

## **Fatores para a melhoria da qualidade de vida dos seniores**

### **1. Envelhecimento e reforma**

Frequentemente quando escrevo ou penso sobre o envelhecimento vêm-me três frases à memória, uma é de Jorge Amado (1912-2001, 89 anos), que numa das suas últimas entrevistas à revista *Veja* em 1997 afirmou que “A velhice é uma porcaria”, outra é da atriz brasileira Tônia Carrero (1922-2018, 95 anos) que em 2004 disse “A velhice é a prova que o inferno existe.” e por fim a outra era da minha mãe (1937-2017, 80 anos), que amiúde dizia entristecida “Já enterrei tanta gente”.

O que estas três pessoas têm em comum é que ultrapassaram os 80 anos e tiveram um envelhecimento ativo até quase ao fim das suas vidas. Estas afirmações vem contradizer um pouco a “vaga” que surgiu nos últimos anos de um *gerontotimismo*, considerando este como “a perceção que é transmitida de que a velhice é a melhor fase de vida e que o envelhecimento é um processo isento de dificuldades, pleno de satisfação”, que advoga e enaltece as maravilhas e potencialidades do envelhecimento, muito associado ao conceito de “envelhecimento ativo”.

O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015).

Na verdade, o envelhecimento é um processo pessoal, gradual e irreversível de declínio e de perdas (pessoais e coletivas), maiores ou menores conforme a sorte e saber do indivíduo. Para uns o envelhecimento será um caminho para a morte, tranquilo e sem grande sofrimento, para outros será um percurso pejado de amargura e dor. Sendo que, se uma parte está entregue aos “deuses” ou ao “destino/sorte” de cada um, uma boa parte da preparação deste caminho está na mão de cada um.

Este percurso é individual e único, ou como refere Rocío Fernandez-Ballesteros, “Quem viu um velho, viu um só velho”, o grupo dos adultos envelhecidos é o mais heterogéneo de todos porque cada indivíduo acumulou um maior número de experiências não-normativas que o afasta e diferencia necessariamente dos outros (Fernández-Ballesteros, 2009) ou Ajuriaguerra,

“Envelhecemos conforme vivemos” (J. Richard, comunicação pessoal, 8 de setembro, 1994), o que remete para o processo dinâmico contínuo de desenvolvimento/envelhecimento, pautado no envelhecimento normal pela consistência e coerência com o que cada um foi no passado, do ponto de vista da sua personalidade, Silva, 2016, p. 4.

À velhice associam-se regularmente muitos males, como por exemplo a solidão, a doença, o isolamento, a pobreza, a incapacidade, a exclusão; pelo que é considerada por muitos como o princípio do fim, sendo, por isso, «(...) temida por aqueles que ainda lá não chegaram e quase sempre mal vivida pelos idosos» (Minois, 1999, p. 13). Contudo tendo em conta os atuais conhecimentos do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida, pode-se dizer que a mudança dessas diferentes capacidades não é unidirecional, nem universal, nem irreversível. Embora algumas capacidades se possam deteriorar, outras mantêm-se e podem inclusive ser enriquecidas.

Segundo Rodrigues E. (2011, p.11), citando Fernández-Ballesteros (2004), as ciências que contribuem para o estudo do envelhecimento colocam em relevo um conjunto de características deste processo:

- A idade não é o único fator determinante dos processos de desenvolvimento, estabilidade e decréscimo, já que a idade interage com circunstâncias históricas, sociais e pessoais.

- Ao longo da vida existem padrões diferenciados de crescimento, estabilidade e decréscimo no conjunto das condições biomédicas, psicológicas, comportamentais e sociais.

- O envelhecimento psicológico não apresenta o mesmo padrão que o envelhecimento biológico.

- Estes padrões de mudança têm uma enorme variabilidade inter-sujeitos: enquanto uns indivíduos experimentam um relativo desenvolvimento, uma breve estabilidade e um acentuado decréscimo, outros apresentam padrões de amplo desenvolvimento, prolongada estabilidade e leve decréscimo.

- Os padrões individuais evolutivos não ocorrem de uma forma aleatória, pois que o indivíduo e a sociedade podem orientar, promover e influenciar as formas de envelhecer.

– Envelhecer é um processo que não tem um início preciso, ocorre ao longo da vida do indivíduo e tem a ver com as condições genéticas, biológicas, sociais e psicológicas. O envelhecimento é, pois, um fenómeno individual, já que a pessoa pode fazer muito para ser agente do seu próprio envelhecimento positivo.

– As condições ambientais, económicas, culturais e sociais, num determinado contexto histórico, também têm influência nas formas de envelhecer. Os países com maior nível económico contam com uma maior esperança de vida e esperança de vida livre de incapacidade, pelo facto de investirem mais nos programas de promoção e prevenção para a saúde. Assim também a sociedade e o contexto sociopolítico desempenham um papel importante neste processo do envelhecimento ativo e com qualidade.

Vamos considerar neste artigo a idade dos 65 anos de idade para definir uma pessoa idosa. Se a idade cronológica ou “governamental” é fácil de estabelecer, quando é que efetivamente nos tornamos velhos? Qual é o momento ou quando, é que nos faz o “clique” e percebemos que estamos na velhice? E se esse momento é nosso ou são os outros que nos indicam esse estado? Mais uma vez cada indivíduo terá o seu momento, numa idade cronológica distinta uns dos outros, de reconhecer que é “velho”.

Esta idade dos 65 anos é ou foi em muitos países a data da reforma (assim é em Portugal para quem tiver 44 anos de desconto e os 66 anos e 5 meses para quem não atingir esse período de descontos) e é, geralmente, atribuída ao chanceler alemão Bismarck (1815-1898). Conta-se que, quando os seus generais o inquiriram sobre a idade a partir da qual os veteranos de guerra que o serviram estariam elegíveis para receber um apoio na velhice, uma pensão, Bismarck perguntou «Com que idade normalmente morrem?» À resposta dada «por volta dos 66 anos», replicou «Então receberão a pensão aos 65».

