



## VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

### 40 anos de democracias: progressos, contradições e prospetivas

---

ÁREA TEMÁTICA: Dinâmicas Populacionais, Gerações e Envelhecimento [AT]

---

#### **ENVELHECIMENTO ATIVO MULTINÍVEL: UMA PERSPETIVA PELA QUALIDADE DE VIDA**

---

MIGUEL, Isabel

Doutora em Psicologia Social

Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social – Universidade de Coimbra (IPCDHS – FPCEUC) & Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional do Instituto Superior Bissaya Barreto (CIS – ISBB)

[isabelmiguel@fpce.uc.pt](mailto:isabelmiguel@fpce.uc.pt)

---

AMARO DA LUZ, Helena

Doutora em Economia

Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa (CESNOVA) & Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional do Instituto Superior Bissaya Barreto (CIS – ISBB)

[helenareis@isbb.pt](mailto:helenareis@isbb.pt)

---



#### Resumo

A abordagem do envelhecimento ativo constitui, atualmente, a orientação privilegiada para compreender os percursos associados ao desenvolvimento dos indivíduos e para responder às recentes alterações da estrutura demográfica das sociedades desenvolvidas. Diferentes são os quadros de análise deste fenómeno, sendo de destacar a proposta da Organização Mundial de Saúde (2002), que enfatiza um conjunto de determinantes multicausais do envelhecimento. A este nível, é unanimemente reconhecido que o alcance de uma qualidade de vida e bem-estar nas idades mais avançadas constitui uma finalidade que não pode ser descurada, implicando a consideração da dimensão de saúde física, mas igualmente os domínios cognitivo, socioemocional, participação social e envolvimento com a vida. Deste modo, a dinâmica do envelhecimento ativo não pode ser perspectivada apenas como um estado último a alcançar, mas tem que ser prosseguida por referência às dimensões em que se incluem as diferentes vivências dos indivíduos, nomeadamente aos níveis macro, meso e micro. A presente proposta visa, neste âmbito, acrescentar à discussão do envelhecimento ativo como conceito multidimensional, a perspectiva de entendimento deste fenómeno assente numa lógica multinível, a qual, assim considerada, facilita o alcance de uma vivência com qualidade.

#### Abstract

The active aging approach currently constitutes the fundamental guideline to understand the pathways involved in individuals' development and to respond to the recent changes in the demographic structure of developed societies. Although different frameworks for the analysis of this phenomenon exist, the proposal of the World Health Organization (2002) is most notable, emphasizing a set of multifactorial determinants of aging. It is unanimously recognized that the quality of life and well-being in older ages is a purpose that cannot be neglected, a fact which implies the consideration of the dimension of physical health, but also cognitive and social-emotional domains, participation and social engagement with life. Thus, the dynamics of active aging cannot be understood only as a last state to be achieved, but it must be pursued in regard to dimensions which include the different experiences of individuals, particularly at macro, meso and micro levels. Therefore, this proposal aims to add to the discussion of active aging as a multidimensional concept the perspective that the understanding of this phenomenon should be based on a multilevel logic, which, so being, facilitates the achievement of quality experiences.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; qualidade de vida; perspectiva multinível

Keywords: active aging; quality of life; multilevel perspective



## Introdução

A atual dimensão do fenómeno do envelhecimento demográfico e as suas consequências no sistema social, desde os níveis micro e meso às estruturas macro, obrigam à reconsideração do papel tradicionalmente atribuído aos idosos. Neste contexto, tem vindo a reavivar-se, de modo especial, a preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas, reconhecendo-se que promover a qualidade de vida numa etapa do desenvolvimento humano em que o declínio é incontornável implica considerar critérios multidimensionais e níveis diferenciados. Procurando salientar a promoção de uma vida com qualidade, afirma-se que a abordagem do envelhecimento ativo reverte mais-valias para todos os níveis sociais, tanto para os cidadãos de todas as idades por maximizar o seu potencial e qualidade de vida, quanto à sociedade como um todo por obter o melhor do capital humano, alargando a participação e solidariedade comunitária, evitando conflitos intergeracionais e criando uma sociedade mais justa e inclusiva (Walker, 2002). A consideração da multidimensionalidade associada aos conceitos de qualidade de vida e de envelhecimento ativo não deve, todavia, descurar uma lógica multinível, considerando os diferentes contextos e níveis em que se processa o desenvolvimento humano, e as diferentes esferas de ação para promoção de uma vida com qualidade. O presente trabalho pretende, assim, acrescentar à discussão do envelhecimento ativo como conceito multidimensional, a perspetiva de entendimento deste fenómeno assente numa lógica multinível, a qual, assim considerada, facilita o alcance de uma vivência com qualidade. Pretende-se salientar, ainda, os desafios que, no presente cenário de protagonismo das pessoas idosas, se colocam à intervenção e à investigação para a qualidade de vida na velhice.

