida que se avança na idade (Perista e Perista, 2012). Contudo, os homens apresentam quadros de menor morbilidade, maiores rendimentos e menor afetação do estatuto social com o passar dos anos (Ribeiro e Paúl, 2011), enquanto as mulheres são frequentemente mais afetadas por situações de dependência e doença crónica, viuvez, precariedade económica, vulnerabilidade social (Ribeiro, 2012).

A demografia revela que as mulheres tendem a continuar em maior número relativamente aos homens, no entanto a diferença na esperança de vida pode tender a diminuir como consequência nas mudanças do papel da mulher na sociedade e nas mudanças de estilo de vida, tais como a participação no trabalho remunerado e aumento da taxa de mulheres fumadoras.

A construção de identidade de género moldada ao longo do tempo histórico e cultural, enfatiza experiências de vida e resultados de envelhecimento distintos, de homens e mulheres com diferentes expectativas nas várias esferas de vida (Ribeiro e Paúl, 2011; Ribeiro, 2012). Envelhecer enquanto homem ou mulher determina modos distintos de vivência, resultantes de diversas expectativas, identidades, relações e processos, sendo primordial reconhecer e adotar uma perspetiva de ciclo de vida.

Assim, a saúde, a participação social, a independência e a autonomia, fatores reconhecidos pela OMS no envelhecimento ativo, variam conforme o género e as diferentes realidades de vivência (cultura).

Os **serviços sociais e de saúde** desempenham um papel preponderante na promoção do envelhecimento ativo, na medida em que estes devem estar integrados numa perspetiva holística que contemple a saúde ao longo das diversas fases da vida. Neste

sentido, é importante a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acesso equitativos tanto a cuidados primários de saúde, como cuidados curativos e de longa duração (formais ou informais) (OMS, 2002).

Relativamente aos **determinantes comportamentais**, é imperativo a adoção de estilos de vida saudáveis e participação ativa nos cuidados pessoais independentemente da idade. Nunca é tarde demais para adotar estilos de vida mais saudáveis, incluindo a prática de exercício físico, uma alimentação saudável, o fim do uso de álcool e de tabaco, a utilização de medicamentos de forma moderada e adequada (OMS, 2002).

O envelhecimento também é afetado por **fatores pessoais**, nomeadamente pela biologia e genética e por fatores psicológicos. A biologia e genética têm uma elevada influência no modo como uma pessoa envelhece, uma vez que o envelhecimento também ocorre de forma biológica, provocando um aumento da fragilidade e da suscetibilidade à doença. Este resulta de uma combinação da genética com o meio ambiente, o estilo de vida, a nutrição, sendo que o desenvolvimento de doenças crónicas, diabetes, doenças cardíacas, doença de Alzheimer e certos tipos de cancro se processa de modo pessoal e diferente de indivíduo para indivíduo (OMS, 2002).

Os fatores psicológicos, incluem a inteligência e capacidade cognitiva, ou seja, a capacidade para resolver problemas e de se adaptar às mudanças e perdas (OMS, 2002).

O **ambiente físico** encontra-se relacionado com as condições que a sociedade proporciona aos idosos, e que podem influenciar a sua independência ou dependência. Neste sentido, como as pessoas idosas têm tendência a ser mais frágeis e a viverem sós, é importante oferecer condições de segurança contra roubos, violência e barreiras arquitetónicas, tanto na sua habitação como no bairro onde se insiram. Também se torna imperativo o acesso a transportes públicos, a proximidade com os membros da família, serviços que podem significar a diferença entre interação social positiva e isolamento (OMS, 2002).

Por sua vez, os **determinantes sociais** prendem-se com apoio social adequado, oportunidades de educação e da aprendizagem ao longo da vida, paz e proteção de violência e abuso, que são fatores-chave no melhoramento da saúde, da participação e da segurança das pessoas idosas (OMS, 2002).

Os **determinantes económicos** relacionam-se com o trabalho, o valor da reforma e com a proteção social. Os idosos encontram-se mais propensos à pobreza, vulneráveis à

doença e à perda de apoio familiar, neste sentido é necessário políticas que promovam o acesso equitativo a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados sociais e de saúde adequados (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo é perspectivado pela OMS (2002) de forma ampla, não se restringindo apenas à promoção da saúde. Este também abrange fatores ambientais e pessoais associados ao bem-estar, bem como dá relevância ao impacto que a sociedade, a comunidade e a família exercem na forma como se envelhece.

Numa perspectiva mais ampla, a abordagem de envelhecimento ativo reconhece os direitos humanos dos mais velhos, e os princípios estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, incentivando assim a igualdade de oportunidades em todos os aspetos da vida dos idosos (OMS, 2002). Esta abordagem, resulta de um posicionamento que advoga a responsabilização das pessoas mais velhas pela participação nos vários contextos da sua vida, em vez de os considerar como alvos passivos.

O envelhecimento ativo encontra-se relacionado com três pressupostos fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança. Estes encontram-se interligados entre si e demonstram a dimensão e complexidade do conceito, remetendo para os indivíduos a responsabilidade de operacionalizarem estes pressupostos no seu contexto comunitário.

Neste sentido, importa compreender como os indivíduos envelhecem em Portugal, nomeadamente que comportamentos e práticas adotam para manter um envelhecimento ativo de acordo com os pressupostos acima evidenciados, e como estas influenciam o bem-estar/saúde, a satisfação e a qualidade de vida.

2.3.1 Saúde

A perspectiva de uma idade adulta longa e saudável está a converter-se numa realidade para as pessoas idosas (Tomás *et al.*, 2002). A longevidade da população associada a melhores níveis de saúde constitui-se como um dos objetivos principais da política de envelhecimento ativo, proposta pela OMS em 2002, na qual a saúde é vista como um recurso (promoção da saúde) para atingir melhores níveis de qualidade de vida e como um ganho ou resultado.

A saúde é definida pela OMS (1946) como “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença e enfermidade”, esta assenta numa conceção holística de saúde, que interpreta a saúde como um potencial de bem-estar (Almeida, 2007) que se desenrola ao longo da vida e onde as componentes emocionais e sociais da saúde têm tanta importância como a física. A saúde deixa assim de ser considerada como um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico socialmente produzido (Buss, 2000).

O processo de envelhecimento acarreta um declínio gradual do estado de saúde, que coloca os idosos em situação de fragilidade. A saúde das pessoas idosas traduz-se pela sua condição de autonomia e independência (Santos *et al.*, 2008), neste sentido é essencial ter uma abordagem positiva da saúde focada na capacidade de viver uma vida socialmente ativa, de forma independente, promovendo deste modo um enfoque mais social aos cuidados de saúde, e não considerar apenas a presença ou ausência de doença (conceção negativa de saúde) (Squire, 2002).

A promoção da saúde adota uma visão positiva face à saúde, pressupondo que esta pode ajudar a atrasar o desencadeamento de doenças e de incapacidades e melhorar a qualidade de vida (*ibidem*). Esta a partir da década de 1980 ganhou destaque no âmbito da saúde pública, através da divulgação da Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da promoção de saúde atual.

Na Carta de Ottawa, a promoção de saúde é definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986: 1). Este conceito encontra-se associado a um conjunto de valores como: qualidade de vida, saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria e de estratégias resultantes de uma ação conjunta do Estado (políticas públicas), da comunidade e do próprio indivíduo, responsabilizando-o pela sua própria saúde (OMS, 1986). A promoção da saúde é o processo de capacitação dos indivíduos, para se responsabilizarem pelo controlo da sua própria saúde e pela sua melhoria, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OMS, 1986; OMS, 2002).

O envelhecimento ativo remete para a manutenção da atividade motora e cognitiva das pessoas idosas, particularmente quando estas passam da vida ativa à reforma (Cabral *et al.*, 2013). A adoção de estilos de vida saudáveis é um dos fatores chave do

envelhecimento ativo, que permite atingir o bem-estar, prevenir o aparecimento de algumas doenças associadas à idade e promover a saúde e qualidade de vida, sendo importante realizá-la em todas as fases do ciclo de vida (OMS, 2002). Esta procura reduzir os fatores de risco associados às principais doenças, assim como aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida, incluindo fundamentalmente a prática de atividade física moderada, uma alimentação saudável, não fumar, não consumir bebidas alcoólicas/consumir com moderação e tomar a medicação adequadamente (OMS, 2002; INE e INSA, 2009).

A atividade física é definida pela OMS (2010: 53) como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia”. Esta quando se destina à população sénior, pode ser enquadrada em quatro domínios diferentes inseridos no seu contexto diário e na sua comunidade: lazer (passear, dançar, jardinagem), doméstico (atividades relacionadas com o cuidar da habitação); ocupacional (emprego) e deslocações (andar a pé ou de bicicleta) (OMS, 2010).

As recomendações para a população idosa são semelhantes às para a população adulta, compreendendo a prática de 2/3h (15min - 30 min por dia durante 5 dias) de atividades moderadas por semana, como por exemplo fazer caminhadas (OMS, 2010; Harvard T.H. Chan School of Public Health, 2013). Estas devem ser adaptadas às condições físicas e de saúde individuais, sendo recomendado a prática possível consoante as limitações de cada idoso, uma vez que mesmo a prática de uma hora de exercício por semana já produz benefícios para a saúde (Harvard T.H. Chan School of Public Health, 2013).

As pessoas idosas são particularmente vulneráveis à desnutrição (OMS, 2002), neste sentido, a alimentação saudável constituiu um dos pilares base da promoção da saúde nesta população. As recomendações alimentares para este grupo são de um modo geral similares às da população em geral, estando representadas na roda dos alimentos e divididas em 9 grupos: água (consume várias vezes ao longo do dia – 1.5l); cereais e derivados (28% - 4 a 11 porções dia), hortícolas (23% - 3 a 5 porções dia), fruta (20% - 3 a 5 porções dia), lacticínios (18% - 2 a 3 porções dia), carne, pescado e ovos (5% - 1 a 5 porções dia, dando preferência ao peixe e carnes brancas), leguminosas (4 % - 1 a 5 porções dia) e gorduras e óleos (2% - 1 a 3 porções por dia) (Direção Geral de Saúde, 2003).

Os hábitos de consumo são considerados como riscos comportamentais passíveis de mudança e incluem especificamente o tabagismo e o consumo de álcool (OMS, 2002). Em Portugal o consumo de tabaco tende a diminuir com o avançar da idade: 6.3% (65-74 anos), 2.8% (75-85 anos) e 0.2% (85+ anos) e apresenta maior expressividade no sexo masculino, por sua vez o consumo de álcool apresenta também um decréscimo com o aumento da idade e um maior consumo por parte dos homens (INE e INSA, 2009; Ribeiro e Paul, 2011). Relativamente às recomendações para a população idosa, estas são semelhantes à da população em geral, ou seja não ter hábitos tabágicos e consumir álcool com moderação, no entanto relativamente ao consumo de álcool, deve ter-se em conta a situação particular de cada idoso, uma vez que o processo de envelhecimento acarreta mudanças metabólicas, aumentando assim a suscetibilidade a doenças (OMS, 2002).

Apesar de a promoção da saúde dever ser um processo contínuo e desenvolvido em todas as fases da vida, a adoção deste durante a terceira idade continua a ser essencial, contribuindo para a prevenção de doenças e do declínio funcional, assim como para estender a longevidade e aumentar a qualidade de vida (OMS, 2002). Neste sentido, as atividades de promoção da saúde têm vindo a ser consideradas como elementos fortemente associadas à obtenção de ganhos em saúde (forma de expressar os resultados de uma melhoria de saúde) (OMS, 1997).

A saúde dos seniores portugueses (+55anos) é avaliada frequentemente pelos próprios como razoável, tendendo a decrescer para avaliações de “mau ou muito mau” com o avançar da idade, particularmente em mulheres, pessoas com menor estatuto socioeconómico e com menor escolaridade e pessoas com maior incidência de doenças crónicas (Cabral *et al.*, 2013; INE e INSA, 2009).

Kozłowska *et al.* (2008) estudaram a relação entre a prática de estilos de vida saudáveis (não fumar atualmente, não consumir bebidas alcoólicas ou consumir menos de 3 por dia; praticar atividade física regular – 2 a 3 vezes por semana até 3h; dormir bem; e manter um peso adequado – índice de massa corporal (IMC)) e resultados positivos para a saúde (check-ups de saúde; avaliação positiva da saúde; sentimento de calma; felicidade; não esperar um decréscimo de saúde) em idosos (+65) de 8 países europeus, incluindo Portugal. Os resultados obtidos revelaram que idosos que praticam estilos de vida saudáveis têm maior probabilidade de avaliar melhor a sua saúde (boa ou muito boa) e de apresentar maior satisfação com a vida (OR: 12.98;IC:95%).

2.3.2 Participação Social

A participação na sociedade é referenciada como um fator preponderante para o bem-estar da população idosa, constituindo um dos pilares chave do envelhecimento ativo. A estrutura e as relações familiares, assim como as redes sociais tendem a sofrer alterações significativas ao longo do tempo, resultantes do processo de envelhecimento marcado por transições específicas como a reforma, a viuvez e as situações de dependência. Estas conduzem a que as pessoas idosas vivam cada vez mais sós (20.1%), em casal (38%), isoladas ou institucionalizadas nos seus últimos anos de vida (Cabral *et al.*, 2013).

O empobrecimento das relações sociais associado a uma vida social menos intensa conduz ainda ao isolamento, que se reflete no estado de saúde física e mental dos indivíduos e conseqüentemente na diminuição da contribuição dos indivíduos para a sociedade (Cabral *et al.*, 2013). Neste sentido, torna-se imperativo estimular os idosos a continuarem a participar ativamente dentro da sua comunidade.

A importância da participação social no processo de envelhecimento remete para o reforço dos laços sociais através das relações estabelecidas com os diversos subsistemas institucionais, como a família, a vizinhança e o grupo de pares. Esta inclui também a participação em organizações e instituições locais, como associações desportivas, sociais e religiosas, Universidades Sénior, assim como a prática de voluntariado, entre outras.

A participação social é considerada como um fator preponderante para a felicidade dos idosos, encontrando-se associada a melhores níveis de bem-estar, satisfação, saúde e qualidade de vida (Cabral *et al.*, 2013).

Associações desportivas, sociais e religiosas

A participação social tem sido associada a níveis de bem-estar e saúde mais favoráveis na população idosa. Cabral *et al.* (2013) referem a importância da participação através de formas formais, como a pertença associativa e do envolvimento em atividades para a terceira idade, que representam o elo mais significativo para a inclusão social e para a participação na vida coletiva.

Neste sentido, os autores supracitados analisaram a participação de pessoas a partir dos 50 anos, relativamente à pertença a organizações, sindicatos, a clubes

desportivos, associações culturais e de solidariedade social assim como a participação em atividades de uma organização religiosa, da Câmara Municipal, de Juntas de Freguesia, de Associações Recreativas e de Instituições Particulares de Solidariedade Social. Os resultados apresentados demonstram que perto de um terço dos inquiridos participa atualmente em pelo menos uma associação e cerca de 40% que nunca participou em qualquer tipo de associação. As associações em que os seniores dedicam mais do seu tempo são os clubes desportivos (9,5%), sindicatos (8%), associações culturais (7,7%) e associações de solidariedade social (6,7%), demonstrando uma diminuição na participação em sindicatos e partidos políticos, mas contrariamente um aumento em relação às associações culturais, associações de defesa do património/ambiental e associações de solidariedade social, em relação às quais se verifica um maior número de pessoas do que no passado.

Cabral *et al.* (2013) verificaram que a participação na generalidade das associações diminui significativamente à medida que aumenta a idade dos inquiridos (+75), e que são os indivíduos mais escolarizados que se associam às mesmas.

Relativamente à participação em atividades para a terceira idade, apenas cerca de um quarto da população refere participar em pelo menos uma entidade ou organização que promove estas atividades. A igreja/centros paroquiais ou outros locais de culto representam as entidades com a participação mais expressiva (9,1%), seguida das Juntas de Freguesia (7,2%), as coletividades recreativas (6,6%) e os serviços das Câmaras Municipais (5,6%), e Instituições Particulares de Solidariedade Social, Centros de Dia, Inatel, Universidades Seniores e outras entidades (<5%). Verifica-se uma maior adesão na participação nestas atividades no grupo dos 65 aos 74 anos, no entanto a escolaridade dos seniores diferenciam-se relativamente à participação em atividades coletivas (ensino básico) e Universidades Sénior (ensino superior).

