



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Qualidade de vida dos idosos em ambiente urbano: A importância da percepção do estado de saúde, autonomia, identidade, vínculo ao lugar e características do bairro

Carla Sofia de Freitas do Carmo

Orientação: Professora Doutora Maria de Fátima Campos
Bernardo

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica
Dissertação

Évora, 2019



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica

Qualidade de vida dos idosos em ambiente urbano: A importância da percepção do estado de saúde, autonomia, identidade, vínculo ao lugar e características do bairro

Carla Sofia de Freitas do Carmo

Orientação:

Professora Doutora Maria de Fátima Campos Bernardo

Évora, 2019

Agradecimentos

À minha mãe pelo amor, carinho e incentivo, especialmente durante a realização deste trabalho.

À Professora Fátima Bernardo, pela sua disponibilidade e paciência durante a realização deste trabalho e, acima de tudo por me ter dado a oportunidade de trabalhar este tema.

À Dona Paula e ao Sr. José do Instituto Nacional de Estatística de Évora, pela sua amabilidade e disponibilidade na cedência de informação referente aos dados da população residente no concelho de Évora.

À Universidade Sénior, à Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia da Senhora da Saúde e à Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia da Horta das Figueiras, por permitirem a recolha de dados nas suas instituições.

A todos os idosos que aceitaram participar na presente investigação. Obrigada por partilharem comigo um pouco da vossa história.

À Patrícia, pelo seu empenho na recolha da amostra.

Ao Rogério, por todo o apoio ao longo destes anos, especialmente durante a concretização deste projeto de investigação. Espero que possamos caminhar sempre juntos na concretização dos nossos objetivos.

Aos seus pais, pelo carinho e incentivo durante esta caminhada que também implicou muito esforço e dedicação da sua parte.

Ao Rafael, à Marta e à Adriana, por todo o apoio e incentivo nos momentos mais difíceis. Obrigada por termos realizado esta caminhada, juntos.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar os preditores que determinam a utilização de espaços públicos e, a percepção da qualidade de vida da população idosa. Para além disso, pretendeu-se analisar a utilização e/ou apropriação de espaços públicos urbanos, consoante o género, idade e tipo de atividades (e.g., necessárias, opcionais, sociais). A amostra foi composta por 117 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, residentes em dois bairros urbanos, da cidade de Évora. A recolha de informação foi obtida através do mapeamento de comportamentos e administração de um questionário sob o formato de entrevista. Os resultados mostraram que a percepção do estado de saúde, autonomia, identidade e condições físicas do bairro, são preditores da percepção de qualidade de vida dos idosos. Enquanto, o género, condições físicas do bairro, percepção do estado de saúde e nível de escolaridade, determinam a utilização e/ou apropriação de espaços públicos urbanos.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idosos; Bairros; Espaços públicos; Acessibilidade

Quality of life of the elderly in the urban environment: The importance of the perception of health status, autonomy, identity, attachment to the place and characteristics of the neighborhood

Abstract

The present study aimed to identify which predictors determine the use of public spaces and the perception of the quality of life of the elderly population. In addition, it was intended to analyze the use and/or appropriation of urban public spaces, according to gender, age and type of activities (e.g., necessary, optional, social). The sample consisted of 117 participants, aged 65-88 years, living in two urban neighborhoods, in the city of Évora. Information collection was obtained through the behaviour mapping and the administration of a questionnaire in an interview format. The results showed that the perception of the health status, autonomy, identity and physical conditions of the neighborhood are predictors of the quality of life of the elderly. While the gender, physical conditions of the neighborhood, perception of health status and educational level, determine the use and/or appropriation of urban public spaces.

Keywords: Quality of Life; Elderly; Neighbourhoods; Public Spaces; Accessibility

Índice

1. Introdução.....	13
2. Revisão de literatura	15
2.1. Processo de Envelhecimento	15
2.1.1 Envelhecimento Ativo	18
2.2. Qualidade de vida da população idosa	20
2.2.1. Perceção do estado de saúde.....	23
2.2.2. Perceção de autonomia	24
2.2.3. Características sociodemográficas.....	26
2.3. A importância do ambiente construído na qualidade de vida da população idosa	27
2.3.1. Características físicas e sociais do ambiente construído	28
2.3.2. Identidade e vinculação ao lugar	32
2.3.3. Utilização e/ou apropriação dos espaços públicos urbanos pela população idosa.....	34
3. Estudo Empírico	37
3.1. Objetivos e hipóteses de estudo.....	37
4. Método.....	39
4.1. Participantes	39
4.2. Casos de estudo	40
4.2.1. Caracterização do caso de estudo: Bairro Senhora da Saúde	40
4.2.2. Caracterização do caso de estudo: Bairro Horta das Figueiras	42
4.3. Instrumentos	43
4.3.1. Grelha de observação: Caracterização do espaço físico.....	43
4.3.2. Mapeamento de Comportamentos	44
4.3.3. Mini-Mental State Examination (MMSE).....	44
4.3.4. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15).....	45
4.3.5. Escala de Perceção da Acessibilidade Pedonal (EPAP).....	45
4.3.6. Escala de Vínculo e Identidade ao Lugar	46
4.3.7. Questionário de Utilização e/ou Apropriação dos Espaços Públicos	46
4.3.8. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD)	46
4.3.9. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF.....	47
4.3.10. Questionário Sociodemográfico	48
4.4. Procedimento	48
4.4.1. Procedimento de recolha de dados	48
4.4.2. Procedimento de análise de dados	49

5. Resultados.....	50
5.1. Consistência interna das escalas	50
5.2. Percepção dos idosos sobre a acessibilidade e necessidade de melhorias no seu local de residência	51
5.3 Espaços públicos e a população idosa	54
5.3.1. Mapeamento de comportamentos	56
5.4. Teste de Hipóteses	59
5.4.1. Teste da hipótese 1	59
5.4.2. Teste da hipótese 2	60
5.4.3. Teste da hipótese 3	62
5.4.4. Teste da hipótese 4	63
6. Discussão	69
7. Conclusão	76
Referências	79
Anexos	108

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	39
Tabela 2. Valores de consistência interna das escalas.....	50
Tabela 3. Comparação das variáveis entre as duas tipologias de habitação (Prédios vs. Vivendas) do bairro da Senhora da Saúde - Resultado do teste <i>t</i> -Student.....	59
Tabela 4. Comparação das variáveis entre o bairro Senhora da Saúde e Horta das Figueiras na tipologia de habitação (Prédios) - Resultado do teste <i>t</i> -Student.....	61
Tabela 5. Determinação dos preditores da utilização de espaços públicos urbanos- Resultado da análise de regressão linear múltipla	62
Tabela 6. Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Total- Resultado da análise de regressão linear múltipla	63
Tabela 7. Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Físico- Resultado da análise de regressão linear múltipla.....	64
Tabela 8. Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Psicológico- Resultado da análise de regressão linear múltipla.....	65
Tabela 9. Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Relações Sociais- Resultado da análise de regressão linear múltipla.....	66
Tabela 10. Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Meio Ambiente- Resultado da análise de regressão linear múltipla.....	67

Índice de figuras

Figura 1. Tipologia de habitação coletiva e unifamiliar- Bairro Senhora da Saúde.....	41
Figura 2. Tipologia de habitação coletiva- Bairro Horta das Figueiras.....	43
Figura 3. Perceção dos idosos relativamente à acessibilidade do seu local de residência- Bairro Senhora da Saúde vs. Bairro Horta das Figueiras.....	51
Figura 4. Perceção dos idosos sobre as melhorias que devem ser realizadas no seu local de residência-Bairro Senhora da Saúde.....	52
Figura 5. Perceção dos idosos sobre as melhorias que devem ser realizadas no seu local de residência -Bairro Horta das Figueiras.....	53
Figura 6. Frequência de utilização e número de horas despendido pela população idosa em espaços públicos urbanos.....	54
Figura 7. Tipologia de espaços públicos urbanos utilizados pela população idosa.....	54
Figura 8. Espaços utilizados pela população idosa para a realização de atividades de lazer e/ou convívio.....	55
Figura 9. Diferenças de género na utilização de espaços públicos no bairro Senhora da Saúde- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana.....	56
Figura 10. Diferenças de género na utilização de espaços públicos no bairro Horta das Figueiras -Dia útil vs. Dia de fim-de-semana	56
Figura 11. Diferenças de faixa etária na utilização de espaços públicos no bairro Senhora da Saúde - Dia útil vs. Dia de fim-de-semana	57
Figura 12. Diferenças de faixa etária na utilização de espaços públicos no bairro Horta das Figueiras- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana	57
Figura 13. Tipo de atividades realizadas pelos idosos no bairro Senhora da Saúde- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana	58
Figura 14. Tipo de atividades realizadas pelos idosos no bairro Horta das Figueiras - Dia útil vs. Fim-de-semana.....	59

Índice de anexos

Anexo 1. Limite dos bairros	110
Anexo 2. Grelha de observação: Caraterização do espaço físico- Bairro Senhora da Saúde.....	112
Anexo 3. Grelha de observação: Caraterização do espaço físico- Bairro Horta das Figueiras.....	115
Anexo 4. Distribuição espacial do total de utilizadores no bairro Senhora da Saúde consoante, o género, idade e tipo de atividades (dia útil vs. dia de fim-de-semana)	119
Anexo 5. Distribuição espacial do total de utilizadores no bairro Horta das Figueiras consoante, o género, idade e tipo de atividades (dia útil vs. dia de fim-de-semana)	132
Anexo 6. Questionário.....	145
Anexo 7. Pedido de autorização para a recolha de dados.....	160
Anexo 8. Termo de consentimento informado.....	162

Lista de siglas e abreviaturas

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

Alpha - α

ARPIFSS - Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia da Senhora da Saúde

CE - Comissão Europeia

CME - Câmara Municipal de Évora

DGS - Direção Geral de Saúde

EAIVD - Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

EDG-15 - Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida

EPAP - Escala de Perceção da Acessibilidade Pedonal

ILC-BR - International Longevity Centre Brazil

INE - Instituto Nacional de Estatística

MMSE- Mini-Mental State Examination

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

UE - União Europeia

UNECE - United Nations Economic Commission for Europe

WHO - World Health Organization

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life Instrument

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life Instrument- Bref

1. Introdução

O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas (Pordata, 2017) favoreceu o aparecimento de problemas individuais e sociais (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013; Ferreira, 2015; Lopes & Lemos, 2012) para os quais é necessário encontrar respostas adequadas.

Em Setembro de 2017, a concretização da IV Conferência de Ministros sobre Envelhecimento, com o título “*A sustainable society for all ages: Realizing the potential of living longer*” permitiu a aprovação da Declaração de Lisboa onde estão apresentados três objetivos políticos que a *United Nations Economic Commission for Europe* [UNECE] (2017) pretende concretizar até 2022: i); reconhecer o potencial da população idosa; ii) incentivar o envelhecimento ativo; iii) garantir um envelhecimento com dignidade. A sua realização veio enfatizar a importância da continuação do desenvolvimento de políticas públicas e sociais e/ou programas (Bárrios & Fernandes, 2014; Beard & Montawi, 2015; Lehning, Scharlach & Wolf, 2012; Liddle, Scharf, Bartlam, Bernard & Sim, 2014; Plouffe & Kalache, 2011; Scharlach, 2012; Scarlach & Lehning, 2013; Steels, 2015), que tornem as cidades mais amigas dos idosos através da disponibilização de serviços, ambientes e estruturas que promovam a produtividade, respondam de forma flexível às necessidades associadas ao envelhecimento, respeitem as decisões e estilos de vida dos idosos, protejam os mais vulneráveis e, possibilitem a inclusão da população idosa em todas as áreas da vida comunitária, de modo a lhes proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida (*World Health Organization* [WHO], 2007).

O desenvolvimento de ambientes acessíveis, agradáveis e seguros que deem resposta às expectativas e às necessidades da população idosa passou a ser uma preocupação constante em diferentes cidades, em virtude das características do ambiente físico determinarem o comportamento humano e a forma como um indivíduo interage com um determinado espaço, fazendo deste um dos determinantes do envelhecimento ativo com maior influência na saúde, autonomia, qualidade de vida e bem-estar da população idosa (Barton, Grant, Mitcham & Tsourou, 2009; Beard et al., 2009; Bevan & Croucher, 2011; WHO, 2007).

A maioria dos estudos desenvolvidos tem explorado a influência das doenças físicas e mentais na qualidade de vida da população idosa (Ribeiro, 2005; Theofilou, 2013), existindo um número reduzido de pesquisas que analisam o impacto das características

do ambiente construído na percepção da qualidade de vida dos idosos (Buffel, Phillipson & Scarf, 2012; Gobbens & Van Assen, 2017; Rantakokko et al., 2010; Smith, Leaning & Dunkle, 2013; WHO, 2007). Assim, parece-nos relevante do ponto de vista científico e social, estudar o impacto das características físicas e sociais do ambiente construído na percepção da qualidade de vida da população idosa, com o intuito de facilitar o desenvolvimento de políticas públicas e sociais que proporcionem um envelhecimento com qualidade de vida.

A presente investigação tem como objetivo identificar os preditores que influenciam a percepção da qualidade de vida da população idosa, residente em bairros urbanos. Para além disso, pretende-se analisar a utilização e/ou apropriação de espaços públicos urbanos, consoante o género, idade e tipo de atividades (e.g., necessárias, opcionais, sociais), avaliando os preditores que determinam a sua utilização.

Os resultados encontrados evidenciam que a percepção do estado de saúde, percepção de autonomia, identidade e condições físicas do bairro, são os preditores da percepção global da qualidade de vida dos idosos. Enquanto, o género, condições físicas do bairro, percepção do estado de saúde e nível de escolaridade, determinam a utilização e/ou apropriação de espaços públicos urbanos. Os resultados sugerem que os idosos que residem numa tipologia de habitação unifamiliar (vivendas) apresentam maior nível de independência na realização de atividades instrumentais da vida diária, maior satisfação com o estado de saúde, maior satisfação com o meio ambiente e melhor percepção global da qualidade de vida, comparativamente aos idosos que residem numa habitação coletiva (prédios).

Por último, na conclusão deste trabalho serão apresentadas algumas das limitações desta investigação e, ainda serão feitas sugestões para investigações futuras.

2. Revisão de literatura

2.1. Processo de Envelhecimento

O envelhecimento da população tornou-se num fenómeno mundial, em virtude do número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ter aumentado progressivamente, resultado da queda do índice sintético de fecundidade e do aumento da esperança média de vida (Pordata, 2017). No ano de 2015, Portugal foi considerado o quarto país da União Europeia (UE) com maior percentagem de população idosa (20,3%), ultrapassado somente pela Grécia (20,9%), Alemanha (21%) e Itália (21,7%) (European Union [EU], 2016). De acordo com os dados obtidos nos últimos censos (Pordata, 2013) a população residente no nosso país era de 10.562.178 habitantes, sendo que 19% eram idosos (65 ou mais anos) e 14,9% eram jovens (entre os 0 e os 14 anos). Em 2016, verificou-se uma diminuição da população residente em Portugal para 10.325.452 habitantes, mas a percentagem de idosos aumentou ligeiramente para 21%, enquanto a percentagem de jovens diminuiu para 14% (Pordata, 2017). Foram as mudanças da estrutura demográfica ao longo destes últimos anos, que contribuíram para que o processo de envelhecimento seja considerado um dos principais problemas do século XXI, que acarreta um conjunto de consequências para a nossa sociedade, a nível económico, social e cultural (Fontaine, 2000a).

