



UNIVERSIDADE DOS AÇORES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

ELVIRA DA CONCEIÇÃO FERNANDES GOMES RIBEIRO

**PROGRAMA DE APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA PARA ESTUDANTES  
SENIORES: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, QUALIDADE DE VIDA  
E A SATISFAÇÃO COM A VIDA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO  
CONTEXTOS COMUNITÁRIOS

Orientação: Maria Teresa Pires de Medeiros

Ponta Delgada  
2015

**ELVIRA DA CONCEIÇÃO FERNANDES GOMES RIBEIRO**

**TESE DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO  
CONTEXTOS COMUNITÁRIOS**

**PROGRAMA DE APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA PARA ESTUDANTES  
SENIORES: O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, A QUALIDADE DE VIDA  
E A SATISFAÇÃO COM A VIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade dos Açores para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialidade Psicologia da Educação - Contextos Comunitários, sob a Orientação da Doutora Maria Teresa Pires de Medeiros, Professora Catedrática da Universidade dos Açores.

## RESUMO

A população mundial está a envelhecer. As causas deste envelhecimento são unânimes entre os especialistas (Nazareth, 1988; OCDE, 1998; DESA, 2001; Kinsella & Velkoff, 2001; Patrício & Carrilho, 2002) e devem-se a três fatores essenciais: (i) o decréscimo da fecundidade; (ii) a evolução tecnológica e (iii) os fluxos migratórios. Portugal não difere dos restantes países desenvolvidos, o envelhecimento populacional começou mais tarde (INE, 2012), mas a sua evolução foi mais rápida. A sociedade apresenta-se pouco precavida para lidar com estas transformações, tardando a iniciar medidas propensas a controlar e minimizar os efeitos causados por este fenómeno. Contudo, tem-se vindo a verificar uma tendência de aprofundamento holístico e de intervenção dos poderes político, social e académico, com vista à promoção de um envelhecimento ativo e à melhoria da qualidade de vida dos reformados.

As atuais gerações mais idosas são caracterizadas como sendo mais saudáveis, mais longevas e mais instruídas. Envelhecer não implica necessariamente ser doente, frágil, dependente ou depressivo; é sim um momento de transformação e de aprendizagens e, essencialmente, de novas descobertas (Simões, 2006). Neste contexto concetual, a Universidade dos Açores (UAç) criou em 2003 o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida (PALV) para estudantes seniores – adultos reformados ou até mesmo adultos de idade avançada. É um programa que potencia a participação ativa na comunidade académica, em particular, e na comunidade em geral, na perspectiva da participação cívica e atuante, trazendo benefícios físicos e psicológicos ao reduzir o isolamento, otimizar o convívio intergeracional e promover as dimensões física, cognitiva, socioafetiva e espiritual.

Partimos da questão: até que ponto é que a frequência do PALV proporciona, aos alunos seniores, um melhor Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida? Metodologicamente, optámos por um *design* investigativo misto, quer quantitativo – Estudo 1 – com recolha de dados através de questionário e de escalas de medida objetiva (Escala de Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida) e de tratamento estatístico dos dados, quer qualitativo – Estudo 2 – recorrendo à entrevista e à análise de conteúdo. No Estudo 1, a partir de uma amostra composta por 33 indivíduos com idades compreendidas entre 51 e 87 anos, concluiu-se que há uma relação entre a Qualidade de Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida, com níveis positivos de Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida e níveis moderados de Satisfação com a Vida. Verifica-se ainda uma relação entre o nível da satisfação em frequentar o PALV e a dimensão Crescimento Pessoal do Bem-Estar Psicológico. Quanto à aprendizagem em si, nota-se que são indivíduos que continuam envolvidos em sistemas de aprendizagem, reconhecendo-se com competências para continuarem a estudar. No Estudo 2, salienta-se o convívio interpessoal, a comunicação e a afabilidade desenvolvida entre alunos e alunos/professores, transmitindo-lhes uma sensação de bem-estar, de satisfação com a vida e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, porque se sentem úteis e como parte integrante da comunidade. O papel social desempenhado pela UAç, ao proporcionar a oportunidade de convívio foi, também, realçado como elemento fulcral para combaterem o isolamento social e a solidão, fenómenos recorrentes e vulgares nas populações de idades mais avançadas.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento, Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Educação Sénior; Aprendizagem ao Longo da Vida.

## ABSTRACT

The world's population is ageing. Specialists (Nazareth, 1988; OCDE, 1998; DESA, 2001; Kinsella & Velkoff, 2001; Patrício & Carrilho, 2002) are unanimous as to what are the causes, presenting three essential factors as responsible for it: (i) a decrease in fertility; (ii) the technological evolution and (iii) migratory flows. Portugal is no different from the rest of the developed countries, the population ageing began later (INE, 2012), but had a faster evolution, and the society was unprepared to deal with the ensuing transformations, taking too long to implement measures aimed to control and minimise the effects caused by this phenomenon. However, in the past few years, there's been a growing tendency of the political, social and academic powers to make a profound, holistic, study and intervention, aiming to promote an active ageing and an improvement of the retiree's quality of life.

The current generations of elderly are healthier, live longer and are more educated. Growing old doesn't necessarily imply being sick, fragile, dependent or depressive, being instead a moment of transformation and learning and, especially of new discoveries (Simões, 2006). In this conceptual context, the Azores University created in 2003 the Lifelong Learning Programme for senior students – retired or elderly adults. It is a program that promotes the active participation of seniors in the academic community in particular, but also in the community in general, from a civic and action-taking perspective, as well as bringing physical and psychological benefits by reducing isolation, encouraging the intergenerational interaction and developing the physical, cognitive, socioaffective and spiritual dimensions.

Our starting point was a question: to what extent does the Lifelong Learning Programme provide senior students with better Psychological Well-Being, Quality of Life and Satisfaction with Life? Methodologically, we chose a mixed investigative design, both quantitative – Study 1 – with data gathering through questionnaires and objective assertion scales (Psychological Well-Being, Quality of Life and Satisfaction with Life Scales) followed by statistical analysis of the data, and qualitative – Study 2 – using interviews and content analysis. On Study 1, from a sample of 33 individuals aged between 51 and 87, we drew the conclusion that there is a relationship between Quality of Life, Psychological Well-Being and Satisfaction with Life; they show positive levels of Psychological Well-Being and Quality of Life and moderate levels of Satisfaction with Life. There is also a relationship between the level of satisfaction in attending the Lifelong Learning Program of the University of the Azores and the Personal Growth dimension of the Psychological Well-Being. Regarding the learning itself, it is clear that these individuals, despite being elderly adults, are still involved in learning systems, recognising in themselves the competences to pursue further learning. On Study 2, we emphasise the interpersonal interaction, the communication and, in most cases, the affability developed between the students and in the students/professors dichotomy, transmitting a sense of well-being, satisfaction with life and consequentially, a better quality of life, because they feel useful and as being an integral part of the community in general. The social role played by UAc, providing these people with an opportunity to socialise, was also highlighted as a pivotal element in overcoming social isolation and loneliness, reoccurring and common phenomena in the older populations.

**Keywords:** Ageing, Psychological Well-Being, Quality of Life, Satisfaction with Life, Senior Education; Lifelong Learning.

## AGRADECIMENTOS

Não há palavras que possam transcrever e que traduzam os sentimentos e agradecimentos que eu tenho, quero transmitir e deixar registados.

Quando pensamos nisso é sempre, e bem, a família que nos vem, em primeiro lugar, ao pensamento. Logo, e sem nenhuma ordem hierárquica, quero agradecer:

- ao Carlos pela ajuda que me deu e pela sua disponibilidade sempre que eu lha solicitava. Agradeço-lhe, ainda, a compreensão nos momentos de mau humor da minha parte;
  - à Marta que, muitas vezes aquando dos seus telefonemas (sempre indispensáveis para me dar ânimo e carinho) eu pensava que não poderia estar muito tempo ao telefone porque o meu pensamento se encontrava “noutro lado”;
  - ao Diogo que, apesar de ainda não entender nada do que se passa, talvez não tenha tido toda a atenção desejada e merecida por parte da avó;
  - à Senhora Professora Doutora Teresa Medeiros que, como professora, orientadora e, permita-me a expressão, como amiga, teve sempre tempo e paciência para nos ouvir, nos animar e orientar. A sua paciência para responder às nossas questões foi inesgotável;
  - aos Alunos Seniores da Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores, que muito me têm ensinado e acarinhado;
  - à Mestre Amélia Vaz pela preciosa ajuda e disponibilidade sempre demonstrada;
  - à Mestre Joana Maia e à sua “monstruosa” ajuda na finalização desta tese;
  - aos Colegas do Mestrado e Professores e, principalmente às minhas Amigas Elisabete e “Jaca”. O meu muito obrigado pela Vossa ajuda, compreensão e carinho.
- A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>3</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS</b> .....	<b>4</b>
<b>SIGLAS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>13</b>
1. ENVELHECIMENTO .....	13
1.2. O Envelhecimento Demográfico .....	17
1.3. Teorias do Envelhecimento .....	19
1.3.1. Teorias do Envelhecimento Biológico .....	20
1.3.1.1. Teorias Estocásticas e Deterministas .....	21
1.3.1.1.1 Teorias Estocásticas .....	21
1.3.1.1.2 Teorias Deterministas .....	21
1.3.2. Teorias Psicossociais do Envelhecimento .....	22
1.3.3. Paradigma Contextualista .....	23
1.4. Envelhecimento Ativo.....	23
2. REFORMA .....	29
2.1. Preparação/Educação para a Reforma.....	32
2.2. Teorias de Transição e Adaptação à Reforma.....	33
2.3. Fases da Reforma .....	34
3. EDUCAÇÃO E APRENDIZAGEM SÉNIOR.....	37
3.1. A Educação e Aprendizagem em Adultos de Idade Avançada.....	37
3.2. Aprendizagem ao Longo da Vida.....	41
3.3. As Universidades da Terceira Idade.....	44
3.3.1 O Aparecimento das UTI's em Portugal .....	47
3.4. O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para estudantes seniores na Universidade dos Açores.....	48
4. BEM-ESTAR.....	52
4.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo .....	53
4.2. Bem-Estar Psicológico: Modelo de Ryff .....	55
4.3. Estudos portugueses sobre Bem-Estar em Idosos de Idade Avançada .....	57
<b>PARTE II – METODOLOGIA</b> .....	<b>61</b>
5. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	61
6. ESTUDO 1.....	63
6.1. Objetivos e Hipóteses.....	63
6.2. Amostra .....	64
6.3. Instrumentos .....	66
6.3.1. Questionário sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida.....	67
6.3.2. Escalas de Bem-Estar Psicológico.....	67
6.3.2.1. Consistência interna da Escala de Bem-Estar Psicológico.....	71

6.3.3. Escala de Satisfação com a Vida .....	72
6.3.4. Escala de Qualidade de Vida .....	73
6.3.4.1. Consistência Interna da Escala de Qualidade de Vida .....	75
6.4. Procedimentos Éticos .....	75
6.5. Procedimentos Estatísticos .....	75
6.6. Resultados .....	77
6.6.1. O Bem-Estar Psicológico e as variáveis sociodemográficas .....	78
6.6.2. A Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas .....	81
6.6.3. A Satisfação com a Vida e as variáveis sociodemográficas .....	85
6.6.4. Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida e Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida .....	88
6.6.5. Relação entre o Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida .....	91
6.7. Discussão .....	93
6.8. Conclusões .....	97
7. ESTUDO 2 .....	99
7.1. Contextualização e opções metodológicas .....	99
7.2. Entrevista .....	99
7.3. Participantes .....	101
7.4. Procedimentos .....	102
7.5. Apresentação e discussão dos resultados .....	103
7.5.1. Discussão da análise das dimensões e das categorias em estudo .....	106
7.5.1.1. Auto-Avaliação/Reflexão dos Estudantes .....	106
7.5.1.2. Níveis de satisfação .....	107
7.6. Conclusão .....	109
8. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES .....	110
9. CONCLUSÃO GERAL .....	111
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	115
<b>ANEXOS .....</b>	<b>130</b>
ANEXO I .....	131
ANEXO II .....	140
ANEXO III .....	144

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

<b>Figura 1.</b> Modelo esquemático global das teorias do envelhecimento.....	20
<b>Figura 2.</b> Determinantes do Modelo Ativo (Adaptado de Ribeiro & Paúl, 2011).....	25
<b>Figura 3.</b> Dimensões Núcleo do Bem-Estar Psicológico, adaptado de Ryff & Singer (2008).....	56
<b>Figura 4.</b> Distribuição por idades. ....	64
<b>Figura 5.</b> Distribuição por composição do agregado familiar e estado civil. ....	65
<b>Figura 6.</b> Distribuição por local de residência.....	65
<b>Figura 7.</b> Distribuição por grau de escolaridade. ....	66
<b>Tabela 1.</b> Definição operacional dos níveis baixos e elevados das dimensões da teoria do bem-estar (adaptada de Ryff & Singer, 2008). ....	69
<b>Tabela 2.</b> Estatística descritiva do constructo Bem-Estar Psicológico (n=33). ....	78
<b>Tabela 3.</b> Teste <i>t</i> de Student para a variável Sexo para o Bem-Estar Psicológico. ....	78
<b>Tabela 4.</b> Teste de Mann-Whitney para a variável Sexo para o Bem-Estar Psicológico. ....	78
<b>Tabela 5.</b> Teste Oneway-ANOVA para a variável Faixa Etária para o Bem-Estar Psicológico. ....	79
<b>Tabela 6.</b> Teste de Kruskal-Wallis para a variável Estado Civil para o Bem-Estar Psicológico. ....	79
<b>Tabela 7.</b> Teste One-Way ANOVA para a variável Estado Civil para o Bem-Estar Psicológico.....	79
<b>Tabela 8.</b> Teste de Kruskal-Wallis para variável Estado Civil para o Bem-Estar Psicológico. ....	80
<b>Tabela 9.</b> Teste One-Way ANOVA. ....	80
<b>Tabela 10.</b> Teste de Kruskal-Wallis. ....	80
<b>Tabela 11.</b> Teste <i>t</i> de Student para a variável Reforma para o Bem-Estar Psicológico. ....	81
<b>Tabela 12.</b> Teste de Mann-Whitney com a variável agrupamento Reforma. ....	81
<b>Tabela 13.</b> Estatística descritiva do constructo Qualidade de Vida (n=32). ....	82
<b>Tabela 14.</b> Teste <i>t</i> de Student para a variável Sexo para a Qualidade de Vida. ....	82
<b>Tabela 15.</b> Teste de Mann-Whitney para a variável Sexo para a Qualidade de Vida. ....	82
<b>Tabela 16.</b> Teste One-Way ANOVA. ....	83
<b>Tabela 17.</b> Teste de Kruskal-Wallis para a Qualidade de Vida.....	83
<b>Tabela 18.</b> Comparação de Médias. ....	83
<b>Tabela 19.</b> Teste One-Way ANOVA. ....	84
<b>Tabela 20.</b> Teste de Kruskal-Wallis. ....	84
<b>Tabela 21.</b> Teste Oneway ANOVA.....	84
<b>Tabela 22.</b> Teste de Kruskal-Wallis. ....	84
<b>Tabela 23.</b> Teste <i>t</i> de Student – Variável agrupamento: Reforma.....	85
<b>Tabela 24.</b> Teste de Mann-Whitney. ....	85
<b>Tabela 25.</b> Estatística descritiva do constructo Satisfação com a Vida (n=33). ....	86
<b>Tabela 26.</b> Teste <i>t</i> de Student – variável agrupamento: Sexo.....	86
<b>Tabela 27.</b> Teste de Kruskal Wallis – Variável agrupamento: Faixa Etária.....	86
<b>Tabela 28.</b> Teste de Kruskal Wallis.....	87
<b>Tabela 29.</b> Teste Oneway ANOVA – Variável agrupamento: Nível de Escolaridade.....	87
<b>Tabela 30.</b> Teste <i>t</i> de Student – variável agrupamento: Reforma.....	87
<b>Tabela 31.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e tempo de frequência do PALV. ....	88
<b>Tabela 32.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis da Qualidade de Vida e tempo de frequência do PALV. ....	88
<b>Tabela 33.</b> Teste Ró de Spearman: variável Satisfação com a Vida e tempo de frequência do PALV.....	89

<b>Tabela 34.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e frequência semanal do PALV. ....	89
<b>Tabela 35.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis da Qualidade de Vida e frequência semanal do PALV. ....	89
<b>Tabela 36.</b> Teste Ró de Spearman: variável Satisfação com a Vida e frequência semanal do PALV. ....	89
<b>Tabela 37.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e satisfação com o PALV. ....	90
<b>Tabela 38.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis da Qualidade de Vida e satisfação com o PALV. ....	90
<b>Tabela 39.</b> Teste Ró de Spearman: variável da Satisfação com a Vida e satisfação com o PALV. ....	91
<b>Tabela 40.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis da Satisfação com a Vida e Bem-Estar Psicológico. ....	91
<b>Tabela 41.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis da Satisfação com a Vida e dimensões do Bem-Estar Psicológico. ....	91
<b>Tabela 42.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida. ....	92
<b>Tabela 43.</b> Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e dimensões da Qualidade de Vida. ....	92
<b>Tabela 44.</b> Teste Ró de Spearman: dimensões do Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida. ....	92
<b>Tabela 45.</b> Teste Ró de Spearman: variável da Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida. ....	93
<b>Tabela 46.</b> Teste Ró de Spearman: variável da Satisfação com a Vida e as dimensões da Qualidade de Vida. ....	93
<b>Tabela 47.</b> Guião de entrevista. ....	101
<b>Tabela 48.</b> Caracterização dos participantes do Estudo 2. ....	102
<b>Tabela 49.</b> Matriz de Especificações. ....	104

## SIGLAS

**AEEASG** – Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações

**AIUTA** – Associação Internacional de Universidades da Terceira Idade

**ALV** – Aprendizagem ao Longo da Vida

**ANOVA** – Análise de Variâncias

**BE** – Bem-Estar

**BEP** – Bem-Estar Psicológico

**BES** – Bem-Estar Subjetivo

**CCE** – Comissão das Comunidades Europeias

**CE** – Conselho Europeu

**CEu** – Comissão Europeia

**DESA** – Department of Economic and Social Affairs

**EBEP** – Escalas do Bem-Estar Psicológico

**ELV** – Educação ao Longo da Vida

**EUA** – Estados Unidos da América

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PALV** – Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida

**PE** – Parlamento Europeu

**QALV** – Questionário sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida

**QV** – Qualidade de Vida

**RAA** – Região Autónoma dos Açores

**ScV** – Satisfação com a Vida

**SWLS** – *Satisfaction With Life Scale*

**UAç** – Universidade dos Açores

**UE** – União Europeia

**UITI** – Universidade Internacional para a Terceira Idade

**UNESCO** - United Nations Educational, Scientific and Cultural **Organization**.

**US** – Universidades Sénior

**UTI** – Universidade Para a Terceira Idade

**WHOQOL-BREF** – World Health Organization Quality of Life Instrument

## INTRODUÇÃO

Os dados denunciadores de que a população mundial está a envelhecer são evidentes. No entanto, este processo não se desenvolve em todo o mundo do mesmo modo, compreendendo valores percentuais mais acentuados nos países chamados desenvolvidos, pese embora a existência de um maior número percentual de idosos nos países em vias de desenvolvimento. As causas deste envelhecimento são unânimes entre os especialistas e as instituições que se debruçam sobre esta temática e encontram, mormente, três fatores: (i) o decréscimo da fecundidade; (ii) a evolução tecnológica e (iii) os fluxos migratórios<sup>1</sup> (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE, 1998; Department of Economic and Social Affairs, DESA, 2001; Patrício & Carrilho, 2002; Kinsella & Velkoff, 2001; Nazareth, 1988).

Em Portugal, a situação não difere muito da que se verifica nos restantes países desenvolvidos. O envelhecimento populacional começou mais tarde, mas a sua evolução foi mais rápida. As previsões apontam para que Portugal, em 2050, seja o quarto país com a maior percentagem de idosos a nível da União Europeia (UE) (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2012). No caso particular da Região Autónoma dos Açores (RAA), na última década, não se verificou alteração significativa do número de idosos.

A sociedade mostra-se pouco prevenida para enfrentar as transformações sociodemográficas acima referidas, tardando a iniciar medidas propensas a controlar e minimizar os efeitos causados. A intensificar esta situação acrescentam, pelo menos, três dados atuais: (i) as dificuldades económicas do sistema de saúde, devido a uma população cada vez mais envelhecida e necessitada de cuidados; (ii) o facto da população idosa sobreviver mais tempo, causando a acumulação de patologias crónicas e (iii) a falta de viabilidade financeira do sistema de segurança social, no respeitante ao pagamento das pensões de reforma, devido a serem cada vez menos os contribuintes (devido ao desemprego e à emigração, entre outros).

Em simultâneo com a ocorrência do envelhecimento populacional em Portugal, a nossa sociedade tem vindo a passar por outras transformações preocupantes, com consequências diretas nos mais velhos (adultos em idade avançada), traduzidas na diminuição de apoio familiar. Veja-se, a título de exemplo, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, os fluxos migratórios dos jovens adultos para países com melhores ofertas de emprego e condições sociais e as modificações ao nível das dinâmicas familiares.

As pessoas idosas são um grupo com particularidades próprias, havendo muitos estereótipos e opiniões formadas acerca deles, baseados em mitos sociais que não condizem com a verdade. A importância que lhes é atribuída sofreu alterações: se antigamente eram tidos como um repositório de sabedoria, hoje são olhados como um empecilho, como estando ultrapassados e tendo já completado a sua missão. No entanto, o enfoque que tem sido dado a esta problemática na última década, nomeadamente nos órgãos de comunicação social, com a finalidade de sensibilizar a opinião pública e obrigar o poder político a tomar medidas, tem contribuído, de algum modo, para a desmitificação e desencadeamento de mecanismos de resposta mais enérgicos e produtivos, objetivando a integração, melhor Qualidade de Vida e Bem-Estar global desta população.

---

<sup>1</sup> Segundo o relatório da OCDE-UNDESA (2013), em Portugal, a taxa de população emigrante com 15 ou mais anos de idade, em 2010/2011, situa-se no 14,2%, em que 12,9% são indivíduos com instrução superior.

Apesar das dificuldades atrás mencionadas a tendência é de, cada vez mais, haver preocupação por parte do poder político, social e académico em torno da promoção de um envelhecimento bem-sucedido e ativo, assim como esforços conjuntos para uma melhor qualidade de vida desta população, nomeadamente dos reformados. Contrariamente ao que acontece em alguns países (por exemplo Espanha, Brasil e Estados Unidos), Portugal tem muito poucos programas de preparação para a reforma, sendo a sua visibilidade diminuta e a frequência optativa.

A perspetiva desenvolvimental do Ciclo de Vida refere que a história e os atributos individuais, bem como os contextos sociais, familiares, culturais e políticos, entre outros, influenciam o modo como cada um elabora a transição para a reforma. O relevo incide sobre os processos dinâmicos de mudança, que se sucedem psicologicamente durante o trajeto de vida de cada um. Estes processos vão desde a passagem à situação de reformado até à forma como este novo estatuto pode ou não afetar o bem-estar global e a qualidade de vida. A experiência de transição e o desenvolvimento pós-reforma é contingente dos contextos social e laboral, sendo o primeiro de particular importância devido aos recursos neles existentes, designadamente as redes de suporte social (Wang & Schultz, 2009). O prazer que se conquista nesta etapa da vida é afetado por aspetos de índole interna (saúde, crenças, objetivos) e externas (estatuto, rede social, recursos disponíveis) (Fonseca, 2011).

As gerações atuais do grupo dos mais idosos são caracterizadas, segundo Simões (2006b, p.13) como “(...) *mais saudáveis, mais longevas, mais instruídas.*”, sendo, ainda segundo o mesmo autor, de esperar que a procura de educação, por parte deles, se reforce, tornando-os um novo público a educar e, conseqüentemente, dando um novo sentido ao conceito de educação permanente que acompanha todo o ciclo vital do ser humano.

O conceito de educação permanente está diretamente relacionado com o desenvolvimento cognitivo, social, ético e moral ao longo da nossa vida já que, como seres perenemente inacabados, necessitamos ao longo de todo o nosso ciclo vital de nos educar. Para além disso, a educação é um direito universal consagrado na Constituição da República Portuguesa (art.º 73, nº 1 “*Todos têm direito à educação e cultura*”) e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (artº 26º “*Toda a pessoa tem direito à educação*”).

As noções de educação permanente e ao longo da vida têm sido defendidas, desde meados da década de sessenta do século XX, num enquadramento concetual humanista, o qual coloca a tónica nas oportunidades educativas e na necessidade de se facilitar uma divisão mais justa, acautelando não só que todos os espaços se tornem educativos, mas que, também, se estabeleçam de forma contínua e ao longo da vida.

Para combater este desafio social começaram a surgir diversas iniciativas públicas, privadas e associativas de serviços, equipamentos e produtos, de índole social, cultural, económica e de cuidados de saúde, direcionadas à população de idade avançada e, foi neste contexto que, em Portugal, foi criada, em 1978 (tendo sido oficialmente reconhecida em 1984) a designada Universidade Internacional para a Terceira Idade (UITI). Mais tarde, estas instituições foram denominadas de Universidades de Terceira Idade (UTI) e, mais recentemente, de Universidades Seniores (US).

As UTI emergem como uma resposta social e de saúde com objetivos bem definidos, ou seja, visam melhorar a qualidade de vida dos seniores e fomentar, nesta população, o gosto pela formação ao longo da vida, uma vez que combatem o isolamento e a exclusão social dos mais idosos, principalmente a seguir à reforma, incentivam a participação dos seniores na

sociedade, divulgam os direitos e oportunidades que existem para esta população, reduzem o risco de dependência e são um polo de convívio.

No século XX e no presente, a indispensabilidade da educação e aprendizagem tem sido um assunto em evidência. Os indivíduos, quer se encontrem na vida laboral ativa ou em situação de reforma, têm a percepção que se devem manter atualizados para conseguirem acompanhar o ritmo do dinamismo social, económico e tecnológico. Tal como afirma Siteo (2006), a aprendizagem ao longo da vida é toda a atividade de aprendizagem, independentemente do momento da vida, com a finalidade de ampliar os conhecimentos, as aptidões e competências pessoais, cívicas e sociais, relacionadas ou não, com o emprego. Assim, uma aprendizagem ao longo da vida aponta para um percurso de aquisição de competências, que vai do ensino pré-escolar até à pós-reforma, e abrange qualquer tipo de educação (formal e/ou não-formal).

Foi com este enquadramento concetual que, na Universidade dos Açores (UAç), foi criado em 2003, o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida (PALV) para estudantes seniores, pela Pró-Reitora para a Formação de então – Professora Doutora Teresa Medeiros. Tratou-se de um programa pioneiro pois, até à data, as Universidades estatais ainda não se encontravam direcionadas para este tipo de formação e população. Na sua essência, este programa promove o envelhecimento ativo dos seus alunos e é resultante de vários fatores contextuais (eg. envelhecimento demográfico, os novos desafios sociais da contemporaneidade) e da mudança de paradigma da UAç, que passou de uma formação tradicional para uma formação que se inscreve num paradigma formativo pós-moderno, mais construtivista e para novos públicos (Medeiros, 2012; 2013b). Este programa é, no nosso ponto de vista, bastante atrativo para os seniores, pois permite-lhes ter uma participação ativa na comunidade académica, em particular (como educadores, educandos, organizadores de eventos), e na comunidade em geral, do ponto de vista de participação cívica e atuante, reduzindo o isolamento, otimizando o convívio intergeracional e promovendo a saúde física e psicológica, bem como ocupando os seus tempos livres de um modo útil, interessante e ativo. Esta sociabilidade vai proporcionar aos alunos seniores, enquanto pessoas idosas, uma maior qualidade de vida e bem-estar global e, desta forma, ter um ganho na economia e na saúde.

Atualmente, as Universidades Seniores estão disseminadas pelos quatro continentes. Este facto desmonstra que as novas gerações começam a olhar para esta população de um modo diferente, pois, quando o adulto de idade avançada frequenta uma instituição deste cariz, é porque está fisicamente autónomo, tem capacidade de decisão e é independente. Esta nova posição faz com que, cada vez mais, os estereótipos que denigrem este grupo etário tendam a desvanecer-se e, aos poucos, sejam desmitificados.

Neste estudo, é nossa pretensão identificar, descrever e compreender as implicações do PALV da UAç, partindo das perspetivas dos alunos seniores que o frequentam e de que modo ele contribui para uma melhor Qualidade de Vida, Bem-Estar e Satisfação com a Vida desta população.

Metodologicamente, esta dissertação está dividida em duas partes, sendo a primeira (Parte I) de revisão da literatura e a segunda (Parte II) respeitante ao estudo empírico propriamente dito.

**A Parte I** versa o Envelhecimento Humano, onde se colocam e se tenta responder às questões: *O que é? Como se define? Como se caracteriza?* (objeto do ponto 1). Além disso, nesta parte focaliza-se a Reforma e aborda-se quer a preparação/educação para a reforma,

quer as teorias sobre transição e adaptação a esta etapa da vida, bem como as fases da mesma (ponto 2). No ponto 3, aprofundamos a Educação e Aprendizagem Sénior, onde se aborda a temática de educação e aprendizagem em adultos de idade avançada e o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores, na sua relação com o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar global desta população. Para terminar, no ponto 4, definimos o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida.

Na **Parte II** apresenta-se o estudo empírico propriamente dito, constituído por dois estudos: o Estudo 1, de índole quantitativa e o Estudo 2, de índole qualitativa.

Finalmente são apresentadas as conclusões, as limitações e as considerações finais.

## PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1. ENVELHECIMENTO

*“Só aquele que chegou a uma idade muito avançada terá uma ideia completa e justa da vida, pois só ele a abraça com o olhar, no seu conjunto e no seu decurso natural, e sobretudo, porque não a vê, como os outros, unicamente, do lado da entrada, mas também do lado da saída”* (Schopenhauer, 1989).

Neste primeiro capítulo, vamos refletir sobre as questões do envelhecimento humano, tentando responder a questões básicas como: O que é? Como se define? Como se caracteriza?

As definições de envelhecimento são diversas, conforme os autores e a sua formação: uns dão mais peso aos processos biológicos, outros à componente social, outros ainda, ao equilíbrio entre perdas e ganhos, numa visão mais holística do processo do envelhecimento. Para De Vitta (2000, p. 28), o envelhecimento é considerado *“um processo, universal, lento e gradual que ocorre em diferentes ritmos para diferentes pessoas e grupos conforme atuam sobre essas pessoas e grupos as influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas do curso de vida”*. Ou seja, é um processo biológico (a denominada senescência), universal e inevitável. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 21), o envelhecimento é um processo *“de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo”*. Na visão da neuropsicologia, o envelhecimento *“(...) é um processo biológico cujas mudanças se fazem sentir ao nível celular e molecular, progredindo, gradualmente, para a inexorável diminuição da capacidade adequada à manutenção da homeostasia do organismo, em resposta aos estímulos ou agressões internas e/ou externas”* (Ribeiro, 2013, p. 194). Lima (2010), Sociólogo, acrescenta que o envelhecimento compreende crescimento e desenvolvimento embora, muitas vezes, seja olhado como um processo negativo e/ou como uma doença.

Embora seja um processo principalmente biológico, não nos podemos abstrair das dimensões psicológica e social. Este conceito é, normalmente, distinguido entre envelhecimento primário e secundário. O primeiro é considerado o “normal”, isto é, resulta do avanço da idade, de um estilo de vida saudável e é intrínseco ao organismo. O segundo, patológico, depende essencialmente do estilo de vida do indivíduo ao longo do seu ciclo vital, ou seja, se foi mais ou menos saudável e vai depender, por exemplo, da qualidade da alimentação, do consumo de substâncias, dos hábitos de desporto, do *stress* e das atividades de vida diária.

Olhando para o desenvolvimento de um adulto, diversos autores encaram-no como complexo e têm sugerido a sua compartimentação em fases distintas, sendo a última fase do desenvolvimento a velhice. Embora não seja consensual, a grande maioria dos autores e organizações (veja-se a Organização Mundial de Saúde – OMS) usa o critério etário para definir a pessoa idosa e a entrada na velhice, sendo os 65 anos a baliza para considerar um indivíduo idoso.

Para Oliveira (2008b), adulto é o indivíduo que alcança os 18/21 anos, distinguindo-se três fases: jovem adulto (ou adulto jovem) entre os 20-40 anos; adultos de meia-idade (entre os 40-60 anos, podendo ir até aos 65 ou 70 anos) e, a partir desta idade, adulto idoso (ou idoso

propriamente dito). Já Neugarten diferenciava, em 1976, dois grupos de idosos: os idosos jovens (*young-old*), com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos e os idosos velhos (*old-old*), para os que têm mais de 75 anos. Esta mesma autora, anos mais tarde, aditou uma categoria intermédia a estes dois grupos, com as idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (*middle-old*). Beatty e Wolf (1996) diferenciam três categorias de idosos: os jovens idosos, dos 65 aos 74 anos; os idosos médios, dos 75 aos 84 anos e os muito idosos, com 85 ou mais anos. Botwinick (1981) distingue dois grupos nos que têm mais de 75 anos: os idosos velhos, até aos 84 anos e os idosos muito velhos, com mais de 85 anos.

Pelo atrás exposto, podemos inferir que a subdivisão da idade cronológica a que corresponde a categoria de “idoso” não é consensual, tendo como fator subjacente a esperança média de vida. A Organização das Nações Unidas (ONU), dependendo da região geográfica, divide a idade cronológica do idoso em três categorias: os pré-idosos, entre 55 e 64 anos; os idosos jovens, entre 65 e 79 anos, ou entre 60 e 69 anos, para quem reside na Ásia ou na região do Pacífico, e os idosos avançados, com mais de 70 ou 80 anos. Segundo a OMS, a idade cronológica dum indivíduo é estabelecida conforme o nível socioeconómico de cada nação, ou seja, a pessoa é considerada idosa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em vias de desenvolvimento.

Mas o envelhecimento não é definido somente pela idade cronológica, pois admitir-se que aos 65 anos se é idoso não passa de uma convenção de um qualquer contexto social. Além desta variável, há outras que também interferem com este processo, como o sexo, o estilo de vida, a classe social, o grau de escolaridade e a zona de residência, ou seja, deparamo-nos com diferenciações “*que conferem ao envelhecimento uma marca individual, marca esta, mais evidente, se fizermos o cruzamento com o quadro genético do indivíduo*” (Vaz, 1998, p. 623). Dito de outro modo, as pessoas idosas não podem ser consideradas um grupo homogéneo, porque as experiências de vida, aliadas à personalidade de cada indivíduo, fazem com que as diferenças se acentuem com o avançar da idade, como refere Baddleley (1999, p. 263): “*quase todos os estudos sobre o envelhecimento mostraram que, com a idade, as diferenças entre os indivíduos aumentaram*”. Simões (1990, p. 109) afirma e chama-nos à atenção para o facto de que “*na realidade, o idoso simplesmente não existe*”, salientando a construção social e a heterogeneidade do conceito e do grupo a que chamamos “idosos”. E continua (p.110), afirmando que, sendo o envelhecimento um processo intrincado, é possível ser “*velho fisicamente, psicologicamente de meia-idade e jovem socialmente. Ou uma combinação diferente destas três situações*”. Osório (2007) refere que, sendo o processo de envelhecimento um facto que integra diferentes dimensões – física, psicológica, social, espiritual – pode acontecer que não subsista sincronização entre o nosso relógio biológico e a nossa atitude perante a vida.

Simões (1982) diz que, cientificamente, a idade é considerada uma “variável vazia”, porque é somente um índice da passagem do tempo. Logo, o critério cronológico não será, necessariamente, o melhor para caracterizar o desenvolvimento do adulto. Nazareth (2009, p. 182) reforça esta ideia, ao afirmar que só poderá haver mudança de paradigma relativamente à tese dos idosos rejeitando “*uma categorização que classifique de terceira idade as pessoas que ultrapassaram o limite dos 65 anos, quer estejam doentes ou não, inválidos ou não, sós ou acompanhados*”. Na sociedade atual, a idade ainda adota um papel fundamental na regra das relações sociais e nas respetivas expectativas. Assim sendo, para Marchand (2005a), a idade é um conceito com múltiplas dimensões como: (i) a cronológica, definida pelo tempo;

(ii) a biológica, com diversos níveis de maturidade física; (iii) a psicológica, onde se salienta a evolução dos processos cognitivos e de personalidade; (iv) a funcional, destacando-se a capacidade de adaptação às exigências sociais e (v) a social, realçando-se os papéis, hábitos e expectativas quanto à participação na sociedade.

Para Medeiros (2013b, p. 36), “*No processo de envelhecimento, a idade é apenas um indicador e não deve ser o critério, tal como é comum balizar, tendo como referência uma norma social – um padrão.*”

Resumidamente, podemos asseverar que o envelhecimento, independentemente da idade e do país ser desenvolvido ou em desenvolvimento, é um decurso singular, subjetivo, feito de mudanças, multidimensional em que há perdas e ganhos, influenciável por fatores de índole educativa, cultural e social, genéticos e de personalidade (Medeiros, 2013b).

### 1.1. As Mudanças com a Idade

À medida que envelhecemos de forma “normal” ocorrem mudanças. Bee e Mitchel (1980) defendem que, com a idade, o organismo se torna mais pequeno (*smaller*), mais lento (*slower*), mais fraco (*weaker*), mais escasso (*lesser*) e mais reduzido (*fewer*). O corpo torna-se mais pequeno, porque diminui devido a mudanças no tecido conjuntivo; fica mais lento, porque a velocidade de condução dos impulsos nervosos diminui com o avançar da idade; torna-se mais fraco, pelas alterações produzidas quer pela diminuição do cálcio nos ossos quer pelo desgaste que sofrem; os sentidos decaem com a idade; torna-se mais escasso a nível, por exemplo, das secreções glandulares que atenuam o seu débito; torna-se mais reduzido na medida em que o número de células é menor (menos cabelo, menos papilas gustativas, entre outros) (Simões, 1982).

As mudanças corporais, na sua composição global, passam pela mudança de massa magra, pelo aumento da percentagem de gordura e diminuição de água e acarretam como efeito o aumento de risco da diabetes, perturbações cardiovasculares, osteoporose, cancro da mama e do cólon (Sousa et al., 2006). Cognitivamente, ao nível da memória, inteligência e aprendizagem, também se verificam alterações. Estas últimas foram, durante muito tempo, caracterizadas negativamente, ponderando-se que o avançar da idade traz, inevitavelmente, declínio intelectual. Mesmo cientificamente, durante vários anos, pensou-se que, com a idade, se perdiam neurónios. No entanto, investigações mais recentes mostram-nos que, ao longo do nosso ciclo vital, se desenvolvem novos neurónios. Goldberg (2008, p. 225) afirma que:

*“o nosso cérebro tem a capacidade de se restaurar e de se rejuvenescer. Contrariamente às crenças, durante tanto tempo defendidas, os neurónios não param de se desenvolver após a infância. Longe disso: eles continuam a crescer ao longo da vida, quer seja ela numa fase adulta, quer seja numa idade já bem avançada”.*

Levinson (cit. por Marchand, 2005b, p.9) afirma que a adultez, apesar de ser a mais longa de todas as fases da vida humana, “*a que melhor mantém segredos na nossa sociedade, e provavelmente na generalidade da história humana*”, era olhada como um período de perdas e declínio ou, pelo menos, de estagnação e inércia, incluindo ao nível cognitivo. A questão que se coloca é a de se saber com que idade há realmente uma diminuição radical das funções cognitivas. É comum ouvir-se uma pessoa idosa afirmar, frequentemente, *a minha memória já não é o que era*, ou então, os ditados populares como *os anos pesam* e *burro*

*velho não aprende línguas.* Haverá alguma verdade nestas afirmações e ditados? A memória, inteligência e a aprendizagem diminuem de modo tão evidente com o avançar da idade?

Botwinick (1981) afirma que não há muitas dúvidas acerca da decadência das funções biológicas, mas quanto à diminuição das capacidades mentais no fim da vida, já não há tanta certeza, chegando mesmo a ser controverso entre os diferentes autores. Simões (1982, 1990, 2006a) expõe que os primeiros estudos que mensuraram a inteligência fundamentaram-se no Quociente de Inteligência (inteligência psicométrica) e usaram técnicas transversais. Consequentemente, verificava-se a sua diminuição com o avanço da idade. No entanto, com o avançar da ciência e a mudança nos desenhos metodológicos (estudos longitudinais), esse declínio deixou de se fazer sentir. As investigações principiaram a encarar a inteligência como uma entidade multidimensional e passaram a recorrer a estratégias sequenciais e os resultados divergiram, encontrando apenas declínio em alguns aspetos. Simões (1982, p. 76), perante este facto concluiu que *“tanto se pode responder positivamente, como negativamente à pergunta sobre o declínio intelectual com a idade. Tudo depende da definição operacional da inteligência que se prefira adoptar”*.

Memória e aprendizagem são dois processos interligados, em que um não existe sem o outro. A perda acentuada de memória está ligada ao envelhecimento, sendo que os próprios têm uma visão negativa do seu desempenho.

No que concerne à aprendizagem, Atchey (2000, cit. por Simões, 2006b, p. 57) afirma que

*“Embora a performance na aprendizagem tenda a declinar com a idade, tal declínio não é substancial até depois dos 70 anos. Todos os grupos etários conseguem aprender. Com um pouco mais de tempo, as pessoas idosas acabam, em geral, por aprender tudo o que os outros aprendem.”*

O mesmo autor (1991, cit. por Sousa et al., 2006), ao proceder a uma revisão de literatura, mostra que as competências intelectuais mais afetadas pela idade são: (i) a capacidade de interpretar informação não-verbal e de dar respostas rápidas perante situações novas; (ii) a aquisição de novos conceitos e a aplicação dos existentes; (iii) a aptidão para organizar informação e concentrar-se e (iii) as competências psicomotoras e as atividades perceptivas. Salthouse (1991) salienta que as capacidades menos afetadas pela idade são: a dimensão prática da resolução de problemas, a capacidade de interpretar informação verbal, a execução de tarefas familiares e o uso do conhecimento acumulado. Também acerca do envelhecimento intelectual, Schaie (1996) realça que a atividade intelectual só se realiza se for sentida pela pessoa, isto é, o empenho intelectual só é ativado se for percebido como útil, aspeto de grande importância no contexto da educação de adultos.

Por outro lado, Simões (1990) afirma que a questão das capacidades cognitivas é muito complexa, porque há diversos fatores que interferem com elas. São eles, para além da idade: (i) as expectativas sociais (se a sociedade espera e opina que os idosos perdem capacidades, eles interiorizam esta ideia e o declínio acaba mesmo por ocorrer); (ii) a saúde (aqueles que têm menos saúde, têm maiores declínios); (iii) a educação (os mais instruídos têm menores declínios) e (iv) a atividade intelectual (os que se mantêm intelectualmente ativos têm menores declínios).

Como atrás referido, o envelhecimento é, principalmente, um processo biológico. No entanto, não o podemos desligar de outras dimensões. Sousa et al. (2006) salienta, pela

positiva, que o aspeto mais valorizado da velhice é a sabedoria. La Rue (1992, cit. por Simões 2006b, p.32) salienta que

*“a maioria dos adultos mais idosos são de opinião de que, à medida que avançam em idade, aumenta a sua capacidade para resolver problemas. E, quando se lhes pergunta de que género de problemas se trata, respondem que são aqueles que encontram no dia-a-dia”.*

Ou seja, a sabedoria é uma capacidade encontrada mais facilmente em pessoas mais idosas, sendo *“um dos traços cognitivo-afectivo da personalidade constituindo uma característica mais vincada à medida que a idade avança e a experiência pesa, levando a um maior equilíbrio e maturidade”* (Oliveira, 2006, p. 137).

A par da sabedoria, e não menos importante, está a inteligência espiritual, que abarca vários campos da atividade humana como a política, a educação, a gestão, o trabalho, a ciência, a criatividade e a sexualidade (Nava, 2005, cit. por Medeiros, Ferreira & Medeiros, 2013).

É apanágio dos adultos de idade avançada e com inteligência espiritual<sup>2</sup>, procurarem um sentido para a sua vida (passada, presente e futura). Fazem-no através de um balanço, em que pesam os fatores psicológicos, sociais e religiosos. Este balanço (dicotomia entre a plenitude alcançada e/ou desespero pelo que não se alcançou), leva-os, por vezes, a ajustar as estratégias de  *coping*, no sentido de melhor otimizar o seu envelhecimento e encontrar paz interior (Medeiros et al., 2013). Parafrazeando estes autores, *“São estas pessoas sábias de idade avançada, com inteligência espiritual, que atribuem sentido à vida e também à morte, (...)”* (p.139).

Ainda segundo os mesmos autores, a inteligência espiritual projeta um paradigma que dá um novo olhar sobre o ser humano, funcionando como auxílio de resposta às interrogações existenciais mais obscuras da procura de significado e facilitando, à pessoa idosa, ser mais feliz e descobrir um sentido para a vida.

## 1.2. O Envelhecimento Demográfico

Sendo o envelhecimento um processo que abarca múltiplas dimensões, não o podemos deixar de olhar sob o ponto de vista demográfico. De uma demografia expressa por elevadas taxas de natalidade e mortalidade, esperança média de vida reduzida e muita população jovem, as sociedades ocidentais passaram, progressivamente, para uma demografia em que o peso das pessoas idosas, em termos absolutos e relativos, é cada vez mais importante. No entanto, quando nos referimos ao envelhecimento demográfico, não se pode apenas considerar o aumento do número de pessoas idosas. Em demografia, são ponderados dois tipos de envelhecimento: (i) o envelhecimento na base da pirâmide de idades, que ocorre quando o número de jovens diminui e (ii) o envelhecimento no topo, que surge quando aumenta o peso das pessoas em idade avançada. Os dois estão ligados, porque se ocorre a diminuição do número de jovens, os outros grupos etários aumentam progressivamente a sua importância (Nazareth, 2009).

---

<sup>2</sup> Para Nava (2005, cit. por Medeiros, Ferreira & Medeiros, 2013, p. 134), a inteligência espiritual é *“a inteligência do eu profundo, aquela que nos permite aceder aos significados profundos, às motivações mais elevadas e às interrogações sobre os fins da existência e encontrar respostas credíveis; que nos leva à totalidade, (...) tomando o controlo e a responsabilidade dos pensamentos, sentimentos, ações e valores”.*

Assim, temos um fenómeno de duplo envelhecimento. A uma profunda diminuição na natalidade (envelhecimento na base), junta-se um aumento da esperança média de vida (envelhecimento no topo), “*transformando-se o topo (velhice) em base (até agora ocupada pela infância e juventude)*” (Oliveira, 2008a, p. 15). Podemos inferir que a estabilidade entre os grupos etários se modificou, obrigando e exigindo das sociedades novas soluções para a dinâmica populacional. Um facto inegável é que este fenómeno é mundial. Segundo este autor (p. 18), esta circunstância abrange igualmente os países em vias de desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Mesmo “*os países mais populosos da Terra, a China e a Índia, com o controlo drástico da natalidade, particularmente na primeira, as gerações novas estão a diminuir a olhos vistos*”.

Particularizando, no caso da Europa dos 28 e segundo dos dados do Eurostat (2014), a percentagem de pessoas no grupo etário dos 50-64 anos aumentou de 17,5% em 2002, para 19,7% em 2013. Da mesma forma, no grupo dos 65-79 anos, os valores passaram de 12,4% em 2002, para 13,1% em 2013, e no grupo dos maiores de 80 anos, aumentou de 3,6% em 2002 para 5,1% em 2013. Giannakouris (2008), baseado nas projeções demográficas do Eurostat, refere que a população europeia continuará a envelhecer de forma generalizada, sendo previsível que a média etária passe de 40,4 anos em 2008, para 47,9 em 2060. Do mesmo modo, a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais, no total da população, aumentará de 17,1% para 30%, do total de 84, 6 milhões de pessoas em 2008, para um total de 151,1 milhões de pessoas em 2060. O número de pessoas com 80 ou mais anos será, notoriamente, o que mais aumentará, pois espera-se que triplique entre 2008 e 2060, passando de 21,8 milhões de pessoas para 61,4 milhões de pessoas. Ainda segundo o mesmo autor, em 2008, na Europa dos 28, existiam quatro pessoas em idade ativa (15-64 anos de idade) por cada pessoa com 65 ou mais anos. Em 2060, o rácio será de dois para um, o que aponta, claramente, para a necessidade de se perspetivar uma outra organização social.

Como já referimos, o envelhecimento da população a nível mundial tem sido objeto de grande interesse e investigação. Conforme dados do INE (2012) em Portugal, em 1960, a proporção de idosos (65 ou mais anos) era de 8%, em 2001 já tinha duplicado para 16% e em 2011 aumentou para 19%, ou seja, o índice de envelhecimento aumentou de 102 em 2001, para 128 em 2011, o que significa que em 2011 por cada 100 jovens havia 128 idosos. Nas projeções demográficas desta entidade, o peso da população idosa (65+) em 2050 deverá rondar os 32%.

Na RAA, na última década, não se verificou alteração significativa do número de idosos, representando estes, em 2011, 13,1% da população dos Açores. A título de curiosidade, salienta-se que as Lajes do Pico (22%), Santa Cruz da Graciosa (20,0%) e Calheta (20,0%) são os municípios onde a percentagem de idosos é maior (INE, 2012).

Não menos importante de referir é o índice de longevidade (medida que relaciona a população com mais de 75 anos com o total da população idosa) a nível nacional. Ainda segundo a mesma fonte, este índice em 1991 era de 39, em 2001 era de 41 e, em 2011, era de 48. Este aumento da esperança média de vida espelha bem como este indicador tem vindo a aumentar nas últimas décadas e, conseqüentemente, traduz o envelhecimento da população portuguesa. Na RAA, o índice de longevidade teve um aumento na última década, passando de 42,0 em 2001 para 46,8 em 2011. Para Sokolovsky (2009), o aumento da população idosa e do índice de longevidade são o reflexo do avanço da medicina e do desenvolvimento económico, repercutindo-se nas expectativas de vida que, durante muitos anos, limitaram a

população mundial. Sustentando as alterações demográficas que referimos, Nazareth (2009, p. 15) considera que se disseminou na opinião pública a ideia de que o envelhecimento demográfico “*é uma espécie de nova calamidade que apareceu de um momento para o outro*”. No entanto, falamos de um facto que se encetou nos anos sessenta do século XX e se incrementou de forma inicialmente lenta, para depois se acentuar e acarretar desproporções entre os grupos etários.

Sintetizando, o envelhecimento apresenta-se como um repto cada vez maior para as sociedades mundiais, impondo novas respostas para as questões que origina e, particularmente, um novo olhar para a problemática da pessoa idosa. Este novo olhar tem, necessariamente, que ir para além da visão demográfica, no sentido de compreendermos o envelhecimento com todas as suas nuances e contornos. Nazareth (2009, p. 174) debate: “*o que significa, na realidade, ser velho em pleno século XXI? Ter mais de 65 anos?*”. Este autor censura aquilo que chama “produção de velhos” com mais de 65 anos, acentuando que se trata de uma divisão discricionária e pouco adequada à realidade. Salienta ainda que é urgente uma intensa mudança nas mentalidades e pressagia que a problemática dos idosos passe pela extinção do conceito de terceira idade. Esta proposição de metamorfose passa por contrariar a visão negativa e dominante acerca do envelhecimento e por, em alternativa, acentuar as enormes potencialidades das pessoas mais idosas.

Num contexto de mudanças estruturais, a transformação de maior impacto adveio do envelhecimento demográfico, que ativou a mudança de paradigma sobre o envelhecimento. Concebeu-se uma reconceptualização do fenómeno de envelhecimento, estabelecida no desenraizamento de estereótipos atribuídos à velhice em geral e ao adulto idoso em particular.

O envelhecimento demográfico iniciou uma reflexão sobre as dimensões atuais da sociedade, nomeadamente a europeia, no respeitante ao envelhecimento. Esta cogitação destaca a vertente da cidadania, das relações intergeracionais, o papel do Estado, as interpretações sociais sobre a idade, a interação entre idade/trabalho e as políticas públicas relacionadas com o envelhecimento. A mudança de mentalidades levou à mudança do atual paradigma de envelhecimento, simplificador da condição humana, para um paradigma de envelhecimento que perspetiva e incrementa “*(...) ganhos de anos de vida com saúde e com independência, de funcionalidade, de participação, de intergeracionalidade (...)*” (Paúl & Ribeiro, 2011, p. XIII). Esta transformação de paradigma designa-se de Envelhecimento Ativo.

### **1.3. Teorias do Envelhecimento**

O facto de, a nível mundial, a população ser cada vez mais idosa, faz com que o estudo do envelhecimento assuma um cariz cada vez mais importante e fundamental (Volz, 2000; Schaie, 2003; Giró, 2006; Fernández-Lopíz, 2002; Módenes & Cabaco, 2008). A investigação deste processo possibilita o conhecimento, entre outros, de estratégias que poderão retardar ou prevenir o aparecimento de enigmas inerentes à velhice, tais como doenças crónicas e o aumento da longevidade do indivíduo sem incapacidades (Botella, 2005; Módenes & Cabaco, 2008). Pelo atrás exposto, cada vez mais se justifica a continuidade do estudo do envelhecimento humano e das respetivas teorias. Para se ter uma perspetiva global das teorias, optámos por as condensar de forma esquemática.

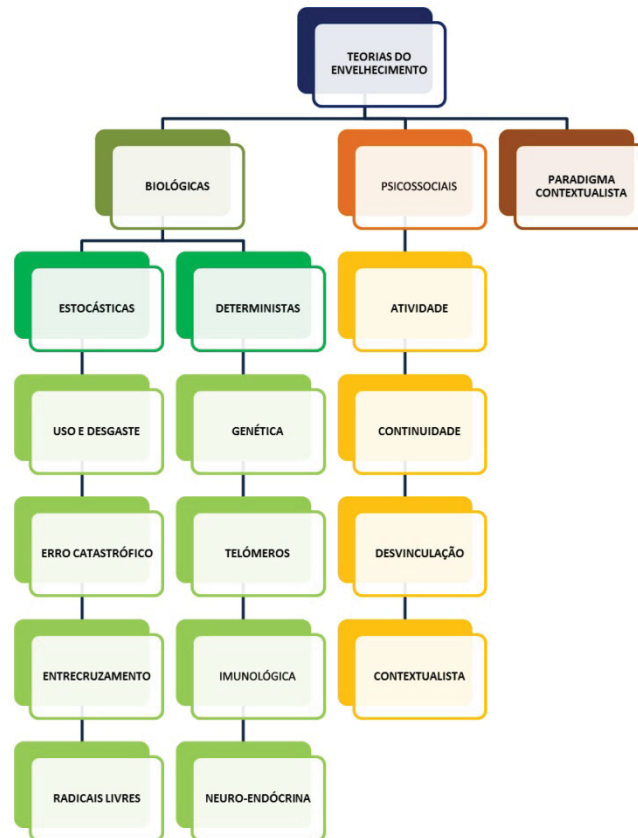


Figura 1. Modelo esquemático global das teorias do envelhecimento.