## 1. Qualidade de vida e envelhecimento

Desde 1948, altura em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) dissociou o conceito de saúde da mera ausência de doença ou enfermidade, para nele incluir a presença de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, que as questões relacionadas com a qualidade de vida têm vindo a adquirir uma importância crescente, quer em termos práticos, quer em termos de investigação (Canavarro, 2010). Todavia, se, por um lado, este contexto de relevância tem vindo a constituir terreno fértil para o desenvolvimento da robustez concetual e da avaliação metodológica do constructo, o crescimento quase exponencial do número de estudos e publicações contribuiu para a proliferação de inúmeras definições, modelos concetuais, metodologias de avaliação e aplicações práticas que ofuscaram a clarificação do conceito e das suas implicações. Com efeito, e pese embora as variadas revisões efetuadas relativamente ao conceito de qualidade de vida (e.g., Birren & Dieckmann, 1991; Brown, Bowling, & Flynn, 2004; Fayers & Machin, 2007; Fowlie & Berkeley, 1987; Veenhoven, 1996), uma concetualização científica unânime do mesmo tem sido difícil de alcançar. A dificuldade de consenso levou, inclusivamente, alguns autores a considerarem a qualidade de vida como um conceito “abstrato” ou “amorfo” (Birren & Dieckmann, 1991, p. 344), “que não tem limites [concetuais] bem definidos” (Hughes, 1990, p. 47), “difícil de definir com precisão” e cujo “significado depende do utilizador do conceito” (Fowlie & Berkeley, 1987, p. 226). A diversidade das propostas de definição e avaliação da qualidade de vida, desenvolvidas nas décadas de 80 e 90, deve-se, segundo Diener e Suh (1997), à valorização diferenciada de parâmetros de avaliação, conduzindo mesmo à definição de três grandes grupos de indicadores de avaliação da qualidade de vida: *i)* os que valorizam os indicadores sociais, como a saúde e os níveis de criminalidade; *ii)* os que assentam em indicadores subjetivos de bem-estar, entendidos como a avaliação efetuada pelos indivíduos sobre as suas vidas e das sociedades em geral; e *iii)* os que remetem para índices económicos.

No quadro do desenvolvimento concetual e metodológico da qualidade de vida, adquire especial destaque o importante papel desempenhado pela OMS na unificação do conceito. Com efeito, do grupo internacional de investigadores (WHOQOL Group) reunido com vista à clarificação teórica do conceito e à elaboração de instrumentos de avaliação adequados, surgiu a proposta que o conceito de qualidade de vida deveria alicerçar-se em três aspetos fundamentais: *i)* a sua subjetividade, fazendo depender a avaliação da qualidade de vida da perceção do próprio indivíduo; *ii)* a sua multidimensionalidade, refletindo-se esta numa definição que deveria abarcar uma diversidade de domínios; e *iii)* a presença de dimensões positivas e negativas. O desenvolvimento e a conjugação destes elementos conduziram à definição de qualidade de vida como “a

percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inseridos e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Tal definição considera, pois, um conceito vasto, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, nível da independência, relações sociais, crenças pessoais e pelas suas relações com aspetos do ambiente em que vive, dirigindo a ênfase, em primeiro lugar, para a natureza subjetiva da qualidade de vida e, em segundo lugar, para a necessidade de explorar todos os aspetos da vida da pessoa considerados com tendo um impacto significativo na sua qualidade de vida. Deste modo, indo muito para além da sintomatologia e dos efeitos da doença no estado funcional do indivíduo, esta perspetiva abrange a importância dos sistemas de significação cultural, dos valores e preferências pessoais na qualidade de vida subjetiva, que reflete um conceito “amorfo, multinível e complexo, integrando uma ampla variedade de componentes – objetiva, subjetiva, macrosocial, micro-individual, positiva e negativa – em interação entre si” (Walker & Lowenstein, 2009, p. 61). O conceito posiciona-se, assim, como um fenómeno material e psicológico que, simultaneamente, engloba descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material e emocional, em conjunto com medidas de desenvolvimento pessoal, ponderadas pelo conjunto dos valores pessoais.