Busse (como citado em Fontaine, 2000a) foi o primeiro autor que estabeleceu padrões de envelhecimento, ao descrever dois tipos de envelhecimento. O envelhecimento primário que reflete as mudanças corporais decorrentes do aumento da idade e, o envelhecimento secundário, associado ao aparecimento de doenças que são passíveis de prevenção (e.g., doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes). Mais tarde, Birren e Schroots (1996) apresentaram o conceito de envelhecimento terciário, que corresponde a um período muito próximo da morte caracterizado por uma grande deterioração física.

Segundo estes autores, o processo de envelhecimento deve ser compreendido com base nas suas três componentes: i) a componente biológica, que corresponde ao declínio da capacidade funcional do organismo (senescência) aumentando a probabilidade de morte; ii) a componente social, que implica uma adaptação dos papéis sociais de acordo com as expectativas da sociedade para este nível etário; iii) a componente psicológica, que consiste na capacidade de autorregulação do indivíduo no decorrer do processo de senescência e envelhecimento (Schroots & Birren, 1990).

Neste seguimento de ideias Birren e Cuningham (como citado em Schaie, 2016) sugerem que para além da idade cronológica o indivíduo possui mais três tipos de idade: i) a idade biológica, associada a alterações dos sistemas orgânicos e ao declínio das capacidades funcionais; ii) a idade social, que corresponde aos papéis e hábitos que o indivíduo desempenha na sociedade, maioritariamente, influenciados pela sua cultura; iii) a idade psicológica, que engloba um conjunto de capacidades do indivíduo (e.g., percepção, aprendizagem, memória, inteligência, emoções, sentimentos) que lhe permite adaptar de forma adequada às exigências do meio.

No entanto, estipular uma idade cronológica que defina o início da velhice é uma tarefa bastante complexa, mas a maioria dos gerontologistas (Stuart-Halmiton, 2002a) consideram que o início desta fase do desenvolvimento ocorre entre os 60 e os 65 anos de idade. Segundo Papalia & Olds (2000a) os adultos idosos classificam-se em três grupos distintos: os velhos jovens (entre os 65 e os 74 anos) que mantêm uma vida ativa; os velhos velhos (entre os 75 e os 84 anos) e os velhos mais velhos (85 anos ou mais) que apresentam maior vulnerabilidade e dificuldade em realizar as atividades da vida diária. Por sua vez, a WHO (2002) considera que uma pessoa é idosa aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento, independentemente, do seu estado biológico, social e psicológico. Existem ainda, outros autores (Baltes & Smith, 2003) que optam por fazer a distinção entre terceira e quarta idade, dois períodos dinâmicos que têm sido alvo de evoluções e variações. Essa distinção é feita tendo em conta dois critérios, que apesar de serem distintos são complementares. O primeiro critério é baseado numa estimativa da média populacional, onde a transição da terceira para a quarta idade acontece, entre os 75 e os 80 anos nos países desenvolvidos (Olshansky, Carnes & Désesquelles, 2001) e, entre os 50 e os 60 nos países em desenvolvimento (Baltes & Smith, 2003). Enquanto, o segundo critério é baseado nas características individuais da pessoa, onde é feita uma estimativa máxima do ciclo de vida do indivíduo, que pode variar entre os 80 e os 120 anos, caso este não possua nenhuma doença que lhe limite a possibilidade de uma vida mais longa. Assim, de acordo com este critério, a transição da terceira idade para a quarta idade, ocorre consoante o estado de saúde do indivíduo, podendo iniciar-se aos 60 anos para alguns indivíduos ou aos 90 anos para outros (Baltes & Smith, 2003; Papalia & Olds, 2000a). Apesar da idade cronológica ser o critério mais utilizado na definição do início da velhice, a idade possui uma dimensão biológica, social e psicológica

com significados importantes na compreensão do processo de envelhecimento. A sua multidimensionalidade faz com que esta não seja considerada uma boa medida do desenvolvimento humano, uma vez que a idade cronológica apenas indica o número de anos que um indivíduo vive e, não nos concede informação sobre a sua qualidade de vida, experiência psicológica e social ou estado de saúde (Barros de Oliveira, 2010; Fontaine, 2000a).

Esta etapa do ciclo de vida é caracterizada por um conjunto de mudanças que ocorrem a nível físico (e.g., alteração da aparência física, modificações estruturais e funcionais nos órgãos dos sentidos, declínio do funcionamento dos órgãos internos, modificações no funcionamento psicomotor, redução da atividade sexual), cognitivo (e.g., declínio na capacidade de processamento da memória a curto prazo, diminuição da capacidade de atenção e concentração) e psicossocial (e.g., estado de saúde, viuvez, morte de alguns amigos, entrada na reforma, situação financeira) (Papalia & Olds, 2000a; Papalia & Olds, 2000b; Stuart-Hamilton, 2002a; Stuart-Hamilton, 2002b; Stuart-Hamilton, 2002c; Stuart-Hamilton, 2002d), que contribuem para que esta fase do desenvolvimento seja encarada como um período de degradação e regressão (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro & Gomes, 2007). No entanto, ao longo dos últimos anos foram vários os autores que se dedicaram ao estudo sobre o envelhecimento bem-sucedido (e.g., Atchley, 1989; Baltes, 1987; 1993; Baltes & Carstensen, 1996; Havighurst, 1961; Rowe & Kahn, 1997) com o intuito de demonstrar uma visão positiva do funcionamento humano na velhice. Este conceito foi apresentado pela primeira vez em 1961 por Havighurst, que o definiu como um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, que possibilita um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do meio. Segundo Baltes (1987), existem três categorias de influências que causam grande impacto no desenvolvimento humano e, conseqüentemente, no processo de envelhecimento. As influências ligadas ao grupo etário, que estão relacionadas com a idade cronológica e são comuns a todos os indivíduos (e.g., maturação biológica, idade da reforma que é fixada por lei). As influências ligadas ao período histórico (e.g., Segunda Grande Guerra), sobre as quais os indivíduos não têm qualquer tipo de controlo. Por fim, as influências não normativas que englobam os acontecimentos autobiográficos que podem ser controlados pelos indivíduos (e.g., casamento, divórcio, escolha da profissão) ou inesperados (e.g., viuvez, desem-

prego, solidão). O modelo de otimização seletiva por compensação (Modelo SOC) desenvolvido por Baltes e Baltes (1990) considera que o envelhecimento bem-sucedido resulta da concretização de dois objetivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e evitamento de comportamentos de risco (perdas). Para estes autores, o envelhecimento bem-sucedido resulta da interação dinâmica de três mecanismos adaptativos (seleção, otimização e compensação), através dos quais os idosos conseguem reconhecer de forma objetiva e subjetiva as suas perdas, de modo a reajustarem as suas respostas face às exigências do meio, o que lhes permite envelhecer de forma saudável e produtiva (Baltes, 1997). Por sua vez, Fontaine (2000b) defende que a saúde, a manutenção do funcionamento cognitivo e físico e um envolvimento ativo com a vida, são três fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido. Estas perspetivas reconhecem a heterogeneidade do processo de envelhecimento, um fenómeno universal, dinâmico e inevitável, sentido e vivido de forma diferente por cada indivíduo, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Fonseca, 2005).

2.1.1. Envelhecimento Ativo

O paradigma do envelhecimento ativo surgiu com o intuito de modificar a condição do idoso na sociedade (Cabral et al., 2013; Ferreira, 2015), sendo um dos programas de intervenção mais utilizados na Europa para evidenciar as potencialidades do envelhecimento (Paúl, Ribeiro & Teixeira, 2012). São várias as organizações internacionais que apresentam diferentes perspetivas sobre o envelhecimento ativo nomeadamente, a Organização das Nações Unidas (ONU) através da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) e a Comissão Europeia (CE). Estas têm como finalidade a realização de iniciativas (e.g., celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações em 2012) que favoreçam a resolução dos problemas decorrentes do processo envelhecimento, organizadas consoante os seus objetivos e o seu âmbito de intervenção (Cabral et al., 2013).

De acordo com a OECD (1998), o envelhecimento ativo consiste na capacidade das pessoas em idade avançada conseguirem uma vida mais produtiva na sociedade e na economia. Esta organização defende que as pessoas após a entrada na reforma devem manter-se ativas, praticando diferentes tipos de atividades de acordo com as suas preferências e necessidades. Por outro lado, a CE (2002) considera que o envelhecimento ativo

é uma estratégia coerente que permite envelhecer de forma saudável, através da concretização de um conjunto de práticas (e.g., educação e formação ao longo da vida, adiar a entrada na reforma, promoção e manutenção da saúde, realização de atividades que estimulem as capacidades dos idosos). Em 2002 a OMS definiu o envelhecimento ativo como “ (...) *um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (p.12) (...)*”. Para esta organização a palavra “ativo”, implica que a população idosa participe em questões sociais, económicas, culturais, espirituais, cívicas e educacionais, que favoreçam a sua integração na sociedade. O envelhecimento ativo, enquanto paradigma de intervenção tem como principal objetivo a expectativa de uma vida saudável, através da realização de programas ou políticas que melhorem a qualidade de vida de todas as pessoas que envelhecem, principalmente das que apresentam maior fragilidade, que estão fisicamente incapacitadas e que necessitam da prestação de cuidados de saúde. Com um ponto de vista mais abrangente, a abordagem do envelhecimento ativo considera a importância dos comportamentos promotores de saúde, mas também avalia o impacto dos aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais no processo de envelhecimento (WHO, 2002).

O modelo apresentado por esta organização considera que o envelhecimento ativo resulta da influência de um conjunto de determinantes: transversais (e.g., género e cultura); pessoais (e.g., fatores biológicos, genéticos e psicológicos); comportamentais (e.g., adoção de um estilo de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde); económicos, (e.g., rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho); sociais, (e.g., apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso); serviços sociais e de saúde (e.g., direcionados para a promoção da saúde e prevenção das doenças); ambiente físico (e.g., acessibilidade a serviços de transporte, moradia e vizinhança seguras e adequadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros). De acordo com este modelo, o envelhecimento ativo engloba quatro conceitos chaves, autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida, sustentados por três pilares distintos: saúde, segurança e participação social (WHO, 2002). Entretanto, foi realizada uma revisão deste modelo, ao qual foi adicionado um novo pilar (aprendizagem ao longo da vida), com uma abordagem mais inclusiva na compreensão do envelhecimento ativo (International Longevity Centre Brazil [ILC-BR], 2015).

A elaboração deste modelo teve um contributo importante no desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de intervenção multidisciplinares e flexíveis, implementadas por diferentes governos e instituições, com o intuito de proporcionar uma vida ativa e saudável à população idosa (Direção geral de saúde [DGS], 2017). Porém, a complexidade deste paradigma continua a ser alvo de várias pesquisas científicas (e.g., Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2013; 2014; Marsillas et al., 2017; Paúl & Lopes, 2017; Paúl, Teixeira & Ribeiro, 2017; Ribeiro & Paúl, 2011; Stenner, McFarquhar & Bowling, 2011; Walker, 2002; Walker & Maltby, 2012), cujos resultados evidenciam o potencial do envelhecimento ativo, enquanto recurso indispensável para a sociedade.

2.2. Qualidade de vida da população idosa

A qualidade de vida tem sido objeto de estudo de diversas disciplinas (e.g., Economia, Política, Sociologia, Marketing, Psicologia, e Saúde), que interpretam e avaliam este conceito consoante a sua perspetiva científica (Sirgy et al., 2006). Apesar de não existir um consenso sobre o seu significado, a maioria dos estudos desenvolvidos sobre esta temática utilizam a definição estabelecida pela OMS na década de 90, que definiu este conceito numa perspetiva transcultural como “ (...) *a perceção individual da posição pessoal na vida, no contexto do sistema cultural em que as pessoas vivem relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações (...)* ” (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Um conceito multidimensional, subjetivo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e as características do ambiente em que um indivíduo se encontra inserido (WHOQOL Group, 1995).

A perspetiva da OMS sobre o conceito de qualidade de vida não só favoreceu o aumento do conhecimento científico desta temática, como também possibilitou a construção de diferentes instrumentos que permitem a sua avaliação: WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994), WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998), e WHOQOL-OLD (Power, Quinn & Schmidt, 2005).

As pesquisas científicas desenvolvidas sobre a qualidade de vida são concretizadas, maioritariamente, com recurso a duas metodologias distintas, qualitativa e quantitativa. O enfoque qualitativo opta por uma posição de escuta da pessoa, valorizando as suas

experiências, desafios e problemas, enquanto o enfoque quantitativo avalia este paradigma, através do estudo de diversos indicadores (e.g., sociais, psicológicos, ecológicos) (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest & Namey, 2005). No presente estudo, optamos por uma metodologia quantitativa para avaliar a qualidade de vida subjetiva da população idosa, através da administração da adaptação portuguesa de *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-Bref; Canavarro et al., 2007), uma versão simples, com um número reduzido de itens adequada a populações de baixa escolaridade e/ou com limitações nas suas capacidades cognitivas. De acordo com este instrumento, a qualidade de vida é determinada através de 4 domínios distintos (físico, psicológico, relações sociais e ambiente), cuja avaliação permite analisar a perceção subjetiva que o indivíduo tem de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas, ou, ainda, que lhe estão a ser negadas oportunidades que favoreçam a sua qualidade de vida, independentemente, do seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (WHO, 1998).

O interesse pelo estudo da relação entre envelhecimento e qualidade de vida assume um papel cada vez mais importante na nossa sociedade, devido ao aumento do envelhecimento demográfico (Cabral et al., 2013; Ferreira, 2015). Perante esta situação, é fundamental que o processo de envelhecimento seja encarado como uma fase do ciclo de vida positiva, pois o prolongamento da vida só faz sentido se conseguirmos enriquecer o seu conteúdo. No entanto, a representação social da velhice continua a possuir uma conotação negativa (e.g., solidão, doença, tristeza, dependência, morte), por ser considerada uma fase de maior vulnerabilidade emocional e social, marcada essencialmente pela deterioração física, declínio do funcionamento cognitivo e psicológico e perda de autonomia. Assim, uma perspetiva mais otimista ou mais negativa sobre o que significa envelhecer, varia consoante a perceção que cada indivíduo tem do seu processo de envelhecimento, resultado das suas vivências mas também das atitudes globais formadas na sociedade (Daniel, Antunes & Amaral, 2015). Um estudo desenvolvido por Cabral et al. (2013) demonstra que os portugueses com mais de 50 anos possuem uma perspetiva positiva do envelhecimento, que tende a diminuir com o avançar da idade. Por outro lado, são os homens, os indivíduos com maior nível de escolaridade e com estatuto socioeconómico mais elevado, que apresentam atitudes mais otimistas em relação ao envelhecimento, ao contrário das mulheres e dos indivíduos com baixa escolaridade e com pior condição financeira, que expressam uma perspetiva mais negativa do envelhecimento. A maneira

como cada idoso encara e vivencia o processo de envelhecimento é ainda determinada pela avaliação subjetiva da sua qualidade de vida, tornando-a num dos principais fatores que devemos ter em conta quando pretendemos analisar a condição de vida da população idosa. Desta forma, envelhecer com qualidade de vida implica a existência de uma boa condição de saúde, uma vida física e intelectual ativa, manutenção das relações interpessoais mais significativas, participação social ativa, adoção de comportamentos promotores de saúde (Nunes & Menezes, 2014a) e, uma boa capacidade de adaptação e resiliência do indivíduo perante as diversas frustrações, perdas e declínios que caracterizam esta fase de desenvolvimento (Barros de Oliveira, 2010).