Abu-Rayya realizou um estudo em 2005, utilizando os dados da base de dados SHARE, sobre como a idade influencia a participação dos idosos (idade superior a 65 anos) em atividades sociais e qual a relação entre o envolvimento nestas atividades e a depressão. A participação social foi medida através da participação em sete atividades: trabalho voluntário ou de caridade; cuidar de uma pessoa doente ou com deficiência; ajuda para a família / amigos / vizinhos; curso de ensino ou de formação; associações desportivas, sociais, entre outras; participação em organizações religiosas e participação

numa organização política ou da comunidade. Os resultados deste estudo mostraram que os idosos têm um envolvimento social reduzido e que com o aumento da idade a participação social diminui, tendendo os idosos com idades mais baixas a ser socialmente mais envolvidos que os mais velhos. Relativamente à relação entre os sintomas de depressão e a participação social, não são estabelecidas relações de causalidade, no entanto os sintomas da depressão surgem correlacionados negativamente com envolvimento social, sugerindo que o aumento da participação social pode diminuir sentimentos depressivos e contribuir positivamente para a saúde mental.

Na mesma linha, Sirven e Debrand (2008) realizaram a sua investigação sobre o impacto que as atividades sociais têm na saúde. Estes autores utilizaram também dados da base SHARE e estudaram a participação social através da participação em cinco atividades: trabalho voluntário ou de caridade; curso de ensino ou de formação; associações desportivas, sociais, entre outras; organizações religiosas e organizações políticas ou da comunidade e a saúde através da perceção individual. A análise demonstrou que a participação social contribui em três pontos percentuais para o aumento da perceção da saúde, ou seja contribui para melhorar o estado de saúde.

Formação ao longo da vida

O paradigma do envelhecimento, marcado pelo declínio das relações sociais, em que se verifica o deterioramento dos papéis e das relações familiares e a perda de laços informais de vizinhança e pela necessidade de os séniores se sentirem inseridos social e culturalmente na sociedade, cria a necessidade de estes continuarem ativos e atualizados e de criarem novas relações sociais. As Universidades da Terceira Idade (UTI) ou Universidades Sénior surgem neste sentido para dar resposta às necessidades dos idosos, promovendo um envelhecimento ativo e fomentando a criação de redes sociais alternativas (Jacob, 2012).

As UTI são uma “resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos” (RUTIS, 2007). Estas são locais de aprendizagem que satisfazem as necessidades ao nível grupal (idosos no geral) e ao nível individual (tendo

em consideração a individualidade de cada um em especial), fomentando e potenciando a capacidade de adaptação à realidade (Loureiro, 2011).

O modelo de formação das UTI é desenvolvido em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida (Jacob, 2012). A formação ao longo da vida é um processo ininterrupto e contínuo de aprendizagem, que se desenrola ao longo do ciclo vital e que proporciona o aparecimento de novas propostas educativas direcionados à população com mais de 55 anos (Loureiro, 2011).

A formação ao longo da vida compreende dois conceitos importantes mas distintos: a educação e a aprendizagem. A educação é definida por Pocinho (2014) como um processo de formação da personalidade da pessoa, que permite a aprendizagem, de modo a ser capaz de tomar decisões corretas, distinguindo o bem do mal. Esta tem vindo a captar interesse fundamentalmente por parte da investigação, sendo atualmente aceite uma dupla perspetiva relativamente à mesma. A educação como uma estratégia de “socioterapia”, promovendo e estimulando a integração social, e como preventora da deterioração da cognição, através de atividades socioeducativas (Jacob, 2012).

A aprendizagem é um processo que decorre de forma dinâmica e progressiva, sendo definida por Loureiro (2011) como o modo como os seres adquirem novos conhecimentos, desenvolvem competências e alteram comportamentos. Esta permite às pessoas adaptarem-se a múltiplas situações que vão ocorrendo ao longo da sua vida (Pocinho, 2014). Neste sentido, a formação e a educação ao longo da vida podem ser perspetivadas como instrumentos de promoção social e de aquisição de novos conhecimentos.

Neste contexto, Pocinho (2014) no âmbito da sua tese de doutoramento, desenvolveu um estudo sobre as Universidades Sêniores Portuguesas, onde procurou caracterizar o perfil dos alunos que as frequentam. Os resultados do estudo demonstram que existe uma taxa de participação mais elevada por parte das mulheres (70%), que relativamente à idade participam pessoas dos 48 aos 90 anos, encontram-se a maior taxa de participação entre os 65-74 anos (47.1%). Os alunos das UTI são maioritariamente reformados (98.3%), com estudos ao nível do ensino básico (40.7%), ensino secundário (47.6%) e minoritariamente com ensino superior (11.57%). Relativamente ao motivo de estar inseridos numa UTI, a maioria dos alunos procura convivência e aprendizagem (47.1%) e seguidamente ocupar o tempo livre (23.4%).

Jacob (2005) apresentou um estudo sobre a importância das UTI na qualidade de vida dos seniores em Portugal, que pretendeu aferir se o modelo de educação de adultos tem de facto influência na qualidade de vida destes. Neste estudo a amostra estudada foi de 150 indivíduos seniores das cidades de Santarém, Almeirim e Lisboa (50 em cada), divididos em dois grupos: o grupo A constituído por alunos das UTI e o grupo B constituído por seniores que não frequentavam UTI. O método utilizado para a recolha dos dados foi a versão portuguesa do questionário SF-12, que mede o estado funcional e o bem-estar, bem como a qualidade de vida.

Os resultados deste estudo demonstram que as UTI contribuem para a qualidade de vida dos seniores, tendo 76% referido uma boa ou muito boa qualidade de vida comparativamente com 23% referido pelos que não participam nestas atividades. Jacob estudou ainda a relação das UTI com a satisfação, tendo demonstrado uma relação positiva entre as duas, uma vez que 72% dos alunos refere sentir-se feliz em comparação com 43% dos do grupo B. Relativamente à depressão este demonstrou uma baixa taxa de depressão no grupo A, apenas 6% comparativamente com o grupo B 35%.

Na mesma linha, o estudo atrás referenciado (Pocinho, 2014) pretendeu ainda analisar os benefícios que as UTI têm na vida dos idosos, nomeadamente se se verificam efeitos sobre a qualidade de vida, a sua satisfação com a vida e sobre o isolamento ou solidão. Este utilizou diversos instrumentos de avaliação, nomeadamente a Escala de Satisfação com a Vida para avaliar a satisfação com a vida; a Escala de Depressão Geriátrica – 30 para aferir os níveis de depressão e a Geriatric Anxiety Inventory para aferir a ansiedade.

Os resultados deste estudo corroboram os resultados apresentados por Jacob em 2005, demonstrando que a UTI permite combater sintomas de depressão (M =6.67; Máximo:30; Mínimo:0; Ponto de Corte: ≥ 10) e a ansiedade (M=6.65; Máximo:20; Mínimo:0; Ponto de Corte: $\geq 8/9$), sendo que os alunos não apresentam estes tipos de sintomas, contribuindo assim para uma boa saúde mental. As pessoas que frequentam esta resposta social apresentam uma elevada satisfação com a vida (M=25.9; Máximo:32; Mínimo:5), e uma boa qualidade de vida.

As atividades que proporcionam satisfação com a vida, permitem que os idosos se sintam valorizados e integrados socialmente (Pocinho, 2014), neste sentido as UTI e a formação ao longo da vida para além de permitirem obter benefícios a nível educacional,

social e físico, e ao nível da saúde, da satisfação e da qualidade de vida, incentivam e promovem o envelhecimento ativo.

Voluntariado

O voluntariado sénior surge como um desafio para a sociedade, promovido pelo crescente aumento da população reformada e pela necessidade desta criar novas relações sociais fora do trabalho (CES, 2013). Este é reconhecido pela OMS (2002) como uma expressão fundamental do envelhecimento ativo, sendo a sua prática preconizada na Decisão do Parlamento Europeu e do Conselho sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012)⁸, que o Ano Europeu das Atividades de Voluntariado que Promovam uma Cidadania Ativa (2011)⁹, sirva de alicerce para este, promovendo a ligação entre as duas áreas e a atenuação das problemáticas resultantes do envelhecimento demográfico.

O voluntariado sénior de acordo com Tomás *et al.* (2002) integra pessoas com mais de 65 anos, autónomas e reformadas, que dedicam o seu tempo a atividades sociais não remuneradas.

O voluntariado em Portugal é regulamentado juridicamente pela Lei n.º 71/98 de 3 de novembro, na qual se estabelecem as bases do enquadramento jurídico do voluntariado. Esta define e enquadra o voluntariado como o

Conjunto de ações de interesse social e comunitárias realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projetos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas (Decreto-Lei n.º 71/ 98 de 3 de novembro).

O mesmo artigo especifica que “não são abrangidas pela presente lei as atuações que, embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança” (Lei n.º 71/ 98 de 3 de novembro). Assim este documento formaliza as práticas de solidariedade, clarificando que, à luz da legislação nacional, qualquer prática voluntária só é considerada como

⁸ Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012), *Jornal Oficial da União Europeia*, 23 de setembro de 2011.

⁹ Decisão n.º 37/2010/CE do Conselho, de 27 de novembro de 2009, relativa ao Ano Europeu das Atividades de Voluntariado que Promovam uma Cidadania Ativa (2011), *Jornal Oficial da União Europeia*, 22 de janeiro de 2010.

voluntariado quando enquadrada institucionalmente, excluindo toda a atividade que seja esporádica e realizada na esfera familiar e na de amizade/vizinhança, ou seja, todas as práticas informais e individuais de solidariedade e entreajuda.

A realização de trabalho voluntário em 2012, de acordo com o estudo “Conta Satélite da Economia Social 2010” de 2013 realizado pelo INE em colaboração com a CASES, evidenciou diferentes taxas consoante o escalão etário: 11,6% no escalão dos 15-24 anos; 13,1% no escalão dos 25-44; 12,7% no escalão dos 45-64 anos e no escalão etário dos maiores de 65 anos, apenas 7,3%. Neste último verifica-se que a prática de voluntariado, tanto a nível formal como informal, apresenta uma taxa de participação superior das mulheres, 7,8% comparativamente com 6,7% dos homens.

Os resultados apresentados no estudo acima referido demonstram que relativamente ao tipo de prática de voluntariado, existe uma elevada proximidade nas práticas de voluntariado formal (51,6%) e informal (48,4%), verificando-se que pouco mais de metade do total de voluntários realizou uma atividade voluntária formal. Nas atividades de voluntariado formal destacaram-se os indivíduos mais jovens, sendo a classe dos 25-44 a mais significativa e nas atividades de trabalho voluntário informal prevaleceram pessoas com mais idade, sendo a classe mais importante a dos 45-64 anos. Relativamente à classe etária dos 65 ou mais anos a participação no voluntariado formal tem uma taxa de 2,7% (2,9% homens e 2,6% mulheres) comparativamente com 4,8% no informal (3,9% homens e 5,4% mulheres). Verifica-se assim que os indivíduos mais velhos são a classe com maior peso no voluntariado informal, contrariamente ao que sucede no voluntariado formal, em que são os mais jovens.

Neste sentido apesar da abrangência reducionista da lei, que advoga a vertente formal, de carácter regular e institucional do voluntariado, torna-se essencial ter em consideração estes dois tipos de voluntariado: o voluntariado formal e o voluntariado informal, na abordagem do voluntariado sénior. O voluntariado formal é referido como um comportamento de ajuda com carácter regular e estruturado, especialmente realizado em locais públicos (Burr *et al.*, 2005; Burr *et al.*, 2007). Este em Portugal é promovido e desenvolvido através do Estado, de organizações religiosas (Igreja, Sinagogas entre outras), de organizações do terceiro setor e de empresas (CES, 2013).

O voluntariado informal refere-se à prestação de cuidados informais a pessoas da sua rede social (familiares, vizinhos, amigos) geralmente de forma esporádica que inclui

atividades como executar recados, oferecer transporte, ajudar nas tarefas domésticas, ou cuidar de outros (Burr *et al.*, 2005; Burr *et al.*, 2007). As práticas de voluntariado informal/participação informal são especificadas por Cabral *et al.* (2013) como atividades que fazem parte do dia-a-dia de muitos séniores, como tomar conta de crianças (principalmente dos netos) e prestar apoio não remunerado a pessoas adultas. Este tipo de voluntariado é menos estruturado do que o voluntariado formal, sendo realizado em privado ao invés de locais públicos.

A prática de voluntariado pela população idosa apesar de pouco significativo nas estatísticas tem sido alvo de um crescente interesse por parte dos investigadores, principalmente pelos seus benefícios, assim como pelo seu contributo para envelhecimento ativo e para as relações intergeracionais.

O voluntariado sénior é visto como um fenómeno estruturante do envelhecimento ativo, permitindo a partilha de experiências de vida, conhecimentos e competências com outras gerações. No entanto, apesar do reconhecimento da sua importância existem ainda poucos estudos sobre os benefícios da prática voluntariado na terceira idade em Portugal.

O trabalho realizado por Martins (2012), procura compreender as principais motivações para a prática do voluntariado sénior, tendo em consideração a contribuição desta atividade como uma possibilidade efetiva de Envelhecimento Ativo. Neste sentido, através de métodos qualitativos foi evidenciada pelos participantes, uma relação positiva entre a prática de voluntariado formal e o relacionamento com os outros, o enriquecimento social e o sentimento de utilidade social.

O estudo realizado pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES) em 2013 corrobora os benefícios acima referidos, considerando o voluntariado sénior como exercício de cidadania e também como um fenómeno potenciador de coesão social, permitindo que os idosos se sintam úteis e inseridos na sociedade.

Haski-Leventhal (2009) realizou um estudo sobre voluntariado e bem-estar de pessoas com mais de 50 anos, de 12 países Europeus (não inclui Portugal) utilizando a base de dados SHARE. Este analisa a relação entre o voluntariado formal e de caridade e o bem-estar (Auto percepção de saúde; satisfação com a vida; depressão e expectativas), obtendo que a prática de voluntariado está associado a um maior bem-estar psicológico, a melhores níveis de saúde, a maior satisfação com a vida e a uma menor probabilidade de

depressão. Neste sentido, o autor refere que o voluntariado protege dos efeitos negativos associados à terceira idade.

Na mesma linha, Burr *et al.* (2005) referem que o voluntariado formal é uma atividade apreciada pela maioria das pessoas. O voluntariado na terceira idade potencia benefícios na saúde, como a manutenção do bem-estar físico e mental e da qualidade de vida (OMS, 2002), bem como ajuda a preencher a diminuição de contactos e relações sociais, fomentando o bem-estar pessoal e social do idoso.

Relativamente ao voluntariado informal Cabral *et al.* (2013) realizaram um estudo sobre o impacto das redes sociais nas atividades de indivíduos com mais de 50 anos. Neste, foram analisadas especificamente o tomar conta de crianças (principalmente dos netos – 82.6%) e a prestação de apoio a pessoas adultas. Relativamente às crianças, 27,5 % dos inquiridos costumam prestar este tipo de apoio, evidenciando-se as mulheres (30,5%) comparativamente com os homens (23.9%), sendo os indivíduos com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos quem toma mais frequentemente conta dos netos (31,9%). Os autores referem ainda que este tipo de atividade decresce com a idade, sendo os mais velhos (com mais de 75 anos) os que apresentam a menor percentagem (17%).

Atualmente o cuidar dos netos constitui-se como uma resposta ao contexto de crise e à sua conseqüente tensão sobre as famílias (Lopes e Gonçalves, 2012). Este contexto e as alterações na estrutura e nas relações familiares conduzem ao surgimento de relações intergeracionais especializadas, ou seja, o relacionamento de avós e netos ocorre com propósitos concretos, como no acompanhamento a atividades desportivas e no estudo, entre outras (Pereira, 2012).

Blustein *et al.* (2004) evidenciam no seu estudo, a influência que os cuidados prestados aos netos podem ter na saúde mental dos avós. Os autores referem que podem ser considerados três contextos diferentes nas trocas intergeracionais: netos que vivem permanentemente em casa dos avós, netos que vivem por certos períodos de tempo em casa dos avós e netos que não vivem com os avós.

Os resultados deste estudo permitem observar que as relações intergeracionais têm um impacto negativo na saúde do idoso consoante o tipo de situação. Os idosos que vivem com os netos demonstram uma deterioração do estado de saúde mais elevada, uma maior prevalência a sofrer de depressão, uma sobreocupação do tempo e impedimento de participar noutras esferas sociais, comparativamente com os que não vivem com os netos.

No entanto, as relações familiares intergeracionais saudáveis continuam a ser um meio de partilha de afetos, valores e bens-materiais, constituindo-se assim como expressões inequívocas de envelhecimento ativo.

A prestação de cuidados a outros, no estudo de Cabral *et al.* (2013), é apenas referida por 17.2% dos inquiridos, sendo os mais novos (50-64 anos) aqueles que prestam mais cuidados (21%) e os mais velhos (com mais de 75 anos) os que prestam menos (22,5%). Este tipo de cuidados é maioritariamente prestado aos pais (34,9%), seguindo-se dos vizinhos (17,6%) e dos amigos (13,9%).