De salientar que o limite dos 65 anos de idade é usado nos países desenvolvidos, enquanto que, para os países em vias de desenvolvimento, o marco é de 60 anos. Esta diferença deve-se, fundamentalmente, ao facto de a esperança de vida ser mais baixa nestes países.

A reforma é o principal momento que associamos à velhice, momento em que o indivíduo passa do ponto de vista sociológico do status de “trabalhador” para o status de “reformado, aposentado”, pelo lado da economia de “ativo” para

“inativo”, para o estado de “contribuinte” para “beneficiário” e do ponto de vista psicológico de “útil” para “inútil”.

A transição para a reforma vem associada à perda de status, do ambiente, do convívio com os colegas de trabalho, ou mesmo do prazer das atividades inerentes à função, que acabam levando os trabalhadores a retirar-se não só das atividades produtivas, mas também do fluxo coletivo da existência (França, 1999). Estas perdas podem trazer um sentimento de insegurança e confusão, ou uma crise de identidade similar ao que tivemos na adolescência, mas que desencadeia o desenvolvimento e o crescimento psicológico (Erikson, 1997).

Fora desta mudança ficam as domésticas e os trabalhadores agrícolas que pela sua própria natureza tem um processo de transição mais prolongado no tempo, podendo até nunca terminar.

O período da reforma atualmente em Portugal dura em média 16,8 anos, considerando a idade média da reforma os 63,8 anos (Pordata, 2018) e a esperança média de idade 80,6 (Pordata, 2017). Por curiosidade de referir que a data da reforma na Austrália é aos 54 anos e 4 meses, na França aos 60 anos, no Canadá aos 64 anos e 5 meses, nos EUA aos 66 anos, na Islândia aos 68 anos e 5 meses, no Japão aos 69 anos e 5 meses e no país com a idade da reforma mais alta, a Coréia do Sul, é aos 72 anos e 1 mês (Dinheiro Vivo, 2019).

Este período é vivido de forma muito diferente de pessoa para pessoa e tem em consideração diversos fatores de ordem física, social, económica, experiencial e psicológica. A reforma pode ser uma oportunidade para a adoção de um estilo de vida mais saudável, com o aumento de atividades físicas, de lazer, voluntariado, amizades, a intensificação do convívio familiar, e ainda se for o caso de uma atividade laboral a tempos.

França (2004) orientou um estudo com 517 diretores de grandes empresas e instituições no Brasil e na Nova Zelândia sobre as atitudes perante a reforma. As atitudes foram agrupadas em cinco dimensões positivas e quatro negativas, a partir da importância atribuída aos ganhos (vantagens) e às perdas (desvantagens) esperados na transição para a aposentadoria.

Os principais ganhos referidos na reforma foram:

1- Mais tempo para os relacionamentos (cônjuge, filhos, pais, parentes e amigos).

2 - Mais tempo para atividades culturais e de lazer (oportunidade de viajar e lazer; tempo para os *hobbies*, atividades culturais/desportivas; e participar em clubes/associações).

3 - Liberdade do trabalho (não ter mais que representar a empresa; não ter que gerir uma equipa; não ter mais a responsabilidade do trabalho; não ter que trabalhar sob pressão; estar livre de compromissos de horário; e ter mais liberdade para criar).

4 - Novo começo (tempo para realizar trabalho voluntário; realizar um trabalho diferente; dedicar-se à educação e participar em atividades comunitárias).

5 – Investimentos (tempo para dedicar-se aos investimentos financeiros e negócios).

As principais percas referidas na reforma:

1 - Aspetos emocionais do trabalho (compreende a perda dos sentimentos relacionados com o trabalho como os desafios; a liderança; o sentido de pertencer; o poder de decisão; a responsabilidade do trabalho; ter um trabalho competitivo/desafiador; e a criatividade empregue no trabalho).

2 - Aspetos tangíveis do trabalho (compreende perdas mensuráveis como não mais participar dos eventos/festas do trabalho; não ter mais a secretária; perda do status; do ambiente de trabalho, do escritório; perda da oportunidade de viajar em trabalho; das reuniões e contactos com clientes; de estar ocupado; e a perda da rotina do trabalho).

3 - Relacionamentos no trabalho (com a equipa, clientes e com os colegas).

4 - Benefícios e compensações do trabalho. Esta dimensão abrange duas perdas, os salários e os benefícios.

O planeamento adequado da reforma é um fator que pode contribuir para melhorar o sucesso do idoso na face da reforma, como continuidade do projeto de vida, e devia ser estimulado nas empresas e organizações, até para minimizar estas percas.

A realização de programa de preparação para a reforma deve incluir a preparação de equipas interdisciplinares, a inserção de facilitadores/moderadores, a sensibilização, a realização de diagnósticos

(mediante entrevistas, questionários e *focus groups*), a implantação do programa, o acompanhamento e as avaliações periódicas.

Um bom programa de preparação para a reforma deve conter duas fases: uma com conteúdos informativos e outra com conteúdos formativos que poderão ser definidos de acordo com o tipo de pré-reformados a quem o grupo se destina. A fase informativa pode ser feita por meio de *websites*, *newsletter* da organização, realização de cursos, palestras ou seminários com temas sobre a promoção da saúde; o voluntariado; a abordagem dos aspetos psicossociais da reforma; hábitos alimentares; gestão do tempo, os relacionamentos afetivos, familiares e sociais; as atividades artístico-culturais; o desporto, atividades físicas e de lazer; literacia financeira e de investimentos.

Durante a fase formativa que tem por objetivo o desenvolvimento de grupos de reflexão ou sessões individuais, a prioridade é a elaboração do projeto de vida pessoal do futuro reformado. Neste momento seria recomendável a participação da família, ou pelo menos da parceira/parceiro.