Porém, avaliar a qualidade de vida da população idosa é uma tarefa bastante difícil devido à complexidade, multidimensionalidade e subjetividade deste constructo (WHO-QOL Group, 1995), mas acima de tudo porque o envelhecimento e qualidade de vida são dois acontecimentos dependentes do tempo, que variam consoante os valores e expectativas de um indivíduo (Carr, Gibson & Robinson, 2001). Apesar das dificuldades existentes na sua concretização, a avaliação da qualidade de vida na velhice deve incluir um conjunto de indicadores de natureza biológica, psicológica e sociocultural, sendo que entre os mais utilizados estão, o bem-estar subjetivo (físico, material, social, emocional), autonomia, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, contexto de residência e relações pessoais (Fonseca, 2005).

A realização de vários estudos nas últimas décadas (e.g., Cabral et al., 2013; Farqhar, 1995; Fernandez-Mayoralas et al., 2012; Fonseca, 2005; Fonseca & Paúl, 2008; Fonseca, Paúl & Martin, 2008; Gabriel & Bowling, 2004; Nunes & Menezes, 2014b; Paúl & Fonseca, 2001a; Ribeiro, 2005; Vilar et al., 2014) permitiu verificar que os idosos consideram que a saúde e autonomia são os principais determinantes de uma boa qualidade de vida. No entanto, a variabilidade existente na perceção subjetiva da qualidade de vida da população idosa também é influenciada por fatores pessoais e sociais (Bowling et al., 2003; Bowling, 2008; Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010; Farqhar, 1995; Fernández-Ballesteros, 1998).

2.2.1. Percepção do estado de saúde

A percepção do estado de saúde resulta da autoavaliação que um indivíduo faz da sua saúde, através de uma avaliação subjetiva e complexa dos indicadores biológicos percebidos com os estímulos vivenciados, que são interpretados consoante as suas expectativas individuais e sociais, estereótipos relativos a papéis e valorizações pessoais (Fonseca & Paúl, 2008). Apesar da sua subjetividade, a percepção do estado de saúde é considerada uma medida importante na interpretação da taxa de morbilidade, da utilização dos serviços de saúde e na avaliação da qualidade de vida da população idosa (Paúl & Fonseca, 2001b; Smith, Sim, Scarf & Phillipson, 2004).

A avaliação da condição de saúde tende a piorar significativamente, com o avançar da idade, principalmente, nas mulheres que são mais dependentes da medicação e apresentam mais doenças crónicas (e.g., hipertensão, problemas de tiróide, anemias, artrite, diabetes, problemas urinários e de pele) que os homens (e.g., doenças coronárias e cancro), motivo pelo qual utilizam com maior frequência os serviços de saúde (Cabral et al., 2013; Fernández- Ballesteros, 1998; Garcia, Banegas, Pérez-Regadera, Cabrera & Rodríguez-Artalejo, 2005; Jakobsson, Hallberg & Westergren, 2004; Paúl & Fonseca, 2001b; Sprangers et al., 2000). As desigualdades existentes na percepção da condição de saúde nos idosos podem ser explicadas por outros fatores de ordem social, nomeadamente, a escolaridade e o rendimento (Geib, 2012), em que um baixo nível de escolaridade e uma situação económica desfavorável que dificulte o acesso aos cuidados de saúde, estão associados a uma percepção negativa do estado de saúde e, conseqüentemente a uma pior qualidade de vida (Cabral et al., 2013; Fonseca et al., 2008; Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2004).

A população idosa avalia ainda o seu estado de saúde consoante as atividades que mais valorizam, ou seja, um idoso que goste de ler irá avaliar de forma negativa os seus problemas visuais, enquanto, que um idoso que goste de caminhar irá avaliar de forma negativa as suas limitações motoras (Paúl & Fonseca, 2001a).

Ainda que a saúde por si só não represente uma condição de felicidade, a sua inexistência, principalmente no caso dos idosos, implica uma maior mobilização de recursos e capacidades individuais de *coping*, diminui a capacidade funcional, prejudica a situação económica, dificulta a realização de atividades diárias e altera as relações sociais, contribuindo para uma diminuição da qualidade de vida da população idosa (Fonseca &

Paúl, 2008; Fonseca et al., 2008; Friedman, Parikh, Giunta, Fahs & Gallo, 2012; Paúl et al., 2004; Rantakokko et al., 2010).

Contudo, os resultados obtidos no *Berlin Aging Study* (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002) demonstram que é possível que idosos sob condições de limitações e incapacidades funcionais alcancem níveis positivos de qualidade de vida e bem-estar, se recorrerem a mecanismos compensatórios que lhes permita lidar com as suas perdas. Neste sentido, torna-se crucial que a saúde não seja encarada apenas como mera ausência de doença, mas antes como um meio que permite ao indivíduo alcançar o seu bem-estar físico, psíquico e social (Nunes & Menezes, 2014b).

2.2.2. Perceção de autonomia

Nesta etapa do ciclo de vida, à medida que a idade avança é comum verificar-se um declínio do estado de saúde do indivíduo, que condiciona o processo de envelhecimento, principalmente se provocar o aparecimento de incapacidades físicas e psicológicas que afetem o quotidiano da população idosa (Cabral et al., 2013). A capacidade de autonomia é um dos fatores que exerce mais influência sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência dos idosos e, por isso é considerada uma componente principal da sua qualidade de vida (ILC-BR, 2015).

A autonomia nos idosos é determinada pela sua capacidade na tomada de decisões e, ainda pelo seu nível de independência na realização de atividades da vida diária que se dividem em dois grupos distintos: i) atividades básicas da vida diária (ABVD), tarefas de cuidado pessoal (e.g., higiene pessoal, controlo de eliminação vesical e intestinal e uso de sanitários, vestuário, alimentação locomoção, transferência) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963); ii) atividades instrumentais da vida diária (AIVD), tarefas realizadas no nosso dia-a-dia (e.g., utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, realização de tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, preparação da medicação e capacidade para gerir o dinheiro) (Lawton & Brody, 1969).

A capacidade de autonomia de um indivíduo tem tendência para agravar à medida que a idade avança (Cabral et al., 2013; Nunes & Menezes, 2014b; Shumway-Cook et al., 2003; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003), onde as mulheres são mais dependentes que os homens, por apresentarem uma esperança média de vida superior (Fernández-

Ballesteros, 1998; Freedman, Grafova, Schoeni & Rogowski, 2008; Raimundo, 2014; Sousa et al., 2003). Quanto maior for o nível de comprometimento funcional de um indivíduo, maior serão as suas limitações na realização de AIVD e, conseqüentemente pior será a percepção da sua qualidade de vida física (Fonseca et al., 2008; Paúl et al., 2004).

Apesar da dependência dos idosos estar associada, maioritariamente ao declínio físico, fatores de ordem psicológica (e.g., sintomas depressivos, frustração, insegurança) (Ahern & Hendryx, 2008; Benyamini & Lomranz, 2004; Buffel et al., 2014; Cabral et al., 2013; Grant, Edwards, Sveistrup, Andrew & Egan, 2010; Jakobsson & Hallberg, 2005; O'Brien, 2005) social (e.g., viver sozinho, diminuição da participação social) (Bowling & Stafford, 2007; Rosso, Taylor, Tabb & Michael, 2013) e ambiental (e.g., habitação inacessível, ausência de transportes públicos, calçada irregular, distâncias longas) (Balfour & Kaplan, 2002; Beard et al., 2009; Freedman et al., 2008; Iwarsson, 2005; Iwarsson, Horstmann & Slaug, 2007; Keysor et al., 2010; Rantakokko et al., 2010; Shumway-Cook et al., 2003; Wahl, Schilling, Oswald & Iwarsson, 2009; White et al., 2010), também são responsáveis pela perda gradual de independência na população idosa.

A ausência de congruência com o meio ambiente (e.g., existência de barreiras ambientais), aparecimento de doenças crônicas (e.g., diabetes, hipertensão, osteoporose) e uma situação econômica desfavorável, por vezes tornam os idosos mais dependentes levando a que estes necessitem de recorrer ao apoio de cuidadores (e.g., familiares, amigos mais próximos, vizinhos), para conseguirem realizar as suas atividades da vida diária, que em circunstâncias extremas poderá levar a um processo de institucionalização precoce (Glass & Balfour, 2003; Perez, Fernandez-Mayoralas, Rivera & Abuin, 2001). Apesar de continuar a existir o estereótipo de que as pessoas mais velhas são dependentes, há idosos que continuam a habitar as suas casas, que conseguem manter a sua autonomia e ter uma vida ativa e feliz, mesmo após o aparecimento de doenças (Fonseca & Paúl, 2008; Nunes & Menezes, 2014b). Assim, a capacidade de autonomia de um indivíduo deve ser estimulada independentemente do seu nível de capacidade funcional, através de legislações que protejam os direitos dos idosos, criando oportunidades acessíveis, favorecendo o processo de tomada de decisão e disponibilizando a prestação de serviços na comunidade e em casa (ILC-BR, 2015).

2.2.3. Características sociodemográficas

As características sociodemográficas (e.g., idade, género, estado civil, escolaridade e rendimento), não provocam variações tão significativas como o estado de saúde e capacidade de autonomia na perceção subjetiva da qualidade de vida dos idosos (Bowling & Windsor, 2001). Ainda assim, não deixam de ter um contributo importante na sua compreensão, uma vez que a qualidade de vida é um constructo subjetivo e multidimensional onde os fatores pessoais e sociais assumem relevâncias diferentes (WHO, 2002).

A maioria dos estudos realizados evidenciam que à medida que a idade de um indivíduo aumenta, a avaliação subjetiva da sua qualidade de vida diminui (Canavarro et al., 2010; Fonseca et al., 2008; Garcia et al., 2005; Garcia & Navarro, 2018; Paúl et al., 2004). No entanto, existem evidências que uma boa condição de saúde, relacionamentos interpessoais satisfatórios (e.g., família, amigos, vizinhança), situação económica favorável que satisfaça as necessidades básicas dos idosos (e.g., alimentação, medicação, impostos), manutenção de um papel ativo na sociedade após a entrada na reforma (e.g., voluntariado), boa capacidade funcional e a qualidade ambiental, contribuem para uma avaliação subjetiva positiva da qualidade de vida, independentemente da idade (Bowling et al., 2003; Fernández- Ballesteros, 1998; Gabriel & Bowling, 2004; Garcia & Navarro, 2018; Wilhelmson, Andersson, Waern & Allebeck, 2005). Assim, a influência da idade na qualidade de vida dos idosos pode ocorrer devido ao efeito direto do envelhecimento e, indiretamente, através do efeito do processo de envelhecimento nos fatores que determinam a sua qualidade de vida (Netuveli & Blane, 2008).

Relativamente, ao género apesar das diferenças serem pouco significativas, são as mulheres que manifestam pior perceção subjetiva da qualidade de vida, com valores inferiores em todos os domínios (Canavarro et al., 2010; Garcia et al., 2005). Esta diferença é mais evidente nos domínios psicológico e físico da qualidade de vida (Fonseca et al., 2008; Gobbens & Van Assen, 2017; Paúl et al., 2004), devido ao aparecimento de doenças crónicas não fatais e problemas físicos e mentais, serem mais frequentes no género feminino (Fernández- Ballesteros, 1998; Jakobsson et al., 2004; Paúl & Fonseca, 2001b).

É na velhice que as relações interpessoais sofrem grandes alterações, onde o meio social do idoso começa a diminuir de forma progressiva. Nesta fase do ciclo de vida, as relações grupais deixam o contexto de trabalho, passando a ser constituídas por familiares

e amigos mais próximos, onde a morte do conjugue é considerada uma das perdas mais significativas, que contribui para o aumento do isolamento da população idosa (Paúl, 2005). Nos estudos desenvolvidos (e.g., Bowling & Windsor, 2001; Canavarro et al., 2010; Gobbens & Van Assen, 2017) verifica-se que são os indivíduos viúvos ou divorciados que evidenciam pior qualidade de vida, comparativamente, aos indivíduos casados ou solteiros. Porém, a ausência de uma vida conjugal está associada a melhores resultados no domínio das relações sociais, enquanto indivíduos que vivem sozinhos participam com maior frequência em atividades sociais, apresentando melhores resultados no domínio meio ambiente da escala WHOQOL-BREF (Alexandre, Cordeiro & Ramos, 2009). Uma boa situação financeira permite que os idosos consigam suportar a maioria das suas despesas (e.g., alimentação, saúde, medicação, impostos), evitando de recorrer ao apoio de familiares, amigos mais próximos ou até mesmo de instituições de solidariedade social (Nunes & Menezes, 2014b). Esta é uma das razões pela qual os idosos que usufruem rendimentos mais elevados apresentam, uma perceção subjetiva mais positiva da sua qualidade de vida (Canavarro et al., 2010; Fernández- Ballesteros, 1998; Fonseca et al., 2008; Friedman et al., 2012; Gobbens & Van Assen, 2017; Jakobsson et al., 2004; Niedzwiedz, Katikireddi, Pell & Mitchell, 2014; Paúl et al., 2004). A escolaridade também provoca oscilações na perceção da qualidade de vida dos idosos, sendo que um maior nível de escolaridade (e.g., ensino secundário) também está associada a uma melhor perceção da qualidade de vida (Canavarro et al., 2010; Dong & Bergen, 2016; Fonseca et al., 2008; Friedman et al., 2012; Garcia et al., 2005; Gobbens & Van Assen, 2017).

2.3. A importância do ambiente construído na qualidade de vida da população idosa

Num ambiente urbano, estamos mais distanciados da homogeneidade cultural e funcional existente em ambiente rural, onde a mobilidade social é menor e as estratificações tradicionais são mais intensas. A cidade é considerada um espaço causador de *stress*, marcado por conflitos de valores e representações sociais, mas por outro lado, também assume um papel importante no processo de socialização (Soczka, 2005).

Ao longo das últimas décadas, o ambiente urbano sofreu várias alterações tanto a nível físico (e.g., poluição, escassez de recursos energéticos), como a nível social (e.g., alterações nos aspetos macrossociais derivado ao processo de globalização, alterações na

relação entre pessoas na interação social), motivo pelo qual a diminuição da capacidade de adaptação do idoso face às alterações do meio ambiente, é uma das mudanças mais evidentes do processo de envelhecimento, com consequências negativas para a qualidade de vida e bem-estar da população idosa (Paúl, 2005).