Wahrendorf *et al.* (2006) realizaram um estudo sobre práticas de voluntariado e a sua associação ao bem-estar em pessoas com mais de 50 anos. Estes utilizaram a base de dados SHARE e estudaram a relação entre o voluntariado formal, o voluntariado informal (prestação de cuidados a outro) e o bem-estar (Sintomas depressivos- CES-D e qualidade de vida – CASP 12). Os resultados deste estudo demonstram que existe uma relação positiva entre a prática de voluntariado formal e informal e o bem-estar das pessoas reformadas, fomentando a ideia de que estas atividades promovem a reciprocidade entre quem as pratica e quem beneficia delas. Assim, os resultados indicam que a prática de voluntariado na reforma contribui para a saúde (diminuindo a prevalência de sintomas depressivos) e para a qualidade de vida.

O voluntariado sénior é um dos elementos potenciadores da participação ativa dos idosos na sociedade, preconizado pelo envelhecimento ativo, que promove uma vivência mais positiva do envelhecimento.

2.3.3 Segurança

As alterações inerentes ao processo de envelhecimento e às atuais alterações demográficas da sociedade conduzem à prevenção de situações de fragilidade da população mais idosa. A segurança é uma das necessidades humanas fundamentais e assume-se como um direito proclamado, tanto a nível pessoal como social, pela declaração universal dos direitos do homem (ONU, 1948).

A OMS (2002) assume a segurança como um dos pilares base na promoção do envelhecimento ativo. Neste sentido, assegurar a proteção, segurança e dignidade dos idosos torna-se um elemento-chave para as políticas e programas públicos,

responsabilizando-os pela promoção da segurança social, financeira e física da população idosa; pelos seus direitos e necessidades individuais e coletivas; e pelo auxílio das famílias nos cuidados aos seus familiares mais idosos (OMS, 2002).

As políticas de envelhecimento ativo defendem os direitos dos idosos, como a justiça social, a segurança social e a económica, ou seja, o apoio em condições de velhice, de pobreza, de dependência, de viuvez, de necessidades de saúde, violência, entre outras, mas também compreendem questões relacionadas com o ambiente físico, respeito e inclusão social. O projeto “Cidade Amiga do Idoso” iniciado pela OMS em 2008 tem como objetivo promover políticas, serviços, ambientes e estruturas para darem apoio e a capacitarem as pessoas a envelhecer ativamente. Este preconiza uma cidade amiga do idoso em que “adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade” (OMS, 2008: 7).

A adoção deste projeto mundial em Portugal foi realizada através da criação da Plataforma Portuguesa das Cidades Amigas dos Idosos, que pretende desenvolver atividades conjuntas que visem a elevação das mesmas a "Cidade Amiga das Pessoas Idosas". O planeamento urbano constitui-se assim como outro dos aspetos fulcrais da segurança na prática de um envelhecimento ativo envolvendo questões como a acessibilidade, condições de habitação, questões ambientais (ambiente limpo), segurança, entre outras (Ribeiro e Paúl, 2011).

A segurança na abordagem do envelhecimento ativo foca-se essencialmente nas necessidades específicas da população sénior (Almeida, 2007), objetivando a manutenção da independência e autonomia pelo maior tempo possível.

A segurança abrange um largo espectro de questões, que para além de influenciar diretamente a vivência social, assume um papel de destaque, nas questões de cidadania ativa e participação social, mas também em situações de relacionamento interpessoal, na procura de cuidados de saúde e na procura de estilos de vida. Neste sentido, a segurança torna-se um elemento fundamental contribuindo para a viabilização de uma velhice segura, participativa e com qualidade de vida.

2.3.4 Qualidade de Vida

As transformações demográficas permitem observar um aumento da população idosa e da esperança média de vida da mesma. Esta realidade coloca a qualidade de vida como um tema de relevância social, tornando-se primordial garantir uma expectativa de vida elevada à população idosa associada a uma boa qualidade de vida (Bowling *et al.*, 2002).

A OMS, em 2002 apontou a qualidade de vida como a tónica dominante no conceito de envelhecimento ativo e como um dos objetivos primordiais do mesmo. Nesta perspetiva, torna-se imperativo que as políticas públicas atuais e futuras estejam focadas na qualidade de vida das pessoas idosas (Bowling *et al.*, 2002).

A qualidade de vida pode assim ser definida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁰ (The WHOQOL Group, 1995:1405). Este é um conceito amplo que incorpora de um modo complexo aspetos como a saúde física e psicológica, as crenças pessoais, o nível de dependência, as relações sociais, e a relação com características marcantes no ambiente (*ibidem*).

Na terceira idade, a conceptualização da qualidade de vida é referida como difícil de definir, sendo esta ideia reforçada por Llobet *et al.* (2011) que referem o conceito como complexo, uma vez que a idade influencia a perceção e o bem-estar devido às alterações das necessidades e das aspirações.

A qualidade de vida na velhice é frequentemente associada a questões de saúde (Llobet *et al.*, 2011) e de dependência e autonomia (OMS, 2002; Sousa *et al.*, 2003).

A forte interligação da saúde com a qualidade de vida leva a que esta seja muitas vezes utilizada como sinónimo da mesma, no entanto apesar de estes conceitos apresentarem uma grande relação entre si, Bradley *et al.* (2002) distingue-os, referenciando estado de saúde como uma dimensão com a qual o indivíduo sente que a sua saúde está bem ou mal e qualidade de vida, como uma dimensão com a qual a pessoa avalia a sua vida como sendo boa ou má. Assim este autor refere que a saúde é um dos muitos domínios da qualidade de vida e não um sinónimo desta.

¹⁰ Tradução livre da autora. No original “*individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns*” (The WHOQOL Group, 1995:1405).

Relativamente à associação de qualidade de vida com questões de dependência e autonomia, Sousa *et al.* (2003: 366) referem que as dependências nos idosos “resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras”. Estas de acordo com Baltes e Silvenberg (1995) dividem-se em três tipos: estruturada, onde o valor está focado na participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego); física, referente à incapacidade funcional para realizar atividades de vida diária; e comportamental, que é frequentemente antecedida pela dependência física, e induzida pela sociedade, independentemente do nível de competência do idoso. No entanto, é essencial diferenciar os efeitos da idade de quadros patológicos, e desassociar o envelhecimento de dependência (Sousa *et al.*, 2003).

A qualidade de vida encontra-se assim essencialmente associada com a capacidade de manter a independência e autonomia, com o bem-estar, e com a forma como as necessidades são satisfeitas e foram satisfeitas ao longo da vida, sendo a capacidade de adaptação às mudanças primordial para alcançar o bem-estar e para uma avaliação positiva da qualidade de vida (OMS, 2002; Llobet *et al.*, 2011).

No entanto, existem diversos fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas, sendo apontado em diversos estudos que o estado de saúde geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de ócio e tempo livre, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidade de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, o ambiente, o estado do local onde vive, os recursos e aos serviços e acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de vida, as aspirações e expectativas com a vida, encontram-se relacionados com a qualidade de vida dos idosos (Bowling *et al.*, 2002; Llobet *et al.*, 2011).

A qualidade de vida para as pessoas idosas é influenciada deste modo, de forma complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais, pelas crenças e convicções pessoais e pelas relações com aspetos do meio ambiente. Esta depende dos riscos e oportunidades experienciados ao longo da vida, bem como da prestação de ajuda mútua e de apoio quando necessário pelas gerações seguintes

(OMS, 2002), refletindo a satisfação das necessidades e as oportunidades que as pessoas idosas beneficiam para alcançar a felicidade e realização pessoal.

Neste sentido, apesar da variabilidade e a subjetividade do conceito de qualidade de vida, torna-se primordial que seja permitida e incentivada a manutenção da mobilidade, da independência física e social, da participação e do contributo ativo para sociedade para a população sénior.

II. Dados, Variáveis e Métodos

Os dados utilizados neste estudo provêm da 4ª vaga do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). A 4ª vaga recolheu dados relativos ao ano de 2011. Este projeto é coordenado, a nível europeu, pelo Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Max Planck Institute for Social Law and Social Policy (Prof. Axel Börsch - Supan), e a nível nacional (Portugal), pelo Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS) da Universidade do Minho (Profª Alice Delerue Matos) e pela Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (Prof. Pedro Pita Barros), encontrando-se harmonizado com o U.S. Health and Retirement Study (HRS) e o English Longitudinal Study of Ageing (ELSA).

O SHARE é um projeto longitudinal que fornece uma perspetiva global e dinâmica do processo de envelhecimento, no qual se encontram abrangidos dados sobre a saúde, os hábitos comportamentais, a reforma e as redes sociais e familiares de indivíduos a partir dos 50 anos (os dados são de acesso público, para mais detalhes consultar <http://www.share-project.org> ou <http://www.share-project.org.pt>). Em Portugal, a amostra do SHARE foi seleccionada com base na população registada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) nascida em 1960 ou anteriormente, tendo sido utilizados processos de amostragem aleatórias simples e pesos de calibração para controlo da representatividade. A amostra foi tratada com base numa amostragem de domicílios, onde foram seleccionados e entrevistados um membro com idade igual ou superior a 50 anos e o seu cônjuge independentemente da sua idade, obtendo uma taxa de resposta de 60% (para mais detalhes sobre o procedimento metodológico consultar Malter e Börsch-Supan, 2013).

A amostra completa do projeto SHARE (Portugal) inclui informações relativas a cerca de 2000 inquiridos. No entanto, dado o objetivo do estudo desenvolvido foi considerada uma amostra mais reduzida constituída por 936 indivíduos. Esta compreende indivíduos com 65 ou mais anos e que se encontrem reformados, desempregados, sejam domésticos, ou que se encontrem noutra situação, como viver de rendimentos ou de pensões não resultantes de situações de emprego (ex. pensão de sobrevivência), uma vez que se pretende verificar numa população idosa e inativa profissionalmente (que não se encontra inserida no mercado de trabalho) as suas ocupações (participação social) e o seu estilo de vida (promoção da saúde) e como estas influenciam a sua vida. Neste sentido,

foram excluídos os indivíduos com idade inferior a 65 anos, pelo facto de esta ser considerada como a idade indicadora desta população (INE, 2012), e ainda os indivíduos empregados ou permanentemente doentes ou incapacitados, que tendo em conta as várias dimensões do envelhecimento ativo atrás referidas, estes indivíduos dificilmente reuniriam as condições necessárias para a sua participação nas atividades envolvidas.

O estudo desenvolvido baseou-se numa metodologia quantitativa e teve como objetivo principal analisar o efeito que o envelhecimento ativo tem na qualidade de vida das pessoas idosas. Neste sentido, as variáveis dependentes consideradas são a autoavaliação do estado de saúde e a satisfação com a vida (Tabela 1). Estas foram escolhidas tendo em consideração os benefícios da adoção de um envelhecimento ativo advogados pela OMS (2002) (para mais detalhes sobre a escolha das variáveis consultar o capítulo: envelhecimento ativo e qualidade de vida).

Tabela 1: Definição das variáveis dependentes

Dimensão	Variável	Definição	Média	Desvio Padrão	Mínimo – Máximo
Saúde	<i>esaude</i>	=1, se considera a sua saúde como débil =2, se considera a sua saúde como razoável =3, se considera a sua saúde como boa =4, se considera a sua saúde como muito boa =5, se considera a sua saúde como excelente	2.11	0.92	1-5
Satisfação com a vida	<i>sat_vida</i>	=0, se está totalmente insatisfeito com a vida =10, se está totalmente satisfeito com a vida	6.85	2.12	0-10

A variável relativa ao estado de saúde (“*esaude*”) foi analisada através da percepção que os inquiridos têm da sua saúde, sendo avaliada por uma escala tipo Likert de 5 pontos, recodificada inversamente, e que varia entre: 1. Débil, 2. Razoável, 3. Boa, 4. Muito Boa e 5. Excelente.

A qualidade de vida foi estudada através de uma medida global: a satisfação com a vida. Para aferir a satisfação que os idosos têm com a vida foi utilizada a variável

“*sat_vida*” constituída por uma escala ordinal: “Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa totalmente insatisfeito(a) e 10 totalmente satisfeito(a), diga-nos em que medida está satisfeito(a) com a sua vida?”.

No que se refere às variáveis explicativas (Tabela 2), estas compreendem variáveis sociodemográficas, variáveis relativas à prática de um envelhecimento ativo e variáveis relativas à saúde física. Os dados sociodemográficos incluíram o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade e a situação atual perante o emprego, uma vez que são fatores que podem ser determinantes na adoção de um envelhecimento ativo.

As variáveis usadas para refletir o envelhecimento ativo foram definidas tendo por base a definição da OMS (2002). Esta organização advoga três pilares fundamentais para definir e medir o conceito de envelhecimento ativo – a participação social, a promoção da saúde e a segurança (ver capítulo Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida). Contudo, foram apenas consideradas a participação social e a promoção da saúde, uma vez que não existem dados sobre a segurança na base de dados do SHARE.

As variáveis relativas à saúde física foram utilizadas como variáveis de controlo, uma vez que o estado de saúde físico pode influenciar a participação dos idosos na sociedade e os seus estilos de vida.

Tabela 2: Definição das variáveis explicativas

Dimensão	Variável	Definição	Média	Desvio Padrão	Mínimo-Máximo	
Dados Sociodemográficos	<i>sexo</i>	=1, se é do sexo masculino	0.45	0.49	0-1	
	<i>idade</i>	Idade em anos	73.33	6.58	65-97	
	<i>Escalão Etário</i>					
	<i>i65_69</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 65 e os 69 anos	0.36	0.48	0-1	
	<i>i70_74</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 70 e os 74 anos	0.25	0.43	0-1	
	<i>i75_79</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 75 e os 79 anos	0.19	0.39	0-1	
	<i>i80_84</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 80 e os 84 anos	0.13	0.34	0-1	
	<i>i85</i>	=1, se tem idade igual ou superior a 85 anos	0.07	0.25	0-1	
	<i>Estado Civil</i>					
	<i>casado_com</i>	=1, se é casado e vive com o cônjuge	0.69	0.46	0-1	
	<i>união_facto</i>	=1, se vive em união de facto	.005	0.07	0-1	
	<i>casado_sem</i>	=1, se é casado mas vive separado do cônjuge	0.01	0.12	0-1	
	<i>solteiro</i>	=1, se é solteiro	0.03	0.17	0-1	
	<i>divorciado</i>	=1, se é divorciado	0.04	0.20	0-1	
	<i>viúvo</i>	=1, se é viúvo	0.21	0.41	0-1	
	<i>Nível de escolaridade</i>					
	<i>ensino_básico</i>	=1, se completou o 1º, 2º ou 3º ciclo do ensino básico	0.69	0.46	0-1	
	<i>secundario_superior</i>	=1, se completou o ensino secundário ou um nível de educação superior	0.16	0.36	0-1	
	<i>nenhum</i>	=1, se não completou nenhum nível de ensino	0.14	0.35	0-1	
	<i>Situação atual perante o emprego</i>					
<i>reformado</i>	=1, se está reformado	0.88	0.32	0-1		
<i>desempregado</i>	=1, se está desempregado	0.003	0.06	0-1		
<i>domestico</i>	=1, se é doméstico	0.10	0.30	0-1		
<i>outra_situa</i>	=1, se se encontra noutra situação (vive de rendas, vive das suas propriedades, estudante, realiza trabalho voluntário)	0.01	0.12	0-1		
Participação Social	<i>vol_car</i>	=1, se faz trabalho voluntário ou de caridade	0.06	0.24	0-1	
	<i>volinf_netos</i>	=1, se tomou conta dos netos regular ou ocasionalmente sem a presença dos pais, durante os	0.18	0.39	0-1	

		últimos doze meses			
	<i>volinf_assistencia</i>	=1, se prestou assistência a alguém fora do agregado familiar, nos últimos doze meses	0.13	0.34	0-1
	<i>cur_foma</i>	=1, se frequentou um curso ou formação	0.02	0.15	0-1
	<i>assdesp_soc</i>	=1, se frequentou uma associação desportiva, social ou de outro tipo	0.07	0.26	0-1
	<i>org_rel</i>	=1, se participou nas atividades de uma organização religiosa	0.15	0.35	0-1
	<i>org_pol</i>	=1, se participou numa organização política ou relacionada com a comunidade	0.02	0.13	0-1
	<i>jog_out</i>	=1, se participou em jogos coletivos	0.14	0.35	0-1
Promoção da Saúde	<i>fumar</i>	=1, se fuma atualmente	0.06	0.24	0-1
	<i>exercício_moderado</i>	=1, se pratica exercício físico moderado mais do que uma vez por semana	0.36	0.48	0-1
	<i>sedentarismo</i>	=1, se quase nunca ou nunca pratica exercício físico moderado	0.36	0.48	0-1
	<i>consumo_alcool</i>	=1, se consumiu bebidas alcoólicas diariamente ou quase todos os dias nos últimos 3 meses	0.35	0.48	0-1
	<i>imc</i>	$IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura (m)^2}$	27.08	4.53	15.2-48.6
	<i>desnutrição</i>	=1, se o imc <22	0.08	0.28	0-1
	<i>eutrofia</i>	=1, se 22 <= imc <=27	0.46	0.49	0-1
	<i>obesidade</i>	=1, se imc > 27	0.46	0.49	0-1
Saúde Física	<i>prob_cronic</i>	=1, se tem problemas crónicos ou de longa duração	0.53	0.49	0-1
	<i>problemas_saúde</i>	Nº de problemas de saúde	2.33	1.79	0-9
		<i>Nível de limitação na realização de atividades</i>			
	<i>muito_limitado</i>	=1, se muito limitado na realização de atividades	0.23	0.42	0-1
	<i>limitado</i>	=1, se limitado na realização de atividades	0.37	0.48	0-1
	<i>não_limitado</i>	=1, se não limitado na realização de atividades	0.39	0.49	0-1
		<i>Limitações na capacidade funcional</i>			
	<i>abvd</i>	Nº de limitações nas ABVD	0.62	1.38	0-6
<i>aivd</i>	Nº de limitações nas AIVD	0.76	1.55	0-7	

A participação social abrangeu um conjunto de variáveis dicotômicas: participa/não participa, relativamente à prática de trabalho voluntário formal ou de caridade; à prática de voluntariado informal, incluindo a prestação de cuidados pessoais, de saúde ou domésticos a uma pessoa (vizinho, familiar, amigo) e tomar conta dos netos; à frequência de formações/ Universidades Sénior; à frequência de associações desportivas, sociais ou de outro tipo; à participação em atividades de organizações religiosas (igreja, sinagoga, mesquita, etc.); à participação numa organização política ou relacionada com a comunidade, e à participação em jogos coletivos (Tabela 2). Na construção da variável “*volinf_netos*”, relativa ao voluntariado informal – tomar conta dos netos, foram incluídos todos os indivíduos da amostra independentemente de terem ou não netos.