Nesta fase, é interessante contar com a participação de convidados reformados bem-sucedidos. O trabalhador deve ser estimulado a equilibrar o tempo de vida e o trabalho assim que entra na organização, bem como a planear financeiramente o futuro, construindo um projeto de vida. “A iniciativa, a persistência, e a responsabilidade diante do próprio futuro são aspetos primordiais para o sucesso na reforma, e devem ser incentivados no projeto de vida. Este projeto deverá ser construído paulatinamente durante o programa, com o apoio de um facilitador, prevendo-se ajustes a serem inseridos durante e após o momento da reforma”, França (2011, p. 202)

O ideal seria estes programas começarem 1 ano antes da idade prevista da reforma e terem avaliações periódicas durante mais dois anos. A primeira avaliação deve ser realizada nos seis meses após o início da reforma, cujo objetivo é o de avaliar com o reformado o projeto de vida desenvolvido até à data, sendo estudados os principais resultados, acertos e as reformulações necessárias.

Sabemos que quanto mais tempo a pessoa tem para se preparar para a reforma, melhor, e que os casos em que a reforma surge inesperadamente por falência da empresa, programas de pré-reforma ou despedimentos, são mais

difíceis de aceitar pela pessoa e esta tem menos capacidade de adaptação à nova realidade.

Em Portugal a realização destes programas ainda é muito incipiente, contando-se apenas meia dúzia de iniciativas deste género. Das quais destaco as realizadas pelo Banco de Portugal, Tintas Barbot e o trabalho desenvolvido por Susana Schmitz com o projecto R ([www.projecto.r.pt](http://www.projecto.r.pt)).

## **2 – Qualidade de vida e envelhecimento ativo**

Como referido anteriormente o envelhecimento é um processo gradual e pessoal, que cada indivíduo experiencia de forma diferente e única. Para uns a ideia de reforma está muito associada ao descanso que tem direito depois de uma vida de trabalho, para outros a velhice é mais um período da vida para usufruir com quem gosta e com o que se gosta e for fim uma maioria desconhece o que vai fazer nesta fase.

Com este envelhecimento da população, quer em números absolutos de pessoas quer no aumento dos anos de vida disponíveis, surgiram novos conceitos como “o envelhecimento ativo” ou “envelhecimento bem-sucedido” e mais preocupações com o ocupar dos anos e com a qualidade de vida destes, cada vez mais, idosos.

Este conceito de qualidade de vida foi referenciado pela primeira vez em 1920 num livro sobre economia e bem-estar material (Fraguelli, 2008). Na literatura médica, há indícios que o termo surgiu já na década de 30 (Seidl e Zannon, 2004). Segundo Fraguelli (2008) o conceito acabou por sofrer uma significativa mudança após a II Guerra Mundial, (Azevedo, 2015, p. 39).

Para Nucci (2003), o termo Qualidade de Vida foi usado pela primeira vez pela Commission on National Goals. Isto contradiz, entretanto, dados do site da Divisão de Saúde Mental da OMS onde se lê: “A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964...”

Outro dos primeiros autores a produzir um conceito sobre a Qualidade de Vida foi Lawton em 1991, que entendia esta como um conjunto de apreciações que o sujeito faz sobre cada um dos domínios importantes da sua vida atual. Mais tarde, refez esta definição designando-a como a “valorização multidimensional, tanto com critérios interpessoais ou subjetivos como socio-

normativos ou objetivos do sistema pessoa-ambiente relativamente ao passado, presente e futuro” (Lawton, 1991). Já Bowling (2001) considera a qualidade de vida com o “Nível ótimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepções da saúde, bom nível de condição física e satisfação com a vida e bem-estar”.

Llobet *et al.* (2011) corroboram que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspetos objetivos da vida; atualmente, os aspetos subjetivos são considerados essenciais (Llobet *et al.*, 2011).

Autores há que indicam que o termo é muito mais antigo, fazendo referência ao tempo de Aristóteles, quando este fala da “boa vida” ou “vida eudemónica (a que está de acordo com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo). Moreira (2001, p. 12-13), citado por Roldão (2009, p. 69) lembra Comenius, que viveu entre os 1592 e 1670 e que na sua obra *Didática Magna* relaciona saúde, higiene e educação como fundamentos para o prolongamento da vida, já apresentando, esta ideia de “qualidade de vida”.

Segundo este autor, essa ideia apresenta-se em Comenius de uma forma bastante apropriada, pois afirma que prolongar a vida está relacionado ao sentido do uso ou utilização que fazemos da vida. Assim, se soubermos fazer bom uso da vida, ela será longa ou suficiente; ao contrário, se a gastarmos de forma perdulária, será curta ou insuficiente.

Como observamos este conceito não é único e tem recebido uma variedade de significados ao longo dos anos, variado de indivíduo para indivíduo e de instituição para instituição. Estes autores referem ainda que, atualmente, é consensual que este conceito tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

Independentemente da autoria do conceito, só na década de 1960 é que o conceito começou a atrair o interesse dos investigadores.

Para este caso citamos o conceito da OMS (1999) que definiu a qualidade de vida como “sendo a percepção que os indivíduos têm das suas posições na vida, no contexto cultural e no sistema de valores nos quais eles se inserem. Salienta, ainda, a importância dos objetivos de vida, das expectativas criadas, dos padrões de pensamento e das percepções.”



Posteriormente iremos ver quais os fatores que associam a qualidade de vida ao envelhecimento, centrando-nos por agora na noção de “envelhecimento ativo” por estar relacionado.

Referirmos que o primeiro termo a ser utilizado para definir esta situação foi o “envelhecimento saudável” que se referia ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal era o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (OMS, 2015).

Este conceito foi sendo substituído nos finais dos anos 90 pelo termo de “Envelhecimento ativo” «por se reconhecer, além dos cuidados de saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem» (Kalache e Kickbusch, 1997 in 1997 in OMS, 2002, p. 13).