De seguida, explicitaremos as Teorias do Envelhecimento Biológico, Psicossociais e o Paradigma Contextualista.

### 1.3.1. Teorias do Envelhecimento Biológico

Nos primórdios destas teorias, com o início dos estudos em 1891 por Weismann (Hayflick, 1985; Finch, 1991; Arking, 2008), a conceção biológica observava o processo de envelhecimento como um fenómeno fisiológico passando, mais tarde, a bioquímico. Os estudos desenvolvidos por Hayflick deram um contributo valioso para a evolução das teorias gerontológicas, tendo como objecto de estudo o fenómeno de envelhecimento celular. Entretanto, com o avanço da genética, os investigadores começaram, também, a desenvolver o seu objeto de estudo sobre padrões de hereditariedade e de longevidade. A cooperação proveniente das áreas da Biologia contribuiu e impulsionou a formulação de novas teorias e hipóteses que explicam, ou tentam explicar, o prodígio do envelhecimento humano (Jeckel-Neto & Cunha, 2006).

As teorias biológicas do envelhecimento classificam-se em Estocásticas e Deterministas. As primeiras imputam o envelhecimento biológico à exposição contínua de causas agressivas do meio ambiente, que provocam danos consecutivos no organismo, levando ao desgaste e morte celular, e as segundas sustentam que o envelhecimento é um efeito direto do nosso programa genético (Pinto, 2009, cit. por Fonseca, 2012).

### 1.3.1.1. Teorias Estocásticas e Deterministas

#### 1.3.1.1.1 Teorias Estocásticas

São as que sustentam que o envelhecimento é o efeito de lesões consecutivas conducentes ao desgaste e, conseqüentemente, à disfunção celular e à morte. O uso ininterrupto dos processos metabólicos das proteínas do DNA e as lesões celulares que surgem nos organismos vivos, não possibilitam que os mecanismos de reparação retifiquem todos os erros, sendo que estes são cumulativos ao longo da vida (Pinto, 2006). Dividem-se em: (i) **Uso e Desgaste** – é a mais antiga deste tipo de teorias e encontra-se desatualizada. Baseia-se em observações diárias, fazendo alusão à exposição de agressores extrínsecos a que estamos submetidos frequentemente. O acumular de agressões diárias ou quase diárias, poderá provocar, gradualmente, um decréscimo na eficiência do organismo e, conseqüentemente, a morte (Jeckel-Neto & Cunha, 2006); (ii) **Erro Catastrófico** – também denominada de Catástrofe do Acúmulo de Danos, sustenta que a acumulação de produtos incorretos na transcrição e/ou tradução dos ácidos nucleicos reduz a eficácia celular a um nível incompatível com a vida, sendo que estes erros cumulativos e transmissíveis atingem um elevado número de ocorrências, fomentando o efeito de erro catástrofe em que a célula perde funcionalidade, acabando por morrer, facto que caracteriza o envelhecimento (Jeckel-Neto & Cunha, 2006); (iii) **Entrecruzamento** – defende que, com o avançar da idade, há proteínas como o colagénio onde as ligações cada vez mais se entrecruzam. Como sequela deste processo, a passagem de nutrientes e de resíduos para dentro e fora das células fica comprometida, agravando os processos metabólicos das mesmas (Hayflick, 1996, cit. por Magalhães, 2008) e (iv) **Radicais Livres** – partindo da hipótese de que o envelhecimento é uma consequência do efeito dos radicais livres (moléculas com um eletrão livre ou não emparelhado), esta teoria da danificação oxidativa postula que todas as lacunas fisiológicas, ou a grande maioria, ligadas com a idade, podem ser imputadas aos danos intracelulares produzidos pelos radicais (Jeckel-Neto & Cunha, 2006).

#### 1.3.1.1.2 Teorias Deterministas

Defendem que o envelhecimento é uma sequela direta de um programa genético, sendo o genoma um modelo de relógio molecular biológico. Desenvolvem, ainda, o envelhecimento baseado na noção de que as várias espécies têm uma longevidade máxima estipulada, ou seja, o cão vive, sensivelmente, uma média de 10 anos, o rato entre 1020 a 1050 dias e o Homem, salvo raras exceções, vive no máximo até aos 120 anos. Estas teorias ramificam-se em: (i) **Genética** – os defensores desta teoria alegam que as transformações na representação genética provocam alterações senescentes nas células, sendo que este processo poderá ocorrer através de diferentes mecanismos, atuando a nível intra e extracelular (Jeckel-Neto & Cunha, 2006); (ii) **Telómeros** – nas células que se encontram em divisão celular, o encurtamento dos telómeros induz o abandono do ciclo celular, motivando a entrada em senescência das mesmas, sendo eliminadas por um processo denominado apoptose. Com efeito, sabe-se que, em cada divisão celular, se reduz o tamanho dos cromossomas pelo encurtamento dos telómeros e que a esperança de vida também diminui com esta redução, devido à perda progressiva de capacidade de replicação dos cromossomas, ou seja, a redução de tamanho dos

telómeros é um dos processos responsáveis pelo envelhecimento (Magalhães, 2008); (iii) **Imunológica** – enfatiza as alterações do sistema imunitário, asseverando que, à medida que envelhecemos, este não reconhece as suas próprias células e, em consequência, gera anticorpos contra o próprio organismo (Vega & Martinez, 2000). Ainda segundo esta teoria e do ponto de vista imunológico, a longevidade é dependente da variação de alguns genes do sistema imunitário dos indivíduos, sendo que alguns deles aumentam a longevidade e, pelo contrário, outros diminuem-na (Jeckel-Neto & Cunha, 2006) e (iv) **Neuro-Endócrina** – para os autores desta teoria, os neurónios e as hormonas desempenham uma função importante na regulação do envelhecimento, pois as diferentes partes do organismo não trabalham isoladas (Magalhães, 2004). As sequências para os genes integrantes em funções neuro-endócrinas, com o avançar da idade, podem ser qualitativamente alteradas e a persistência dessas alterações somáticas pode ser modulada pela exposição crónica a determinadas hormonas. Logo, a falência progressiva de células envolvidas em funções específicas, leva ao colapso da homeostasia corporal, à senescência e à morte (Jeckel-Neto & Cunha, 2006).

### 1.3.2. Teorias Psicossociais do Envelhecimento

O envelhecimento psicossocial aguçou o interesse dos estudiosos e ergueu incertezas, tal como o envelhecimento biológico. Os diversos estudos em gerontologia social<sup>3</sup>, executados com a finalidade de clarificar a preponderância dos fatores culturais e sociais sobre o envelhecimento, culminaram com várias teorias, das quais destacamos três: (i) **Teoria da Atividade** – Havinghurst e Albrecht (1953) desenvolveram-na, apoiados na conjectura de que a conservação de papéis sociais e pessoais, está correlacionada de forma significativa com a adaptação e satisfação vital percebida pela pessoa idosa. Os seus princípios básicos são: (a) a Satisfação com a Vida (SCV) está vinculada aos papéis sociais, laborais e familiares; (b) ao continuar-se a atividade, prolonga-se a idade adulta e a meia-idade; (c) a atividade é dependente do estado de ânimo e (d) a satisfação relaciona-se com o tipo de atividade. O cerne da teoria demonstra que a satisfação pessoal com a vida provém da imagem que temos de nós próprios, sendo, no entanto, esta satisfação dependente da concretização, ou não, dos objetivos pessoais que foram pré-definidos e das interações sociais que preservamos (Fonseca, 2006). Para Paúl (1996), um envelhecimento ótimo resulta de um envelhecimento ativo, que sabe comutar as atividades perdidas por outras novas. Esta teoria tem tido e tem muita importância, porque orientou e pode orientar as políticas sociais que maximizam e estimulam a atividade na velhice (Fernández-Ballasteros, 2000); (ii) **Teoria da Continuidade** – evidencia que o envelhecimento é uma parte complementar do ciclo de vida e não um período final isolado das outras fases. Para Neugarten (1968), a pessoa idosa mantém os seus estilos de vida, as suas predileções, assim como práticas e compromissos adquiridos e concebidos durante a sua vida. Para os seguidores desta teoria, o envelhecimento bem-sucedido depende da capacidade de cada um prosseguir e continuar com os anteriores padrões de comportamento. Estes, aliados à personalidade, permanecem estáveis com o envelhecimento, ou seja, o idoso que em jovem foi socialmente isolado, provavelmente, continuará a sê-lo numa fase mais avançada e um indivíduo otimista na juventude deverá

---

<sup>3</sup> A Gerontologia Social estuda o impacto das conjunturas socioculturais no processo de envelhecimento e na velhice, os efeitos sociais desse processo e as ações sociais que conduzam à otimização do decurso de envelhecimento (Paúl, 2005).

manter essas características com o avançar da idade e encontrará estratégias para encarar a velhice com sucesso (Roach, 2003), e (iii) **Teoria da Desvinculação** – desenvolvida por Cumming e Henry em 1961, o idoso aceita e/ou deseja a redução das ligações sociais, fazendo-a através da centralização em si e da diminuição do investimento emocional nos outros e nos objetos do meio social. O indivíduo, gradualmente, termina com o seu empenhamento e retira-se da sociedade. Quando esta desinserção é total, o indivíduo adquire um novo equilíbrio, expresso pela remodelação do seu sistema de valores. A perda das relações interpessoais e dos papéis que desempenhava tornam-se condições normais para o próprio. Perante este facto, quer o indivíduo quer a sociedade e, segundo esta teoria, ficam satisfeitos.

### 1.3.3. Paradigma Contextualista

Numa ótica atual, Fonseca (2007) propõe-se compreender o prodígio biopsicossocial do desenvolvimento humano, referindo-se ao Paradigma Contextualista, de Dixon e Lerner (1992), como sendo uma importantíssima base teórica e metodológica para compreender a variabilidade inter-individual e a plasticidade intra-individual ao longo de todo o ciclo vital. Este paradigma estipula quatro perspetivas que se interrelacionam: (i) **Abordagem Ecológica** (Bronfenbrenner, 1979), sustenta que o desenvolvimento acontece na sucessão de mudanças entre o indivíduo e o meio-ambiente. Sendo uma visão ecológica, assume o ambiente como um sistema de estruturas repartidas por diferentes níveis ligados entre si, ou seja, o micro, o meso, o exo e o macro sistemas. Além disso, assevera a importância do papel ativo dos indivíduos na moldagem da própria vida; (ii) **Contextualismo Desenvolvimental** (Dixon & Lerner, 1992), onde se destaca o potencial da plasticidade ao longo do ciclo vital, e que o desenvolvimento individual provém da reciprocidade entre um indivíduo ativo e um universo em constante transformação; (iii) **Teoria da Ação e do Controlo Pessoal** (Brandtstadter, 1984), alicerça que o desenvolvimento individual, ao longo de todo o ciclo vital, se estabelece através da ação social e individual, sendo formado por determinados atributos, expectativas, crenças e valores e (iv) **Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida** (Baltes, 1987, 1993, 1997, 1999, 2005), alude que o desenvolvimento humano se baseia no resultado da interação entre fatores biológicos, históricos e culturais. Enfatiza, ainda, que o desenvolvimento ocorre por oscilações entre uma alternância permanente e dinâmica, através de perdas e ganhos desenvolvimentais.

### 1.4. Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo foi introduzido pela OMS (2002) numa Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid, e citado por Pereira (2012b, p. 207), onde é definido envelhecimento ativo como sendo “*o processo pelo qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice*”. Para esta entidade, o envelhecimento ativo deve ser entendido no contexto da cultura e género, reportando-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente ao engenho do indivíduo se encontrar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. A pessoa idosa tem que continuar a participar socialmente de

forma útil. Para tal, tem que se sentir integrada socialmente e intervir para o seu desenvolvimento.

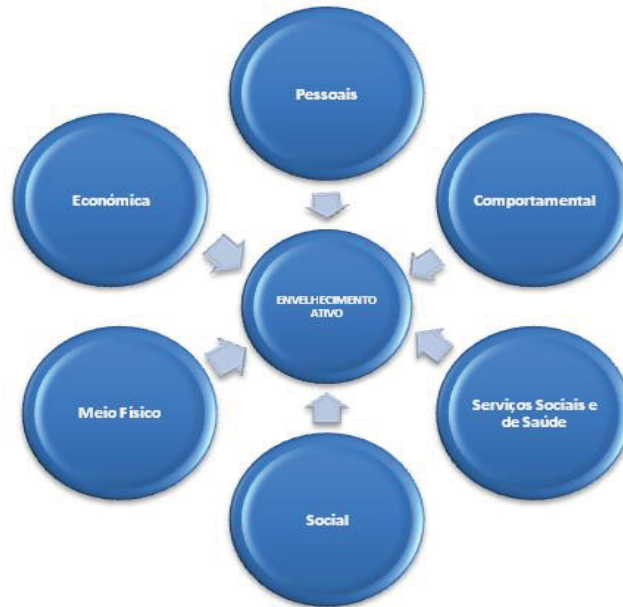
Este modelo é mais consensual dentro da comunidade científica, pois preceitua a qualidade de vida e a saúde dos mais idosos, com a conservação da autonomia física, psicológica e social, onde esta população esteja integrada em sociedades, percecionadas por ela como seguras e onde sinta que têm direitos de cidadania plena.

Para Medeiros (2013a, p. 37), o envelhecimento ativo não se pode reduzir “(...) *apenas à dimensão física «do mexer», das actividades de vida diária (...)*” pois, embora imprescindíveis, não podemos descurar, a par destas, as condições sociais para a saúde e segurança, assim como a participação e inclusão ativa dos adultos nesta fase do ciclo vital.

Assim, Jacob e Fernandes (2011, p. 7) asseveram que, qualquer que seja o programa que tenha por finalidade incrementar um envelhecimento ativo bem-sucedido, terá que ter em linha de conta “*prevenir a doença e a incapacidade associada à optimização do funcionamento psicológico e em especial do funcionamento cognitivo*”. Ou seja, os fatores psicológicos encontram-se na base de um eficaz envelhecimento ativo, pois são estes que permitem à pessoa idosa conseguir ultrapassar as situações adversas com as quais por vezes são confrontadas, gerando sentimentos de satisfação e pensamentos positivos conducentes a um envelhecimento, no mínimo, satisfatório.

O Parlamento Europeu (PE) e a Comissão Europeia (CEu) declararam 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (AEEASG), através da Decisão n.º 940/2011/EU, do PE e do Conselho Europeu (CE), de 14 de setembro de 2011. O grande propósito deste evento foi o de dar uma oportunidade a todos nós de refletirmos sobre o facto de os europeus, atualmente, terem maior longevidade com saúde e oportunidade de aproveitar o que lhes é facultado. Segundo estas duas instituições, o envelhecimento ativo pode facultar à geração apelidada de *baby-boom* e às futuras pessoas idosas, o ensejo de permanecerem no mercado de trabalho e partilharem a sua experiência, continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade em que estão inseridos e viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível.

O processo de envelhecimento leva a modificações na vida quotidiana dos indivíduos, conferindo uma adaptação a novas situações e vivências que conduzem frequentemente ao isolamento e à perda das redes sociais. Como salientado na Fig. 2, o modelo de envelhecimento ativo, conforme o preconizado pela OMS, deriva, segundo Ribeiro e Paúl (2011, p. 3), de uma variedade de fatores como: (i) determinantes de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos); (ii) determinantes de ordem comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde); (iii) determinantes de ordem económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno); (iv) determinantes do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros); (v) determinantes de ordem social (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso) e (vi) determinantes relativos aos serviços sociais e de saúde (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade).



**Figura 2.** Determinantes do Modelo Ativo (Adaptado de Ribeiro & Paúl, 2011).

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), cada um destes determinantes fraciona-se em inúmeros aspetos, donde têm surgido diversas políticas promovidas pelos governos e instituições. Todavia, e segundo a autora, o envelhecimento ativo deve ser fomentado *“através de acções capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e do controlo que têm sobre a sua vida”* (p.51). Este agregado de factores, erigidos pela OMS, são desenhados de um modo circular e apresentam diversas direções em que atuam os diferentes sistemas, tanto ao nível pessoal como externo.

Para Jacob e Fernandes (2011), o compromisso político em programas de desenvolvimento humano deverá ter em ponderação a promoção da saúde ao longo de todo o ciclo vital permitindo, assim, um envelhecimento ativo em todas as vertentes, nomeadamente física, cognitiva, social e espiritual e produtiva, entre outras. A promoção da saúde em prol do envelhecimento ativo demanda o *“incremento e a renovação dos modelos de atendimento, cuidado, prevenção, reabilitação, e de diretrizes que incluam as alternativas que permitam a participação na comunidade, que vão desde a defesa dos direitos sociais e da cidadania até à qualidade de vida”* (p.18).

Ribeiro e Paúl (2011) destacam quatro conceitos-chave para o envelhecimento ativo: (i) autonomia, controlo individual sobre a vida e capacidade de decisão; (ii) independência, nas atividades de vida diárias; (iii) expectativa de vida saudável, tempo que se espera viver sem se necessitar de cuidados especiais e (iv) qualidade de vida, onde se agrupam a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as características do ambiente em que se está inserido. Nesta temática, a cultura desempenha um papel extremamente importante para a compreensão efetiva do envelhecimento ativo e dos seus determinantes.

De acordo com Ribeiro e Paúl (2011), a estrutura política do envelhecimento ativo assenta em três pilares: saúde, segurança e participação social. O primeiro, baseado em diagnósticos médicos, ou percebido pelo próprio, é um dos aspetos fulcrais do envelhecimento e, logicamente, do envelhecimento ativo. Grande parte dos fatores de risco e proteção deste pilar envolvem hábitos de conduta, que foram aprendidos e mantidos como reportórios básicos de conduta. O indivíduo deve, então, fomentar um estilo de vida saudável,

contrariando a tendência dos óbitos a nível mundial, que se devem a fatores de conduta de risco de hábitos e estilos de vida pessoais, condições gerais do meio ambiente, condições do meio ambiente de trabalho, acesso a serviços de saúde e hereditariedade. Pelo exposto, depreendemos que o comportamento é um determinante primário na promoção da saúde e, naturalmente, uma parte muito importante quando nos referimos ao envelhecimento ativo.

O segundo pilar assenta na segurança. Esta abarca um leque de questões que lançam “*um olhar crítico sobre o planeamento urbano e os lugares habitados*”. No entanto, também ponderam “*sobre os espaços privados e o clima social de não-violência nas comunidades*” (p.4).

Finalmente, o terceiro pilar baseia-se na participação social do indivíduo. Marcado pelas relações criadas com diversos subsistemas institucionais, onde estão inseridos “*a família, os grupos de pares, o exercício da cidadania emergindo como palcos incontornáveis da vida social do ser humano e a participação activa nestes âmbitos*” (p. 4). Logo, podemos afirmar que a participação social se encontra estritamente relacionada e dependente dos processos cognitivos, emocionais e motivacionais e, não menos importante, das habilidades sociais do indivíduo.

Assim, os principais domínios do envelhecimento ativo são: “*saúde e boa forma física, óptimo funcionamento cognitivo, auto-regulação emocional e motivacional (afecto, controlo, entre outros) e um alto funcionamento social*” (p.4).

Peculiarmente, a partir da década de 70 do século XX, passou a haver, em Portugal, uma preocupação por parte dos governos e da sociedade em geral pela melhoria das condições de saúde, direitos e qualidade de vida dos adultos de idade avançada sendo, no entanto, contraditória a não inclusão deste grupo nas decisões que a eles respeitam (Medeiros, 2013b).

Diversas disciplinas, designadamente a Psicologia, têm-se debruçado sobre esta temática, salientando o papel do *empowerment* social/comunitário<sup>4</sup> no respeitante ao bem-estar e qualidade de vida dos seniores – Psicologia Comunitária – assim como têm elevado a parte subjetiva do indivíduo no seu próprio envelhecimento, relacionando-a com a educação, a cultura, a personalidade e o Bem-Estar Psicológico (BEP), entre outras – Psicologia Positiva (Medeiros, 2013a). Ainda segundo esta autora, as investigações científicas contemporâneas têm testemunhado que os adultos de idade avançada, por norma, não são mais (tal como muitos estereótipos o afirmam) deprimidos ou infelizes; os níveis de bem-estar não são menores; tal como os outros, têm aptidões para aprender quer informal quer formalmente; atribuem relevância à sexualidade e aos afetos; sofrem de declínios, subjetivos, em algumas funções, por vezes contrabalançadas com ganhos noutras e, de sobeja importância, cada um deve assumir que tem um papel pessoal marcante a cumprir para si e para os que o rodeiam, se sentirem úteis e incluídos. A inserção social é uma componente fundamental para o envelhecimento ativo individual e coletivo, contribuindo, assim, para a propagação cultural da sabedoria, adquirida pelos mais idosos, aos mais novos (Medeiros, 2013b), e destes últimos para os primeiros.

O desejo de se promover o envelhecimento ativo com qualidade de vida foi a divisa de várias instituições, organismos e governos que levaram à criação de um combinado de

---

<sup>4</sup> Carvalho (2004, p. 1092) considera o *empowerment* comunitário como um processo que “*suscita a elaboração de estratégias que procurem promover a participação visando ao aumento do controlo sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida*”.

medidas e programas de ação. Um exemplo do atrás explicitado é a Decisão nº 940 de 2011 do PE e CEU que, no artigo 2º explana o seguinte:

*“(...) promover o envelhecimento activo e de explorar melhor o potencial da população, em rápido crescimento, no fim da casa dos 50 anos de idade ou mais. Ao fazê-lo, promover a solidariedade e a cooperação entre as gerações, tendo em conta a diversidade e a igualdade de géneros. Promover o envelhecimento activo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza, sobretudo das mulheres, e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação activa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade. Tal implica, nomeadamente, adaptar as condições de trabalho, lutar contra os estereótipos negativos relacionados com a idade e contra a discriminação em razão da idade, melhorar a saúde e a segurança no trabalho, adaptar os regimes de aprendizagem ao longo da vida às necessidades de uma mão-de-obra que envelhece e garantir que os sistemas de protecção social sejam adequados e proporcionem os incentivos correctos.”*

O conceito de envelhecimento ativo, inicialmente ligado à saúde, assume um carácter multidimensional, ao abarcar os domínios socioeconómicos, psicológicos, ambientais, familiares e comunitários. Estipula, mormente, a promoção da qualidade de vida, não negligenciando a saúde, exprimida na subsistência da autoestima física e estilos de vida saudáveis, e as vertentes psicológica e social, ou seja, *“O envelhecimento ativo pode ser problema quando não é acompanhado de qualidade de vida. O envelhecimento ativo responde à questão da qualidade de vida.”* (Cabral, 2012). Ao nível da conceção, Paúl e Ribeiro (2011, p. 2) definem o envelhecimento ativo como *“(...) o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.”* Assim, este conceito evolui de uma visão centralizada nas necessidades das pessoas idosas, para uma perspetiva focada nos direitos e na participação ativa do adulto de idade avançada nos âmbitos familiar, social, cultural, político e ambiental.

Neste novo paradigma, o adulto idoso pugna por uma postura mais ativa no seu processo de envelhecimento, é agente fomentador da sua própria saúde e repudia o papel de passividade e de simples recetor de medidas de ação social, promovidas pela sociedade e agentes dinamizadores, no aumento de respostas harmonizadas e adaptadas à sua realidade e necessidades. A grande finalidade é tornar e integrar a população idosa como atores socialmente incluídos e de cidadania plena. Ou melhor, o envelhecimento ativo deve ser *“(...) considerado numa perspetiva de vida (...) em que envelhecer corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados (...) heterogéneos e idiossincráticos (...)”* (Ribeiro & Paúl, 2011, p.2). Daqui, se infere que é o produto obtido entre ganhos e perdas, que resulta da adaptação individual ao decurso do desenvolvimento do ciclo vital, concretizando-se no processo de envelhecimento. Além disso, determina a saúde cognitiva, a interação com os pares, hábitos de vida saudável e afetividades, ou seja, deve ser parte integrante da vida da pessoa idosa e não respeitar somente, à atividade física.

Resumidamente, o envelhecimento ativo é um conceito complexo, multidimensional, heterogêneo, transversal e dinâmico que, adequado às particularidades individuais, pode ser a ferramenta benévola de um envelhecimento tido como saudável e bem-sucedido.

\*\*\*

O processo de envelhecimento implica modificações na vida quotidiana dos indivíduos, conferindo-lhes uma adaptação a situações novas e vivências que poderão, ou não, conduzir ao isolamento e perda das redes sociais.

Abordámos, de um modo geral e numa visão holística, as diversas definições de envelhecimento. Fizemos a distinção entre as diferentes categorias de idade (cronológica, biológica e psicológica), enfatizámos o envelhecimento demográfico e os reptos que, cada vez mais, se impõem às diferentes sociedades mundiais, no sentido de se olhar para todas as *nuances* e contornos deste processo. Aflorámos, ainda, o declínio cognitivo e a Aprendizagem ao Longo da Vida (esta última com capítulo próprio). Por último, e não menos importantes, abordámos o envelhecimento ativo (saúde, segurança e participação social) e a qualidade de vida porque, afinal, o envelhecimento é um processo natural, comum a todos os seres vivos, e não uma doença.

É, por isso, indispensável, quando refletimos sobre o envelhecimento e os seus efeitos, ter em ponderação que este processo resulta de uma série de fatores, repercutindo-se a sua interferência em todos os aspetos da vida humana, tornando-se absolutamente necessário delinear estratégias que permitam salvaguardar as suas consequências aos vários níveis, sem privilegiar/descurar um em relação aos outros.

## 2. REFORMA

*“Não importa se a estação do ano muda... Se o século vira, se o milénio é outro. Se a idade aumenta... Conserva a vontade de viver, Não se chega a parte alguma sem ela.”* (Fernando Pessoa).

Nas culturas ocidentais, embora se saliente as mudanças mais recentes que propendem na afirmação da necessidade premente de uma educação ao longo da vida, o tempo do ciclo vital de cada um está socialmente ainda muito compartimentado em tarefas próprias e atividades, que a sociedade determina de forma estereotipada, isto é, há um tempo certo e específico para estudar, trabalhar e descansar. No tempo de estudar estão enquadradas as crianças e jovens que, ao se incorporarem no sistema educativo, estão a preparar-se para o exercício de uma profissão sendo, este tempo, olhado como um investimento no futuro. O segundo tempo, “o de trabalhar”, corresponde a uma etapa muito valorizada, pois está associada ao desenvolvimento económico, sendo onde se encaixam os adultos. Um indivíduo em idade ativa que não esteja inserido neste tempo ou, dito de outro modo, que não seja “*produtivo*”, poderá ser objeto de estigmatização. Finalmente, o terceiro tempo corresponde à idade da reforma que, na generalidade, equivale aos 65 anos, ou aos 66, no nosso país. A reforma é, assim, conotada como sendo a fronteira para lá da qual as pessoas deixam de pertencer à esfera produtiva.

Pese embora a estruturação dos tempos, na nossa sociedade, ser uma regra fortemente influenciada pela categorização atrás referida, a instituição da reforma é recente, tendo sido estabelecida em meados do século passado<sup>5</sup>, quando foi determinada a idade de 65 anos para abandonar a vida ativa e passar a receber uma subvenção. Este conceito de *reforma* e limite de idade foi estabelecido pelo *chanceler* prussiano Otto Von Bismarck (1815-1898), no final do século XIX e seguido por outros países (Simões, 2006b). Podemos considerá-la um marco no ciclo da vida de cada indivíduo e o modo como vai ser vivido depende de como cada um o encara (Vieira, 2004).

Em Portugal, também desde o final do século XIX, houve alguns avanços da proteção social na velhice, dirigidos porém, a grupos específicos de trabalhadores. A tendência desta evolução tornou-se mais visível no início da década de 70 do século XX, acentuando-se após o 25 de abril de 1974 e, principalmente, após a aprovação da nova Constituição da República (1976), que estabeleceu o direito de todos à Segurança Social, donde se destaca a proteção na velhice. Durante algumas décadas, a tendência foi para diminuir este limite de idade (sensivelmente desde as últimas duas décadas do séc. XX e até ao final da 1ª década do século XXI), no entanto, e devido à atual crise económica mundial e às profundas alterações demográficas, a propensão tem sido a inversa, com a justificação estatal da sustentabilidade do sistema de Segurança Social.

Atualmente, a velhice e a reforma representam duas realidades distintas (a idade de se ser velho surge agora mais tarde do que a idade da reforma), o que coloca em causa a legitimidade da reforma face à velhice e os pressupostos da solidariedade social e dos

---

<sup>5</sup> Anteriormente a esta data, a regra era que as pessoas se mantivessem ativas até poderem. Não havia qualquer proteção na velhice e os filhos eram considerados como o único meio de subsistência. Segundo Simões (2006b), a aposentação teve origem no desenvolvimento tecnológico e da ciência, a industrialização e a organização burocrática e hierárquica da sociedade.

contratos intergeracionais, nos quais se basearam (Fernandes, 2008). Se antes a reforma não existia como categoria social autónoma, com a criação de um limite a partir do qual se passa à situação de reforma, a velhice deixa de ter o significado de incapacidade para trabalhar, para passar a ser uma “*inactividade pensionada*” (Veloso, 2007, p. 264). De uma “velhice invisível” passámos para uma “velhice identificada” (Guillemard, 1980, p. 20), no sentido em que este grupo se identifica por ser constituído por pessoas reformadas.

Erradamente, quando um indivíduo cessa a vida profissional porque atingiu a idade da reforma, diz-se que entrou na terceira idade, sendo esta expressão conotada com “*preconceitos de desvalorização da vida pós-activa*” (Pinto, 2007, p. 75), principalmente levando em linha de conta a importância e a centralidade que o trabalho desempenha. O emprego é um elemento fulcral na criação de uma identidade pessoal e social tendo um “*valor simbólico de referência*” (Alcoforado, 2000, p. 15). Para Pinto (2007), existem três elementos identificadores da identidade: o nome, a filiação e a profissão. É este último, segundo o autor, o elemento mais decisivo para a identidade na vida adulta. Daqui, é fácil inferir o quanto a vivência adulta gira em torno do emprego. O emprego é “*um factor regulador da vida em sociedade*”, “*uma poderosa forma de expressão humana*” (Ramos, 2001, p. 11) e “*uma espécie de segunda natureza do homem*” (Billiard, 1993, p. 19).

Ser reformado pode traduzir menor rendimento económico, impondo uma acomodação à nova condição financeira, a novas rotinas e a menos contatos sociais. Esta alteração de estatuto pode proporcionar baixa autoestima e sentimentos de inutilidade e solidão. A passagem à situação de reformado é um marco de grande importância, tal como salienta Simões (2006b, p. 77), “*a aposentação é uma das transições mais importantes na vida dos indivíduos, comparável mesmo à entrada na profissão, não só pelo que representa em termos de duração (20%, aproximadamente, da sua existência), como ainda pelos desafios e oportunidades de desenvolvimento que lhes oferece*”.

Há, também, aspetos positivos com a situação de reformado, a saber, o aumento do tempo de lazer e maior disponibilidade para se fazer o que mais se aprecia, o que durante o período laboral não era possível. A perceção mais positiva ou negativa da posição de reformado depende de cada um, do contexto em que vive e de ter ou não preparado este momento. Socialmente, e dada a importância que um emprego ocupa, a entrada na idade da reforma, sendo um direito, corresponde, também, a um desinvestimento na pessoa “*através de um simples acto administrativo, no espaço de um único dia, coloca-se uma pessoa no mundo da inutilidade e da dependência*” (Nazareth, 2009, p.183).

A entrada na reforma, atualmente, tem que ser analisada à luz das novas dinâmicas demográficas, especialmente do aumento da esperança média de vida. Além de ser mais saudável, atualmente, a velhice é mais longa. Com a antecipação da idade legal de reforma e com a pré-reforma é preciso notar que “*quem trabalhou trinta anos facilmente poderá viver outros tantos sem trabalhar*” (Pinto, 2007, p.77). Esta situação deverá ser encarada como uma oportunidade e conquista do desenvolvimento e não perspectivada como um problema.

Nazareth (2009) critica o modo organizacional da sociedade, evidenciando de forma especial, o que considera ser uma compartimentação rígida, estanque e ditada por razões meramente economicistas. Pondera que o desenvolvimento não ocorre do mesmo modo para todos os indivíduos, sendo necessário haver um ajuste por parte das sociedades para fazerem face aos desafios lançados pelos novos padrões demográficos. Neste modelo social, em que são definidos três momentos da vida (estudar, trabalhar e descansar), há uma valorização clara

dos que estão no ativo, em detrimento dos outros dois grupos, especialmente dos reformados, vistos muitas vezes como elevados custos e como um peso pelos que se encontram no ativo. Segundo Nazareth (2009, p. 182), “*habituámo-nos a considerar as pessoas com mais de 65 anos como sendo idosas, ou seja, como estando na antecâmara da morte, sem nunca nos interrogarmos sobre o absurdo da questão*”.

Apesar dos estereótipos sobre o trabalhador idoso se encontrarem relativamente difundidos, a investigação científica não comprova esta visão negativa, antes pelo contrário; os estudos (Fula, Amaral & Abraão, 2012; Pestana, 2003) apontam que os trabalhadores mais idosos trabalham tanto ou mais do que os mais jovens, dependendo do tipo de tarefa. Estes funcionários socorrem-se da sua ampla experiência para contrabalançar algumas limitações físicas que possam ter surgido com o avanço da idade (Simões, 2006b). A entrada na idade da reforma, pelas modificações que origina, demanda uma adaptação gradual. Assim, têm sido determinadas algumas tipologias que possuem como objetivo explicar a adaptação a esta nova etapa do ciclo de vida.

Wang e Bodner (2007, cit. por Wang & Schultz, 2009) fizeram um estudo e concluíram que, numa amostra representativa da população dos EUA, sensivelmente 70% dos reformados descrevem mudanças mínimas no bem-estar psicológico, cerca de 25% referem mudanças negativas durante a fase inicial da transição, superando-as depois, e 5% expressam mudanças positivas no bem-estar psicológico. Estes resultados são representativos da heterogeneidade do processo de transição e adaptação à condição de reformado.

Relativamente a Portugal, e segundo Fonseca (2004, p. 360), a reforma é descrita “*globalmente como um acontecimento de vida que origina um processo “transição-adaptação” no âmbito do qual se forja um resultado adaptativo mais ou menos satisfatório*”. A “passagem à reforma” é como um evento de vida de cariz predominantemente normativo, impondo o desempenho de novos papéis e a respetiva integração numa dada estrutura de personalidade, cuja eventualidade coincide no tempo com outros acontecimentos de vida próprios do envelhecimento (Fonseca, 2005). Este processo assume particular importância porque: (i) dado o papel central que a vida profissional tem na vivência do indivíduo, trata-se de algo que acaba por integrar a própria personalidade; (ii) para além do modo como o indivíduo se preparou para a “passagem à reforma”, como qualquer outra transição, transporta consigo novas realidades, total ou parcialmente diferentes do inicialmente esperado; (iii) a “passagem à reforma” deve ser a mudança do ciclo de vida onde a vulnerabilidade pessoal assume contornos mais extraordinários, quer pela ausência de modelos de referência, quer por interferência de múltiplas variáveis (Hooker, 1991, cit. por Fonseca, 2005). A condição do eu reformado é vivenciada em paralelo com a perceção do “eu” que envelhece (Fonseca, 2005).

Para Kim e Moen (2002) se, por um lado, a experiência de reforma pode fomentar um sentido de bem-estar, à medida que os trabalhadores se afastam de uma atividade exigente e/ou stressante, por outro, a passagem à reforma pode conduzir a uma diminuição de bem-estar, porque os indivíduos percecionam a perda dos seus vínculos ocupacionais, da sua rede social e de um dos elementos essenciais à sua própria identidade.

Segundo Newman (2008), a entrada na reforma é percecionada como uma das maiores transições de vida, onde interagem fatores organizacionais, financeiros e familiares com fatores psicológicos, e onde o indivíduo passa de uma situação de vida profissional para uma situação de vida sem emprego, onde o trabalho termina e uma nova fase da vida se inicia. A reforma é uma transição objetiva no curso de vida de um indivíduo, que acontece a todos que

exercem uma atividade laboral formal, mas, em paralelo, é um elemento subjetivo e uma transformação psicológica e social ao nível da identidade do indivíduo, das suas expectativas, preferências e significados. Recentemente, têm aparecido alguns estudos que abordam as transições bem-sucedidas para a reforma. Wong e Earl (2009) procederam a um estudo transversal com 394 reformados, entre os 45 e 93 anos, colocando a ênfase nos fatores individuais (demográficos e saúde), psicossociais (centralidade do trabalho) e nas influências organizacionais na adaptação à reforma (reforma forçada). Os resultados sugeriram que os que dispunham de melhores condições de saúde, maior poder monetário e eram casados, conseguiam uma melhor adaptação à reforma. A centralidade do trabalho não estava diretamente relacionada nem com a adaptação à reforma, nem com as atividades pós-reforma.

Outros autores (Lerner & Hultch, 1983; García & Ruiz, 2000; Kim & Moen, 2001) referem que um bom estado de saúde psicológica e uma pensão monetária superior concorrem para uma melhor adaptação à reforma. No entanto, salientam que o elemento mais influenciador é a entidade/empresa onde o indivíduo trabalhava, em detrimento dos fatores psicossociais ou individuais, na adaptação à reforma.

A tomada de decisão de se reformar, enquanto transição de vida, nem sempre é fácil, porque se para uns constitui o entrar numa fase de prazer, liberdade e de desresponsabilidades sociais, para outros emerge como desvalorização por parte da sociedade, de afastamento de uma das fontes de identidade, do seu emprego. Tais conotações levam-nos para o *stress* e/ou *burnout* nesta fase de transição, uma vez que a entrada na reforma se apresenta, socialmente, com uma visão negativa, não reconhecendo essa mesma sociedade, o valor destes indivíduos que dedicaram anos da sua vida à profissão. Para Cabete e Saraiva (2012, p. 89, cit. por Ferreira, 2013), as pessoas criam expectativas com a aproximação da reforma, “*contudo a mudança e a reavaliação podem por vezes gerar algum sentimento de perda e mesmo de desilusão decorrente do balanço pessoal e profissional entre o desejo e o alcançado.*”. O indivíduo fica mais vulnerável e o ressurgimento de doenças do foro psicológico pode fazer-se sentir, dominando a depressão pelas perdas vivenciadas.

Em suma, como nos diz Fonseca (2011), a satisfação que se obtém nesta fase da vida é afetada por aspetos de natureza interna (saúde, crenças, objetivos) e externa (estatuto, rede social, recursos disponíveis).

## **2.1. Preparação/Educação para a Reforma**

A necessidade de uma boa preparação para a transição da vida laboral para a reforma é salientada por Oliveira (2008a, p. 87), que propõe “*pedagogia ou educação para a reforma*”, através da qual, os futuros reformados, recebam informações avançadas sobre a situação futura, identifiquem e antecipem possíveis dificuldades. Também Simões (2006b) defende a necessidade e utilidade da educação para a reforma. Segundo Neto (2012, cit. por Ferreira, 2013), a educação para a reforma é um grande auxílio para o envelhecimento bem-sucedido.

Donaldson, Earl e Muratore (2010) estudaram uma amostra de 570 australianos, com idades compreendidas entre os 49 e os 97 anos, com a finalidade de identificar os fatores que influenciam a adaptação à reforma. Estes autores salientam que há alguma evidência para apontar que o planeamento da reforma leva a uma maior sensação de controlo, aumentando a perceção de bem-estar.

Bueno, Vega e Buz (2004) sublinham, também, os resultados positivos de uma boa educação para a reforma, porque “*ajuda a enfrentar os problemas de saúde, económicos, sociais e a organização global de toda a vida*” (p. 432). Para estes autores, a preparação para a reforma pressupõe a gestão do tempo livre, uma reorientação e organização dos hábitos do dia-a-dia e deve abordar questões importantes como o processo de envelhecimento, a mudança de atitudes, hábitos e estilos de vida saudáveis, processos de adaptação social em família e comunidade, modificações da economia própria e doméstica, questões jurídicas, os tipos e modalidades de apoio existentes para a velhice, o voluntariado e o turismo sénior. Para Matour e Prout (2007), os trabalhadores e as empresas a que eles pertencem devem ser estimulados a arquitetar atempadamente a sua saída do mercado de trabalho.

Em Portugal, são muito raros os projetos de preparação de indivíduos em pré-reforma. Neste contexto, salientamos o Projeto *Recrutar o Futuro* (Palma, 2001), composto de uma formação para os responsáveis das instituições públicas e privadas pelos recursos humanos, cuja finalidade é promover uma preparação para a reforma dos seus colaboradores. Diferentes distritos já aderiram ao projeto, embora esta adesão não seja significativa. A participação dos indivíduos que se encontram em pré-reforma é facultativa, não sendo aproveitados pela grande maioria os benefícios das informações e preparação oferecidas (Simões, 2006b).

Para melhor explicarmos o modo como decorre a transição e adaptação à situação de reformado vamos recorrer a algumas teorias explicativas.

## 2.2. Teorias de Transição e Adaptação à Reforma

As **Teorias da Crise e da Continuidade** baseiam-se numa perspetiva desenvolvimental e ambas focalizam o modo como os indivíduos se adaptam relativamente à perda de papéis que acompanha a reforma.

A **Teoria da Crise** assenta a ênfase que o papel ocupacional/profissional representa, sendo que este é visto como a principal instância de validação cultural e social do indivíduo, um género de eixo em torno do qual giram outras dimensões de funcionamento humano. Esta perspetiva enfrenta a passagem à reforma como o afastamento de um papel fundamental, algo que, necessariamente, vai afetar de modo negativo o desempenho de outros papéis e a própria identidade pessoal (Fonseca, 2004). A adaptação pode ser alcançada com sucesso, na medida em que haja a substituição das atividades inerentes ao papel de trabalhador, por outras atividades igualmente significativas para o indivíduo, a partir das quais ele constrói um papel de reformado (Fonseca, 2004).

A **Teoria da Continuidade** contrasta pela oposição à anterior, uma vez que os indivíduos tendem a manter os seus padrões de vida, a autoestima e os valores ao longo de todo o seu percurso existencial, mesmo durante a reforma, pois esta não implica, necessariamente, desajuste e perturbação psicológica (Kim & Moen, 2002).

Atchley (1996) perspetiva a **Teoria Funcional** e a **Teoria de Intercâmbio**. Ambas concordam em imagens negativas do trabalhador idoso, pois consideram-no menos capaz de exercer as suas funções. A ideia que está subjacente à **Teoria Funcional** é a de que afastando os mais idosos do mercado de trabalho haverá mais lugares disponíveis para os mais jovens. A **Teoria de Intercâmbio** concebe as relações laborais como um intercâmbio entre o trabalhador e a entidade patronal, ou seja, o trabalhador recebe um salário em troca da sua força de trabalho. Quer o trabalhador, quer o empregador, têm por finalidade a maximização

dos seus lucros. Neste campo de acção, o patronato considera que um trabalhador mais idoso é menos capaz do que um mais jovem, pelo que a redução dos mais idosos torna-se uma prioridade (Atchley, 1996).

Estas duas teorias não deixam de refletir atitudes estereotipadas; isto não é sinónimo de que não existam aspetos positivos aliados dos trabalhadores mais idosos, nomeadamente, a experiência profissional, o forte sentido de responsabilidade e o serem dignos de confiança. O facto é que os estereótipos negativos têm superado os positivos (Simões, 2006b).

### 2.3. Fases da Reforma

Não existe um padrão único de vivência da reforma. A transição para a reforma engloba diversas mudanças em simultâneo que, por um lado, podem ser benéficas e, por outro, implicam perdas, essencialmente em termos de rotinas, hábitos, lugares familiares e de relacionamento, provocando muitas vezes sentimentos de frustração e de tristeza.

Baseando-se nos princípios da Teoria da Continuidade, Atchley (1996) identificou uma série de sete fases através das quais se deve analisar o processo de transição-adaptação à reforma: (i) Pré-Reforma, (ii) “Lua-de-Mel”, (iii) Desencanto, (iv) Definição de Estratégias de *Coping*, (v) Estabilidade, (vi) Dependência e (vii) Retorno.

**Fase da Pré-Reforma** – nesta primeira fase, o indivíduo medita sobre a inevitabilidade ou a possibilidade de se reformar e começa a desligar-se emocionalmente da sua profissão, divagando acerca da sua futura vida de reformado. Para Atchley (1996), a conexão entre reformado e velhice e as conotações depreciativas que regularmente andam aliadas a esta etapa da vida antecedente da reforma, podem-na tornar muito difícil e até espinhosa. Prentis (1992) encara que a indispensabilidade de lidar com tarefas adaptativas subjacentes à reforma pode originar temores quanto ao futuro e gerar alternativas a uma passagem à reforma próxima e total, traduzindo-se numa ausência gradual da vida profissional e, por isso, menos penosa. Para alguns indivíduos, a passagem a um regime de tempo parcial atesta uma apetecida ligação mínima ao mundo do trabalho, ajuda na estabilidade emocional e fomenta a articulação com outros contextos de aproximação progressiva como família, lazer e interesses extraprofissionais preparando, realmente, a sua inclusão na categoria de reformado.

**Fase da “Lua-de-Mel”** – o indivíduo abdica da vida profissional, entra na condição de reformado e começa a viver as conceções anteriormente idealizadas, adotando uma de duas posturas: ocupação/atividade *versus* descanso/tranquilidade ou uma combinação entre elas. Para Atchley (1996) é, normalmente, um período que pertence a uma alta satisfação de vida, uma espécie de “férias prolongadas”.

**Fase do Desencanto** – caracteriza-se pelo abatimento da satisfação sentida na fase anterior. Nesta fase, o indivíduo descobre, por exemplo, que a jardinagem diária é menos divertida e apelativa do que a do fim de semana, e toma consciência que não vai aguentar os próximos 20 anos só a ler e ouvir música, que não tem possibilidades monetárias para passar o tempo todo a viajar, ou que passar o dia na companhia do cônjuge/companheiro(a) pode mostrar-se menos gratificante, e nesta tomada de consciência pode sentir-se vazio(a) e podem ocorrer estados depressivos.

**Fase da Definição de Estratégias de *Coping*** – estudos efetuados por Atchley (1996) demonstraram que a satisfação com a condição de reformado decresce gradualmente ao longo

do primeiro ano, provocando procura realista de soluções para a ocupação do tempo livre, que proporcionem motivos de satisfação sólida.

**Fase da estabilidade** – o indivíduo consegue revelar capacidade para pensar e sentir a sua vida de um modo integrado e assim elaborar e desenvolver objetivos que elege como estratégias adaptativas e eficazes perante a situação de reformado. Algumas pessoas continuam numa atitude de descanso/tranquilidade, mas a grande maioria procura determinar uma rotina de substituição da vida profissional anterior, que pode ser completamente nova ou, então, passar a ser uma complementaridade de um modelo de vida. Há, porém, indivíduos que não conseguem alcançar esta estabilidade, acabando por entrar numa das duas situações: dependência ou retorno (Atchley, 1996).

**Fase da Dependência** – envolve passar de um estado de total autonomia (exceto em situações em que a reforma foi por motivo de incapacidade) para um estado de necessidade de ajuda, abrangendo a gestão do dia-a-dia.

**Fase do Retorno** – o indivíduo cansa-se ou indis põe-se com a sua condição de vida e move-se para fora do seu papel de reformado, procurando novamente uma ocupação de natureza profissional que lhe preencha o tempo e lhe assegure a satisfação de necessidades e de motivação que a situação de reformado não conseguia fornecer.

Os distintos estilos de vida de adaptação à reforma adotados por cada indivíduo são, além de subjetivos, influenciados pelas experiências profissionais e familiares, mas também afetados por condicionantes sociais e culturais.

Em complemento do acima dito, Hornstein e Wapner (1985) procederam a uma investigação com 24 indivíduos de diferentes áreas profissionais, em dois momentos da sua vida: (a) um mês do início da reforma e (b) entre seis a oito meses após o início da mesma. Concluíram a existência de quatro estilos ou modos de adaptação à reforma: (i) *transição para a velhice*, em que a reforma é vivenciada como sendo um marco inicial do envelhecimento. Os indivíduos parecem associar oficialmente a sua entrada na última etapa do ciclo vital, sem que demonstrem novos interesses e/ou planos para o futuro; (ii) *novo começo*, em que a reforma é vista com exaltação e como sendo um momento de novas oportunidades ou inovação de intentos e objetivos; (iii) *continuação*, em que os indivíduos procuram manter ao máximo as suas atividades diárias e, de um modo geral, sem grandes alterações no seu quotidiano e (iv) *rutura imposta*, em que as pessoas idosas se sentem muito afetadas pela perda de papéis, demonstrando que preferiam continuar a trabalhar, já que se achavam capazes de prosseguir as suas vidas laborais.

\*\*\*\*

Neste capítulo abordamos a *Reforma*, bem como as teorias de transição e adaptação a esta, assim como as suas fases. A reforma, enquanto transição de vida, é uma fase nem sempre fácil de aceitar. Para uns simboliza o prazer, a liberdade e ausência de responsabilidades sociais, enquanto para outros, revela o princípio da sua desvalorização por parte da sociedade, renúncia de identidade e abandono do emprego. Daí ser necessária uma boa preparação para transição da vida laboral para a reforma – uma educação para a reforma. A reforma tem aspetos positivos como, por exemplo, mais tempo livre, mas também aspetos negativos, como a perda de contatos sociais e dificuldade em gerir o tempo. Trata-se de uma passagem no curso de vida de um indivíduo que acontece a todos que exerçam uma atividade

laboral formal, mas, em paralelo, é um elemento subjetivo que implica a identidade do indivíduo, as suas expectativas, preferências e reavaliação de significados.

Para potenciar os aspetos positivos e minimizar os aspetos negativos, torna-se necessário preparar bem esta fase da vida, sendo o reformado ajudado, nesta transição do mundo exigente e rotineiro do trabalho, para uma nova forma de gestão do seu tempo livre.

Para que a vivência da transição que a reforma acarreta seja positiva, é necessário a educação/preparação para a reforma dos indivíduos que se aproximam desta fase da vida, para que a saída do mercado de trabalho aconteça do modo mais adequado, bem como a colaboração de toda a sociedade, que permitam o trabalho voluntário da pessoa idosa e a sua integração comunitária de pleno direito.

### 3. EDUCAÇÃO E APRENDIZAGEM SÉNIOR

*“Ninguém é tão ignorante que não tenha algo a ensinar. Ninguém é tão sábio que não tenha algo a aprender.”* (Blaise Pascal)

#### 3.1. A Educação e Aprendizagem em Adultos de Idade Avançada

Nos últimos anos, a necessidade de educação e aprendizagem tem sido um tema em foco. Os indivíduos que se encontram na vida laboral ativa têm a percepção que se devem manter em permanente atualização, com a finalidade de conseguirem acompanhar o ritmo do dinamismo social, económico e tecnológico. Esta consciencialização permite uma melhoria nas suas carreiras profissionais. Questionamos sobre o que levará um adulto de idade avançada a querer voltar aos estudos e ingressar numa universidade? Certamente que no nosso contexto, não será a requalificação profissional ou o ingresso no mercado de trabalho mas, provavelmente, as necessidades de autorrealização, o bem-estar global e a melhoria da Qualidade de Vida (QV). A este propósito, Rebelatto e Morelli (2004, p. 26) afirmam que *“Uma boa qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos”*.

Os vocábulos *Educação* e *Aprendizagem*, embora relacionados, não são sinónimos. Em termos etimológicos, aprender vem do verbo *aprehendere*, cujo significado é agarrar, apoderar-se. Logo, aprender é *“agarrar um conteúdo proposto”*, não significando necessariamente compreensão (Simões, 2007, p. 33). A aprendizagem pode definir-se como sendo uma mudança, mais ou menos estável, da conduta produzida como efeito da prática, sem a qual o ser humano não poderia responder a estímulos intrínsecos e extrínsecos a que está sujeito, e de se adequar às variadas situações com que se vê confrontado durante toda a sua vida. Além disso, é um processo vital e indissociável de todo o ciclo vital de um indivíduo, em qualquer tempo, cultura e época histórica.

Conforme Simões (2007, p. 34), *“Educar-se é tornar-se humano, ou melhor, é tornar-se mais humano”* e, assim sendo, a educação preconiza sempre uma mudança para melhor, em que o indivíduo aumenta os seus valores morais e éticos, ou seja, *“(…) é agir moralmente”* (p. 15). Para este autor, ao relacionar a educação com a aprendizagem *“(…) educar é aprender a ser (...)”* ou, dito de outro modo, *“(…) educar é aprender a ser melhor”* (Simões, 1989, p. 6). Parafraseando Simões (2007, p. 43), a educação é a *“(…) orientação do desenvolvimento, mas, de acordo com uma concepção, que tem em conta a eminente dignidade e superioridade da pessoa humana e a transcendência da ordem moral”*.

A visão humanista de educação acima referida desvia-se, significativamente, da perspetiva da escola convencional formal, muito mais focada nos saberes, no conhecimento e no ensino, do que na educação. Este entendimento mostra um discernimento dos seres humanos livres, morais e autónomos que, segundo Freire (2008, p. 19), são *“(…) seres condicionados mas não determinados”*, ou seja, encontramos a ideia do inacabamento do humano. Ter percepção do seu inacabamento é primordial para a educação do ser humano, porque este facto incute-lhe a consciência de que pode sempre mudar, melhorar e progredir.

Segundo o Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida (2000), a motivação individual para aprender e a disponibilização de várias oportunidades de aprendizagem são, em última instância, os primordiais fatores para a concretização bem-sucedida de uma estratégia de aprendizagem ao longo da vida. Neste mesmo documento é salientado, também, que os sistemas de aprendizagem devem ser adaptativos às circunstâncias de mudança em que os indivíduos se organizam e geram as suas vidas. Na verdade, o ser humano nunca pára de aprender independentemente da idade, condição física, mental, social e económica. Já Comenius, pedagogo do século XVII, defendia a ideia de que a educação era destinada para todos, logo, todos descobriam a verdadeira cultura.