A promoção da saúde foi aferida através dos estilos de vida, nomeadamente através dos hábitos de consumo de álcool e de tabaco, da prática de exercício físico moderado e da realização de uma alimentação equilibrada (Tabela 2).

Relativamente aos hábitos de consumo, o consumo de tabaco foi aferido através da variável dicotómica “*fumar*”: fuma atualmente/ não fuma atualmente ou não fumou no último ano e o consumo de bebidas alcoólicas através da variável dicotómica “*consumo_alcool*”: consumiu bebidas alcoólicas diariamente ou quase todos os dias nos últimos 3 meses/ não consumiu.

A abstinência de consumo de tabaco e de álcool é defendida pela OMS (2002) na promoção de um envelhecimento saudável. No entanto, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas existem evidências de que em pequenas quantidades pode trazer benefícios para a saúde, todavia os efeitos adversos deste consumo (risco de mortalidade) prevalecem. Neste sentido, o consumo de álcool foi considerado como um fator de risco quando consumido diariamente ou quase todos os dias.

A prática de exercício físico moderado foi avaliada através de duas variáveis dicotômicas: “*exercício_moderado*” – pratica exercício físico moderado mais do que uma vez por semana/ não pratica e “*sedentarismo*” – nunca ou quase nunca pratica exercício físico moderado/ pratica algum tipo de exercício físico moderado. Esta escolha recaiu sobre as recomendações da OMS (2010) e de Harvard T.H. Chan School of Public Health (2013) que advogam a prática de exercício moderado diariamente (cerca de 30 min).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi utilizado como uma *proxy* da alimentação dado que os dados disponíveis no questionário relativamente a esta não são suficientes para

a avaliar. O IMC é uma medida de avaliação do estado nutricional do idoso, que utiliza o peso e a altura (composição corporal) como critério de diagnóstico, sendo calculado com base na fórmula $IMC = \frac{Peso (kg)}{Altura (m)^2}$.

Esta variável foi utilizada como variável contínua no modelo de regressão, tendo sido também analisada através dos pontos de corte propostos por Lipschitz (1994): $IMC < 22$ (desnutrição), $22 \leq IMC < 27$ (eutrofia), e $IMC \geq 27$ (obesidade). O autor supracitado defende que os pontos de corte definidos e validados para a população adulta não devem ser os mesmos para esta faixa da população (idosos), visto que o envelhecimento é um processo marcado pela heterogeneidade individual e pelo aumento do nível de dependência, acarretando ainda mudanças ao nível da composição corporal, como a diminuição da massa muscular – sarcopenia (Lipschitz, 1994).

A saúde física foi utilizada como variável de controlo compreendendo as variáveis: “*prob_cronic*”, “*não_limitado*”, “*limitado*”, “*muito_limitado*”, “*problemas_saúde*”, “*abvd*” e “*aivd*” (Tabela 2). As variáveis “*prob_cronic*”, “*não_limitado*”, “*limitado*” e “*muito_limitado*” são dicotómicas, refletindo a primeira a presença/ausência de problemas de saúde crónicos ou de longa duração e as outras o nível de limitação para realizar atividades devido a problemas de saúde, sendo definidas como: não limitado, limitado ou muito limitado, respetivamente.

As variáveis “*problemas_saúde*”, “*abvd*” e “*aivd*” são variáveis contínuas e referem o número de problemas de saúde, o número de dificuldades nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e o número de dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), respetivamente.

Relativamente aos problemas de saúde foram considerados os seguintes: Ataque de coração; Tensão arterial elevada ou hipertensão; Nível elevado de colesterol no sangue; Trombose ou um acidente vascular cerebral (AVC); Diabetes ou nível elevado de açúcar no sangue; Doença pulmonar crónica; Asma; Artrite (artrose ou reumatismo); Osteoporose; Cancro ou tumor maligno, incluindo leucemia ou linfoma, mas excluindo cancros de pele de reduzida gravidade; Tumor benigno; Úlcera gástrica, duodenal ou péptica; Doença de Parkinson; Cataratas; Fratura da bacia ou do fémur; Outras fraturas; Doença de Alzheimer, demência, síndrome cerebral orgânica, senilidade ou qualquer outra perturbação grave da memória; Outros problemas de saúde.

No que se refere às atividades da vida diária, estas dizem respeito à capacidade funcional, ou seja à capacidade de uma pessoa realizar as atividades de vida diária relacionadas com o autocuidado (ABVD) e às atividades necessárias à sua independência (AIVD), representando um indicador de risco de saúde nesta faixa etária (Sequeira, 2010). As atividades básicas de vida diária (ABVD) são imprescindíveis para uma pessoa viver com independência, representando o conjunto de atividades primárias relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que a permitem viver sem necessitar da ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares; e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) possibilitam a adaptação da pessoa ao meio e a manutenção da sua independência na comunidade (*ibidem*). A capacidade funcional determina a independência dos idosos na comunidade em que se inserem, influenciando o modo como estes colaboram e participam em eventos, visitam outras pessoas e utilizam os serviços existentes nas organizações da sociedade onde se integram.

Neste sentido, nas ABVD foram consideradas as atividades: vestir-se, deambular, tomar banho, usar a casa de banho, comer, deitar-se e levantar-se, entre outras; e nas AIVD as atividades: preparar refeições, fazer compras, usar o telefone, gestão da medicação, gestão do dinheiro, utilizar transporte, entre outras.

Na construção de algumas variáveis foram eliminados todos os registos de *missing values*. A recodificação inversa em algumas variáveis (ordem crescente) foi realizada com o objetivo de ter uma perceção mais clara durante o estudo da dinâmica (força e associação) entre duas variáveis.

No seguimento dos objetivos definidos foram primeiramente alvo de investigação as características sociodemográficas da amostra e os seus estilos de vida (participação social e promoção da saúde), através de análises de estatística descritiva e posteriormente aferida a existência de diferenças entre géneros e idades na adoção de envelhecimento ativo. Através da utilização de *crosstable*, do teste estatístico *Two Independent Sample T Test* e do teste estatístico *One-Way Anova*, foram aferidas diferenças estatisticamente significativas nas médias entre grupos relativamente às variáveis dependentes. Foram analisadas também a existência de associações entre as variáveis explicativas e as variáveis dependentes através do teste *Pearson Chi-square*.

Posteriormente foi utilizado um modelo de regressão probit para estudar a influência que a prática de um envelhecimento ativo tem na saúde e na satisfação com a vida dos idosos.

Os valores de $p < 0.05$ foram considerados como significativamente estatísticos, quando realizados por meio de comparações e associações.

As análises estatísticas foram realizadas através da utilização do Software de análise estatística *StataMP 10 (StataCorp LP)*.

III. Resultados

1. Análise Univariada: Estatísticas descritivas da amostra

A saúde é avaliada pela amostra predominantemente como Razoável (45.1%), seguindo-se Débil (26.5%), esta avaliação vai reduzindo à medida que a classificação do estado de saúde aumenta (Boa – 21.9%; Muito Boa – 4.4% e Excelente – 2.2%). Relativamente ao sexo, as mulheres avaliam o seu estado de saúde mais negativamente comparativamente aos homens, referindo mais frequentemente a sua saúde como débil (31.2% – 20.8%), e menos frequentemente como muito boa (2.9% – 6.2%) e como excelente (1.4% – 3.1%) (Apêndice I, Gráfico A.1).

O estado de saúde (auto-reportado) apresenta uma tendência para decrescer, com o avançar da idade, ou seja para ser avaliado em níveis mais reduzidos como Débil e Razoável.

Relativamente à satisfação com a vida a amostra apresenta uma média de 6.85 (d.p.: 2.12) e varia entre 0 e 10, o que significa que de um modo geral os indivíduos estão satisfeitos com a vida, existindo indivíduos totalmente satisfeitos com esta (11.4%) e outros totalmente insatisfeitos (1.7%). Quanto ao sexo, verifica-se uma média relativamente superior no sexo masculino (m:7.09; d.p.:2.02) comparativamente ao feminino (m:6.65; d.p.:2.19), encontrando-se assim os homens ligeiramente mais satisfeitos com a vida do que as mulheres.

A satisfação com a vida também apresenta uma tendência para diminuir com o avanço da idade.

No que se refere à prática de um envelhecimento ativo, foram analisados três fatores: a participação social a promoção da saúde e a saúde física. A participação social incluiu a prática de voluntariado formal e informal (tomar conta dos netos e prestar assistência a pessoas fora do agregado familiar), a frequência de ações de formação e de associações desportivas e sociais, a participação em atividades de uma organização religiosa, numa organização política ou comunitária e em jogos coletivos, encontrando-se na Tabela 3 as estatísticas descritivas relativas a estas variáveis.

Tabela 3: Frequências das variáveis relativas à participação social

Variável	N (%)		
	Masculino	Feminino	Total
<i>vol_car</i>	19 (32.2%)	40 (67.8%)	59 (6.4%)
<i>volinf_netos</i>	73 (42.7%)	98 (57.3%)	171 (18.3%)
<i>volinf_assistencia</i>	23 (27.1%)	62 (72.9%)	85 (13.1%)
<i>cur_form</i>	10 (50%)	10 (50%)	20 (2.2%)
<i>assdesp_social</i>	34 (51.5%)	32 (48.5%)	66 (7.2%)
<i>org_rel</i>	44 (35.6%)	91 (67.4%)	135 (14.6%)
<i>org_pol</i>	12 (70.6%)	5 (29.4%)	17 (1.8%)
<i>jog_out</i>	84 (64.6%)	47 (35.9%)	131 (14.1 %)

Na participação social as atividades praticadas com maior frequência são o voluntariado informal- tomar conta dos netos (18.3%), as atividades promovidas por organizações religiosas (14.6%) e os jogos coletivos (14.1%). As atividades que apresentam menor adesão são a participação em organizações políticas e/ ou relacionadas com a comunidade (1.8%) e a frequência de formações (2.2%). Em relação ao sexo a participação nas diversas atividades é de um modo geral superior nas mulheres, nomeadamente na prática de voluntariado, tanto formal como informal, e na participação em atividades religiosas. O sexo masculino apresenta apenas maior participação nas organizações políticas e nos jogos coletivos, sendo a participação em ações de formação e em associações desportivas e sociais equivalente em ambos os sexos (Apêndice 1 - Gráfico A.2). A participação nestas atividades tende a diminuir com a idade.

A promoção da saúde incluiu a prática de exercício físico moderado, o consumo de tabaco, o consumo de bebidas alcoólicas e a alimentação. Na Tabela 4 encontram-se as estatísticas descritivas relativas a estas variáveis.

Tabela 4: Frequências das variáveis relativas à promoção da saúde

Variável	N°		
	Masculino	Feminino	Total
<i>exercício_moderado</i>	182 (54.2%)	154 (45.8%)	336 (36%)
<i>sedentarismo</i>	119 (35.8%)	213 (64.2%)	332 (35.6%)
<i>fumar</i>	50 (87.7%)	7 (12.3%)	57 (6.1%)
<i>consumo_alcool</i>	235 (72.8%)	88 (27.2%)	323 (34.6%)
<i>desnutrição</i>	21 (31.8%)	45 (61.2%)	66 (8.4%)
<i>eutrofia</i>	187 (55.4%)	175 (48.3%)	362 (45.9%)
<i>obesidade</i>	161(44.6%)	200(55.4%)	361 (45.8%)

A amostra apresenta uma taxa semelhante na realização de exercício físico moderado (praticado mais de uma vez por semana) – 36% e quando nunca ou quase nunca praticado (sedentarismo) – 35.6%. No que concerne ao sexo os homens praticam mais exercício físico (43.4%) comparativamente com as mulheres (29.9%), sendo as mulheres mais sedentárias (41.4%) que os homens (28.4%).

O consumo de bebidas alcoólicas (consumo diário) apresenta uma taxa de 35%, sendo superior nos homens (55.9%) comparativamente com as mulheres (17.1%).

Relativamente ao consumo de tabaco este é apenas verificado em 6.1% da amostra, apresentando uma taxa superior nos homens com 11.9% comparativamente com as mulheres com 1.4%.

O IMC, *proxy* utilizada para avaliar a alimentação tem uma média de 27.08 (d.p.: 4.53). Este de acordo com o critério de Lipschitz (1994) : $IMC < 22$ (desnutrição), $22 \leq IMC \leq 27$ (eutrofia), e $IMC > 27$ (obesidade), indica que em média os idosos se encontram no limite entre a eutrofia e a obesidade. Através da observação dos extremos (min: 15.2 e max: 48.6) é possível verificar que existem idosos tanto com problemas de desnutrição como de excesso de peso.

Os valores do IMC apresentam uma média semelhante entre os homens (M= 26.86; DP= 3.87) e as mulheres (M= 27.28; DP= 5.04), sendo ligeiramente superior nas mulheres. Estes valores são semelhantes aos da média da amostra, estando os homens (em média) dentro do peso recomendado e as mulheres ligeiramente acima deste peso (risco de obesidade). No entanto, através da observação dos pontos de corte propostos pelo autor supracitado verifica-se ainda que as mulheres são as que apresentam maiores problemas de desnutrição e obesidade.

A relação com a idade demonstra que com o avanço da mesma os hábitos de consumo de álcool e tabaco e a prática de exercício físico moderado tendem a diminuir e a deixar de existir. O IMC também apresenta tendência a diminuir, ou seja aumenta o risco de desnutrição.

A saúde física foi utilizada como variável de controlo e incluiu a presença de problemas de saúde crónicos, o número de problemas de saúde, o nível de dificuldade em realizar atividades e o número de dificuldades na realização das ABVD e na realização das AIVD.

A presença de problemas crônicos é apresentada em 53.1% da amostra, sendo mais predominantes no sexo feminino (55.8%) comparativamente com o masculino (49.6%).

O número de problemas de saúde é em média de 2.33 (d.p.:1.79), sendo ligeiramente superior no sexo feminino (m:2.52, d.p.:1.88) comparativamente ao masculino (m:2.09, d.p.: 1.66).

A prevalência de problemas de saúde encontra-se representada no Gráfico A.3 (Apêndice I), sendo os problemas de saúde mais frequentes, na amostra, a hipertensão arterial (48.6%), o colesterol (37.9%) e a artrite (35.1%). No que se refere ao sexo, de um modo geral as mulheres apresentam maior prevalência nos problemas de saúde estudados.

Relativamente ao grau de limitação na realização de tarefas diárias (muito limitado/limitado/ não limitado), devido a problemas de saúde, estas encontram-se presentes em 60.4% da amostra. As limitações são mais frequentes no sexo feminino (26.3% muito limitado; 38.4% limitado) comparativamente com o masculino (18.6% muito limitado; 36.6% limitado). Apenas em 39.7% não existe qualquer limitação devido a problemas de saúde, sendo o sexo masculino o menos afetado por limitações derivadas do estado de saúde.