“A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população” (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011; Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004; World Health Organization, 1999, 2002, 2012, 2015d)”, ENEAS (2017, p. 8).

Podemos analisar este termo de vários prismas, pela saúde, pela economia, pela sociologia ou pela psicologia. Na área da saúde, a OMS, definiu o termo «Envelhecimento Ativo», como «o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.» OMS (2002, p. 23). O termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. Estabelece ainda os fatores que determinam o envelhecimento ativo, salvaguardando, no entanto, que, tratando-se de um novo conceito, ainda não existe investigação suficiente que permita

afirmar com certeza que os fatores que determinam o envelhecimento ativo são: económicos; sociais; ambiente físico; pessoais (biológicos e psicológicos); comportamentais (estilos de vida); serviços de saúde e sociais e ainda o género e a cultura.

Neste caso o objetivo do envelhecimento ativo é «aumentar a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados» (*idem*). No entanto, como sublinha o documento da OMS, «ativo» não se fecha na saúde e refere-se igualmente à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho» (*idem*).

De referir que muitos autores, inclusive este autor, preferem utilizar o termo de “envelhecimento bem-sucedido” ao invés de “envelhecimento ativo”, sendo que uma das razões apontadas por este autor é a própria noção de ativo. Podemos considerar que um idoso que adote um envelhecimento passivo, baseado no ócio e na “preguiça” dificilmente poderia ser considerado alvo de um envelhecimento “ativo”, mas pode vivenciar perfeitamente um “envelhecimento bem-sucedido” se essa for a sua vontade e a sua maneira de viver a vida. Do mesmo modo que um idoso por motivo de doença esteja incapacitado de “ser ativo” pode sentir um envelhecimento bem-sucedido.

Idêntico ao significado de envelhecimento “bem-sucedido” existe o envelhecimento com êxito, ótimo ou êxitos. Existe ainda o modelo complementar aos anteriores do “envelhecimento consciente” (Moody, 2005) abrangendo a dimensão espiritual e a percepção da finitude da vida, no rumo à transcendência e um caminho de ambientação perante as alterações negativas próprias do envelhecimento ou, como iremos indicar o “envelhecimento produtivo”. São diferentes nomenclaturas, reveja-se o artigo de Ana Bowling de 2007 onde esta autora faz uma revisão desses termos, para o mesmo conceito.

“As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes (OMS, 2002). A família,

a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013)”, ENEAS, 2017, p. 9.

O modelo individual de envelhecimento ativo, referido anteriormente, apoia-se nas investigações de estudos longitudinais e indica quatro grupos de fatores: 1) alto funcionamento físico; 2) alto funcionamento cognitivo; 3) baixa probabilidade de adoecer e de incapacidade associada); 4) compromisso com a vida.

Pode concluir-se que qualquer programa que pretenda incrementar o envelhecimento bem-sucedido deverá prevenir a doença e a *incapacidade* associada, otimizar o funcionamento psicológico e em especial o funcionamento cognitivo, o ajuste físico e maximizar o compromisso com a vida, o que implica a participação social, Rodrigues E. (2011, p. 16).

Do ponto de vista económico e se observarmos as políticas de emprego, adotadas pela Comissão Europeia na sua Estratégia de Emprego para os Estados Membros, a noção de «envelhecimento ativo» refere-se à manutenção dos indivíduos no mercado de trabalho durante o maior tempo possível, a lógica económica e de mercado. Este objetivo visa responder à «...necessidade de reduzir os efeitos económicos e sociais das atuais tendências demográficas nos sistemas de segurança social e nos mercados de trabalho nacionais, quer no que se refere ao desequilíbrio entre ativos (contribuintes) e inativos (pensionistas) quer no que diz respeito ao envelhecimento da população ativa» (Pestana, 2003, p. 7).

Neste contexto surge o termo de “envelhecimento produtivo” associado a qualquer atividade, remunerada, desempenhada por uma pessoa idosa na produção de bens e serviços, assim como na sua comercialização. Este conceito coloca mais claramente o envelhecimento produtivo no espaço da sociedade, deixando de lado a possibilidade de que as ações que uma pessoa idosa efetua para seu próprio benefício e cuidado sejam também produtivas Bass, Caro e Chen (1993, p. 6). De certo modo há um imperativo, num mundo a envelhecer, o de tornar o envelhecimento um envelhecimento produtivo (Rowe & Kahn, 1997).

Bass, Caro e Chen (1993, p. 6) afirmam que o verdadeiro interesse do envelhecimento produtivo e o que a distancia dos outros envelhecimentos (*envelhecimento com êxito, envelhecimento saudável, envelhecimento ativo,*

*envelhecimento bem-sucedido*) é o realce no impacto que as atividades realizadas pelas pessoas idosas podem ter sobre as condições sociais e económicas, a criação de riqueza e o bem comum.

Implícita à noção de envelhecimento bem-sucedido na ótica das políticas de emprego e sociais está a ideia de que o envelhecimento é um processo contínuo, e que por isso as estratégias devem, por um lado, potenciar as capacidades dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e, por outro, devem aproveitar as valias de todas as pessoas em todas as idades. Daqui decorre, que todos nós, enquanto sociedade e enquanto indivíduos, temos responsabilidades para que o processo de envelhecimento aconteça de forma ativa, sendo, para isso, necessário que estejamos conscientes das suas alterações biopsicossociais e de quais as melhores estratégias para as contornar, António, 2011. pp. 7-8.

Segundo Fonseca (2005) o envelhecimento bem-sucedido consiste num mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice e do ambiente. Aponta três eixos cruciais: (a) determinar o significado do que é envelhecer com sucesso; (b) determinar o que cada indivíduo deve fazer para que envelheça da melhor forma; (c) quais as mudanças necessárias para que seja possível que todas as pessoas envelheçam com sucesso.