A ligação do termo de qualidade de vida ao contexto da saúde é inegável. Todavia, à medida que se testemunha o fenómeno de envelhecimento demográfico e que se reconhece o impacto objetivo negativo que as mudanças desenvolvimentais associadas ao envelhecimento frequentemente exercem na qualidade de vida, não só se tem assistido a uma crescente preocupação em desenvolver investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas, como, inclusivamente, estas têm contribuído para a emergência de abordagens mais holísticas e teoricamente mais coerentes acerca do próprio conceito (Walker, 2005). A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes das sociedades contemporâneas em geral, e da sociedade portuguesa em particular, ocorrendo a um nível sem precedentes e com um impacte social relevante. É, pois, no quadro das questões de ordem psicológica, social e económica levantadas pelo aumento do número de pessoas muito idosas que as investigações sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que a idade comporta, se revestem de grande importância científica e social.

A este nível, a investigação desenvolvida no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas permite retirar algumas conclusões gerais acerca da sua constituição (Walker & Lowenstein, 2009). Em primeiro lugar, é consensual que o conceito de qualidade de vida aplicado à velhice deve ser perspetivado como um conceito dinâmico, multifacetado e complexo, devendo refletir a interação de influências objetivas, subjetivas, macro, micro, positivas e negativas, que frequentemente se traduzem em operacionalizações pragmáticas que avaliam a qualidade de vida dos idosos através da conjugação de domínios diferenciados (e.g., Fernández-Ballasteros, 2011; Grundy & Bowling, 1999; Hughes, 1990). Em segundo lugar, a qualidade de vida na velhice resulta de uma combinação interativa entre fatores relacionados com o curso de vida e fatores situacionais, incluindo a possibilidade de ação do indivíduo que se pauta pelas restrições ou oportunidades disponíveis nas várias sociedades e para os diferentes grupos – nomeadamente a segurança socioeconómicas, a coesão social, a inclusão social e o *empowerment* social –, resultando, pois, necessária a consideração das condições macrosociais abrangentes. Em terceiro, os preditores da qualidade de vida na velhice variam entre grupos de pessoas de idade mais avançada: se bem que as associações empíricas mais frequentes entre a qualidade de vida e o bem-estar na velhice destaquem a boa saúde física e a capacidade funcional, o sentido de adequação e utilidade pessoal, a participação social, as relações familiares intergeracionais, a disponibilidade de uma rede de suporte social e o estatuto socioeconómico, alguns estudos tendem a encontrar variações na ordem de prioridade em diferentes países. Finalmente, em quarto lugar, embora a associação entre qualidade de vida e bem-estar seja comum, as autoavaliações subjetivas do bem-estar psicológico e da saúde revelam-se mais poderosas na explicação da qualidade de vida do que os fatores objetivos de ordem económica e sociodemográfica.

No âmbito do estudo da qualidade de vida na velhice, a construção social do envelhecimento acarreta, ainda, implicações importantes para esta área de estudo, que se espelham em três aspetos essenciais (Walker, 2005): em primeiro lugar, e contrariamente aos estereótipos mais comuns, a definição de uma boa qualidade de vida

das pessoas idosas assemelha-se à de outros grupos etários, embora a saúde e a capacidade funcional figurem de forma mais vinculada, particularmente na idade mais avançada; em segundo lugar, as pessoas idosas têm o direito a determinar o seu próprio significado de qualidade de vida, devendo, portanto, ser o centro do respetivo processo de avaliação; finalmente, em terceiro lugar, a qualidade de vida na velhice é influenciada tanto por fatores de ordem social e económica, como por características individuais e biológicas, sendo de enfatizar a importância crucial da estrutura social e da cultura na determinação das experiências de vida das pessoas idosas e das suas expectativas acerca de uma boa ou má qualidade de vida. Esta perspetiva levanta, deste modo, questões contundentes acerca dos papéis tradicionalmente passivos conferidos às pessoas idosas, desafiando a capacidade dos decisores políticos e das instituições político-económicas para se ajustarem às consequências decorrentes das alterações sociodemográficas. É, pois, procurando garantir que as oportunidades das pessoas idosas são maximizadas que têm vindo a tomar forma os novos paradigmas políticos que, embora sob a égide de uma variedade de rótulos concetuais – envelhecimento saudável (WHO, 1990), bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Khan, 1998), produtivo (Martín, Guedes, Gonçalves, & Cabral-Pinto, 2007) ou ativo (WHO, 2002) –, têm vindo a promover uma perspetiva positiva sobre o envelhecimento, conferindo aos idosos um papel ativo na sua própria qualidade de vida.