A Declaração Mundial sobre a Educação para Todos (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO, 1998), estabelece no artigo 1, nº 1, que *“Cada pessoa - criança, jovem ou adulto - deve estar em condições de aproveitar as oportunidades educativas voltadas para satisfazer suas necessidades básicas de aprendizagem”* e no artigo 6 que *“A aprendizagem não ocorre em situação de isolamento. Portanto, as sociedades devem garantir a todos os educandos assistência em nutrição, cuidados médicos e o apoio físico e emocional essencial para que participem ativamente de sua própria educação e dela se beneficiem”*.

As fases diferenciadas do desenvolvimento humano, assim como os estereótipos conotados com a idade, nomeadamente o referente ao declínio intelectual, são típicos das sociedades ocidentais. A idade transporta, no domínio das representações sociais, uma aceção de diferenciação e desigualdade, conduzindo a que se construa, socialmente, a conceção de que a importância dos grupos etários é diferenciada. Encarada como sendo a etapa final do desenvolvimento, a adultez avançada (ou velhice) não é, comumente, olhada como sendo um período próprio à aprendizagem humana (por vezes até é vista como um regresso à infância, com a consequente perda de capacidades e autonomia).

Neste sentido Neves (2009) e Boshier (1998) concluem, quando se referem ao termo educação, que este é afetado por opções governamentais que têm por objetivo o acesso ao conhecimento através das oportunidades educativas existentes, em diferentes momentos ao longo de toda a vida.

Relativamente ao termo aprendizagem, Costa (2005) e Neves (2009), consideram que este contém um sentido do campo da responsabilidade individual, no que respeita ao próprio percurso educativo, ponderando os seus interesses, necessidades e objetivos. Cunningham (1988) alude que, socialmente, tem-se instituído a infância e a juventude como sendo as idades apropriadas para a aprendizagem. A educação do adulto idoso, também por vezes denominada de gerontologia educativa e/ou de educação gerontológica (Oliveira, 2008b), numa sociedade que ainda marginaliza este indivíduo, assume um papel fulcral.

Willis e Schaie (1981) propõem-nos cinco objetivos para a educação dos adultos idosos: (i) ajudá-los a compreender as modificações corporais e comportamentais (essencialmente as alterações cognitivas ao nível da memória e resolução de problemas) que advêm com o avançar da idade; (ii) fazer com que entendam as mudanças extremamente rápidas de índoles tecnológica e cultural das sociedades contemporâneas, nomeadamente, o manuseamento das novas tecnologias informáticas e das redes sociais; (iii) torná-los aptos para o desenvolvimento de capacidade de luta contra as consequências, na primeira pessoa, das mudanças socioculturais e do envelhecimento; (iv) apetrechá-los de novas aptidões para

lidarem com situações desconhecidas e (v) fazer com que acedam a um nível satisfatório de desenvolvimento e que descubram novos papéis como, por exemplo, o voluntariado.

Do atrás exposto, podemos inferir que a gerontologia educativa tem de assumir um papel específico, não se podendo rever e reproduzir do modelo escolar tradicional. A educação de adultos em idade avançada teve, nos seus primórdios, a tentativa de alfabetização de grupos que, por causas económicas e sociais, não tiveram a oportunidade de aprender a ler e a escrever. Atualmente, a educação para os adultos idosos tem uma finalidade diferente.

Cada vez mais se nota a contradição intergeracional, ou seja, a diferença de motivação entre os aprendentes jovens e os aprendentes idosos. Os primeiros, por norma, contam o tempo para saírem da universidade pois, em muitas situações, os estudos processam-se por obrigação e/ou imposição familiar e numa lógica de encontrarem as competências para o emprego futuro, enquanto os segundos não desejam de lá sair, porque fazem-no por prazer, para incrementar o seu leque de conhecimentos, tendo como grande finalidade viver com maior qualidade de vida e desenvolver potencialidades e habilidades que nunca supuseram ter. A educação nos indivíduos idosos procura facilitar-lhes a vida, o seu contacto com novas sociedades e tecnologias e, principalmente, permitir-lhes a aquisição de autonomia em determinados aspetos.

Corazza (2005) dá-nos exemplos de locais e de atividades sociais, de lazer, desportivas, económicas e jurídicas que podem ser frequentados pela população sénior e cuja finalidade principal é mantê-los ativos como, por exemplo, associações e clubes da Terceira Idade (onde são patrocinadas festas, bailes, etc.) e Faculdades/Universidades, abertas aos adultos em idade avançada, aos quais se acrescenta os Centros de Convívio. A frequência destes locais dá a oportunidade aos idosos de se manterem em contacto direto com o mundo, combaterem o isolamento e o receio de não serem aceites no seu contexto. Oliveira (1996, p. 8) afirma que *“nem sempre compreendemos a educação fora do chamado período escolar, nos anos da infância e da juventude”*. Há que combater os estereótipos, fomentando que ser idoso não é uma doença e/ou deficiência, não precisa de ser isolado e estar de quarentena, que os anos e as rugas não são contagiosas, mas sim sinónimo de experiência, vivência, saberes, êxitos/sucessos, erros/fracassos, lágrimas/alegrias.

A educação na população sénior demonstra, não só aos próprios, mas a todos os que os rodeiam que, independentemente da idade, eles podem aprender a viver de uma forma ativa, desfrutar de autonomia e liberdade e que é possível acompanharem a evolução da sociedade. Já em 1964, Arnhoff afirmava que os idosos podem aprender tal como os jovens, salientando que, na aprendizagem dos aspetos práticos e na execução de tarefas, podem mesmo superar com maior habilidade os mais jovens. A grande finalidade não é atribuir posição ou *status*, mas sim manter os adultos em idade avançada ocupados e ativos, afastá-los do isolamento e da solidão, combater os pensamentos autodestrutivos e fazê-los entender que, por direito, fazem parte integrante da comunidade e que todo o ser humano tem capacidade de aprender desde que nasce até que morre.

Quando os adultos em idade avançada conseguem preservar as funções mentais sem alterações, é motivo mais do que suficiente para que se continuem a educar e manter ativos, pois a sua inteligência não se transforma, mas antes necessita de exercício e estimulação. Segundo Beauclair (2008), o desenvolvimento da nossa inteligência emocional poderá ser facilitador de otimismo ante a vida, de mais auto-motivação, de mais resistência, de vontade de realizar os nossos desejos e de alcançar metas.

Para Christensen (2001), a educação exerce maior influência na inteligência cristalizada do que na fluida<sup>6</sup>.

Embora existam generalidades e princípios comuns no respeitante ao funcionamento cognitivo dos indivíduos idosos, é indispensável mencionar a variabilidade existente quanto às mudanças no próprio indivíduo e entre diferentes indivíduos (Glisky, 2007), daí ser de extrema importância atender à variabilidade inter e intra-individual.

É incontornável que a educação em adultos de idade avançada só lhes traz benefícios. Cavalcanti (1995) afirma que, de um modo geral, nos idosos, a expectativa de autoeficácia é muito baixa devido às pressões sociais e, nomeadamente, às incapacidades conferidas a esta população. Esta situação faz com que as pessoas idosas adquiram comportamentos desadaptativos como, por exemplo, evitação e fuga. Estes comportamentos tornam-se num reforço da opinião instituída na sociedade e levam a que os adultos em idade avançada acreditem nela, tornando-se num ciclo vicioso, daí que a educação sénior e a frequência de espaços formais de educação tenha grande mérito, que se traduz no envelhecimento ativo (Medeiros 2013).

Neri e Debert (1999) afirmam que a educação para os idosos pode ser relevante para a sua alfabetização, para a educação em saúde, assim como para a obtenção de informação sobre o processo de envelhecimento. Através da educação podem desenvolver-se novos papéis para esta população, cooperando com os seus saberes acumulados ao longo de toda a vida. A sua participação em atividades educacionais poderá beneficiar a sua inclusão e bem-estar sociais. Segundo Sá (2004, p. 368)

*“Falar de educação e envelhecimento é falar da vida, de existência e plenitude. É vislumbrar o ato educativo, prenhe de possibilidades e de humanidade, num movimento orgânico de ação e reflexão, de trocas intensas, de empoderamento, de inclusão, de transformação incorporada ao dinamismo da vida individual e coletiva”.*

Dito de outro modo, a educação proporciona o conhecimento e o autoconhecimento, possibilitando ao adulto idoso comunicar e interagir socialmente, quer com os seus pares, quer com os outros, independentemente da idade. Por vezes, são as próprias pessoas de idade avançada que veiculam a ideia de que a idade é uma barreira intransponível à aprendizagem. Esta autoimagem é adquirida por via social, através de crenças erróneas. Tal como refere Wlodkowski (1993), é comum que os adultos em idade avançada se percecionem como demasiado velhos para novas aprendizagens e/ou atividades<sup>7</sup>.

A imagem negativa dos idosos que prevalece socialmente em relação à aprendizagem gera, nestes, a ideia de que efetivamente se encontram num patamar inferior relativamente aos mais novos. Trata-se de um vaticínio que, por vezes, se autorrealiza, já que algumas das pessoas idosas esperam, com o avanço da idade, serem menos competentes. Esta ideia

---

<sup>6</sup> As capacidades cognitivas (a perceção, a memória, a habilidade de julgamento, a velocidade de processamento, a manipulação espacial e o raciocínio) podem ter diferentes percursos ao longo do ciclo vital, sendo, normalmente, agrupadas em duas capacidades globais: a inteligência cristalizada e a inteligência fluida. A primeira caracteriza-se pelo acúmulo e consolidação de informação ao longo da vida (através da educação, experiências culturais e ocupacionais e atividades intelectuais), sendo baseada na experiência individual e, por isso, denominada de conhecimentos “cristalizados”. A segunda, a inteligência fluida (influenciada por processos biológicas ligados à genética e ao envelhecimento), envolve questões mais práticas, que normalmente se encontram na memória de trabalho enquanto a informação é processada. Enquanto a inteligência cristalizada tende a conservar-se ou até a incrementar-se ao longo da vida, a inteligência fluida tende a decrescer gradualmente até aos 60 anos, sendo que, a partir desta idade, o declínio é mais acentuado (a inteligência cristalizada pode, no entanto, compensar o declínio na inteligência fluida) (Anstey & Low, 2004).

<sup>7</sup> Também na nossa cultura existe o provérbio e estereótipo de que “burro velho não aprende línguas”.

confirma-se, por vezes, em situação de testes porque esta população sente-se, logo à partida, ansiosa e com falta de confiança em si, conduzindo a resultados menos positivos, confirmando assim o estereotipado, quer cultural quer socialmente, inevitável declínio na vida adulta avançada (Lerner & Hultsch, 1983). Os estudos de Lima, Simões e Tavares (1997) indiciam que a estereotipia social sobre a aprendizagem interfere, substancialmente, na motivação para a mesma. Se o adulto de idade avançada tem interiorizada uma noção pejorativa sobre o processo de aprendizagem, esta vai comprometer esse mesmo processo e, conseqüentemente, o desempenho, que poderá ficar aquém das suas possibilidades. É indubitável que algumas pessoas idosas passam por momentos marcantes na sua vida como, por exemplo, a perda de entes queridos e de independência económica, a deterioração de algumas capacidades físicas e mentais, entre outras. Estas circunstâncias podem ser fatores que dificultam o processo de aprendizagem e, é aqui, que os educadores têm o papel importantíssimo de incentivar os educandos.

Lutsky (1980) procedeu a uma ampla investigação sobre as atitudes concernentes à velhice e às pessoas idosas. Concluiu que, dentro das díspares classes profissionais estudadas<sup>8</sup>, os professores de adultos são os que conservam uma imagem mais negativa do adulto e do idoso. Este resultado foi preocupante, tendo em conta o papel que um educador deve desempenhar, e deve ser combatido, para não se correr o risco de ser uma fonte e origem de insucesso na educação de adultos. Para Simões (2006b), se a educação tem por base a promoção do educando, é imprescindível, antes de mais, libertar o educador do adulto idoso das concepções desvirtuadas da realidade, pois cabe a este estimular e promover o empenho dos educandos. Para tal, ele terá que acreditar nas potencialidades do adulto idoso para aprender.

### 3.2. Aprendizagem ao Longo da Vida

Começando por definir o conceito, a Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV) é “*toda a actividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objectivo de melhorar os conhecimentos, as aptidões e competências, no quadro de uma perspectiva pessoal, cívica, social e/ou relacionada com o emprego*” (Siteo, 2006, p. 284). A vastidão desta definição abarca um leque de categorias básicas de aprendizagem, nomeadamente a formal, não formal e informal, além da inclusão de todas as fases da aprendizagem, situando-se estas desde a infância até à reforma (Siteo, 2006; Medeiros, 2012).

Embora a natureza da ALV não tenha sido uma ideia inteiramente inovadora e única, é no século XIX que alcança um papel crucial nas sociedades. Tal como afirma Siteo (2006, p.285), “*A ideia de aprendizagem nasce no século XIX, com o surgimento dos primeiros movimentos que advogaram e promoveram a educação de adultos em ambientes não escolares, através de programas para a nova classe trabalhadora industrial*”.

Por outro lado, e segundo o Eurydice (2000), os acontecimentos da segunda metade do século XX, mormente no final da década de sessenta, em que os sistemas educativos foram

---

<sup>8</sup> Seguintes classes profissionais: enfermeiros, assistentes sociais, paramédicos, trabalhadores de casas de saúde, estudantes de medicina e médicos, profissionais de saúde mental e psiquiatras, professores de adultos, padres, membros de conselhos de gerontologia, alunos em especialização em gerontologia e voluntários em serviços de idosos.

contestados (veja-se o maio de 1968), contribuíram para a origem do atual conceito de Aprendizagem ao Longo da Vida.

Para se proceder à análise sucinta do desenvolvimento deste conceito, é imprescindível falarmos dos seus paradigmas. Kallen (1996) afirma que, durante a década de 60 do século passado, houve um grande número de discussões que salientaram a educação de adultos, visto que já se encontravam reunidas as conjunturas que proporcionaram colocar este tema numa posição bem definida na política geral de educação, cultural e socioeconómica. Assim, e segundo o mesmo autor, organizações intergovernamentais como o CE, a UNESCO e a OCDE foram incitadas a adicionar novas ideias e conceitos, que haveriam de instituir a necessária conformidade aos seus programas. Daqui nasceram três paradigmas desenvolvidos por estas organizações, que passaremos a referir pois constituem, sem dúvida, um importante marco evolutivo para o presente conceito de Aprendizagem ao Longo da Vida.

Nos anos 60 do século XX, o CE passou a incluir nos seus programas o tema de educação permanente, tendo este adotado futuramente “[...] *um papel de primeiro plano nas actividades educativas, culturais e políticas da organização.*” (Kallen, 1996, p. 18). Após esta posição, a educação permanente passou a desempenhar um papel solucionador, capaz de seguir as gradativas carências individuais de jovens e adultos da sociedade europeia daquela época. Segundo este autor (p. 18), os essenciais princípios respeitantes à nova política desta organização eram “(...) *a «igualização», a «participação» e a «globalização».*”. Desejava-se, assim, que a educação permanente diligenciasse por igualdade de oportunidades e agrupasse “(...) *a teoria e a prática, o conhecimento e a competência, a aprendizagem e a acção (...)*”.

Diante deste cenário, e numa época em que os sistemas foram, de um modo geral, postos em causa (Eurydice, 2000), “*A UNESCO viu-se confrontada, por parte dos seus membros em todo o mundo, com um pedido idêntico de um conceito mobilizador de política de educação global*” (Kallen, 1996, p. 19). A mesma rede europeia refere que os países em desenvolvimento e membros da UNESCO detinham uma realidade diferenciada e cujas carências se distinguiam das do CE. Clamavam por objetivos primordiais para eles, como a democracia e o desenvolvimento económico e, para os alcançar, era urgente que grande parte da população adulta conquistasse um mínimo de conhecimentos e competências.

O trabalho efetuado por Legrand (1970) deu o mote e desenvolveu o relatório *Learning to Be: The world of education today and tomorrow* da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação presidida por Faure et al. (1972), lançando bases concetuais para a realização de conferências internacionais sobre a educação de adultos. Conforme analisado por Kallen (1996), a Educação ao Longo da Vida (ELV) tem como meta abranger múltiplos objetivos destinados a jovens e idosos e a trabalhadores e reformados.

Sensivelmente na mesma época, a OCDE principiou outro paradigma, expresso no trabalho de Kallen e Bengtsson (1973) intitulado *Recurrent Education: a strategy for lifelong learning*. O conceito promovido pela OCDE “(...) *inspirava-se fortemente no desejo de quebrar este ciclo de educação inicial sem interrupção e também na prova evidente da sua ineficácia e nos custos crescentes e resultados desencorajantes, que os relatórios da Organização sobre educação tinham ajudado a corroborar*” (Kallen, 1996, p. 19).

O conceito de ELV vai sendo substituído gradualmente pelo conceito de ALV, manifestando-se mais próximo da “educação recorrente” proposta pela OCDE do que da “educação permanente” defendida pela UNESCO e pelo relatório Faure et al. de 1972 (Lima, 2010).

Rubenson (2006) propõe, por sua vez, a duração de três gerações capitais na evolução do conceito de ALV: a primeira corresponde à década de 70 do século XX, a segunda decorre entre 1985 e 2000 e a terceira a partir no ano 2000.

Os discursos da ALV da primeira geração representam-se pelos traços humanísticos onde se inserem as discussões do CE, da UNESCO e da OCDE. Esta geração finaliza quando surge “(...) *uma nova conotação para a ALV, que deixa de estar orientada para fins humanistas e passa a corresponder a ideais quase exclusivamente relacionados com a formação profissional*” (Neves, 2009, p. 181). Ainda para esta autora, os debates da segunda geração eram ocasionados pelas apreensões económicas que assolavam o mundo e que o desenvolvimento da visão economicista da aprendizagem ao longo da vida foi o resultado da dedicação da OCDE. Para Neves (2009), as prioridades da década de 90 passavam pela batalha contra o desemprego e a competitividade, decorrentes do processo de globalização. Em 1996, *Ano Europeu da Educação e da Formação ao Longo da Vida*, decidiu-se “(...) *criar condições que permitam a todos os cidadãos ter acesso ao saber ao longo da vida (...)*”, uma ideia que se encaixa “*numa percepção democrática do funcionamento das nossas sociedade*” (Rens, 1996, p. 1). Esta designação foi atribuída pelo Conselho de Ministros e pelo PE após sugestão exarada no Livro Branco sobre a *Educação e Formação: Ensinar e Aprender Rumo à Sociedade Cognitiva*, de 1995 (Cresson, 1996). O principal objetivo da criação deste ano foi estimular a procura de respostas positivas ao panorama de desemprego na Europa e alertar para a necessidade imperativa da atualização dos profissionais (Eliasson, 1996). Ainda no mesmo ano, a Comissão Internacional sobre a *Educação para o Século XXI*, presidida por Jacques Delors (1996), publica o relatório “*Educação um tesouro a descobrir*” onde o conceito de ALV é mencionado.

Em 1997, o Tratado de Amesterdão possibilitou a abordagem das questões do emprego e da Aprendizagem ao Longo da Vida, de um modo mais sistemático e integrado (Neves, 2005). Para Costa (2005), com este tratado passou a haver uma clarificação formal do conceito de ALV, passando este a ser associado à política comunitária no respeitante à educação e formação. Por último, surge a terceira geração em que “(...) *a compreensão da necessidade de controlar os efeitos indesejados de um desenvolvimento assente em ideias neoliberais que desencadeou aquilo que Rubenson (2006) chama de uma versão mais suave dos discursos economicistas em torno da ALV.*” (Neves, 2009, p. 183). Nesta última etapa, o Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida que a Comissão das Comunidades Europeias publicou em 2000, é o marco deste período.

Ante a necessidade de se fiscalizar as consequências indesejadas de um desenvolvimento fundamentado em ideais neoliberais, do CE realizado em Lisboa, em março de 2000, surgiu a Estratégia de Lisboa, a partir do qual se considera que “(...) *a construção de uma sociedade do conhecimento fez da ALV um instrumento-chave para a competitividade económica, combinando a inovação e a coesão social*” (Neves, 2009, p. 183). Este encontro marca o momento decisivo na orientação das políticas e ações a perfilhar na UE, resultando dele o Memorando de Aprendizagem ao Longo da Vida. A finalidade comum do memorando é a construção de uma Europa onde todos tenham o ensejo de aumentar inteiramente as suas competências, percecionando que podem oferecer um contributo válido e que são parte integrante de um projeto futuro.

A ideia da ALV desponta, em paralelo, com o reforço do papel da UE no âmbito das políticas educativas. Tal, vem em sequência do CE de Lisboa, onde foi definida uma nova

perspetiva estratégica, visando tornar estes países membros numa sociedade do conhecimento mais dinâmica e competitiva, com aptidão para enfrentar o crescimento económico, com melhores empregos e maior coesão social. Esta posição só pode ser conseguida com o investimento significativo no setor educativo/formativo (Alves, 2010).

Segundo Pires (2005), as pessoas são percebidas como atores principais das sociedades do conhecimento e a ALV é um processo “contínuo ininterrupto”, que considera quer a dimensão temporal da aprendizagem (*lifelong*) quer a multiplicidade de espaços e contextos de aprendizagem (*lifewide*).

Assim, a ALV desponta da reflexão sobre a ELV, e deve integrar os direitos de todos os indivíduos, independentemente da idade, habilitação, etnia e trajetória profissional, entre outros. Além disso, deve constar da aquisição de saberes e aptidões que lhes consintam participar na elaboração contínua do seu desenvolvimento pessoal e profissional, facultando-lhes instrumentos que lhes permita compreender as mudanças sociais em contínua modificação, reconhecer as suas conveniências e direitos, fortalecer capacidades para intervir e agir adequadamente; reconhecendo-se a acuidade de espaços e tempos educativos que estão para além dos habituais e formais de índole escolar. Logo, consiste no retomar de uma tradição que materializa, designadamente, o Relatório Fauré publicado pela UNESCO em 1972. Porém, o trabalho requerido a este conceito de ALV, não está completo ao restringir até à vida adulta e até à Reforma, numa lógica laboral, havendo, ainda, toda uma desconstrução a fazer na perspetiva de aprendizagem ao longo da vida para a adultez em idade avançada, ou seja, realmente ao longo do ciclo vital (Medeiros, 2013, 2015).

### 3.3. As Universidades da Terceira Idade

No século XX, a Educação Sénior<sup>9</sup> passou por três fases: (i) em 1963 havia, nos EUA, atividades culturais universitárias para combater o ócio; (ii) em 1973 realizavam-se ciclos de conferências universitárias e (iii) em 1985 adotaram-se normas do ensino universitário (Lemieux, 1997).

Tal como se verifica por toda a Europa, Portugal tem registado um incremento da população com mais de 60 anos, situação que “ (...) torna a abordagem do envelhecimento demográfico uma prioridade” (Moura, 2012, p. 27). Face a esta conjuntura, têm-se observado diversas iniciativas públicas, privadas e associativas de serviços, equipamentos e produtos, de índole social, cultural, económica e de cuidados de saúde, direcionadas para esta população<sup>10</sup>. Uma das respostas são as academias seniores, os programas universitários para seniores e as UTI’s que, tal como é afirmado por Moura (2012, p. 173) “(...) tem originado uma verdadeira revolução social ao nível da participação cultural e social dos idosos”. Vamos começar por fazer uma brevíssima incursão pela génese das UTI’s.

No respeitante aos aspetos pedagógicos, há antecedentes históricos que remontam ao século XVIII nos EUA, de programas educativos para pessoas mais idosas (Cachioni, 1998). Foi a partir deste conceito que se desenvolveu a gerontologia educacional, como já

---

<sup>9</sup> Já em 1727, “(...) Benjamin Franklin funda, na Filadélfia, um grupo de discussão de estudos para os adultos. Este grupo teve um papel importante no desencadeamento da educação para pessoas adultas na América, porque estava aberta para todas as idades, sem discriminação.” (Lampert, 2005, p. 5).

<sup>10</sup> Note-se, a título de exemplo, que as valências específicas para a população idosa, aumentaram, em relação a 1998, cerca de 65,5% (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2010) ou ainda os Programas de Turismo Sénior da responsabilidade e organização da Fundação INATEL.

abordámos. Vamo-nos centrar sobre a contextualização das UTI's europeias, para, posteriormente, nos debruçarmos sobre o aparecimento das Universidades e Programas Seniores em Portugal.

Lemieux (1995, 1998, 2001) menciona três gerações na génese histórica das UTI's. A primeira geração data da década de 60 do século XX (Pinto, 2008) e é caracterizada por serviços educativos para fomentar o convívio cultural e com a finalidade de ocupar o adulto idoso e lhe facilitar as relações sociais (Lemieux, 1998). Este modelo, conquanto em ambiente universitário, não se incorporava num tipo de ensino necessariamente universitário, pois a formação era, por vezes, assegurada por outros agentes educativos (Lemieux, 2001). Neste sentido, Lemieux (1998) refere as Universidades para o Tempo Livre, organizadas na França e o Programa Elderhostel, na Universidade de New Hampshire, em 1975.

A segunda geração data dos anos 70 do mesmo século e “ (...) *tinha sobretudo como objectivo melhorar o bem-estar mental do idoso por meio de actividades culturais consideradas de interesse e desenvolver a sua capacidade de intervir socialmente*” (Pinto, 2008, p. 28). Assim, as atividades desta população centraram-se na realização de eventos que tinham, principalmente, o objetivo de melhorar o bem-estar através de atividades culturais julgadas de proveito para lhes desenvolver capacidade de intervirem socialmente. Para tal, eram organizadas pelos professores, ou pelos seus pares, conferências e debates (Cachioni, 1998; Pinto, 2008).

A terceira geração surgiu nos anos 80 do século passado e “ (...) *desenvolveu-se no sentido de se aproximar das três características [apresentadas por Lemieux, 1998] de qualquer universidade tradicional: o ensino, a pesquisa e o serviço à comunidade em que se encontra inserida*” (Pinto, 2008, p. 28). Esta terceira geração deveu-se, fundamentalmente, à alteração do perfil dos adultos idosos que, cada vez mais, têm maior longevidade, habilitações literárias e ambições, e que pretendiam o reconhecimento dos cursos em que lhes fossem atribuídos diplomas. Esses cursos (breves) poderiam também ser frequentados, a título livre, por quem não pretendia ser avaliado (*Ibidem*).

A primeira UTI europeia foi criada em Toulouse, em 1973, na Universidade de Ciências Sociais da mesma cidade francesa, por François Vellas, professor da referida Universidade. A sua finalidade deveu-se à necessidade de dar resposta à população que sofrera as vicissitudes de duas grandes guerras mundiais, e que usufruía dos benefícios sociais e económicos do Pós-Guerra, tais como tempo livre, maior esperança de vida, maior QV e melhores condições económicas (Cachioni, 1998).

Vellas (1991) salienta a necessidade de retirar os adultos idosos do isolamento, facultando-lhes saúde, energia e interesse pela vida e, além disso, alterar a imagem que a sociedade tinha deles. No *1º Seminário Internacional sobre os Objetivos das UITI*, em 1978, Vellas, na sua intervenção, justifica o desenvolvimento e expansão das UTI's no mundo. Para tal facto, expressa duas importantes razões: a primeira devido à situação dos adultos idosos, que considera indigna para todos; e a segunda devido à redução de custos com esta população, podendo eles contribuir para o progresso económico e social através das suas potencialidades no campo dos recursos humanos, sociais e económicos. Consequentemente, para este autor, era essencial procurar o meio pelo qual fosse possível melhorar rapidamente esta condição e realizar um progresso social.

Em 1975 é criada a Associação Internacional de Universidades da Terceira Idade – AIUTA, sendo reconhecida pela ONU, OMS, UNESCO, CE e outras organizações

internacionais. Com o objetivo de difundir o carácter científico desta associação, realiza-se anualmente uma reunião onde se encontram para debate investigadores, estudantes e especialistas na área da gerontologia de todas as Universidade associadas (Chachioni, 1998). É, ainda, importante referir os modelos de UTI's vigentes, à época, na Europa. Cachioni (1998) e Jacob (2012) referem a existência de dois modelos de UTI's no contexto internacional: o francês e o inglês.

O modelo francês original, criado por Vellas, baseou-se no sistema tradicional universitário e sofreu adaptações à medida que os interessados eram, cada vez mais, um grupo heterogéneo. Este programa passou também a ser oferecido por outras instituições, pois cada vez mais os aposentados precoces, domésticas e desempregados careciam de educação. Com a mudança de paradigma e de ênfase, o nome do programa foi também sofrendo alterações como *Universidade do Lazer*, *Universidade para o Tempo Livre* e *Universidade Inter-Idades*. Os cursos oferecidos também foram variando em conteúdo, apresentação e formato, em consequência do anteriormente referido e incluíam, em geral, aulas e cursos abertos, acesso aberto e disponível a diferentes cursos universitários, grupos de estudo, oficinas de trabalhos, excursões e programas de saúde, sendo os conteúdos oferecidos, principalmente, nas áreas das ciências Humanas e Artes (Swindell & Thompson, 1995).

O modelo inglês nasceu em Cambridge, em 1981, modificado substancialmente do modelo francês. Os indivíduos que frequentam este programa podem ter duplo papel: serem professores ou alunos, com a possibilidade de participarem em pesquisas. O seu ideal é a auto-ajuda, pois os especialistas de todas as áreas também envelhecem e se reformam. Assim sendo, beneficiam do contacto com os seus pares e, através de uma ação conjunta, colaboram com as universidades e a sociedade. Para além dos adultos idosos, profissionais e não-profissionais são envolvidos nos programas. Os benefícios destes programas são: (i) o baixo custo para os participantes; (ii) o acesso mais facilitado, porque as atividades podem ser ministradas em edilidades, bibliotecas, centros comunitários, escolas e domicílios; (iii) os horários, *curricula* e métodos mais flexíveis e (iv) a vasta oferta e nenhuma restrição académica para a frequência (Swindell & Thompson, 1995).

O movimento internacional das UTI's cresceu por todo o mundo, adotando os dois modelos e modificando-se e adaptando-se conforme o local, as necessidades sociais e as disponibilidades económicas, face ao envelhecimento populacional. Independentemente das instituições serem públicas ou privadas, de baixo ou alto custo e com diferentes propostas académicas e políticas, o inquestionável é o facto de fornecerem oportunidades de compensação e enriquecimento cognitivo e social, integração e satisfação aos adultos idosos (Neri, 1997, cit. por Cachioni, 1998).

Consequentemente, na atualidade estão em vigor dois modelos de UTI's. Em França, Bélgica, Canadá, Espanha, Suécia, Japão, Uruguai, Venezuela, Chile, Colômbia, Equador, México Brasil e todos os países com influência francesa, é usado o modelo francês. No Reino Unido, Austrália e Alemanha usam o modelo inglês. Alguns países como Itália, Polónia, Nova Zelândia e EUA têm os dois modelos nas suas UTI's. Portugal tem, também, os dois modelos.

Bayley (1994) argumentava que as UTI's possibilitavam dar o direito a todo o adulto de ser, participar, contribuir como ator do desenvolvimento da comunidade, dar e receber, tomar decisões, cultivar novas amizades e tornar a vida mais rica, digna e humana. Esta autora afirma que os objetivos dessas instituições eram: (i) recuperar o valor social, cultural, moral e

económico do adulto; (ii) atualizá-lo, promovendo a autoestima e permitindo uma vida útil e plena; (iii) através da educação, obter saúde física, psíquica e bem-estar social; (iv) executar a reciclagem profissional, capacitando os adultos para o trabalho e (iv) permitir-lhes seguir o avanço tecnológico e as mudanças que, quase diariamente, se operam no mundo. Nas UTI's encontramos grande diversidade de idades, multiculturalidade nas áreas de especialidade dos seniores e até de nacionalidades. Nestes projectos, encontramos homens e mulheres com mais de 50 anos, onde as suas crenças religiosas, políticas e sociais, assim como as económicas e escolaridade não importam.

As UTI's desempenham, e continuarão a desempenhar, um papel de extrema importância, confirmado por comentários dos próprios alunos, na manutenção e/ou recuperação da autoestima e autoconfiança, na vontade de viver, explorar habilidades conhecidas e/ou desconhecidas e no relacionamento com pares de outras idades e ocupações, para adultos de idade avançada. Além do atrás mencionado, as UTI's são apazíveis para esta população, pois entre elas e os Centros de Convívio ou Centros de Dias não há semelhanças. São estabelecimentos que concedem conhecimentos de modo informal, com docência e aprendizagem de alto gabarito (Almeida, 2012).

Além de tudo mais, as UTI's devem demonstrar aos alunos, e a toda a população, que os adultos idosos que frequentam estas instituições de estudo, se é que dúvidas persistem, são autónomos, têm capacidade de decisão e independência. Alguns dos docentes têm a visão de que estes estudantes são vulneráveis e pouco capacitados. Demonstram, por vezes, esta percepção, aos serem protetores e ministrar um ensino paternalista (Almeida, 2012). O que esta população necessita é de ter sucesso nesta etapa da vida, tal como qualquer jovem, de professores que reconheçam e se congratulem com o seu esforço/sucesso e que exerçam um verdadeiro processo de ensino/aprendizagem.

### 3.3.1 O Aparecimento das UTI's em Portugal

Pinto (2008, p. 28) considera que, de uma forma global, as UTI's em Portugal seguem os objetivos traçados pelas duas primeiras gerações, pois são "(...) *instituições destinadas ao ensino dos seniores (...)*". Já Jacob (2012, p. 17), afirma que "*a Universidade da Terceira Idade (UTI) ou Universidade Sénior é a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente actividades sociais, educacionais, culturais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos*".

Em Portugal, a primeira Universidade da Terceira Idade (UTI), designada de Universidade Internacional para a Terceira Idade (UITI), surgiu em 1978, sendo oficialmente reconhecida em 1984 através da publicação da Portaria nº 923/84 no Diário da República, I Série, nº 290, de 17 de dezembro de 1984. Os objetivos desta instituição não passavam por ser uma mera iniciativa de âmbito social, mas sim "(...) *assumir-se como instituição cultural e educativa, pretendendo valorizar a imagem do idoso como alguém com capacidade para ser útil à sociedade, contribuindo para o seu desenvolvimento*" (Veloso, 2011, p. 90). A UITI tinha como primordial objetivo ampliar e diversificar as tipologias sociais e de saúde existentes na época e, em simultâneo, concorrer para a mudança de imagem conotada com os idosos e a forma de se lidar com esta população. Para Veloso (2011), a UITI tinha como ambição alertar para as potencialidades dos adultos idosos, colaborar para o seu desenvolvimento e para sua a integração social. Segundo este autor (p.91), essencialmente, a

UITI “*visava valorizar o idoso, as suas capacidades e potencialidades na área educativa, quer seja como aprendiz/formando, quer seja como educador/formador, reconhecendo os seus conhecimentos numa sociedade em que tal não se verificava*”.

Os alicerces da UITI surgiram da iniciativa do engenheiro civil Herberto Miranda<sup>11</sup> e da sua esposa, Celeste, em 1978, numa época em que se pugnava pela manutenção do idoso na sua residência. Assim, foram criadas múltiplas estratégias com o objetivo de manter a pessoa idosa no domicílio e promover um novo estilo de vida que contribuísse para a difusão de uma nova imagem social dos adultos idosos. Esta nova política representa uma rutura com o anterior paradigma e com a forma de intervir nas pessoas adultas em idade avançada. Veloso (2011) afirma que, desde 1976 até 2008, não havia uma política para esta população que os abarcasse de forma global e integrada. A política daquela fase pugnava pela manutenção dos mais idosos e dependentes no domicílio. O mesmo se passou relativamente ao direito à educação desta população.

As UTI's existentes em Portugal, cerca de 200 (Jacob, 2012), comungam de poucos objetivos com os Centros de Convívio/Dia, salientando-se, no entanto, que a população para que estão vocacionados tem características diferentes. Nas primeiras, a população é autónoma física e psicologicamente, manifestando alguma debilidade no conhecimento das novas tecnologias, o que os leva a frequentarem, com persistência, estes cursos. Nos segundos, a população, por norma, padece de dificuldades físicas e/ou mentais e são, maioritariamente, centros onde os familiares deixam os seus entes queridos durante o dia, quer para trabalharem quer para descansarem um pouco e poderem ter algum tempo para eles. Nas UTI's, os cursos são lecionados por especialistas nas diferentes áreas (professores e/ou alunos), enquanto nos centros encontramos fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, entre outros especialistas, para prestarem assistência à população idosa. No entanto, há aspetos comuns entre as UTI's e os Centros de Convívio: criar relações interpessoais e a socialização entre pares, combater o isolamento e a degeneração cognitiva e, de algum modo, proporcionar uma melhor QV.

### **3.4. O Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para estudantes seniores na Universidade dos Açores**

A Universidade dos Açores (UAç), inicialmente Instituto Universitário dos Açores (Dec. Lei 252/80), é uma universidade pública, localizada na RAA (em três *campi*), e foi criada a 9 de Janeiro de 1976, através do Decreto-Lei nº 5/76, no seguimento de uma política de proliferação do ensino superior em Portugal. Inicialmente, procurou responder às múltiplas necessidades de formação de quadros na Região, elevar o seu nível cultural e promover o seu desenvolvimento científico e tecnológico. Hoje em dia, o desenvolvimento que se alcançou nos Açores encontra, na ação desenvolvida pela Universidade, uma das suas principais fontes de dinamização. As várias áreas de ensino e investigação cultivadas na UAç ampliaram profundamente o conhecimento da complexa realidade do mar, da terra, da vida, da história, da sociedade e, em geral, da cultura das ilhas.

---

<sup>11</sup> Numa viagem a Paris, este casal conheceu Pierre Vellas, o “pai” da primeira UTI europeia. Ao ter conhecimento da expansão e êxito das UTI's em França e em outros países, Herberto Miranda, um homem com elevada sensibilidade para as causas sociais, tomou a iniciativa de fundar a primeira universidade em Portugal direcionada para a população sénior. Para se entender o porquê desta iniciativa e da fundação desta instituição, há que contextualizar a política portuguesa, para os idosos, existente na época.

Tem uma estrutura tripolar, com polos nas cidades de Ponta Delgada (onde se localiza a sede, os principais serviços e a Reitoria), Angra do Heroísmo e Horta. A sua orgânica assenta em departamentos, unidades orgânicas destinadas à realização continuada do ensino e da investigação. A UAc integra, ainda, o ensino superior politécnico, que contempla as Escolas Superiores de Enfermagem de Ponta Delgada e de Angra do Heroísmo. Desde a sua criação, nas suas quase quatro décadas de existência, teve seis equipas Reitorais.

Como já foi anteriormente referido, diferentes organismos – UNESCO, OCDE, CE – têm lançado documentos basilares, onde são traçadas as missivas fulcrais de política educativa e de inclusão, de abrangência universal e de aprendizagem ao longo da vida. Estes documentos, têm originado (ou devem originar) uma sensatez política em diversos países do globo como, por exemplo, nos EUA e nos países que fazem parte integrante da Comunidade Europeia. Pese embora as diferentes e meritorias reflexões por parte dos diversos organismos, investigadores e políticas educacionais, a conceção de ALV, onde se inclui o grupo dos reformados e/ou os seniores, ainda não está suficientemente aclarada e posta em prática, essencialmente ao nível das instituições de ensino superior público (Medeiros, 2012).

A UAc, em Portugal, foi pioneira na criação de um Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, direcionado à população sénior e/ou reformada, através da sua Pró-Reitoria para a Formação ao Longo da Vida. Para a precursão deste programa contribuiu a mudança de paradigma formativo, que deixou de estar somente vocacionado para a formação de jovens e passou a integrar, também, uma formação pós-moderna “*na procura dos significados individuais para cada aprendente, na autoconstrução e no facto de o desenvolvimento e a aprendizagem ocorrerem ao longo do ciclo vital*” (Medeiros, 2012, p. 130). Na mesma senda, esta investigadora salienta que o contexto científico pós-moderno se repercute: (i) na visão do mundo; (ii) na forma como os problemas são perspetivados; (iii) na maneira como as instituições se organizam e (iv) no modo de compreender o desenvolvimento humano (*life-span*), formação e aprendizagem ao longo da vida.

A UAc, como sede do conhecimento global, estabelece a sua área de ação em três pilares capitais: a docência, a investigação e a prestação de serviços à comunidade onde se insere, e não só. Foi com base nestes três pressupostos, e alicerçado na investigação contemporânea sobre o envelhecimento – enfatizando a atenção, memória, motivação, velocidade de processamento de informação, estratégias de aprendizagem e ativação do desenvolvimento psicológico – que nasceu o projeto de Aprendizagem ao Longo da Vida, destinado à educação sénior, criado em 2003, pela Professora Doutora Teresa Medeiros, na época Pró-Reitora para a Formação ao Longo da Vida.

É um programa ancorado na investigação científica sobre neurologia, psicogerontologia e gerontologia, precursor no âmbito das universidades portuguesas. Na sua gênese estiveram diversos fatores, desde o incremento da população adulta com idade avançada e mudança no Ensino Superior (Processo de Bolonha), até à imperiosa necessidade de se abrir a UAc à sociedade açoriana, nomeadamente aos reformados, combatendo, assim, o seu isolamento e a exclusão social e contribuindo para o envelhecimento ativo (Medeiros, 2013).

A ALV da UAc é um projeto, conforme o nome indica, de aprendizagem e divulgação de vários âmbitos para os seniores da RAA. Teve como objetivos otimizar nos seniores: (i) o desenvolvimento cognitivo, afetivo, social e ético; (ii) promover a saúde, a QV e o bem-estar global; (iii) investigar o desenvolvimento do adulto em idade avançada, assim como a sua divulgação nacional e internacional ao nível da gerontologia e psicogerontologia; (iv)

disseminar as boas práticas de envelhecimento e cidadania ativas; (v) fomentar a intergeracionalidade no ensino superior e (vi) valorizar o património humano desta população contribuindo, assim, para uma sociedade mais inclusiva e justa.

O método pedagógico adotado visa as dificuldades inerentes à idade e à condição de adulto de idade avançada e tem em linha de conta: (i) uma aprendizagem significativa; (ii) as múltiplas inteligências; (iii) a velocidade de processamento de informação e os ritmos de aprendizagem (diferentes dos alunos adultos emergentes e jovens adultos); (iv) défices de memória, de concentração e de atenção seletiva; (v) o modo de difundir a informação (tem que ser cuidado, claro e simplificado); (vi) envolvimento dos estudantes em todo o processo de programação e de aprendizagem; (vii) a organização dos pontos-chave da matéria em questão, a partilha de conhecimentos e saberes e a discussão reflexiva; (viii) horários e programação adequada e (ix) capacidades científicas, pedagógicas e humanas excepcionais dos professores (Medeiros, 2013).

Em 2013, para além da ilha de S. Miguel (Ponta Delgada, Ribeira Grande e Vila Franca do Campo), também estavam em desenvolvimento e implementação cursos, seminários e conferências na ilha de Santa Maria (Vila do Porto) e na ilha Terceira (Angra do Heroísmo e Praia da Vitória). Há uma estreita colaboração com os municípios da RAA que proporciona, dentro da medida do possível (9 ilhas separadas por centenas de quilómetros), aprendizagem e divulgação à população local. Embora a ALV tenha como grupo alvo a população sénior do arquipélago, toda e qualquer ação é extensível à comunidade em geral. Os cursos que disponibiliza versam várias temáticas, assim como as conferências e seminários e uma área expressiva (Coro “Vozes ao Entardecer”, Grupos Cénicos, Espaços de poesia, etc.). Qualquer um destes grupos é frequentemente solicitado pela comunidade para apresentação e animação de diversas atividades culturais.

Frequentemente, e de forma especial durante o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações, a UAc coordenou atividades e eventos, em parceria com outras entidades (Governo Regional dos Açores, Eurodeputados, Autarquias, INATEL, Conservatório Regional, etc.), abertos ao público em geral, num total de 35 ações.

Os alunos seniores que frequentam esta academia são, na sua grande maioria, pessoas provenientes do mundo laboral das áreas do ensino, saúde e serviços. Os cursos livres são, essencialmente, nas áreas das humanidades, língua estrangeira, saúde, artes plásticas, novas tecnologias da informação e comunicação, As viagens de estudo no país e no estrangeiro, também fazem parte da oferta, assim como um boletim informativo elaborado por um grupo de alunos e com a colaboração de todos. A faixa etária dos alunos varia entre os 55 e os 91 anos e a habilitação académica é, maioritariamente, de nível médio e superior, mas o Programa não é seletivo em termos de habilitações académicas ou de outra qualquer variável.

Até ao ano letivo 2014/2015, os cursos tinham a duração de 20 horas, uma a duas vezes por semana (2 a 2h30m por dia), no período da tarde, não havendo avaliação obrigatória e não conferente de grau académico. Atualmente, os cursos são compostos por 4 módulos de 12h30m cada. Os alunos podem optar por frequentarem o curso, ou apenas alguns módulos. São também oferecidas oficinas temáticas (internet, dança, patchwork e escrita criativa, entre outras) que, por norma, têm duração entre 20 a 25 horas.

Os professores são, na sua grande maioria, docentes da UAc sendo que, em casos pontuais e específicos, a instituição recorre a professores externos e/ou alunos seniores que frequentam a academia. Com a nova equipa reitoral (desde fevereiro de 2014) este programa

deixou de se denominar Aprendizagem ao Longo da Vida e passou a ser a Academia Sénior da Universidade dos Açores.

\*\*\*

No panorama do envelhecimento demográfico à escala mundial, os adultos de idade avançada, muitos deles sujeitos a marginalização e exclusão social, carecem e são merecedores, por parte da sociedade civil, de maior atenção. É neste sentido que, neste ponto, falámos na educação e novas aprendizagens de adultos de idade avançada, no Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores, nos seus objetivos e no papel que este desempenha.

#### 4. BEM-ESTAR

*“Permanecer integrado na sociedade, participar activamente na formulação e implementação de políticas que afectam directamente o seu bem-estar e transmitir aos mais jovens conhecimentos e habilidades.”* (Direitos dos Idosos – Princípios das Nações Unidas para o Idoso, Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, 16/12/1991)

A Psicologia Positiva emergiu, no final da década de 90 do século passado (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), como uma área de estudo científico própria, vibrante e multifacetada, indo para além de uma abordagem centralizada nos problemas e patologias, dedicando-se teórica e empiricamente à procura da melhor QV subjetiva, individual e grupal. O seu objetivo é estudar e analisar as práticas positivas (emoções positivas, felicidade, esperança, alegria), as especificidades positivas individuais (carácter, forças e virtudes) e as instituições positivas (organizações que promovam o sucesso e o potencial humano, como locais de trabalho, escolas, famílias, hospitais, comunidades, sociedades ou ambientes físicos a todos os títulos saudáveis) (Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007). É uma abordagem da psicologia que dá notável relevância às variáveis positivas do comportamento humano, tais como o otimismo, a alegria, a felicidade, o amor e a esperança (Cabral, 2010).

Recentemente, os seguidores desta corrente encetaram investigações sobre o envelhecimento ativo e o bem-estar global, colocando a tónica em questões como: “O que é correto e mais adequado para as pessoas?”, “Como é que os indivíduos de idade avançada conseguem ser felizes ou ainda mais felizes?” e “Como podem ter um envelhecimento com saúde, espiritualidade e felicidade?” (Medeiros, 2013b).

A psicologia positiva tem sido aplicada em diferentes contextos, como a saúde, o trabalho e a educação. Nesta última e, no caso em apreço (o adulto de idade avançada), esta área de estudo enaltece os processos de socialização, do aprender a ser, da aprendizagem e da gestão das emoções positivas (Ferreira, 2007). Nos últimos anos, a investigação das emoções positivas (bem-estar, satisfação com a vida, alegria, otimismo, entusiasmo e esperança) têm captado e ultrapassado a curiosidade dos estudiosos em detrimento das emoções negativas (depressão, desânimo, ansiedade, medo, solidão e agressividade).

O interesse da temática do Bem-Estar (BE) tem sido crescente, desde a Antiguidade Clássica até à atualidade. Outrora, os filósofos preocupavam-se em tentar entender a natureza de uma vida feliz; hoje, a investigação no campo das Ciências Humanas deseja averiguar os processos subjacentes às experiências de vida feliz, por forma a contribuir para a promoção de vidas e sociedades com um maior BE (Albuquerque & Lima, 2007). Se antes o BE era conotado com a dimensão económica, a partir da década de sessenta do século XX o paradigma mudou, passando este conceito a ser entendido de um modo holístico, em que as dimensões como a saúde, as relações sociais, o trabalho e a liberdade são fulcrais (Novo, 2000).

A sensibilidade para se sentir bem-estar é subjetiva, pois depende da forma como cada um lida e retém os episódios da sua vida, independentemente das adversidades (Silva et al., 2007), embora Garcia & Siddiqui (2009) destiguem entre a Satisfação com a Vida (ScV) e o Bem-Estar Psicológico (BEP). Para Ryff e Singer (1998), a vida de cada indivíduo tem que

ter um sentido, com a inclusão de projetos que lhe deem um significado vital e promovam o desenvolvimento da personalidade. Outros autores (Schmutte & Ryff, 1997; Kling, Ryff, Love & Essex, 2003) colocam a possibilidade das particularidades de personalidade<sup>12</sup> darem origem à escolha das situações que levam a um incremento ou decréscimo do BE, embora considerando que esta hipótese está dependente da natureza das situações.

O BE tem sido desenvolvido no campo de ação do desenvolvimento do adulto e da saúde mental, e na associação a aspetos psicossociais, à QV e à satisfação com as condições e circunstâncias de vida (Novo, 2003). A QV envolve não só os aspetos ambientais mas, também, os aspetos internos relativos a cada indivíduo a que correspondem o BEP e o Bem-Estar Subjetivo (BES) (Veenhoven, 2005). Em termos psicológicos, existem duas aceções de bem-estar: O BES e o BEP. Estas foram concebidas a partir de duas perspetivas filosóficas diferentes: o *hedonismo* e o *eudemonismo* (Ryan & Deci, 2001).

Lent (2004) distingue o BE hedonista<sup>13</sup> do BE eudemonista<sup>14</sup>. No primeiro, o BE consiste no prazer ou felicidade. Trata-se de perceber sentimentos agradáveis ou de descobrir o equilíbrio entre sentimentos agradáveis e desagradáveis. Quanto ao BE eudemonista, este depende da realização pessoal, ou seja, consiste mais no que o indivíduo faz ou pensa e não tanto no que sente. A tónica reside no desenvolvimento psicológico e na procura de sentido e de um rumo para a vida (Simões, 2006b).

Para Sagiv & Schwartz (2000), os psicólogos que seguem a perspetiva hedonista, encaram o BES e a felicidade como sinónimos, enquanto os que defendem a corrente do eudemonismo (visão Aristotélica) creem que o BE e a felicidade não são sinónimos.

#### 4.1. Conceito de Bem-Estar Subjetivo

São imensos os fatores sociodemográficos que têm sido apontados como sendo passíveis de influenciar o BES. Os correlatos mais representativos a este nível têm como base estudos de Larsen (1978), Diener (1984; 1999) e integram fatores como: a idade (Lima et al., 2001; Simões et al., 2000), o género (Veenhoven, 1984; Diener & Diener, 1995; Simões et al., 2000; Simões et al., 2003; Simões et al., 2006), a saúde (Okun, Stock, Haring & Witter, 1984; Simões et al., 2003), o rendimento (Legatum Institute, 2014), o estado civil (Wood, Rhodes & Whelan, 1989; Argyle, 1999; Diener, 1999; Simões et al., 2000; Simões, 2006b), a educação (Diener, 1999) e a religião (Simões et al., 2000; Simões, 2006b).

Ponderava-se que os indivíduos casados, mais ricos e mais jovens, seriam mais felizes, porque dispunham de distintos recursos psicológicos, físicos ou materiais (Simões et al., 2000). As desigualdades na felicidade eram, assim, justificadas pela pertença a determinados

---

<sup>12</sup> Existem estudos que sugerem que o impacto da personalidade (definida e medida através de distintos modelos) no bem-estar é substancial, constituindo-se como um dos seus mais fortes e consistentes preditores (Garcia & Erlandsson, 2011; Hayes & Joseph, 2003; Lucas & Diener, 2008; Steel, Schmidt, & Shultz, 2008). A personalidade e o bem-estar representam constructos distintos: enquanto a personalidade atenta na descrição das propensões individuais para com um padrão estável de pensamentos e comportamentos, o bem-estar altera-se em função dos eventos da vida, através de um processo individual avaliativo. Se a personalidade se refere às diferenças individuais dos comportamentos, sentimentos e pensamentos verificados, o bem-estar representa um estado psicológico expressamente pretendido (Schmutte & Ryff, 1997; Kling et al., 2003).

<sup>13</sup> Hedonismo vem do termo grego, *hedonê*, que significa prazer.

<sup>14</sup> Eudemonismo vem do termo grego, *eudaimonismós*, que significa felicidade, e refere-se à doutrina segundo a qual a felicidade consiste na prática da virtude, sendo o prazer um mero produto da vida virtuosa.

grupos sociais (Mroczek & Kolarz, 1998). Mais tarde, inferiu-se que os fatores sociodemográficos explicam apenas uma parte da variância do BES. Simões et al. (2000, p. 261) expõem que esta constatação foi designada como o “*paradoxo do bem-estar subjetivo*”, devido ao seu carácter contra-intuitivo e ao facto dos indivíduos poderem ser felizes, apesar de afetados por uma série de fatores que, numa primeira análise, deveriam conduzir à infelicidade. Gradualmente, a investigação do BES tem sofrido alterações, de uma atenção concentrada nas variáveis sociodemográficas para as de personalidade (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). O motivo desta mudança de arquétipo deve-se, também, ao conceito de QV pois, cada vez mais, este envolve, para além dos aspetos ambientais, os internos respeitantes a cada indivíduo, aos quais correspondem quer o BES quer o BEP (Veenhoven, 2005).