Para Pocinho (2014, p. 35), “recentemente, a literatura sobre o envelhecimento bem-sucedido viu a introdução de novas questões basilares, novas ideias que permitiram o emergir de outros fatores, como o conceito de resiliência, o vigor mental, espiritualidade positiva e a saúde emocional (Crowther et al., 2002; Rakowski et al., 2003, citado em Ferrario et al., 2008 Hendrie et al., 2006). A saúde emocional, para além da ausência de doenças mentais, refere-se também à presença de inteligência emocional e da capacidade que os indivíduos têm em autorregular as suas próprias emoções. Se atendermos ao termo da inteligência emocional, referimo-nos à capacidade das pessoas identificarem e manifestarem emoções de uma forma construtiva. Encontra-se relacionado com o envelhecimento bem-sucedido na medida em que as pessoas idosas precisam de saber lidar com as adversidades que vão surgindo ao longo desta fase e, portanto, ultrapassá-las da melhor forma.”

Como vimos ao longo da vida desenvolvemo-nos e, simultaneamente, envelhecemos. Para Silva, (2016, p. 4) isso significa que o envelhecimento não

se limita ao que ocorre na chamada velhice, que foi considerada como tendo o seu início aos 65 anos, mas que acompanha todo o processo evolutivo desde que nascemos. A própria definição proposta para o desenvolvimento — alterações ocorridas no corpo e no comportamento ao longo de toda a vida, desde o nascimento até à morte — remete para dois processos que se acompanham, dinâmicos, progressivos, que comportam ganhos e perdas, em todas as idades, muito embora o balanço/equilíbrio entre ganhos e perdas seja mais favorável a estas últimas no final da vida.

“A perspetiva atual é de *“life span”*, chamando a atenção para que se pretendermos compreender um adulto mais envelhecido teremos que ter em conta o seu percurso de vida até ao momento em que o observamos, o que remete para uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociais, contextuais. Cada um de nós reflete o impacto dessas variáveis, as oportunidades ou a falta delas no curso das nossas vidas, os momentos históricos contemporâneos de cada uma das nossas fases da vida, obviamente com impacto diversificado consoante a idade que temos aquando da sua ocorrência, e as escolhas e gestão que fomos realizando a partir das experiências que fomos tendo (VandenBos, 1998).” Silva, 2016, p. 3.

Em Portugal, foi criado pelo Despacho nº12427/2016 o Grupo de Trabalho Interministerial que elaborou a Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável (ENEAS), 2017-2025, cujo um dos objetivos é “a continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável,” (ENEAS, 2017, p. 6).

Entendendo os conceitos de qualidade de vida e envelhecimento ativo, quais são os fatores que influenciam a melhoria da qualidade de vida dos seniores?

### **3 - Fatores para a melhoria da qualidade de vida dos seniores**

Consoante os autores, vamos encontrar diferentes perspetivas para o que influencia a qualidade de vida dos seniores e o que promove o envelhecimento bem-sucedido. Mormente, os fatores principais serem de concordância dos

principais autores, estes distinguem-se pela importância que atribuem a cada um dos fatores.

Reforçamos que estes fatores têm uma forte componente pessoal e o que é relevante para um idoso no seu conceito de qualidade de vida pode ser totalmente irrelevante para outro, assim como que este conceito é subjetivo e baseado na percepção que o indivíduo tem sobre a sua vida e do que o rodeia.

Ribeiro (1998) salienta que é fundamental que a consciencialização de que a qualidade de vida não significa a inexistência de doença ou de declínio físico na vida das pessoas, que esta se manifesta ao nível do bem-estar e da funcionalidade e que é um processo dinâmico, manifestando-se, por isso, ao nível físico, psicológico, social e ambiental.

Recordando as necessidades básicas do ser humano recorreremos à pirâmide (Figura 1) de Abraham Maslow (1908-1970), este psicólogo norte-americano definiu cinco categorias de necessidades humanas: fisiológicas, segurança, afeto, estima e as de autorrealização. Esta teoria é representada por uma pirâmide onde na base se encontram as necessidades mais básicas pois estas estão diretamente relacionadas com a sobrevivência. Segundo Maslow, um indivíduo só sente o desejo de satisfazer a necessidade de um próximo estágio se a do nível anterior estiver sanada, portanto, a motivação para realizar estes desejos vem de forma gradual.

Assim também no envelhecimento, é de esperar que os fatores mais determinantes para a qualidade de vida estejam na base da pirâmide.



Figura 1: Pirâmide das necessidades humanas

adaptado de Abraham Maslow

Mais recentemente Sears (1999, p. 140), mencionado por Rodrigues E. (2011, p. 14), elaborou a pirâmide de intervenções anti-envelhecimento (Figura 2) que se apresenta na figura que se segue, tem por base aquele que considerou o componente mais importante de qualquer estilo de vida anti-envelhecimento e de envelhecimento bem-sucedido: uma dieta de restrição calórica com níveis adequados de proteínas e pouca gordura, quantidades abundantes de vegetais frescos e quantidades moderadas de fruta fresca em cada refeição.

O próximo passo do Estilo de Vida Anti-envelhecimento é o exercício moderado mas consistente, já que o exercício de níveis de intensidade mais altos leva ao aumento da formação de radicais livres e de cortisol, recordemos as palavras de Ronald M. Davis, presidente da American Medical Association entre 2006 e 2007 que afirmou que “se existisse um fármaco que contivesse todos os benefícios do exercício, seria a droga mais prescrita a nível mundial<sup>1</sup>. O topo da pirâmide tem a ver com a redução do *stress*, através da meditação. A meditação pode ter profundos efeitos hormonais, principalmente sobre os níveis de cortisol.



Figura 2- Pirâmide do Estilo de Vida Anti-envelhecimento.