## **2. Envelhecimento ativo: Uma política para a qualidade de vida**

O paradigma do envelhecimento ativo configura um entendimento mais abrangente sobre o envelhecimento, extensível, para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, centrando-se na busca dos fatores e condições que ajudem a identificar o potencial do envelhecimento e na identificação dos meios para a sua promoção positiva. Apela-se, deste modo, a uma perspetiva integrada que, para além do ambiente, considera um conjunto multidimensional de determinantes, os quais são de ordem pessoal (biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (saúde mental, participação social e escolha de estilos de vida saudáveis), económica (rendimento, oportunidades de trabalho digno e proteção social), social (apoio social e acesso a recursos sociais, educacionais e direitos fundamentais), serviços sociais e de saúde (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doença) e ambiente físico (acessibilidade a serviços básicos) (WHO, 2002). A noção de envelhecimento ativo pretende, assim, potenciar a construção de uma perspetiva integrada do envelhecimento, onde este é concetualizado como “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Este princípio concebe o envelhecimento como um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente através das experiências vivenciadas pelos indivíduos, contribuindo estas para “uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganhos e perdas que se equilibram diferentemente em cada percurso individual” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 2).

Assentes, portanto, numa imagem mais positiva e normalizada acerca deste processo, os novos discursos sobre o envelhecimento têm por finalidade, como já se referiu, potenciar a qualidade de vida dos indivíduos, entendida como um modo de vida ótimo. Estão assim reunidos, de forma clara, dois conceitos latos e fundamentais: qualidade de vida por um lado, e envelhecimento ativo por outro. Ademais, esta associação é comumente entendida em sentido explicativo e recursivo: se a qualidade de vida surge como consequência do envelhecimento bem-sucedido, também o envelhecimento ativo e bem-sucedido pode ser o resultado de uma boa qualidade de vida (Fernández-Ballasteros, 2011). Com efeito, a essência do moderno conceito de envelhecimento ativo combina os elementos centrais do envelhecimento produtivo com uma forte ênfase no bem-estar físico e mental e na qualidade de vida (Walker, 2002). Não obstante a afinidade existente entre os conceitos de qualidade de vida e de envelhecimento ativo – nomeadamente, por exemplo, o facto de ambos considerarem o bem-estar e a satisfação com a vida como elementos centrais e de abrangerem tanto dimensões subjetivas como objetivas –, importa, ainda assim, fazer as devidas distinções concetuais. Neste sentido, a qualidade de vida constitui um conceito mais abrangente do que o envelhecimento: ao passo que o envelhecimento ativo envolve sobretudo condições individuais (e.g., saúde comportamental e física, bom funcionamento cognitivo, satisfação com a vida e participação social), a qualidade de vida abarca, necessariamente, componentes contextuais, bem como condições objetivas (e.g., circunstâncias individuais

como a saúde) e subjetivas (e.g., valores culturais, satisfação social global) da vida dos indivíduos (Fernández-Ballasteros, 2011).