Falar de felicidade é também ponderar duas conceções diversas que se complementam: uma de ordem espiritual (plenitude pessoal) e outra mais física (prazer) (Cabral, 2010). O estudo do BES, na sua componente psicológica, seguiu duas vias: a componente afetiva, onde se inserem os afetos positivos (alegria, afeição e orgulho) e os negativos (vergonha, culpa e tristeza) e a componente cognitiva (Bradburn, 1969; Diener, Emmons, Larsen & Griffins, 1985; Diener & Lucas, 2000), que está relacionada com a ScV e com o sentimento de felicidade. Para Galinha e Ribeiro (2005), o BES é uma área da psicologia que investiga os contextos ligados à felicidade, ao afeto positivo, à ScV e à QV, ou seja, dedica-se ao estudo do que as pessoas pensam e de como se sentem ante a vida. Todavia, é a expressividade pessoal ou eudemonismo que coopera para a autorrealização, e não o prazer hedonístico (Ryff, 1989b). Assim, é no contexto do bem-estar que o eudemonismo aparece como sinónimo de felicidade<sup>15</sup> (Novo, 2000).

A ScV em idosos tem sido profusamente discutida e estudada, com o intuito de avaliar o BE e a QV dos indivíduos e, em especial, da população idosa. Este conceito é a componente cognitiva do BES, ou seja, o modo como se avalia a própria vida, representando o balanço que cada indivíduo faz da sua vida em geral (Novo, 2003; Simões, 2006b). É um conceito complexo e de difícil mensuração, visto ser um estado subjetivo, além de que define com uma maior precisão a experiência de vida em relação às diferentes situações de vida do indivíduo. Além do mais, pode ser entendida como uma avaliação cognitiva de alguns domínios específicos da vida, tais como a saúde, o trabalho, as condições de habitação e as relações sociais, entre outros, ou seja, é um processo de juízo e de avaliação geral da própria vida, de acordo com determinados critérios.

A QV e a ScV têm sido muitas vezes associadas às questões de dependência e autonomia (Joia, Ruiz, & Donalizio, 2007). A SCV, indiretamente, é o espelho da QV sendo, também, uma dimensão chave nas avaliações do estado de saúde da população idosa (Paschoal, 1996). A QV na velhice deriva, em grande parte, do senso de continuidade do *self* e da manutenção dos seus mecanismos de autorregulação.

A ScV é uma avaliação cognitiva de algum domínio específico na vida do indivíduo, um modo de discernimento e avaliação geral da própria vida, de acordo com um critério próprio. A apreciação da satisfação decorre da comparação entre as conjunturas de vida do indivíduo e um aferidor por ele escolhido (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Além disso,

---

<sup>15</sup> A noção de felicidade começa a ser compreendida como condição indispensável para o bem-estar subjetivo e para o bem-estar psicológico; a felicidade deixa de ser considerada como o objetivo de vida de cada um, para passar a ser assumida como um objetivo universal, um critério da própria ciência psicológica (Novo, 2000).

espelha o BE individual, ou seja, a forma e as causas que levam os indivíduos a viverem as suas experiências de vida de um modo positivo (Diogo, 2003).

Segundo Freire (2000), a vida pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar, nomeadamente quando há tendência para se encararem os reptos da vida, lutar pelos direitos dos seres humanos e pôr em prática empreendimentos realizáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que se está inserido, particularmente quando o indivíduo possui uma rede de suporte social. Diener (2000) refere que os indivíduos que mostram maior ScV são os que possuem maior suporte afetivo. Aqueles que contam com os outros para suporte instrumental crêem que serão indivíduos mais satisfeitos no futuro.

#### 4.2. Bem-Estar Psicológico: Modelo de Ryff

O modelo de Ryff, que mensura o BEP, integra seis dimensões do indivíduo: *a autonomia* – a consciência da autodeterminação e a competência de autorregulação; *o domínio do meio ambiente* – aptidão para superintender a própria vida e as instâncias externas; *o crescimento pessoal* – percepção de um desenvolvimento contínuo, em que há a aceitação de novas experiências de vida conducentes a um aproveitamento integral do seu potencial; *as relações positivas com os outros* – convivências positivas e altruístas nas inter-relações; *os objetivos na vida/o sentido da vida* – projetos de vida, avaliação, significação e autorrealização pessoal e *a aceitação de si* – compreensão e aceitação de diferentes aspetos próprios, relacionados com as particularidades boas e/ou más (Ryff, 1989a, 1989b, 1989c; Ryff & Keyes, 1995).

Como se observa, Ryff, baseando-se na teoria de Maslow, retomou e integrou no BEP as noções de aceitação de si, crescimento pessoal e autorrealização (Fernandes, 2007). Esta autora crê que, para além dos impulsos, forças e conflitos, há uma grande aptidão para o crescimento livre de conflitos; o crescimento pessoal, enquanto avaliação de motivação e desenvolvimento da personalidade, consiste num critério de BEP, evidenciando: (i) o conhecimento de si próprio<sup>16</sup>; (ii) a aceitação de si; (iii) a inclusão das particularidades positivas e negativas; (iv) a inevitabilidade de normas, valores e objetivos pessoais; (v) a habilidade para o controlo interno; (vi) a dimensão interpessoal; (vii) a crença nos outros e na natureza humana; (viii) a inteligência de tolerância e (ix) relações de interação com os outros (Ryff, 1989a, 1989b, 1989c; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998; Ryff & Singer, 2008).

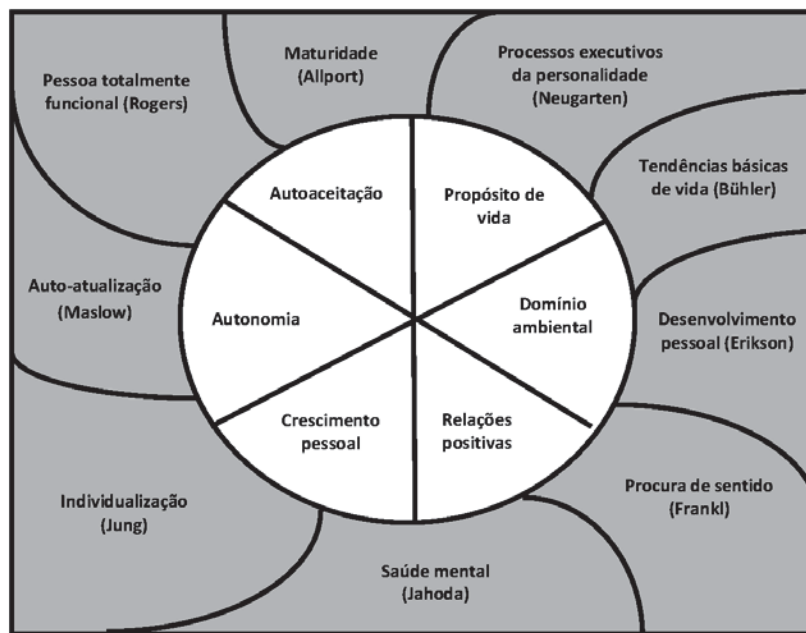
O BEP abarca dois desígnios: o reconhecimento do BE, a partir da presença de capacidades psicológicas efetivas, e o reconhecimento de que a conceção de BES é muito limitada, designadamente ao considerar a felicidade como critério de BE, não incluindo outras dimensões psicológicas de funcionamento positivo (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). Ryff, segundo Fernandes (2007), seguiu a corrente do eudemonismo, procurando concentrar as dimensões da psicologia positiva, suprir as falhas ideológicas do BES e incluir o BE no campo de ação da saúde mental. Todavia, o melhor indicador de BEP é a assiduidade com que as emoções se sucedem e não a sua intensidade. O BEP está diretamente ligado ao ser em mudança e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal,

---

<sup>16</sup> Ao falarmos de “conhecimento de si próprio”, temos que abordar o autoconceito e a autoestima como variáveis motivacionais, que interagem com as diferentes facetas de um desenvolvimento saudável, ao longo de todo o ciclo vital (Fontaine & Antunes, 2003).

examina a felicidade e, em simultâneo, integra as dimensões da personalidade, fulcrais para o funcionamento psicológico positivo do caso em apreço, as pessoas idosas.

Ryff (1989a, 1989b, 1989c; Ryff & Singer, 1998), no seu modelo, enuncia três propósitos basilares: (i) considerar todas as particularidades indispensáveis aos modelos teóricos da personalidade, psicologia clínica e do desenvolvimento; (ii) abarcar dimensões no plano empírico, definidoras das diferenças inter-individuais e (iii) integrar o BE no campo de ação da saúde mental e geral. Para esta investigadora, o grande repto foi trabalhar com todas as perspetivas de um modo holístico, partindo de pontos de afluência nos modelos de funcionamento positivo. Na Figura 3, apresentamos, de forma esquemática, o acima explicitado.



**Figura 3.** Dimensões Núcleo do Bem-Estar Psicológico, adaptado de Ryff & Singer (2008).

A partir deste esquema, podemos inferir que o BEP é, assim, criado numa perspetiva holística dos processos cognitivos, afetivos e emocionais, possibilitando a descrição das várias dimensões psicológicas subjetivas como: (i) a ligação do indivíduo com a sua vida passada e presente; (ii) o modo de nortear a sua vida em função dos objetivos importantes e (iii) o relacionamento com o meio social e intersubjetivo. A aquiescência de si é a consciência de que está em permanente desenvolvimento, diretamente associada à crença de que a sua vida é marcante, não menosprezando outros sentimentos conducentes ao BEP, como a satisfação e a felicidade. O BEP edifica-se através de uma relação intersubjetiva com os outros e com o mundo (Novo, 2000).

O BEP tem dominado a investigação, numa tentativa de entendimento dos processos psicológicos implícitos no BE. O BEP permite-nos a perceção da avaliação que cada indivíduo tem de si e das suas práticas de vida, como resultado da formação da sua identidade ao longo do seu ciclo vital. Para Fernandes (2007), é expectável que o BEP manifeste o processo de desenvolvimento pessoal, intrínseco ao sentido da identidade, conseqüente da interação entre a personalidade e o contexto sociocultural.

Deste modo, Ryff (1989a, 1989b, 1989c) procura que o BEP seja desenvolvido numa perspetiva mais psicológica do que filosófica, com a introdução de indicadores como a

maturidade e o equilíbrio psíquico desejando, assim, elucidar o que se percebe por felicidade<sup>17</sup> (Cabral, 2010). A excelência de Carol Ryff foi conjugar as percepções de realização humana, dar importância empírica às reflexões teóricas, conceber uma contextualização histórico-cultural e temporal das grandezas do BE e retificar os entendimentos estritos do BEP vigentes na sua época (Fernandes, 2007).

Pinquart e Sorensen (2000) procederam a uma meta-análise, com o intuito de averiguarem quais as essenciais relações existentes na conexão entre o BEP e as variáveis de índole sociodemográfica, concluindo que o BEP está relacionado com: (i) o estatuto socioeconómico e educacional e estratégias de  *coping*  mais eficazes; (ii) com as redes sociais e (iii) com a competência e com a saúde. Finalmente, a saúde não mostra uma relação linear com o BEP. A decadência da saúde física não está diretamente relacionada com o decréscimo ou manutenção do BEP, pois este depende de outros fatores, como sejam a personalidade e as redes sociais. Assim sendo, o decréscimo na saúde não fomenta, por si só, prejuízos acentuados no BEP dos idosos (Fonseca, 2006).

Sintetizando, a abordagem do BEP aparece como um modelo que indica o efeito de um desenvolvimento e funcionamento positivos nas várias dimensões que compreendem o âmbito da percepção pessoal e interpessoal, a avaliação do passado, a ligação ao presente e ao empenhamento para o futuro, adotando uma natureza ampla e emblemática do funcionamento psicológico positivo. O sentido de felicidade, nesta conceção, supera a ideia de que é um fim em si mesmo ou é um objetivo de vida, para ser refletida como benefício do desenvolvimento e da concretização da pessoa humana (Ryff, 1989b).

### 4.3. Estudos portugueses sobre Bem-Estar em Idosos de Idade Avançada

No relatório da *HelpAge* (2015), uma rede global que luta pela promoção dos direitos e das necessidades das pessoas idosas, Portugal em 2015<sup>18</sup> encontra-se como o 3º pior país da Europa Ocidental<sup>19</sup>, quanto ao bem-estar social e económico dos indivíduos com 60 ou mais anos de idade, sendo a ilha de Malta e a Grécia os únicos países com pior posição. A nível mundial, Portugal ocupa o 38º lugar, de entre 96 países avaliados. Nos primeiros lugares encontram-se a Suíça, a Noruega, a Suécia e a Alemanha. Isto representa a queda de uma posição em ambas as listas em relação a 2014.

O modelo é, como vimos, um constructo multidimensional, em que são abarcadas as dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta e avançada (Ryff & Singer,

---

<sup>17</sup> Para Proctor, Linley & Maltby (2009), a felicidade não está definida de um modo coeso e encontra-se relacionada com diferentes significados, onde se inclui o nível hedónico, alegria, afetos positivos, satisfação com a vida e simpatia. Já para Oliveira (2000), são as variáveis da personalidade que mais concorrem para a felicidade e não os fatores sociodemográficos. Ainda segundo o mesmo, o modelo que melhor explica a felicidade é, talvez, o do “equilíbrio dinâmico” e interativo entre a personalidade e as outras variáveis e, além disso, entre fatores endógenos e exógenos, concluindo que este constructo é um conceito de uma conceção complexa e multidimensional, difícil de se compreender e avaliar.

<sup>18</sup> O pior resultado de Portugal é em matéria de emprego (dos não reformados) e educação entre as pessoas mais velhas, situando-se em 83º lugar, quatro abaixo da 79ª posição de 2014. Segundo o relatório da OCDE, Portugal tem a terceira taxa de desemprego mais elevada para trabalhadores com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, só sendo superado pela Espanha e pela Grécia. Por outro lado, a taxa de emprego entre os mais velhos encontra-se nos 46,9%, nove pontos percentuais abaixo da média para esta região. O relatório refere que a multiplicação de lares ilegais como um grave problema em Portugal, apontando uma estimativa em que cerca de 20 mil idosos vivem em três mil lares ilegais e que 39 mil idosos vivem sozinhos ou isolados.

<sup>19</sup> Composta por 19 países.

2008): aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objetivos na vida e autonomia. No percurso do envelhecimento, a noção de BEP requer alguma atenção, uma vez que este se estabelece como variável importantíssima para a materialização de um envelhecimento bem-sucedido (Fonseca, 2006).

Relativamente ao BEP em adultos de idade avançada, segundo Lawton (1975), este pode ser concetualizado em três fatores: (i) solidão/insatisfação – avaliação subjetiva do ambiente e rede de apoio; (ii) atitudes face ao próprio envelhecimento – balanço entre a vida passada e presente e (iii) agitação – comportamentos de ansiedade ou a sua inexistência. Vários estudos distintos têm sido realizados neste campo de ação, quer usando a concetualização de Ryff (bem-estar com seis componentes) quer a de Lawton (bem-estar com três fatores). Descrevemos abaixo os estudos que conhecemos com base no modelo de Ryff.

Os resultados de Machado (2008), na região litoral-oeste de Portugal continental, com a finalidade de perceber o BEP em adultos de idade avançada (30 participantes de ambos os sexos, de idades superiores a 65 anos), mostraram que, a grande maioria dos indivíduos, apresentava valores elevados ao nível do BEP; a dimensão mais elevada foi “aceitação de si” e a mais baixa foi “objetivos ou sentido da vida”.

Um outro estudo, realizado em Évora e Lisboa (Silva, 2010), em que participaram 30 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos, analisou diferentes fatores referentes ao BEP. Dos resultados apurados, salientam-se os seguintes: não há uma conexão entre o grau de funcionalidade (autonomia física, instrumental e funcional) e o BEP; não existe uma correlação significativa entre a idade e o BEP; o género somente apresenta diferenças na dimensão “aceitação de si”, sendo que o sexo masculino apresenta valores mais elevados de BEP.

Na RAA foi realizado um estudo por Medeiros e Ferreira (2008) com 320 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 96 anos, institucionalizados e não institucionalizados, das ilhas de Santa Maria, São Miguel, Terceira e Flores, residentes em meio rural e urbano. Nas dimensões “sentido da vida”, “aceitação pessoal” e “domínio do ambiente”, o sexo masculino obteve resultados superiores aos do sexo feminino, o mesmo se passando em relação à satisfação com o estado de saúde. Comparando as variáveis psicológicas e sociodemográficas com as dimensões do BEP, foram apuradas relações significativamente positivas entre: a satisfação com a saúde e a ScV económica, social e afetiva, e as dimensões “sentido de vida”, “aceitação pessoal”, “domínio do ambiente” e “crescimento pessoal”; a ScV social e afetiva e a dimensão “relações positivas com os outros”; a perceção do controlo pessoal e as dimensões do BEP; a vivência religiosa e as dimensões “sentido da vida”, “aceitação pessoal” e “crescimento pessoal” (componente de interesse social de aprendizagem ao longo da vida, entre outras); a ocupação dos tempos livres (ler, ouvir música, pintar, frequentar a Universidade e sair com os amigos, entre outros) e as dimensões do BEP; as variáveis autoestima, otimismo e extroversão e as dimensões do BEP; a satisfação com a saúde, a vida económica, social e afetiva e a perceção do controlo pessoal.

Mais recentemente, em 2011, os mesmos autores procederam a um outro estudo, cujos objetivos primários eram entender o BEP e a sua relação com as variáveis sociodemográficas, prática religiosa e personalidade. A amostra foi constituída por 555 adultos de idade avançada (entre os 60 e os 99 anos), residentes nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Concluíram não existirem diferenças ao nível do BEP entre sexos (exceto na dimensão “relações positivas com os outros”), nem em relação à idade (salvo na dimensão “crescimento

peçoal”) nem no que diz respeito ao estado civil. Depreenderam, ainda, que a religião e a ALV estão positivamente relacionadas com o nível de BE e de ScV.

Passamos agora a descrever alguns estudos com base no modelo Lawton. Silva (2009) realizou um estudo nos distritos de Braga e Porto, com uma amostra constituída por 125 adultos, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos, e cujo objetivo foi a análise das variáveis sociodemográficas no BEP e a sua ligação com a QV. É de salientar, dos resultados, que a idade se encontra negativamente correlacionada com a QV em todos os seus domínios, verificando-se o mesmo em relação ao BEP. No que concerne à escolaridade, os resultados mostraram que esta se encontra positivamente correlacionada com todos os domínios da QV. Foi, também, analisada a relação com o tempo de doença, mostrando estar significativamente correlacionada com o BEP e com a QV. Quanto aos fatores sociodemográficos do BEP, nomeadamente ao género, averiguou-se que os indivíduos do sexo masculino mostram melhores resultados na subescala de atitudes face ao envelhecimento, e os do sexo feminino apresentam valores mais elevados nas subescalas de agitação e solidão/insatisfação. Relativamente à zona de residência, a análise mostrou que os adultos de idade avançada que habitam em meio rural, manifestam maior BEP dos que os de meio urbano. Quanto ao estado civil, nos casados, o BEP é superior ao dos viúvos. Além disso, o BEP é superior nos participantes que tinham filhos, comparando com os que não os têm.

O resultado da variável estado civil vem confirmar os dados do estudo de Stoller (1992, cit. por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005), onde foi apurado que, para a população idosa casada, a convivência com o cônjuge é o melhor preditor da ScV e, analogamente, é a primordial proveniência de suporte. Porém, e segundo Oliveira (2010), ao se discutir a idade como influenciadora do BE, a inferência que se retira e agrega maior acordo na literatura, é a de que esta não é tida como um fator que, forçosamente, diminui o BE. Para a diminuição do BE na idade avançada contribuem outros fatores, como a saúde frágil e a perda de amigos e/ou familiares mas, se os mesmos forem controlados, a idade, por si só, deixa de ter impacto no BE.

Paúl et al. (2005) realizaram um estudo com uma amostra composta por 234 adultos de idade avançada, sendo 117 de uma zona rural do distrito da Guarda e 117 de uma zona urbana de uma freguesia do Porto. Dos resultados apurados referentes ao BEP, verificou-se, de um modo geral, que esta amostra demonstrou alguma solidão/insatisfação, atitudes negativas face ao envelhecimento e ansiedade/agitação. Quanto ao género, os indivíduos do sexo feminino apresentaram maiores índices de solidão/insatisfação e, relativamente ao estado civil, os casados apresentaram valores mais positivos de ScV. Foi também apurado que, quanto menor o grau de educação, maior era o sentimento de solidão. Na comparação da zona de residência, os autores concluíram que as atitudes face ao envelhecimento são mais negativas na população residente na urbe do que na residente em meio rural.

No estudo efetuado por Sequeira e Silva (2002) concluiu-se que a saúde interfere com o BEP, pois foram os idosos que se mostravam mais insatisfeitos com a saúde que demonstraram maior propensão para a agitação e para atitudes negativas face ao envelhecimento, patenteando, logo, um menor BEP. Outra das conclusões deste estudo foi que as pessoas idosas que percecionavam a sua situação económica como negativa manifestavam níveis mais altos de solidão/insatisfação e de agitação, assim como atitudes mais negativas face ao envelhecimento, o que é indiciador de um menor BEP.

Após a II Guerra Mundial, a Psicologia debruçou-se, essencialmente, sobre a patologia, negligenciando a felicidade, a satisfação, o bem-estar. Com o aparecimento da Psicologia Positiva, na última década do século passado, houve esforços para desenvolver o conhecimento científico acerca de como, porquê e em que condições as emoções positivas, o bem-estar, a felicidade e o otimismo podem contribuir para o crescimento e desenvolvimento das pessoas, nomeadamente dos adultos de idade avançada.

Neste capítulo, começámos por definir o que se entende por BE, passando depois especificamente a explicar os conceitos de BEP e de BES, nas suas relações com a felicidade, a ScV e a QV. Damos particular atenção ao modelo de Ryff (o qual integra 6 componentes no constructo de BEP). Ao longo desta componente conceptual, procedemos a uma pequena sinopse de estudos sobre o BE efetuados com pessoas idosas.

## PARTE II – METODOLOGIA

### 5. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Conforme referimos na primeira parte desta dissertação, o envelhecimento populacional é um repto e uma conquista do século XXI, a nível político, económico, social e individual (Medeiros, 2013a, 2013b; Medeiros & Melo, 2015). É relativamente recente, em Portugal, o estudo sobre a temática dos adultos em idade avançada, nomeadamente nas áreas da psicogerontologia e neuropsicologia, embora se deseje que venha a ser uma linha de investigação proficiente nos tempos mais próximos, pois o envelhecimento é, cada vez mais, uma realidade tangível (Medeiros, 2015). A investigação multidisciplinar na área do envelhecimento, além de procurar os meios sociais e económicos que possam proporcionar uma melhor qualidade de vida e bem-estar à população sénior, contribui também para a desmistificação de estereótipos ainda vigentes, tais como as crenças de improdutividade, dependência, senilidade, doença, rigidez e aborrecimento, associadas às pessoas idosas (Medeiros, 2013a). É neste âmbito que as universidades do século XXI têm um importantíssimo papel a desempenhar, ao abrir a academia a um novo público – o dos adultos de idade avançada – contribuindo, assim, para uma célere irradiação da exclusão social e isolamento destes indivíduos, através de programas como o caso em estudo, o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para estudantes seniores na Universidade dos Açores.

A pessoa idosa pode ser educada para um aumento do *background* cultural ou da sua promoção sociocognitiva, mas também são necessárias as oportunidades para que os seniores possam ensinar os mais novos, num movimento de partilha intergeracional. Existe, por parte dos adultos mais idosos, uma procura da construção de laços de socialização diferentes. Com a difusão da grande família (por deterioração do papel do familiar mais velho, com a deslocação frequente dos filhos e netos para outros locais, com a perda dos laços informais de vizinhança), é cada vez mais necessária a criação de redes sociais alternativas.

A nossa experiência profissional, assaz enriquecedora, muito próxima e convival com a população idosa, por via do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para estudantes seniores, foi decisiva para o aprofundamento dos conhecimentos concetuais já referidos na primeira parte, e constituiu fonte de motivação para o estudo empírico, propriamente dito. Assim, o nosso foco de estudo foi a população das pessoas idosas que frequentam (ram) o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida (PALV) na UAc e, nesta população, tivemos como âmbito de estudo compreender o impacto do PALV no seu bem-estar psicológico, satisfação com a vida e qualidade de vida.

A nossa opção metodológica consistiu num estudo misto (multimétodo): quantitativo/dedutivo e qualitativo/indutivo. O primeiro, que designámos de Estudo 1, permite-nos escolher uma amostra representativa da população (adultos idosos que frequentam o PALV da UAc), e obter valores numéricos que nos possibilitam confirmar, ou não, as nossas hipóteses, através de procedimentos estatísticos consonantes.

O Estudo 1 incide sobre o método quantitativo, pois permite a mensuração e avaliação de fenómenos e, ainda, estimar a influência que as variáveis em estudo (*e.g.* sociodemográficas e contextuais) exercem sobre os mesmos (Almeida & Freire, 2000).

O Estudo 2 recorre ao método qualitativo (recolha de dados através de entrevista), que nos permitirá compreender de forma mais profunda e pessoal a perceção dos participantes

relativamente ao envelhecimento ativo, aos motivos que levaram à frequência do PALV e à sua manutenção durante, pelo menos, uma década, aprofundando de que forma a frequência do PALV se reflete na satisfação com a vida, qualidade de vida, bem-estar psicológico e na vida dos estudantes seniores, em geral.

Para Silva (1998), a analogia entre o método quantitativo e o qualitativo é complementar, isto é, o quantitativo ocupa-se de ordens, grandezas e as suas relações, e o qualitativo enuncia um quadro de interpretações para medidas, ou a compreensão para o que não é quantificável. Segundo Günther (2006), não devemos colocar em oposição estas duas metodologias, mas sim usar aquela que esteja em concordância com os recursos materiais, temporais e pessoais de que dispomos e em consonância com a questão de partida. Assim sendo, o investigador poderá usar a abordagem teórico-metodológica que melhor permita, num tempo mínimo, chegar a um resultado para a compreensão do fenómeno e para o avanço do bem-estar social. Na mesma senda, Fortin (2009) afirma que estes dois métodos são complementares, porque o género de conhecimentos que elas possibilitam adquirir complementam-se. O problema de investigação e as questões que ele coloca determinam a abordagem a usar para a obtenção de respostas às questões, ou para confirmar as hipóteses formuladas.

Com efeito, os princípios metodológicos por nós escolhidos para elaboração dos nossos estudos levam-nos a ressaltar algumas ponderações prévias. De salientar, que numa mesma área do conhecimento, podem advir várias correntes que cooperam, não somente para a segmentação do objeto de estudo mas, também, para os processos metodológicos diversos no desenho e execução do processo de investigação; no entanto, selecionámos os métodos que melhor respondiam às nossas questões de conhecer na generalidade (métodos quantitativos) e no detalhe (métodos qualitativos) a vivência e experiência dos fenómenos em si, tal como veremos mais à frente.

## 6. ESTUDO 1

Como já referimos nas páginas anteriores, o Estudo 1 é quantitativo. A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista e as suas origens estão nas ciências físicas, isto é, implica que a verdade é absoluta e que as ocorrências e os princípios subsistem para além dos contextos histórico e social. Logo, se os factos existem, então podem ser mensurados (Fortin, 2009). Segundo os estudiosos da investigação quantitativa, para se apreender completamente o fenómeno, o melhor é dividi-lo nos seus elementos integrantes e identificar as conexões entre eles, ao invés de o considerar na totalidade (Norwood, 2000, cit. por Fortin, 2009).

Este estudo é descritivo e correlacional; descritivo, porque é nosso objetivo descrever até que ponto a frequência, pela população adulta e idosa, do PALV da UAc, influi no seu bem-estar psicológico, satisfação com a vida e qualidade de vida; correlacional, porque estabelece uma relação entre os conceitos ou variáveis, o que nos permitirá explicar de que modo essas mesmas variáveis estão ligadas entre si (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), as questões de investigação – exame e verificação das ligações entre os conceitos, ou verificação das diferenças intergrupais – são próprias da investigação quantitativa. O objetivo da investigação quantitativa é identificar factos, comprovar as relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, vaticinar resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas. Além disto, esta metodologia valida a generalização dos resultados, obtidos com amostras, às populações alvo.

A conceptualização do tema em estudo, numa investigação quantitativa, inicia-se com a enunciação de uma questão que seja evidente e envolve uma sequência linear de etapas bem demarcadas, ou seja, é fundamental enunciar as questões de investigação ou as hipóteses de forma clara. Formulámos como ponto de partida a seguinte questão: *Até que ponto é que o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida proporciona, aos alunos seniores, um melhor bem-estar psicológico, qualidade de vida e satisfação com a vida?* A partir desta questão organizadora do nosso pensamento, delineámos objetivos e hipóteses.

### 6.1. Objetivos e Hipóteses

Após nos inteirarmos do estado da arte sobre a ALV, particularizada nos adultos de idade avançada, é nosso objetivo mensurar e apurar qual o efeito que este programa tem no bem-estar psicológico, na satisfação com a vida e na qualidade de vida desta população.

Delineámos os seguintes objetivos: (i) caracterizar os alunos seniores que frequentam o PALV da UAc; (ii) verificar se as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade e reforma) têm relação no bem-estar psicológico, qualidade de vida e na satisfação com a vida desta população; (iii) averiguar se o tempo de frequência do PALV exerce algum efeito no bem-estar psicológico, na qualidade de vida e na satisfação com a vida destes indivíduos; (iv) analisar se existe uma relação entre a satisfação com o PALV da UAc e o seu bem-estar psicológico, qualidade de vida e satisfação com a vida e (v) e aferir se o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida aumentam a qualidade de vida dos estudantes seniores.

A partir dos objetivos por nós delineados, foram formuladas seis hipóteses que passaremos a enunciar:

- H1: O bem-estar psicológico varia de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e reforma);
- H2: A qualidade de vida difere de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e reforma);
- H3: A satisfação com a vida varia de acordo com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e reforma);
- H4: O tempo de frequência do PALV da UAc influencia o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida;
- H5: A satisfação com o PALV da UAc influencia o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida;
- H6: A satisfação com a vida e o bem-estar psicológico fomentam a qualidade de vida.

## 6.2. Amostra

A população é constituída pelos estudantes que frequentaram o PALV da UAc, no ano letivo 2014/2015 (109 inscritos).

Dentro da população, a amostra é composta por 33 participantes adultos e adultos de idade avançada, residentes no Arquipélago dos Açores, nas ilhas de S. Miguel e Santa Maria.

### a) Sexo

Dos participantes da amostra, 26 (78,8%) são pertencentes ao sexo feminino e 7 (21,2%) ao sexo masculino.

Pelo desequilíbrio observado, verificamos que o PALV aparenta identificar e satisfazer com mais eficácia as necessidades, os interesses e as aspirações do sexo feminino, o que poderá estar relacionado com a natureza e o perfil da sua oferta formativa e recreativa e com o facto das senhoras se mobilizarem mais para as tarefas educativas.

### b) Idade

As idades dos participantes da amostra estão compreendidas entre os 51 e os 90 anos (Figura 4), sendo a média da mesma de 69 anos.

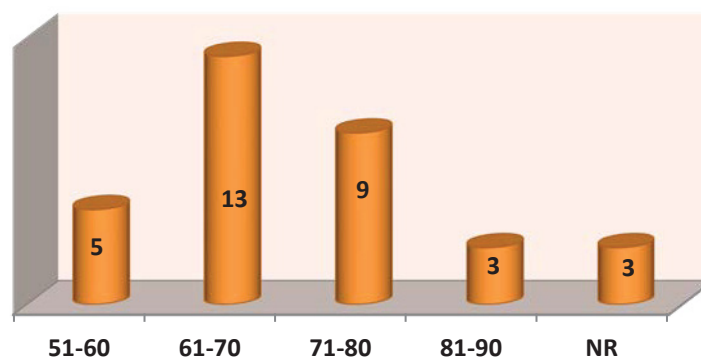


Figura 4. Distribuição por idades.

Dos 33 participantes, 5 (15,2%) têm idades compreendidas entre os 50 e os 60 anos; 13 (39,4%) entre os 61 e os 70 anos; 9 (27,3%) entre os 71 e os 80 anos; três (9,1%) entre os 81 e os 90 anos e três (9,1%) dos participantes não responderam a esta questão.

## b) Estado civil

Ao nível do estado civil, é de destacar que 18 (54,5%) dos participantes são casados; oito (24,2%) são viúvos; seis (18,2%) são solteiros e um (3%) é divorciado (cf. Figura 5).

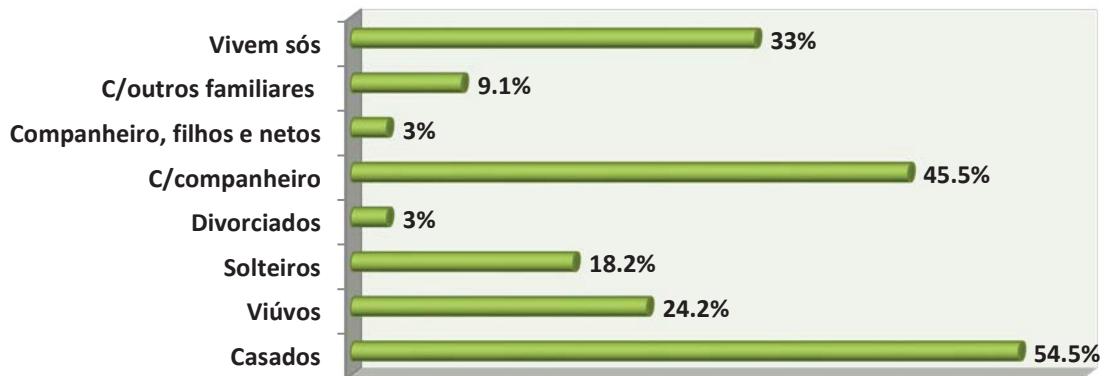


Figura 5. Distribuição por composição do agregado familiar e estado civil.

Quanto ao agregado familiar, 11 (33%) vivem sós e 22 (66,7%) vivem acompanhados, donde 15 (45,5%) vivem com um companheiro; três (9,1%) vivem com filhos e um (3%) vive com, além do companheiro, filhos e netos e três (9,1%) vivem com outros familiares.

## c) Concelho de residência

Ao nível do local de residência (Figura 6), a grande maioria dos participantes (28) reside na ilha de S. Miguel, sendo que 19 (57,5%) residem no concelho de Ponta Delgada; seis (18,1%) no concelho da Ribeira Grande; um (3%) no concelho de Lagoa e um (3%) concelho do Nordeste.

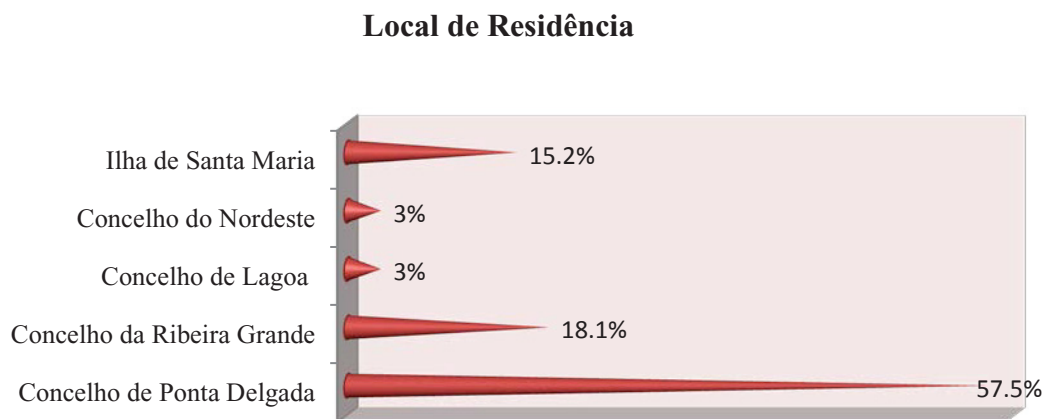


Figura 6. Distribuição por local de residência.

Os restantes cinco (15,2%) residem na ilha de Santa Maria, não se deslocando, como é óbvio, a S. Miguel.

#### d) Nível de escolaridade

Quanto ao nível da escolaridade (Figura 7), os participantes encontram-se divididos do seguinte modo: sete têm o ensino superior (21,2%); sete têm o ensino médio (bacharelato; 21,2%); oito têm o ensino complementar (10º-12º anos, antigo 7º ano; 24,1%); oito têm o ensino unificado (atual 9º ano, antigo 5º; 24,1%); um tem o ensino preparatório (antigo 2º ano; 3%) e um tem o ensino básico (3%).

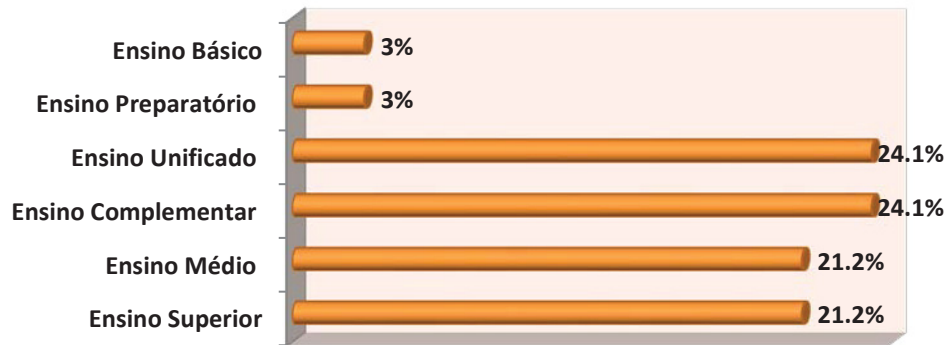


Figura 7. Distribuição por grau de escolaridade.

Pela análise dos resultados, podemos inferir que, apesar da média de escolaridade ser o ensino obrigatório (atual), este programa continua a desempenhar um papel fundamental na continuidade e/ou aprofundamento de novas aprendizagens e na firmeza de lutar, por parte desta população, pela continuidade do seu papel na sociedade onde se insere e aumentar o nível dos seus conhecimentos, de forma formal e estruturada, ainda que não conferente de grau académico, através do PALV.

#### e) Reforma

Dos participantes da amostra, 27 são reformados (81,8%) de uma ocupação profissional e três (9,1%) são domésticas.

Estas três participantes não desempenharam, oficialmente, no seu percurso de vida, uma atividade profissional para além das tarefas denominadas de “donas de casa” logo, são dependentes de terceiros.

### 6.3. Instrumentos

Neste Estudo, optámos pelo uso de questionários e escalas para a recolha dos dados requeridos à investigação. O questionário é um instrumento de recolha de dados que demanda, do participante, respostas escritas a uma série de questões e tem como objetivo a recolha de informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre as crenças, as atitudes, as perceções, os sentimentos e as concepções.

Os questionários em geral têm como principal objetivo a recolha de dados sobre crenças, atitudes, perceções e sentimentos, entre outros. Além disso, este tipo de instrumento é apto para a recolha de informação de largo espectro, tanto no tempo como no espaço,

conseguindo-se, neste aspeto, a obtenção de informação relativa a eventos passados e/ou presentes (Alferes, 1997, cit. por Maia, 2015).

Os questionários são flexíveis em termos de estrutura, de forma e de meios de recolha de informação. Podem ser distribuídos a grupos independentemente do tamanho do grupo, serem preenchidos pelos próprios participantes, serem autoadministrados (expedidos e reenviados pelos CTT ou internet), e podem ser preenchidos pelo entrevistador, na presença do entrevistado ou pelo telefone (questionário-entrevista) (Fortin, 2009).

Além disso, podem conter questões fechadas e/ou abertas. Os participantes respondem às questões, sem a possibilidade de as mudar, nem explicar o seu pensamento, as questões são apresentadas numa ordem lógica e os enviesamentos são quase impossíveis.

Para a recolha de dados, o investigador pode usar um questionário já existente ou criar o seu, que responda às suas necessidades particulares, embora o método mais utilizado seja o questionário já existente, pois permite comparar os resultados com outros estudos já publicados e aferidos (Fortin, 2009).

Sucintamente, os questionários têm por finalidade a recolha de informação sobre as atitudes, as opiniões e os comportamentos; tendo a vantagem de serem pouco dispendiosos e flexíveis sob o ponto de vista da estrutura e da administração e o inconveniente de se correr o risco da taxa de resposta ser fraca e, conseqüentemente, faltarem dados para a conclusão do estudo (Fortin, 2009).

Optámos pelo uso de um Questionário sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida (QALV), desenhado e projetado pela Professora Doutora Teresa Medeiros e colaboradores (2014), com o intuito de investigar o BE e QV das pessoas de idade avançada da RAA, e que gentilmente nos foi disponibilizado.

Aplicámos também as Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBEP) de Ryff (1989), a Escala da Qualidade de Vida e a Escala de Satisfação com a Vida, versão portuguesa da elaborada por Diener *et al.* (1985), que passaremos a apresentar.

### **6.3.1. Questionário sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida**

O QALV é composto de 3 partes: (i) questões sociodemográficas (e.g. sexo, idade e estado civil, entre outras); (ii) frequência no PALV e (iii) questões relativas à: a) vivência do envelhecimento; b) reforma; c) satisfação com a vida; d) qualidade de vida; e) saúde física, perceção do bem-estar e atividades de vida diária; f) relações intergeracionais e g) religiosidade, num total de 56 questões.

### **6.3.2. Escalas de Bem-Estar Psicológico**

Ryff (1989a, 1989b) desenvolveu um instrumento multidimensional de autoavaliação de medida do BEP, composto por seis dimensões/escalas: Aceitação Pessoal (AP), Autonomia (AU), Relações Positivas com os Outros (RP), Crescimento Pessoal (CP), Domínio do Ambiente (DA) e Sentido de Vida (SV), ficando conhecida como *Ryff's Psychological Well Being Scale* (RPWBS). Estas dimensões do bem-estar, teoricamente definidas, são identificadas por níveis elevados ou baixos (ver Tabela 1).

Seguidamente, passaremos a explicitar estas seis escalas/dimensões (Ryff, 1989a), a partir da definição operacional de cada variável/dimensão.

**A Aceitação de Si** – refere-se às atitudes positivas do indivíduo em relação a si próprio, ao reconhecimento e aceitação dos diferentes aspetos do *self* e ao sentimento positivo relativo à vida passada. Esta dimensão é alicerçada nos modelos de Maslow (1968) sobre a relevância da aceitação da natureza dos outros e de si; na conceção de Rogers (1961) de valor do *self*; na percepção de maturidade de Allport (1961), na qual se encontra incluída a aceitação de si traçada através da segurança emocional; nos contributos de Jung (1933) sobre a aceitação dos diferentes aspetos do *self*; nas teorias de *life-span*, nomeadamente na dos estados de Erikson (1959), em que é dado ênfase não só à aceitação de si, mas também à aceitação dos eventos passados; na saúde mental, onde se evidencia Jahoda (1958), com as atitudes positivas em relação ao *self*, onde se incluem a aceitação de si e a autoconfiança.

**As Relações Positivas com os Outros** – nesta dimensão, apresenta-se uma abordagem centralizada na preocupação das competências relacionais, na apetência para estabelecer relações satisfatórias e no cuidado com o bem-estar dos outros. Teoricamente, encontra-se relacionado com a teoria de Maslow (1968), aludindo a que os indivíduos autorrealizados revelam interesses sociais e são competentes para firmar relações de amor e de amizade íntimas; Rogers (1961), ao salientar, na sua teoria, a importância da crença na natureza humana também contribui para esta dimensão; Allport (1961) dá uma contribuição, ao abranger as relações calorosas como fator de maturidade; por sua vez, Erikson (1959), nos estados da vida adulta, menciona os desafios desenvolvimentais que interagem com fatores de natureza interpessoal, particularmente o estabelecer de relações de intimidade.

**O Crescimento Pessoal** – diz respeito à importância de uma sensação de desenvolvimento contínuo do indivíduo, aceitação de novas experiências, percepção das suas aptidões e de melhoria do *self* e do seu comportamento ao longo do tempo. A inteligência do indivíduo em se harmonizar com as contínuas mudanças do mundo impõe, cada vez mais, a competência pessoal de mudança incessante. Nesta circunstância, Rogers (1961) alude a que a abertura à experiência é uma condição necessária para a realização pessoal; Maslow (1968) evidencia que a autorrealização é um procedimento ininterrupto e Jahoda (1958) salienta a percepção das próprias faculdades. Segundo esta autora, esta dimensão está próxima da noção de eudaimonia, na perspectiva aristotélica que reconhece o sentimento combinado de comportamento em direção a um fim, com base no potencial individual.

**O Sentido de Vida** – traduz a identificação de aspirações e das metas a alcançar, bem como a certeza de que tais metas orientam o comportamento, dando um sentido à vida. Esta dimensão baseia-se nos modelos de Jahoda (1958), Allport (1961) e Rogers (1961) e salienta a importância da manutenção de uma perspectiva de vida hábil para dar sentido a objetivos de índole pessoal. Conforme as teorias do desenvolvimento, os objetivos de vida estão em contínua mudança ao longo de todo o ciclo vital, embora o funcionamento positivo envolva sempre a presença de metas que dão uma significação ao comportamento humano.

**O Domínio do Meio/Ambiente** – está relacionado com a mestria de se saber deixar envolver e gerir o meio ambiente e, em simultâneo, criar contextos adequados às necessidades pessoais. Esta dimensão encontra-se aliada aos pressupostos da teoria *life-span*, pondo a tónica nos processos de personalidade dos adultos, relacionados com a destreza de atividades complexas vinculadas aos âmbitos profissional, familiar e pessoal. Allport (1961) também contribui para esta dimensão, ao definir o indivíduo com maturidade como aquele que é apto para se adequar e se desenvolver no meio em que se encontra inserido.

A **Autonomia** – refere-se, para além de outros aspetos, à independência, à autorregulação comportamental e à autodeterminação do indivíduo. Do ponto de vista teórico, está alicerçada nas conceções de Maslow (1943), que afirma que os indivíduos autoatualizados são definidos como autónomos e resistentes, isto é, têm habilidades para reagirem às pressões sociais estabelecidas pela cultura; de Rogers (1961) defende a ideia de um *locus* de apreciação interna, segundo o qual o indivíduo se avaliava de acordo com os seus padrões, não dependendo da anuência dos outros e de Jahoda (1958), com ênfase na autonomia como critério de saúde mental, sendo que, nesta perspetiva, a autonomia estaria ligada à autodeterminação, independência e autorregulação do comportamento humano.

Segundo Ryff & Singer (2008), as seis variáveis identificadas na Tabela 1 deverão ser encaradas como dimensões do *Bem-Estar Psicológico* e não como fatores promotores dele. Para Novo (2003), a grande contribuição de Carol Ryff foi ter reunido todos os pontos teóricos e transpô-los para o quadro empírico, possibilitando a centralização das dimensões de base do funcionamento psicológico positivo, no âmbito da saúde mental na idade adulta e na velhice.

**Tabela 1.** Definição operacional dos níveis baixos e elevados das dimensões da teoria do bem-estar (adaptada de Ryff & Singer, 2008).

Características psicológicas	Níveis elevados	Níveis Baixos
<b>Aceitação de Si</b>	Possui uma atitude positiva em relação a si; reconhece e aceita as suas boas e más qualidades; sente-se positivo sobre a vida passada.	Sente-se insatisfeito consigo; está dececionado com a vida passada; perturbam-no certas qualidades pessoais; ambiciona ser diferente do que é.
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Sente-se relativamente satisfeito e confiante nas relações interpessoais; preocupa-se com o bem-estar dos outros; é capaz de desenvolver empatia, afeto e intimidade profundos; entende as relações humanas como um dar e receber.	Tem poucas relações de confiança, próximas, com os outros; acha difícil ser amável, aberto e preocupar-se com os outros; isola-se e sente-se frustrado com as relações interpessoais; não está disposto a fazer cedências com vista à manutenção de importantes laços com os outros.
<b>Crescimento Pessoal</b>	Sente-se em contínuo desenvolvimento; tem a noção do auto crescimento e desenvolvimento; está aberto a novas experiências; tem a perceção da realização do seu potencial; reconhece a sua melhoria e a do seu comportamento; vai mudando de maneiras que refletem um aumento do autoconhecimento e autoeficácia.	Tem consciência da estagnação pessoal; não reconhece as suas melhorias e crescimento ao longo do tempo; sente-se enfadado e desinteressado com a vida; sente incapacidade para desenvolver novas atitudes ou comportamentos.
<b>Sentido de Vida</b>	Tem objetivos de vida e do rumo desta; perceciona o sentido da vida passada e presente; mantém as crenças que dão propósito à vida; tem metas e objetivos para a vida.	Não tem sentido nem significado para a vida; tem poucas metas ou objetivos; não tem um rumo; não vê o propósito da vida passada; não tem perspetivas ou crenças que dêem sentido à vida.
<b>Domínio do Ambiente</b>	Tem o sentido de domínio e competência na gestão do ambiente; consegue controlar as complexas atividades externas; faz uso eficaz das oportunidades que lhe surgem; é apto para escolher ou criar contextos adequados aos seus valores e necessidades pessoais.	Tem dificuldades na gestão do dia-a-dia; sente-se incapaz de modificar ou melhorar o contexto em que está inserido; não tem consciência das oportunidades que lhe surgem; tem falta de sentido e de controlo do meio ambiente.

Autonomia

É autodeterminado e independente; apto a resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira; consegue regular e ditar as pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira; regula o auto comportamento; avalia-se pelos seus padrões.

Preocupa-se com as expectativas e avaliações que os outros fazem de si; baseia-se nos juízos dos outros para tomar decisões importantes; conforma-se com as pressões sociais para pensar e agir de certa maneira.

As EBEP já foram muito usadas em estudos metodológicos de natureza diversa (transversal/longitudinal; experimental/quasi-experimental/pré-experimental) existindo, pelo menos, 18 traduções linguísticas diferentes (Frazier, Mintz & Mobley, 2005; Ryff & Singer, 1996). Embora existam algumas críticas quanto às características psicométricas (Springer & Hauser, 2006; Van Dierendonck, 2005), os estudos alcançaram suporte empírico quanto à validade interna, discriminante, convergente, fatorial e temporal (Keyes et al., 2002; Kitamura et al., 2004), pelo que estes padrões têm tendência a variar, de acordo com a forma usada no questionário (número de itens por fator) (Fernandes, 2007).

Cada uma das seis escalas é constituída por 20 itens (positivos e negativos, em igual número), totalizando 120 itens. Estes são constituídos por afirmações expositivas, em que a resposta é do tipo *Likert*, indo de 1 a 6 pontos (em que 1 é Discordo Completamente e 6 é Concordo Completamente).

Carol Ryff (1989), para analisar e validar os itens das EBEP, aplicou as escalas a uma amostra de 321 indivíduos de ambos os sexos, adultos e adultos em idade avançada. O nível de escolaridade destes indivíduos era médio-alto, com estabilidade económica e com boa saúde física. O nível de consistência interna observado no pré e pós-teste foi de 0.81 e 0.88. Os valores finais de alfa foram de 0.83 e 0.93, inferindo que a consistência interna é elevada.

Há três versões das EBEP: (i) a original, com 120 itens; (ii) uma com 84 dos itens (Ryff & Essex, 1991), em que cada subescala é composta por 14 itens e (iii) uma com 18 itens, em que cada subescala contém 3 itens (Ryff & Singer, 1996).

Na adaptação à língua portuguesa, as EBEP são constituídas por 84 itens, tal como proposto por Ryff e Essex, em 1991. Estas escalas foram validadas no período compreendido entre 1995 e 1996, por Ferreira e Simões (1999), com base numa amostra de 353 adultos de ambos os sexos, cujas idades eram compreendidas entre os 18 e os 90 anos. Foram observados, para a totalidade da escala, valores de alfa de 0.94. Ao nível de cada uma das escalas que compõem as EBEP, os investigadores obtiveram valores para coeficientes de alfa que variavam entre 0.69 e 0.88, distribuídos do seguinte modo: Crescimento Pessoal: 0.69; Sentido de Vida: 0.80; Aceitação de Si: 0.88; Relações Positivas com os Outros: 0.84; Autonomia: 0.83 e Domínio do Ambiente: 0.78 (Ferreira & Simões, 1999).

No que respeita às correlações item/total da escala, na subescala Crescimento Pessoal, o coeficiente de correlação ( $r$ ) dos itens apresenta uma variação entre 0.03 e 0.51, sendo que o item 9 é o único que não apresenta um coeficiente de correlação significativa com esta subescala. Na subescala Sentido de Vida, os itens mostram correlações significativas com significância estatística, com valores de teste entre 0.21 e 0.07, excetuando-se o item 19. Na subescala Aceitação de Si, foram observadas relações estatisticamente significativas entre os itens e a subescala, com valores de teste oscilando entre 0.36 e 0.69. Na subescala Relações Positivas com os Outros, foram notadas correlações significativas entre os itens e a subescala, com valores de correlação variando entre 0.18 e 0.67. Na subescala Autonomia, também se

observaram relações estatisticamente significativas com todos os itens, com relações entre 0.23 e 0.59. Finalmente, na subescala Domínio do Ambiente, foram verificadas correlações com significância estatística em todos os itens e a subescala, com valores alternando entre 0.25 e 0.61 (Ferreira & Simões, 1999).

No nosso estudo, optámos pela versão reduzida de Ryff e Essex (1991) das EBEP, já usada para a população idosa açoriana (Pereira, 2012a). A pontuação varia entre 1 e 84 pontos em todas as dimensões avaliadas, sendo cada item avaliado entre 1 e 6 valores. O somatório de cada um dos itens permite-nos obter a pontuação das seis dimensões do Bem-Estar Psicológico. Quanto maior a pontuação em cada uma das subescalas, maior o BEP dos indivíduos (Pereira, 2012a). Nesta escala, e além do atrás referido, foi nossa preferência usar apenas 5 das 6 dimensões, rejeitando-se a subescala de autonomia pois, à partida, tomámos como facto adquirido todos os estudantes seniores terem autonomia, visto que se deslocam de mote próprio para a UAc e fazem as suas atividades de vida diária.

Em síntese, avaliar o BEP é referir influências de natureza cognitiva e afetiva, que identificam um amplo grupo de características psicológicas como a autonomia, o domínio do ambiente, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros, os objetivos de vida e a aceitação de si, apoiadas no estudo do desenvolvimento humano (Fernandes, 2007).