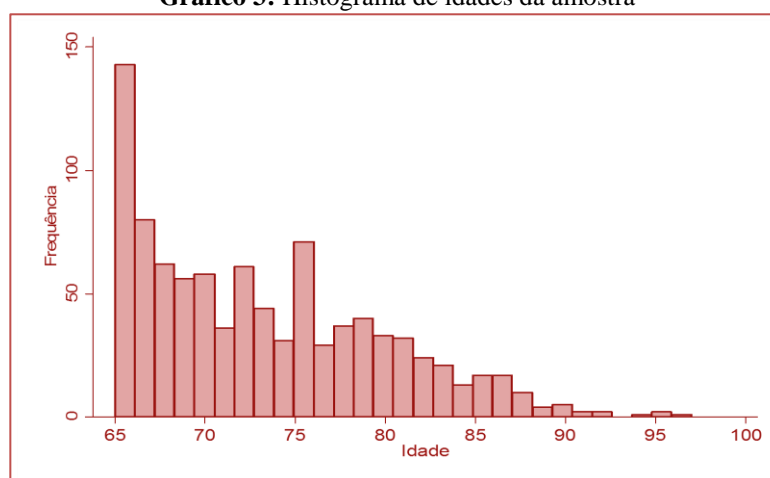
A amostra apresenta uma média de 0.62 (d.p.: 1.38) no número de limitações nas atividades básicas de vida diária, indicando que de um modo geral se encontra pouco limitada na realização destas atividades. Relativamente, ao sexo a média é semelhante, sendo ligeiramente superior no sexo feminino (m: 0.79; d.p.: 1.55), comparativamente ao masculino (m: 0.41; d.p.: 1.10).

No que se refere ao número de dificuldades apresentadas nas atividades instrumentais de vida diária, a amostra apresenta uma média de 0.76 (d.p.: 1.55), indicando que de um modo geral os indivíduos se encontram pouco limitados na realização destas atividades. Relativamente ao sexo a média é superior no sexo feminino (m. 1.003; d.p.: 1.77), comparativamente ao masculino (m: 0.45; d.p.: = 1.16).

Relativamente à idade, estas variáveis têm tendência a aumentar com o seu avanço, ou seja tendem a aumentar a presença de doenças crônicas ou de longa duração, o número de problemas de saúde, o grau de limitações nas atividades e o número de limitações nas ABVD e nas AIVD.

Em relação às características demográficas da amostra, esta é constituída por 936 indivíduos, sendo 516 (55.1%) indivíduos do sexo feminino. Estes têm idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos, com uma média de idade de 73.33 anos (d.p.: 6.58) (Gráfico 3). A idade dos inquiridos foi ainda estudada e agrupada por escalões etários (65-69;70-74;75-79;80-84;> = 85) verificando-se que os grupos com mais peso na amostra são os com idades mais reduzidas compreendidas entre os 65 e os 69 anos (36%) e entre os 70 e os 74 anos (25%).

Gráfico 3: Histograma de idades da amostra



Relativamente ao estado civil, os participantes deste estudo na sua maioria, encontram-se casados (as), a viver com a(o) esposa (marido), representando 69.7% da amostra, seguindo-se do viúvo(a) (21.3%), do divorciado(a) (4.3%), do solteiro (a) (2.9%), do casado (a), a viver separado(a) da(o) esposa (marido) (1.4%) e do em união de facto (0.5%).

Os participantes apresentam níveis de escolaridade baixos, sendo que na sua maioria possuem o ensino básico (69%). No que se refere à situação perante o emprego, os participantes selecionados para este estudo encontram-se inativos profissionalmente, estando na sua maioria reformados (as) – 88%. Estes encontravam-se em menor expressão como desempregados (as) – 0.3%, como doméstico(a) – 10.3%, ou noutra situação, como a viver de rendas, a viver das suas propriedade, a viver de pensões não decorrentes do emprego (por exemplo: pensão de sobrevivência) – 1.4%. Relativamente aos motivos que levaram os indivíduos a reformarem-se, destaca-se a reforma através de elegibilidade para pensão pública (56.9%) e reforma por motivo de doença (18.6%).

2. Análise Bivariada

2.1 Análise da relação entre as variáveis

A associação entre a variável dependente relativa ao estado de saúde (auto-reportado) e as variáveis explicativas foi primeiramente estabelecida através do teste do *Chi-square*. A influência que as características sociodemográficas, a participação social, a promoção da saúde e a saúde física têm na autoavaliação da saúde foi analisada através de *crosstables*. Os resultados destas análises encontram-se detalhados no Apêndice I- Tabela A.1.

A autoavaliação do estado de saúde encontra-se relacionada significativamente com o sexo e com a idade (entre os 65 e os 79 anos), sendo os homens e os indivíduos mais novos que avaliam melhor a sua saúde. Relativamente ao estado civil, apenas ser casado a viver com o cônjuge e ser viúvo demonstram estar relacionados com a autoavaliação do estado de saúde, sendo que o primeiro sugere ter uma influência positiva na saúde ($p<0.05$).

A escolaridade parece estar relacionada com o estado de saúde através do ensino secundário ou nível de ensino superior e do não ter nenhum nível de qualificação ($p<0.05$), não sugerindo que de modo geral níveis de escolaridade mais elevados tenham uma influência positiva na autoavaliação do estado de saúde.

Relativamente à participação social a saúde apenas se encontra relacionada com a participação em associações desportivas e sociais, com a participação em organizações políticas e com a participação em jogos coletivos ($p<0.05$), não sugerindo que de modo geral que estas tenham uma influência positiva na autoavaliação do estado de saúde.

Na promoção da saúde existe uma relação estatisticamente significativa ($p<0.05$) com o consumo de tabaco e de álcool, com a prática de exercício físico moderado, com o sedentarismo, com a eutrofia e com a obesidade. Nestas verifica-se que quem não tem hábitos tabágicos e de álcool, quem pratica exercício físico moderado e quem tem uma boa nutrição (eutrofia), apresenta melhores avaliações relativamente à saúde.

Na saúde física existe uma relação entre a presença de problemas de saúde crónicos e os níveis de limitação na realização de atividades (não limitado, limitado e muito limitado; $p<0.05$), sendo que a ausência de problemas de saúde crónicos e de limitações influenciam positivamente (muito boa/excelente) a avaliação da saúde.

Relativamente ao número de problemas de saúde e de limitações nas ABVD e nas AIVD foram avaliados através do teste estatístico *One-Way Anova* para ver se existiam diferenças significativas na autoavaliação do estado de saúde (Tabela A.2). Neste verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$), sendo que a ausência de problemas de saúde crónicos e de limitações nas ABVD e nas AIVD influenciam positivamente a avaliação da saúde.

2.2 Estudo das diferenças entre as variáveis explicativas e a satisfação com a vida

Neste ponto procurou-se demonstrar, através do *Independent Sample T Test*, se existem diferenças entre as médias dos subgrupos relativos ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação atual da amostra, participação social e promoção da saúde (variáveis explicativas) em relação à satisfação com a vida (variável dependente) (Apêndice I – Tabela A.3).

Na diferenças entre as médias dos sexos relativamente à satisfação verificou-se que os homens (m:7.09) se encontram mais satisfeitos que as mulheres (m:6.65) (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

Relativamente à idade (escalões etários) os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos (m:7.01) apresentam melhores índices de satisfação com a vida (não existem diferenças significativas entre as médias dos subgrupos, $p > 0.05$).

No estado civil, os indivíduos solteiros (m:7.52) e os casados, mas que vivem separados do cônjuge (m:7.08) apresentam em média maior satisfação com a vida, sendo os indivíduos que vivem em união de facto os mais insatisfeitos (m:6.2) (diferenças estatisticamente não significativas, $p > 0.05$).

No nível de escolaridade, apresenta-se mais satisfeito com a vida quem completou o ensino secundário ou um nível de escolaridade superior (m:7.4), sendo que quem não tem nenhum nível de escolaridade (m:6.4) se encontra menos satisfeito com a vida (diferenças estatisticamente significativas, $p < 0.05$).

Na situação perante o emprego não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com a vida ($p > 0.05$), sendo os desempregados os que estão mais satisfeitos (m:8.67).

Na participação social os praticantes de voluntariado formal encontram-se em média (m:7.56) mais satisfeitos com a vida comparativamente com os não praticantes (m:6.81) (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

No voluntariado informal, na vertente de cuidar dos netos, os indivíduos que tomam conta dos netos apresentam-se ligeiramente mais satisfeitos (m:6.89) comparativamente aos que não tomam conta (m:6.85). Relativamente à prestação de assistência, os indivíduos que prestam assistência a pessoas fora do agregado familiar encontram-se em média mais satisfeitos com a vida (m:7.07) comparativamente com os que não prestam (m:6.77) (diferenças estatisticamente não significativas, $p > 0.05$).

Os indivíduos que assistem a ações de formação encontram-se em média (m:7.8) mais satisfeitos com a vida comparativamente aos que não assistem (m:6.84) (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

Relativamente à participação em associações desportivas e sociais, os indivíduos que nelas participam apresentam em média (m:7.34) uma maior satisfação com a vida em relação aos que não participam (m:6.82) (diferença estatisticamente não significativa, $p > 0.05$).

Os indivíduos que participam em atividades religiosas apresentam em média (m:7.28) uma maior satisfação com a vida em relação aos que não participam nestas atividades (m:6.78) (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

No que se refere aos indivíduos que participam em organizações políticas e da comunidade, estes encontram-se em média mais satisfeitos (m:8.12) em relação aos que não participam nestas organizações (m:6.83) (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

Na participação em jogos coletivos, os indivíduos que neles participam demonstram ter uma maior satisfação com a vida (m:7.24) comparativamente aos que não participam nestes jogos (m:6.79) (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

Na promoção da saúde, verificou-se que os indivíduos que praticam exercício físico moderado (m:7.05) comparativamente aos que são sedentários (m:6.39) encontram-se mais satisfeitos com a vida (diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$).

O consumo de álcool tem uma influência positiva na satisfação com a vida, sendo os indivíduos que consumiram bebidas alcoólicas diariamente nos últimos 3 meses se encontram em média (m:7.13) mais satisfeitos do que os não consumiram (m:6.70)

(diferença estatisticamente significativa, $p < 0.05$). Na mesma linha, o consumo de tabaco também demonstra ter uma influência positiva na satisfação, verificando-se que quem fuma apresenta-se em média (m:6.91) ligeiramente mais satisfeito com a vida comparativamente com quem não fuma (m:6.85) (diferenças estatisticamente não significativas, $p > 0.05$).

No que se refere ao IMC verificou-se que quem se apresenta no estado de eutrofia tem em média uma satisfação com a vida mais elevada (m:7.03) comparativamente com quem está desnutrido (m:6.72) e com quem tem problemas de obesidade (m:6.79) (diferenças estatisticamente não significativas ($p > 0.05$)).

Na saúde física constatou-se que os indivíduos que não apresentam problemas de saúde estão em média mais satisfeitos com a vida (m:6.45), comparativamente com os que têm problemas (m:6.29) (diferenças estatisticamente significativas, $p < 0.05$). Na mesma linha, os indivíduos que não estão limitados na realização das atividades (m:7.45) também se encontram mais felizes quando comparados com os que se encontram limitados (m:6.88) e muito limitados (m:5.64) (diferenças estatisticamente significativas, $p < 0.05$).

Através de correlações verificou-se que tanto o número de problemas de saúde (-0.211), como as ABVD (-0.298) e as AIVD (-0.293) apresentam uma relação fraca, mas estatisticamente significativa a 5% com a satisfação com a vida. Assim, quanto maior o número de problemas de saúde e de dificuldades nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, menor a satisfação com a vida.

3. Modelos de regressão Probit

Neste ponto pretendeu-se avaliar em que medida a autoavaliação do estado de saúde e a satisfação com a vida são influenciados pelos fatores considerados no estudo e que se encontram representados na Tabela 1. O modelo de regressão estimado, para ambas as análises, é um modelo de regressão probit, sendo que no caso da saúde a variável dependente é do tipo Likert, e na satisfação com a vida é uma variável contínua. Considerando o objetivo do estudo e as análises preliminares efetuadas previamente não serão consideradas neste modelo as variáveis referentes ao estado civil, à escolaridade e à situação perante o emprego (ausência de significância estatística). Os resultados destes modelos encontram-se apresentados na Tabela 5 (estado de saúde auto-reportado) e na Tabela 6 (satisfação com a vida).

Tabela 5: Resultados do modelo probit - Estado de saúde (auto-reportado)

Variável	Coefficiente	P-value	Intervalo de confiança (95%)	
Características Individuais				
<i>sexo</i>	0.024	0.839	-0.207	0.255
<i>idade</i>	0.013	0.140	-0.004	0.030
Participação Social				
<i>vol_car</i>	-0.163	0.433	-0.571	0.245
<i>volinf_netos</i>	0.134	0.250	-0.094	0.363
<i>volinf_assistencia</i>	0.140	0.356	-0.159	0.439
<i>cur_foma</i>	-0.391	0.251	-1.059	0.277
<i>assdesp_soc</i>	0.604	0.001*	0.241	0.967
<i>org_rel</i>	-0.069	0.636	-0.358	0.219
<i>org_pol</i>	0.119	0.759	-0.639	0.878
<i>jog_out</i>	0.192	0.173	-0.084	0.468
Promoção da Saúde				
<i>fumar</i>	0.415	0.044*	0.011	0.819
<i>exercício_moderado</i>	-0.210	0.097	-0.459	0.038
<i>sedentarismo</i>	-0.213	0.111	-0.474	0.049
<i>consumo_alcool</i>	0.127	0.297	-0.112	0.365
<i>imc</i>	0.015	0.196	-0.008	0.037
Saúde Física				
<i>prob_cronic</i>	-0.259	0.034*	-0.499	-0.019
<i>problemas_saude</i>	-0.199	0.000*	-0.274	-0.126
<i>limitado</i>	-0.591	0.000*	-0.841	-0.341
<i>muito_limitado</i>	-1.468	0.000*	-1.860	-1.075
<i>abvd</i>	-0.116	0.084	-0.247	0.015
<i>aivd</i>	-0.077	0.173	-0.189	0.034
N	534			

Nota: "nao_limitado" dropped because of collinearity

Legenda: * $p < 0.05$

Os resultados do modelo relativamente ao estado de saúde demonstram que ao nível dos dados sociodemográficos são os homens que tendem a avaliar melhor o seu estado de saúde e que este tende a melhorar com a idade, contudo estas não são estatisticamente significativas.

A participação social influencia, de modo geral, positivamente a autoavaliação do estado de saúde (auto-reportado). Nesta verifica-se que as variáveis relativas ao voluntariado informal, tanto a nível do cuidar dos netos como de prestar assistência a outras pessoas fora do agregado familiar, à participação em associações desportivas e

sociais, às organizações políticas e aos jogos coletivos têm um impacto positivo no estado de saúde (auto-reportado) dos idosos. Por outro lado constata-se ainda que o voluntariado formal, os cursos de formação e as organizações religiosas têm um impacto negativo na saúde. Todavia apenas a variável referente às associações desportivas, sociais entre outras apresenta significância estatística.

Ao nível da promoção da saúde, os resultados apontam que os fatores relacionados com a promoção da saúde não contribuem para a saúde dos indivíduos. Estes revelam que as variáveis relativas aos hábitos de consumo (tabaco e álcool) têm um impacto positivo na saúde dos indivíduos, enquanto que as referentes ao exercício físico moderado e ao sedentarismo têm um impacto negativo. Assim, relativamente ao exercício físico, a avaliação da saúde pode ser influenciada pela prática de exercício físico, mas menos regular.

Os resultados indicam ainda que a variável relativa ao IMC tem um impacto positivo na saúde, sendo os idosos com problemas de obesidade os que avaliam melhor a sua saúde. No entanto como esta variável é quantitativa verificou-se através dos resultados preliminares (*Pearson Chi-square*) que a manutenção de um IMC saudável (eutrofia) contribui para a saúde. Nesta secção apenas a variável relativa ao tabagismo apresentou significância estatística.

Ao nível da saúde física, verifica-se que todas as variáveis consideradas têm uma influência negativa no estado de saúde. Neste sentido, quanto menor o número de problemas de saúde, de limitações nas ABVD e nas AIVD melhor o estado de saúde (auto-reportado). A ausência de problemas de saúde crónicos e de limitações também têm um impacto positivo na saúde. Nesta secção, apenas as variáveis relativas às limitações com as ABVD e com as AIVD não demonstraram significância estatística.