Tradicionalmente, o envelhecimento tem vindo a ser analisado segundo duas perspetivas: na perspetiva do conjunto da população, denominado envelhecimento demográfico, ou na perspetiva do indivíduo, entendido como envelhecimento individual. Assim, enquanto a primeira compreende a alteração da estrutura etária da sociedade e o fenómeno de inversão da pirâmide geracional, a segunda engloba a mudança progressiva que o envelhecimento acarreta na estrutura biopsicossocial do indivíduo (António, 2013). Todavia, o estudo do envelhecimento numa perspetiva de análise e promoção da qualidade de vida implica que esta visão dupla se alargue para uma perspetiva do envelhecimento ativo assente numa tripla vertente, dando corpo a uma perspetiva multinível, que integre três níveis diferenciados: *i)* o nível populacional ou *macro*, *ii)* o nível comunitário ou *meso* e *iii)* o nível individual ou *micro* (Fernández-Ballasteros, 2011). Ou seja, se, a nível *populacional*, importa atentar nas condições ambientais, económicas, culturais e sociais de um determinado contexto histórico e o desenvolvimento de ações sociopolíticas adequadas aos contextos específicos, se ao nível *comunitário* se salientam as estruturas de apoio social e de saúde e a construção de ambientes amigáveis para os idosos, por sua vez ao nível *individual* são consideradas as condições genéticas, biológicas, sociais e psicológicas implicadas no desenvolvimento humano enfatizado o papel do indivíduo como agente ativo do seu próprio envelhecimento (Fernández-Ballasteros, 2008; Fernández-Ballasteros, Caprara, & García, 2004). Deste modo, mais do que a capacidade de estar fisicamente ativo, esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento remete para a importância de as pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida, projetando a ação individual para a participação e envolvimento nas questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais (Miguel & Amaro da Luz, in press; Ribeiro & Paúl, 2011), em estreita articulação com as condições proporcionadas pelos contextos proximais da vivência dos indivíduos.

Procurando alcançar um modelo integrador dos diferentes níveis do envelhecimento, Fernandez-Ballasteros (2008) propõe um modelo multidimensional e multinível do envelhecimento ativo, extensivo ao curso de vida. Tomando como ponto de partida o indivíduo e o respetivo contexto, o modelo sugere a consideração de fatores diversos, a três níveis segundo os quais os mesmos podem ser considerados. Mais especificamente, o modelo considera tanto fatores distais – condições históricas ou longitudinais que acompanham o indivíduo ao longo do seu curso de vida – como proximais – condições transversais ou determinantes a curto-prazo do envelhecimento bem-sucedido. A juntar a esta perspetiva, o modelo considera, ainda, os níveis macro (sociedade), meso (contexto) e micro (indivíduo) e a sua influência nos percursos desenvolvimentais. Finalmente, o modelo integra as propostas de Baltes e Baltes (1990), nomeadamente quanto à sugestão dos mecanismos de seleção, otimização e compensação (SOC) como reguladores do desenvolvimento humano, salientando o facto de que, ao longo do curso de vida, os indivíduos desenvolvem reportórios comportamentais básicos que influenciam a seleção e criação de contextos e situações através do seu próprio comportamento ativo, estando, consequentemente, presentes na origem dos modos escolhidos de envelhecer. De acordo com esta proposta teórica (Fernández-Ballasteros, 2008), o envelhecimento bem-sucedido pode, assim, ser percebido como um processo de adaptação ao longo da vida, essencialmente através da otimização de condições ambientais e intervenções multiníveis, nomeadamente nos domínios biomédico, físico, psicológico e sociocultural, com vista a alcançar um funcionamento ótimo em quatro dimensões fundamentais para um envelhecimento ativo: *i)* saúde física; *ii)* funcionamento cognitivo; *iii)* regulação emocional e motivação; e *iv)* participação social.

Os amplos contributos da investigação empírica no âmbito do envelhecimento têm, de facto, vindo a sustentar estes quatro domínios como pilares fundamentais de um envelhecimento bem-sucedido. Concretamente, no domínio da *saúde física*, vários são os contributos que têm salientado a importância da manutenção de estilos de vida saudáveis para um envelhecimento bem-sucedido, especialmente considerando a promoção da saúde e prevenção da doença. A Organização Mundial de Saúde tem, inclusivamente, vindo a destacar os benefícios físicos, psicológicos e sociais que decorrem da prática regular de exercício físico e da manutenção de uma dieta nutricional equilibrada e saudável (WHO, 1997, 2004), sendo que, ainda a este nível, a investigação também tem destacado os efeitos positivos dos bons hábitos de