### 6.3.2.1. Consistência interna da Escala de Bem-Estar Psicológico

Para testar a consistência interna das EBEP aplicou-se o teste *Alfa* de Cronbach. É um dos testes mais usados para a determinação da consistência interna, ao permitir medir a correlação entre os itens que compõem e que procuram medir o mesmo fenómeno (Pestana & Gageiro, 2005). Conforme estes autores, o *alfa* de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo que quanto maior for o valor de *alfa*, mais viáveis serão os itens da escala, embora não seja aconselhável o uso de itens cujo valor de *alfa* seja 1, pois este facto poderá ser indiciador da existência de uma redundância na escala. Assim sendo, a consistência interna de uma escala categoriza-se do seguinte modo: (i) para valores de *alfa* entre 0.6 e 0.7, como fraca fiabilidade; (ii) para 0.7 e 0.8, como fiabilidade razoável; (iii) para 0.8 e 0.9, como fiabilidade boa e (iv) superior a 0.9, como fiabilidade muito boa. Quando o *alfa* for inferior a 0.6 é aconselhado que se proceda a um reajustamento dos itens da escala (Pestana & Gageiro, 2005).

Procedemos, então, ao teste da consistência interna da versão da escala por nós usada (versão sem os itens da dimensão da autonomia, como já explicámos), com a finalidade de se verificar a viabilidade da mesma. As EBEP apresentaram um *alfa* de 0.88, assumindo-se assim com uma fiabilidade muito boa para a mensuração do Bem-Estar Psicológico e para a aferição da consistência interna das dimensões e dos resultados obtidos (ver Tabela 60, Anexo III). Relativamente às subescalas, foram observados valores de consistência interna entre 0.31 e 0.88 distribuídos do seguinte modo: AP,  $a = 0.88$ ; RP,  $a = 0.66$ ; CP,  $a = 0.78$ ; SV,  $a = 0.78$  e DA,  $a = 0.31$ . Achámos que o nível de consistência interno apurado foi adequado para a aplicação deste instrumento.

### 6.3.3. Escala de Satisfação com a Vida

A Escala da Satisfação com a Vida, do inglês *Satisfaction With Life Scale* (adiante designada pela sigla SWLS), elaborada por Diener et al. (1985), é um dos instrumentos mais usados para a avaliação do BES, isto é, avalia o juízo subjetivo que os indivíduos percebem sobre a satisfação com as suas próprias vidas. Nesta escala, os critérios adotados para a aferição dos juízos sobre a satisfação com a vida são formulados pelos próprios sujeitos, não sendo impostos pelos investigadores ou qualquer outra pessoa. Pavot e Diener (1993), que retificaram a escala posteriormente, salientam que o juízo formulado diz respeito à satisfação com a vida numa aceção global, e não somente a domínios específicos. A universalidade dos itens da SWLS conduz os participantes a ponderar os domínios das suas vidas segundo as suas crenças, permitindo uma apreciação geral sobre a satisfação com a vida.

Na sua versão original, a SWLS é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo. A escala de resposta é tipo *Likert* de 5 pontos, variando a pontuação entre 5 e 35 pontos e sendo 20 o ponto médio.

Para a construção da SWLS, Diener et al. (1985) basearam-se numa escala de 45 itens, a qual foi sujeita a uma análise factorial, resultando três fatores: ScV, Afeto Positivo (AP) e Afeto Negativo (AN). Devido ao facto de 10 dos itens inicialmente propostos apresentarem uma saturação de 0.6 no fator ScV, estes foram reduzidos para 5 minimizando-se, assim, as redundâncias de enunciado e aprimorando-se a consistência interna (Pavot & Diener, 1993). Este último formato (dos 5 itens) tem grandes vantagens de aplicação, sobretudo numa população idosa, como a do nosso estudo, com custos mínimos referentes ao tempo necessário para a aplicação e preenchimento.

Este instrumento demonstrou uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot & Diener, 1993), com um coeficiente *alfa* de 0.87 e, após dois meses no teste-reteste, um coeficiente de estabilidade de 0.82 (Diener et al., 1985). Estes mesmos autores encontraram uma estrutura unifatorial explicativa de 66% da variância na escala, sendo este resultado replicado em outros estudos (Arrindel et al., 1999; Pavot et al., 1991).

A validade da SWLS é observável pelas correlações positivas e significativas que apresenta com outros instrumentos de avaliação do bem-estar e da satisfação com a vida, apresentando uma convergência adequada, mesmo em medida usadas com diferentes abordagens metodológicas (Diener et al., 1985; Pavot et al., 1991). Do mesmo modo, os resultados da validade mostraram estar negativamente relacionados com a depressão, com o afeto negativo, a ansiedade e/ou o neuroticismo (Diener et al., 1985; Larsen et al., 1985; Blais et al., 1989; Pavot & Diener, 1993). Quanto à validade discriminante, os estudos demonstram que, embora a ScV e o BES estejam relacionados, são constructos independentes, mostrando a validade discriminante da escala (Pavot & Diener, 1993; Lucas et al., 1996; Eid & Diener, 2004).

A SWLS tem sido usada em diferentes línguas, manifestando capacidade de adaptação a diferentes culturas, mantendo os níveis de fidelidade e validade (Abdallah, 1998; Shevlin et al., 1998; Arrindell et al., 1999; Schimmack et al., 2002).

Para a população portuguesa, a SWLS foi adaptada, em primeiro lugar, por Neto et al. (1990) e, posteriormente, por Simões (1992), revelando boas qualidades psicométricas e uma

estrutura unifatorial passível de ser identificada na dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo (Simões et al., 2001). Neste último caso, a validade da SWLS foi aferida numa amostra constituída por 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra e por 130 adultos de diversas idades e profissões. A tradução foi efetuada de modo a facilitar a compreensão do conteúdo por pessoas de diversos níveis escolares e, em paralelo, foi reduzida a amplitude da escala de resposta para cinco pontos. As opções de resposta variam entre o *discordo muito* (1) e *concordo muito* (5) e os resultados entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, indicando maior satisfação com a vida quanto maior for o resultado obtido. O ponto médio está situado no valor 15.

#### 6.3.4. Escala de Qualidade de Vida

Como verificámos na componente teórica, existem várias definições de QV, o que dificulta a precisão de conteúdo e, conseqüentemente, de avaliação desta variável, facto também implícito na existência de diversos instrumentos de avaliação, sendo que a grande maioria não tem suporte científico (Canavarró, Simões, Pereira, & Pintassilgo, 2006).

A necessidade de um instrumento que mensurasse a QV numa perspetiva internacional levou a que a OMS criasse um projeto colaborativo envolvendo 15 países diferentes (com diferentes culturas) e um grupo de peritos (*The WHOQOL Group*), com o objetivo de se desenvolver a fidelidade, a validade e a sensibilidade na avaliação da qualidade de vida.

Para estes peritos, a definição operacional de QV é “*A percepção do indivíduo da sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Esta definição aclara uma conceção ampla e multidimensional de QV, influenciada de modo intrincado pela Saúde Física, Estado Psicológico, Nível de Dependência, Relações Sociais, Crenças Pessoais e a relação destes com os contextos em que o indivíduo se encontra inserido (Canavarró et al., 2007). Em conformidade, o WHOQOL Group criou uma escala de QV denominada *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100) (The WHOQOL Group, 1998). Esta escala é composta por seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Aspectos Espirituais/Religião e Crenças Pessoais) que, contendo em cada um vários aspetos específicos da QV, resumem o domínio particular de QV em que se inserem, num total de 24 aspetos específicos e um de Qualidade de Vida Geral. Cada característica do WHOQOL pode ser determinada como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma percepção ou experiência subjetiva.

A necessidade de instrumentos de célere aplicação fez com que o *WHOQOL Group* desenvolvesse uma versão reduzida do *WHOQOL-100* – o chamado *WHOQOL-BREF*, a partir de um teste de campo realizado em 20 centros de 18 diferentes países (WHOQOL Group, 1998) e que, por ser mais adequado à nossa população e investigação foi o selecionado.

O *WHOQOL-BREF* consiste em 26 questões, sendo duas gerais de QV e as restantes 24 representantes de cada uma das 24 especificidades que constituem o instrumento original, em que cada uma das facetas é avaliada a partir de 4 questões.

Os itens escolhidos para a construção do *WHOQOL-BREF* foram analisados por um painel de peritos, para estabelecer se representavam, em termos conceptuais, cada domínio de

onde provinham. Dos 24 itens selecionados, 6 foram permutados por questões que melhor elucidassem a questão correspondente. Três itens do domínio Meio Ambiente foram substituídos, por serem muito correlacionados com o domínio Psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor o domínio em questão (The WHOQOL Group, 1998).

Assim, o *WHOQOL-BREF* é composto por 4 domínios de Qualidade de Vida (a partir de uma análise fatorial): Físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), Psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 16), Social (itens 20, 21 e 22) e Ambiental (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) (Skevington et al., 2004).

As subescalas utilizadas no *WHOQOL-BREF* são as mesmas que as originais: 4 subescalas tipo *Likert* com 5 pontos de intervalo, desenhadas e testadas para medirem a intensidade, capacidade, frequência e a avaliação dos inquiridos relativamente às situações descritas nas duas últimas semanas (Skevington et al., 2004). Relativamente à avaliação, os domínios com 20% ou mais de omissões não são cotados, sendo os resultados alterados numa escala entre 0 e 100, para que seja possível a comparação entre os domínios compostos por um número desigual de itens (Skevington et al., 2004).

Canavarro et al. (2007) afirmam que, de uma forma geral, a interpretação dos resultados do *WHOQOL-BREF* é realizada de forma linear, isto é, resultados mais elevados correspondem a uma melhor QV. Os autores advertem que os resultados deverão ser analisados

*“(...) em função das pontuações obtidas nos 4 domínios que compõem o WHOQOLBREF, não existindo uma “pontuação total” do instrumento. Indicações sobre a qualidade de vida em geral apenas podem ser obtidas através dos resultados da faceta que avalia a qualidade de vida em geral e a percepção geral de saúde”* (Canavarro et al., 2007, p. 95).

Para Skevington et al. (2004), as qualidades psicométricas do *WHOQOL-BREF* revelaram-se satisfatórias, já que o mesmo exibe fidelidade ao nível da consistência interna, validade discriminante e validade de constructo.

Yao e Wu (2005) realizaram um estudo do *WHOQOL-BREF* em 13.010 indivíduos da Tailândia, com idade compreendida entre os 20 e os 65 anos, quer saudáveis, quer com patologias, tendo averiguado que o modelo dos 4 fatores é aquele que se mostra mais adequado na discriminação de diferenças em função do tipo de doenças e do sexo dos participantes.

Em Portugal, o estudo de validação do *WHOQOL-BREF* foi realizado através da colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, entre 2004 e 2005, sob a responsabilidade de Canavarro et al. (2007) tendo a Escala mostrado *“(...) bom desempenho psicométrico, tornando a prova uma medida adequada para avaliação da qualidade de vida em Portugal”* (Canavarro et al. 2007, p. 97). Acrescentam, ainda, que a versão para português europeu deste instrumento manifestou alguma fragilidade na consistência interna do domínio Relações Sociais, em analogia com o que acontece noutros centros internacionais. Tal facto, alvitram os autores, poderá dever-se à conjuntura deste domínio se basear apenas em três itens, um número comparativamente menor quando comparado com o número de itens que compõem os restantes domínios.

A grande vantagem desta medida de QV é o facto de poder ser administrada em diferentes culturas e estar traduzida para diversos idiomas, sendo profícua nas pesquisas multinacionais. Por outro lado, tem a vantagem de poder ser administrada num curto espaço de tempo e permitir recolher informação importante sobre a QV do indivíduo (Skevington et al., 2004).

No nosso estudo, aplicámos uma versão usada por Medeiros et al. (2014), que contempla os níveis de qualidade de vida seguintes: Nível de Independência (NI), Saúde Física (SF), Relações Sociais (RS), Saúde Psicológica (SP) e Aspetos Espirituais (AE).

#### **6.3.4.1. Consistência Interna da Escala de Qualidade de Vida**

Testámos a consistência interna da Escala de Qualidade de Vida através do *Alfa* de Cronbach, a fim de verificar a sua viabilidade. Apurou-se, para o total da escala, um valor de 0.68. Este valor assegura-nos uma fiabilidade razoável para a mensuração pretendida e para a aferição da consistência interna das dimensões e dos resultados obtidos (Ver Tabela 66, Anexo III).

No que respeita às dimensões, os valores de consistência interna variam entre 0.34 e 0.90 da seguinte forma: NI,  $a = 0.80$ ; SF,  $a = 0.34$ ; RS,  $a = 0.90$ ; SP,  $a = 0.59$  e AE,  $a = 0.79$ . É nosso entendimento que o nível de consistência interna averiguado nos permite o uso deste instrumento, não obstante os resultados muito baixos da dimensão SF.

#### **6.4. Procedimentos Éticos**

Um dos maiores problemas metodológicos que se nos coloca quando decidimos fazer um estudo é a seleção e gestão da informação disponível. O nosso ponto de partida foi o uso das teorias existentes, pois permitem-nos orientar o nosso estudo e gerir de forma adequada os nossos recursos.

A todos os participantes foi garantido o anonimato e a confidencialidade, afiançando-lhes, assim, liberdade para se pronunciarem sobre os assuntos que lhes dizem respeito. Para tal, os estudantes seniores foram esclarecidos sobre a finalidade, o tema e os objetivos do estudo e a possibilidade de desistirem de preencher o instrumento sempre que o desejassem.

Procedemos à recolha de dados nos meses de Maio, Junho, Agosto e Setembro.

O volume de resposta não foi o esperado, o que explicamos devido ao início das férias de Verão. Outro dos entraves ao reduzido número de respostas foi a extensão do conjunto dos instrumentos.

#### **6.5. Procedimentos Estatísticos**

Depois da aplicação dos instrumentos, as respostas foram codificadas e sistematizadas com recurso ao programa informático *SPSS – Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21 para o *Windows*.

Do ponto de vista estatístico, primeiramente verificámos a consistência interna e a fiabilidade dos instrumentos que usámos e procedemos à estatística descritiva do problema em estudo: o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida. Para tal, determinámos a média, o desvio-padrão, mínimo, máximo e quartis. Este procedimento

permitiu-nos ter a perceção da distribuição das variáveis de estudo. Recorremos também à análise de correlação entre variáveis e ao teste para diferenças entre as médias. Testámos a normalidade da amostra com a finalidade de se aferir qual o teste a selecionar, isto é, verificámos se estavam cumpridos os preceitos para a aplicação dos testes paramétricos, a saber, os testes de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância. Quando a amostra se afigura com distribuição normal para testes correlacionais e de comparação entre grupos, e/ou homogeneidade da variância para comparação entre grupos, dever-se-á optar por estatística paramétrica mas, se tal não se observar, ter-se-á que recorrer à estatística não paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005).

Como a nossa amostra é de dimensões reduzidas, o teste mais apropriado para verificar a sua normalidade é o de Shapiro-Wilk, que nos possibilita apurar se as amostras com  $N < 50$  mostram uma distribuição normal (Marôco, 2010). Quando  $p$  no teste Shapiro-Wilk ostenta um valor superior a 0.05, aceita-se que as amostras testadas seguem uma distribuição normal; se, pelo contrário  $p < 0.05$ , rejeita-se então a normalidade da amostra, recorrendo-se à estatística não paramétrica quer para os testes correlacionais, quer para os testes de comparação entre grupos (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2010).

Após a verificação da normalidade das amostras, como se pretendia testar as diferenças entre grupos, passámos à verificação da homogeneidade da variância e à melhor escolha do teste (ANOVA ou teste  $t$  de Student) para se comparar as médias. O teste de Levene auxilia na identificação de igualdade de variância de uma variável nos grupos em estudo (Pestana & Gageiro, 2005). Este teste é-nos exibido aquando do momento de teste da ANOVA no *SPSS*. Quando o valor de  $p$  é superior a 0.05, aceita-se a igualdade de variância, e então poder-se-á recorrer ao teste da ANOVA para se efetuar a comparação entre grupos. Se tal não se verificar, deve-se prosseguir com a alternativa não paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005).

Para o teste de hipóteses, segundo os pressupostos de normalidade da distribuição e da homogeneidade da variância, assim como das características próprias das variáveis por nós usadas, usámos os seguintes testes: (i) para a comparação entre grupos e para as variáveis com distribuição normal e igualdade de variância usámos os testes ANOVA e  $t$  de Student, respectivamente, enquanto que para as variáveis sem distribuição normal, usámos o teste de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney e (ii) para a identificação de correlações para as variáveis com distribuição normal, usou-se o teste  $r$  de Pearson e o teste Ró de Spearman, para as variáveis sem distribuição normal.

Para a aferição de existência de diferenças entre dois grupos, numa variável (*i.g.* sexo, tempo de frequência da ALV) usámos o teste  $t$  de Student para amostras independentes. Este teste parte dos pressupostos de que existe a normalidade da distribuição das amostras e homogeneidade (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2010). Além disso, procura verificar a veracidade das hipóteses:  $H_0$  não existem diferenças entre as amostras e  $H_1$  existem diferenças entre as amostras. Se o teste apresenta um valor de  $p$  inferior a 0.05, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se que as diferenças entre as médias dos dois grupos sejam estatisticamente significativas (Pestana & Gageiro, 2005).

O teste ANOVA, tal como o  $t$  de Student, parte dos mesmos pressupostos para amostras independentes. Contudo, a ANOVA (*One-way ANOVA* em *SPSS*) permite a verificação da existência de diferenças entre três ou mais grupos. Este teste é uma extensão do teste  $t$  de Student, que permite a análise dos efeitos de um fator independente numa variável

dependente, procedendo à análise desta última (Pestana & Gageiro, 2005). Tal como no teste *t* de Student aceita-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para  $p < 0.05$ .

Para se apurar a tendência das variáveis, deve-se recorrer a um teste de comparações múltiplas, e para tal o indicado será o teste Scheffe, pois possibilita-nos a identificação dos contrastes das diferenças entre as amostras para a variável em causa e permite averiguar qual a direção das diferenças (Pestana & Gageiro, 2005).

O teste de Mann-Whitney é uma alternativa não-paramétrica, para amostras independentes, ao teste *t* de Student, aplicável quando o grupo não segue uma distribuição normal. Neste teste, aceita-se a existência de diferenças significativas entre dois grupos, quando este apresenta uma significância inferior a 5% ( $p < 0.05$ ). No entanto, quando se comparam três ou mais grupos, para uma variável que não segue uma distribuição normal, o teste de Kruskal-Wallis é o indicado (Pestana & Gageiro, 2005).

Para a mensuração da associação entre duas variáveis, usa-se o *Ró* de Spearman e o *r* de Pearson. Ambos são indicados para variáveis ordinais e variáveis quantitativas<sup>20</sup>. O teste de *r* de Pearson é o mais fiável para identificar as relações entre variáveis. Para a aplicação deste, são necessários dois pressupostos para a amostra em análise: a distribuição normal da amostra e a relação linear entre as duas variáveis (Pestana & Gageiro, 2005).

O *r* de Pearson varia entre 1 e -1, e a direccionalidade negativa implica uma relação inversa entre as variáveis. A associação estatisticamente significativa é observada quando o teste de significância apresenta  $p < \alpha$ , para  $\alpha = 0.05$  (grau normal de significância) ou  $\alpha = 0.01$  (com maior grau de significância) (Pestana & Gageiro, 2005). Quando o valor do teste (*r*) apresenta valores entre 0.2 e 0.3, considera-se a intensidade da relação como sendo fraca; entre 0.4 e 0.69, a intensidade é moderada; entre 0.7 e 0.89, a intensidade é forte e entre 0.9 e 1, a intensidade é muito forte. Assim sendo, 1 é considerado uma intensidade perfeita (Pestana & Gageiro, 2005).

Quanto ao teste *Ró* de Spearman, é a alternativa ao teste *r* de Pearson, para quando as variáveis em estudo não apresentam distribuição normal. O *Ró* de Spearman mede a intensidade de uma relação e a sua direcção, aplicando-se a: (i) duas variáveis ordinais; (ii) uma variável ordinal e uma quantitativa ou, então, (iii) a duas variáveis quantitativas que não apresentem uma distribuição normal. O teste *Ró* de Spearman varia entre 1 e -1, em que quanto mais perto o valor está de 1 ou -1, maior será a intensidade da relação. Ao se proceder à análise da sua significância, é possível observar que, quando  $p < \alpha$  ( $\alpha = 0.05$ ) existe uma associação estatisticamente significativa, sendo esta associação de maior força estatística se o grau de significância for inferior a 1%.

## 6.6. Resultados

A análise e discussão dos resultados seguirão a ordem das seis hipóteses por nós formuladas. Almejamos confirmá-las para as variáveis em estudo. As variáveis dependentes são o BEP, a QV e a ScV; as independentes são as variáveis sociodemográficas e as de frequência do PALV.

---

<sup>20</sup> Para variáveis dicotómicas o mais indicado é a comparação entre médias ou o teste de Qui-Quadrado (Mâroco, 2010).

### 6.6.1. O Bem-Estar Psicológico e as variáveis sociodemográficas

Para avaliar o *bem-estar psicológico*, medido através das Escalas EBEP (ponto 5.4.2) e as variáveis sociodemográficas, começámos pela análise da descrição estatística da variável em estudo - *Bem-Estar Psicológico*. A análise dos resultados (Tabela 2) revela valores médios de 260.5 (DP=25.54), valor acima do ponto médio da escala (150). O *bem-estar psicológico* desta amostra varia entre 216 e 322, indicando que a amostra apresenta valores moderados a altos de bem-estar psicológico, uma vez que o valor mínimo (216) está acima do valor médio, e o valor máximo (322) está próximo do valor máximo da EBEP (366). Estes resultados são indicadores de que a amostra tem níveis de bem-estar psicológico positivos.

**Tabela 2.** Estatística descritiva do constructo Bem-Estar Psicológico (n=33).

	Bem-Estar Psicológico
Média	260,55
Mediana	252,00
Desvio Padrão	25,54
Mínimo	216,00
Máximo	322,00

Com o intuito de testar a nossa primeira hipótese (H1: *O bem-estar psicológico varia de acordo com as variáveis sociodemográficas*), procedemos à análise dos resultados obtidos comparando a pontuação das EBEP e as suas dimensões em estudo (AP, RP, CP, DA e SV) com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e reforma).

#### a) Bem-Estar Psicológico e Sexo

Para o estudo da variável sexo optámos pelo teste de *t* de Student, que tem como pressupostos a homogeneidade de variância e a normalidade da distribuição das amostras. Assim, antes de o aplicar, foi necessário verificar os pressupostos atrás referidos.

Através da aplicação do teste de Shapiro-Wilk, observa-se que as variáveis AP, RP, CP e DA apresentam uma distribuição normal, enquanto as variáveis Sentido de Vida e Bem-Estar Psicológico global não a apresentam (ver Tabela 72, Anexo III). Assim sendo, é indicado aplicar-se o teste *t* de Student para o primeiro grupo de variáveis (Tabela 3), enquanto para o segundo grupo (Tabela 4) o indicado é o teste de Mann-Whitney.

**Tabela 3.** Teste *t* de Student para a variável Sexo para o Bem-Estar Psicológico.

	Teste <i>t</i> de Student	
	<i>t</i>	<i>p</i>
Aceitação Pessoal (AP)	-,461	,648
Relações Positivas com os Outros (RP)	,440	,663
Crescimento Pessoal (CP)	-,375	,710
Domínio do Ambiente (DA)	-,967	,341

**Tabela 4.** Teste de Mann-Whitney para a variável Sexo para o Bem-Estar Psicológico.

	Bem-Estar Psicológico	Sentido de Vida
Mann-Whitney U	70,000	55,500
<i>p</i>	,375 <sup>b</sup>	,120 <sup>b</sup>

Analisando os resultados das Tabelas 3 e 4, constatamos que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos, para o Bem-Estar Psicológico.

#### b) Bem-Estar Psicológico e Idade

De seguida, analisaremos a variável idade na sua conjugação com o *bem-estar psicológico*, tendo optado por agrupar as idades em agrupamentos etários (50-60, 61-70, 71-80, 81-90). Para tal, aplicou-se o teste ANOVA, o qual, tal como o teste *t* de Student, tem como pressupostos a homogeneidade e a normalidade da amostra. Assim, recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para análise da normalidade da amostra. As variáveis BEP, RP, CP e SV apresentaram uma distribuição normal, concluindo que há condições para aplicar o teste ANOVA (Tabela 5). Para as variáveis AP e DA não se constatou a normalidade da amostra ( $p < 0.05$ ). Face a tal, o teste indicado será o de Kruskal-Wallis.

**Tabela 5.** Teste Oneway-ANOVA para a variável Faixa Etária para o Bem-Estar Psicológico.

	F	p
EBEP	,445	,723
Relações Positivas com os Outros (RP)	2,259	,105
Crescimento Pessoal (CP)	,271	,846
Sentido de Vida (SV)	1,069	,379

Pela análise dos resultados das Tabelas 5 e 6 verifica-se que, tanto no teste ANOVA, como no teste de Kruskal-Wallis, mais uma vez se verificou a ausência de diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos etários considerados, para o Bem-Estar Psicológico.

**Tabela 6.** Teste de Kruskal-Wallis para a variável Estado Civil para o Bem-Estar Psicológico.

	Aceitação Pessoal	Domínio do Ambiente
Qui-Quadrado	,707	1,329
df	3	3
Sig.	,871	,722

Dados os resultados, não é exequível assumir que a idade influencia o BEP nesta amostra.

#### c) Bem-Estar Psicológico e Estado Civil

Nesta variável, e tendo em conta a sua natureza, mais uma vez o indicado é a aplicação do teste ANOVA (Tabela 7). Tendo-se verificado os pressupostos do teste, apurou-se a viabilidade da aplicação do mesmo para as variáveis RP, CP e SV, sendo que para o BEP, a AP e DA, como não há distribuição normal para a variável estado civil ( $p < 0.05$ ) (cf Tabela 73, Anexo III), o teste indicado é o teste de Kruskal-Wallis.

**Tabela 7.** Teste One-Way ANOVA para a variável Estado Civil para o Bem-Estar Psicológico.

	F	Sig.
Relações Positivas com os Outros (RP)	1,005	,405
Crescimento Pessoal (CP)	2,415	,087
Sentido de Vida (SV)	1,008	,403

Mais uma vez, seguindo o padrão das restantes variáveis sociodemográficas, observa-se na Tabela 7 que não existem diferenças significativas ao nível das dimensões RP, CP e SV. O mesmo se constata para o *bem-estar psicológico* no geral, assim como para as dimensões AP e DA (Tabela 8).

**Tabela 8.** Teste de Kruskal-Wallis para variável Estado Civil para o Bem-Estar Psicológico.

	<b>EBEP</b>	<b>Aceitação Pessoal</b>	<b>Domínio do Ambiente</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	5,345	4,277	1,040
<b>p</b>	,148	,233	,791

Perante os resultados, pode-se assumir que não existem diferenças significativas para o bem-estar psicológico e suas dimensões entre o estado civil, pelo que esta variável não influencia o BEP, de forma significativa.

#### **d) Bem-Estar Psicológico e Nível de Escolaridade**

Para comprovar se existem diferenças de *bem-estar psicológico* ao nível das diferentes escolaridades, aplicou-se o teste One-Way ANOVA. Este teste tem como pressuposto a homogeneidade da variância e a normalidade da distribuição da amostra. Verificou-se a normalidade da distribuição da amostra para as variáveis *bem-estar psicológico* e as dimensões AP, RP e CP, pelo que para estas variáveis é possível a aplicação do teste One-Way ANOVA (Tabela 9). Porém, para as dimensões PV e DA, não se observou a normalidade da distribuição da amostra, pelo que para estas o teste indicado será o teste de Kruskal-Wallis.

**Tabela 9.** Teste One-Way ANOVA.

	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>EBEP</b>	,640	,671
<b>Aceitação Pessoal (AP)</b>	,659	,658
<b>Relações Positivas com os Outros (RP)</b>	,341	,883
<b>Crescimento Pessoal (CP)</b>	,890	,502

Após a aplicação dos testes One-Way ANOVA e Kruskal-Wallis (Tabela 10), mais uma vez se observou a ausência de significância para as variáveis em estudo. Ou seja, assume-se assim que, se existirem diferenças entre os níveis de escolaridade para o *bem-estar psicológico* e suas dimensões, estas são muito baixas para terem uma significância estatística.

**Tabela 10.** Teste de Kruskal-Wallis.

	<b>Sentido de Vida</b>	<b>Domínio do Ambiente</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	6,161	6,382
<b>Sig.</b>	,291	,271

Após análise dos resultados, não é possível concluir que o nível de escolaridade influencie o *bem-estar psicológico*.

### e) Bem-Estar Psicológico e Reforma

Passando à análise da variável reforma, observa-se mais uma vez a necessidade da aplicação do teste *t* de Student para amostras independentes. Este teste tem como pressupostos a homogeneidade da variância e a normalidade da amostra. Apurou-se a homogeneidade de variância para todas as variáveis, contudo, apenas as variáveis RP, CP e DA seguem uma distribuição normal. Para estas variáveis é aceitável aplicar o teste *t* de Student (Tabela 11). Para as variáveis BEP, AP e SV, devido à inexistência de normalidade ( $p < 0.05$ ), o teste indicado é o de Mann-Whitney (Tabela 12).

**Tabela 11.** Teste *t* de Student para a variável Reforma para o Bem-Estar Psicológico.

	Teste <i>t</i> para comparação entre médias		
	<i>t</i>	df	Sig. (2-tailed)
Relações Positivas com os Outros (RP)	,632	28	,533
Crescimento Pessoal (CP)	,525	28	,603
Domínio do Ambiente (DA)	-1,781	28	,086

Analisando as Tabelas 11 e 12 comprova-se a inexistência de significância tanto para o teste *t* de Student, como para o teste de Mann-Whitney. Observa-se em ambos os testes que não existem diferenças significativas para o *bem-estar psicológico* e suas dimensões. Logo, não se pode inferir que receber ou não pensão de reforma influencie o BEP, ou que as diferenças entre receber ou não receber uma subvenção sejam suficientemente fortes, ao nível do BEP, para ter significância.

**Tabela 12.** Teste de Mann-Whitney com a variável agrupamento Reforma.

	EBEP	Aceitação Pessoal	Sentido de Vida
Mann-Whitney U	38,000	35,000	26,000
Sig. (2-tailed)	,863	,703	,315

Em face dos resultados obtidos, não é possível aceitar a hipótese 1 ( $H_1 = O \text{ bem-estar psicológico varia de acordo com as variáveis sociodemográficas}$ ), uma vez que não se constatarem diferenças significativas ao nível da variável BEP e suas dimensões. Assim sendo, não se aceita a  $H_1$ .

#### 6.6.2. A Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas

Seguidamente, proceder-se-á à análise da variável QV para testar a hipótese 2 ( $H_2: A \text{ qualidade de vida difere de acordo com as variáveis sociodemográficas}$ ).

Primeiro, optou-se por descrever e analisar na íntegra a variável, examinando os seus valores médios por forma a se averiguar o comportamento da variável para, após esta análise, se testarem as hipóteses relacionadas com este conceito. Assim sendo, e depois deste procedimento, apurou-se que a QV patenteia valores positivos (cf. Tabela 13). A média é de 81 valores, sendo que esta se encontra muito acima do ponto médio da escala (60). O valor mínimo é de 63, ligeiramente acima do ponto médio, e o valor máximo é 100, próximo do máximo da escala (120).

**Tabela 13.** Estatística descritiva do constructo Qualidade de Vida (n=32).

	Qualidade de Vida (QV)
<b>Média</b>	81,53
<b>Mediana</b>	81,50
<b>Desvio Padrão</b>	7,88
<b>Mínimo</b>	63,00
<b>Máximo</b>	100,00

Perante os valores obtidos, podemos inferir que esta amostra apresenta valores elevados de QV. Tendo-se observado o comportamento positivo desta variável, passaremos a testar a nossa hipótese 2.

#### a) Qualidade de Vida e Sexo

Começando pela análise ao nível da variável sexo e de como a QV varia entre ambos, o teste indicado será o teste *t* de Student para amostras independentes. Este tem como pressupostos a homogeneidade da variância e a normalidade da distribuição da amostra. Aplicando o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, observa-se que a variável QV e as dimensões NI, RS e SP apresentam normalidade de distribuição e homogeneidade da variância, pelo que se pode aplicar o teste *t* de Student (Tabela 14) para estas variáveis. Todavia, as variáveis AE e SF, não apresentam normalidade da distribuição, pelo que se recorre ao teste de Mann-Whitney (Tabela 15).

**Tabela 14.** Teste *t* de Student para a variável Sexo para a Qualidade de Vida.

	Teste <i>t</i> para comparação entre médias		
	<i>t</i>	df	Sig. (2-tailed)
<b>Escala de Qualidade de Vida (QV)</b>	-,252	30	,803
<b>Nível de Independência (NI)</b>	-,042	31	,967
<b>Relações Sociais (RS)</b>	1,060	31	,297
<b>Saúde Psicológica (SP)</b>	-,970	30	,340

Observa-se, segundo as Tabelas 14 e 15 que, em analogia com o BEP, entre o sexo masculino e o sexo feminino não aparecem diferenças estatisticamente significativas para a variável QV e suas dimensões.

**Tabela 15.** Teste de Mann-Whitney para a variável Sexo para a Qualidade de Vida.

	Aspetos Espirituais	Saúde Física
<b>Mann-Whitney U</b>	49,000	61,500
<b>Sig. (2-tailed)</b>	,077	,186

Pela análise dos resultados, não se pode inferir que a variável sexo influencie a *qualidade de vida*, de forma significativa.

#### b) Qualidade de Vida e Idade

Passando à análise da variável idade e tendo em conta a natureza da variável, o teste indicado será o teste One-Way ANOVA. Este teste tem como pressupostos a homogeneidade da variância e a normalidade da distribuição da amostra, como já foi dito nos procedimentos

estatísticos. Verificou-se que as variáveis QV, NI e SP apresentam distribuição normal e homogeneidade de variância, pelo que, para estas variáveis, é possível aplicar o teste One-Way ANOVA (Tabela 16). As variáveis AE, SF e RS não seguem uma distribuição normal ( $p < 0.05$ ), pelo que o teste indicado é o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 17).

**Tabela 16.** Teste One-Way ANOVA.

	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Escala de Qualidade de Vida (QV)</b>	3,420	,033
<b>Nível de Independência (NI)</b>	2,112	,123
<b>Saúde Psicológica (SP)</b>	1,246	,314

**Tabela 17.** Teste de Kruskal-Wallis para a Qualidade de Vida.

	<b>Aspetos Espirituais</b>	<b>Saúde Física</b>	<b>Relações Sociais</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	4,607	4,006	4,935
<b>df</b>	3	3	3
<b>Sig.</b>	,203	,261	,177

Observa-se a ausência de significância em ambos os teste para as dimensões da QV, contudo, no caso da escala geral qualidade de vida, observa-se que existem diferenças com significância estatística ( $p = 0.033$ ). Assim, pode-se assumir que a variável QV apresenta diferenças entre os agrupamentos etários com significância estatística (Tabela 18). A mesma relação não se viu nas suas dimensões.

**Tabela 18.** Comparação de Médias.

	<b>Agrupamentos Etários</b>	<b>Média</b>
<b>Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)</b>	50-60	85,0000
	61-70	79,6923
	71-80	86,3750
	81-90	73,3333
	Total	81,7931

Na Tabela 18 constata-se que as médias mais altas de QV se encontram nas faixas etárias dos 50 aos 60 anos (não idosos) e dos 71 a 80 anos. É ainda de salientar que a média mais baixa se situa na faixa etária mais idosa (81 a 90 anos). Dos resultados obtidos, infere-se que há uma tendência para que quanto mais avançada for a idade menor seja a *qualidade de vida*, embora a exceção, no nosso estudo, seja o agrupamento etário dos 61-70.

### c) Qualidade de Vida e Estado Civil

Cada vez mais se opta, para a variável estado civil, pela aplicação do One-Way ANOVA, pois há a comparação de múltiplas médias entre os diferentes estados civis. Assim, procedeu-se à verificação, nas amostras em causa, dos pressupostos para aplicação do teste. Ao nível da normalidade da distribuição, observou-se que as variáveis AE, SF e RS não apresentam uma distribuição normal, pelo que para as mesmas o indicado será a aplicação do teste de Kruskal-Wallis.

As variáveis QV, NI e SP apresentaram normalidade da distribuição, embora somente a variável SP apresentasse homogeneidade de variância (cf. Tabela 109, Anexo III). Pelo

exposto, apenas para a variável SP se aplicará o teste One-Way ANOVA (Tabela 19), enquanto para as restantes se aplica o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 20).

**Tabela 19.** Teste One-Way ANOVA.

	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Saúde Psicológica (SP)</b>	,147	,931

Nenhum dos testes apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes estados civis para a QV e as suas dimensões.

**Tabela 20.** Teste de Kruskal-Wallis.

	<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	<b>Nível de Independência</b>	<b>Aspetos Espirituais</b>	<b>Saúde Física</b>	<b>Relações Sociais</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	2,589	3,043	2,324	3,719	6,967
<b>df</b>	3	3	3	3	3
<b>Sig.</b>	,459	,385	,508	,293	,073

Pelos resultados analisados, não se pode inferir que a *qualidade de vida* varie com o estado civil.

#### **d) Qualidade de Vida e Nível de Escolaridade**

Para o nível de escolaridade, na sua relação com a QV, decidiu-se aplicar o teste One-Way ANOVA. Assim, verificou-se, para os diferentes níveis de escolaridade, se a variável *qualidade de vida* e suas dimensões respeitavam os pressupostos de aplicação do teste ANOVA. Ao nível da normalidade da amostra averiguou-se que todas as variáveis seguem uma distribuição normal; contudo, ao nível da homogeneidade da variância, as variáveis NI e SF não apresentam homogeneidade ( $p < 0.05$ ). Para estas duas dimensões aplica-se o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 22) – alternativa não paramétrica ao teste ANOVA –, enquanto para as restantes aplica-se o teste One-Way ANOVA (Tabela 21).

**Tabela 21.** Teste Oneway ANOVA.

	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Qualidade de Vida (QV)</b>	,730	,608
<b>Nível de Independência (NI)</b>	,426	,827
<b>Aspetos Espirituais (AE)</b>	,743	,599
<b>Saúde Física (SF)</b>	1,971	,117
<b>Relações Sociais (RS)</b>	,354	,875
<b>Saúde Psicológica (SP)</b>	2,428	,063

**Tabela 22.** Teste de Kruskal-Wallis.

	<b>Nível de Independência</b>	<b>Saúde Física</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	2,248	6,975
<b>Sig.</b>	,814	,222

Analisando a significância dos testes ANOVA e Kruskal-Wallis, observa-se que esta não existe nem para a *qualidade de vida* (QV), nem para as suas dimensões. Consequente, assume-se que para todas as variáveis estudadas, não existem diferenças significativas entre

os diferentes níveis de escolaridade. Logo, assume-se que a escolaridade, tal como verificado no caso do *bem-estar psicológico*, não influencia a *qualidade de vida*.

#### e) Qualidade de Vida e Reforma

Para verificar se receber ou não uma subvenção de reforma influencia a QV, aplicou-se, mais uma vez, o teste *t* de Student (Tabela 23). Para tal é necessário verificar se os requisitos do teste *t* são cumpridos pela amostra em causa. Observa-se que apenas a variável NI segue uma distribuição normal, e apresenta homogeneidade da variância pelo que, para esta variável, poder-se-á aplicar o teste *t*. Para as restantes variáveis (QV, AE, SF, RP e SP) aplicar-se-á o teste de Mann-Whitney (Tabela 24).

**Tabela 23.** Teste *t* de Student – Variável agrupamento: Reforma.

	<i>t</i>	<i>p</i>
Nível de independência (NI)	-,529	,601

Observa-se que, tanto para o teste *t* de Student, como para o teste de Mann-Whitney (Tabelas 23 e 24) não se verificou significância nem para a QV, nem para as respetivas dimensões. Assim, verifica-se que a diferença entre receber uma subvenção de reforma, ou não, não influencia de forma significativa a QV. Logo, não se pode assumir que a QV dependa de auferir reforma.

**Tabela 24.** Teste de Mann-Whitney.

	Qualidade de Vida	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Mann-Whitney U	24,500	21,500	32,000	40,000	21,500
<i>p</i>	,298	,207	,548	,972	,206

Concluindo, e para o caso da QV assume-se, parcimoniosamente, a hipótese 2 (H2: *A QV difere de acordo com as variáveis sociodemográficas*). Como só se encontraram diferenças significativas entre a QV e os agrupamentos etários, e não se observando o mesmo em relação a qualquer outra dimensão com as restantes variáveis sociodemográficas, conclui-se que a idade é passível de influenciar a qualidade de vida.

#### 6.6.3. A Satisfação com a Vida e as variáveis sociodemográficas

O passo seguinte foi verificar a correlação da ScV com as variáveis sociodemográficas. Testámos a hipótese 3 (H3: *A satisfação com a vida varia de acordo com as variáveis sociodemográficas – sexo, idade, estado civil, escolaridade e reforma*). Principiando então por analisar a *satisfação com a vida* no geral, pretendia-se verificar o comportamento da variável ScV, de forma a caracterizar a amostra a este nível (Tabela 25).

Apurou-se um valor médio de ScV de 19.5, sendo que o mesmo se encontra acima do ponto médio da respectiva escala, observando-se, também, que os valores da escala nesta amostra se encontram distribuídos entre 8 (valor inferior ao ponto médio, mas superior ao valor mínimo da escala – 5) e 25 (valor máximo na escala). Assim, pode-se concluir que, em média, esta amostra possui valores positivos de *satisfação com a vida*.

**Tabela 25.** Estatística descritiva do constructo Satisfação com a Vida (n=33).

	<b>Satisfação com a Vida</b>
<b>Média</b>	19,52
<b>Mediana</b>	20,00
<b>Desvio Padrão</b>	4,15
<b>Mínimo</b>	8,00
<b>Máximo</b>	25,00

#### a) Satisfação com a Vida e Sexo

Começando a análise pela variável dicotómica sexo, foi nossa pretensão comparar se a *satisfação com a vida* apresentava diferenças entre sexos. O teste indicado é o teste *t* de Student (Tabela 26). Tendo-se verificado ambos os pressupostos da aplicação do teste (normalidade da distribuição da amostra e homogeneidade da variância – cf. Tabelas 127 e 128, Anexo III) passou-se à sua aplicação.

**Tabela 26.** Teste *t* de Student – variável agrupamento: Sexo.

	<i>t</i>	df	<i>p</i>	Diferença da média	Erro padrão
<b>Satisfação com a Vida (ScV)</b>	-1,198	31	,240	-2,10440	1,75704

Procedendo à análise do teste *t* de Student, verifica-se que não existe significância de teste ( $p = 0.24$ ). Todavia, comparando as médias, nota-se que a *satisfação com a vida* indica valores mais altos para o sexo feminino, mas sem significância estatística. Assim sendo, não se pode assumir que o sexo tenha influência sobre a satisfação com a vida, embora as mulheres tendam a estar mais satisfeitas.

#### b) Satisfação com a Vida e Idade

Passamos então à influência da idade na ScV, pretendendo-se averiguar as diferenças entre os agrupamentos de idades. Para tal, decidiu-se recorrer ao teste One-Way ANOVA. Porém, não se verificou o pressuposto de normalidade para a faixa etária dos 81 a 90 anos. Assim sendo, não se pôde aplicar o teste One-Way ANOVA, recorrendo-se à alternativa não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis (Tabela 27).

**Tabela 27.** Teste de Kruskal Wallis – Variável agrupamento: Faixa Etária.

	<b>Satisfação com a Vida</b>
<b>Qui-quadrado</b>	3,710
<b><i>p</i></b>	,294

Analisando o teste de Kruskal-Wallis, à semelhança do ponto anterior, observa-se mais uma vez ausência de significância. Não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes idades. Contudo, aponta-se que as idades dos 50 aos 60 anos, e dos 71 aos 80 anos apresentam as médias mais altas do grupo, embora sem significância estatística.

**c) Satisfação com a Vida e estado civil**

Quanto ao estado civil, mais uma vez se optou pelo teste One-Way ANOVA, de modo a comparar se existem diferenças significativas. No entanto, verificando-se a ausência de normalidade da distribuição da amostra para esta variável, recorremos ao teste de Kruskal-Wallis (Tabela 28).

**Tabela 28.** Teste de Kruskal Wallis.

	Satisfação com a Vida
Qui-quadrado	3,524
<i>p</i>	,318

No teste de Kruskal-Wallis, observa-se que não existem diferenças significativas ao nível da *satisfação com a vida* entre os diferentes estados civis. Deste modo, não se pode assumir que exista influência do estado civil na ScV. Uma possível causa consiste na alta dispersão da amostra entre os estados civis.

**d) Satisfação com a Vida e nível de escolaridade**

Por último, analisando a escolaridade, optou-se por utilizar o teste One-Way ANOVA, teste indicado para comparação de médias entre vários grupos. Tendo-se confirmado o pressuposto de homogeneidade da variância e da normalidade da distribuição da amostra, procedeu-se então à análise do teste One-Way ANOVA (Tabela 29).

**Tabela 29.** Teste Oneway ANOVA – Variável agrupamento: Nível de Escolaridade.

	Satisfação com a Vida
F	<i>p</i>
,587	,710

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 29, verifica-se a ausência de significância estatística para o teste One-Way ANOVA. Nesta perspectiva, é admissível inferir que o nível de escolaridade não tem influência sobre a *satisfação com a vida*. No entanto, observa-se que as médias mais altas de *satisfação com a vida* encontram-se nas pessoas com o ensino superior, embora sem significância estatística.

**e) Satisfação com a Vida e reforma**

Para a variável reforma (estar ou não estar reformado), optou-se pelo teste *t* de Student (Tabela 30). Tendo-se verificado o pressuposto de normalidade da distribuição da amostra e o da homogeneidade da variância, procedeu-se à aplicação do teste *t* de Student, com o intuito de comparar as médias da ScV entre receber e não receber reforma.

**Tabela 30.** Teste *t* de Student – variável agrupamento: Reforma.

	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação com a Vida (ScV)	-,755	,457

Constata-se no teste *t* de Student que as diferenças entre receber e não receber uma subvenção de reforma, ao nível da ScV são demasiado baixas para ter significância estatística. Observa-se que quem não recebe uma subvenção de reforma, curiosamente, tem a média mais

alta (N = 27) (cf. Tabela 144, Anexo III). Saliente-se, no entanto, que é necessário ter em conta que quem não recebe essa subvenção tem uma representatividade assaz baixa (N = 3)

Não é possível aceitar a hipótese 3 (H3 = *A satisfação com a vida varia de acordo com as variáveis sociodemográficas – sexo, idade, estado civil, escolaridade e reforma*), uma vez que não se encontrou significância nos testes para nenhuma das variáveis sociodemográficas. Assim sendo, não se pode assumir que a satisfação com a vida varie de forma estatisticamente significativa em função das variáveis sociodemográficas.

#### 6.6.4. Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida e Bem-Estar Psicológico, Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida

Seguidamente, passaremos à mensuração da influência de frequentar o PALV nas variáveis BEP, ScV e QV.

A análise divide-se em dois momentos: no primeiro, relacionam-se as variáveis em estudo com o tempo de frequência do PALV. No segundo momento, relacionam-se as variáveis em estudo com a satisfação com o PALV.

##### a) Tempo que frequenta o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida

Começando então por testar a hipótese 4 (H4: *O tempo de frequência do Programa de ALV da UAc influencia o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida*) e analisar a relação entre “há quanto tempo frequenta o PALV” e as variáveis em estudo, optou-se por aplicar o teste de correlação, o *r* de Pearson, o teste indicado para variáveis quantitativas. Contudo, para a aplicação deste teste, é necessário verificar-se o pressuposto de normalidade da distribuição da amostra. Verificando-se que a variável independente – tempo de frequência do PALV – não apresenta distribuição normal, recorreu-se então ao teste Ró de Spearman (Tabelas 31, 32 e 33), a alternativa não paramétrica ao teste *r* de Pearson.

**Tabela 31.** Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e tempo de frequência do PALV.

		EBEP	Aceitação Pessoal	Relações positivas com os outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
Tempo	<i>r</i>	,154	,350	-,149	,173	,188	,241
	<i>p</i>	,452	,079	,467	,397	,358	,235
	N	26	26	26	26	26	26

No caso da variável BEP, verificou-se que não existem relações estatisticamente significativas com o tempo de frequência. O mesmo se observa com as suas dimensões.

**Tabela 32.** Teste Ró de Spearman: variáveis da Qualidade de Vida e tempo de frequência do PALV.

		Qualidade de Vida	Nível de Independência	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Há quanto tempo frequenta o PALV	<i>r</i>	-,002	-,005	,186	,156	-,254	,149
	<i>p</i>	,992	,979	,362	,448	,211	,469
	N	26	26	26	26	26	26

Para a QV, observa-se a mesma situação que no BEP. Isto é, mais uma vez há a inexistência de uma relação com significância estatística entre a QV e suas dimensões e o tempo de frequência.

**Tabela 33.** Teste Ró de Spearman: variável Satisfação com a Vida e tempo de frequência do PALV.

Há quanto tempo frequenta o PALV	Satisfação com a Vida	
	r	p
	,220	,279
	N	26

Finalmente, quanto à ScV, mais uma vez se observa a ausência de relação com significância estatística, pelo que, à semelhança do BEP e da QV, o tempo de frequência do PALV não influencia as variáveis em estudo.

Examinou-se também a frequência semanal, para tentar perceber qual a relação entre as variáveis em estudo e “*quantas vezes por semana frequenta o PALV*”.

Testou-se a normalidade desta variável, mas, mais uma vez, observou-se a ausência de normalidade, pelo que se recorreu ao teste Ró de Spearman (Tabelas 34, 35 e 36).

Começando pela variável BEP, verifica-se a ausência de relação entre a variável e o número de dias por semana que a pessoa frequenta o PALV. O mesmo se observa com as suas dimensões, as quais não apresentam relação com a frequência semanal.

**Tabela 34.** Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e frequência semanal do PALV.

Nº vezes		EBEP	Aceitação	Relações positivas	Crescimento	Sentido de	Domínio do
			Pessoal	com os Outros	Pessoal	Vida	Ambiente
	r	,032	-,045	-,055	-,033	,219	-,151
	p	,869	,818	,777	,865	,254	,434
	N	29	29	29	29	29	29

Para a QV e as suas dimensões, observa-se também a ausência de relação estatisticamente significativa com o número de dias de frequência semanal. Assim, não se pode inferir que o número de dias por semana em que a pessoa frequenta o PALV influencie a sua *qualidade de vida*.

**Tabela 35.** Teste Ró de Spearman: variáveis da Qualidade de Vida e frequência semanal do PALV.

Quantas vezes por semana frequenta o PALV		Escala de	Nível de	Aspetos	Saúde	Relações	Saúde
		Qualidade de Vida	Independência	Espirituais	Física	Sociais	Psicológica
	r	,296	,204	-,004	-,009	,366	,110
	p	,119	,288	,985	,964	,051	,571
	N	29	29	29	29	29	29

Para a ScV, observa-se a ausência de significância do teste Ró de Spearman. Assim sendo, verifica-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a satisfação com a vida e o número de dias em que a pessoa frequenta o PALV.

**Tabela 36.** Teste Ró de Spearman: variável Satisfação com a Vida e frequência semanal do PALV.

Quantas vezes por semana frequenta o PALV		Satisfação com a Vida
		r
	r	,196
	p	,307
	N	29

Pela análise destes resultados, não se pode aceitar a hipótese 4 (H4: *O tempo de frequência do Programa de ALV da UAc influencia o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida*), uma vez que não se verificou qualquer relação entre o tempo de frequência do PALV (tanto ao nível do tempo que já frequenta, como ao nível do número de dias em que opta estar presente) e as variáveis *bem-estar psicológico, qualidade de vida e satisfação com a vida*.

#### b) Satisfação com o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida

Passando então para a segunda parte da análise do PALV, verificámos qual a relação entre a satisfação em frequentar o programa e as variáveis *bem-estar psicológico, qualidade de vida e satisfação com a vida*. Assim, neste subponto, procurou-se testar a hipótese 5 (H5: *A satisfação com o PALV influencia o Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida*). Tratando-se de uma análise de relação, o teste indicado é o teste Ró de Spearman (Tabelas 37, 38 e 39), por duas razões: a ausência de normalidade da distribuição da amostra para a variável satisfação com o PALV; e uma das variáveis ser ordinal.

**Tabela 37.** Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e satisfação com o PALV.

		EBEP	Aceitação Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
Quando vem à Universidade sente-se	r	,271	,122	,075	,366	,039	,237
	p	,140	,513	,689	,043	,836	,199
	N	31	31	31	31	31	31

No que diz respeito ao BEP, verifica-se a ausência de relação estatisticamente significativa para o BEP – valor da escala geral. Contudo, para as suas dimensões, o quadro altera-se, apesar de para as variáveis AP, RP, SV e DA não existirem relações estatisticamente significativas com a satisfação. A dimensão Crescimento Pessoal tem uma relação com significância estatística com a satisfação com o PALV ( $r = 0.37$ ,  $p = 0.04$ ). Esta relação caracteriza-se por ser positiva e de baixa intensidade, sendo que, à medida que a satisfação em frequentar o PALV aumenta, também o crescimento pessoal aumenta.

**Tabela 38.** Teste Ró de Spearman: variáveis da Qualidade de Vida e satisfação com o PALV.

		Escala de Qualidade de Vida	Nível de Independência	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Quando vem à Universidade sente-se	r	,024	-,025	,136	,125	-,239	-,153
	p	,899	,892	,474	,504	,195	,418
	N	30	31	30	31	31	30

Para a QV, no entanto, não se verificam relações com significância estatística com a satisfação. O mesmo se verifica com as suas dimensões, as quais não se relacionam com a satisfação de forma significativa.

**Tabela 39.** Teste Ró de Spearman: variável da Satisfação com a Vida e satisfação com o PALV.

	Satisfação com a Vida	
Quando vem à Universidade sente-se	r	-,077
	p	,680
	N	31

Por último, no caso da ScV, observa-se o mesmo caso que a QV. Ou seja, não existe uma relação com significância estatística entre a ScV e o grau de satisfação em frequentar o PALV.

Assim, sendo, aceita-se parcialmente a hipótese 5 ( $H5 = A$  *satisfação com o Programa Aprendizagem ao Longo da Vida influencia o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida*). Existe uma relação estatisticamente significativa entre a dimensão CP do BEP e a satisfação com o PALV, sendo que esta aumenta com o aumento da satisfação. Contudo, não existe relação entre a satisfação com o PALV e a QV e a ScV.