Tabela 6: Resultados do modelo probit - Satisfação com a vida

Variável	Coefficiente	P-value	Intervalo de confiança (95%)	
Características Individuais				
<i>sexo</i>	0.168	0.117	-0.042	0.379
<i>idade</i>	.0051	0.533	-0.011	0.021
Participação Social				
<i>vol_car</i>	0.077	0.683	-0.294	0.448
<i>volinf_netos</i>	-0.003	0.975	-0.212	0.205
<i>volinf_assistencia</i>	0.213	0.128	-0.061	0.486
<i>cur_foma</i>	0.133	0.670	-0.478	0.744
<i>assdesp_soc</i>	-0.001	0.993	-0.343	0.339
<i>org_rel</i>	0.316	0.017*	0.056	0.575
<i>org_pol</i>	0.925	0.017*	0.168	1.682
<i>jog_out</i>	0.139	0.286	-0.116	0.394
Promoção da Saúde				
<i>fumar</i>	-0.139	0.469	-0.518	0.2381
<i>exercício_moderado</i>	-0.189	0.106	-0.418	0.039
<i>sedentarismo</i>	-0.024	0.846	-0.263	0.216
<i>consumo_alcool</i>	0.131	0.238	-0.086	0.348
<i>imc</i>	-0.008	0.424	-0.029	0.012
Saúde Física				
<i>prob_cronic</i>	-0.156	0.165	-0.377	0.064
<i>problemas_saúde</i>	-0.049	0.127	-0.112	0.014
<i>limitado</i>	-0.174	0.136	-0.402	0.055
<i>muito_limitado</i>	-0.476	0.005*	-0.808	-0.143
<i>abvd</i>	-0.096	0.084	-0.205	0.013
<i>aivd</i>	-0.080	0.118	-0.181	0.020
<i>N</i>	521			

Nota: “*nao_limitado*” dropped because of collinearity

Legenda: * p<0.05

Os resultados do modelo relativamente à satisfação com a vida demonstram que ao nível dos dados sociodemográficos são os indivíduos do sexo masculino que se encontram mais satisfeitos com a vida e que esta tende a aumentar com a idade. No entanto, não existe uma relação estatisticamente significativa.

No que se refere à participação social, os resultados demonstram que esta contribui de um modo geral para a satisfação com a vida dos seniores. O voluntariado formal, o voluntariado informal: assistência, os cursos de formação, as organizações políticas, as organizações religiosas e os jogos coletivos têm um impacto positivo na

satisfação com a vida, por outro lado o voluntariado informal: tomar conta dos netos e as associações desportivas, sociais entre outras têm um impacto negativo. Contudo destas variáveis apenas as relativas às organizações religiosas e às políticas apresentam uma relação estatisticamente significativa.

Ao nível da promoção da saúde, as variáveis relativas ao tabagismo, ao exercício físico moderado, ao sedentarismo e ao IMC apresentam um impacto negativo na satisfação com a vida, sendo que apenas o consumo de álcool tem um impacto positivo nesta. No que se refere ao IMC apesar de se aferir que são os idosos mais magros/desnutridos que se encontram mais satisfeitos com a vida, esta como é uma variável quantitativa, verificou-se através dos resultados obtidos nas análises preliminares (*Independent Sample T Test*) e da baixa percentagem de idosos desnutridos (8.04%), que a manutenção de um IMC saudável (eutrofia) é um fator que tem uma influência positiva na promoção da satisfação com a vida dos idosos. Contudo, nesta secção nenhuma relação é estatisticamente significativa.

Na saúde física, verifica-se que todas as variáveis consideradas têm um impacto negativo na satisfação com a vida. Neste sentido, quanto menor o número de problemas de saúde, de limitações nas ABVD e nas AIVD; assim como a ausência de problema de saúde crónicos e de limitações, melhor a satisfação com a vida dos indivíduos. Todavia, apenas a variável relativa ao nível muito limitado nas atividades apresenta significância estatística.

IV. Discussão

O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar o impacto que os fatores associados à prática de um envelhecimento ativo, nomeadamente a participação social e a promoção da saúde, têm na qualidade de vida dos idosos portugueses.

Primeiramente a análise incidiu sobre o estudo do envolvimento dos idosos inquiridos, nas atividades advogadas pela política de envelhecimento ativo, sobre o seu estado de saúde e satisfação com a vida, assim como sobre as suas características sociodemográficas.

Os resultados obtidos refletem a perceção do estado de saúde e a qualidade de vida da população sénior portuguesa. A saúde (auto-reportada) é avaliada predominantemente como razoável, tendo tendência a piores avaliações por parte das mulheres e a degradar-se com o avanço da idade. Esta de acordo com a OMS (2002) e com Cabral *et al.* (2013) traduz particularmente a autonomia e a independência dos idosos. Neste sentido, com o processo de envelhecimento e com o avançar da idade, a saúde sofre um declínio gradual, devido ao aumento de problemas de saúde, colocando os idosos em condições de fragilidade e dependência. O sexo feminino é o mais afetado por estes problemas de saúde, nomeadamente por doenças crónicas e limitações na realização de atividades, como se pode observar nos resultados da análise da saúde física, apresentando também uma expectativa da vida saudável mais reduzida e uma prevalência mais elevada de situações de dependência (PORDATA, 2014a; INE e INSA, 2009; Cabral *et al.*, 2013).

No que se refere à satisfação com a vida, os indivíduos de um modo geral encontram-se satisfeitos com a vida, sendo que o sentimento de felicidade tende também a diminuir com o avançar da idade e é menor entre as mulheres. Estes dados corroboram a informação obtida por Cabral *et al.* (2013) e pelo inquérito nacional de saúde 2005/2006 (INE e INSA, 2009) sobre a qualidade de vida.

Os resultados demonstram que a participação social apresenta uma taxa reduzida em todas as atividades analisadas, corroborando o estudo de Abu-Rayya (2005), o de Cabral *et al.* (2013) e o de Tomás *et al.* (2002), facto que pode estar relacionado com questões de saúde, desmotivação, falta de estimulação para estas atividades por parte da sociedade.

Relativamente ao sexo, enquanto ao nível da pertença associativa (organizações políticas e da comunidade) se destaca a participação dos homens, ao nível da participação informal são as mulheres que declaram níveis mais elevados, sobretudo em relação ao voluntariado informal. Estes dados, de acordo com Cabral *et al.* (2013), derivam dos papéis socialmente atribuídos às mulheres e refletem a propensão nas mulheres para participar em ambientes mais próximos e familiares.

A tendência das diferentes formas de participação social analisadas quando se considera o efeito etário é para diminuir, sendo os idosos que se encontram num escalão etário mais baixo os que mais participam. Abu-Rayya (2005) e Cabral *et al.* (2013) também verificaram este facto nos seus estudos, podendo estes fatores estar relacionados com a saúde, mas também com a necessidade de os idosos reestruturarem o seu quotidiano, ocupando o tempo livre proporcionado pela reforma e por isso envolverem-se mais.

Relativamente à promoção da saúde, constata-se que a adoção de estilos de vida saudáveis é relativamente baixa, sendo a baixa escolaridade apresentada pelos indivíduos da amostra um dos fatores que pode justificar este fenómeno (Kozłowska *et al.*, 2008). No que se refere aos hábitos de consumo, o tabagismo encontra-se em número reduzido, assim como o consumo de álcool, sendo os homens que mais fumam e bebem, tendo estes hábitos tendência a decrescer com a idade. Estes resultados vão na mesma linha dos obtidos por Kozłowska *et al.* (2008) e pelo INE e INSA (2009), onde a ausência de consumo de tabaco e do consumo de álcool eram predominantes a partir dos 65 anos.

A prática de exercício físico moderado é reduzida nesta amostra e apresenta tendência a reduzir com a idade, sendo superior no sexo masculino. Assim, as mulheres são mais sedentárias, o que pode estar relacionado com estas apresentarem uma maior prevalência de problemas de saúde e de limitações (saúde física). Estes resultados não corroboram os dados obtidos por Kozłowska *et al.* (2008) apresentando a amostra deste uma prática de exercício físico superior a 60%, no entanto esta engloba indivíduos de vários países europeus.

Relativamente ao IMC, verifica-se que existe uma percentagem semelhante de idosos que se encontram obesos e de idosos que se encontram com peso “saudável” (eutrofia), tendo com o avançar da idade uma maior predisposição para o risco de desnutrição. A desnutrição nos idosos deve-se principalmente a questões de saúde oral

(perda de dentes, dificuldade em deglutir os alimentos), de doença aliada à dependência, à toma de medicação e a dificuldades socioeconómicas (OMS, 2002).

O declínio da saúde é o fator mais frequentemente associado à idade e o mais condicionante do processo de envelhecimento, em particular quando se encontram presentes situações de doença crónica e quando estas conduzem a incapacidades físicas e psicológicas que afetem o quotidiano das pessoas idosas e a sua autonomia (Cabral *et al.*, 2013). Neste sentido, a saúde física dos inquiridos foi utilizada como um controlo no processo de adoção de atividades de um envelhecimento ativo.

A presença de doenças crónicas afeta pouco mais de metade dos séniores inquiridos, sendo que em média estes apresentam 2.33 problemas de saúde. A dificuldade em realizar atividades diárias devido a problemas de saúde encontra-se presente em cerca de 60.4% dos inquiridos, no entanto as limitações na realização de ABVD e AIVD, não chegam em média a 1. Os resultados evidenciam ainda que são as mulheres que são mais afetadas por as condições de saúde acima descritas, bem como estas têm tendência a piorar/aumentar com a idade. De acordo com a literatura, estes resultados corroboram as conclusões alcançadas para a população portuguesa (Cabral *et al.*, 2013), sendo as limitações reveladoras do gradual aumento do número de anos de vida não saudável da população idosa (PORDATA, 2014a).

Estes fatores da saúde física podem justificar a reduzida taxa de participação social (Cabral *et al.*, 2013; OMS, 2002) e de promoção da saúde, especialmente no que diz respeito à atividade física (OMS, 2010; Kozłowska *et al.*, 2008).

No que se refere aos fatores sociodemográficos, a predominância de indivíduos do sexo feminino na amostra reflete a distribuição da população idosa em Portugal e o fenómeno feminizado associado ao envelhecimento, evidenciados pelo INE (2012) e pelos autores Perista e Perista (2012). A idade dos indivíduos inquiridos (max: 97 anos) revela também o aumento da esperança média de vida e da longevidade da população característicos da demografia da sociedade portuguesa (INE, 2012; PORDATA, 2014a).

Diversos fatores podem contribuir para um melhor estado de saúde e para uma melhor perceção do mesmo, assim como para uma maior satisfação com a vida. Estes foram alvos de estudo através de um modelo de regressão.

Os fatores sociodemográficos relativos ao sexo e idade são considerados os mais relevantes para autoavaliação do estado de saúde (Cabral *et al.*, 2013). Relativamente ao

gênero, os resultados obtidos encontram-se de acordo com a literatura evidenciando que os homens avaliam melhor o seu estado de saúde, quando se analisa a variável idade verifica-se que o seu aumento contribui para o estado de saúde (auto-reportado) o que não corrobora os resultados obtidos anteriormente e os estudos analisados. Este fator poderá estar associado ao reduzido número de observações e ao elevado número de variáveis explicativas consideradas no modelo.

A participação em atividades sociais é evidenciada pela literatura como um fator que exerce um impacto muito significativo no estado de saúde dos idosos. O voluntariado formal é evidenciado como um fator promotor deste (Cabral *et al.*, 2013; Haski-Leventhal, 2009; Sirven e Debrand; 2008; Tomás *et al.*, 2002; OMS, 2002), no entanto apresenta um impacto negativo no estado de saúde (auto-reportado) neste estudo. Este pode estar associado à fraca qualidade da relação estabelecida, ou seja à inexistência de um equilíbrio entre os esforços (prática) e os ganhos (satisfação, reciprocidade e apreciação por parte dos outros) (Wahrendorf *et al.*, 2006).

Tomar conta dos netos é uma atividade cada vez mais presente na atualidade, sendo esse fator evidenciado pela amostra, pela elevada adesão a esta prática. Esta atividade demonstra ter um impacto positivo no estado de saúde dos idosos (auto-reportado) corroborando a importância das redes familiares na saúde dos idosos portugueses (Cabral *et al.*, 2013).

A prestação de cuidados em contexto informal também faz parte das atividades diárias de muitos idosos portugueses, apresentando também um impacto positivo no estado de saúde destes (Cabral *et al.*, 2013).

As associações desportivas, sociais entre outras; as organizações políticas e as organizações religiosas, de acordo Sirven e Derban (2008), encontram-se relacionadas com o estado de saúde. Os resultados obtidos em relação à participação nestas organizações demonstram que todas têm um impacto positivo no estado de saúde dos seniores (Sirven e Debrand, 2008; Abu-Rayya, 2005; Cabral *et al.*, 2013) com exceção das organizações religiosas.

A participação em formações/Universidades da Terceira Idade influenciam negativamente o estado de saúde dos indivíduos, não corroborando assim os resultados alcançados por Jacob (2005) e Pocinho (2014) que identificavam este tipo de participação social como promotor do estado de saúde e da saúde mental.

A participação em jogos coletivos também tem um impacto positivo na saúde, como é referido por Cabral *et al.* (2013), que evidenciam a importância das atividades realizadas em contextos interpessoais.

Os resultados relativos à promoção da saúde não correspondem às conclusões evidenciadas noutros estudos, onde os idosos que adotam estilos de vida saudáveis se encontram mais predispostos a avaliar melhor o seu estado de saúde (Kozłowska *et al.*, 2008; OMS, 2002; Sirvan e Debrand, 2008).

Ao analisar os comportamentos relativos à promoção da saúde verifica-se que apenas a manutenção de um peso saudável (eutrofia) e o impacto que o sedentarismo tem na saúde vão ao encontro do proposto na literatura (Kozłowska *et al.*, 2008; OMS, 2002), sendo o sedentarismo referenciado como o quarto principal fator de risco para a mortalidade (OMS, 2010). No entanto, a prática de exercício físico moderado como o recomendado (diariamente) também apresenta uma influência negativa no estado de saúde (auto-reportado) da amostra. Assim, a prática de exercício físico possivelmente pode influenciar a saúde mesmo quando praticada com menor intensidade como é indicado por Harvard T.H. Chan School of Public Health (2013).

No que se refere aos hábitos de consumo de álcool e tabaco, estes apesar de apresentarem uma elevada taxa de abstenção, são dois fatores que influenciam positivamente o estado de saúde (auto-reportado).

Na saúde física, verifica-se que os problemas e as limitações de saúde (presença de problemas de saúde crónicos, número de problemas de saúde, limitações na realização de atividades, número de limitações nas ABVD e nas AIVD) influenciam negativamente o estado de saúde (auto-reportado) dos idosos como é evidenciado na literatura (OMS, 2002; Cabral *et al.*, 2013).

A influência que a prática de um envelhecimento ativo tem na satisfação com a vida também foi estudado através de um modelo de regressão.

O perfil sociodemográfico dos séniores portugueses é apontado por Cabral *et al.* (2013) como pouco relevante para explicar a satisfação, no entanto são as mulheres e os mais idosos que se sentem mais infelizes. O impacto obtido no modelo realizado corrobora os dados obtidos no que se refere ao sexo, encontrando-se os homens mais satisfeitos. No que se refere à idade os resultados não estão de acordo com os obtidos por estes autores, indicando que o seu aumento contribui para o sentimento de satisfação com a vida. Este

fator pode ser explicado pelo reduzido número de observações e pelo elevado número de variáveis explicativas consideradas no modelo.

O voluntariado formal apresenta um impacto positivo na satisfação com a vida dos idosos como é evidenciado na literatura. Este deve-se essencialmente ao sentimento de utilidade social, ao melhoramento da autoestima, ao enriquecimento pessoal e ao relacionamento com os outros que esta prática de voluntariado proporciona (Cabral *et al.*, 2013; Tomas *et al.*, 2002; Martins, 2012).

No que se refere ao voluntário informal os resultados mostram que tomar conta dos netos tem um impacto negativo na satisfação com a vida. Esta atividade, no atual contexto de crise económica, constitui-se uma solução para a crise e tensão existente entre trabalho e a família, impedindo a participação dos idosos/avós noutras esferas de socialização, principalmente quando vivem com os seus netos, contribuindo assim para uma diminuição da satisfação (Blustein *et al.*, 2004; Lopes e Gonçalves, 2012). No entanto, existem autores que contrapõem esta ideia advogando que cuidar dos netos é um fenómeno que contribui para a satisfação dos idosos, sendo a intergeracionalidade no domínio da dinâmica familiar, uma rede fundamental de partilha de afetos e valores (Pereira, 2012; Cabral *et al.*, 2013).

O voluntariado informal de assistência tem um impacto positivo na satisfação com a vida corroborando a literatura (Wahrendorf *et al.*, 2006; Cabral *et al.*, 2013). As redes informais de envolvimento social (familiar, vizinhança e amigos) são de extrema importância para a felicidade dos idosos, sendo nestas que os idosos prestam apoio (Cabral *et al.*, 2013). Contudo, Wahrendorf *et al.* (2006) no seu estudo demonstraram que esta associação só é positiva quando existe reconhecimento das ajudas prestadas.

A participação em atividades religiosas e em organizações políticas têm um impacto positivo na satisfação com a vida corroborando os resultados encontrados por Cabral *et al.* (2013). Os resultados obtidos demonstram ainda, que são as atividades religiosas que têm um impacto mais significativo no estado de saúde, o que pode estar relacionado com a importância que a religião tem para os idosos portugueses.