saúde na dependência com a idade (Fries, 2003). Também no domínio do *funcionamento cognitivo* se têm vindo a acumular evidências que ilustram a plasticidade do funcionamento cognitivo na velhice, destacando o efeito positivo da prática regular de exercício físico no funcionamento cognitivo em idosos saudáveis (Colcombe & Kramer, 2003), o seu papel como fator protetor de comprometimento cognitivo e demência (Fratiglione, Paillard-Borge, & Winbland, 2004; Laurin, Verreault, Lindsay, MacPherson, & Rockwood, 2001), os benefícios cardiovasculares e cerebrais (Podewils, et al., 2005) e, ainda, o efeito de treinos cognitivos experimentalmente estruturados que evidenciam resultados positivos quer em idosos saudáveis (Baltes & Mayer, 1999; Nyberg, 2005; Schaie, 1996, 2005), quer em idosos cognitivamente comprometidos (Fernandez-Ballasteros, Zammarrón, Tárraga, Moya, & Iñiguez, 2003). Quanto ao domínio da *regulação emocional*, as emoções positivas têm sido destacadas como estando subjacentes a um conjunto de determinantes individuais para o envelhecimento bem-sucedido, tais como a autoeficácia e estratégias de *coping* (WHO, 2002), constituindo a depressão, a ansiedade ou estilos não-adaptativos de *coping* fatores de risco para o envelhecimento bem-sucedido (Aldwin & Gilmer, 2006; Murberg, Furze, & Brus, 2003; Stek, et al., 2005). Por fim, também a *participação social* tem vindo a ser destacada como fator preponderante do bem-estar individual (Fernández-Ballasteros, 2008; WHO, 2002), salientando-se a centralidade renovada que o relacionamento interpessoal e a participação em dinâmicas comunitárias e sociais adquirem em fases mais avançadas do ciclo de vida (Leon, Glass, & Berkman, 2003; Litwin, 2007; Lum & Lightfoot, 2005; Zunzunegui, et al., 2005).

### **3. Envelhecer com qualidade de vida: Desafios à intervenção e investigação**

Aplicado ao envelhecimento, o estudo da qualidade de vida tem, globalmente, sido caracterizado pela utilização de índices de saúde como indicadores de qualidade de vida – capacidade funcional, saúde, bem-estar psicológico, apoio social, dependência, *coping*, adaptação –, sem referência ao modo como as pessoas idosas em geral ou grupos específicos em particular definem a sua própria qualidade de vida ou ao valor que atribuem a cada um dos componentes que enquadram o processo de envelhecimento (Walker, 2005). Ademais, a abordagem científica e profissional de avaliação da qualidade de vida na velhice tem tendido a homogeneizar as pessoas idosas, ao invés de considerar a sua diversidade e diferenças baseadas, por exemplo, na idade, género, etnia e incapacidade. Inerente a esta perspetiva está a conceção da velhice como uma fase distinta do desenvolvimento humano, diferente da idade adulta e etapas anteriores. Não surge, pois, como surpresa, que o envelhecimento tenha sido associado à ideia de “problema” e a imagens negativas, traduzidas amiúde em estereótipos, preconceitos ou discriminação para com as pessoas mais idosas, influenciando não só os comportamentos das gerações mais novas relativamente aos mais velhos, mas também afetando as visões que os idosos têm acerca de si próprios e a sua forma de estar, conforme as normas sociais convencionadas (Miguel, 2014). O fomento de ambientes facilitadores da promoção da autoestima das pessoas idosas e da qualidade de vida e bem-estar no processo de envelhecimento requer, como se reconhece no II Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (UN, 2002), que as imagens e estereótipos negativos sejam combatidos aos níveis macro, meso e micro, no sentido da valorização e dignificação da velhice e da melhoria das relações entre gerações.

A promoção de um envelhecimento positivo tem, com efeito, sido apontada como “a resposta mais inteligente à «revolução saliente» de um mundo em envelhecimento e a melhor forma de prevenir incapacidade na velhice” (Fernández-Ballasteros, 2008, p. 158), sendo, deste modo, perspetivada não só como uma resposta para as recentes alterações da estrutura demográfica das sociedades atuais, mas também – ou sobretudo – como um meio para atingir uma vida com qualidade nas etapas mais avançadas do desenvolvimento humano.

Assim, em primeiro lugar, a promoção do envelhecimento ativo implica um longo processo extensivo ao ciclo de vida humano, que requer a otimização das funções biopsicossociais individuais, com o objetivo último de minimizar o declínio ao longo da vida adulta e na velhice, bem como compensar os declínios e comprometimentos comuns associados ao envelhecimento. Significa isto que nunca é tarde para introduzir mudanças individuais ou políticas sociais que aumentem o desenvolvimento humano e