Na década de 80 foram desenvolvidos vários modelos ambientais (e.g., modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973), modelo de Complementaridade-Competência (Carp & Carp, 1984), modelo de Ecologia Social (Moos & Lemke, 1984)), com o intuito de compreender a interação pessoa-ambiente na velhice. Contudo, o modelo ecológico de Pressão-Competência (Lawton & Nahemow, 1973) continua a ser um dos modelos mais utilizados (e.g., Faria & Carmo, 2015; Iwarsson, 2005; Sequeira & Silva, 2002), na análise da relação da população idosa com o meio ambiente.

Segundo este modelo, é a competência individual (capacidade de funcionamento do indivíduo em diferentes áreas, como a saúde biológica, sensação-percepção, comportamento motor e cognição) e a pressão ambiental (grau de exigência que o ambiente exerce sobre as capacidades físicas e sociais de um indivíduo), que determinam a forma como os idosos se adaptam ao meio em que se encontram inseridos. Assim, quanto mais competências possuir o idoso mais fácil será a sua adaptação ao meio, porém com o avançar da idade o nível de competência individual tende a diminuir, passando os fatores ambientais a determinar o comportamento do indivíduo (Lawton & Nahemow, 1973). Neste sentido, é importante que continuem a ser realizadas mudanças ambientais que proporcionem um equilíbrio entre a congruência do idoso e a pressão do meio ambiente, otimizando a sua adaptação (Paúl, 2005).

2.3.1. Características físicas e sociais do ambiente construído

O bairro é um elemento organizador do desenho urbano, com uma identidade própria sustentada pela cultura e vivência, que funciona como um sistema autónomo que disponibiliza uma variedade de infraestruturas, equipamentos e serviços aos seus residentes e/ou utilizadores, motivo pelo qual é considerado um dos elementos do ambiente construído, que exerce maior influência na qualidade da população idosa (Buffel et al., 2012).

O ambiente construído engloba as características objetivas e percebidas do contexto físico em que as pessoas estão inseridas (e.g., casa, bairro), nomeadamente a

existência e qualidade das infraestruturas, diversidade de serviços (e.g., saúde, sociais, transporte), qualidade do pavimento, locais de descanso, existência de locais que favoreçam a realização de atividade física, densidade e velocidade do trânsito, condições climáticas, criminalidade e percepção de segurança. Ainda que a ocorrência de crime e percepção de segurança, não sejam consideradas características físicas do ambiente construído, a sua influência na percepção de qualidade de vida dos idosos também será estudada na presente investigação, uma vez que estão intimamente ligadas a características do ambiente construído (e.g., baixa qualidade da iluminação pública, edifícios degradados, presença de lixo) (Davison & Lawson, 2006).

Os espaços públicos urbanos (e.g., jardins, ruas, praças, campos de jogos, espaços verdes) assumem um papel importante na qualidade de vida da população idosa, sendo que os espaços verdes apresentam maior número de benefícios para a sua saúde e bem-estar (e.g., realização de atividade física, contacto com a natureza, redução de stress, interação social positiva) (Brown & Grant, 2007; Carlson et al., 2012; Chaudhury, Campo, Michael & Mahmood, 2016; Cohen et al., 2007; De Vries, Verheij, Groenewegen & Spreeuwenberg, 2003; Gomes et al., 2011; Kim & Kaplan, 2004; Li, Fisher, Brownson & Bosworth, 2005; Mowen, Orsega-Smith, Payne, Ainsworth & Godbey, 2007; O'Brien, 2005; Orsega-Smith, Mowen, Payne & Godbey, 2004; Sugiyama, Thompson & Alves, 2009; Sugiyama, Francis, Middleton, Owen & Giles-Corti, 2010; Takano, Nakamura & Watanabe, 2002).

O ambiente construído pode impor restrições à população idosa, mas também permite que os idosos envelheçam de forma ativa e saudável, pois as suas características podem funcionar como facilitadores ou barreiras de determinado comportamento, consoante as características de cada indivíduo (Sugiyama et al., 2009).

Assim, os idosos que vivem sozinhos valorizam a distância até ao parque, ausência de sinais de vandalismo e a existência de árvores e plantas como os atributos mais importantes num espaço público, enquanto os que vivem acompanhados preferem frequentar locais que oferecem uma diversidade de instalações (e.g., cafés, lojas, restaurantes) e com parque de estacionamento (Alves et al., 2008; Aspinall et al., 2010). A existência de uma boa rede de transportes públicos e a colocação de bancos, distribuídos pela via pública são considerados os elementos mais importantes no local de residência para os idosos que apresentam menor mobilidade (White et al., 2010).

Um ambiente construído que dificulte a deslocação da população idosa (e.g., ausência de locais de descanso, escadas quebradas, ruas inclinadas, buracos nos passeios, calçada irregular, distâncias longas, habitação inacessível) e que aumente a percepção de insegurança (e.g., baixa qualidade da iluminação pública, trânsito de veículos intenso, presença de sinais de vandalismo, ruído) (Day, 2008; Iwarsson, 2005; Iwarsson et al., 2007; Phillips, Siu, Yeh, & Cheng, 2005; Rantakokko et al., 2010; Smith, 2009) limita a realização de AIVD, fazendo com que os idosos estejam mais propensos ao isolamento e ao declínio da sua capacidade funcional (Balfour & Kaplan, 2002; Beard et al., 2009; WHO, 2007; Shumway-Cook et al., 2003), diminuindo a sua qualidade de vida (Gobbens & Van Assen, 2017; Parra et al., 2010; Phillips et al., 2005; Rantakokko et al., 2010; Shepherd, Welch, Dirks & McBride, 2013; Smith, 2009).

A segurança é uma necessidade básica do ser humano, cuja ausência leva a que um indivíduo experiencie ansiedade, medo e insegurança, emoções e sentimentos com consequências negativas na autoestima, autonomia e qualidade de vida da população, com maior impacto na população idosa (Duarte & Barbosa, 2011).

Independentemente, do grau de perigo existente numa cidade, a população idosa residente em ambientes urbanos, manifesta um conjunto de preocupações em relação à segurança do seu local de residência (e.g., iluminação pública, trânsito automóvel intenso, violência, criminalidade, drogas e existência de pessoas estranhas) (WHO, 2007). Porém, é o medo da ocorrência de crime que contribui para uma maior percepção de insegurança numa cidade (Smith, 2009), um sentimento que funciona como uma barreira psicológica que impede a maioria dos indivíduos de sair de casa, sobretudo à noite (Scharf, Phillipson & Smith, 2003). De acordo com a perspetiva psicológica de Gabriel e Greve (2003), o medo do crime é um problema social significativo que engloba uma componente afetiva (e.g., preocupação do indivíduo em relação à sua segurança pessoal), cognitiva (e.g., probabilidade de vitimização) e comportamental (e.g., evitar sair à noite).

A percepção de insegurança experienciada pelos utilizadores de um espaço público urbano é influenciada por fatores pessoais (e.g., género, idade, escolaridade, rendimento), físicos (e.g., edifícios degradados, sinais de vandalismo, baixa qualidade da iluminação pública, ausência de limpeza, dificuldades de acesso visual, vegetação densa e desorganizada) e sociais (e.g., baixa coesão social, ausência de pessoas) (Maruthaveeran & Van den Bosch, 2014; Scarborough, Like-Haislip, Novak, Lucas & Alarid, 2010).

A realização de vários estudos (e.g., Brownlow, 2006; Deniz, 2016; Farrall, Bannister, Ditton & Gilchrist, 2000; Fox, Nobles & Piquero, 2009; Gainey, Alper & Chappell, 2011; Gibson, Zhao, Lovrich & Gaffney, 2002; Gray, Jackson & Farral, 2011; Hung & Crompton, 2006; Johansson, Rosén & Küller, 2011; Jorgensen, Hitchmough & Dunnett, 2007; Jorgensen, Ellis e Ruddell, 2012; Kullberg, Karlsson, Timpka & Lindqvist, 2009; Mak & Jim, 2018; Mesch, 2000; McCrea, Shyy & Stimson, 2005; O'Brien, 2005; Reid & Korand, 2004; Scarborough et al., 2010; Tandogan & Ilhan, 2016) tem demonstrado que a idade e o género são os fatores pessoais com maior relevância na perceção de insegurança, um sentimento vivenciado com maior intensidade pelas mulheres e os idosos, por considerarem que são mais suscetíveis de serem vítimas de crime em ambiente urbano, devido à sua vulnerabilidade física, social e económica (Gainey et al., 2011; Spain, 2014; Wyant, 2008). Experimentar este sentimento pode tornar-se disfuncional, provocando alterações nas rotinas diárias e comportamentos da população (e.g., evitam frequentar ruas, praças, parques e transportes públicos), que acarretam consequências negativas na sua saúde física e mental, diminuindo a sua qualidade de vida (Bowling & Stafford, 2007; Deniz, 2016; Farral et al., 2000; Jackson & Stafford, 2009; Scharf et al., 2003; Spain, 2014; Tandogan & Ilhan, 2016). Ainda que o seu impacto seja menos estudado, um baixo nível de escolaridade e uma situação económica desfavorável, também estão associados a uma maior perceção de insegurança em ambientes urbanos (Beaulieu, Dubé, Bergeron & Cousineau, 2007; Gibson et al., 2002; Mak & Jim, 2018; Mesch, 2000; Scarborough et al., 2010).

Segundo a perspetiva dos utilizadores de espaços verdes urbanos, a baixa qualidade da iluminação pública, vegetação densa e desordenada e desordem social (e.g., lixo, graffiti, edifícios degradados), são as características físicas do ambiente construído que provocam mais medo e insegurança na utilização destes espaços (Brownlow, 2006; Gainey et al., 2011; Gibson et al., 2002; Jansson, Fors, Lindgren, & Wiström, 2013; Johansson et al., 2011; Jorgensen, Hitchmough & Calvert, 2002; Jorgensen et al., 2007; Lindgren & Nilsen, 2011; Maas et al., 2009; Mak & Jim, 2018; Ross & Gang, 2000). No entanto, são as características sociais (e.g., familiaridade com a comunidade, elevado nível de coesão social) que assumem um papel relevante neste tipo de sentimento, devido ao seu efeito protetor que diminui a perceção de insegurança dos idosos, relativamente ao seu

local de residência (Gainey et al., 2011; Gibson et al., 2002; Krenichyn, 2004; Scarbrough et al., 2010), proporcionando melhor qualidade de vida à população idosa (Bjornstrom & Ralston, 2013; Choi & Matz-Costa, 2018; Cramm, Van Dijk & Nieboer, 2012; Dong & Bergen, 2016; Friedman et al., 2012; Gray et al., 2011).

2.3.2. Identidade e vinculação ao lugar

O ambiente construído onde estamos inseridos assume um papel importante na construção e manutenção da nossa identidade, porque nós somos o resultado das experiências que temos no lugar onde vivemos (Speller, 2005).

A população idosa manifesta um forte desejo de “envelhecer no lugar”, optando por permanecer nas suas casas o maior tempo possível, mesmo que isso implique a realização de mudanças na sua habitação, de acordo com as suas necessidades. Uma escolha que funciona como uma estratégia de otimização, que os idosos recorrem para lidar com as perdas decorrentes do processo de envelhecimento, que lhes proporciona a possibilidade de se manterem independentes, socialmente ativos e usufruírem de uma boa qualidade de vida (Bevan & Croucher, 2011; Golant, 2003; Scharf et al., 2003; Wiles, Leibing, Guberman, Reeve, & Allen, 2012).

Proshansky, Fabian e Kaminoff (1983), foram os primeiros a apresentar o termo identidade de lugar (*place identity*) para explicar a relação entre um indivíduo e um lugar, um processo dinâmico que ocorre num ambiente físico e social, através da qual se desenvolvem sentimentos de pertença, relativamente a um lugar (e.g., casa, bairro, comunidade). A identidade de lugar é considerada uma subestrutura da identidade pessoal que engloba memórias, ideias, sentimentos, atitudes, valores e significados do contexto em que um indivíduo se encontra inserido. Mais tarde, associado a este termo, surgiu o conceito vinculação ao lugar (*place attachment*) que corresponde ao sentimento de afeto que um indivíduo desenvolve por um determinado lugar, valorizando mais os seus aspetos positivos do que aos negativos (Giuliani, 2003).

O desenvolvimento de laços afetivos por um determinado lugar surge quando este satisfaz as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais de um indivíduo, que para além de proporcionam o desenvolvimento de um sentido de identidade positivo, são essenciais para a sua saúde e bem-estar subjetivo (Taylor 2001; Twigger-Ross & Uzzell, 1996). Porém, a vinculação ao lugar difere de indivíduo para indivíduo consoante as suas

experiências e interesses, sendo por isso um sentimento que sofre alterações ao longo do tempo (Giuliani, 2003).

Existem características individuais (e.g., idade, tempo de residência) que determinam o sentimento de afeto que a população idosa desenvolve relativamente a um determinado lugar, um sentimento que contribui para o aumento da satisfação com o local de residência (e.g., casa, bairro) em idades muito avançadas (e.g., velhos “jovens” (65-79 anos) e “velhos velhos” (80-94 anos)), principalmente nos que residem no mesmo lugar por longos períodos de tempo (Bailey, Kearns & Livingston, 2012; Byrnes, Lichtenberg & Lysack, 2006; Gilleard, Hyde & Higgs, 2007; Giuliani 2003; Hernández, Hidalgo, Salazar-Laplace & Hess, 2007; Hidalgo & Hernández, 2001; Lewicka, 2010; Livingston, Bailey & Kearns, 2010; Oswald, Hieber, Wahl & Mollenkopf, 2005; Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2010; Perez et al., 2001). É por esta razão, que a população idosa evita realizar realocações repetidas, apresenta maior regularidade na realização das suas atividades quotidianas e valoriza com maior intensidade o ambiente construído, mesmo que as suas condições físicas e sociais não sejam as melhores (Gilleard et al., 2007; Golant, 2011; Wahl & Oswald, 2010; Wanka, 2017).

Porém, determinadas características do ambiente construído (e.g., edifícios degradados, ausência de serviços de saúde e transporte, trânsito automóvel intenso, baixa coesão social, insegurança, habitação inacessível) e, uma elevada instabilidade residencial contribuem para uma menor identidade e vinculação ao lugar (Baley et al., 2012; Buffel, Phillipson & Scharf, 2013; Buffel et al., 2014; Livingston et al., 2010; Oswald et al., 2005; Scharf et al., 2003; Smith, 2009). Enquanto, a perceção de segurança, capacidade de autonomia, familiaridade com a comunidade e congruência com o meio, são os principais fatores que orientam o comportamento, cognições e avaliações do indivíduo, facilitando a vinculação ao lugar de modo a que este consiga alcançar uma identidade de lugar positiva (Dassopoulos & Monnat, 2011; Kearney, 2006; Kim & Kaplan, 2004; Lewicka, 2010; Rowles 2008; Phillips, Walford & Hockey, 2011; Speller, Lyons & Twigger-Ross, 2002; Wanka, 2017; Wiles et al., 2012).