#### 6.6.5. Relação entre o Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida

Terminada a análise das hipóteses antecedentes, neste ponto averiguou-se qual a relação entre o *bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida*, de modo a averiguarmos a veracidade da hipótese 6 ( $H6: A$  *Satisfação com a Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida relacionam-se*). Para este caso, o teste apropriado será o teste  $r$  de Pearson, uma vez que se tratam de variáveis quantitativas do tipo índice, mas, tendo em conta que na  $H4$  se observou a ausência de normalidade para estas variáveis, temos que aplicar a alternativa não paramétrica ao teste  $r$  de Pearson, o teste Ró de Spearman (Tabelas 40 a 46).

##### a) A Satisfação com a Vida relaciona-se com o Bem-Estar Psicológico

**Tabela 40.** Teste Ró de Spearman: variáveis da Satisfação com a Vida e Bem-Estar Psicológico.

	Bem-Estar Psicológico	
Satisfação com a Vida (ScV)	r	,484
	p	,004
	N	33

Começou-se pela análise da relação entre a ScV e o BEP. Observa-se que existe uma correlação, com um alto grau de significância ( $p < 0,01$ ), entre a *satisfação com a vida* e o *bem-estar psicológico* ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,00$ ). Esta relação caracteriza-se por uma intensidade moderada e positiva, deste modo, pode-se assumir que, à medida que a *satisfação com a vida* aumenta, também o *bem-estar psicológico* aumenta nos estudantes seniores.

**Tabela 41.** Teste Ró de Spearman: variáveis da Satisfação com a Vida e dimensões do Bem-Estar Psicológico.

	Aceitação Pessoal	Relações positivas com os outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
Satisfação com a Vida (ScV)	r	,604	,223	,330	,462
	p	,000	,213	,060	,007
	N	33	33	33	33

Ao nível das dimensões do bem-estar psicológico, observa-se que apenas existem relações estatisticamente significativas entre a ScV e AP ( $r = 0,6$ ;  $p = 0,00$ ), e entre a ScV e o SV ( $r = 0,46$ ;  $p = 0,007$ ). Estas relações caracterizam-se por serem positivas e de intensidade moderada. Logo, tanto o SV como a AP aumentam com a ScV.

**b) A Qualidade de Vida relaciona-se com o Bem-Estar Psicológico**

**Tabela 42.** Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida.

	Bem-Estar Psicológico	
	r	p
Qualidade de Vida (QV)	,507	,003
	N	32

Passando à análise da relação entre o BEP e a QV, observou-se que ao nível da QV existe também uma correlação com um alto grau de significância ( $r = 0,51$ ;  $p = 0,00$ ). Esta relação caracteriza-se por ser de intensidade moderada e positiva, ou seja, à medida que o BEP aumenta, aumenta também a QV.

**Tabela 43.** Teste Ró de Spearman: variáveis do Bem-Estar Psicológico e dimensões da Qualidade de Vida.

	Bem-Estar Psicológico	
	r	p
Nível de Independência (NI)	,526	,002
	N	33
Aspetos Espirituais (AE)	,144	,433
	N	32
Saúde Física (SF)	-,367	,036
	N	33
Relações Sociais (RS)	,384	,027
	N	33
Saúde Psicológica (SP)	,485	,005
	N	32

Ao nível das dimensões da QV, observa-se que o NI ( $r = 0,53$ ;  $p = 0,00$ ), a SF ( $r = -0,37$ ;  $p = 0,04$ ), as RS ( $r = 0,38$ ;  $p = 0,03$ ) e a SP ( $r = 0,49$ ;  $p = 0,005$ ) relacionam-se significativamente com o BEP. Consequentemente, observa-se que, à medida que o BEP aumenta, também as dimensões da QV – com exceção dos AE que não se relacionam com a QA.

**Tabela 44.** Teste Ró de Spearman: dimensões do Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida.

Qualidade de Vida (QV)	de	Aceitação Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
		r	p	N	r	p
		,476	,112	,402	,539	,290
		,006	,542	,023	,001	,108
		32	32	32	32	32

Quanto às dimensões do BEP, observa-se que a QV se relaciona com as dimensões AP ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,006$ ), CP ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,02$ ) e SV ( $r = 0,54$ ;  $p = 0,00$ ). Estas relações caracterizam-se por serem positivas e de intensidade moderada.

**c) A Satisfação com a Vida relaciona-se com a Qualidade de Vida**

Por ultimo, passando à análise da relação entre a QV e a ScV (Tabela 45), observa-se que existe uma correlação com alto grau de significância ( $p < 0.01$ ) entre a ScV e a QV ( $r = 0,56$ ;  $p = 0.00$ ). Esta é uma correlação positiva, de intensidade moderada, ou seja, à medida que a ScV aumenta, também aumenta a QV.

**Tabela 45.** Teste Ró de Spearman: variável da Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida.

	Escala de Qualidade de Vida	
	r	p
Satisfação com a Vida (ScV)	,555	,001
	N	32

**Tabela 46.** Teste Ró de Spearman: variável da Satisfação com a Vida e as dimensões da Qualidade de Vida.

Satisfação com a Vida (ScV)		Nível de Independência	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
		r	p	N	r	p
	r	,466	-,026	-,283	,513	,583
	p	,006	,888	,110	,002	,000
	N	33	32	33	33	32

Nas dimensões da QV, observa-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a ScV e as dimensões NI ( $r = 0,47$ ;  $p = 0.006$ ), RS ( $r = 0,51$ ;  $p = 0,002$ ) e SP ( $r = 0,583$ ;  $p = 0.00$ ). Estas relações caracterizam-se por serem positivas e de intensidade moderada.

Observam-se relações positivas e de intensidade moderada entre o BEP, a QV e a ScV. Observam-se ainda relações estatisticamente significativas entre:

- a) a dimensão Crescimento Pessoal e a Satisfação com a Vida;
- b) as dimensões Aceitação Pessoal, Crescimento Pessoal e Sentido de Vida e a Qualidade de Vida;
- c) o Nível de Independência, a Saúde Física, as Relações Sociais e a Saúde Psicológica e o Bem-Estar Psicológico;
- d) entre o Nível de Independência, as Relações Sociais e a Saúde Psicológica e a Satisfação com a Vida.

Deste modo, aceita-se a hipótese 6 ( $H_6 = A$  Satisfação com a Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida relacionam-se entre si).

**6.7. Discussão**

As relações interpessoais são basilares para o bem-estar, qualidade de vida e sentido de vida de cada indivíduo. Estas relações, e as atividades realizadas com outros, tornam a vida mais satisfatória, pois a rede social em que cada indivíduo está inserido pode ser geradora de apoio emocional, proporcionar oportunidades de realização pessoal e potenciar a participação cívica e social.

As representações que cada um tem do processo de envelhecimento – do seu e dos outros – é o resultado não só das suas vivências, mas também das suas atitudes e perceções. É, a partir deste ponto, que passaremos a discutir os resultados obtidos no nosso estudo.

A nossa amostra é composta por 33 participantes adultos e adultos de idade avançada, residentes nas ilhas de São Miguel e Santa Maria, estudantes seniores da Universidade dos Açores. Os indivíduos estudados apresentam níveis elevados de Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida e níveis moderados de Satisfação com a Vida. Estes resultados estão de acordo com os estudos de Medeiros e Ferreira (2008; 2011), com uma população de adultos em idade avançada da Região Autónoma dos Açores, incluindo uma amostra de estudantes do PALV, ao nível das variáveis bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Nas variáveis sociodemográficas, observou-se um padrão de ausência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas em estudo (sexo, idade, estado civil, escolaridade e reforma) e as variáveis Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida, e respetivas dimensões. A exceção verificada foi na variável idade, a qual apresenta diferenças para a Qualidade de Vida, sendo que idades mais avançadas revelam níveis de Qualidade de Vida mais baixos (Almeida, 2012; Pinheiro, 2013). É de assinalar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários considerados e o Bem-Estar Psicológico, o que, a nosso ver, se justifica por um nível de bem-estar elevado em toda a amostra, fazendo de alguma forma crer que o PALV contribui para o bem-estar das pessoas após a reforma, em qualquer idade.

Medeiros e Ferreira (2008; 2011) e Maia (2015) encontraram diferenças significativas para a variável Bem-Estar Psicológico, quer ao nível do sexo quer ao nível do estado civil, algo que não encontramos neste estudo. Maia (2015) aponta o papel do homem na sociedade como uma das causas destas diferenças e Medeiros e Ferreira (2008; 2011) argumentam a maior capacidade de relações interpessoais na velhice. Na nossa amostra, o sexo masculino encontra-se em minoria, o que poderá ter condicionado os resultados ao nível desta variável. Também Melo (2014), encontrou uma relação entre o Estado Civil e a Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico e entre a idade e o Bem-Estar Psicológico.

No nosso estudo, apurámos que 66,7% dos participantes vivem acompanhados e que cerca de 33% vivem sós. Além disto, verificámos que quer ao nível do Bem-Estar Psicológico, quer ao nível da Qualidade de Vida e, ainda, ao nível da Satisfação com a Vida, não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes constructos e a variável estado civil. Então o que leva estes indivíduos a frequentarem o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores? Medeiros e Ferreira (2008), num estudo realizado na RAA, apuraram relações significativamente positivas entre as variáveis sociodemográficas e as diferentes dimensões do Bem-Estar Psicológico, donde salientamos a dimensão Aceitação Pessoal e Crescimento Pessoal, onde se inserem as componentes de Aprendizagem ao Longo da Vida e ocupação dos tempos livres.

Porém, apenas identificámos relações entre a Qualidade de Vida e a faixa etária, sendo que não se apuraram diferenças ao nível do Bem-Estar Psicológico ou Satisfação com a Vida. Estes resultados são singulares, tendo em conta que Guedea et al. (2006) identificou o sexo como sendo uma variável preditora da Satisfação com a Vida. Também Pereira (2012), à semelhança dos nossos resultados, não observou diferenças ao nível da Satisfação com a Vida. Estes resultados estão de acordo com a bibliografia, na qual não se observa conformidade dos resultados ao nível das variáveis sociodemográficas (Pereira, 2012), atestando, no entanto, a capacidade deste programa captar um público específico: adultos de meia-idade, que se encontram numa situação de reforma relativamente recente, e aqueles que são os adultos idosos propriamente ditos, e que já se encontram na reforma há alguns anos, e

em permanência na Universidade dos Açores, muitos dos quais desde o início do PALV, em 2003.

Nos resultados obtidos ao nível da frequência do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, é de notar que o mesmo funciona num regime semanal, sendo que cada formação perfaz um total de vinte horas. Assim sendo, a variável tempo, nesta perspectiva, poderá ter pouco impacto, principalmente para as pessoas que frequentem apenas um curso por período letivo. Isto poderá explicar a razão dos nossos resultados terem apresentado ausência de relação entre o tempo que a pessoa frequenta o PALV e as variáveis Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida. Contudo, ao nível da satisfação em frequentar o PALV e as variáveis em estudo, observa-se uma relação com significância estatística entre a satisfação e a dimensão Crescimento Pessoal do Bem-Estar Psicológico, tal como verificado por Medeiros e Ferreira (2008; 2011) e por Machado e Medina (2012). O Crescimento Pessoal diz respeito à importância de uma sensação de desenvolvimento contínuo do indivíduo, aceitação de novas experiências, perceção das suas aptidões e de melhoria do *self* e do seu comportamento ao longo do tempo. A inteligência do indivíduo em se harmonizar com as contínuas mudanças do mundo impõem, cada vez mais, a competência pessoal de mudança incessante e, daí, a importância, para os adultos de idade avançada, em frequentar o PALV, para se perceberem como pessoas em contínuo desenvolvimento e abertas a novas experiências.

Maia (2015) verificou que, à medida que a satisfação aumentava, aumentava também a dimensão Aceitação Pessoal do Bem-Estar Psicológico, em três centros de convívio da ilha de S. Miguel destinados à população idosa. É interessante observar que a relação ao nível do bem-estar existe, à semelhança dos nossos resultados, mas ao nível de uma dimensão diferente, a saber o Crescimento Pessoal (nossos resultados) e a Aceitação Pessoal (resultados de Maia, 2015). A disparidade destes resultados pode ser devido à diferença das instituições em si (Centros de Convívio vs Universidade). O PALV foca-se na formação de adultos, ligado a mecanismos de aprendizagem, auto-atualização, desenvolvimento multidimensional da pessoa e alargamento do seu potencial. A aprendizagem está intimamente ligada ao crescimento pessoal e à capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e continuidade da pessoa idosa, algo fornecido pela aprendizagem continuada (Ryff, 1989; Machado & Medina, 2012; Almeida, 2012).

Segundo Pavão (2013), o que é importante não é a instituição em si, mas o contexto psicossocial da mesma, daí a obtenção nos nossos resultados de altos graus de satisfação. É de notar que tanto Pavão (2013), ao nível dos lares de longa permanência, como Maia (2015), ao nível dos centros de convívio, observaram níveis positivos de satisfação com as instituições, mas reforçando a importância do contexto psicossocial. Pavão (2013) chegou à conclusão de que a satisfação com um local, para as pessoas idosas, está ligada ao contexto físico, social e psicológico do mesmo, pelo que o local é capaz de fornecer satisfação desde que o valor das relações seja positivo (Pavão, 2013).

No seu estudo, Melo (2014) verificou que, quer o idoso permaneça na sua residência quer se encontre institucionalizado, os benefícios poderão ser iguais, desde que existam relações sociais como fontes de suporte. Logo, programas como o PALV fomentam as relações entre pares e entre gerações e combatem o isolamento e a exclusão (Medeiros, 2013; 2015), mais uma vez reforçando a ideia de Pavão (2013) do peso do contexto como determinante para a satisfação. Mais uma vez, salientamos a importância e o potencial do

PALV no convívio e no alargamento dos contatos sociais mas, também, e não menos importante, na promoção da participação social, sendo o melhor exemplo disto o facto da instituição em si se abrir e prestar um serviço meritório à sociedade, nomeadamente, aos residentes nas ilhas de S. Miguel e de Santa Maria. Neste último caso, a UAc, através da deslocação dos seus Professores, e em colaboração com o Município de Vila do Porto, promove cursos breves, seminários e conferências através do PALV direcionados à população em geral da ilha, embora com particular incidência nos adultos de idade avançada.

Quanto às relações entre a Qualidade de Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida, verificaram-se relações positivas entre as três variáveis. Assim sendo, o Bem-Estar Psicológico promove a Satisfação com a Vida, sendo que existe maior relação entre as dimensões Aceitação Pessoal e Sentido de Vida e a Satisfação com a Vida. Os resultados apurados estão de acordo com os de Maia (2015), Pereira (2012) e Melo (2014), que concluíram existirem relações entre a Satisfação com a Vida e o Bem-Estar Psicológico, e entre a Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico. Machado (2008), no seu estudo a partir de uma amostra de 30 sujeitos de ambos os sexos e com idades superiores a 65 anos, concluiu que há mais adultos idosos a revelar níveis positivos de Bem-Estar Psicológico do que indivíduos adultos de idade avançada a manifestar níveis inferiores.

Os resultados que expressam a relação entre a Satisfação com a Vida e as dimensões Aceitação Pessoal e Sentido de Vida encontram-se em consonância com os resultados de Maia (2015), que verificou haver relação entre as mesmas variáveis. Pereira (2012), em conformidade com os nossos resultados e os de Maia (2015), também observou uma relação entre a Satisfação com a Vida e o Bem-Estar Psicológico, sendo que, para além disto, ainda identificou uma relação com a dimensão de Sentido de Vida, em contexto particular de institucionalização. Estas relações foram positivas, sendo que, à medida que o Bem-Estar Psicológico aumenta, também aumenta a Satisfação com a Vida, e vice-versa. Estes resultados poderão estar, potencialmente, ligados ao papel da Satisfação com a Vida como componente avaliativa do Bem-Estar Subjetivo, sendo que esta foi identificada como um pilar determinante de Bem-Estar Psicológico e saúde mental (Diener et al., 2003).

Tendo deixado a atividade profissional, esta população, após terminada a fase “lua-de-mel” da Reforma (Atchley, 1996; Fonseca, 2004), depara-se com o dilema de já não pertencer à esfera produtiva e não saber como ocupar os seus tempos livres. Os que têm netos, ocupam-se a cuidar deles mas, quando estes entram no sistema educativo, pré-escolar e escolar, a dificuldade da ocupação dos tempos livres com significado pessoal, regressa. Aos adultos de meia-idade e idosos que não têm netos, essa questão coloca-se, praticamente, logo desde o início da reforma. As redes sociais dos adultos idosos também sofrem, por norma, com a passagem à situação de reforma, por exemplo pela perda do contato diário com os colegas de trabalho. A adaptação a esta nova fase de vida pode ser alcançada através da substituição das atividades inerentes ao papel de trabalhador por outras atividades igualmente significativas para o indivíduo (Fonseca, 2004), mantendo os seus padrões de vida, de autoestima e os valores ao longo de todo o seu percurso existencial, mesmo durante a reforma, pois esta não implica, necessariamente, desajuste e perturbação psicológica (Kim & Moen, 2002).

Uma vez mais apontamos o PALV como sendo fulcral para a qualidade de vida, bem-estar e satisfação de vida destes indivíduos, ao proporcionar-lhes novas aprendizagens, amigos e a ocupação dos seus tempos livres de um modo interessante, cultural e social. Isto leva-nos então à ligação entre o Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida, sendo que ao

nível das dimensões de ambos foram identificadas relações na Aceitação Pessoal, Crescimento Pessoal e Sentido de Vida do Bem-Estar Psicológico, e no Nível de Independência, Saúde Física, Relações Sociais e Saúde Psicológica da Qualidade de Vida. Também Melo (2014) observou a relação entre o Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida, lembrando o papel da qualidade de vida no bem-estar geral, sendo que esta é referenciada tanto como um meio para alcançar o bem-estar como um requisito do próprio bem-estar.

Por último, ainda observámos uma relação entre a Satisfação com a Vida e a Qualidade de Vida, sendo que a primeira se relacionava com as dimensões Nível de Independência, Relações Sociais e Saúde Psicológica da segunda. Mais uma vez, lembramos o papel da Satisfação com a Vida como um preditor de saúde mental (Diener et al., 2003). A satisfação com a vida requer uma adaptação posterior às situações de vida, sendo que esta é a avaliação geral que a pessoa faz das suas experiências de vida, das suas vivências e como com elas lidou. O estado de saúde, assim como a autonomia percebida, têm um papel essencial na capacidade de adaptação da pessoa idosa ao envelhecimento e na sua capacidade de gerir o seu quotidiano (Ribeiro & Paúl, 2011), o que poderá explicar a relação da Satisfação com a Vida com o Nível de Independência e a Saúde Psicológica, sendo que não é tanto a saúde objetiva em si que determina esta adaptação, mas sim a forma como a pessoa avalia a saúde (Ribeiro & Paúl, 2011).

Maia (2015) encontrou uma relação entre a Satisfação com a Vida e as Relações Sociais (satisfação com a vida afetiva e vida social, e dimensão relações positivas com os outros) e Medina (2010) refere que as relações *eu-outro* fomentam o desenvolvimento do *self*, possibilitando um *self* saudável e autónomo.

Medeiros e Ferreira (2011) procederam a um outro estudo, cujos objetivos eram entender o BEP e a sua relação com as variáveis sociodemográficas, prática religiosa e personalidade. A amostra foi constituída por adultos de idade avançada, residentes nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores. Concluíram não existirem diferenças ao nível do BEP entre sexos (exceto na dimensão Relações Positivas com os Outros), nem em relação à idade (salvo na dimensão Crescimento Pessoal) nem no que diz respeito ao estado civil. Depreenderam, ainda, que a religião e a Aprendizagem ao Longo da Vida estão positivamente relacionadas com o nível de Bem-Estar e de Satisfação com a Vida. Nos nossos resultados também obtivemos a uma interrelação entre a Qualidade de Vida (onde está inserida o domínio dos Aspetos Espirituais), o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida.

## 6.8. Conclusões

Concluindo e extrapolando as respetivas ilações do Estudo 1, procederemos a uma súmula relativamente às implicações práticas e vividas pelos adultos de idade avançada que frequentam o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores.

A UAc, além de cativar alunos seniores entre os 51 e 90 anos (54,6% da nossa amostra são pré-idosos e idosos jovens, segundo a classificação da ONU), facultar-lhes atividades diversificadas que tentam, mais do que agradar a diferentes escolhas, prestar um serviço à comunidade, tal como se preconizava na génese do Programa, melhorando objetivamente as condições de vida da população sénior, nomeadamente, na manutenção de níveis de participação social elevados e do estímulo à aprendizagem ao longo da vida, na promoção da

saúde em geral, incluindo o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a satisfação com a vida, sobretudo em idades mais avançadas.

Concluimos, com este estudo, que os estudantes seniores que compõem a nossa amostra apresentam níveis elevados de Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida e níveis moderados de Satisfação com a Vida.

Nas variáveis sociodemográficas, observou-se a ausência de relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo (sexo, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade e receber reforma) e as variáveis Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, embora seja de realçar que, para os indivíduos de idade mais avançada, na variável idade, se tenham verificado níveis de Qualidade de Vida menores.

Além disso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários examinados e o Bem-Estar Psicológico. No nosso entendimento, justifica-se este resultado porque, em toda a amostra, há um nível de bem-estar elevado, o que nos leva a inferir que o PALV é um programa que contribui para o bem-estar das pessoas, após a reforma, em qualquer idade.

Entre a frequência do PALV e as variáveis Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, os resultados apresentaram ausência de relação com a variável tempo. Deprendemos que a explicação para esta ocorrência se encontra no facto de o programa funcionar em regime semanal ( $\cong 2$  a 2h30m/semana) e de haver indivíduos que, em cada ano letivo, frequentem somente um curso ou atividade. Todavia, ao nível da satisfação em frequentar o PALV e as variáveis em estudo, observa-se uma relação com significância estatística entre esta e a dimensão Crescimento Pessoal do Bem-Estar Psicológico. O Crescimento Pessoal exprime a importância de um sentimento de desenvolvimento contínuo no indivíduo, adopção de novas experiências, percepção das suas aptidões e de melhoria do *self* e do seu comportamento ao longo do tempo.

Relacionando a Qualidade de Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida, apuraram-se relações positivas entre estas três variáveis. Assim sendo, o Bem-Estar Psicológico promove a Satisfação com a Vida, sendo maior a relação entre as dimensões Aceitação Pessoal e Sentido de Vida e a Satisfação com a Vida.

Constatou-se haver uma ligação entre o Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida; sendo que, ao nível das dimensões, foram identificadas relações entre a Aceitação Pessoal, o Crescimento Pessoal e o Sentido de Vida (do BEP) e a Qualidade de Vida, e entre as dimensões Nível de Independência, Saúde Física, Relações Sociais e Saúde Psicológica (da QV) e o Bem-Estar Psicológico. Por último, apurou-se existir relação entre a Satisfação com a Vida e a Qualidade de Vida, sendo que a primeira ainda se relacionava com as dimensões Nível de Independência, Relações Sociais e Saúde Psicológica da última.

Face aos nossos resultados, mais uma vez afirmamos, que é necessário apoiar as condições fundamentais para que todas as pessoas, ao longo da sua existência e, principalmente os adultos idosos, possam enveredar por percursos de aprendizagem que lhes permitam o desenvolvimento permanente das suas competências e capacidades físicas, cognitivas e sociais.

## **7. ESTUDO 2**

### **7.1. Contextualização e opções metodológicas**

O Estudo 2, de carácter qualitativo, pretende dar voz aos estudantes do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores e compreender o impacto do mesmo aos níveis da Satisfação de Vida, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico destes seniores. Estas áreas contribuem para um envelhecimento ativo, ou seja, pretendemos com este estudo aprofundar: (i) a percepção que os estudantes têm sobre o envelhecimento ativo; (ii) quais os motivos que os levaram à frequência deste programa e à sua permanência nele, no mínimo, durante uma década; (iii) se a frequência do programa em si se reflete na sua Satisfação com a Vida, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico e (iv) qual o impacto global que este programa teve nas suas vidas. Assim, só um estudo qualitativo permite estudar em profundidade estas vivências pessoais, daí a nossa opção metodológica, que se assume como complementar ao Estudo 1 onde tentámos conhecer estas variáveis, mas através de um estudo quantitativo.

Segundo Fortin (2009), as investigações qualitativas têm todas a mesma finalidade – dar conta da experiência humana num meio natural, compondo o paradigma naturalista (ou interpretativo), que se encontra associado a uma conceção holística do estudo dos seres humanos, saído de um certo número de crenças que norteiam todo o processo. Este paradigma abrange a convicção de que existem várias realidades. Além disso, na investigação qualitativa deve-se seleccionar um fenómeno e estudá-lo profundamente, destacando e interrelacionando as várias ideias exprimidas pelos indivíduos que sejam atores desse mesmo fenómeno, com o objetivo de entender e descrever o seu âmbito. Assim sendo, dever-se-á sempre considerar as diferentes faces do fenómeno, a partir das percepções subjetivas dos participantes, de modo a haver uma interpretação e localização física e temporal.

Para Guerra (2006), as conveniências das metodologias compreensivas são de ordem epistemológica, ou seja, os atores são encarados como imprescindíveis para o estudo dos comportamentos sociais de ordem ética e política (possibilitam examinar as incoerências e os dilemas sociais) e de ordem metodológica (instrumento excepcional de análise das experiências e ação).

Este método permite-nos escolher os participantes que são objetos do estudo e recolher informação sobre eles que seja pertinente, fazer entrevistas e obter dados qualitativos, possibilitando-nos resumir, sob a forma narrativa, a informação recolhida (Fortin, 2009). Para este estudo, escolhemos para entrevistar três participantes, de entre todos os estudantes seniores com 80 ou mais anos e que frequentam o PALV da UAc há, pelo menos, 10 anos.

No presente ponto, tentaremos descrever, com nitidez e pertinência, as informações de natureza qualitativa recolhidas pelas entrevistas. Mais uma vez, e com a finalidade de termos uma visão mais abrangente e o mais detalhada possível da realidade do estudo, apresentaremos em todas as etapas a análise e discussão dos resultados.

### **7.2. Entrevista**

Nas investigações qualitativas, a entrevista é o método de eleição para a recolha de informação. Esta é um modo especial de comunicação verbal entre o entrevistador, que

recolhe os dados e o entrevistado, que fornece a informação. O objetivo da entrevista é averiguar as percepções dos respondentes, tendo a vantagem de se obterem dados descritivos ricos em conteúdo e o inconveniente da condução da entrevista e a sua análise exigirem tempo. Por norma, a entrevista completa três funções: (i) examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno, tal como é percebido pelos participantes; (ii) servir como principal instrumento de medida e (iii) ser um complemento aos outros métodos de recolha de dados.

Os três principais tipos da entrevista são a não dirigida (ou não estruturada), a dirigida (ou estruturada) e a semidirigida (ou semiestruturada). Na primeira, o participante controla o conteúdo; na segunda, é o entrevistador que o controla e, na terceira, procede-se a uma conjugação de ambas as situações.

A entrevista dirigida assemelha-se a um questionário, já que as respostas possíveis são enumeradas pelo investigador, ou seja, o entrevistador tem o domínio sobre o conteúdo e o desenvolvimento das mudanças, assim como a análise e a interpretação das medidas. Antecipadamente, é definida a natureza das questões a colocar, a sua formulação e a sua ordem de apresentação. Como as questões são fechadas, o entrevistador é obrigado a seguir um quadro definido e todos os respondentes respondem às mesmas questões. Além disso, o entrevistador deve zelar para que não haja enviesamentos, verbais ou não verbais, a intrometerem-se na entrevista. Uma das vantagens deste tipo de metodologia é permitir comparações de dados entre as diferentes respostas (Fortin, 2009). Ainda segundo esta autora, dos três tipos de entrevista, conforme a sua estrutura, a entrevista semi-dirigida é a mais correntemente usada.

Neste estudo, a auscultação por entrevista foi organizada com o intento de recolher informações biográficas e dados psicológicos sobre os seniores em apreço, através da entrevista semidirigida ou semiestruturada. Assim, elaborámos um guião de entrevista a partir do qual obtivemos a informação dos entrevistados na direção dos grandes temas que nos propúnhamos abordar e das informações que precisávamos obter.

Para Sousa e Baptista (2011), a investigação qualitativa centra-se na compreensão dos problemas, analisando os comportamentos, as atitudes ou os valores. É nossa pretensão analisar e compreender o impacto do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores nos níveis de Satisfação com a Vida, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico destes adultos de idade avançada.

Organizámos o guião de entrevista em torno das dimensões “Motivos para a frequência do PALV ao nível da Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico” e “Impacto do PALV ao nível da Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico”. Nestas, identificámos as categorias constantes da Tabela 47.

**Tabela 47.** Guião de entrevista.

DIMENSÕES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Motivos para a frequência do PALV ao nível da Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico	Dados sociodemográficos	Idade Sexo Estado civil Vive com quem? Tem filhos Profissão anterior Habilitações académicas Com que idade se reformou
	Motivos que o(a) levaram a frequentar o PALV da Universidade dos Açores	Como teve conhecimento do PALV da UAc? Quais os motivos que o(a) levaram a inscrever-se neste programa? Com que idade se inscreveu? Quantos anos após a sua reforma se inscreveu? Fazendo uma análise ao estado de saúde e bem-estar antes da frequência da Universidade, como se descrevia?
	Frequência do programa em si (Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar)	O que mais lhe agrada no programa? Este programa tem correspondido às suas expectativas? Sente-se satisfeito ao frequentar este programa? Como se traduz essa satisfação? O facto de frequentar a UAc aumentou ou diminuiu o seu bem-estar global? A que níveis? O que ganhou a sua vida com este programa? O que mudava neste programa?
Impacto do PALV ao nível da Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico	Impacto na Vida Global (Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar)	Sente que a sua qualidade de vida mudou desde que frequenta este programa? Porquê? O que mudou na sua vida desde que frequenta a UAc (e por causa dela) e como avalia essa mudança? Numa escala de 1 a 10 como avalia o impacto que este programa teve na sua saúde? No seu Bem-Estar Global? Na sua Qualidade de Vida?
	Avaliação do envelhecimento ativo	Acha que é um programa de envelhecimento ativo? Porquê? Em seu entender, o que se deve fazer na sociedade em geral para promover o envelhecimento com bem-estar e qualidade de vida nas pessoas mais idosas?

### 7.3. Participantes

Os requisitos para a participação neste estudo foram: ter idade compreendida entre os 80 e 90 anos e frequentar o PALV da UAc há, pelo menos, 10 anos. De entre os estudantes que cumpríam estes critérios, escolhemos 3: a aluna mais velha (90 anos), uma das estudantes que fez mais cursos (80 anos) e o aluno que se encontrava há mais anos reformado, aquando do seu ingresso no PALV da UAc (87 anos) (cf. Tabela 48).

Por razões éticas, os participantes entrevistados não foram identificados, sendo doravante designados pelas letras A1, A2 e A3, respetivamente.

**Tabela 48.** Caracterização dos participantes do Estudo 2.

	Participante A1	Participante A2	Participante A3
Idade	90	80	87
Sexo	F	F	M
Estado Civil	Viúva	Solteira	Casado
Com quem reside	Com um filho de 66 anos	Vive só	Com a esposa
Habilitações académicas	Antigo 7º ano	Antigo 7º ano	Antigo 7º ano
Nº filhos/netos/bisnetos	7 filhos, 9 netos e 9 bisnetos	----	3 netos
Anterior atividade profissional	Doméstica	Funcionária pública	Professor do ensino primário e mais tarde eletrotécnico de comunicações
Idade com que se reformou	----	68	62
Nº de anos a que se encontra reformado(a)	----	12	25
Com que idade se inscreveu no PALV	78	68	75
Nº de anos que se encontra a frequentar o PALV	12	12	12

#### 7.4. Procedimentos

Os participantes por nós selecionados foram contactados, numa primeira fase, pessoalmente, a fim de nos inteirarmos da sua disponibilidade e assentimento em fazer parte do estudo. Desde logo, anuíram, prontamente, em participar. No início do mês de setembro de 2015, foram contactados telefonicamente para se marcar a data, hora e local das entrevistas. Com o intento de não causar incómodos, deslocámo-nos ao local de residência de cada um para se proceder à entrevista e respetiva gravação e filmagem.

O anonimato e a confidencialidade foram condições que concederam aos participantes liberdade para se pronunciarem a respeito do funcionamento do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores. De modo, a certificarmos o referido anonimato, solicitámos da parte deles a assinatura de um Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

Salientamos que, em virtude de não se ter verificado nenhuma objeção por parte dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas em aparelho áudio e filmadas. Este procedimento revelou-se muito útil, pois possibilitou-nos recolher, de forma precisa, toda a informação disponibilizada pelos nossos interlocutores.

Todas as entrevistas foram transcritas, e alvo de uma análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo corresponde a dois objetivos. Por um lado, possibilita ao investigador verificar até que ponto a sua leitura, além de válida, pode ser generalizável; por outro lado, ajuizar se um olhar intuitivo, mais atento e seguindo determinadas regras, pode guiar a informação relevante e resultar numa leitura mais profunda, permitindo o “*esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não detínhamos a compreensão*” (p. 29). Além disto, este autor define a análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, caracterizada por grande diversidade de formas e suficientemente mutável para

se adaptar a diferentes contextos. A análise de conteúdo paira assim, entre a procura de um maior rigor e a necessidade de ir para além do óbvio, inerente a uma leitura imediata.

### **7.5. Apresentação e discussão dos resultados**

Depois da análise de conteúdo das entrevistas, verificámos, em conformidade com os dados atrás explanados, que o PALV da UAc aparenta ser uma oferta formativa para seniores muito bem-sucedida, despertando o interesse de um público relativamente heterogéneo, tal como constatámos pelos dados obtidos através do Estudo 1 e confirmados no Estudo 2. Tal facto pode ser revelador da presença de metodologias e práticas de trabalho ecléticas e diferenciadas, conducentes à criação de aulas e atividades muito cativantes para distintos tipos de público.

Estas inferências estão em consonância com o ponto de vista de Marconcin (2010), segundo o qual as Universidades devem abrir-se a todos os indivíduos reformados, suprimindo os exames de admissão e dispensando as qualificações prévias como pré-requisitos, tal como se observa no PALV da UAc. Pensamos que tal decisão tem contribuído, de forma decisiva, não apenas para aumentar a afluência de interessados mas, também, para a captação de adultos e adultos em idade avançada com percursos escolares e profissionais muito diversificados.

Para melhor se compreender o impacto do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores nos níveis de Satisfação com a Vida, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico dos participantes, criámos uma tabela de especificações com as dimensões atrás referidas (“Motivos para a frequência do PALV ao nível da Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico” e “Impacto do PALV ao nível da Satisfação, Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico”), dividindo-as nas categorias de (i) Auto-Avaliação/Reflexão dos Estudantes e (ii) Níveis de Satisfação. Estas categorias foram, ainda, subdivididas do seguinte modo: (i) motivação, saúde auto-referida, expectativas e socialização; e (ii) bem-estar global, satisfação e qualidade de vida. Atentemos, de seguida aos resultados (cf. Tabela 49).

**Tabela 49.** Matriz de Especificações.

Dimensões	Categorias	Subcategorias	Frequência	Unidades de registro
Motivos para a frequência do PALV ao nível da Satisfação, da Qualidade de Vida e do Bem-Estar Psicológico	Auto-Avaliação/ Reflexão dos Estudantes	Motivação	3	A1: “Porque gosto de aprender coisas” A2: “necessidade de sair de casa” A3: “ter uma ocupação de que goste”
		Saúde auto-referida	3	A1: “Muito melhor, muito, muito” A2: “Ajudou-me imenso a reagir”; “Foi muito importante; já saio, enfim, já me arranjo” A3: “Deu-me outra disposição psicológica. Deu-me maior alegria de viver.”
		Expectativas	3	A1: “Sim! Gostei muito, muito” A2: “isso então tem!” A3: “Sim, sim. Com certeza. Eu penso que havia uma ânsia a preencher o tempo com alguma coisa que faltava na parte intelectual.”
		Socialização	3	A1: “Encontrei antigas amigas; algumas não as via há muitos anos”; “convívio” A2: “É, também um modo de ocupar o meu tempo” A3: “Fiz amigos, primeiro que tudo”; “Principalmente amigos e novos conhecimentos e comunicação.”; “Ao nível da comunicação, relacionamento e troca de conhecimentos.”
Impacto do PALV ao nível da Satisfação, da Qualidade de Vida e do Bem-Estar Psicológico	Níveis de Satisfação	Bem-estar global	3	A1: “Aumentou. Sim, gostei muito, muito.” A2: “Pois com certeza que sim, que aumentou.”; “A vida já não é tão dura como parecia.” A3: “Aumentou. Melhorou bastante.”
		Satisfação	3	A1: “Tive muito prazer de estar lá; nos conhecimentos que adquiri e no convívio. Eu tenho necessidade, preciso muito de conviver, tenho necessidade... até fico mais bem-disposta.” A2: “Ganhei muito, muito, muito mesmo.” A3: “Principalmente amigos e novos conhecimentos e comunicação.”
		Qualidade de vida	3	A1: Mudou tudo”; “Foi muito bom, para melhor...” A2: “Muito, bastante”; “Pois com certeza que mudou. Já não estou naquela malaqueira de estar em casa; já saio!” A3: “O mesmo! Está ao mesmo nível para a minha qualidade de vida, bem-estar e na satisfação e até na minha saúde”

Após a transcrição e análise das respostas dos nossos entrevistados, passaremos a explicar as nossas ilações. Uma das primeiras inferências é que o PALV e a UAc, em si, são um espaço educativo e dinâmico, apto para dar uma resposta positiva à população que, apesar da sua idade cronológica, se sente jovem e pronta para novas aprendizagens e convívios (Marconcin, 2010). O PALV, para além de atrair um grande leque de idades (tal como demonstrado no Estudo 1), oferece atividades científicas, lúdicas e artísticas diversificadas, que proporcionam satisfação aos seniores e melhoram a sua saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. O ingresso neste programa é a conjuntura ideal para lhes facultar, além de novas aprendizagens, atividades de lazer e culturais e, além disso, é uma forma de esta população combater o isolamento e a exclusão a que, por vezes, estão sujeitos, especialmente no período pós-reforma (cf. Medeiros 2013a). Tal como afirma Simões (2000, p. 155), “(...) *da ideia do indivíduo passivo, sentado no banco do jardim, a ver as pessoas passar, vai-se chegando a um cidadão dinâmico, desejoso de participar na vida da comunidade.*”. O dinamismo e a participação permitem-lhes ainda, segundo o mesmo autor, uma maior confiança no futuro e entusiasmo-os para usufruírem de um modo enriquecedor os anos mais longos da reforma.

Particularizando o fenómeno de aprendizagem, nota-se que os três participantes, dois octagenários e uma nonagenária, embora adultos de idade avançada, continuam envolvidos em sistemas de aquisição de conhecimento, reconhecendo, em si próprios, competências para continuarem a aprender. Este aspeto é bem frisado e valorizado pelos três, ou seja, não se trata somente de um mero passatempo mas, também, de uma necessidade e objetivo que se inscreve no dia-a-dia e lhes dá sentido de vida. A motivação para tal verifica-se nas palavras deles: A1: “(...) *porque gosto de aprender coisas.*”; A2: “(...) *necessidade de sair de casa (...)*”, ou ainda A3: “(...) *ter uma ocupação de que goste*”.

A vontade de aprender, por exemplo, inglês ou informática, pode ter como objetivo o não se sentirem excluídos das novas tecnologias, que lhes permitem comunicar e conviver através das redes sociais e, quem sabe, acompanhar a “linguagem” dos netos mais crescidos e até, porque não, ensinarem estas técnicas aos netos mais novos. Veja-se, a título exemplificativo, A3: “*A familiarização com a tecnologia informática...*”. Tal como preconiza Beauclair (2008), o desenvolvimento da nossa inteligência emocional poderá ser facilitador de otimismo ante a vida, de mais auto-motivação, de mais resistência, de vontade de realizar os nossos desejos e de alcançar metas.

O facto de não se sentirem atores de um programa social de envelhecimento ativo leva-os a percecionarem-se como excluídos, tal como afirma A2: “*Em termos políticos, devíamos ser consultados e participar nas políticas que nos dizem respeito. Somos um grupo que não temos força.*” e nas palavras de A3: “(...) *de fazer um manual para a gente seguir essas coisas. Onde compilassem diversas matérias que conduzissem ao fim único: conduzir à ocupação da sociedade em geral, não interessa o estatuto social; deve ser para toda a gente (...)*”. Segundo a OMS (2002), o envelhecimento ativo deve ser entendido no contexto da cultura e género, reportando-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente ao engenho do indivíduo se encontrar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. A pessoa idosa tem que continuar a participar socialmente de forma útil. Para tal, tem que se sentir integrada socialmente e intervir para o seu desenvolvimento.

### 7.5.1. Discussão da análise das dimensões e das categorias em estudo

Para se compreender a auto-avaliação/reflexão dos estudantes seniores para a frequência do PALV da UAc (ao níveis da motivação, expectativas, socialização e saúde auto-referida) e o impacto que esta frequência teve no Bem-Estar, Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida dos próprios, criámos, com já foi referido, duas categorias: (i) Auto-Avaliação/Reflexão dos Estudantes e (ii) Níveis de Satisfação. Seguidamente, passaremos a explicar os resultados obtidos.

#### 7.5.1.1. Auto-Avaliação/Reflexão dos Estudantes

##### a) Motivação

A motivação dos nossos três participantes para a frequência deste programa vai desde a curiosidade por novas aprendizagens (A1: *“porque gosto de aprender coisas”*), passando pelo combate ao isolamento e solidão (A2: *“Justamente o interesse e a necessidade de sair de casa; ter alguma coisa para fazer, porque fiquei sozinha (...)”*; *“Não me vestia, não me arranjava. Tenho que ter uma obrigação.”*), até à ocupação dos tempos livres no pós-reforma (A3: *“A vantagem que tem uma pessoa reformada de ter uma ocupação de que goste. Preencher o meu tempo com uma coisa do meu agrado (...)”*). Além disso, constata-se que a motivação para a frequência do PALV promoveu uma melhoria na auto-estima (A2: *“Ajudou-me imenso a reagir, sair de casa; ir à cabeleireira (...)”*).

Nota-se, também, um desejo de intervirem socialmente, e serem atores ativos em questões que lhes digam respeito, demonstrando a vertente da participação social, componente do envelhecimento ativo (Medeiros, 2013a). A perceção que têm do envelhecimento ativo traduz-se nas palavras de A2: *“(...) Apesar de ter 80 anos não me sinto velha. Ainda sinto que tenho muitas capacidades. Para mim não há idades. Antigamente a pessoa idosa chegava a um certo ponto e era posta de lado. Hoje em dia isso não acontece. Sinto-me com uns 60 anos. A minha cabeça dá para isso. (...)”* e no conteúdo de A3: *“(...) Não há nada pior para uma pessoa depois da reforma do que não ter nada que fazer. Não ter nada que fazer é uma flor murcha, que enfeita mas está murcha. (...)”*. Efetivamente, não há nada pior para estas pessoas do que o ócio.

Estes relatos inscrevem-se no envelhecimento ativo, tão perconizado pela OMS (2002) e por diferentes autores (Medeiros, 2013a, 2015; Melo & Medeiros, 2015; Pavão, 2013; Maia, 2015; Paúl, 2005; Paúl & Ribeiro, 2011; Jacob & Fernandes, 2011; Cabral, 2012; Fonseca, 2012).

##### b) Expectativas

Os três participantes são unânimes em afirmar que as suas expectativas foram preenchidas, tal como é revelado nas suas afirmações: A2: *“Tem correspondido às minhas expectativas, isso então tem!”*, ou ainda A3: *“Sim, sim. Com certeza. Eu penso que havia uma ânsia a preencher o tempo com alguma coisa que faltava na parte intelectual.”*. Constatamos que o PALV da UAc proporciona aos alunos seniores experiências que satisfazem as suas necessidades e expectativas (cf. Medeiros, 2013a, b, 2015).

### c) Socialização

Um dos aspetos focado pelos participantes é o convívio interpessoal, condição essencial em adultos de idade avançada. A comunicação e, na maioria dos casos, a afabilidade desenvolvida entre alunos e na díada alunos/professores, transmite-lhes uma sensação de bem-estar, de satisfação com a vida e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pois percebem sentimentos de serem úteis e se sentem como pessoas que fazem parte íntegra da comunidade em geral. Tal como afirma Marconcin (2010), a prática educativa nos adultos de idade avançada pode assumir várias implicações, com retorno positivo na qualidade de vida desta população, das quais se destacam, entre outras, a prevenção da depressão, a criação de uma estrutura de apoio social e de convívio intergeracional que ajudam a minimizar as tensões da vida diária. Para os nossos participantes, a frequência do PALV da UAc traduz-se em ganhos, tal como afirma A1: “(...) *encontrei antigas amigas; algumas já não as vias há muitos anos.*”; ou A2: “*o convívio que é uma coisa muito importante. Há matérias que eu já conheço e outras que não. Mas mesmo as que já conheço não interessa pois o convívio ultrapassa tudo.*” e, ainda A3: “(...) *relacionamento com outras pessoas. Fiz amigos, primeiro que tudo. Fazendo amigos eu tenho acesso a determinados temas que às vezes não são os temas que a gente domina, mas tenho acesso ao diálogo, ao relacionamento com outras pessoas, ao convívio, à troca de saberes...*”.

A frequência do PALV da UAc, além de reduzir o risco do isolamento é, também, um importante polo de socialização e convívio (Medeiros, 2013, 2015). Senão, vejamos: A1: “*Encontrei antigas amigas; algumas não as via há muitos anos; estive muitos anos sem as contactar*” e A3: “*No relacionamento com outras pessoas. Fiz amigos, primeiro que tudo. Fazendo amigos eu tenho acesso a determinados temas que às vezes não são os temas que a gente domina, mas tenho acesso ao diálogo, ao relacionamento com outras pessoas, ao convívio, à troca de saberes...*”. Este programa surge, também, como uma resposta social com o objetivo de criar e dinamizar atividades culturais e de convívio para a população sénior, tal como afirma Medeiros (2013a, b).

### d) Saúde auto-referida

Uma vida ativa melhora a saúde mental, e frequentemente, promove contatos sociais. Tal como afirma A3, relativamente à sua saúde: “*Deu-me outra disposição psicológica. Veio ocupar uma etapa do meu tempo que me fez ter outra disposição. Deu-me maior alegria de viver. Antes faltava-me alguma coisa.*”, bem como A1: “*Muito melhor, muito, muito (...)*” e, segundo o relato de A2: “*Ajudou-me imenso a reagir, sair de casa; ir à cabeleireira que tinha deixado de ir*”. Muitas vezes, as pessoas chegam à idade da reforma em excelentes condições de saúde física e mental, pelo que a aprendizagem deve cada vez mais fazer parte da vida destes adultos que já saíram do mercado de trabalho (Pereira, 2012; Neri, 2006).

## 7.5.1.2. Níveis de satisfação

### a) Bem-Estar Global

Aos participantes foi colocada a questão se o facto de frequentarem o PALV aumentou ou diminuiu o seu bem-estar global. As respostas foram positivas, A1: “*Aumentou*”, A2: “*Pois*

*com certeza que sim, que aumentou.” e, também, A3: Aumentou. Melhorou bastante.”.* Quanto ao nível do impacto, as respostas foram as seguintes: A1: *“No convívio. Gosto muito de falar e do convívio.”*, A2: *“Na disposição e no modo de encarar as coisas de uma forma diferente. A vida já não é tão dura como parecia. Vou ouvindo problemas maiores do que os meus e também ganhei amigos”* e A3: *“Ao nível da comunicação, relacionamento e troca de conhecimentos.”*. Tal como indica a OMS (2002) e afirmam Tamer e Petriz (2007), o conceito de envelhecimento ativo, para esta população, é um processo de otimização do potencial de bem-estar social, físico e mental permitindo que, este período de idade madura, cada vez mais comprido, seja vivido de forma ativa e autónoma (Marujo et al., 2007; Cabral, 2010; Medeiros, 2013b; Simões, 2006b).

## **b) Qualidade de Vida**

Relativamente à Qualidade de Vida, as respostas são unanimemente positivas quanto à melhoria: A1: *“Foi muito bom, para melhor...”*; A2: *“Muito. Mudou tudo. Só o facto de me obrigar a sair de casa”*; A3: *“Mudou e muito”*. Como se constata, através das respostas, nestes programas, nomeadamente no PALV, há a preocupação de realizar aprendizagens, mas o convívio e a diversão instituem-se também em objetivos, no sentido de contribuir para a valorização da cultura e melhoria da qualidade de vida dos adultos de idade mais avançada. Permite, ainda, que os idosos se mantenham ativos, ao participarem em atividades educativas, surgindo como uma importante alavanca para o bem-estar e para a velhice saudável e bem-sucedida, tal como afirmam vários autores (Medeiros, 2013b; Jacob & Fernandes, 2011; Ribeiro & Paúl, 2011; Cabral, 2012).

## **c) Satisfação**

Para melhor explicar a satisfação dos nossos participantes, recorreremos à Teoria da Atividade que, segundo Fonseca (2006), alvitra que a satisfação pessoal com a vida provém da imagem que temos de nós próprios, sendo, no entanto, esta satisfação dependente da concretização, ou não, dos objetivos pessoais que foram pré-definidos e das interações sociais que preservamos. Os três participantes demonstraram uma grande satisfação em frequentar este programa, A1: *“gostei muito, muito”, “Até fico mais bem-disposta.”*; A2: *“(…) no modo de encarar as coisas de uma forma diferente (...)”, “ (...) a vida já não é tão dura como parecia.”, “(...) já não estou naquela maluqueira de estar em casa.”*. Estes resultados estão em conformidade com a literatura (Diener & Suh, 1997, 1998; Diener, 2000).

\*\*\*

Em suma, é de realçar o papel social desempenhado pela UAc e, em particular, pelo PALV, ao proporcionarem a estas pessoas a oportunidade de convívio, elemento fulcral para combater o isolamento social e a solidão, fenómenos recorrentes e comuns nas populações de idades mais avançadas.

O grande repto atual é fazer com que o envelhecimento da população se processe cada vez mais com saúde física e mental, bem-estar e qualidade de vida. Sem dúvida que programas como o PALV, têm um grande papel a desempenhar neste objetivo. Não nos podemos alhear do facto que os participantes em estudo são adultos idosos, que tomaram a

decisão, de mote próprio, de se envolverem em processos de aprendizagem e que reconhecem em si mesmos capacidade para continuarem a aprender.

A frequência do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores não é encarada como um mero passatempo, antes pelo contrário, é vista como um objetivo para novas aprendizagens, novos convívios e capacidade de participação, entre outros, na procura da promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido e de um sentido para a vida, neste período de desenvolvimento da velhice.

## **7.6. Conclusão**

A prática educativa para adultos de idade avançada é consensualmente aceite como sendo um fator promotor da vida saudável (Marconcin, 2010), na medida em que se lhe podem atribuir várias pressuposições com retorno positivo na qualidade de vida dos idosos, entre as quais se destacam a prevenção do isolamento social e da solidão, a atenuação das pressões da vida diária, a prevenção da depressão e a criação de uma estrutura de apoio social e de convívio intergeracional.

No nosso estudo constatámos, de acordo com os dados recolhidos, que o PALV da UAc proporciona, a estes alunos seniores, diversas experiências pedagógicas e recreativas, que preenchem as suas necessidades de aprendizagem, convívio e diversão e satisfazem as suas expectativas.

Além disso, apurámos, nos três participantes, que a Qualidade de Vida e o Bem-Estar Global auto-referidos melhorou substancialmente com a frequência do PALV. As suas expectativas não foram depauperadas, antes pelo contrário; esta frequência permitiu-lhes manterem-se ativos, na medida em que, ao participarem em atividades educativas, estas surgem como uma importante força motriz para o seu bem-estar e para uma velhice saudável e bem-sucedida.

## 8. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

Todas as investigações têm as suas limitações, e a nossa não é exceção. Uma das maiores limitações que tivemos deveu-se à aderência de resposta aos instrumentos não ter sido a esperada, dado quer à idade dos participantes, quer à exigência dos itens dos instrumentos de medida e ao elevado seu número. Salientamos, ainda, o momento em que os enviámos também foi limitante, por ser período de férias. O retorno limitou-se a 33 questionários.

A limitação de tempo também condicionou o desenvolvimento do estudo, não permitindo uma análise tão profunda como desejaríamos. Seria talvez importante entrevistar mais estudantes acerca do PALV e de como este tem interferido nas suas vidas, visto que cada caso é um caso e, como tal, para termos uma imagem mais holística, seriam necessárias mais opiniões. Não descartamos a possibilidade desse desiderato.

Apesar de sentirmos que este estudo não está isento de falhas, pensamos que poderá ser um ponto de partida para outros estudos futuros. Este tema tem grande possibilidade de expansão, pois não nos podemos abstrair do envelhecimento demográfico e das suas projeções, ou seja, dever-se-á continuar esta investigação, procurando obter respostas para ser possível, através de programas como este, ou similares, continuarmos a prestar um serviço de qualidade a esta população.

A escolha deste tema foi grandemente influenciada pela minha experiência profissional, assaz enriquecedora, muito próxima e convival com a população idosa, por via do Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida da Universidade dos Açores para estudantes seniores, tendo a convivência diária com esta população sido marcante e essencial para a minha decisão.

## 9. CONCLUSÃO GERAL

Em consequência do envelhecimento populacional em Portugal, a nossa sociedade tem vindo a passar por várias transformações, com consequências diretas nos adultos em idade avançada. A tendência é, cada vez mais, para que haja preocupação, por parte da sociedade em geral, do poder político e dos psicólogos da educação e do desenvolvimento, bem como dos gerontólogos e dos neuropsicólogos, em particular, em se debruçarem sobre a intervenção em torno da promoção de um envelhecimento bem-sucedido e ativo, assim como a conjugação de esforços para uma melhor qualidade de vida, bem-estar e satisfação com a vida desta população, nomeadamente dos reformados.

Para enfrentar este desafio social, começaram a surgir no terceiro quartel do séc. XX diversas iniciativas públicas, privadas e associativas de serviços, equipamentos e produtos, de índole social, cultural, económica e de cuidados de saúde, direcionadas à população de idade avançada e, foi neste contexto que, em Portugal, foi criada a primeira Universidade de Terceira Idade em 1978. Em 2011, as Universidades Seniores já eram 192 (Jacob, 2012).