diminuam o risco de declínio e incapacidade. Em segundo lugar, o paradigma do envelhecimento ativo assenta na multidimensionalidade do conceito, partindo de uma perspetiva biopsicossocial que, a par da componente biomédica, considera ainda os componentes psicológicos e sociais. Neste sentido, o envelhecimento ativo não pode reduzir-se a avaliações subjetivas ou a indicadores biomédicos nem tão-pouco ser confundido com outros conceitos subjetivos – tais como o bem-estar ou a satisfação com a vida – ou multidimensionais e complexos. É, pois, neste contexto que o envelhecimento ativo deve ser entendido numa aceção multidimensional e definido como o processo de otimização do funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo ao longo de todo o seu processo de envelhecimento. Resulta daqui uma terceira implicação para a intervenção: uma vez que o envelhecimento ativo envolve tanto o indivíduo, quanto a comunidade e a população, este deve distinguir múltiplos níveis, nomeadamente ao nível populacional, comunitário e individual. Finalmente, e como quarta implicação, o processo de envelhecimento ativo nos seus múltiplos níveis depende do funcionamento psicológico de autorregulação, considerando o indivíduo enquanto agente ativo (Fernández-Ballasteros, 2008).

Ainda assim, considerando a atualidade e relevância do estudo e promoção da qualidade de vida na velhice, muitas são ainda as questões por explorar (Walker & Lowenstein, 2009). Por exemplo, porque motivo são os níveis de satisfação e bem-estar geralmente elevados nas pessoas idosas? Qual é, exatamente, o papel da rede social e familiar em relação à qualidade de vida na velhice? Quais as condições físicas e sociais que devem apoiar a qualidade de vida na velhice? Deste modo, importa que a investigação futura procure perceber quais são os recursos pessoais e as condições ambientais e sociais contextualmente mais ou menos importantes para a qualidade de vida na velhice. Por outro lado, existem ainda consideráveis lacunas de conhecimento quanto a futuras gerações de idosos: como será a qualidade de vida dos futuros idosos face à atual mudança demográfica e incertezas estruturais, emprego precário, desemprego de longo-termo, cortes das pensões e reformas e redução do apoio social? Serão eles capazes de compensar os ambientes e recursos em mutação?

Finalmente, a promoção da qualidade de vida na velhice implica ultrapassar algumas dificuldades teóricas e metodológicas (Walker & Lowenstein, 2009). No plano teórico, a partilha de investigação e pensamento concetual deverá caminhar no sentido de incorporar diferentes perspetivas (individuais, sociais e políticas sociais) e concetualizações, que reflitam as visões científicas, as políticas sociais e as opiniões das pessoas mais velhas. Este trabalho teórico é ainda fundamental para o desenvolvimento metodológico de conceitos-chave, operacionalizações, indicadores e escalas de avaliação da qualidade de vida na velhice, que incorporem as teorias implícitas que as pessoas idosas detêm sobre a sua própria qualidade de vida. Ainda a este nível, considerando a dimensão mundial do fenómeno de envelhecimento demográfico e a diversidade cultural existente, torna-se ainda essencial procurar a harmonização dos instrumentos desenvolvidos, tornando-os dinâmicos e interculturais.

## **Conclusão**

Ao longo do presente trabalho, tem vindo a sublinhar-se que, numa perspetiva pela qualidade de vida, a política de envelhecimento ativo deve integrar domínios societais, contextuais e pessoais. Tal significa que, para além das componentes associadas à história de vida dos indivíduos e que determinam fatores de risco com maior ou menor influência na qualidade de vida, a intervenção multinível nos diversos domínios considerados pode ocorrer a partir de estratégias de ação direcionadas para os diferentes sistemas de organização social, traduzindo um impacto significativo na promoção de uma vida com qualidade nas etapas mais avançadas da vida. A conjugação entre uma perspetiva multidimensional – que considera os aspetos de ordem social e os diferenciados domínios da vivência individual – e uma perspetiva multinível permitirá, assim, a implementação de medidas de avaliação e intervenção fundamentados e ajustadas, no sentido de aproximar e/ou reorientar o mais (melhor) possível as trajetórias de envelhecimento na direção de um envelhecimento bem-sucedido, numa ótica de participação e cidadania inclusiva como meio para promoção de uma vida com qualidade nas etapas mais avançadas do desenvolvimento humano.