Para a população idosa, a sua casa é um lugar que ultrapassa as paredes da sua habitação privada, que abrange espaços externos (e.g., bairro, comunidade, cidade, lojas, centros comunitários, espaços públicos) utilizados para a realização de atividades pessoais e sociais (Peace, Holland & Kellaher, 2006; Wiles et al., 2012). Nos bairros urbanos,

a atratividade do ambiente construído e a acessibilidade dos espaços públicos contribuem para que os idosos desenvolvam um forte sentimento de identidade e vinculação positiva, relativamente ao seu local de residência (Garcia-Ramon, Ortiz & Prats, 2004; Phillips et al., 2011), proporcionando uma melhor qualidade de vida social (Tartaglia, 2013).

2.3.3. Utilização e/ou apropriação dos espaços públicos urbanos pela população idosa

Os espaços públicos urbanos são lugares abertos ao público, de acesso ilimitado, gratuito, sem condicionamentos (Indovina, 2002) que oferecem suporte e facilitam as interações sociais e culturais, que podem ser utilizados por todas as pessoas, independentemente da sua condição social e económica, idade ou género (Carmona, Heath, Oc & Tiesdell, 2003)

Nos bairros urbanos, os espaços públicos (e.g., jardins, ruas, praças, campos de jogos, espaços verdes) são utilizados, maioritariamente pelos seus residentes dos quais se destacam crianças com idades compreendidas entre os 4 e 12 anos, mães com filhos e idosos (Matos, 2010; Smith, et al., 2013; Wanka, 2017). No entanto, a forma como estes espaços são percebidos e utilizados não é uma experiência homogénea, variando consoante as características sociodemográficas (e.g., idade, género, estado civil, escolaridade, rendimento) (Cabral et al., 2013; Garcia-Ramon et al., 2004; Van Groenou & Deeg, 2010; Whyte, 2001a) e estado de saúde do utilizador (Cabral et al., 2013).

A perceção e utilização do espaço público determina a disposição dos seus utilizadores, razão pela qual as mulheres preferem utilizar os bancos voltados para os edifícios, enquanto os homens optam pelos bancos voltados para a via principal de circulação, onde o fluxo pedestre é mais intenso (Garcia-Ramon et al., 2004; Whyte, 2001b). Existem evidências de que são os homens, a maioria com mais de 65 anos, que utilizam com maior frequência os espaços públicos, principalmente no período da manhã (Cohen et al., 2007; Garcia-Ramon et al., 2004; Hung & Crompton, 2006; Jorgensen & Anthopoulos, 2007; Noon & Ayalon, 2018). Por sua vez, as crianças percebem o espaço público existente no seu bairro, exclusivamente como um local lúdico, utilizando com maior frequência os parques infantis e campos de jogos (Baran et al., 2013; Whyte, 2001a), enquanto os adolescentes usam os espaços públicos, apenas como local de ponto de encontro e/ ou para utilizar a rede de transportes (Garcia-Ramon et al., 2004).

De acordo com Gehl (2010) a multiplicidade de funções que os espaços públicos oferecem aos seus utilizadores (e.g., reunião, comércio, ligação, lazer/convívio) favorece a realização de várias atividades (e.g., necessárias, opcionais e sociais). As atividades necessárias (e.g., ir para o trabalho, ir às compras, caminhar, utilização de serviços de transporte e de saúde) são realizadas pela população, independentemente das condições climáticas, pois são essenciais na vivência do seu dia-a-dia, enquanto as atividades opcionais (e.g., passear, descansar, sentar, atividades recreativas) são concretizadas quando as condições climáticas e a qualidade do ambiente físico permitem a sua ocorrência. Por sua vez, as atividades sociais (e.g., jogos infantis, observar, conversar, atividades comunitárias) decorrem de forma espontânea, pois resultam da interação de um conjunto de pessoas que circulam num dado momento o mesmo espaço público. É a realização de atividades sociais, que atrai um maior número de pessoas para os espaços públicos urbanos, reforçando a sua importância no processo de socialização (Garcia-Ramon et al., 2004).

A qualidade do ambiente construído desempenha um papel importante na manutenção das relações sociais (Bevan & Croucher, 2011), onde a presença de determinadas características (e.g., boas infraestruturas, acessibilidade, coisas interessantes para ver, locais de descanso, qualidade do pavimento, proximidade de destinos, ausência de sinais de vandalismo, existência de árvores e plantas, trânsito automóvel reduzido, percepção de segurança) favorece a utilização de espaços públicos urbanos, contribuindo para o aumento de interação social da população idosa (Baran et al., 2013; Bjornstrom & Ralston 2013; Bowling et al., 2003; Brownlow, 2006; Chaudhury, Mahmood, Michael, Campo, & Hay, 2012; Sugiyama et al., 2009). A existência de boas infraestruturas, diversidade e proximidade de serviços e, a existência de uma boa relação com a vizinhança, são as características que estão associadas a níveis mais elevados de participação social nos idosos (Bowling & Stafford, 2007; Hand, Law, Hanna, Elliott & McColl, 2012; King, 2008; Lefebvre et al., 2011; Richard, Gauvin, Gosselin & Laforest, 2008; Richard et al., 2012). No entanto, à medida que a idade avança a participação social da população idosa tende a diminuir, reduzindo a frequência com que praticam atividades em espaços públicos urbanos. Essa diminuição está maioritariamente, associada a um pior estado de saúde (e.g., aparecimento de doenças crónicas; problemas de saúde mental, declínio da capacidade funcional) (Ahern &

Hendryx, 2008; Bowling & Stafford, 2007; Cabral et al., 2013; Theis & Furner, 2011) e, a existência de elementos físicos do ambiente construído que dificultam a interação social da população idosa (e.g., ausência de parques próximos do seu local de residência, calçada irregular, iluminação fraca, ausência de locais que possibilitem oportunidades de descanso, ausência de locais que favoreçam a realização de caminhadas, trânsito automóvel intenso) Buffel et al., 2012; Buffel et al., 2013; Keysor et al., 2010; Rosso et al., 2013; Van Groenou & Deeg, 2010; White et al., 2010).

A organização, o *design* e a construção de espaços públicos em ambientes urbanos têm grande impacto na mobilidade, autonomia e qualidade de vida da população idosa (WHO, 2007). Como tal, é importante que estes espaços sejam encarados como áreas multifuncionais que proporcionam a ocorrência de vida urbana, concedem identidade às cidades e beneficiam o processo de socialização (Gehl, 2010), condições essenciais no desenvolvimento de cidades de sucesso (Project for Public Spaces, 2012).

3. Estudo Empírico

3.1. Objetivos e hipóteses de estudo

O presente estudo tem como principal objetivo verificar em que medida as variáveis, percepção do estado de saúde, percepção de autonomia, identidade e vinculação ao lugar, percepção de acessibilidade, percepção das características do bairro habitacional (e.g., condições físicas, estética, segurança, proximidade de destinos, tipologia de habitação) e características sociodemográficas influenciam a percepção da qualidade de vida dos idosos residentes em dois bairros urbanos, bairro Senhora da Saúde e bairro Horta das Figueiras, da cidade de Évora.

Para além disso, pretende-se explorar o impacto destas variáveis na utilização e/ou apropriação de espaços públicos urbanos, onde também será analisada a distribuição espacial da população pelos espaços públicos destes bairros consoante o género, idade e tipo de atividades (e.g., necessárias, opcionais, sociais).

Tenciona-se ainda investigar a existência de diferenças na percepção de características do bairro habitacional, identidade e vinculação ao lugar, percepção do estado de saúde, percepção de autonomia e percepção da qualidade de vida da população idosa, consoante a tipologia de habitação.

De acordo com os objetivos apresentados estabeleceram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção de características do bairro habitacional, identidade e vinculação ao lugar, percepção do estado de saúde, percepção de autonomia e percepção da qualidade de vida da população idosa, quando comparamos tipologias de habitação distintas (Prédios vs. Vivendas).

Hipótese 2: Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção de características do bairro habitacional, identidade e vinculação ao lugar, percepção do estado de saúde, percepção de autonomia e percepção da qualidade de vida da população idosa, quando comparamos a mesma tipologia de habitação em bairros distintos (Bairro Senhora da Saúde vs. Bairro Horta das Figueiras).

Hipótese 3: A percepção do estado de saúde, percepção de autonomia, identidade e vinculação ao lugar, percepção de acessibilidade, percepção das características do bairro habitacional e características sociodemográficas, são variáveis que contribuem para a utilização de espaços públicos urbanos.

Hipótese 4: A percepção do estado de saúde, percepção de autonomia, identidade e vinculação ao lugar, percepção de acessibilidade, percepção das características do bairro habitacional e características sociodemográficas, são variáveis que contribuem para a percepção de qualidade de vida dos idosos.

4. Método

4.1. Participantes

A presente investigação contou inicialmente, com 124 participantes voluntários, dos quais 7 foram excluídos, 2 devido à existência de um défice cognitivo e 5 por apresentarem índice de depressão. A amostra ficou reduzida a um total de 117 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos ($M = 76.41$ e $DP = 5.93$), dos quais (53) residem no bairro Senhora da Saúde e (64) no bairro Horta das Figueiras, da cidade de Évora (Tabela 1). Os participantes foram seleccionados através de um processo de amostragem não probabilístico, com recurso a diferentes métodos não aleatórios de amostragem, nomeadamente, amostragem de conveniência, intencional via informadores privilegiados e intencional tipo bola de neve (*snowball*). Definiu-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos, não institucionalizados, não dependentes de terceiros e com ausência de défice cognitivo e/ou índice de depressão.

Tabela 1. *Caracterização da amostra*

Variável		Bairro Senhora da Saúde		Bairro Horta das Figueiras	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género	Masculino	31	58.5	37	57.8
	Feminino	22	41.5	27	42.2
Nível de escolaridade	Não alfabetizado	0	0.0	1	1.6
	Sabe ler e escrever	1	1.9	2	3.1
	2 Anos de Escolaridade	14	26.4	18	28.1
	4 Anos de Escolaridade	31	58.5	33	51.6
	Ensino Básico	7	13.2	4	6.3
	Ensino Secundário	0	0.0	4	6.3
	Ensino Superior	0	0.0	2	3.1
Estado Civil	Solteiros	1	1.9	2	3.1
	União de facto	2	3.8	1	1.6
	Casados	42	79.2	45	70.3
	Viúvos	6	11.3	13	20.3
	Divorciados	2	3.8	3	4.7
Agregado familiar	Vive só	11	20.8	15	23.4
	Vive acompanhado	42	79.2	49	76.6
Tipologia de habitação	Prédios	24	45.3	64	100
	Vivendas	29	54.7	0	0.0
Rendimento	Até 500€	19	35.8	17	26.6
	Entre 500 e 750€	26	49.1	39	60.9
	Mais de 750€	8	15.1	8	12.5
Tempo de residência	Menos de 30 anos	6	11.3	32	50
	Mais de 30 anos	47	88.7	32	50
	<i>Média e Desvio padrão</i>	44.25;14.98		31.23; 14.44	

4.2. Casos de estudo

A estrutura urbana da cidade de Évora apresenta duas zonas distintas, a zona intramuros que engloba o centro histórico e a zona extramuros constituída por cerca de 50 bairros que se diferenciam entre si, na época de construção, no processo de formação, na dimensão e tipologia urbana e funcional (Simplício, 2001). A zona extramuros possui ainda várias áreas comerciais e três zonas industriais, situadas na zona sul (Simplício, 2013).

Relativamente, à sua localização geográfica o concelho de Évora situa-se na região do Alentejo (NUT II) e sub-região do Alentejo Central (NUT-III), abrangido uma área total de 1 309,0 km² (Pereira, 2012). Este concelho é composto por 19 freguesias (11 rurais e 8 urbanas), distribuídas por três grandes áreas geográficas, área urbana, zona de transição e área rural (Câmara Municipal de Évora [CME], 2007). De acordo com os dados obtidos nos últimos censos, a população residente no concelho de Évora em 2011 era cerca de 56596 habitantes, dos quais 11167 tinham idade igual ou superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

A seleção dos bairros para a recolha de dados da presente investigação foi efetuada de acordo com os seguintes critérios: i) pertencer a uma freguesia urbana do concelho de Évora; ii) maior número de população residente¹ com idade igual ou superior a 65 anos; iii) tipologia de habitação (coletiva e/ou unifamiliar); iv) possuir uma distância relativamente próxima da zona intramuros da cidade de Évora.

De acordo com os critérios apresentados, foram selecionados como casos de estudo o bairro Senhora da Saúde e o bairro Horta das Figueiras, da cidade de Évora.

4.2.1. Caracterização do caso de estudo: Bairro Senhora da Saúde

O bairro Senhora da Saúde (Anexo 1) situa-se numa das freguesias urbanas do concelho de Évora (Freguesia da Senhora da Saúde). Segundo os dados dos últimos censos (2011), a população residente neste bairro com idade igual ou superior a 65 anos era cerca de 510 habitantes (293 mulheres e 217 homens) (INE, 2012).

¹ População residente é o conjunto de indivíduos que, independentemente de no momento da observação estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres.

A construção deste bairro ocorreu em meados da década de 60 (1967), a partir da expansão do bairro Poço Entre as Vinhas, o que nos permite afirmar que este teve uma origem espontânea (clandestina) (Simplicio, 2009).

O bairro Senhora da Saúde apresenta duas tipologias de habitação distintas, habitação coletiva (prédios) e habitação unifamiliar (vivendas) (Figura 1). Este bairro disponibiliza aos seus moradores um conjunto de bancos de madeira situados em diferentes ruas, enquanto os candeeiros distribuídos pelo bairro, apresentam duas tipologias distintas que variam consoante a sua função (e.g., iluminação da via automóvel, iluminação dos passeios). O pavimento dos passeios são construídos em calçada regular, à exceção dos que rodeiam a Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia da Senhora da Saúde (ARPIFSS), que são de terra batida. A presença de sinalização adequada permite que a circulação de peões seja realizada em segurança, no entanto esta é colocada em causa devido à calçada irregular dos passeios e trânsito automóvel excessivo, principalmente às 9h e às 18h. Neste bairro, existem sete paragens de autocarro, onde a deslocação da população é assegurada pela rede Trevo, através de três redes urbanas, 32 (dias úteis), 33 (dias úteis, sábado, domingo e feriados) e 34 (dias uteis e sábado). Para além do equipamento urbano, este bairro disponibiliza à população um conjunto de áreas que favorecem a ocorrência de atividades sociais (e.g., Largo Principal da Senhora da Saúde, Praceta Infante Dom Henrique) e, a prática de desporto (e.g., ecopista, zona de equipamentos do circuito de manutenção).



Figura 1. Tipologia de habitação coletiva e unifamiliar- Bairro Senhora da Saúde

4.2.2. Caracterização do caso de estudo: Bairro Horta das Figueiras

O bairro Horta das Figueiras (Anexo 1) situa-se numa das freguesias urbanas do concelho de Évora (Freguesia da Horta das Figueiras). Segundo os dados dos últimos censos (2011), a população residente neste bairro com idade igual ou superior a 65 anos era cerca de 283 habitantes (161 mulheres e 122 homens) (INE, 2012).