No que se refere à participação em associações desportivas e sociais entre outras, esta tem um impacto negativo na satisfação dos idosos ao contrário do que é evidenciado na literatura.

As atividades de formação têm um impacto positivo na satisfação com a vida dos idosos portugueses, advogando o papel fundamental da prática desse tipo de atividades na satisfação (Jacob, 2005; Pocinho, 2014).

Atividades mais informais, muitas vezes realizadas em contexto de redes interpessoais (família, amigos, vizinhança), como os jogos coletivos demonstram contribuir para uma maior satisfação com a vida (Cabral *et al.*, 2013).

A prática de estilos de vida saudável é referida como uma importante fator para aumentar a satisfação com a vida (OMS, 2002; Squire, 2002). Os resultados obtidos não corroboram completamente a literatura, demonstrando que apenas a prática de alguns estilos de vida saudável contribuem para a satisfação dos idosos, nomeadamente a ausência de hábitos tabágicos e a manutenção de um peso saudável (IMC).

O sedentarismo e prática de exercício físico moderado não contribuem para a satisfação com a vida dos idosos, contudo a prática de exercício físico pode influenciar esta dimensão quando praticada com menor intensidade (Harvard T.H. Chan School of Public Health, 2013).

O consumo de bebidas alcoólicas apesar de ser reduzido apresenta uma influência positiva na satisfação com a vida, não corroborando assim os dados da OMS (2002).

Ao nível da saúde física, os problemas e as limitações de saúde (presença de problemas de saúde crónicos, número de problemas de saúde, limitações na realização de atividades, número de limitações nas ABVD e nas AIVD) influenciam negativamente a satisfação com a vida como é evidenciado na literatura (OMS, 2002; Cabral *et al.*, 2013).

A interpretação dos resultados deste estudo encontra-se condicionada por algumas limitações. Ao nível dos dados, a utilização de uma base de dados de 2011 pode não retratar exatamente o que se passa nos dias de hoje e a utilização de *proxies*, especificamente o IMC para medir a alimentação e a participação em cursos de formação como Universidades Sénior podem não reproduzir exatamente a mesma medida.

O número reduzido de observações e a fraca significância estatística obtida no estudo do impacto das várias atividades sociais e de promoção da saúde (envelhecimento ativo) no estado de saúde e na qualidade de vida, não permitem extrapolar os dados e conclusões definitivas para a população sénior portuguesa.

O desenho transversal do estudo impossibilita o estabelecimento de relações causais, por não provarem a existência de uma sequência temporal entre as atividades e a

qualidade de vida, tendo sido estabelecida através de modelos de regressão uma relação de dependência/associação, e não de causalidade.

A utilização base de dados do SHARE, contudo é inserida num projeto vigorosamente controlado e protocolado, que inclui nomeadamente procedimentos padrão de tradução e adaptação para diferentes idiomas, processos de recolha de dados através de entrevistas realizadas por entrevistadores treinados e controlo de vieses e erros (Malter e Börsch-Supan, 2013).

A realização de novas investigações utilizando a nova vaga do SHARE poderiam trazer novos dados sobre uma relação de causalidade entre a adoção de um envelhecimento ativo e a saúde e qualidade de vida dos idosos. A compreensão das motivações subjacentes à participação nas atividades sociais e adoção de estilos de vida saudável estudadas, assim como os motivos para a baixa adesão poderiam também ser futuramente investigadas, considerando que uma melhor compreensão destes fatores poderá contribuir para a prossecução de estratégias adequadas e específicas de reforço destas dinâmicas. Por outro lado, também seria interessante perceber as diferenças que existem entre diferentes países europeus no que concerne às práticas de um envelhecimento ativo.

V. Considerações Finais

A expectativa de uma vida longa associada a índices elevados de saúde e qualidade de vida é o enfoque do novo paradigma do Envelhecimento Ativo para dar respostas aos desafios colocados pelo envelhecimento da população. O estudo realizado vai ao encontro desta nova realidade procurando averiguar qual o impacto que a adoção das práticas preconizadas (ao nível da participação social e da promoção da saúde) por esta nova política de envelhecimento, têm na saúde e qualidade de vida dos idosos portugueses.

Os resultados apontam que a adoção do envelhecimento ativo pelos idosos portugueses é reduzida, no entanto os processos de envelhecimento em Portugal estão a conhecer uma mudança muito significativa, tanto ao nível sociodemográfico com o aumento dos níveis de escolaridade e com a mudança do papel da mulher na participação social, bem como através de mudanças nos estilos de vida com crescente consciencialização para a saúde e para a sua promoção. Esta nova realidade converge para uma maior capacitação individual e coletiva, onde a ocupação do tempo e os hábitos de vida saudáveis devem ser encarados ao longo de todo o ciclo vital, como fatores essenciais para a preparação da reforma e para o envelhecimento.

A análise desenvolvida demonstra que a influência das práticas de envelhecimento ativo consideradas diverge quanto ao estado de saúde e à satisfação com a vida, sendo o voluntariado informal (assistência), as organizações políticas, os jogos coletivos e a manutenção de um peso saudável (eutrofia) os principais fatores que contribuem simultaneamente para estes. Conclui-se que a prática de um envelhecimento ativo, principalmente a participação social tem um impacto positivo para a saúde e para qualidade de vida dos idosos portugueses.

É de salientar a necessidade de uma intervenção em prol da promoção da mudança nas políticas e práticas relativas ao envelhecimento tendo em consideração as necessidades emergentes da população, os seus interesses e a otimização dos recursos. Neste sentido, o estudo realizado representa um ponto relevante na investigação dos benefícios do envelhecimento ativo na vida dos idosos, que complementado com outras investigações e abordagens contribui para que a prossecução de estratégias e políticas seja o mais inclusiva e consistente possível, com a finalidade de tornar a saúde e qualidade de vida, uma realidade cada vez mais presente no envelhecimento em Portugal.

Referências Bibliográficas

- ✓ Abu-Rayya, H. (2005) “Depression And Social Involvement Among Elders” *The Internet Journal of Health*. 5 (1). <https://ispub.com/IJH/5/1/10692> [24 de Fevereiro de 2015].
- ✓ Almeida, H. (2012) “Biologia do envelhecimento: uma introdução” in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 21-40.
- ✓ Almeida, M. (2007) “Envelhecimento: activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de análise.”. 17, 17-24.
- ✓ Baltes M.; Silvenberg S. (1995) “A dinâmica dependência autonomia no curso da vida” in Neri A. (ed.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus, 73-110.
- ✓ Barros, Pedro (2012) “Saúde” in *Seminário Economia, Demografia e Sustentabilidade: Riscos e desafios de hoje*. Universidade Nova de Lisboa.
- ✓ Blustein, Jan; Chan, Sewin; Guanais, Frederico (2004) “Elevated depressive symptoms among caregiving grandparents” *Health Service Research*. 39, 1671–1689, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361092/> [10 Janeiro de 2015].
- ✓ Bowling, A.; Banister, D.; Sutton, S.; Evans, O.; Windsor, J. (2002) “A multidimensional model of the quality of life in older age” *Aging & Mental Health*. 6(4), 355-371.
- ✓ Bowling, Ann; Dieppe Paul (2005), “What is successful ageing and who should define it?” *British Medical Journal*. 331, 1548-1551.
- ✓ Bradley, C.; Todd, C.; Gorton, T.; Symonds, E.; Martin, A.; Plowright, R. (2002) “The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQOL” *Quality of Life Research*. 8, 79 – 91.
- ✓ Burr, Jeffrey A.; Choi, Namkee G.; Mutchler, Jan E. ; Caro, Francis C. (2005) “Caregiving and volunteering: Are private and public helping behaviours linked?” *Journal of Gerontology – Social Sciences*. 60B (5), S247-569.
- ✓ Burr, Jeffrey A.; Mutchler, Jan E.; Caro, Francis C. (2007) “Productive activity clusters among middle-aged and older adults: intersecting forms and time commitments” *Journal of Gerontology Social Sciences*. 62B (4), S267 –S275.

- ✓ Buss, Paulo (2000) “Promoção de Saúde e Qualidade de Vida” *Ciência e Saúde Coletiva*. 5 (1), 163-177.
- ✓ Cabral, Manuel Villaverde; Ferreira, Pedro Moura; Silva, Pedro Alcântara; Jerónimo, Paula; Marques, Tatiana (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- ✓ CCE (2006). *The demographic future of Europe - from challenge to opportunity*. Bruxelas: Publicações da Comissão Europeia.
- ✓ CE: Comissão Europeia (2002) “Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento” *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Comunicação da comissão ao conselho e ao parlamento europeu*. Madrid 18 de março de 2002. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002DC0143&from=FR> [20 de Janeiro de 2015].
- ✓ CES: Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (2013) *Voluntariado em Portugal. Contextos, atores e práticas*. Évora: Fundação Eugénio de Almeida.
- ✓ Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012), *Jornal Oficial da União Europeia*, 23 de setembro de 2011.
- ✓ Decisão n.º 37/2010/CE do Conselho, de 27 de novembro de 2009, relativa ao Ano Europeu das Atividades de Voluntariado que Promovam uma Cidadania Ativa (2011), *Jornal Oficial da União Europeia*, 22 de janeiro de 2010.
- ✓ Decreto-Lei nº 71/98. D.R.I Série. 254 (98-11-03) 5694.
- ✓ Decreto-Lei nº 167-E/2013. D.R. I Série. 253 (2013-12-31) 7056.
- ✓ Direção Geral de Saúde (2003) “A nova roda alimentar: um guia para a escolha alimentar ideal!” <http://www.dgs.pt/?cn=5518554061236154AAAAAAAAA> [03 de Março de 2015].
- ✓ Direção-Geral de Saúde (2008) *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas: Envelhecimento Saudável*. Ministério da Saúde, <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx> [19 de janeiro de 2015].

- ✓ Harvard T.H. Chan School of Public Health (2013) “Physical activity guidelines: how much exercise do you need?” <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/2013/11/20/physical-activity-guidelines-how-much-exercise-do-you-need/> [03 de Março de 2015].
- ✓ Haski-Leventhal, Debbie (2009) “Elderly Volunteering and Well-Being: A Cross-European Comparison Based on SHARE Data” *Voluntas*. 20, 388 – 404.
- ✓ INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2009) *Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060*. Lisboa, Portugal.
- ✓ INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos- Portugal*. Lisboa, Portugal.
- ✓ INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013) *Revista de Estudos Demográficos nº 50*. Lisboa-Portugal.
- ✓ INE: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; INSA: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009) *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa-Portugal.
- ✓ INE: Instituto Nacional de Estatística; CASES: Conta Satélite da Economia Social 2010 (2013) *Conta Satélite da Economia Social 2010*. Lisboa- Portugal.
- ✓ Jacob, L. (2005) “A importância das Universidades da Terceira Idade na qualidade de vida seniores em Portugal”. *Revista Medicina e Saúde*, 92.
- ✓ Jacob, Luís (2012) *Universidades Sénior: Criar novos projetos de vida*. Almeirim: RUTIS, http://media.wix.com/ugd/b9a269_b0cc134c70504667b5157b1f7b98aa6c.pdf [12 de Fevereiro de 2015].
- ✓ Jacob, Luís (2013) “Envelhecimento da população” in Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49.
- ✓ Kozłowska, K.; Szczecińska, A.; Roszkowski, W.; Brzozowska, A. ; Alfonso, C.; Fjellstrom, C.; Morais, C.; N.A. Nielsen, N. A.; Pfau, C.; Saba, A.; Sidenvall, B.; Turrini, A.; Raats, M.; Lumbers, M.; The Food In Later Life Project Team (2008) “Patterns of healthy lifestyle and positive health attitudes in older europeans”. *The journal of nutrition, health & aging*. 12(10), 728-733.

- ✓ Lipschitz D.A. (1994) "Screening for Nutritional Status in the Elderly" *Primary Care*. 21 (1): 55-67.
- ✓ Llobet, Montserrat P.; Ávila, Nuria R.; Farràs, Jaume F.; Canut, MariaT.L. (2011). "Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária". *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3), 467- 47.
- ✓ Lopes, Alexandra; Gonçalves, Carlos (2012) "Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas" in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 203-229.
- ✓ Loureiro, Maria (2011) "Aprender na 3ª. Idade: uma mudança de paradigma" *Revista Transdisciplinar De Gerontologia*. IV (1),60-62.
- ✓ Malter, F., Börsch-Supan, A. (Eds.) (2013) *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- ✓ Martins, Teresa (2012) *Voluntários/as Reformados/as: Práticas de Voluntariado na Reforma*. Tese de Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- ✓ Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2001-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ✓ Moulaert, T; Paris, M. (2013) "Social policy on ageing: the case of Active Ageing as a Theatrical Metaphor". *International Journal of Social Science Studies*, 1 (2),113-123.
- ✓ OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. França: OECD, http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/economics/maintaining-prosperity-in-an-ageing-society_9789264163133-en#page8 [27 de fevereiro de 2015].
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (1946) *Constitution of the World Health Organization*. Nova Iorque: World Health Organization, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [27 de fevereiro de 2015].

- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (1986) “Carta de Ottawa”. Oteawa, Canadá novembro de 1986.
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (1997) “Declaração de Jacarta”. Jacarta, Republica da Indonésia, 21-25 de julho de 1997.
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (1998) *The World Health Report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva: World Health Organization.
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (2002) *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (2007) *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender*. Geneva: World Health Organization.
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (2008) *Guia global: cidade amiga do idoso*. Geneva: World Health Organization.
- ✓ OMS: Organização Mundial de Saúde (2010) *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.
- ✓ ONU: Organização das Nações Unidas (1948) *Carta Internacional dos Direitos Humanos: Declaração Universal dos Direitos do Homem*.
- ✓ Pereira, F. (2012) *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia de cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- ✓ Perista Heloísa; Perista Pedro (2012) *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade De Género.
- ✓ Philibert, M. (1984) *Velhice e Sociedade*. Enciclopédia Salvat da Saúde, (vol. 8), Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, LDA,218-229.
- ✓ Pocinho, Ricardo, S. P. (2014) *Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal*. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València. http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf [02 de janeiro de 2015].
- ✓ PORDATA (2014a) “Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino e masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável – Europa” <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela> [07 de abril de 2015].

- ✓ PORDATA (2014b) “Indicadores de envelhecimento segundo o Censos”, <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> [19 de março de 2015].
- ✓ Rebelo, J.; Penalva, H. (2004) “Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade” in *II Congresso Português de Demografia*. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal Setembro de 2004, <http://www.apdemografia.pt/files/786534234.pdf> [10 de fevereiro de 2015].
- ✓ Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012. D.R.I Série. 87 (2012-05-4) 2360.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 62/2010. D.R.I Série. 165 (2010-08-25) 3696.
- ✓ Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011. D.R.I Série. 244 (2011-12-22) 5391.
- ✓ Ribeiro, Óscar (2012) “Género e Envelhecimento” in Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (eds.) *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel, 231-253.
- ✓ Ribeiro, Óscar; Paúl, Constança (Coord.) (2011) *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.
- ✓ RUTIS: Associação Rede de Universidades da Terceira Idade (2007) “Universidades Sénior” <http://www.rutis.pt/> [13 de Fevereiro de 2015].
- ✓ Santos, Silvana; Barlem, Edison; Silva, Barbara; Cestari, Maria; Lunardi, Valéria (2008) “Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica” *Acta Paul Enferm.* 21 (4), 649-653.
- ✓ Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.
- ✓ Serviço de Estudos sobre a População do Departamento Estatísticas Censitárias População (2002) “O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas”. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 185-208.
- ✓ Silva, Sofia M. (2009) *Envelhecimento Activo Trajectórias de Vida e Ocupações na Reforma*. Tese de Mestrado em Sociologia. Universidade de Coimbra.

https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12294/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sofia%20Maia%20Silva.pdf [20 de janeiro de 2015].

- ✓ Sirven, Nicolas; Debrand, Thierry (2008) “Promoting social participation for healthy ageing - A counterfactual analysis from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE)”. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) Working Paper 7*. Paris.
- ✓ Sousa, Liliana; Galante, Helena; Figueiredo, Daniela (2003) “Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa” *Revista Saúde Pública*. 37 (3), 364-71.
- ✓ Squire, A. (2002) *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.
- ✓ The 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.
- ✓ Tomás, M., Tomás, E., Suárez, J. (2002) “Voluntariado de Mayores: ejemplo de envejecimiento participativo y satisfatório” *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*. 45, 107 – 128.
- ✓ Wahrendorf, Morten; Siegrist, Johannes; Knesebeck, Olaf (2006) “Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study” *European Journal of Ageing*. 3(2), 67-73.
- ✓ Walker, Alan (2006) “Active ageing in employment: its meaning and potential” *Asia-Pacific Review*, 13 (1), 78 – 93.