Fonte: Adaptado de Sears, Barry (1999)

---

<sup>1</sup> No original "If we had a pill that contained all the benefits of exercise, it would be the most widely prescribed drug in the world." Ronald M. Davis, MD, former President of the American Medical Association in <http://www.60plusfitness.com/services.html>

Para Zaidi (2014), as três componentes basilares no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas são a saúde, o suporte e integração sociais e o bem-estar financeiro. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações que surgem no percurso de vida, nomeadamente, a reforma, a perda de um emprego, a viuvez, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima, a migração, entre outras.

Por Pocinho (2014, pp. 44-50):

- Neri (2001), refere que muitos autores associam a qualidade de vida ao nível de satisfação com a vida que depende de vários fatores, tais como os hábitos de vida, a atividade física, o bem-estar, as condições do meio onde se habita, a qualidade do relacionamento familiar, a qualidade das relações sociais e de suporte.

- Donald (1997, citado em Jacob, 2007) a qualidade de vida é definida a partir de cinco características essenciais que, segundo o autor, se devem encontrar não só nas pessoas idosas, mas também nos profissionais que trabalham junto desta população. Assim refere a necessidade de se verificar (a) um bem-estar físico, (b) relações interpessoais (família, amigos e participação na comunidade) positivas, (c) um desenvolvimento pessoal, (d) prática de atividades espirituais, (e) prática de atividades recreativas.

- Pimentel (2001) a questão da saúde física é de grande importância quando se fala em qualidade de vida, não menosprezando outros fatores como as dimensões psicológica e social da vida dos indivíduos.

- Wakler (2004) propõe uma descrição em que considera algumas dimensões: (a) saúde física e mental; (b) emprego e aposentação; (c) habitação; (d) rede social e familiar. Relativamente à saúde física e mental, há que diferenciar o que é a valorização objetiva, a existência de doenças crónicas por exemplo, e a perceção que as pessoas idosas têm. Uma pessoa idosa pode ter uma doença crónica e julgar-se mais debilitado do que realmente está.

- Keister e Blixen (1998) defendem que a qualidade de vida deve ser encarada como multidimensional, englobando a avaliação que a pessoa idosa faz das dimensões da sua vida: biológica, psicológica, interpessoal, social, económica e cultural. Adicionalmente, refere que os fatores políticos, sociais e



económicos também influenciam a forma como se percebe a qualidade de vida.

- Bosworth & Schaie, 1997, citado em Paúl & Fonseca, 2005; Bowling, Banister & Sutton, 2003; Krause, 1997; Krause, 2001) referem que ter uma boa vizinhança, um sentimento de segurança na zona onde reside, o acesso aos transportes públicos, a serviços públicos e comerciais são outros fatores preponderantes. A rede familiar, as relações pessoais e de apoio são fundamentais para a percepção de qualidade de vida durante o envelhecimento. Nestas relações sociais, a pessoa idosa sente um sentimento de proximidade, de significado emocional, o sentido de pertença e união que é fundamental para o bem-estar dos idosos.

- Paúl e Fonseca (2005) realizaram um estudo em Portugal com o objetivo de analisar a qualidade de vida das pessoas idosas em contexto rural. Verificaram que (a) a qualidade de vida física varia com as atividades de vida diária; (b) a qualidade de vida psicológica varia consoante determinados fatores: variáveis sociodemográficas, género, estado civil, nível de escolaridade, nível socioeconómico. Adicionalmente, efetuaram um estudo sobre a qualidade de vida das pessoas idosas em contexto urbano e compararam os resultados. Concluíram que as pessoas idosas em meios urbanos apresentam atitudes mais negativas relativamente ao envelhecimento, ainda que tenham um maior acesso aos cuidados de saúde, a serviços públicos e comerciais, e uma maior estimulação cultural.

- Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) efetuaram um estudo de forma a compreenderem quais os aspetos que as pessoas idosas consideram importantes para a percepção de qualidade de vida. Os resultados indicaram que as pessoas idosas referiram a importância de um bom relacionamento familiar, com amigos e da participação em organizações sociais (49%); o estado de saúde (38,9%), os hábitos saudáveis, o sentimento de bem-estar, de alegria e amor (34,25%); boas condições financeiras (28,5%); espiritualidade (8,22%); realização profissional (6,3%); a prática de trabalhos voluntários (4,93%) e, por fim, o poderem aprender mais (4,11%).

- Farquhar (1995), relativamente aos fatores que determinavam uma percepção de qualidade de vida positiva, as pessoas idosas destacaram os seguintes fatores, pela ordem de preferência: (1) contacto social; (2)

saúde/mobilidade/habilidade; (3) circunstâncias materiais e (4) atividades. No que diz respeito às percepções negativas as pessoas idosas referem a desesperança, a doença, a infelicidade e o desejo de serem mais jovens como fatores que contribuem para uma pior qualidade de vida. Por sua vez, fatores como a família, atividades, contactos sociais, saúde e as circunstâncias materiais são, segundo estes participantes, fatores que melhorariam as suas qualidades de vida.

- Queiroz e Papaléo Netto (2007), os resultados dos seus estudos mostram que existem aspetos de qualidade de vida que são notados em todos os grupos (de idosos), como a saúde, a sociabilidade, o suporte pessoal, a atividade física, a possibilidade de dar suporte e apoio e o sentimento de utilidade.

- Rodrigues (2007) indica que a qualidade de vida deve ser compreendida a partir de três dimensões: (a) “Ter” (*having*), que inclui objetivos como condições de saúde, nutrição, habitação, salário, educação, emprego, entre outros; (b) “Amar” (*loving*), que inclui os relacionamentos sociais e os aspetos afetivos; (c) “Ser” (*being*), que engloba as exigências subjetivas (e.g. autorrealização, autoestima).

Referenciado ainda outros autores e estudos (Rodrigues, E., 2011, p. 18):

- Havighurst e Albrecht (1953) na edição *Older people* referenciam que a teoria da atividade, por eles formulada, fundamenta-se na ideia que o indivíduo alcança uma velhice satisfatória quando descobre e realiza novos papéis ou continua com os que vinha a desempenhar (Atchley (1980), citado por Motte Celia, Alexis e Moñoz Tortosa, 2002). os autores concluíram que as pessoas idosas que são mais ativas vivenciam a sua velhice com maior adaptação e bem-estar.