Este bairro surgiu em meados da década de 70 (1975), cujos edifícios foram construídos segundo as regras e normas definidas no Plano de Urbanização da cidade de Évora (Simplício, 2009). A estrutura edificada neste bairro apresenta várias funções (e.g., habitacional, comercial, lazer, institucional, industrial), desenvolvida com o intuito de disponibilizar à sua população uma diversidade de serviços. Ao contrário do bairro Senhora da Saúde, este possui apenas uma tipologia de habitação (Figura 2). Neste bairro, os bancos encontram-se num número reduzido, construídos com materiais diferentes (e.g., madeira, cimento). Na maioria das ruas, também se verifica a existência de candeeiros que tal como o bairro Senhora da Saúde, apresentam duas tipologias distintas. O pavimento dos passeios são construídos em calçada regular, o que permite que o trânsito dos peões seja realizado em segurança, à exceção dos passeios que apresentam calçada irregular, tampas de esgoto desniveladas e buracos. A intensidade do trânsito automóvel é mais acentuada às 9h e às 18h, com maior predominância na Rua da Horta das Figueiras e na Rua Fernanda Seno, exigindo que a circulação dos peões seja realizada com cuidado, apesar da presença de sinalização adequada. Neste bairro existem dez paragens de autocarro, onde a deslocação da população é assegurada pela rede Trevo, através de duas redes urbanas, 23 (dias úteis, sábado, domingo e feriados) e 24 (dias úteis). O bairro Horta das Figueiras oferece aos seus utilizadores vários locais que permitem a ocorrência de atividades sociais (e.g., zonas de estar, parque infantil).



Figura 2. Tipologia de habitação coletiva- Bairro Horta das Figueiras

4.3. Instrumentos

Na presente investigação a recolha de dados foi efetuada através do preenchimento de uma grelha de observação: caracterização do espaço físico (Anexo 2 e 3), realização de mapeamento de comportamentos (Anexo 4 e 5) e administração de um questionário sob o formato de entrevista (Anexo 6).

O questionário utilizado nesta investigação foi dividido em duas partes distintas. A primeira parte incluiu dois instrumentos, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15), utilizados para despiste de défice cognitivo e índice de depressão. A segunda parte, englobou a Escala de Perceção da Acessibilidade Pedonal (EPAP), Escala de Vínculo e Identidade ao Lugar, Questionário de utilização e/ou apropriação dos Espaços Públicos, Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD), Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF e o Questionário Sociodemográfico.

4.3.1. Grelha de observação: Caraterização do espaço físico

A caraterização do espaço físico dos bairros urbanos selecionados para a recolha de dados, foi realizada com recurso a uma grelha de observação. Esta foi desenvolvida com o intuito de recolher informação referente à tipologia de habitação e variedade de serviços que os bairros disponibilizam aos seus residentes e/ou utilizadores. Por outro lado, a sua utilização permitiu avaliar a quantidade de espaços verdes, tipologia e o estado dos pavimentos, intensidade do trânsito automóvel, qualidade do equipamento urbano

(e.g., bancos, mesas, caixotes do lixo, candeeiros, sinalização) e acessibilidade dos transportes públicos.

4.3.2. Mapeamento de Comportamentos

O mapeamento de comportamentos (*behaviour mapping*) é um método de observação discreto e objetivo, que permite o registo sistemático de comportamentos e atividades realizados pelos utilizadores de um determinado espaço. A sua elaboração implica que sejam, previamente estabelecidos os limites do espaço que irá ser observado, bem como, o número de sessões de observação. A organização destas sessões deve incluir o número de rondas efetuadas e respetivos intervalos de observação, que normalmente, variam consoante a dimensão do espaço e a densidade de utilizadores. Para além disso, deve ser efetuado um registo das condições climáticas, idade e género do utilizador e o tipo de atividades realizadas. A utilização deste método permite recolher informação sobre o tipo de interação entre o ambiente construído e os comportamentos das pessoas, através do qual conseguimos definir padrões de comportamento dos utilizadores de um determinado espaço (Moore & Cosco, 2007).

4.3.3. Mini-Mental State Examination (MMSE)

O MMSE (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) corresponde à adaptação portuguesa do *Mini-Mental State* (MMS; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de défices cognitivos em contexto clínico e de investigação. Este é constituído por 30 questões que permitem avaliar seis funções cognitivas: (1) orientação; (2) retenção; (3) atenção e cálculo; (4) evocação; (5) linguagem; (6) habilidade construtiva. Cada resposta correta é cotada com um ponto, o que faz com que a sua pontuação total varie entre 0 e 30 pontos. Nos últimos anos foram desenvolvidos estudos (Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009) de natureza psicométrica com o intuito de atualizar os dados normativos do MMSE para a população portuguesa, onde se verificou que o nível de escolaridade é a variável que apresenta uma correlação mais significativa na interpretação da pontuação obtida neste instrumento. Assim, verifica-se a existência de um défice cognitivo numa pontuação de 22 pontos para um nível de escolaridade entre zero e dois anos, 24 pontos para um nível de escolaridade entre os

três e os seis anos e, uma pontuação de 27 para um nível de escolaridade igual ou superior a setes anos (Morgado et al., 2009).

4.3.4. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)

A EDG-15 (Dinis, 2007) corresponde à versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale* (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986), um dos instrumentos mais utilizados no rastreio de sintomas depressivos (não somáticos) em idosos. Nesta escala foram incluídas as 15 questões que demonstraram uma correlação mais significativa com os sintomas depressivos na versão *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage et al., 1983). Estas questões permitem avaliar como é que os idosos se sentiram durante a última semana, através de uma escala dicotómica de resposta (sim ou não). Cada resposta que sugere a existência de sintoma depressivo é cotada com um ponto, o que faz com que a pontuação total desta escala varie entre 0 e 15 pontos. Das 15 questões que compõem esta escala, 10 indicam a presença de depressão quando são respondidas de forma positiva, enquanto as respostas que indicam a presença de depressão nas questões 1, 5, 7, 11 e 13, apresentam uma conotação negativa e por isso devem ser recodificadas (Sheikh & Yesavage, 1986). Segundo um estudo desenvolvido por Almeida & Almeida (1999) uma pontuação total inferior a cinco pontos indica ausência de sintomas depressivos, uma pontuação igual ou superior a cinco pontos sugere depressão e uma pontuação igual ou superior a 10 pontos é indicadora de depressão, pontuação utilizada como ponte corte na presente investigação.

4.3.5. Escala de Perceção da Acessibilidade Pedonal (EPAP)

A EPAP foi desenvolvida com o intuito de avaliar a perceção de população com idade igual ou superior a 65 anos, relativamente às características do ambiente do seu bairro habitacional (Paisana-Morais, Bispo, Encantado e Carvalho, 2014). Esta escala é composta apenas por 13 itens da versão Australiana *Neighborhood Environment Walkability Scale* (NEWS; Cerin, Leslie, Owen & Bauman, 2008) distribuídos por quatro fatores: Condições Físicas do Bairro (3, 5, 6, 7 e 10), Estética (8, 9 e 12), Segurança (4, 11 e 13) e Proximidade de Destinos (1 e 2). Os itens estão formulados numa escala de resposta de tipo-Likert de quatro pontos, que varia entre discordo totalmente (1) e concordo totalmente (4). Os itens 4, 11 e 13 do fator segurança apresentam uma conotação negativa e por isso devem ser recodificados.

A pontuação total desta escala é obtida através da soma do seu número total de itens (13), que pode variar entre 13 e 52 pontos. Por sua vez, as pontuações dos quatro

fatores que compõem esta escala, variam consoante o seu número de itens. Assim, a pontuação do fator condições físicas do bairro varia entre 5 e 20 pontos, estética e segurança varia entre 3 e 12 pontos e, proximidade de destinos varia entre 2 e 8 pontos.

4.3.6. Escala de Vínculo e Identidade ao Lugar

Esta escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Bernardo (2011) com base nos itens da *Scale for Assessing Neighbourhood Attachment and Identity* desenvolvida por Hernández et al. (2007), com o intuito de avaliar a intensidade do vínculo e identidade de um sujeito, relativamente ao seu local de residência (e.g., cidade, bairro, entre outros). Esta escala é constituída por um total de 12 itens, dos quais 8 avaliam a intensidade do vínculo e 4 avaliam a intensidade da identidade. No presente estudo utilizou-se apenas 6 itens desta escala, que já foram utilizados noutra estudo (Raimundo, 2014), dos quais 4 avaliam a intensidade do vínculo (e.g., “*Sinto-me ligado a este lugar; Eu teria pena se tivesse que mudar para outro lugar; Sinto-me em casa neste lugar; Quando estou longe, tenho saudades deste lugar*”) e 2 avaliam a intensidade da identidade (e.g., “*Identifico-me com este lugar; Eu sinto que pertenço a este lugar*”). Os itens estão formulados numa escala de resposta de tipo-Likert de seis pontos, que varia entre nada (1) e muito (6).

4.3.7. Questionário de Utilização e/ou Apropriação dos Espaços Públicos

Este questionário é constituído por 7 questões, e foi desenvolvido com o objetivo de recolher informação sobre a frequência de utilização e o tempo de permanência de população com idade igual ou superior a 65 anos, em espaços públicos urbanos situados dentro e/ou fora do seu local de residência.

4.3.8. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD)

A EAIVD (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008) corresponde à versão portuguesa de *Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL: Lawton & Brody, 1969)*. Esta escala permite avaliar o nível de independência do idoso na realização de AIVD, nomeadamente utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, realização de tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, preparação da medicação e capacidade para gerir o dinheiro. Porém, na presente investigação, iremos apenas avaliar o nível de independência do idoso na realização de compras e utilização de meios de transporte, atividades realizadas no

ambiente construído, que já foram analisadas num estudo desenvolvido por Raimundo (2014).

A classificação do nível de independência é obtida através de uma escala dicotómica, onde o idoso é classificado como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto) em cada AIVD, o que faz com que a pontuação total varie entre 0 e 8 pontos para as mulheres e entre 0 e 5 pontos para os homens. A pontuação é inferior no caso dos homens, porque não se contabiliza a preparação das refeições, a realização de tarefas domésticas e a lavagem da roupa na avaliação do seu nível de independência. Quanto mais elevada for a pontuação, maior será o nível de independência do idoso na realização de AIVD.

4.3.9. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007) corresponde à adaptação portuguesa de *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-BREF, WHOQOL Group, 1998), uma versão abreviada de *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100; WHOQOL Group, 1994). Esta escala é composta por um total de 26 questões, sendo que as duas primeiras questões avaliam a qualidade de vida geral (Q1) e a perceção geral de saúde (Q2). As restantes questões avaliam 24 facetas distribuídas por quatro domínios: Físico (dor e desconforto (Q3); energia e fadiga (Q10); sono e repouso (Q16); mobilidade (Q15); atividades da vida diária (Q17); dependência de medicação ou de tratamentos (Q4); e, capacidade de trabalho (Q18); Psicológico (sentimentos positivos (Q5); pensamento, aprendizagem, memória e concentração (Q7); auto estima (Q19); imagem corporal e aparência (Q11); sentimentos negativos (Q26); espiritualidade, religião, crenças pessoais (Q6); Relações Sociais (relações pessoais (Q20) apoio social (Q22); atividade sexual (Q21); Ambiente (segurança física (Q8); ambiente no lar (Q23); recursos económicos (Q12); cuidados de saúde e sociais (Q24); oportunidades para adquirir novas informações e competências (Q13); participação e/ou oportunidades de recreio e lazer (Q14); ambiente físico: poluição, barulho trânsito e clima (Q9); transporte (Q25) (Canavarro et al., 2007).

As 26 questões que compõem este instrumento medem a intensidade, capacidade, frequência e a avaliação da qualidade de vida, perceção de saúde, e outras áreas da vida dos idosos, relativamente às duas últimas semanas, através de quatro escalas de resposta tipo-Likert de 5 pontos: nada (1) e muitíssimo (5); nada (1) e completamente (5); nunca

(1) e sempre (5); muito insatisfeito (1) e muito satisfeito (5). As questões 3, 4 e 26 apresentam uma conotação negativa e por isso devem ser recodificadas.

Devido à natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida, a interpretação dos resultados obtidos nesta escala é feita em função das pontuações obtidas, onde resultados elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida (Canavarro et al., 2007).

4.3.10. Questionário Sociodemográfico

Este questionário é constituído por 13 questões que permitiram recolher informação sobre os participantes deste estudo (e.g., idade, género, nível de escolaridade, estado civil, composição do agregado familiar, bairro de residência, tipologia de habitação, situação económica). Neste questionário foram ainda incluídas duas questões de modo a obtermos informação, relativamente à perceção dos moradores sobre a acessibilidade do bairro (Q12) e, respetivas melhorias que deveriam ser realizadas no seu local de residência (Q13).

4.4. Procedimento

4.4.1. Procedimento de recolha de dados

Num primeiro momento, depois da seleção dos instrumentos utilizados na recolha de dados da presente investigação, realizou-se um pré teste com 4 idosos (2 homens e 2 mulheres), residentes num bairro com características semelhantes aos bairros selecionados para a recolha da amostra. Este procedimento permitiu avaliar a viabilidade da aplicação dos instrumentos, bem como, o tempo da sua administração. Após a sua realização, decidimos integrar no questionário sociodemográfico questões que nos permitissem recolher informação sobre a perceção dos idosos, relativamente a acessibilidade do seu bairro e necessidade de melhorias no seu local de residência.

Posteriormente, foram estabelecidos os primeiros contatos com instituições, nomeadamente, Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia da Horta das Figueiras, ARPIFSS e Universidade Sénior de modo a obtermos autorização para recolher dados junto dos seus utentes (Anexo 7). Após a confirmação positiva por parte das instituições, iniciámos a recolha da amostra, um processo que decorreu entre Janeiro e Setembro de 2017, um período em que também efetuamos a recolha de amostra pelas diferentes ruas dos bairros. Todos os participantes foram previamente informados sobre

os objetivos e procedimentos do estudo e, ainda receberam a indicação de que a sua participação era inteiramente voluntária, não remunerada e confidencial, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento. No seguimento destas informações, os participantes que aceitaram participar no estudo assinaram o termo de Consentimento Informado (Anexo 8). Para evitar efeitos de incidência direta, a administração dos diferentes instrumentos foi realizada de forma aleatória, com exceção do MMSE, EDG-15 e questionário sociodemográfico. Os questionários foram administrados individualmente, sob o formato de entrevista cuja duração variou em média, entre 30 a 50 minutos.

4.4.2. Procedimento de análise de dados

Num primeiro momento, foram analisados os dados obtidos na realização do mapeamento de comportamentos dos diferentes bairros, com recurso ao *Software Microsoft Office Excel*.

Num segundo momento, foi efetuado o tratamento estatístico dos dados recolhidos na administração do questionário, através do *IBM - SPSS Statistics (versão 22)*. A caracterização da amostra e a informação referente à questão nº12 e nº13 do questionário sociodemográfico foi analisada com recurso a técnicas de análise descritiva (e.g., frequências absolutas e percentagens; média e desvio padrão). Posteriormente, calculou-se o *Alpha* (α) de Croanbach com o objetivo de analisar a fiabilidade das escalas utilizadas na presente investigação.

Para testar as diferentes hipóteses, recorreu-se à utilização do teste *t*-student para avaliar diferenças entre tipologias de habitação (Hipótese 1 e 2). Para além disso, foram realizadas regressão lineares múltiplas, através do método Stepwise com dois níveis de significância distintos: i) $\alpha \leq .05$ (para inclusão de variáveis) e ii) $\alpha \geq .10$ (para exclusão de variáveis), com o intuito de identificarmos quais as variáveis independentes que determinam a utilização de espaços públicos urbanos e a perceção da qualidade de vida da população idosa, residente em bairros urbanos (Hipótese 3 e 4).