ANEXOS

Anexo I

28/04/2015

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

Access data of the SHARE project

De: **ana sofia tanoeiro veloso** [REDACTED]
Enviada: **quarta-feira, 14 de Janeiro de 2015 13:06:38**
Para: **jjanssen** [REDACTED]
 1 anexo
SHARE - Required Forms.pdf (792,1 KB)

Dear Mr. Josette Janssen,

My name is Ana Sofia Tanoeiro Veloso, and I'm currently conducting the Master in Management and Health Economics at the Faculty of Economics, University of Coimbra.

This year I will perform my master's thesis on the impact that active aging has on health (physical and mental) of these elderly with life, but also realize if this contributes to the health and well-being of them. So I intend to study beyond the health component, understand how the participation of older people in activities such as volunteering, taking care of grandchildren, among others, influence their satisfaction with life, with the aging and their quality of life.

In this sense, I wonder if it is possible to access data of the SHARE project to conduct my research.

Yours sincerely,

Ana Veloso

28/04/2015

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

SHARE data download

De: **Josette Janssen** [REDACTED]
Enviada: quinta-feira, 15 de Janeiro de 2015 08:52:20
Para: **anasofia** [REDACTED]

Dear Ana Sofia Veloso,

We have received your signed statement for the use of the SHARE project data. Select <Data Access & Documentation> then <Research Data Center & Data Access> from the menu on <http://www.share-project.org/> and then go to <download the data> (in the main text) to download the datafiles.

Your personal ID and password are

ID : [REDACTED]

Password : [REDACTED]

Questions and comments related to the content of the study can be addressed to the SHARE co-ordination team at info@share-project.org.

Best regards,

Josette Janssen

Josette Janssen
Panel manager
Centerdata
Room T 226 (Tilburg University, Tias Building)
Postal address : PO Box 90153, 5000 LE, Tilburg, The Netherlands
Visiting address : Warandelaan 2, 5037 AB, Tilburg, The Netherlands
Telephone : +31-13-466 8326 / 8325
Fax : +31-13-466 2764
WWW : www.centerdata.nl
Disclaimer : See <http://www.centerdata.nl/maildisclaimer>.

APÊNDICES

Apêndice I

Gráfico A.1: Autoavaliação do estado de saúde, por sexo

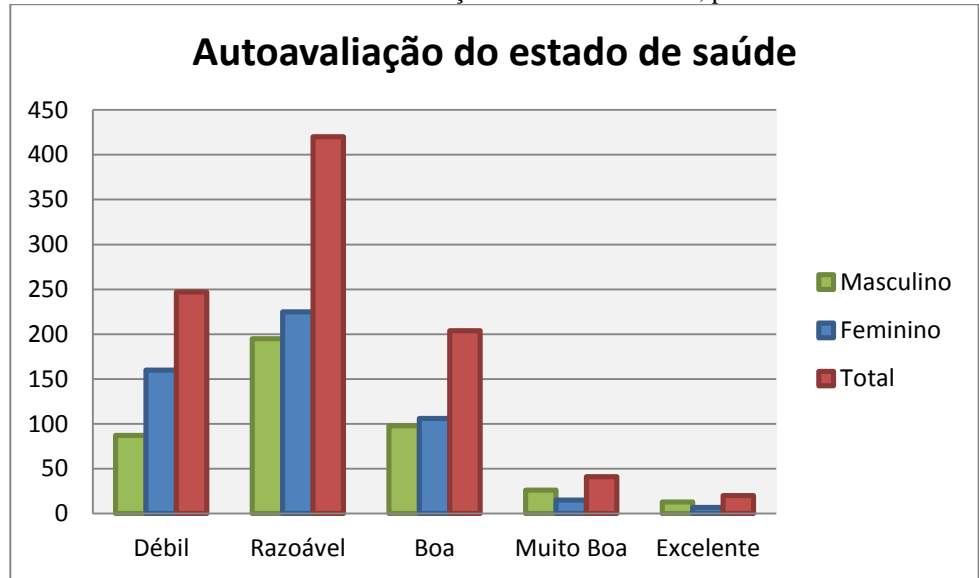


Gráfico A.2: Frequência da participação social

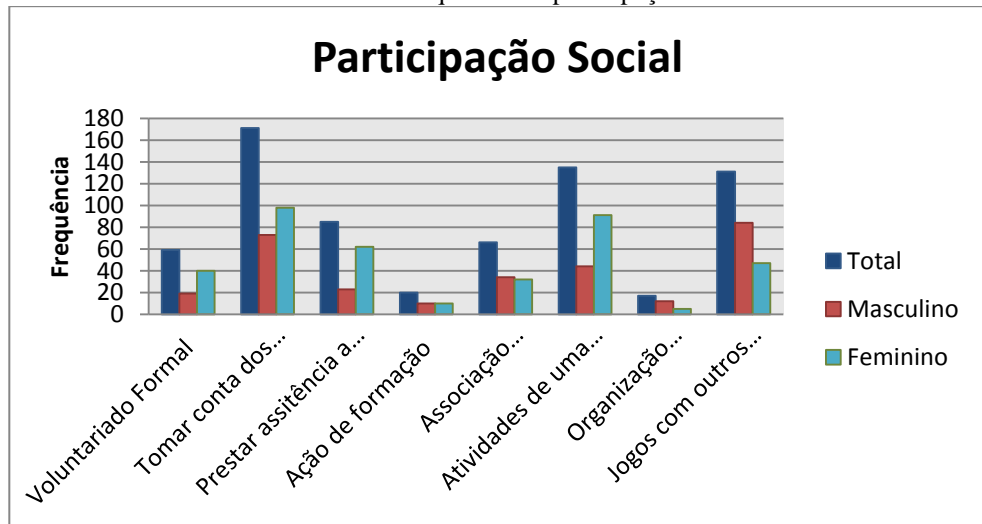


Gráfico A.3: Prevalência de problemas de saúde por géneros

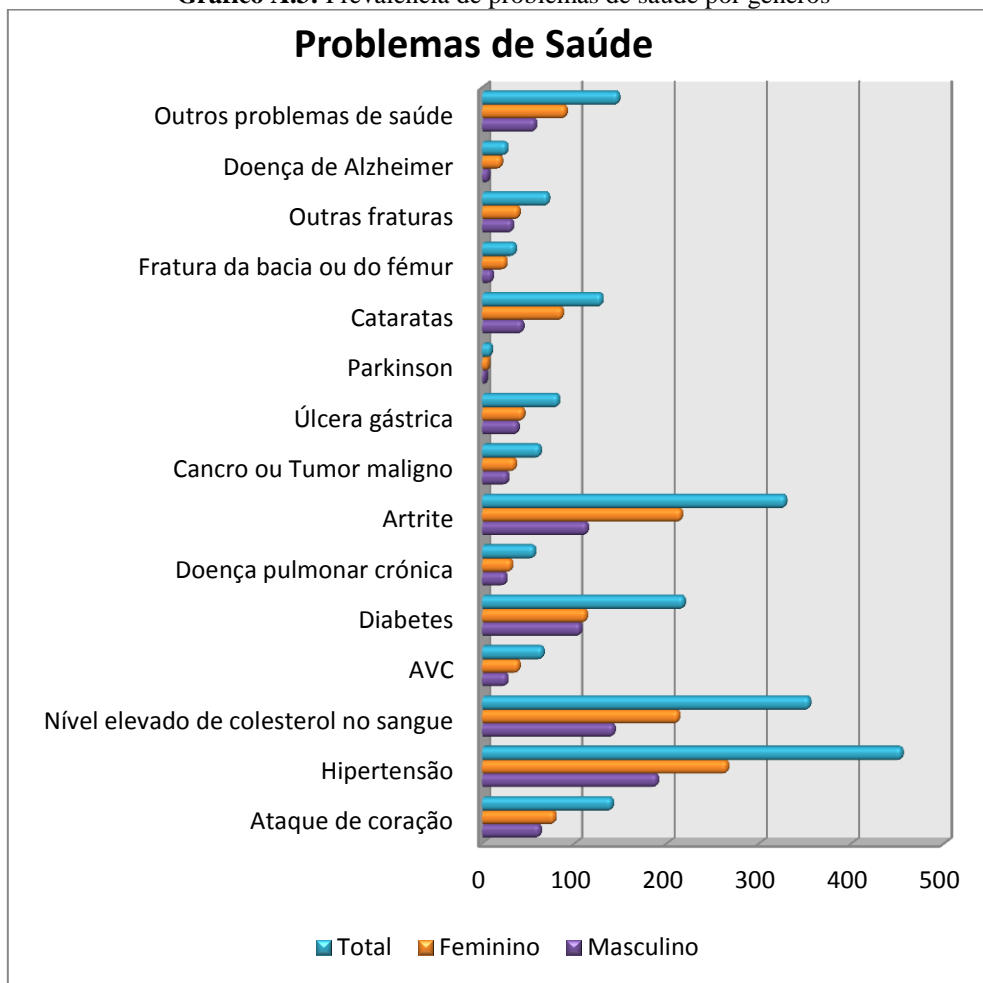


Tabela A.1: Resultados dos testes *Pearson Chi-square* entre as variáveis explicativas e a autoavaliação do estado de saúde

Variável explicativa	<i>Pearson Chi-square</i>	Resultado ^(a)
<i>sexo</i>	<i>Pearson chi2(4) = 19.500</i> <i>Pr = 0.001</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>i65_69</i>	<i>Pearson chi2(4) = 19.500</i> <i>Pr = 0.001</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>i70_74</i>	<i>Pearson chi2(4) = 15.199</i> <i>Pr = 0.004</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>i75_79</i>	<i>Pearson chi2(4) = 12.154</i> <i>Pr = 0.016</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>i80_84</i>	<i>Pearson chi2(4) = 7.314</i> <i>Pr = 0.120</i>	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>i85</i>	<i>Pearson chi2(4) = 6.519</i> <i>Pr = 0.164</i>	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>casado_com</i>	<i>Pearson chi2(4) = 10.743</i> <i>Pr = 0.030</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>união_facto</i>	<i>Pearson chi2(4) = 3.006</i>	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 ,

	$Pr = 0.557$	não há relação entre as variáveis
<i>casado_sem</i>	$Pearson\ chi2(4) = 7.027$ $Pr = 0.134$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>solteiro</i>	$Pearson\ chi2(4) = 3.603$ $Pr = 0.462$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>divorciado</i>	$Pearson\ chi2(4) = 6.777$ $Pr = 0.148$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>viúvo</i>	$Pearson\ chi2(4) = 16.891$ $Pr = 0.002$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>ensino_basico</i>	$Pearson\ chi2(4) = 8.014$ $Pr = 0.091$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>secundario_superior</i>	$Pearson\ chi2(4) = 61.581$ $Pr = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>nenhum_nível</i>	$Pearson\ chi2(4) = 31.140$ $Pr = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>reformado</i>	$Pearson\ chi2(4) = 6.249$ $Pr = 0.181$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>desempregado</i>	$Pearson\ chi2(4) = 3.844$ $Pr = 0.428$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>domestico</i>	$Pearson\ chi2(4) = 7.734$ $Pr = 0.102$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>outra_situa</i>	$Pearson\ chi2(4) = 4.194$ $Pr = 0.380$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>vol_car</i>	$Pearson\ chi2(4) = 8.912$ $Pr = 0.063$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>volinf_netos</i>	$Pearson\ chi2(4) = 7.095$ $Pr = 0.131$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>volinf_assistencia</i>	$Pearson\ chi2(4) = 3.380$ $Pr = 0.496$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>cur_foma</i>	$Pearson\ chi2(4) = 5.464$ $Pr = 0.243$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita a H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>assdesp_soc</i>	$Pearson\ chi2(4) = 44.984$ $Pr = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis
<i>org_rel</i>	$Pearson\ chi2(4) = 1.031$ $Pr = 0.905$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>org_pol</i>	$Pearson\ chi2(4) = 15.191$ $Pr = 0.004$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis
<i>jog_out</i>	$Pearson\ chi2(4) = 28.413$ $Pr = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis
<i>fumar</i>	$Pearson\ chi2(4) = 17.458$ $Pr = 0.002$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>exercício_moderado</i>	$Pearson\ chi2(4) = 29.994$ $Pr = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>sedentarismo</i>	$Pearson\ chi2(4) = 91.505$ $Pr = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>consumo_alcool</i>	$Pearson\ chi2(4) = 10.375$ $Pr = 0.035$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis

<i>desnutrição</i>	<i>Pearson chi2(4) = 3.284 Pr = 0.511</i>	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , não há relação entre as variáveis
<i>eutrofia</i>	<i>Pearson chi2(4) = 23.401 Pr = 0.000</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>obesidade</i>	<i>Pearson chi2(4) = 17.015 Pr = 0.002</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , há relação entre as variáveis
<i>prob_cronic</i>	<i>Pearson chi2(4) = 182.254 Pr = 0.000</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis
<i>muito_limitado</i>	<i>Pearson chi2(4) = 304.494 Pr = 0.000</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis
<i>limitado</i>	<i>Pearson chi2(4) = 77.249 Pr = 0.000</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis
<i>não_limitado</i>	<i>Pearson chi2(4) = 235.865 Pr = 0.000</i>	Como $pr < 0.05$, rejeita-se a H_0 , há relação entre as variáveis

Legenda: ^(a) H_0 : Não há relação entre as variáveis; H_1 : Há relação entre as variáveis

Tabela A.2: Resultados dos testes *One-Way Anova* entre as variáveis explicativas e a autoavaliação do estado de saúde

Variável explicativa	One-Way Anova	Resultado ^(a)
<i>problemas_saúde</i>	Prob > F : 0.000	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes
<i>abvd</i>	Prob > F : 0.000	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes
<i>aivd</i>	Prob > F : 0.000	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes

Legenda: ^(a) H_0 : As médias de satisfação com a vida dos subgrupos são iguais ; H_1 : As médias de satisfação com a vida dos subgrupos são diferentes

Tabela A.3: Resultados dos testes *Two Independent Sample T Test* entre as variáveis explicativas e a satisfação com a vida

Variável explicativa	Two Independent Sample T Test	Resultado ^(a)
<i>sexo</i>	$Pr(T > t) = 0.002$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes
<i>i65_69</i>	$Pr(T > t) = 0.089$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>i70_74</i>	$Pr(T > t) = 0.191$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>i75_79</i>	$Pr(T > t) = 0.018$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes
<i>i80_84</i>	$Pr(T > t) = 0.354$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>i85</i>	$Pr(T > t) = 0.495$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>casado_com</i>	$Pr(T > t) = 0.003$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias

		são diferentes	
<i>união_facto</i>	$\Pr(T > t) = 0.491$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>casado_sem</i>	$\Pr(T > t) = 0.703$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>solteiro</i>	$\Pr(T > t) = 0.127$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>divorciado</i>	$\Pr(T > t) = 0.101$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>viúvo</i>	$\Pr(T > t) = 0.002$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>ensino_basico</i>	$\Pr(T > t) = 0.471$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>secundario_superior</i>	$\Pr(T > t) = 0.002$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>nenhum_nivel</i>	$\Pr(T > t) = 0.007$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>reformado</i>	$\Pr(T > t) = 0.233$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>desempregado</i>	$\Pr(T > t) = 0.139$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>domestico</i>	$\Pr(T > t) = 0.299$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>outra_situa</i>	$\Pr(T > t) = 0.184$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>vol_car</i>	$\Pr(T > t) = 0.009$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>volinf_netos</i>	$\Pr(T > t) = 0.810$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>volinf_assistencia</i>	$\Pr(T > t) = 0.226$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>cur_foma</i>	$\Pr(T > t) = 0.045$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>assdesp_soc</i>	$\Pr(T > t) = 0.058$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>org_rel</i>	$\Pr(T > t) = 0.013$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>org_pol</i>	$\Pr(T > t) = 0.013$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>jog_out</i>	$\Pr(T > t) = 0.016$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes.	
<i>fumar</i>	$\Pr(T > t) = 0.836$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais	
<i>exercício_moderado</i>	$\Pr(T > t) = 0.030$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	
<i>sedentarismo</i>	$\Pr(T > t) = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes	

<i>consumo_alcool</i>	$\Pr(T > t) = 0.004$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes
<i>desnutrição</i>	$\Pr(T > t) = 0.498$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>eutrofia</i>	$\Pr(T > t) = 0.117$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>obesidade</i>	$\Pr(T > t) = 0.230$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>prob_cronic</i>	$\Pr(T > t) = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes.
<i>muito_limitado</i>	$\Pr(T > t) = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes.
<i>limitado</i>	$\Pr(T > t) = 0.758$	Como $pr > 0.05$, não se rejeita H_0 , as médias são iguais
<i>não_limitado</i>	$\Pr(T > t) = 0.000$	Como $pr < 0.05$, rejeita-se H_0 , as médias são diferentes.

Legenda: ^(a) H_0 : As médias de satisfação com a vida dos subgrupos são iguais; H_1 : As médias de satisfação com a vida dos subgrupos são diferentes