## Referências bibliográficas

- Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2006). *Health, illness and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 81-103). Lisboa: Pactor.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, J. D. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Birren, J. E., & Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in later years: An overview. In J. E. Birren (Ed.), *The concept and measurement of quality of life in the Frail Elderly* (pp. 344-360). San Diego: Academic Press.
- Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. N. (2004). *Models of quality of life. A taxonomy and systematic review of the literature*. Sheffield: Report Commissioned by the European Forum on Population Ageing Research/Quality of Life.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14, 125-130.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1), 189-216.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life* (2nd ed.). Chichester, West Sussex, England: Wiley.
- Fernández-Ballasteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballasteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research on Quality of Life*, 6, 21-40.
- Fernández-Ballasteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-84.
- Fernandez-Ballasteros, R., Zammarrón, M. D., Tárraga, L., Moya, R., & Iñiguez, J. (2003). Learning potential in healthy, mild cognitive impairment subjects and in Alzheimer patients. *European Psychologist*, 8, 148-160.
- Fowlie, M., & Berkeley, J. (1987). Quality of life: A review of the literature. *Family Practice*, 4, 226-234.
- Fratiglione, L., Paillard-Borge, S., & Winbland, B. (2004). Active and socially integrated lifestyles in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-353.
- Fries, J. F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*, 139, 445-459.
- Grundy, E., & Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years. *Aging and Mental Health*, 3, 199-212.
- Hughes, B. (1990). Quality of life. In S. M. Sheila & M. Peace (Eds.), *Researching social gerontology: Concepts, methods and issues* (pp. 46-58). Beverly Hills, CA: Sage.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, W. C., & Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58, 85-89.

- Leon, C. F., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults. *American Journal of Epidemiology*, 157, 633-642.
- Litwin, H. (2007). What really matters in the social network-mortality association? A multivariate examination among older Jewish-Israelis. *European Journal of Aging*, 4, 71-82.
- Lum, T. Y., & Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on physical and mental health of older people. *Research on Aging*, 27, 31-35.
- Martín, I., Guedes, J., Gonçalves, D., & Cabral-Pinto, F. (2007). O desenvolvimento do paradigma do envelhecimento produtivo: Os novos papéis dos séniores na sociedade. In A. R. Osório & F. Cabral-Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa* (pp. 203-223). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Miguel, I. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: Entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia social: Perspetivas de análise e intervenção* (pp. 53-67). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Orgaizacional - Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Miguel, I., & Amaro da Luz, M. H. (in press). Cidadania ativa numa sociedade envelhecida: O voluntariado sénior. In R. Pocinho, E. Santos, A. Silva, E. N. Pardo, J. P. Gaspar, J. Vilhena, A. Ramalho, S. M. Silva & D. Soeiro (Eds.), *Ensaios gerontológicos, perspetivas de diversidade (Atas 3CIGS)*. Viseu: Psicosoma.
- Murberg, T. A., Furze, G., & Brus, E. (2003). Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: A 6-year follow-up study. *Personality and Individual Differences*, 36, 575-766.
- Nyberg, L. (2005). Cognitive training in healthy aging. In R. Cabeza, L. Nyberg & D. C. Park (Eds.), *Cognitive neuroscience of aging* (pp. 309-324). New York, NY: Oxford University Press.
- Podewils, L. J., Guallar, E., Kuller, L. M., Fried, L. P., Lopez, O. L., & Carlson, M. (2005). Physical activity, APOE genotype and dementia risk: Findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *American Journal of Epidemiology*, 161, 639-651.
- Ribeiro, R., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Porto: Lidel.
- Rowe, J. W., & Khan, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Random House.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. New York: Cambridge University Press.
- Schaie, K. W. (2005). What can we learn from longitudinal studies of adult development? *Research on Human Development*, 2, 133-158.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., Van der Mast, R. C., & Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178-180.
- UN. (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Aging*. New York, NY: United Nations.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life expectancy: A comprehensive measure of Quality-of-Life in Nations. *Social Indicators Research*, 39, 1-49.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121-138.
- Walker, A. (2005). Quality of life in old age in Europe. In A. Walker (Ed.), *Growing older in Europe* (pp. 1-29). Maidenhead: Open University Press.
- Walker, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 6, 61-66.
- WHO. (1990). *Healthy aging*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- WHO. (1997). The World Health Organizations issues guidelines for promoting physical activity among older persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5, 1-8.
- WHO. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Zunzunegui, M. V., Rodriguez-Laso, A., Otero, A., Pluijm, S. M., Nikula, S., Blunstein, J. M., et al. (2005). Disability and social ties: Comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Aging*, 2, 40-48.