5. Resultados

5.1. Consistência interna das escalas

A análise da fiabilidade de cada uma das escalas utilizadas na presente investigação foi realizada através do cálculo do α de Cronbach, um dos índices mais utilizados neste tipo de procedimento (Maroco & Garcia- Marques, 2006).

Tabela 2. *Valores de consistência interna das escalas*

Escala	Número de itens	α de Cronbach em estudos anteriores	α de Cronbach no presente estudo
EPAP- Total	13	.70	.64
EPAP- Condições Físicas do Bairro	5	.72	.50
EPAP- Estética	3	.78	.68
EPAP- Segurança	3	.58	.41
EPAP- Proximidade de Destinos	2	.66	.87
Paisana-Morais, Bispo, Encantado & Carvalho (2014)			
Escala de vínculo e identidade ao lugar			
Identidade	2	.94	.92
Vínculo	4	.95	.81
Hérmendez et al., 2007			
WHOQOL-BREF- Total	26	.92	.88
WHOQOL-BREF - Domínio Físico	7	.87	.87
WHOQOL-BREF- Domínio Psicológico	6	.84	.78
WHOQOL-BREF- Domínio Relações Sociais	3	.64	.77
WHOQOL-BREF- Domínio Meio Ambiente	8	.78	.64
Canavarró et al., 2007			

Após a sua concretização verificou-se no presente estudo, que os fatores condições físicas do bairro ($\alpha = .50$) e segurança ($\alpha = .41$) da escala EPAP, bem como os domínios, relações sociais ($\alpha = .48$) e meio ambiente ($\alpha = .57$) da escala WHOQOL-BREF, foram os únicos constructos que apresentaram valores de consistência interna abaixo do aceitável.

Perante estes resultados, optámos por calcular qual seria a evolução do α de Cronbach, caso o item que apresenta menor correlação em comparação com os restantes

itens que compõem cada fator/domínio das escalas referidas anteriormente, fosse removido. Através deste procedimento, verificou-se que α de Cronbach aumentaria para valores aceitáveis no domínio relações sociais - WHOQOL-BREF ($\alpha = .77$), após a remoção do item 21 (Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual?) e no domínio meio ambiente - WHOQOL-BREF ($\alpha = .64$), com a extração do item 25 (Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?) (Ver tabela 2).

Consideramos que o baixo valor de consistência interna no domínio relações sociais - WHOQOL-BREF ($\alpha = .48$), poderá estar relacionado com o facto do item 21 ser diferente em termos de conteúdo, dos restantes itens incluídos neste domínio (item 20 e 22), uma vez que após a sua extração o seu valor de consistência interna foi aceitável ($\alpha = .77$). Por sua vez, o baixo valor do α de Cronbach do fator segurança da escala EPAP, poderá estar associado à conotação negativa dos seus itens (4, 11 e 13).

Na maioria das vezes, quanto maior o número de itens do instrumento, maior será o valor do α de Cronbach. Porém, a fiabilidade de um instrumento através do cálculo deste índice, também é influenciada pelas características dos participantes utilizados no estudo. Como tal, a sua interpretação deve ser realizada consoante as características da medida a que está associado e à população onde essa medida foi utilizada (Maroco & Garcia- Marques, 2006).

5.2. Perceção dos idosos sobre a acessibilidade e necessidade de melhorias no seu local de residência

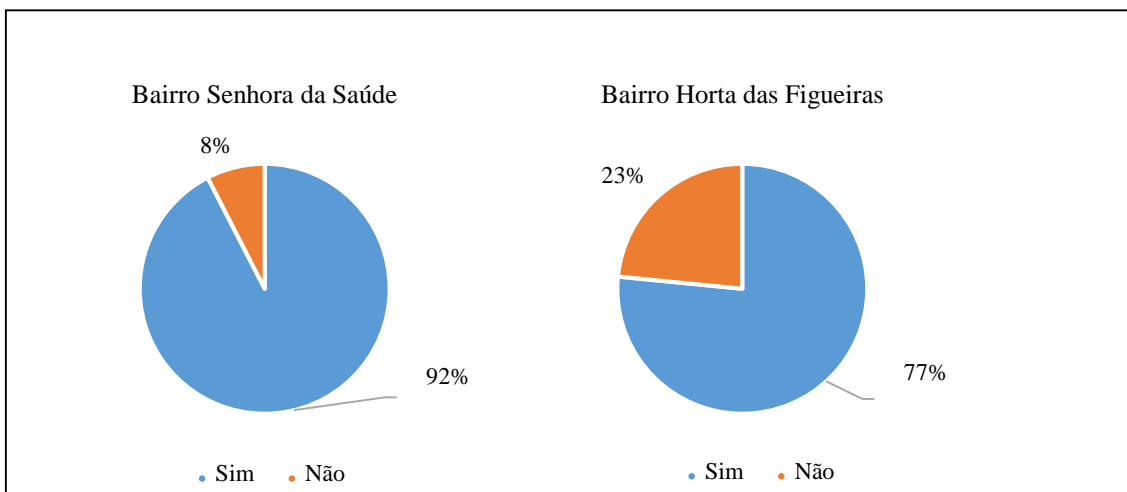


Figura 3. *Perceção dos idosos relativamente à acessibilidade do seu local de residência- Bairro Senhora da Saúde vs. Bairro Horta das Figueiras*

Tal como podemos verificar na figura 3, 92 % dos idosos residentes no bairro da Senhora da Saúde consideraram que o seu local de residência é acessível, devido à existência de boas infraestruturas que disponibilizam à população uma diversidade de serviços. Apenas 8 % afirmaram que este bairro não é acessível, dos quais 6 % identificou que isso deve-se à presença de calçada irregular que dificulta a deslocação de pessoas com mobilidade reduzida.

Relativamente, ao bairro Horta das Figueiras verificou-se que 77% dos idosos avaliaram que a acessibilidade deste bairro também está associada à existência de boas infraestruturas. Cerca de 23% admitiram que o seu bairro não reúne condições de acessibilidade, dos quais 20% reconheceram que isso está associado à presença de calçada irregular e trânsito automóvel excessivo, que dificulta a deslocação da população, principalmente das pessoas com mobilidade reduzida.

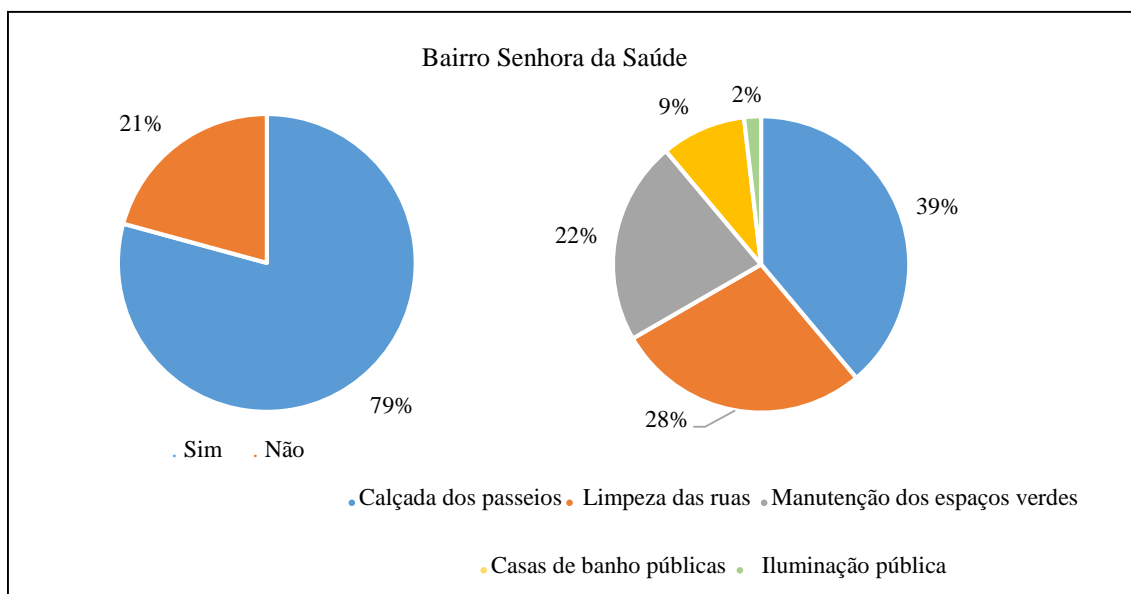


Figura 4. *Perceção dos idosos sobre as melhorias que devem ser realizadas no seu local de residência- Bairro Senhora da Saúde*

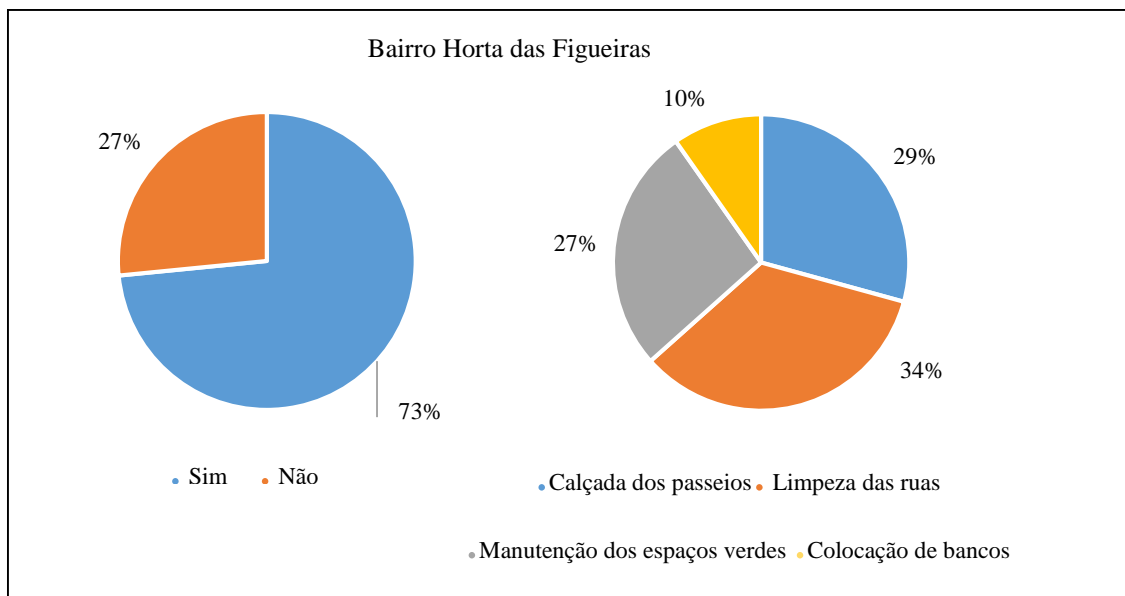


Figura 5. *Percepção dos idosos sobre as melhorias que devem ser realizadas no seu local de residência- Bairro Horta das Figueiras*

Cerca de 79 % dos idosos residentes no bairro Senhora da Saúde identificaram melhorias que deveriam ser realizadas no seu local de residência, nomeadamente a calçada dos passeios (39%), limpeza das ruas do bairro (28%), manutenção dos espaços verdes (22%), existência de casas de banho públicas (9%) e manutenção da iluminação da via pública (2%) (Ver figura 4). Enquanto, os moradores do bairro Horta das Figueiras referiram a necessidade de melhorar a limpeza das ruas (34%), calçada dos passeios (29%), manutenção dos espaços verdes (27%) e colocação de bancos (10%) (Ver figura 5).

5.3 Espaços públicos e a população idosa

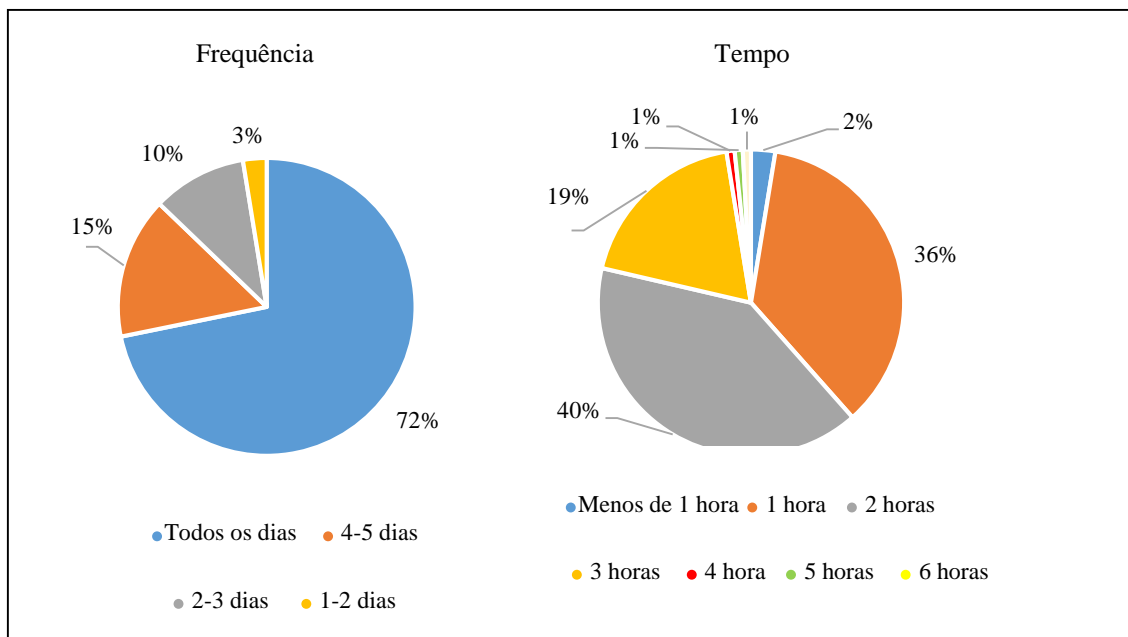


Figura 6. *Frequência de utilização e número de horas despendido pela população idosa em espaços públicos urbanos*

Relativamente, à frequência com que os idosos saem de casa verificou-se que 72% dos idosos costumam sair diariamente de casa, 15% (4 a 5 dias por semana), 10% (2 a 3 dias por semana) e 3% (1 a 2 dias por semana). Quanto ao tempo despendido na utilização de espaços públicos, verificou-se que 40% dos idosos passam aproximadamente 2 horas por dia nesta tipologia de espaços, 36% (1 hora) e 19% (3 horas). Apenas 2% dos idosos estão menos de 1 hora por dia em espaços públicos, enquanto 1% ocupa estes espaços entre 4 a 6 horas (Ver figura 6).