- Burgess (1954), Tobin e Neugarten (1961) e Palmore (1968), através de um estudo longitudinal onde se comprovou que a redução de atividades e papéis está associada a uma diminuição de satisfação de vida das pessoas idosas (Motte Celia, Alexis, M. e Moñoz Tortosa, Juan (2002)).

- Tartler (1961), citado por Atchley (1980), reforça esta mesma ideia afirmando que a satisfação da vida se prende com os papéis familiares, laborais, sociais, etc., de forma que quanto mais papéis a pessoa idosa tiver maior será a sua autoestima e satisfação, reforçando a ideia que só é feliz quem se sente útil.

De acordo com a maioria dos autores (Maddox y Eisdorfer (1962); Reichard, Livson y Peterson (1962); Maddox (1963 y 1968); Atchley (1977); Longino y Kart (1982)), citados por Yuste Rossell, N. (2004)), parece que a melhor forma de envelhecer radica em adquirir novos papéis ou manter os anteriores.

Esta teoria tem como princípios básicos:

- A satisfação da vida vincula-se a papéis familiares, sociais e laborais;
- A satisfação está vinculada com o tipo de atividade.
- Ao prolongar a atividade prolonga-se a idade adulta e a meia-idade;
- É preciso valorizar a idade e atribuir ao idoso papéis apreciados

socialmente;

- A atividade depende do estado de ânimo;

Para estes autores é de evidenciar que a adaptação dos indivíduos e a qualidade das atividades têm mais importância que a quantidade e que esta teoria só é válida para os idosos com meios económicos suficientes.

Dumazedier, 2001; Simões, 2006; Ventosa, 2006; Cuenca Cabeza, 2004; Osório, 2008; Pinto, 2008) são autores que entendem a educação com um fator determinante de um envelhecimento bem sucedido (sendo hoje consensualmente aceite que «a plasticidade cognitiva persiste apesar do avançar da idade» (Lemaire e Bherer, 2012, p. 430) continuando a ser possível aprender e desenvolver mecanismos favorecedores de uma melhor adaptação e/ou transformação das condições de vida (citados por Antunes, 2015, p. 194).

Mais estudos indicam que os elementos principais que suportam melhoria da qualidade de vida são a participação social, a saúde numa visão global e a segurança social. De acordo com Krause (2001, 1999 citado por Fonseca, 2005) o aspeto mais determinante é a existência de redes de suporte social. Contudo, para Baltes e Carstensen (1996, 1999, citado por Fonseca, 2005) são essenciais os fatores psicossociais, a saúde física, as capacidades funcionais e estilo de vida, e as condições biofísicas e condições sociais.

Para Paúl (2005) temos que adicionar as particularidades do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais. A importância do papel das redes sociais no processo de envelhecimento deve-se ao seu efeito protetor de evitar o stress gerando o “efeito almofada”, que amortece o stress associado ao envelhecimento.

E Jacob (2011, p. 232), desperta para “os quatro fatores essenciais para se ter uma boa qualidade de vida, em qualquer idade:

- Manter a autonomia, conviver com outras pessoas, garantir algum desafio económico e realizar atividades lúdicas e úteis.”

Pensando nas variantes contacto social, valorização pessoal e realização de atividades regulares de salientar o impacto que as universidades seniores (US) podem ter. “Todos os alunos das US fazem alusão ao contributo destas para o seu bem-estar bem como a manutenção do mesmo. Machado e Medina (2013) nos seus estudos referem que a permanência dos seniores nestas instituições educativas também contribui para o seu bem estar físico, psicológico, emocional e cognitivo-mental, bem como para a realização pessoal. Sem esquecer que estas instituições promovem a sociabilidade, bem-estar e a realização pessoal de quem as frequenta, bem como uma perceção otimizada de si próprio, do seu papel social e do envelhecimento” (Machado & Medina, 2013b, p.151), por Almeida, A, Mendes,L. e Castro, L. (2017), p. 120.

A participação ativa por parte dos idosos nas US promove a criação de autênticas redes sociais que têm um efeito comprovado no bem-estar psicológico e satisfação de vida. Estudos realizados na área apontam para uma associação positiva entre as redes sociais e as competências dos Idosos (Paúl, 2005).

### **Conclusão:**

Podemos indicar que os fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos seniores e a promoção do envelhecimento bem-sucedido são vários e de várias ordens.

Há fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, os internos relacionados com as opções que fez ao longo da vida, aos hábitos de vida que teve/tem; com a capacidade mental que possui e/ou desenvolveu (iniciativa, otimismo, ansiedade, resistência ao stress, resiliência, etc.); com quem escolhe/eu viver; as redes sociais que construiu, «O indivíduo é um agente do seu próprio processo de envelhecimento, e a capacidade para envelhecer bem –saudável e ativo– depende de certa forma das decisões tomadas [...] e [do] repertório

de comportamento aprendido ao longo da vida» (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker e Kalache, 2013, p. 1).

Os externos são referentes a acontecimentos que o indivíduo não controla/ou, a sua própria genética; a acidentes; a doenças; ao meio onde esteve inserido; à família e “azares” e “sortes” que teve na vida.

Dos fatores já mencionados:

- Recursos financeiros (considerados não como riqueza, mas como tendo o dinheiro necessário para as despesas diárias e inesperadas, bem como para algumas supérfluas).

- Hábitos de vida (considerando a alimentação, o consumo de tabaco, álcool ou fármacos, comportamentos de risco e o exercício físico).

- Atividades de Lazer e Sociais (considerando a realização de atividades de ócio, laborais, lazer, culturais ou turísticas, que ocupem de uma forma satisfatória parte do dia a dia do idoso, individualmente ou com pares).