A ideia da Aprendizagem ao Longo da Vida desponta, em paralelo, com o reforço do papel da União Europeia no âmbito das políticas educativas. Tal, vem em sequência do CE de Lisboa, onde foi definida uma nova perspetiva estratégica, visando tornar os países membros numa sociedade do conhecimento mais dinâmica e competitiva, com aptidão para enfrentar o crescimento económico, com melhores empregos e maior coesão social. Esta posição só pode ser conseguida com um investimento significativo no setor educativo/formativo (Alves, 2010).

O PALV da UAc é, conforme o nome indica, um programa de aprendizagem que acompanha o ciclo vital e de intervenção em adultos em idade avançada da RAA. Este programa tem, como objetivos, otimizar nos seniores: (i) o desenvolvimento cognitivo, afetivo, social e ético; (ii) promover a saúde, a QV e o bem-estar global; (iii) investigar o desenvolvimento do adulto em idade avançada, assim como a sua divulgação nacional e internacional ao nível da gerontologia e psicogerontologia; (iv) disseminar as boas práticas de envelhecimento e cidadania ativas; (v) fomentar a intergeracionalidade no ensino superior e (vi) valorar o património humano desta população contribuindo, assim, para uma sociedade mais inclusiva e justa (Medeiros, 2013b).

A UAc e o seu PALV parecem integrar-se, com naturalidade, no movimento das Universidades Seniores, com base no modelo francês iniciado por Vellas, na Universidade de Toulouse, face às necessidades e expectativas do seu público-alvo, no caso em apreço, dos adultos de idade avançada, mas mantendo o objetivo inicial da manutenção das capacidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos idosos (Marconcin, 2010). Tal como a literatura preconiza (Medeiros, 2013b, 2015), as mudanças nas novas formas de estar e viver dos reformados (adultos de idade avançada), distinguem-se por uma postura de maior participação em atividades cívicas, culturais, educacionais e recreativas, resultante de uma perceção de maior necessidade de inserção na vida social.

Centrando-nos na população idosa que frequenta, desde 2003, o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida, quisemos aprofundar a sua reflexão e auto-avaliação do Programa e apreciar o seu impacto no Bem-Estar Psicológico, na Qualidade de Vida e na Satisfação com a Vida. Para tal estruturámos um *design* metodológico em 2 estudos: Estudo 1 (quantitativo) e Estudo 2 (qualitativo).

Concluimos no nosso estudo quantitativo (Estudo 1), que os estudantes seniores da Universidade dos Açores apresentam níveis elevados de Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida e níveis moderados de Satisfação com a Vida. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Medeiros e Ferreira (2008, 2011).

Entre os grupos etários, não se observaram diferenças estatisticamente significativas no Bem-Estar Psicológico, levando-nos a inferir que o PALV da UAc contribui para o bem-estar desta população, após a reforma e independentemente da idade. Verificámos, também que, quer ao nível do Bem-Estar Psicológico, quer ao nível da Qualidade de Vida e ao nível da Satisfação com a Vida, não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes constructos e a variável estado civil.

Os resultados obtidos vão de encontro aos da bibliografia por nós consultada, na qual não se observa conformidade ao nível das variáveis sociodemográficas (Pereira, 2012), atestando, no entanto, a capacidade deste programa captar um público heterogéneo, indo desde os adultos de meia-idade, que se encontram numa situação de reforma relativamente recente, até aqueles que são os adultos idosos propriamente ditos e que já se encontram na reforma há alguns anos, frequentando em permanência a Universidade dos Açores, muitos dos quais desde o início do PALV, em 2003.

Ao nível da variável tempo de frequência, verificámos que esta tem pouco impacto, principalmente para as pessoas que frequentam apenas um curso por período letivo. Isto poderá explicar a ausência de relação entre o tempo que a pessoa frequenta o PALV e as variáveis Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida. Contudo, ao nível da satisfação em frequentar o PALV, observa-se uma relação com significância entre esta e a dimensão Crescimento Pessoal do Bem-Estar Psicológico, tal como verificado por Medeiros e Ferreira (2008, 2011) e por Machado e Medina (2012).

De novo reiteramos a importância e o potencial do PALV no convívio e no alargamento dos contatos sociais mas, também, na promoção da participação social, sendo o melhor exemplo disto o facto da instituição em si se abrir e prestar um serviço meritório à sociedade, nomeadamente, aos residentes nas ilhas de S. Miguel e de Santa Maria. Neste último caso, a UAc, através da deslocação dos seus Professores e em colaboração com o Município de Vila do Porto, tem vindo a promover cursos breves, seminários e conferências (sobretudo até ao ano de 2013) através do PALV, direcionados à população em geral da ilha, mas com particular incidência nos adultos de idade avançada.

Relativamente às relações entre a Qualidade de Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Satisfação com a Vida, verificaram-se relações positivas entre estas três variáveis. Assim sendo, o Bem-Estar Psicológico promove a Satisfação com a Vida, sendo que existe uma maior relação entre as dimensões Aceitação Pessoal e Sentido de Vida e a Satisfação com a Vida. Os resultados apurados estão de acordo com os de Maia (2015), Pereira (2012) e Melo (2014), que concluíram existir uma relação entre a Satisfação com a Vida e o Bem-Estar Psicológico, e entre a Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico.

Observámos, ainda, uma relação entre a Satisfação com a Vida e a Qualidade de Vida, sendo que a primeira ainda se relacionava com as dimensões Nível de Independência, Relações Sociais e Saúde Psicológica da segunda. A satisfação com a vida requer uma adaptação posterior às situações de vida, sendo que esta é a avaliação geral que a pessoa faz das suas experiências de vida, das suas vivências e de como com elas lidou. O estado de saúde percebido, assim como a autonomia percebida, tem um papel essencial na capacidade de

adaptação da pessoa idosa ao envelhecimento e na sua competência para gerir o seu quotidiano (Ribeiro & Paúl, 2011), o que poderá explicar a relação da Satisfação com a Vida com o Nível de Independência e a Saúde Psicológica. Contudo, saliente-se que não é tanto a saúde objetiva em si que determina esta adaptação, mas sim a forma como a pessoa avalia a sua saúde (Ribeiro & Paúl, 2011).

No Estudo 2, o intuito foi recolher informações biográficas e avaliar o impacto psicológico do PALV sobre os seniores em estudo. Porque pretendíamos obter informações úteis e profundas, baseámo-nos em entrevistas semiestruturadas. Assim, elaborámos um guião de entrevista, a partir do qual obtivemos a informação pertinente nas linhas diretas dos grandes temas que nos propúnhamos abordar.

Os nossos participantes foram três, dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 80 e os 90 anos e que frequentam o PALV da UAc há mais de 10 anos. Esta frequência é encarada, pelos nossos participantes, como veículo para novas aprendizagens e convívios, sempre na procura de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, que lhes faculte vivências pedagógicas e recreativas.

Além disso, apurámos que a sua Qualidade de Vida e Bem-Estar melhorou substancialmente com a frequência do PALV, isto porque, para além de atrair um grande leque de faixas etárias, este oferece atividades académicas diversificadas (aulas, conferências e seminários e espaços expressivos e lúdicos) e novas ferramentas (como, por exemplo, o acesso à exploração das Tecnologias de Informação e Comunicação) para a inserção no mundo complexo do século XXI. O PALV melhora a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dos seus estudantes, ensinando-lhes as estratégias de *coping* necessárias para o combate ao isolamento e à exclusão a que, por vezes, estão sujeitos, especialmente, no pós-reforma, otimizando a sua participação ativa na sociedade.

Estes adultos de idade avançada também salientaram, como motivação, a importância dos grupos de suporte e o sentido de pertença a um grupo e a uma instituição, o fazer novas amizades e mesmo, para alguns, o reatar de relações interpessoais, a conservação de níveis de bem-estar físico, psicológico, emocional e cognitivo-mental, e o cumprimento de horários (obrigação), ou seja, a restauração da rotina diária.

É indubitável que, ao fim de vários anos de atividade profissional, a reforma os confronta com o dilema de como ocupar os seus tempos livres. O PALV é um programa que pode preencher esta lacuna. Além do mais, este e outros programas da mesma índole contribuem para a desmitificação de alguns estereótipos entranhados na sociedade, para a aquisição de saberes e realização pessoal, bem-estar, qualidade de vida e maior satisfação com a vida.

Concluimos no nosso estudo que, o facto de a escolaridade ser média alta (mesmo com casos de detentores de formação pós-graduada) não é desmotivadora da frequência do PALV, pois, como diz o senso comum, “o saber não ocupa lugar” e, além disso, ter uma ocupação combate o ócio, o que pode conduzir ao isolamento e até a patologias associadas à inércia e à desmotivação de um modo geral.

Assumimos a Aprendizagem ao Longo da Vida como condição fundamental para permitir ao adulto de idade avançada viver e acompanhar um mundo em constante mudança, não apenas como espectador, mas também como ator interventivo, e como estratégia essencial na promoção da qualidade de vida e bem-estar nesta faixa etária. Não se pense, contudo, que os ganhos são só para estes adultos, sê-lo-ão antes para toda a sociedade. É desejável, por

parte de todos nós, promover condições necessárias para que todos os indivíduos e, no caso em apreço, os adultos de idade avançada, ao longo da sua existência, tenham condições de acesso que permitam seguir por percursos de aprendizagem que lhes possibilitem o desenvolvimento constante das suas competências e capacidades físicas, cognitivas e sociais. Se a perceção de envelhecimento se encontrar associada a uma maior Satisfação com a Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida é muito mais fácil estimular e motivar esta população, assim como a sociedade em geral, para a importância de refletir sobre a forma de como envelhecemos e de como queremos que a própria sociedade envelheça.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdallah, T. (1998). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometrics properties in an Arabic speaking sample. *International Journal of Adolescence and Youth*, 7 (2), 113-119.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). *Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Acedido em 29.03.2015 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (20), 153-164.
- Alcoforado, J. L. (2000). *Educação de adultos e trabalho*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Almeida, M. S. M. (2012). *As universidades da terceira idade: Novas aprendizagens ou centros de convívio*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Alves, M. G. (2010). *Aprendizagem ao longo da vida e políticas educativas europeias: tensões e ambiguidades nos discursos e nas práticas de estados, instituições e indivíduos*. Acedido em 11.01.2015 de [http://run.unl.pt/bitstream/10362/5341/1/Alves\\_2010.pdf](http://run.unl.pt/bitstream/10362/5341/1/Alves_2010.pdf).
- Anstey, K. J., & Low, L. F. (2004). Normal cognitive changes in aging. *Australian Family Physician*, 33 (10), 783-787.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.
- Arnhoff, D. (1964). *Concepto del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Arrindel, W., Heesink, J., & Feij, J. (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 26 (5), 815-826.
- Arking, R. (2008). *Biologia do envelhecimento* (2ª ed.). Ribeirão Preto: Funpec.
- Assembleia da República Portuguesa (2005). Constituição da República Portuguesa. Acedido em 01.09.2015 de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Atchley, R. (1996). Retirement. In J. Birren, *Encyclopedia of gerontology*, Vol. 2, (pp 423-454). San Diego: Academic Press.
- Baddley, A. D. (1999) *Essentials of human memory*. Hove: Psychology.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, P. (1993). The aging mind: potential and limits. *The Gerontologist*, 33 (5), 580-594.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52

(4), 366-380. Acedido em 03/11/2014 de <http://www.mpib-berlin.mpg.de/volltexte/institut/dok/full/Baltes/onthein/index.htm>

- Baltes, P. (1999). How we master life: The orchestration of selection, optimization and compensation. Trabalho apresentado na 5th *European Conference on Psychological Assessment*, Patras, Greece.
- Baltes, P. (2005). *Psychological model of successful aging*. Trabalho apresentado no 18th World Congress of Gerontology, Rio de Janeiro, Brasil.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bayley, A. (1994). *Utopía y educación: UNI3. El derecho a ser*. Montevideo: Talleres Gráficos.
- Beatty, P. T., & Wolf, M. A. (1996). *Connecting with older adults: educational responses and approaches*. Malabar: Krieger Press.
- Beauchair, J. (2008). *A construção do saber: os necessários movimentos psicopedagógicos nos processos de “aprendências e ensinagens”*. Acedido em 03.01.2015 de <http://www.gabpsicopedagogia.com>.
- Bee, H. L., & Mitchell, S. K. (1980). *The developing person. A life span approach*. San Francisco: Harper & Row.
- Billiard, I. (1993). Le travail: un concept inachevé. *Education Permanente*, 116, 19- 32.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L., & Briere, N. (1989). L’Echelle de satisfaction de vie: Validation Canadienne-Française du «Satisfaction With Life Scale». *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21 (2), 210-223.
- Boshier, R. (1998). Edgard Faure after 25 years: Down but not out. In J. Holford, P. Jarvis & C. Griffin (Eds), *International perspectives on lifelong learning* (pp.3-20). London: Kogan Page.
- Botella, J. (2005). La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores. In S. Pinazo y M. Sánchez (Eds). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 93-113). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Botwinick, J. (1981). *We are aging*. New York: Springer.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brandtstadter, J. (1984). Personal and social control over development: Some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. In P. Baltes & O. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior*, Vol. 6 (pp. 265-296). New York: Academic Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bueno, B., Vega, J., & Buz, J. (2004). Desenvolvimento social a partir da meia-idade. In César Coll, Álvaro Marchesi, Jesús Palacios, *Desenvolvimento psicológico e educação, Vol. 1 Psicologia evolutiva*. (2ª ed.) (pp. 421-437). Porto Alegre: Artmed.
- Cabral, M. V. (2012). *Envelhecimento ativo: um conceito em discussão*. Seminário “Envelhecimento ativo, intimidade e saúde”. Lisboa: Universidade Lusíada, 25.outubro.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Cabral, N. M. T. P. (2010). *A cidadania e o bem-estar psicológico de estudantes adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.

- Cachioni, M. (1998). *Envelhecimento bem-sucedido e participação numa Universidade para a Terceira Idade: A experiência dos alunos da Universidade São Francisco*. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Acedido em 25.01.2015 de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/zeus/auth.php?back=http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000135482&go=x&code=x&unit=x>
- Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. (2006). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV- Bref) para português de Portugal. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Prevenção da sida: Um desafio que não pode ser perdido* (pp.35-44). Lisboa: Associação Lusófona.
- Canavarro, M., Simões, A., Pereira, M., Serra, A., Rijo, D., Quartilho et. al. (2007). WHOQOL-Bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa*, (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095.
- Cavalcanti, M. B. (1995). *Idosos*. In B. Range (Org.), *Psicoterapia comportamental* (pp. 149-158). Rio de Janeiro: Psy.
- Comissão das Comunidades Europeias (2000). *Memorando sobre a aprendizagem ao longo da vida*. Acedido em 03.01.2015 de <https://infoeuropa.euocid.pt/files/database/000033001-000034000/000033814.pdf>
- Comissão das Comunidades Europeias (2001). *Tornar o espaço europeu de aprendizagem ao longo da vida uma realidade*. Acedido em 25.01.2015 de <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:PT:PDF>
- Corazza, M. (2005). *Terceira idade e atividade física*. São Paulo: Phorte.
- Costa, J. A. (2005). *Competências adquiridas ao longo da vida: Processos, trajectos e efeitos*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Cresson, E. (1996). Porquê aprendizagem ao longo da vida. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 8/9, 9-12.
- Christensen, H. (2001). What cognitive changes can be expected with normal ageing? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (6), 768-775.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961), *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cunningham W. (1988). *Gerontology: the psychology, biology and sociology of aging*. New York: Harper & Row.
- Debert, G. G. (1997). Envelhecimento e curso de vida. *Revista Estudos Feministas*, 5 (1), 1-9.
- Decreto-Lei nº 5/76, de 9 de janeiro (Cria o Instituto Universitário dos Açores), Diário da República – I Série, nº 7, pp 23-24.
- Decreto-Lei nº 282/80, de 25 de julho (Transformação do Instituto Universitário dos Açores em Universidade), Diário da República – I Série, nº170, pp 18620-1861.
- Delors, J. (1996). *Educação: um tesouro a descobrir* (1ª ed.). Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. Rio Tinto: Edições Asa.

- Department of Economic and Social Affairs Population Division (2001). *World population ageing: 1950-2050*. New York: United Nations. Acedido em 10.01.2015 de <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
- De Vitta, A. (2000). Atividade física e bem-estar na velhice. In A. L. Neri & S. A. Freire (orgs.), *E por falar em boa velhice*, (pp. 25-38). Campinas: Papirus.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life-satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E., & Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp.325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Grifflins, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Diogo, M. J. D. E. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 13 (6), 395-400.
- Dixon, R. A., & Lerner, R. M. (1992). A history of systems in developmental psychology. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.). *Developmental psychology: An advanced textbook* (pp. 3-58). New York: Erlbaum.
- Donaldson, T., Earl, J. K., & Muratore, A. M. (2010) Extending the integrated model of retirement adjustment: Incorporating mastery and retirement planning. *Journal of Vocational Behavior*, 77 (2), 279-289).
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and log-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.
- Eliasson, G. (1996). Porquê aprendizagem ao longo da vida. Formação profissional. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 8/9, 1-4.
- European Commission (2014). *Eurostat*. Acedido em 15.11.2014 de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en>
- Eurydice – Rede de Informação Sobre a Educação na União Europeia (2000). *Aprendizagem ao longo da vida: a contribuição dos sistemas educativos dos Estados-Membros da União Europeia*. Lisboa: Europress.
- Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, A. R., Lopes, H., Petrovsky, A. V., Rahnema, et al. (1972). *Learning to be: The world of education today and tomorrow*. Paris: UNESCO.
- Fernandes, H. M. G. (2007). *O bem-estar psicológico em adolescentes, uma abordagem centrada no florescimento humano*. Dissertação de Doutoramento. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Fernandes, A. (2008). *Questões demográficas: Demografia e sociologia da população*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo – Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

- Fernández-López, E. (2002). *Psicogerontología para educadores*. Granada: Universidad de Granada.
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. 2 (pp. 111-121). Braga: APPORT/SO.
- Ferreira, J. F. (2007). Editorial. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11 (2), 193-195. Acedido em 16.05.2015 de <http://www.cic.pt/pec/default.asp?link=N21>.
- Ferreira, M. C. S. (2013). *Stress na transição para a reforma*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Finch, C. (1991). *Longevity senescence and genome*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar – teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Lisboa: Celta.
- Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma” – Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Dissertação de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*, (2º ed). Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A., (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20 (2), 277-289).
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina.
- Fonseca, A. (2012). Fundamentos psicológicos para um envelhecimento ativo. In Palmeirão, C. & Cruz, A. (coord.) *Envelhessomos*. (pp. 15-49). Porto: Universidade Católica.
- Fontaine, A. M., & Antunes, C. (2003). Avaliação do auto-conceito e da auto-estima na adolescência: Comparação de dois instrumentos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 119-133.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frazier, C., Mintz, L.B., & Mobley, M. (2005). A multidimensional look at religious involvement and psychological well-being among urban elderly African Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (4), 583-590.
- Freire, P. (2008). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (37ª ed.). São Paulo: Editora Paz e Terra.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In Neri, Anita e Sueli Aparecida (Org.), *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Fula, A., Amaral, V., & Abraão, A. (2012). Que idade tem o trabalhador mais velho? Um contributo para a definição do conceito de trabalhador mais velho. *Análise Psicológica*, 30 (3), 285-300.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (2010). *Carta Social – Rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.

- García, A. J. M., & Ruiz, E. J. G. F. (2000). La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de Psicología*, 16 (1), 87-99.
- Garcia, D., & Erlandsson, A. (2011). The relationship between personality and subjective well-being: Different association patterns when measuring the affective component in frequency and intensity. *Journal of Happiness Studies*, 12 (6), 1023-1034.
- Garcia, D., & Siddiqui, A. (2009). Adolescents' psychological well-being and memory for live events: Influences on life satisfaction with respect to temperamental dispositions. *Journal of Happiness Studies*, 10, 407-419.
- Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Eurostat Statistics in Focus*, 72, 1-12
- Giró, M., J. (2006): *Envejecimiento activo envejecimiento positivo*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function. In Riddle, D. R. (editor). *Human aging in brain aging: Models, methods, and mechanisms*. Boca Raton: C.R.C. Press. Acedido em 05.09.2015 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3885/>
- Goldberg, E. (2008). *O paradoxo da sabedoria. Como pode a sua mente, ficar mais forte à medida que o seu cérebro envelhece*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Guedea, M., Albuquerque, F., Trócoli, B., Noriaga, J., Seabra, M., & Guedea, J. (2006). Relação do bem-estar subjetivo: Estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentido e formas de uso*. Estoril: Principia.
- Guillemard, A. (1980). *La vieillesse et l'état*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22, (02), 201-210.
- Havighurst, R. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Londres: Longmans Green.
- Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 Correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34 (4), 723-727.
- Hayflick, L. (1985). Theories of biological aging. *Experimental Gerontology*, 20 (3-4), 145-159.
- HelpAge (2015). Global agewatch index 2015: Insight report. London: Help Age International. Acedido em 01.09.2015 de <http://www.helpage.org/>
- Hornstein, G. A., & Wapner S. (1985). Modes of experiencing and adapting to retirement. *International Journal of Aging and Human Development*. 21 (4), 291-315.
- INE (2012). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, Luis. (2005). A importância das Universidades da Terceira Idade na qualidade de vida dos seniores em Portugal. *Revista Medicina e Saúde*, 92, 16-17.
- Jacob, L. (2012). *Universidades seniores: Criar projectos de vida*. Almeirim: RUTIS.
- Jacob, L., & Fernandes, H. (2011). *Ideias para um envelhecimento activo*. Almeirim: Edição Rutis.
- Jeckel-Neto, E., & Cunha, G. (2006). Avaliação cognitiva. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J. & Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria* (2ª ed.) (p. 13). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41 (1), 131-138.
- Jornal Oficial da União Europeia (2011). *Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro de 2011 sobre o ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre as gerações*. Acedido em 03.10.2015 de <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:PT:P> DF
- Kallen, D. (1996). A Aprendizagem ao longo da vida em retrospectiva. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 8/9, 16-22.
- Kallen, D., & Bengtsson, J. (1973). *Recurrent education: a strategy for lifelong*. Paris: Centre for Educational Research Innovation.
- Keys, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being. The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- Kim, J. E., & Moen, P. (2001). Is retirement good or bad for subjective well-being?. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (3), 83-87.
- Kim, J., & Moen, P. (2002) Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, P212-P222.
- Kinsella, K., & Velkoff, V. A. (2001). *Aging world: 2001* (Séries P95/01-1). Washington: U.S. Census Bureau.
- Kitamura, T., Kishida, Y., Gatayama, R., Matsuoka, T., Miura, S., & Yamabe, K. (2004). Ryff's psychological well-being inventory: Factorial structure and life history correlates among Japanese university students. *Psychological Reports*, 94, 83-103.
- Kling, K. C., Ryff, C. D., Love, G., & Essex, M. (2003). Exploring the influence of personality on depressive symptom and self-esteem across a significant life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (5), 922-932.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Lampert, E. (2005). Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. *Revista Linhas*, 6 (1), 1-13.
- Larsen, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33 (1), 109-125.
- Larsen, R., Diener, E. & Emmons, R. (1985). An evaluation of subjective wellbeing measures. *Social Indicators Research*, 17, 1-18.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *The Journal of Gerontology*, 30 (1), 85-89.
- Legatum Institute (2014). *The 2011 legatum prosperity index™*. Acedido em 15 de setembro de 2015 de <http://www.prosperity.com/#/>
- Lemieux, A. (1995). *Paramètre pour la détermination des contenus essentiels d'apprentissage dans un curriculum d'un certificat de 1er cycle d'éducation sur mesure pour les aînées*. Recherches et réalisation. Paris: Pedone.
- Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: Imerso.
- Lemieux, A. (1998). La gérontagogie ou l'éducation des personnes âgées à l'université de l'an 2000. In M. Guirao & M. Sánchez Martínez (Eds.). *La oferta de la gerontagogía*. Actas

*del Primer Encuentro Nacional sobre Programas Universitarios para Mayores* (pp. 199-234). Granada: Grupo Editorial Universitario/Publicaciones del Aula Permanente de Formación Abierta.

- Lemieux, A. (2001). *La gérontagogie: Une nouvelle réalité*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Lengrand, P. (1970). *An introduction to lifelong learning*. Paris: UNESCO Press.
- Lent, R. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on wellbeing and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (4), 482-509.
- Lerner, R., & Hultsch, D. (1983). *Human development: A life-span perspective*. New York: McGraw Hill.
- Lima, L. C. (2010). A Educação faz tudo? Crítica ao pedagogismo na “sociedade da aprendizagem”. *Revista Lusófona de Educação*, 15 (15), 41-54.
- Lima, M. M., Simões, A., & Tavares, J. (1997). Percepção da capacidade para aprender ao longo do ciclo de vida – o caso dos adultos e dos idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXI (1,2 e 3), 19-34.
- Lima, M., Simões, A., Vieira, C., Oliveira, M., Ferreira, J., Pinheiro, M., et al. (2001). O bem-estar subjectivo na meia-idade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35, 171-190.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2008). Personality and subjective well-being. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality-theory and research* (pp. 795-814). New York: The Guilford Press.
- Lutsky, N. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1 (13), 287-336.
- Machado, R. (2008). *Bem-Estar psicológico e sentido de coerência interna na velhice em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Machado, F. S., & Medina, T. (2012). As Universidades Seniores: Motivações e repercussões de percursos em contextos de aprendizagem. *Educação, Sociedade & Cultura*, 37, 151-167.
- Magalhães, C. (2008). *Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança*. Tese de Doutoramento. Badajoz: Universidade de Extremadura.
- Magalhães, E. (2004). *A depressão no idoso*. Badajoz: Universidad da Extremadura.
- Maia, J. C. A. (2015). *Bem-Estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas*. Dissertação de Mestrado. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Marchand, H. (2005a). *Psicologia do adulto e do idoso* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Marchand, H. (2005b). *A idade da sabedoria. Maturidade e envelhecimento*. Porto: Âmbar.
- Marconcin, P. (2010). Bem-estar subjectivo e a prática desportiva em idosos – Alunos de Universidades Seniores do Porto. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7 (3), 334-344.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martín, A. V. (2007). Gerontologia educativa: Enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativo com idosos. In J. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas*

- Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para Estudantes Seniores: O Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida
- idosas. Contexto social e intervenção* (pp. 47-73). Lisboa: Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 115-136
- Matour, S., & Prout, M. F. (2007). Psychological implications of retirement in the 21st century. *Journal of Financial Service Professionals*, 61 (1), 57-63.
- Medeiros, C., Ferreira, J., & Medeiros, T. (2013). Inteligência espiritual e sentido de vida na idade adulta avançada. In Teresa Medeiros, Carlos Ribeiro, Berta Pimentel Miúdo e Adolfo Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 129-145.). Ponta Delgada; Letras Lavadas.
- Medeiros, T. (2012). Aprendizagem em adultos com idade avançada na Universidade dos Açores: Os avós vêm à Universidade. In Natália Ramos, Manuela Marujo & Aida Baptista, *A Voz dos Avós* (pp. 121-136). Coimbra: Gráfica de Coimbra 2.
- Medeiros, T. (2013a). *Integration of seniors in the society: the experience of azores (Portugal)* (pp. 29-52). Comunicação apresentada no International Symposium AIUTA, Guangzhou, China.
- Medeiros, T. (2013b). Desafios do(s) envelhecimento(s). In Teresa Medeiros, Carlos Ribeiro, Berta Pimentel Miúdo e Adolfo Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 29-45). Ponta Delgada; Letras Lavadas.
- Medeiros, T. (2015). Adultos em idade avançada e a universidade: méritos e desafios (no prelo)
- Medeiros, T., & Ferreira, J. (2008). *Congresso Internacional “Envelhecimento(s) no séc. XXI”*, Universidade dos Açores, 22 de Novembro.
- Medeiros, T., & Melo, C. (2015). Saúde e qualidade de vida em pessoas idosas. In A. L. de Oliveira, & Q. P. Kamimura (Org.s), *Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento* (pp.181-197). Taubaté: Editora da UNITAU.
- Medina, A. (2010). A relação Eu-Outro – trabalho sobre dois questionários com utilidade clínica. In *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, 4-6 fev.
- Melo, C. P. S. R. (2014). *Bem-Estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Módenes, P., & Cabaco, A. (2008). *Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas*. Acedido em 19 de Agosto de 2014, de <http://www.forodeeducacion.com/numero10/022.pdf>
- Moura, C. (2012). *Processos e estratégias do envelhecimento – intervenção para um envelhecimento ativo*. Vila Nova de Gaia: Euedito.
- Mroczek, D., & Kolarz, C. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1333-1349.
- Nazareth, J. M. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia*, 6 (2), 135-146.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

- Neri, A. L. (1997). Qualidade de vida na velhice. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 34-40). Campinas: Arbytes.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.
- Neri, A. L., & Debert, G. G. (1999). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus.
- Neto, F., Barros, A., & Barros, J. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11 (1), 47-54.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging a reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1976). Adaptation and the life cycle. *The Counseling Psychologist*, 6 (1), 16-20.
- Neves, A. O. (2005). *Estudo de avaliação das políticas de aprendizagem ao longo da vida*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Coordenação da DGEEP.
- Neves, C. S. (2009). *Estratégias de aprendizagem ao longo da vida na União Europeia – Análise crítica e comparativa das estratégias de aprendizagem ao longo da vida de cinco estados – membros*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- Newman, P. R. (2008). *Development through life: a psychosocial approach* (pp.521-525). Wadsworth: Cengage Learning.
- Novo, R. (2000). *Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- OECD-UNDESA (2013). *World migration in figures*. Acedido em 26.10.2015 de [www.oecd.org/els/mig/PORTUGUESE.pdf](http://www.oecd.org/els/mig/PORTUGUESE.pdf)
- Okun, M., Stock, W., Haring, M., & Witter, R. (1984). Health and subjective wellbeing: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 111-132.
- Oliveira, J. H. B. (2000). Felicidade: Teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 281-309.
- Oliveira, J. H. B. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido de vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133-145.
- Oliveira, J. H. B. (2008a). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3ª ed.). Porto: LivPsic.
- Oliveira, J. H. B. (2008b). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: LivPsic.
- Oliveira, J. H. B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª edição). Porto: Livpsic, Legis Editora.
- Oliveira, P. (1996). Universidade aberta e co-educação de gerações. *A terceira idade*, 12, 6-9.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento ativo uma política de saúde*: Brasília: World Health Organization.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (1998). Le vieillissement démographique. In *L'Observateur de L'OCDE*, 212.
- Osório, J. R. (2007). La formación en la adultez tardía. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (3), 11-32.

- Palma, L. (2001). *Projecto Recriar o Futuro*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Paschoal, S. M. P. (1996). Autonomia e independência. In Papaléo Neto M. (Ed.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneo, p. 313-23.
- Patrício, M. J., & Carrilho, L. (2002). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 147-175.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 275-287. Acedido em 30.11.2014 de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal – psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pereira, C. (2012a). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo*. Dissertação de Mestrado. Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Pereira, F. (2012b). *Teoria e prática da gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psico & Soma.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, N. N. (2003). *Trabalhadores mais velhos: políticas públicas e empresariais*. Lisboa: MSST/DGERT.
- Pinheiro, A. I. P. (2013). *Idade subjetiva no idoso: Relações com a saúde mental e as atitudes em relação ao envelhecimento*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- Pinto, A. M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2 (11), 74-86.
- Pinto, F. C. (2007). A terceira idade: idade da realização. In J. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção* (pp. 75- 103). Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Pinto, M. G. (2008). *Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois*. Porto: Cadernos de Apoio da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Pires, A. L. (2005). *A educação/formação de adultos à luz do paradigma da aprendizagem ao longo da vida. Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e*

*dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências.*

Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para A Ciência e Tecnologia.

- Prentis, R. (1992). *Passages of retirement. Personal histories of struggle and success.* New York: Greenwood Press.
- Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10 (5), 583-630.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stress no trabalho.* Lisboa: Editora RH.
- Rebelatto, J., & Morelli, J. (2004). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso.* São Paulo: Barueri.
- Rens, J. (1996). Porquê aprendizagem ao longo da vida. Formação profissional. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 8/9, 1-4.
- Ribeiro, C. (2013). As bases biológicas do envelhecimento humano. In Teresa Medeiros, Carlos Ribeiro, Berta Pimentel Miúdo e Adolfo Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver.* Ponta Delgada; Letras Lavadas.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo.* Lisboa: Lidel.
- Roach, S., (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rubenson, K. (2006). Constructing the lifelong learning paradigm: Competing visions from the OECD and UNESCO. In S. Ehlers (Ed.), *Milestone towards lifelong learning systems* (pp. 151-170). Copenhagen: Danish Pedagogic University.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and on human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989c). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.
- Ryff, C. D., & Essex, M. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology in Geriatrics*, 11, 144-171.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9 (1), 1-28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Sá, J. L. M. (2004). Educação e envelhecimento. In Py, Lígia, *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais* (pp. 345-374). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Sagiv, L., & Schwartz, S. H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30, 177-198.

- Salthouse, T. A. (1991). Mediation of adult age differences in cognition by reductions in working memory and speed of processing. *Psychological Science*, 2, 179-183.
- Schaie, K. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schaie, K. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson Educación.
- Schaie, K. W., Willis, S. L., & Caskie, G. I. L. (2004). The Seattle longitudinal study: Relationship between personality and cognition. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition*, 11 (2-3), 304-324.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 582-593.
- Schutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 549-559.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(XX), 505-516.
- Shevlin, M., Brunson, V., & Miles, J. (1998). Satisfaction With Life Scale: Analysis of factorial invariance, mean structures and reliability. *Personality and Individual Differences*, 25, 911-916.
- Silva, J. (2010). *Funcionalidade e bem-estar psicológico em idosos residentes na comunidade: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Silva, R. A., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. D. M., Cruzeiro, A. L. S., et al. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: Factores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (5), 1113-1118.
- Silva, R. C. (1998). A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: Biasoli-Alves, Z. M. M. & Romanelli, G. (Orgs) (1998). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, pp.159-174.
- Silva, S. G. M. R. N. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humana e Sociais.
- Simões, A. (1982). Aspectos de gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 49-92.
- Simões, A. (1989). O que é educar? Acerca do constitutivo formal do conceito. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 23, 3-20.
- Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. XXIV, 109-121.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano XXVI, 3, 503-515.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1,2,3, 559-569.
- Simões, A. (2006a). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.
- Simões, A. (2006b). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Porto: Âmbar.

- Simões, A. (2007). O que é a educação? In A. Fonseca, M. Seabra-Santos, M. Fonseca (Eds.), *Psicologia e educação. novos e velhos temas* (pp. 31-52). Coimbra: Almedina.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., et al. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., et al. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade. Modelos e práticas em educação de adultos. Trabalho apresentado nas II Jornadas modelos e práticas em educação de adultos. In Actas das II Jornadas Modelos e práticas em educação de adultos. Coimbra: NAPFA.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, et al. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5-30.
- Simões, A., Lima, M., Vieira, C., Ferreira, J., Oliveira, A., Alcoforado, L., et al. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.
- Sitoe, R. M. (2006). Aprendizagem ao longo da vida: Um conceito utópico? *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12 (2), 283-290.
- Skevington, S., Lotly, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Sokolovsky, J. (Ed.) (3rd ed). (2009). *The cultural context of aging: worldwide perspectives*. USA: Greenwood.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. (2ª Ed.). Porto: Âmbar.
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigações, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa: Pactor.
- Springer, K.W., & Hauser, R.M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Social Science Research*, 35 (4), 1080-1112.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 134 (1), 138-161.
- Swindell, R., & Thompson, J. (1995). An international perspective on the University of the Third Age. *Educational Gerontology*, 21 (5), 429-447.
- Tamer, N. L., & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In J. R. Osorio & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção* (pp. 181- 201). Lisboa: Instituto Piaget.
- UNESCO (1998). *Declaração mundial sobre educação para todos: Satisfação das necessidades básicas de aprendizagem*. Acedido em 03.01.2015 de <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>
- United Nations Human Rights (s/d). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Acedida em 01.09.2015 de <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.

- Vaz, E. (1998). Mais idade e menos cidadania. *Análise Psicológica*, 4, 621-633.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of happiness*. Dordrecht: The Riedel Publishing Company.
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society. *European Psychologist*, 10, 330-343.
- Vega, J., & Martínez, B., (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Vellas, P. (1988). As Universidades para a 3.<sup>a</sup> Idade – Seus fins. In Universidade Internacional da Terceira Idade (Ed.), *Memórias do 1.º Seminário Internacional sobre os Objectivos da UITI* (pp. 130-139). Mem Martins: Gráfica Europam.
- Veloso, E. C. (2007). As Universidades da Terceira Idade em Portugal: um contributo para a análise da sua emergência. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41-3, 263-284.
- Veloso, E. (2011). *Vidas depois da reforma – Políticas públicas no contexto português e práticas educativas numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Vieira, E. B. (2004). *Manual de gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Volz, J. (2000). Successful aging: The second 50. Monitor on psychology. *American Psychological Association*, 31, 24-28.
- Wang, M., & Shultz, K. S. (2009). Employee retirement: A review and recommendation for future investigation. *Journal of Management*, 36, 172-206.
- Willis, S., & Schaie, K. (1981). Maintenance and decline of adult mental abilities. In F. Grote & R. Feringer, *Adult learning and development*. Bellingham: Washington University.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Wlodkowski, R. J. (1993). *Enhancing adult motivation to learn: A guide to improving instruction and increasing learner achievement*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Wong, J., & Earl, J. (2009). Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 1-13.
- Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive wellbeing: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106 (2), 249-264.
- Yao, G., & Wu, C-H. (2005). Factorial invariance of the WHOQOL-BREF among disease groups. *Quality of Life Research*, 14, 1881-1888.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **QUESTIONÁRIO - Investigação Bem-Estar e Qualidade de Vida dos Idosos**



**QUESTIONÁRIO - Investigação Bem-Estar e Qualidade de Vida dos idosos**

Concelho: \_\_\_\_\_ Quest. N.º | \_\_ | \_\_ | \_\_ |

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Telefone (para o caso de ser preciso entrevistar) \_\_\_\_\_

**Investigação sobre Bem-estar e Qualidade de Vida nos Açores  
(Estudantes Seniores da Universidade dos Açores)**

O presente Questionário destina-se à recolha de informação relativamente às pessoas em idade avançada na RAA.

Toda a informação recolhida é estritamente anónima e confidencial. As suas declarações e opiniões são importantes para conhecermos o seu grau de Bem-estar e Qualidade de Vida.

A sua colaboração é fundamental para compreensão e melhoramento do Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida, pelo que agradecemos a sinceridade e precisão nas respostas às questões que lhe forem colocadas.

**1 – Sexo:** Masculino  Feminino  **2 – Data de nascimento (dia/mês/ano)** | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ |

**3 - Estado civil atual?**

Solteiro/a  Casado/a  Divorciado/Separado/a  União de facto  Viúvo/viúva

**4 - Tem filhos?** Sim  Não

**Se Sim. 4.1 - Nº de filhos(as):** | \_\_ | \_\_ | **→4.2 - Destes quantos estão casados (as)** | \_\_ | \_\_ |

**4.3 - Quantos filhos residem próximos de si?** | \_\_ | \_\_ | **4.4 -Quantos o(a) visitam pelo menos uma vez por mês** | \_\_ | \_\_ |

**4.5 - Nº de netos(as):** | \_\_ | \_\_ | **→ 4.6 - Destes quantos estão casados (as)** | \_\_ | \_\_ |

**5 – Onde vive (cidade, vila ou freguesia)?** \_\_\_\_\_

**6 - Pessoa com quem vive:**

- 1. Vive sozinho(a)
- 2. Com o marido/esposa/companheira(o)
- 3. Marido, filhos e netos
- 4. Com filhos
- 5. Com outras pessoas familiares (irmãos, cunhados, noras, sobrinhos)
- 6. Com amigos
- 7. Outra situação. Qual: \_\_\_\_\_

**7 - Há quanto tempo se encontra na situação de aposentado(a) / reformado(a)?**

\_\_ | \_\_ | anos | e meses | \_\_ | \_\_ |

**8 - Actividade Profissional ou ocupação no Activo ou antes da situação de reforma ou de aposentação?**

**Diga-nos, por favor, o que fazia:** \_\_\_\_\_

**9 - Que nível de Ensino ou de escolaridade possui? E o do cônjuge ou companheiro (caso exista)?**

**Nível de Ensino do entrevistado**

- 1. Não lê/nem escreve
- 2. Lê e escreve s/ frequência escolar
- 3. Ensino básico ou primário
- 4. Ciclo preparatório (antigo 2º ano)
- 5. Ensino unificado (9º, antigo 5º ano)
- 6. Ensino complementar (10º 12º, 7º antigo)
- 7. Ensino médio/bacharelato
- 8. Ensino superior

**Nível de Ensino do cônjuge ou parceiro**

- 1. Não lê/nem escreve
- 2. Lê e escreve s/ frequência
- 3. Ensino básico ou primário
- 4. Ciclo preparatório (antigo 2º ano)
- 5. Ensino unificado (9º, antigo 5º)
- 6. Ensino complementar (10º 12º, 7º antigo)
- 7. Ensino médio/bacharelato
- 8. Ensino superior

**10 – Qual considera ser o seu grau de satisfação com a profissão ou atividade que teve?**

Muito baixo  Baixo  Mais ou menos  Elevado  Muito Elevado

**11 - Indique-nos, por favor, que grau de satisfação lhe proporcionou a passagem à situação de reformado/aposentado(a)?**

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Mais ou menos	Relativa/Satisfeito	Muito Satisfeito
1. Passagem à reforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Primeiros 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Primeiro ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12 – Frequenta o programa de ALV desde o princípio (2003). Sim  Não**

**13 – Há quanto tempo (em anos e ou meses) frequenta a Universidade dos Açores? \_\_\_\_\_ anos; \_\_\_\_\_ meses**

**14 – Em média, quantas vezes por dia frequenta a Universidade dos Açores por semana?**

1. todos os dias
2. três vezes por semana
3. duas vezes por semana...
4. uma vez por semana
5. Outra situação.  Qual? \_\_\_\_\_

**15. Para si é importante frequentar a Universidade dos Açores? Sim  Não**

Porquê? \_\_\_\_\_

**16. Quando vem à Universidade sente-se: muito feliz  feliz  nem feliz nem triste  triste**

**17. Quais os principais motivos que o levam a frequentar a Universidade dos Açores? (colocar por ordem de preferência, sendo 1 o mais importante e assim sucessivamente)**

- 1 Conviver
2. Aprender
3. Ter uma obrigação de sair de casa
4. Para se sentir acompanhado
5. Porque os filhos/familiares querem
6. Porque tenho lá amigos
7. Porque o médico mandou/saúde
8. Outro motivo  Qual? ? \_\_\_\_\_

**18. Quais as áreas dos cursos que frequenta habitualmente? \_\_\_\_\_**

**19. Quantos cursos já frequentou desde o início da sua frequência? (se não souber o número exato coloque um número aproximado) \_\_\_\_\_**

**20. Frequenta outras atividades para além dos cursos? (eg. Ateliers, Teatro, Coro, Seminários, Conferências, etc.) Sim  Não**

**21. Dos cursos e atividades que faz, quais as que mais gosta? \_\_\_\_\_**

**22. Acha que o facto de frequentar o Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida teve impacto na sua saúde? Sim  Não**

Se sim como? \_\_\_\_\_

**23. Acha que teve efeito no número de medicamentos que toma? \_\_\_\_\_**

**24. O que mais gosta neste programa pensado para alunos seniores? \_\_\_\_\_**

**25. Descreva a sua experiência neste programa (em que medida é que tem significado na sua vida). \_\_\_\_\_**

**26 - Em seu entender, em termos de idade, quando é que considera que uma pessoa envelhece (faça um círculo na situação adequada)?**

Desde o nascimento | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | >80 | Nunca

**27 - Independentemente da idade que tem, que idade que se atribui a si próprio(a)?** [\_\_][\_\_]

**28 - Qual a idade que acha que os outros normalmente lhe atribuem?** [\_\_][\_\_]

**29 – O(A) senhor(a) sente-se idoso(a)?**

Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Se não, porquê? \_\_\_\_\_

**30. No seu caso, qual é a palavra mais adequada para o qualificar?**

|Velho(a)|,|Idoso(a)|,|Pessoa idosa|,|Adulto com idade avançada|,|Sénior|,|Ancião|,|Outra expressão|  
Qual? \_\_\_\_\_

**31. Em que período da sua vida é que acha que está?**

|Adultez|,|Velhice|,|Adultez em idade avançada|,|3ª idade|,|4ª idade|

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**32. Em poucas palavras, o que é para o(a) Senhor(a) uma boa velhice?** \_\_\_\_\_

**33. - Qual o seu grau de satisfação com as diferentes dimensões da sua vida pessoal?**

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Indiferente	Relativa/ Satisfeito	Muito Satisfeito
1. Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Situação Económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vida Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vida Afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Satisfação com a Vida SWLS**

	Discordo muito	Discordo pouco	Nem c/ nem disc	Concordo Um pouco	Concordo muito
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito com a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***E com os seguintes aspetos?***

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Mais ou menos	Relativa/ satisfeito	Muito satisfeito
1. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Higiene e cuidados pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Serviços médicos e enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Funcionamento/organização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Simpatia dos funcionários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. As perguntas seguintes pedem-lhe para avaliar a sua qualidade de vida. (Por favor, assinale uma opção em cada linha).**

Nada	Muito pouco	Moderada-mente	Bastante	Extrema-mente
------	-------------	----------------	----------	---------------

Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para Estudantes Seniores: O Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Até que ponto as perdas dos seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfacto, tato) afetam o seu dia-a-dia?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Até que ponto a perda dos seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfacto, tato) afeta a sua capacidade de participar em atividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Em que medida tem liberdade para tomar as suas própria decisões?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Até que ponto sente que controla o seu futuro?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Em que medida sente que as pessoas que o(a) rodeiam respeitam a sua liberdade?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Até que ponto está preocupado(a) com a forma como irá morrer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Até que ponto tem medo de não controlar a sua morte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Até que ponto tem medo de morrer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

As perguntas seguintes pedem-lhe para que diga até que ponto, nas últimas duas semanas, experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas como, por exemplo, sair tanto quanto gostaria. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

- |   | Nada                     | Muito pouco              | Moderadamente            | Bastante                 | Extremamente             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfacto, tato) afetam a sua capacidade de interagir/estar com os outros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Até que ponto sente que o seu dia é suficientemente preenchido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para Estudantes Seniores: O Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar o seu grau de satisfação relativamente a vários aspetos da sua vida, nas últimas duas semanas, por exemplo, sobre a sua participação na vida da comunidade/sociedade ou com as suas conquistas/realizações na vida. **As perguntas referem-se às duas últimas semanas.**

	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisf/Nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
15. Até que ponto está satisfeito(a) com aquilo que alcançou na vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Até que ponto está satisfeito(a) com a forma como usa o seu tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu nível de atividade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem de participar nas atividades da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Até que ponto está feliz com as coisa que pode esperar daqui para a frente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Muito mau</b>	<b>Mau</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
20. Como avalia os seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfacto, tato)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere as perguntas tendo como em conta referência um(a) companheiro(a) ou uma pessoa próxima com quem pode partilhar a sua intimidade, mais do que com qualquer outras pessoas na sua vida.

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
21. Até que ponto sente companheirismo na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Até que ponto sente amor na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por outra pessoa na sua vida.	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
23. Até que ponto tem oportunidade de amar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Até que ponto tem oportunidade de ser amado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36 -As frases, seguintes, dizem respeito à maneira como as pessoas costumam comportar-se, nas circunstâncias da sua vida. Para dar a sua resposta, basta fazer uma cruz (X), dentro de uma das casas, que se encontram, à frente de cada frase, às quais se encontra associada a seguinte codificação: 1 - completamente em desacordo, 2- moderadamente em desacordo, 3 - ligeiramente em desacordo, 4 –ligeiramente em acordo, 5 – moderadamente de acordo e 6 – completamente de acordo.**

Questões	1	2	3	4	5	6
1 - Dá-me prazer conversar com as pessoas e trocar impressões com familiares e amigos.						
2 - Os objetivos (planos) da minha vida têm sido para mim mais uma fonte de satisfação que de frustração (desilusão).						
3 - O meu passado teve os seus altos e baixos, mas, de um modo geral, não desejaria mudá-lo.						
4 - É importante para mim dar toda a atenção aos meus amigos íntimos, quando me falam dos seus problemas.						
5 - As minhas atividades do dia-a-dia parecem-me, muitas vezes, banais e sem importância.						
6 - Eu não sou daquelas pessoas, que vagueiam, sem rumo (sem orientação), pela vida.						
7 - Não desejo procurar novas formas de vida: a minha vida está muito bem, assim (como ela está).						
8 - Há muito que eu desisti de tentar melhorar ou fazer grandes mudanças, na minha vida.						
9 - Tenho inveja da vida, que muita gente leva.						
10 - Parece-me que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.						
11 - Às vezes, tenho a impressão de ter feito tudo o que há a fazer na vida.						
12 - Tem sido difícil e desencorajante para mim manter relações estreitas com os outros.						
13 - Costumava fixar objetivos (fazer planos) para mim próprio, mas isso parece-me, agora, perda de tempo.						
14 - De um modo geral, sinto orgulho de quem sou e da vida que eu levo.						
15 - Penso que é importante ter novas experiências, que ponham à prova a nossa maneira de ver o mundo e a nós próprios.						
16 - A minha atitude para comigo não é, provavelmente, tão positiva (tão favorável) como a que a maior parte das pessoas têm para com elas próprias.						
17 - A maioria das pessoas considera-me um indivíduo amável e afetuoso.						
18 - Tenho a impressão de que muitas pessoas, que eu conheço, conseguiram mais coisas na vida do que eu (tiveram mais sucesso).						
19 - Há alguma verdade no ditado, que diz: “ Burro velho já não toma ensino”						
20 - Sinto-me satisfeito, quanto penso no que fiz, no passado, e no espero fazer, no presente.						
21 - Esforço-me por realizar os planos, que para mim mesmo tracei.						
22 - Com o tempo, tenho conseguido uma maior compreensão da vida, o que fez de mim uma pessoa mais capaz e mais forte.						
23 - Gosto de fazer planos para o futuro e de esforçar-me para os tornar realidade.						
24 - Quando penso nisso, acho que, como pessoa, não melhorei muito, com o passar dos anos.						
25 - Não estou interessado em atividades, que alarguem os meus horizontes (que me façam mudar).						
26 - Toda a gente tem as suas fraquezas, mas parece que eu tenho mais do que deveria caber-me em sorte.						

Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida para Estudantes Seniores: O Bem-Estar Psicológico, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida

27 - Quando olho para o meu passado, fico contente com os resultados conseguidos.						
28 - Cometi alguns erros, no passado, mas penso que, no fim de contas, consegui sempre o melhor.						
29 - No fim de contas, não estou certo de que a minha vida tenha grande valor.						
30 - A meu ver, as pessoas são capazes de continuar a “crescer” e a desenvolver-se, em qualquer idade.						
31 - Acordo, muitas vezes, desanimado com a forma como tenho vivido a minha vida.						
32 - Costumo preocupar-me com o presente, pois, o futuro quase sempre me traz problemas.						
33 - Em geral, sinto-me confiante e satisfeito comigo próprio.						
34 - Vivo o meu dia-a-dia, sem pensar, realmente, no futuro.						
35 - Sinto-me, muitas vezes, só, porque tenho poucos amigos íntimos com quem partilhar as minhas preocupações.						
36 - Não tenho uma ideia muito clara acerca do que estou a tentar conseguir na vida.						
37 - Sou daquelas pessoas, que gostam de tentar fazer coisas novas.						
38 - Não tenho tido muitas relações calorosas (amigáveis) e confiantes com os outros.						
39 - Quando se trata de amizades, sinto-me, muitas vezes, como se estivesse a observar, de fora, para dentro.						
40 - Sinto que é difícil abrir-me (desabafar), quando falo com os outros.						
41 - As pessoas diriam que sou um indivíduo generoso, disposto a partilhar com os outros o seu tempo.						
42 - Sei que posso confiar nos meus amigos, e eles sabem que podem confiar em mim.						
43 - Não tenho muita gente disposta a ouvir-me, quando tenho necessidade de desabafar.						
44 - Para mim, a vida tem sido uma aprendizagem, um crescimento e uma mudança contínuos.						
45 - Em geral, tenho impressão de que continuo a aprender coisas, acerca de mim próprio, à medida que o tempo passa.						
46 - Gosto da maioria dos aspetos da minha personalidade (da minha maneira de ser).						
47 - Se tivesse ocasião de o fazer, gostaria de mudar muitas coisas, em mim próprio						
48 - Não me agrada encontrar-me em situações, em que tenho de mudar os meus hábitos de fazer as coisas.						
49 - Às vezes, mudo a minha maneira de agir (proceder) ou de pensar, para me tornar mais parecido com os outros.						
50 - Dá-me prazer ver como as minhas ideias têm mudado e amadurecido, com o tempo.						
51 - Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me satisfeito com o que sou.						
52 - Sinto-me satisfeito, quando penso no que já realizei na vida.						
53 - Tenho a sensação de ter uma linha de rumo (uma orientação) e um objetivo (um sentido), na minha vida.						
54 - Eu e os meus amigos compreendemos muito bem os problemas uns dos outros.						
55 - Sinto que lucro bastante com as minhas amizades.						

56 - Tenho a sensação de me ter desenvolvido bastante, como pessoa, ao longo dos anos. (perguntar: “sente que ao longo da sua vida se foi tornando uma melhor pessoa, que evoluiu, como pessoa?”							
--	--	--	--	--	--	--	--

**(Omitida parte do questionário por não utilização na corrente investigação)**

Se tem alguma sugestão ou comentário utilize este espaço:

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Muito obrigado pela sua colaboração!**

## **ANEXO II**

### **Consentimentos Livres e Esclarecidos**



## UNIVERSIDADE DOS AÇORES

### Consentimento Livre e Esclarecido

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Contextos Comunitários, estamos a fazer um estudo sobre “PROGRAMA DE APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA PARA ESTUDANTES SENIORES: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, QUALIDADE DE VIDA E A SATISFAÇÃO COM A VIDA”, sob a orientação da Doutora Maria Teresa Medeiros, Professora Catedrática da Universidade dos Açores. É nosso objetivo indagar o nível de Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida dos alunos que frequentam o referido programa a sua satisfação com o mesmo.