- Fatores psicológicos (considerando a capacidade que a pessoa tem de resistir as dificuldades diárias e às perdas e lutos, de fazer a gestão das suas emoções, de manter o otimismo e a resiliência, de conseguir manter-se ágil cognitivamente e de resistir aos sentimentos mais profundos de tristeza, solidão, desapontamento e desilusão consigo e com os outros).

- Saúde E autonomia (considerando estes com a manutenção de um estado de saúde físico e mental aceitável que permita á pessoa fazer as suas atividades de vida diária sem necessitar de ajuda de terceiros e que lhe possibilite deslocar-se livremente para onde quiser).

- Companhia E redes sociais (considerando a presença frequente da família e amigos, a participação social, comunitária e política, a frequência de grupos, igrejas, escolas e coletividades, a ida ao café, a festas e a acontecimentos sociais e coletivos. Estas redes de suporte social podem ser qualificadas como “teias” de relações sociais, que envolvem o indivíduo, ou como grupos de pessoas com quem existe contacto ou alguma forma de participação social). Ver Figura 3.



Figura 3 – Fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos seniores

De todos estes seis fatores são os dois últimos que assumem uma maior relevância, analisando os vários autores e estudos realizados.

- A saúde e autonomia física/mental, associada à liberdade individual, e a companhia da família/amigos e a consequente manutenção das redes sociais são as variáveis que mais contribuem para a qualidade de vida dos idosos.

Em relação a este último ponto é de destacar a importância crescente que é dada á solidão, considerada cada vez mais como uma doença que mata ou até uma “epidemia” entre os idosos. Estas circunstâncias (envelhecimento) levam, com assiduidade, a experiências de solidão. Está presente em todas as idades da vida, mas o seu impacto na velhice, pode ser diferente e maior, e na perspectiva de Moody (2002, 2005) traduzir-se num desejo profundo de se sentir entendido e compreendido, mesmo sem palavras, na sua própria especificidade. A ausência de outros, e a impossibilidade (física ou eterna) de chegar até eles, podem causar uma dor extremamente profunda, assim como olhar para o que se perdeu, e admiti-lo como irrecuperável, tudo isto aumenta o sentimento de solidão. É muito importante que o idoso não caia numa autorreclusão, se feche num ciclo de solidão, que só agrava o seu estado de isolamento e apatia.

Assim deve-se ter em consideração estes seis fatores quando se preparam planos para um envelhecimento bem-sucedido com o intuito de aumentar a qualidade de vida dos mais velhos.

## Bibliografia

- Almeida, A, Mendes,L. e Castro, L. (2017), Educação na terceira idade: contribuição das utis na qualidade de vida dos seus frequentadores, internet latent corpus journal, vol. 7 N. 1, ISSN 1647-7308
- Antunes m. (2015), Educar para um envelhecimento bem sucedido: reflexões e propostas de ação. ISSN: 1130-3743 - ISSN electrónico: 2386-5660. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu20152721852>
- Atchley, R.C. (1980), *The social forces in later life: An introduction to Social Gerontology*, 3.<sup>a</sup>edição. Belmont (CA): Wadsworth.
- Azevedo, M. (2015), p. 39 O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa
- Bass, S. A.; Caro, F. G. e Chen, Y. P., eds. (1993) - *Achieving a productive aging society*. Westport. Auburn House.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales* (2a ed.). Buckingham: Open University Press.
- BOWLING, A. (2007), *Aspirations for the older age in the 21st century: What is successful aging? International Journal of Aging and Human Development*. 64, , 263-297.
- Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed: A review*. (Versão extendida). Nova Iorque: W. W. Norton & Company.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.

- França, L. H. (1999). «Preparação para aposentadoria: desafios a enfrentar», in R. P. Veras (ed.) *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição* (pp. 11-34). Rio de Janeiro, BR: Editora Relume-Dumará/Unati/UERJ.
- França, L. H. (2004). *Attitudes towards retirement: a cross-cultural study between New Zealand and Brazilian executives*. Auckland, 456 p. Tese de Doutorado em Psicologia Social, Departamento de Psicologia, The University of Auckland, New Zealand.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In Birren, J., Lubben, J., Rowe, J. & Deutchmann D. (Eds.). *The concept and measurement of quality*.
- LOBLET, Montserrat [et al.] - Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Em linha], 2011, vol. 19, nº 3, p. 467-475. [Acedido em 04/10/2019]. Disponível na Internet: <URL:[http:// www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04)>.
- Minois, George (1999). *História da Velhice no Ocidente*. Lisboa: Teorema.
- MOODY, Harry, (2005), *From successful aging to conscious aging*. In M. L. Wyle, P. J. Whitehouse, & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span* (pp. 55-68). New York, Springer Publishing, 2005.
- Nucci, N. A. G. *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*. 225 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo, 2003.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento Activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15,275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal - psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, Nuno Nóbrega (2003). *Trabalhadores Mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais*. Lisboa: MSST/DGERT.



- Pocinho, R. (2014). Seniores em contexto de aprendizagem: caracterização e efeitos psicológicos nos alunos das Universidades Seniores em Portugal
  - Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
  - Roldão, F. (2009), Aprendizagem contínua de adulto-idosos e qualidade de vida: refletindo sobre possibilidades em atividades de extensão nas universidades in RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 61-73, jan./abr.
  - Sears, Barry. (1999) - *Pare de Envelhecer com o Ponto Z*. Rio de Janeiro. Campus Editores.
  - World Health Population (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: WHO.
  - Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review. New York.

**Sites:**

- [www.prodata.pt](http://www.prodata.pt), consultado a 10/08/2019
- [www.dinheirovivo.pt](http://www.dinheirovivo.pt), consultado a 12/09/2019
- [www.projecto.r.pt](http://www.projecto.r.pt), consultado a 10/08/2019
- [www.60plusfitness.com/services.html](http://www.60plusfitness.com/services.html), consultado a 22/08/2019