Para tal solicitamos-lhe que responda a um Questionário que demorará, em média, cerca de trinta minutos.

O anonimato da identidade será preservado. A participação na pesquisa é voluntária, donde, se não quiser responder ao questionário, não será obrigado(a) a assinar este termo.

Em caso de dúvidas poderá obter qualquer esclarecimento através do seguinte endereço eletrónico e/ou telefone: [eribeiro@uac.pt](mailto:eribeiro@uac.pt); 296 650 009; 918 820 495

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

da

Mestranda: \_\_\_\_\_



## UNIVERSIDADE DOS AÇORES

### Consentimento Livre e Esclarecido

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Contextos Comunitários, estamos a fazer um estudo sobre “PROGRAMA DE APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA PARA ESTUDANTES SENIORES: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, QUALIDADE DE VIDA E A SATISFAÇÃO COM A VIDA”, sob a orientação da Doutora Maria Teresa Medeiros, Professora Catedrática da Universidade dos Açores. É nosso objetivo indagar o nível de Bem-Estar Psicológico, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida dos alunos que frequentam o referido programa a sua satisfação com o mesmo.

Para tal solicitamos-lhe que responda a uma Entrevista que demorará, em média, cerca de trinta minutos.

O anonimato da identidade será preservado. A participação na pesquisa é voluntária, donde, se não quiser responder à entrevista, não será obrigado(a) a assinar este termo.

Em caso de dúvidas poderá obter qualquer esclarecimento através do seguinte endereço eletrónico e/ou telefone: [eribeiro@uac.pt](mailto:eribeiro@uac.pt); 296 650 009; 918 820 495

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

da

Mestranda: \_\_\_\_\_

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Pelo presente Termo de Consentimento, declaro que fui informado(a) dos objetivos e da justificativa do presente estudo sobre “PROGRAMA DE APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA PARA ESTUDANTES SENIORES: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, QUALIDADE DE VIDA E A SATISFAÇÃO COM A VIDA” a realizar por Elvira Ribeiro, aluna de Mestrado em Psicologia da Educação, Contextos Comunitários, da Universidade dos Açores, e que estou de acordo em participar da mesma. Fui igualmente informado(a) de: (i) ter a liberdade de participar ou não do estudo, bem como do meu direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, e assim, não participar, sem que isto me traga qualquer prejuízo; (ii) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com o estudo; c) da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter confidencial das informações registadas; e (iv) que os materiais (questionário, vídeo e/ou áudio) onde constam as respostas serão arquivados sob a guarda do investigador responsável.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**ANEXO III**  
**Análise Quantitativa dos Resultados - *Outputs***

## Descrição Estatística da Amostra

**Tabela 50 – Sexo**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
<b>Masculino</b>	7	21,2	21,2	21,2
<b>Feminino</b>	26	78,8	78,8	100,0
<b>Total</b>	33	100,0	100,0	

**Tabela 51 – Estado Civil**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
<b>Solteiro</b>	6	18,2	18,2	18,2
<b>Casado</b>	18	54,5	54,5	72,7
<b>Divorciado</b>	1	3,0	3,0	75,8
<b>Viúvo</b>	8	24,2	24,2	100,0
<b>Total</b>	33	100,0	100,0	

**Tabela 52 – Onde vive?**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
<b>Missing</b>	1	3,0	3,0	3,0
<b>Achadinha</b>	1	3,0	3,0	6,1
<b>Fajã de Baixo</b>	1	3,0	3,0	9,1
<b>Lagoa</b>	1	3,0	3,0	12,1
<b>Ponta Delgada</b>	16	48,5	48,5	60,6
<b>Ribeira Grande</b>	4	12,1	12,1	72,7
<b>Ribeira Seca</b>	1	3,0	3,0	75,8
<b>Ribeirinha</b>	1	3,0	3,0	78,8
<b>S. Pedro</b>	1	3,0	3,0	81,8
<b>S. Sebastião</b>	1	3,0	3,0	84,8
<b>Vila do Porto</b>	5	15,2	15,2	100,0
<b>Total</b>	33	100,0	100,0	

**Tabela 53 – Está reformado?**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
<b>Sim</b>	27	81,8	90,0	90,0
<b>Não</b>	3	9,1	10,0	100,0
<b>Total</b>	30	90,9	100,0	
<b>Em falta</b> NS/NR	3	9,1		
<b>Total</b>	33	100,0		

**Tabela 54 – Atividade Profissional**

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
<b>Não Resposta</b>	1	3,0	3,0	3,0
<b>Auxiliar Educativa</b>	2	6,1	6,1	9,1
<b>Bancário</b>	1	3,0	3,0	12,1
<b>Controladora de Tráfego Aéreo</b>	1	3,0	3,0	15,2
<b>Doméstica</b>	3	9,1	9,1	24,2
<b>Enfermeira</b>	3	9,1	9,1	33,3
<b>Gerente Bancário</b>	1	3,0	3,0	36,4
<b>Médico Medicina Geral</b>	1	3,0	3,0	39,4
<b>Professora</b>	12	36,4	36,4	75,8
<b>Técnica de Análises Físico-Químicas</b>	1	3,0	3,0	78,8
<b>Técnico Administrativo</b>	3	9,1	9,1	87,9
<b>Técnico Comercial</b>	1	3,0	3,0	90,9
<b>Técnico de Manutenção de aeronaves</b>	1	3,0	3,0	93,9
<b>Técnico de Segurança no Trabalho</b>	1	3,0	3,0	97,0
<b>Trabalhador Portuário</b>	1	3,0	3,0	100,0
<b>Total</b>	33	100,0	100,0	

**Tabela 55** – Nível de escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Ensino básico ou primário	1	3,0	3,1	3,1
Ciclo preparatório	1	3,0	3,1	6,3
Ensino unificado	8	24,2	25,0	31,3
Ensino complementar	8	24,2	25,0	56,3
Ensino médio	7	21,2	21,9	78,1
Ensino superior	7	21,2	21,9	100,0
Total	32	97,0	100,0	
Não resposta	1	3,0		
Total	33	100,0		

**Tabela 56** – Descrição estatística para a variável idade

		Idade
N	Válido	30
	Em falta	3
Média		68,73
Moda		61 <sup>a</sup>
Mínimo		51
Máximo		87

**Tabela 57** – Idade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
51	1	3,0	3,3	3,3
57	1	3,0	3,3	6,7
58	1	3,0	3,3	10,0
59	1	3,0	3,3	13,3
60	1	3,0	3,3	16,7
61	3	9,1	10,0	26,7
63	3	9,1	10,0	36,7
64	1	3,0	3,3	40,0
65	2	6,1	6,7	46,7
67	2	6,1	6,7	53,3
68	1	3,0	3,3	56,7
69	1	3,0	3,3	60,0
73	2	6,1	6,7	66,7
75	1	3,0	3,3	70,0
76	2	6,1	6,7	76,7
77	1	3,0	3,3	80,0
78	1	3,0	3,3	83,3
79	1	3,0	3,3	86,7
80	1	3,0	3,3	90,0
81	1	3,0	3,3	93,3
85	1	3,0	3,3	96,7
87	1	3,0	3,3	100,0
Total	30	90,9	100,0	
Não resposta	3	9,1		
Total	33	100,0		

**Tabela 58** – Faixa Etária

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
50-60	5	15,2	16,7	16,7
61-70	13	39,4	43,3	60,0
71-80	9	27,3	30,0	90,0
81-90	3	9,1	10,0	100,0
Total	30	90,9	100,0	
Não Resposta	3	9,1		
Total	33	100,0		

**Tabela 59** – Com quem vive?

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% cumulativa</b>
<b>Sozinho</b>	11	33,3	33,3	33,3
<b>Com companheiro</b>	15	45,5	45,5	78,8
<b>Companheiro, filhos e netos</b>	1	3,0	3,0	81,8
<b>Com filhos</b>	3	9,1	9,1	90,9
<b>Outros familiares</b>	3	9,1	9,1	100,0
<b>Total</b>	33	100,0	100,0	

## Alfas Cronbach

**Tabela 60** – *Alfa de Cronbach* para a Escala de Bem-Estar Psicológico

<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados</i>	<b>N de Itens</b>
,880	,905	56

**Tabela 61** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Aceitação Pessoal

<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados</i>	<b>N de itens</b>
,659	,700	12

**Tabela 62** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Relações Positivas com os Outros

<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados</i>	<b>N de itens</b>
,597	,672	12

**Tabela 63** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Crescimento Pessoal

<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados</i>	<b>N de itens</b>
,783	,839	12

**Tabela 64** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Sentido de Vida

<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados</i>	<b>N de itens</b>
,465	,607	12

**Tabela 65** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Domínio do Ambiente

<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados</i>	<b>N de itens</b>
,309	,393	8

**Tabela 66** – *Alfa de Cronbach* da Escala Total de Qualidade de Vida

<i>Alfa de Cronbach</i>	<b>N de itens</b>
,678	24

**Tabela 67** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Nível de Independência

<i>Alfa de Cronbach</i>	<b>N de itens</b>
,798	5

**Tabela 68** – *Alfa de Cronbach* para a subescala de Aspectos Espirituais

<i>Alfa de Cronbach</i>	<b>N de itens</b>
,793	4

**Tabela 69** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Saúde Física

<i>Alfa de Cronbach</i>	<b>N de itens</b>
,338	4

**Tabela 70** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Relações Sociais

<i>Alfa de Cronbach</i>	<b>N de itens</b>
,901	4

**Tabela 71** – *Alfa de Cronbach* para a Subescala de Saúde Psicológica

<i>Alfa de Cronbach</i>	<b>N de itens</b>
,593	7

## Hipótese 1

**Tabela 72 – Teste teste de Shapiro-Wilk para a variável Sexo**

	Sexo	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Aceitação Pessoal	Masculino	,921	7	,479
	Feminino	,970	26	,619
Relações Positivas com os Outros	Masculino	,966	7	,870
	Feminino	,937	26	,114
Crescimento Pessoal	Masculino	,947	7	,705
	Feminino	,938	26	,120
Sentido de Vida	Masculino	,951	7	,738
	Feminino	,924	26	,055
Domínio do Ambiente	Masculino	,874	7	,202
	Feminino	,957	26	,336

**Tabela 73 – Teste teste de Shapiro-Wilk para a variável Estado Civil**

	Estado Civil	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
Aceitação Pessoal	Solteiro	,750	3	,000
	Casado	,951	16	,502
	Viúvo	,919	7	,462
Relações Positivas com os Outros	Solteiro	,999	3	,942
	Casado	,973	16	,883
	Viúvo	,943	7	,668
Crescimento Pessoal	Solteiro	,996	3	,878
	Casado	,932	16	,265
	Viúvo	,954	7	,763
Sentido de Vida	Solteiro	,923	3	,463
	Casado	,932	16	,261
	Viúvo	,883	7	,240
Domínio do Ambiente	Solteiro	,993	3	,843
	Casado	,856	16	,017
	Viúvo	,937	7	,610

**Tabela 74 – Teste de Shapiro-Wilk para a variável Faixa Etária**

	Faixa Etária	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
Aceitação Pessoal	50-60	,909	4	,479
	61-70	,954	13	,659
	71-80	,739	7	,010
	81-90	,994	3	,856
Relações Positivas com os Outros	50-60	,854	4	,240
	61-70	,931	13	,348
	71-80	,945	7	,684
	81-90	,992	3	,826
Crescimento Pessoal	50-60	,952	4	,726
	61-70	,925	13	,296
	71-80	,906	7	,369
	81-90	,932	3	,497
Sentido de Vida	50-60	,864	4	,273
	61-70	,903	13	,146
	71-80	,968	7	,883
	81-90	,964	3	,637
Domínio do Ambiente	50-60	,795	4	,094
	61-70	,754	13	,002
	71-80	,957	7	,793
	81-90	,953	3	,583

**Tabela 75** – Teste de Shapiro-Wilk para a variável Está Reformado?

	Está reformado?	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
Aceitação Pessoal	Sim	,921	24	,062
	Não	,888	3	,348
Relações Positivas com os Outros	Sim	,952	24	,298
	Não	,996	3	,878
Crescimento Pessoal	Sim	,953	24	,316
	Não	,964	3	,637
Sentido de Vida	Sim	,916	24	,047
	Não	,881	3	,328
Domínio do Ambiente	Sim	,915	24	,045
	Não	,996	3	,878

**Tabela 76** – Teste de Shapiro-Wilk para a variável Nível de Escolaridade

	Nível de escolaridade	Shapiro-Wilk <sup>c</sup>		
		Estatística	df	Sig.
Aceitação Pessoal	Ensino unificado	,931	7	,557*
	Ensino complementar	,858	5	,221
	Ensino médio	,963	6	,843*
	Ensino superior	,928	7	,531*
Relações Positivas com os Outros	Ensino unificado	,950	7	,732*
	Ensino complementar	,785	5	,061
	Ensino médio	,882	6	,278*
	Ensino superior	,903	7	,349*
Crescimento Pessoal	Ensino unificado	,907	7	,373*
	Ensino complementar	,974	5	,901*
	Ensino médio	,889	6	,315*
	Ensino superior	,925	7	,508*
Sentido de Vida	Ensino unificado	,980	7	,961*
	Ensino complementar	,963	5	,826*
	Ensino médio	,916	6	,479*
	Ensino superior	,957	7	,791*
Domínio do Ambiente	Ensino unificado	,885	7	,251*
	Ensino complementar	,971	5	,885*
	Ensino médio	,649	6	,002
	Ensino superior	,920	7	,473*

**Tabela 77** – Estatística de Grupo

	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Aceitação Pessoal	Masculino	7	53,4286	6,57919	2,48670
	Feminino	26	54,8846	7,60172	1,49082
Relações Positivas com os Outros	Masculino	7	50,2857	3,90360	1,47542
	Feminino	26	49,1154	6,68926	1,31187
Crescimento Pessoal	Masculino	7	60,7143	7,15808	2,70550
	Feminino	26	61,9231	7,66250	1,50274
Domínio do Ambiente	Masculino	7	30,8571	5,89996	2,22998
	Feminino	26	33,1154	5,37644	1,05441

**Tabela 78** – Teste de Levene de igualdade entre variâncias para a variável Sexo

	Teste de Levene	
	F	Sig.
Aceitação Pessoal	,589	,449
Relações Positivas com os Outros	2,883	,100
Crescimento Pessoal	,318	,577
Domínio do Ambiente	,261	,613

**Tabela 79** – Teste *t* de Student para amostras independentes segundo a variável Sexo

	<b>Teste T de comparação entre médias</b>	
	<b>t</b>	<b>df</b>
Aceitação Pessoal	-,461	31
Relações Positivas com os Outros	,440	31
Crescimento Pessoal	-,375	31
Domínio do Ambiente	-,967	31

**Tabela 79** – Teste T de Student para amostras independentes segundo a variável Sexo (continuação)

	<b>Teste t de comparação entre médias</b>	
	<b>Sig. (2-tailed)</b>	<b>Diferença das médias</b>
Aceitação Pessoal	,648	-1,45604
Relações positivas com os outros	,663	1,17033
Crescimento Pessoal	,710	-1,20879
Domínio do Ambiente	,341	-2,25824

**Tabela 79** – Teste *t* de Student para amostras independentes segundo a variável Sexo (continuação)

	<b>Teste t de comparação entre médias</b>	
	<b>Erro padrão da diferença</b>	<b>95% de intervalo de confiança das diferenças inferior</b>
Aceitação Pessoal	3,15735	-7,89549
Relações Positivas com os Outros	2,66041	-4,25560
Crescimento Pessoal	3,22235	-7,78082
Domínio do Ambiente	2,33418	-7,01883

**Tabela 79** – Teste *t* de Student para amostras independentes segundo a variável Sexo (continuação)

	<b>Teste t de comparação entre médias</b>	
	<b>95% interval de confiança das diferenças superior</b>	
Aceitação Pessoal	4,98340	
Relações Positivas com os Outros	6,59626	
Crescimento Pessoal	5,36324	
Domínio do Ambiente	2,50235	

**Tabela 80** – Medianas

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b>Soma das Mediana</b>
<b>EBEP</b>	Masculino	7	14,00	98,00
	Feminino	26	17,81	463,00
	Total	33		
<b>Sentido de Vida</b>	Masculino	7	11,93	83,50
	Feminino	26	18,37	477,50
	Total	33		

**Tabela 81** – Teste de Mann Whitney para a variável Sexo

	<b>EBEP</b>	<b>Sentido de Vida</b>
Mann-Whitney U	70,000	55,500
Wilcoxon W	98,000	83,500
Z	-,925	-1,567
Asymp. Sig. (2-tailed)	,355	,117
Sig. [2(1-tailed Sig.)]	,375 <sup>b</sup>	,120 <sup>b</sup>

**Tabela 82** – Teste Oneway ANOVA para a variável Faixa Etária

		Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
<b>EBEP</b>	Entre grupos	885,377	3	295,126	,445	,723
	Intra grupos	17232,790	26	662,800		
	Total	18118,167	29			
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Entre grupos	231,009	3	77,003	2,259	,105
	Intra grupos	886,458	26	34,095		
	Total	1117,467	29			
<b>Crescimento Pessoal</b>	Entre grupos	49,214	3	16,405	,271	,846
	Intra grupos	1572,253	26	60,471		
	Total	1621,467	29			
<b>Sentido de Vida</b>	Entre grupos	114,752	3	38,251	1,069	,379
	Intra grupos	930,448	26	35,786		
	Total	1045,200	29			

**Tabela 83** – Medianas

	Faixa Etária	N	Mediana
<b>Aceitação Pessoal</b>	50-60	5	17,10
	61-70	13	14,35
	71-80	9	16,83
	81-90	3	13,83
	Total	30	
<b>Domínio do Ambiente</b>	50-60	5	11,70
	61-70	13	16,96
	71-80	9	15,72
	81-90	3	14,83
	Total	30	

**Tabela 84** – Teste Kruskal-Wallis para a variável Faixa Etária

	Aceitação Pessoal	Domínio do Ambiente
<b>Qui-Quadrado</b>	,707	1,329
<b>df</b>	3	3
<b>Sig.</b>	,871	,722

**Tabela 85** – Teste Oneway ANOVA para a variável Estado Civil

		Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Entre grupos	114,650	3	38,217	1,005	,405
	Intra grupos	1102,986	29	38,034		
	Total	1217,636	32			
<b>Crescimento Pessoal</b>	Entre grupos	356,514	3	118,838	2,415	,087
	Intra grupos	1426,819	29	49,201		
	Total	1783,333	32			
<b>Sentido de Vida</b>	Entre grupos	110,029	3	36,676	1,008	,403
	Intra grupos	1055,486	29	36,396		
	Total	1165,515	32			

**Tabela 86 – Medianas**

	<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>
<b>EBEP</b>	Solteiro	6	20,75
	Casado	18	18,39
	Divorciado	1	1,00
	Viúvo	8	13,06
	Total	33	
<b>Aceitação Pessoal</b>	Solteiro	6	20,67
	Casado	18	17,97
	Divorciado	1	2,00
	Viúvo	8	13,94
	Total	33	
<b>Domínio do Ambiente</b>	Solteiro	6	15,42
	Casado	18	17,97
	Divorciado	1	9,00
	Viúvo	8	17,00
	Total	33	

**Tabela 87 – Teste Kruskal-Wallis para a variável Estado Civil**

	<b>EBEP</b>	<b>Aceitação Pessoal</b>	<b>Domínio do Ambiente</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	5,345	4,277	1,040
<b>df</b>	3	3	3
<b>Sig.</b>	,148	,233	,791

**Tabela 88 – Estatísticas de grupos para a variável Reforma**

	<b>Está reformado?</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Erro padrão médio</b>
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Sim	27	49,8148	6,58107	1,26653
	Não	3	47,3333	4,50925	2,60342
<b>Crescimento Pessoal</b>	Sim	27	61,7037	7,09721	1,36586
	Não	3	59,3333	10,69268	6,17342
<b>Domínio do Ambiente</b>	Sim	27	32,1481	5,13438	,98811
	Não	3	37,6667	4,50925	2,60342

**Tabela 89 – Teste de Levene para a igualdade entre as variâncias da variável Reforma**

	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	1,339	,257
<b>Crescimento Pessoal</b>	,619	,438
<b>Domínio do Ambiente</b>	,077	,784

**Tabela 90 – Teste T para amostras independentes da variável Reforma**

	<b>Comparação entre médias</b>			<b>t</b>
	<b>df</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>	<b>Diferença entre mediasd</b>	
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	28	,533	2,48148	,632
<b>Crescimento Pessoal</b>	28	,603	2,37037	,525
<b>Domínio do Ambiente</b>	28	,086	-5,51852	-1,781

**Tabela 90 – Teste T para amostras independentes da variável Reforma (continuação)**

	<b>Teste T de comparação entre médias</b>	
	<b>Erro padrão da diferença</b>	<b>95% intervalo de confiança das diferenças inferior</b>
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	3,92850	-5,56568
<b>Crescimento Pessoal</b>	4,51086	-6,86970
<b>Domínio do Ambiente</b>	3,09906	-11,86665

**Tabela 90** – Teste T para amostras independentes da variável Reforma (continuação)

	<b>Teste T de comparação entre médias</b>	
	<b>95% intervalo de confiança das diferenças superior</b>	
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	10,52864	
<b>Crescimento Pessoal</b>	11,61044	
<b>Domínio do Ambiente</b>	,82961	

**Tabela 91** – Tabela Medianas

	<b>Está reformado?</b>	<b>N</b>	<b>Mediana</b>	<b>Soma das medianas</b>
<b>EBEP</b>	Sim	27	15,41	416,00
	Não	3	16,33	49,00
	Total	30		
<b>Aceitação Pessoal</b>	Sim	27	15,30	413,00
	Não	3	17,33	52,00
	Total	30		
<b>Sentido de Vida</b>	Sim	27	16,04	433,00
	Não	3	10,67	32,00
	Total	30		

**Tabela 92** – Teste Mann-Whitney para a variável Reforma

	<b>EBEP</b>	<b>Aceitação Pessoal</b>	<b>Sentido de Vida</b>
<b>Mann-Whitney U</b>	38,000	35,000	26,000
<b>Wilcoxon W</b>	416,000	413,000	32,000
<b>Z</b>	-,173	-,381	-1,006
<b>Sig. (2-tailed)</b>	,863	,703	,315
<b>Sig. [2(1-tailed Sig.)]</b>	,897 <sup>b</sup>	,744 <sup>b</sup>	,350 <sup>b</sup>

**Tabela 93** – Teste Oneway ANOVA para a variável nível de escolaridade

		<b>Soma dos quadrados</b>	<b>df</b>	<b>Média dos quadrados</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>EBEP</b>	Entre grupos	2103,540	5	420,708	,640	,671
	Intra grupos	17088,929	26	657,266		
	Total	19192,469	31			
<b>Aceitação Pessoal</b>	Entre grupos	177,862	5	35,572	,659	,658
	Intra grupos	1403,607	26	53,985		
	Total	1581,469	31			
<b>Relações Positivas com os Outros</b>	Entre grupos	74,804	5	14,961	,341	,883
	Intra grupos	1140,071	26	43,849		
	Total	1214,875	31			
<b>Crescimento Pessoal</b>	Entre grupos	244,576	5	48,915	,890	,502
	Intra grupos	1428,643	26	54,948		
	Total	1673,219	31			

**Tabela 94 – Medianas**

	<b>Nível de escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>Medianas</b>
<b>Sentido de Vida</b>	Ensino básico ou primário	1	6,50
	Ciclo preparatório	1	2,50
	Ensino unificado	8	20,81
	Ensino complementar	8	15,06
	Ensino médio	7	14,21
	Ensino superior	7	18,93
	Total	32	
<b>Domínio do Ambiente</b>	Ensino básico ou primário	1	19,50
	Ciclo preparatório	1	27,50
	Ensino unificado	8	19,31
	Ensino complementar	8	13,19
	Ensino médio	7	11,43
	Ensino superior	7	20,14
	Total	32	

**Tabela 95 – Teste Kruskal Wallis para a variável Nível de Escolaridade**

	<b>Sentido de Vida</b>	<b>Domínio do Ambiente</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	6,161	6,382
<b>df</b>	5	5
<b>Sig.</b>	,291	,271

## Hipótese 2

**Tabela 96** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk para a variável Sexo

	Sexo	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
Escala de Qualidade de Vida	Masculino	,934	7	,584
	Feminino	,984	25	,953
Nível de Independência	Masculino	,938	7	,617
	Feminino	,952	25	,283
Aspetos Espirituais	Masculino	,875	7	,204
	Feminino	,919	25	,048
Saúde Física	Masculino	,942	7	,658
	Feminino	,801	25	,000
Relações Sociais	Masculino	,891	7	,282
	Feminino	,938	25	,132
Saúde Psicológica	Masculino	,884	7	,247
	Feminino	,970	25	,653

**Tabela 97** – Estatística de Grupo

	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Escala de Qualidade de Vida	Masculino	7	80,8571	7,15142	2,70298
	Feminino	25	81,7200	8,20325	1,64065
Nível de Independência	Masculino	7	19,7143	2,13809	,80812
	Feminino	26	19,7692	3,24108	,63563
Relações Sociais	Masculino	7	16,0000	3,31662	1,25357
	Feminino	26	14,3077	3,84468	,75400
Saúde Psicológica	Masculino	7	24,4286	2,82000	1,06586
	Feminino	25	25,8000	3,41565	,68313

**Tabela 98** – Teste de Levene para Igualdade de Variância para Variável Sexo

	F	Sig.
Escala de Qualidade de Vida	,032	,859
Nível de Independência	,651	,426
Relações Sociais	,024	,877
Saúde Psicológica	,592	,448

**Tabela 99** – Teste *t* de Student para amostras independentes segundo a variável Sexo

	<i>t</i>	df	Sig. (2-tailed)	Diferença das médias	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de confiança das diferenças	
						inferior	superior
Escala de Qualidade de Vida	-,252	30	,803	-,86286	3,42263	-7,85281	6,12709
	-,273	10,867	,790	-,86286	3,16194	-7,83267	6,10695
Nível de Independência	-,042	31	,967	-,05495	1,30248	-2,71138	2,60149
	-,053	14,398	,958	-,05495	1,02815	-2,25440	2,14451
Relações Sociais	1,060	31	,297	1,69231	1,59608	-1,56291	4,94753
	1,157	10,788	,272	1,69231	1,46286	-1,53516	4,91977
Saúde Psicológica	-,970	30	,340	-1,37143	1,41333	-4,25783	1,51497
	-1,083	11,458	,301	-1,37143	1,26599	-4,14431	1,40145

**Tabela 100** – Medianas

	Sexo	N	Média das medianas	Soma das medianas
Aspectos Espirituais	Masculino	7	11,00	77,00
	Feminino	25	18,04	451,00
	Total	32		
Saúde Física	Masculino	7	21,21	148,50
	Feminino	26	15,87	412,50
	Total	33		

**Tabela 101** – Teste de Mann-Whitney para a variável Sexo

	Aspectos espirituais	Saúde Física
Mann-Whitney U	49,000	61,500
Wilcoxon W	77,000	412,500
Z	-1,767	-1,322
Asymp. Sig. (2-tailed)	,077	,186
Sig. [2(1-tailed Sig.)]	,083 <sup>b</sup>	,199 <sup>b</sup>

**Tabela 102** – Teste de Shapiro-Wilk para a variável Faixa Etária

	Faixa Etária	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
Escala de Qualidade de Vida	50-60	,878	5	,301
	61-70	,934	13	,383
	71-80	,937	8	,582
	81-90	,997	3	,890
Nível de Independência	50-60	,842	5	,171
	61-70	,976	13	,953
	71-80	,938	8	,593
	81-90	,842	3	,220
Aspectos Espirituais	50-60	,836	5	,154
	61-70	,929	13	,335
	71-80	,815	8	,041
	81-90	,750	3	,000
Saúde Física	50-60	,633	5	,002
	61-70	,725	13	,001
	71-80	,950	8	,709
	81-90	,964	3	,637
Relações Sociais	50-60	,722	5	,016
	61-70	,958	13	,717
	71-80	,899	8	,281
	81-90	,750	3	,000
Saúde Psicológica	50-60	,850	5	,196
	61-70	,962	13	,786
	71-80	,931	8	,527
	81-90	,923	3	,463

**Tabela 103** – Teste T de Student para amostras independentes segundo a variável Faixa Etária

	Faixa etária	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	95% Intervalo de confiança das médias		Mínimo	Máximo
						Inferior	Superior		
Escala de Qualidade de Vida	50-60	5	85,0000	6,12372	2,73861	77,3964	92,6036	79,00	93,00
	61-70	13	79,6923	6,40813	1,77729	75,8199	83,5647	72,00	94,00
	71-80	8	86,3750	7,11010	2,51380	80,4308	92,3192	76,00	100,00
	81-90	3	73,3333	10,01665	5,78312	48,4506	98,2161	63,00	83,00
	Total	29	81,7931	7,76613	1,44213	78,8390	84,7472	63,00	100,00
Nível de Independência	50-60	5	21,6000	2,07364	,92736	19,0252	24,1748	20,00	25,00
	61-70	13	19,1538	3,18450	,88322	17,2295	21,0782	13,00	24,00
	71-80	9	20,7778	2,33333	,77778	18,9842	22,5713	18,00	25,00
	81-90	3	17,0000	4,35890	2,51661	6,1719	27,8281	12,00	20,00
	Total	30	19,8333	3,07474	,56137	18,6852	20,9815	12,00	25,00
Saúde Psicológica	50-60	5	26,6000	4,15933	1,86011	21,4355	31,7645	23,00	32,00
	61-70	13	25,0769	3,04033	,84324	23,2397	26,9142	20,00	31,00
	71-80	8	26,6250	3,15945	1,11704	23,9836	29,2664	23,00	32,00
	81-90	3	22,6667	4,16333	2,40370	12,3244	33,0090	18,00	26,00
	Total	29	25,5172	3,41865	,63483	24,2169	26,8176	18,00	32,00

**Tabela 104** – Teste de homogeneidade de variância

	<b>Estatística</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>Sig.</b>
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	,206	3	25	,891
<b>Nível de Independência</b>	1,111	3	26	,363
<b>Saúde Psicológica</b>	,707	3	25	,557

**Tabela 105** – Teste Oneway ANOVA para a variável Faixa Etária

		<b>Soma dos quadrados</b>	<b>df</b>	<b>Média dos quadrados</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	Entre Grupos	491,448	3	163,816	3,420	,033
	Intra Grupos	1197,311	25	47,892		
	Total	1688,759	28			
<b>Nível de Independência</b>	Entre Grupos	53,719	3	17,906	2,112	,123
	Intra Grupos	220,448	26	8,479		
	Total	274,167	29			
<b>Saúde Psicológica</b>	Entre Grupos	42,577	3	14,192	1,246	,314
	Intra Grupos	284,665	25	11,387		
	Total	327,241	28			

**Tabela 106** – Descrição Estatística

	<b>Faixa Etária</b>	<b>Média</b>
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	50-60	85,0000
	61-70	79,6923
	71-80	86,3750
	81-90	73,3333
	Total	81,7931

**Tabela 107** – Teste de Shapiro-Wilk para a variável Estado Civil

	<b>Estado Civil</b>	<b>Shapiro-Wilk</b>		
		<b>Estatística</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	Solteiro	,986	6	,978
	Casado	,964	17	,714
	Viúvo	,957	8	,785
<b>Nível de Independência</b>	Solteiro	,949	6	,735
	Casado	,975	17	,897
	Viúvo	,951	8	,720
<b>Aspectos Espirituais</b>	Solteiro	,934	6	,614
	Casado	,948	17	,428
	Viúvo	,767	8	,013
<b>Saúde Física</b>	Solteiro	,894	6	,342
	Casado	,703	17	,000
	Viúvo	,773	8	,015
<b>Relações Sociais</b>	Solteiro	,907	6	,415
	Casado	,892	17	,050
	Viúvo	,956	8	,776
<b>Saúde Psicológica</b>	Solteiro	,933	6	,607
	Casado	,965	17	,734
	Viúvo	,961	8	,822

**Tabela 108** – Comparação de Médias

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	Solteiro	6	80,8333	13,22750	63,00	100,00
	Casado	17	83,0000	6,70820	72,00	94,00
	Divorciado	1	73,0000	.	73,00	73,00
	Viúvo	8	80,0000	5,34522	73,00	88,00
	Total	32	81,5313	7,88213	63,00	100,00
<b>Nível de Independência</b>	Solteiro	6	18,1667	5,03653	12,00	25,00
	Casado	18	20,3333	2,35147	15,00	25,00
	Divorciado	1	16,0000	.	16,00	16,00
	Viúvo	8	20,1250	2,16712	17,00	24,00
	Total	33	19,7576	3,01071	12,00	25,00
<b>Saúde Psicológica</b>	Solteiro	6	26,0000	3,57771	22,00	32,00
	Casado	17	25,6471	3,21988	20,00	32,00
	Divorciado	1	25,0000	.	25,00	25,00
	Viúvo	8	24,8750	3,83359	18,00	31,00
	Total	32	25,5000	3,30200	18,00	32,00

**Tabela 109** – Teste de Homogeneidade de variância para a variável Estado Civil

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	3,467	2	28	,045
<b>Nível de Independência</b>	3,616	2	29	,040
<b>Saúde Psicológica</b>	,081	2	28	,923

**Tabela 110** – Teste Oneway ANOVA – Variável agrupamento: Estado Civil

	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
<b>Saúde Psicológica</b>	Entre grupos	5,243	3	1,748	,147
	Intra grupos	332,757	28	11,884	
	Total	338,000	31		

**Tabela 111** – Medianas

	Estado Civil	N	Média das Medianas
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	Solteiro	6	15,42
	Casado	17	18,32
	Divorciado	1	4,50
	Viúvo	8	14,94
	Total	32	
<b>Nível de Independência</b>	Solteiro	6	13,75
	Casado	18	18,61
	Divorciado	1	4,00
	Viúvo	8	17,44
	Total	33	
<b>Aspetos Espirituais</b>	Solteiro	6	21,25
	Casado	17	15,32
	Divorciado	1	10,00
	Viúvo	8	16,25
	Total	32	
<b>Saúde Física</b>	Solteiro	6	18,25
	Casado	18	14,36
	Divorciado	1	26,00
	Viúvo	8	20,88
	Total	33	
<b>Relações Sociais</b>	Solteiro	6	13,00
	Casado	18	20,94
	Divorciado	1	8,00
	Viúvo	8	12,25
	Total	33	

**Tabela 112** – Teste de Kruskal Wallis para a variável Estado Civil

	Escala de Qualidade de Vida	Nível de Independência	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais
Qui-Quadrado	2,589	3,043	2,324	3,719	6,967
df	3	3	3	3	3
Sig.	,459	,385	,508	,293	,073

**Tabela 113** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Está reformado?	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	p
Qualidade de Vida	Sim	,969	26	,600
	Não	,750	3	,000
Nível de Independência	Sim	,969	26	,587
	Não	,964	3	,637
Aspetos Espirituais	Sim	,919	26	,043
	Não	,750	3	,000
Saúde Física	Sim	,796	26	,000
	Não	,964	3	,637
Relações Sociais	Sim	,925	26	,058
	Não	,923	3	,463
Saúde Psicológica	Sim	,975	26	,747
	Não	,750	3	,000

**Tabela 114** – Teste de Levene para Igualdade de Variância para Variável agrupamento: Reforma

	F	p
Nível de Independência	1,205	,282

**Tabela 115** – Comparação de Médias

	Está reformado?	N	Média	Desvio Padrão
Nível de Independência	Sim	27	19,3704	3,07781
	Não	3	20,3333	1,52753

**Tabela 116** – Teste *t* de Student – Variável agrupamento: Reforma

	t	df	p	Diferenças entre as médias
Nível de Independência	-,529	28	,601	-,96296

**Tabela 117** – Teste *t* de Student – Variável agrupamento: Reforma

	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de confiança da diferença	
		Inferior	Superior
Nível de Independência	1,82198	-4,69512	2,76920

**Tabela 118** – Medianas

	Está reformado?	N	Média da Mediana	Soma das Medianas
Qualidade de Vida	Sim	26	14,44	375,50
	Não	3	19,83	59,50
	Total	29		
Aspetos Espirituais	Sim	26	14,33	372,50
	Não	3	20,83	62,50
	Total	29		
Saúde Física	Sim	27	15,81	427,00
	Não	3	12,67	38,00
	Total	30		
Relações Sociais	Sim	27	15,52	419,00
	Não	3	15,33	46,00
	Total	30		
Saúde Psicológica	Sim	26	14,33	372,50
	Não	3	20,83	62,50
	Total	29		

**Tabela 119** – Teste Mann-Whitney para a variável Está Reformado?

	Qualidade de Vida	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Mann-Whitney U	24,500	21,500	32,000	40,000	21,500
Wilcoxon W	375,500	372,500	38,000	46,000	372,500
Z	-1,040	-1,262	-,601	-,035	-1,264
<i>p</i>	,298	,207	,548	,972	,206
<i>p exato<sup>b</sup></i>	,315 <sup>b</sup>	,222 <sup>b</sup>	,600 <sup>b</sup>	1,000 <sup>b</sup>	,222 <sup>b</sup>

**Tabela 120** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Nível de escolaridade	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	<i>p</i>
Qualidade de Vida	Ensino unificado	,918	8	,415
	Ensino complementar	,976	7	,939
	Ensino médio	,953	7	,755
	Ensino superior	,924	7	,499
Nível de Independência	Ensino unificado	,913	8	,376
	Ensino complementar	,927	7	,529
	Ensino médio	,863	7	,161
	Ensino superior	,909	7	,392
Aspetos Espirituais	Ensino unificado	,864	8	,131
	Ensino complementar	,904	7	,358
	Ensino médio	,915	7	,434
	Ensino superior	,938	7	,621
Saúde Física	Ensino unificado	,862	8	,126
	Ensino complementar	,967	7	,873
	Ensino médio	,823	7	,068
	Ensino superior	,858	7	,144
Relações Sociais	Ensino unificado	,889	8	,227
	Ensino complementar	,839	7	,096
	Ensino médio	,878	7	,217
	Ensino superior	,888	7	,262
Saúde Psicológica	Ensino unificado	,958	8	,791
	Ensino complementar	,920	7	,471
	Ensino médio	,853	7	,131
	Ensino superior	,937	7	,612

**Tabela 121** – Teste de Levene para Igualdade de Variância – Variável agrupamento: Nível de escolaridade

	F	df1	df2	<i>p</i>
Qualidade de Vida	,754 <sup>a</sup>	3	25	,531
Nível de independência	3,088 <sup>b</sup>	3	26	,045
Aspetos Espirituais	1,083 <sup>c</sup>	3	25	,374
Saúde Física	5,566 <sup>d</sup>	3	26	,004
Relações Sociais	,553 <sup>e</sup>	3	26	,651
Saúde Psicológica	2,651 <sup>f</sup>	3	25	,071

**Tabela 122** – Comparação das Médias

		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Qualidade de Vida</b>	Ensino básico ou primário	1	78,0000	.	78,00	78,00
	Ciclo preparatório	1	83,0000	.	83,00	83,00
	Ensino unificado	8	82,6250	8,87915	73,00	100,00
	Ensino complementar	7	81,7143	5,61885	73,00	91,00
	Ensino médio	7	76,5714	8,12111	63,00	87,00
	Ensino superior	7	83,8571	8,61062	72,00	94,00
	Total	31	81,1935	7,77354	63,00	100,00
<b>Aspetos Espirituais</b>	Ensino básico ou primário	1	9,0000	.	9,00	9,00
	Ciclo preparatório	1	13,0000	.	13,00	13,00
	Ensino unificado	8	12,2500	3,69362	7,00	16,00
	Ensino complementar	7	13,0000	3,95811	8,00	18,00
	Ensino médio	7	10,0000	2,30940	7,00	14,00
	Ensino superior	7	12,0000	3,51188	8,00	18,00
	Total	31	11,7742	3,36363	7,00	18,00
<b>Relações Sociais</b>	Ensino básico ou primário	1	12,0000	.	12,00	12,00
	Ciclo preparatório	1	16,0000	.	16,00	16,00
	Ensino unificado	8	15,0000	2,87849	12,00	20,00
	Ensino complementar	8	13,3750	4,50198	4,00	20,00
	Ensino médio	7	15,1429	4,14039	10,00	20,00
	Ensino superior	7	15,4286	4,46681	9,00	20,00
	Total	32	14,6563	3,81516	4,00	20,00
<b>Saúde Psicológica</b>	Ensino básico ou primário	1	21,0000	.	21,00	21,00
	Ciclo preparatório	1	27,0000	.	27,00	27,00
	Ensino unificado	8	25,8750	4,54933	18,00	32,00
	Ensino complementar	7	24,8571	1,77281	23,00	28,00
	Ensino médio	7	23,1429	1,57359	20,00	25,00
	Ensino superior	7	27,8571	2,41030	25,00	32,00
	Total	31	25,3548	3,25114	18,00	32,00

**Tabela 123** – Teste Oneway ANOVA

		Soma dos quadrados	df	Quadrado da Média	F	p
<b>Qualidade de Vida</b>	Entre grupos	230,964	5	46,193	,730	,608
	Dentro grupos	1581,875	25	63,275		
	Total	1812,839	30			
<b>Nível de Independência</b>	Entre grupos	21,826	5	4,365	,426	,827
	Dentro grupos	266,643	26	10,255		
	Total	288,469	31			
<b>Aspetos Espirituais</b>	Entre grupos	43,919	5	8,784	,743	,599
	Dentro grupos	295,500	25	11,820		
	Total	339,419	30			
<b>Saúde Física</b>	Entre grupos	54,344	5	10,869	1,971	,117
	Dentro grupos	143,375	26	5,514		
	Total	197,719	31			
<b>Relações Sociais</b>	Entre grupos	28,772	5	5,754	,354	,875
	Dentro grupos	422,446	26	16,248		
	Total	451,219	31			
<b>Saúde Psicológica</b>	Entre grupos	103,650	5	20,730	2,428	,063
	Dentro grupos	213,446	25	8,538		
	Total	317,097	30			

**Tabela 124** – Medianas

	<b>Nível de escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>Médias das Medianas</b>
<b>Nível de Independência</b>	Ensino básico ou primário	1	21,50
	Ciclo preparatório	1	17,00
	Ensino unificado	8	17,69
	Ensino complementar	8	17,06
	Ensino médio	7	12,07
	Ensino superior	7	18,14
	Total	32	
<b>Saúde Física</b>	Ensino básico ou primário	1	31,00
	Ciclo preparatório	1	4,00
	Ensino unificado	8	17,81
	Ensino complementar	8	19,00
	Ensino médio	7	16,64
	Ensino superior	7	11,71
	Total	32	

**Tabela 125** – Teste de Kruskal Wallis para a variável Nível de Escolaridade

	<b>Nível de Independência</b>	<b>Saúde Física</b>
<b>Qui-Quadrado</b>	2,248	6,975
<b>df</b>	5	5
<b>Sig.</b>	,814	,222

### Hipótese 3

**Tabela 126** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Sexo	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	p
Satisfação com a Vida	Masculino	,920	6	,506
	Feminino	,925	24	,076

**Tabela 127** – Teste de Levene de Igualdade de variância para Variável agrupamento: Sexo

	F	p
Satisfação com a Vida	,259	,615

**Tabela 127** – Comparação de Médias

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Satisfação com a Vida	Masculino	7	17,8571	4,41318
	Feminino	26	19,9615	4,05444

**Tabela 128** – Teste *t* de Student – variável agrupamento: Sexo

	t	df	p	Diferença da média	Erro padrão
Satisfação com a Vida	-1,198	31	,240	-2,10440	1,75704

**Tabela 129** – Teste T de Student – variável agrupamento: Sexo (continuação)

	95% Intervalo de confiança da Diferença	
	Inferior	Superior
Satisfação com a Vida	-5,68791	1,47912

**Tabela 130** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Faixa Etária	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	p
Satisfação com a Vida	50-60	,825	5	,126
	61-70	,936	13	,407
	71-80	,894	9	,220
	81-90	,750	3	,000

**Tabela 131** – Medianas

	Faixa Etária	N	Média da Mediana
Satisfação com a Vida	50-60	5	20,70
	61-70	13	12,77
	71-80	9	17,39
	81-90	3	13,00
	Total	30	

**Tabela 132** – Comparação de Médias

Satisfação com a Vida			
Faixa Etária	Média	N	Desvio Padrão
50-60	21,8000	5	4,32435
61-70	18,3077	13	4,28922
71-80	20,7778	9	3,59784
81-90	18,6667	3	2,30940
Total	19,6667	30	4,02863

**Tabela 133** – Teste Kruskal Wallis – Variável agrupamento: Faixa Etária

Satisfação com a Vida	
Qui-quadrado	3,710
df	3
p	,294

**Tabela 134 – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk**

	Estado Civil	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
Satisfação com a Vida	Solteiro	,772	5	,047
	Casado	,945	16	,416
	Viúvo	,948	8	,691

**Tabela 135 – Medianas**

	Estado Civil	N	Média da Mediana
Satisfação com a Vida	Solteiro	6	20,58
	Casado	18	18,22
	Divorciado	1	9,00
	Viúvo	8	12,56
	Total	33	

**Tabela 136 – Teste Kruskal Wallis para a variável Estado Civil**

	Satisfação com a Vida
Qui-quadrado	3,524
df	3
p	,318

**Tabela 137 – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk**

	Nível de escolaridade	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	p
Satisfação com a Vida	Ensino unificado	,946	7	,690
	Ensino complementar	,814	7	,056
	Ensino médio	,853	7	,131
	Ensino superior	,865	7	,169

**Tabela 138 – Teste de Levene de Igualdade de variância – Variável agrupamento: Nível de Escolaridade**

Estatística de Levene	Satisfação com a Vida		
	df1	df2	p
,910	3	26	,450

**Tabela 139 – Comparação de Médias**

	Satisfação com a Vida				
	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Ensino básico ou primário	1	15,0000	.	15,00	15,00
Ciclo preparatório	1	18,0000	.	18,00	18,00
Ensino unificado	8	18,3750	5,65528	8,00	25,00
Ensino complementar	8	20,1250	4,25735	11,00	25,00
Ensino médio	7	18,8571	3,13202	14,00	22,00
Ensino superior	7	21,0000	3,36650	17,00	25,00
Total	32	19,3750	4,14067	8,00	25,00

**Tabela 140 – Teste Oneway ANOVA – Variável agrupamento: Nível de Escolaridade**

	Satisfação com a Vida				
	Soma dos quadrados	df	Média do quadrado	F	p
Entre grupos	53,893	5	10,779	,587	,710
Dentro grupos	477,607	26	18,370		
Total	531,500	31			

**Tabela 141 – Teste de Normalidade**

	Está reformado?	Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	p
Satisfação com a Vida	Sim	,950	27	,212
	Não	,964	3	,637

**Tabela 142** – Teste de Levene de Igualdade de variância – Variável agrupamento: Reforma

	<b>F</b>	<b>p.</b>
<b>Satisfação com a Vida</b>	,437	,514

**Tabela 143** – Comparação de Médias

	<b>Está reformado?</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Satisfação com a Vida</b>	Sim	27	18,8148	4,09537
	Não	3	20,6667	3,05505

**Tabela 144** – Teste *t* de *Student* – variável agrupamento: Reforma

	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Diferença da Média</b>	<b>Erro padrão das diferenças</b>
<b>Satisfação com a Vida</b>	-,755	28	,457	-1,85185	2,45257

#### Hipótese 4

**Tabela 145** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.
<b>EBEP</b>	,931	32	,042
Aceitação Pessoal	,970	32	,493
Relações positivas com os outros	,962	32	,313
Crescimento Pessoal	,945	32	,101
Sentido de Vida	,931	32	,041
Domínio do Ambiente	,942	32	,085
<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	,982	32	,866
Nível de Independência	,961	32	,290
Aspetos Espirituais	,930	32	,040
Saúde Física	,835	32	,000
Relações Sociais	,933	32	,046
Saúde Psicológica	,972	32	,561
<b>Satisfação com a Vida</b>	,935	32	,054

**Tabela 146** – Teste de Normalidade

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.
<b>Há quanto tempo frequenta a Universidade dos Açores</b>	,897	26	,014

**Tabela 147** – Teste Ró de Spearman para as variáveis do Bem-Estar Psicológico e Há quanto tempo frequenta o PALV

	r	EBEP	Aceitação Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
Há quanto tempo frequenta o PALV	,154	,350	,149	,173	,188	,241	
	,452	,079	,467	,397	,358	,235	
		26	26	26	26	26	26

**Tabela 148** – Teste Ró de Spearman para as variáveis da Qualidade de Vida e Há quanto tempo frequenta o PALV

	r	Escala de Qualidade de Vida	Nível de Independência	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Há quanto tempo frequenta o PALV	-,002	-,005	,186	,156	-,254	,149	
	,992	,979	,362	,448	,211	,469	
		26	26	26	26	26	26

**Tabela 149** – Teste Ró de Spearman para a variável satisfação com a vida e Há quanto tempo frequenta o programa ALV

	Satisfação com a Vida	
	r	N
Há quanto tempo frequenta o PALV	,220	26
	,279	

**Tabela 150** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
<b>Quantas vezes por semana frequenta o PALV</b>	,818	29	,000

**Tabela 151** – Teste Ró de Spearman para as variáveis do bem-estar psicológico e Quantas vezes por semana frequenta o PALV

	EBEP	Aceitação Pessoal	Relações positivas com os outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
Quantas vezes por semana frequenta o PALV	r	r	r	r	r	r
	,032	-,045	-,055	-,033	,219	-,151
	p	,869	,818	,777	,865	,254
	N	29	29	29	29	29

**Tabela 152** – Teste Ró de Spearman para as variáveis da qualidade de vida e Quantas vezes por semana frequenta o PALV

	Escala de Qualidade de Vida	Nível de Independência	Aspetos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Quantas vezes por semana frequenta o PALV	r	r	r	r	r	r
	,296	,204	-,004	-,009	,366	,110
	p	,119	,288	,985	,964	,051
	N	29	29	29	29	29

**Tabela 153** – Teste Ró de Spearman para as variáveis da satisfação com a vida e Quantas vezes por semana frequenta o PALV

	Satisfação com a Vida
Quantas vezes por semana frequenta o PALV	r
	,196
	p
	,307
	N
	29

**Hipótese 5**

**Tabela 154** – Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	<i>p</i>
Quando vem à Universidade sente-se	,761	31	,000

**Tabela 155** – Teste Ró de Spearman

	Bem-Estar Psicológico	Aceitação Pessoal	Relações Positivas com os Outros	Crescimento Pessoal	Sentido de Vida	Domínio do Ambiente
Quando vem à Universidade sente-se	<i>r</i> ,271	,122	,075	,366	,039	,237
	<i>p</i> ,140	,513	,689	,043	,836	,199
	<i>N</i> 31	31	31	31	31	31

**Tabela 156** – Teste Ró de Spearman

	Qualidade de Vida	Nível de Independência	Aspectos Espirituais	Saúde Física	Relações Sociais	Saúde Psicológica
Quando vem à Universidade sente-se	<i>r</i> ,024	-,025	,136	,125	-,239	-,153
	<i>p</i> ,899	,892	,474	,504	,195	,418
	<i>N</i> 30	31	30	31	31	30

**Tabela 157** – Teste Ró de Spearman

	Satisfação com a Vida	
Quando vem à Universidade sente-se	<i>r</i>	-,077
	<i>p</i>	,680
	<i>N</i>	31

## Hipótese 6

**Tabela 158** – Teste Ró de Spearman para as variáveis satisfação com a vida e bem-estar psicológico

		<b>Bem-Estar Psicológico</b>	
<b>Satisfação com a Vida</b>	<b>r</b>		,484
	<b>p</b>		,004
	<b>N</b>		33

**Tabela 159** – Teste Ró de Spearman para as variáveis satisfação com a vida e dimensões Bem-Estar Psicológico

		<b>Aceitação Pessoal</b>	<b>Relações Positivas com os Outros</b>	<b>Crescimento Pessoal</b>	<b>Sentido de Vida</b>	<b>Domínio do Ambiente</b>
<b>Satisfação com a Vida</b>	<b>r</b>	,604	,223	,330	,462	,152
	<b>p</b>	,000	,213	,060	,007	,398
	<b>N</b>	33	33	33	33	33

**Tabela 160** – Teste Ró de Spearman para a variável Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida

		<b>Bem-Estar Psicológico</b>	
<b>Qualidade de Vida</b>	<b>r</b>		,507
	<b>p</b>		,003
	<b>N</b>		32

**Tabela 161** Teste Ró de Spearman para o bem-estar psicológico e dimensões da Qualidade de Vida

		<b>Bem-Estar Psicológico</b>	
<b>Nível de independência</b>	<b>r</b>		,526
	<b>p</b>		,002
	<b>N</b>		33
<b>Aspetos Espirituais</b>	<b>r</b>		,144
	<b>p</b>		,433
	<b>N</b>		32
<b>Saúde Física</b>	<b>r</b>		-,367
	<b>p</b>		,036
	<b>N</b>		33
<b>Relações Sociais</b>	<b>r</b>		,384
	<b>p</b>		,027
	<b>N</b>		33
<b>Saúde Psicológica</b>	<b>r</b>		,485
	<b>p</b>		,005
	<b>N</b>		32

**Tabela 162** – Teste Ró de Spearman para as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a Qualidade de Vida

		<b>Aceitação Pessoal</b>	<b>Relações Positivas com os Outros</b>	<b>Crescimento Pessoal</b>	<b>Sentido de Vida</b>	<b>Domínio do Ambiente</b>
<b>Qualidade de Vida</b>	<b>r</b>	,476	,112	,402	,539	,290
	<b>p</b>	,006	,542	,023	,001	,108
	<b>N</b>	32	32	32	32	32

**Tabela 163** – Teste Ró de Spearman para a satisfação com a vida e a qualidade de vida

		<b>Escala de Qualidade de Vida</b>	
<b>Satisfação com a Vida</b>	<b>r</b>		,555**
	<b>p</b>		,001
	<b>N</b>		32

**Tabela 164** – Teste Ró de Spearman para a Satisfação com a Vida e as dimensões da Qualidade de Vida

		<b>Nível de Independência</b>	<b>Aspectos Espirituais</b>	<b>Saúde Física</b>	<b>Relações Sociais</b>	<b>Saúde Psicológica</b>
<b>Satisfação com a Vida</b>	<b>r</b>	,466	-,026	-,283	,513	,583
	<b>p</b>	,006	,888	,110	,002	,000
	<b>N</b>	33	32	33	33	32