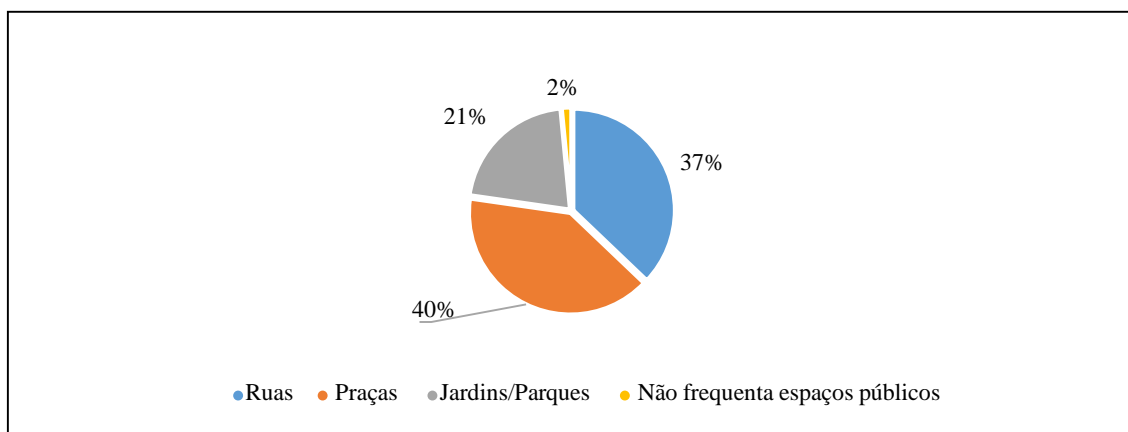


Figura 7. *Tipologia de espaços públicos urbanos utilizados pela população idosa*

De acordo com os resultados apresentados na figura 7, verifica-se que as praças são os espaços públicos de permanência mais utilizados pela população idosa (40 %). As ruas, são o segundo local mais utilizado pelos idosos (37 %) para a realização das suas atividades, enquanto 21 % preferem frequentar parques e/ou jardins. Apenas 2 % dos idosos afirmaram que não frequentam espaços públicos urbanos.

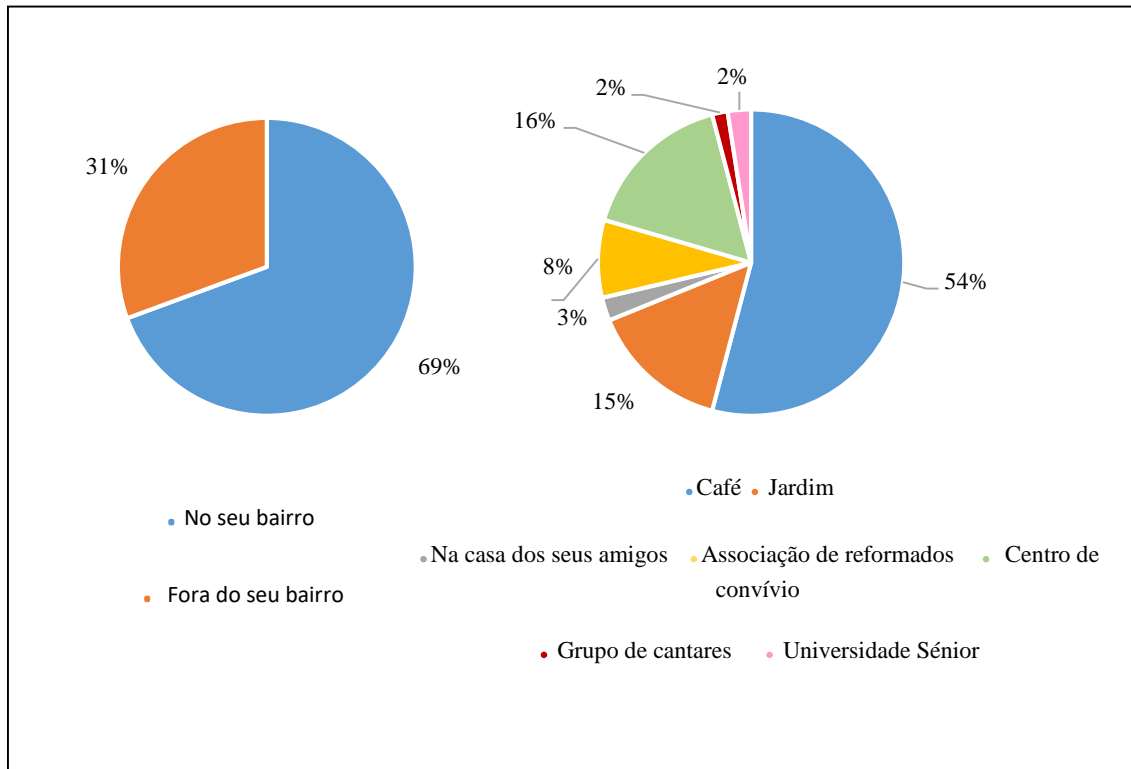


Figura 8. *Espaços utilizados pela população idosa para a realização de atividades de lazer e/ou convívio*

A análise dos dados apresentados na figura 8 permite verificar que 69% dos idosos preferem encontrar-se com os seus amigos no seu bairro, enquanto 31% optam por realizar esses encontros fora do seu local de residência. Com a possibilidade de escolherem mais de uma opção, cerca de 54% dos idosos referiram que encontram-se com os seus amigos no café, 15% no jardim, 3% na casa deles, 8% em associações de reformados, 16 % no centro de convívio e 3% no grupo de cantares e na universidade sénior.

5.3.1. Mapeamento de comportamentos

Na presente investigação, foram realizadas quatro sessões de observação, duas em cada bairro, sendo que uma foi realizada num dia útil e, outra num dia de fim-de-semana. Cada sessão de observação teve seis rondas com intervalos de duração de duas horas [10h-12h-14h-16h-18h-20h], o que deu o total de seis mapas por cada sessão realizada (Anexo 4 e 5). Os resultados obtidos através deste método de observação serão apresentados sob a forma de gráficos, que nos permitem observar diferenças relativamente, ao género, idade e tipo de atividades realizadas pela população idosa, em espaços públicos urbanos.

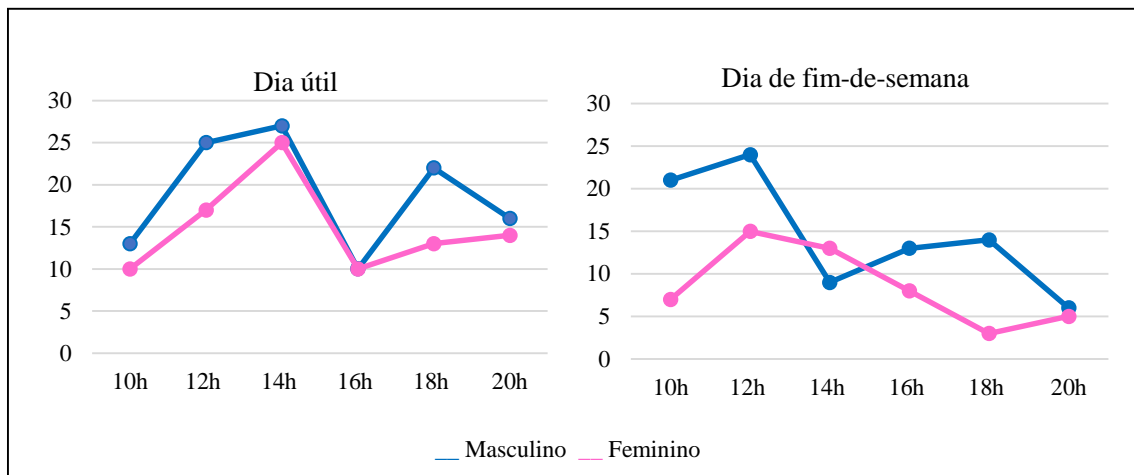


Figura 9. Diferenças de género na utilização de espaços públicos no bairro Senhora da Saúde - Dia útil vs. Dia de fim-de-semana

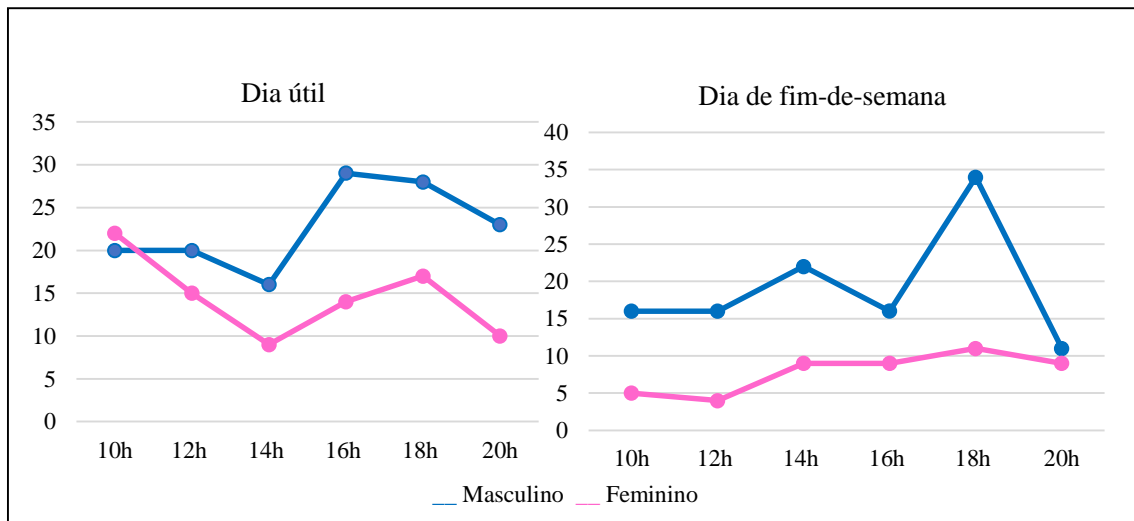


Figura 10. Diferenças de género na utilização de espaços públicos no bairro Horta das Figueiras - Dia útil vs. Dia de fim-de-semana

Após a análise dos dados verificou-se que os homens frequentam mais espaços públicos urbanos, em comparação com as mulheres, uma diferença que foi mais significativa num dia de fim-de-semana (Ver figura 9 e 10).

No bairro Senhora da Saúde, num dia útil, as mulheres utilizam os espaços públicos em maior número que os homens apenas ao final da tarde (18h-20h), enquanto num dia de fim-de-semana, a apropriação dos espaços públicos por parte das mulheres é mais elevada às 14h e ao final da tarde (18h-20h). Por sua vez, a existência de um maior número de utilizadores do género feminino no bairro Horta das Figueiras, verificou-se apenas ao princípio da manhã (10h), de um dia útil.

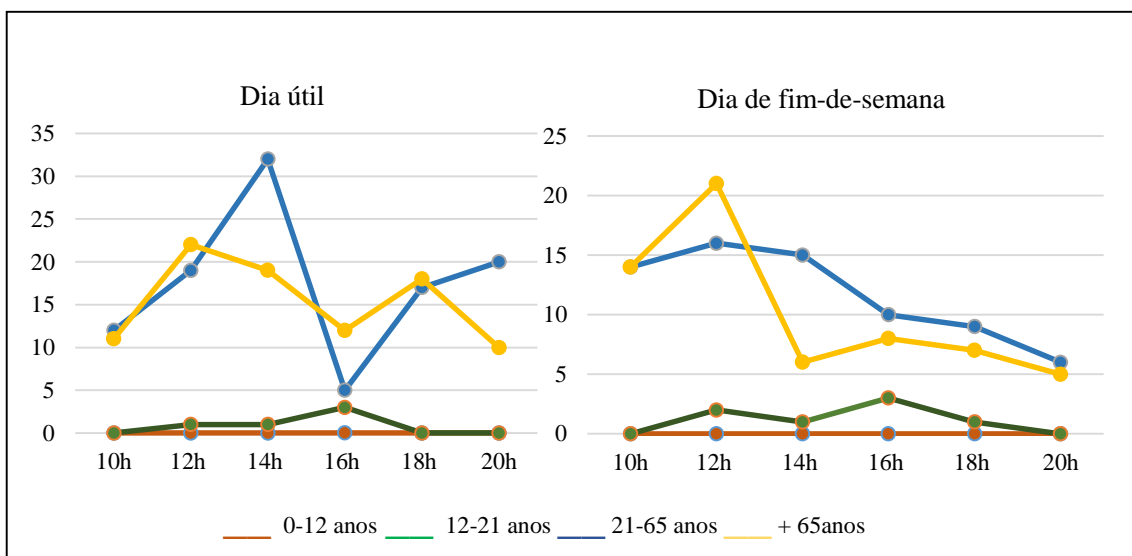


Figura 11. Diferenças de faixa etária na utilização de espaços públicos no bairro Senhora da Saúde- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana

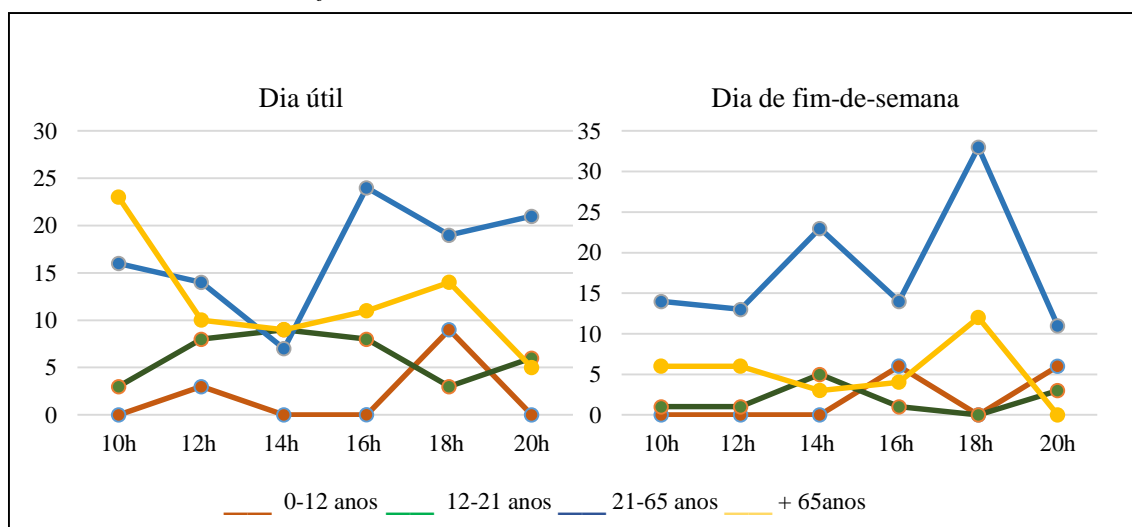


Figura 12. Diferenças de faixa etária na utilização de espaços públicos no bairro Horta das Figueiras- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana

Relativamente à faixa etária, verificou-se que são os utilizadores com idades compreendidas entre os 21 e 65 anos e com mais de 65 anos, que utilizam com maior frequência espaços públicos urbanos. A presença de crianças e adolescentes é mais evidente num dia útil, em comparação com um dia de fim-de-semana (Ver figura 11 e 12).

O número de utilizadores com mais de 65 anos, no bairro Senhora da Saúde foi mais acentuado ao meio da manhã (10h-12h) e ao meio da tarde (16h-18h), num dia útil, enquanto num dia de fim-de-semana, estes utilizadores frequentam os espaços públicos do seu bairro em maior número, apenas no período do meio da manhã (10h-12h).

No bairro Horta das Figueiras, a presença de utilizadores com mais de 65 anos é superior, relativamente a outras faixas etárias às 10h e às 14h, num dia útil.

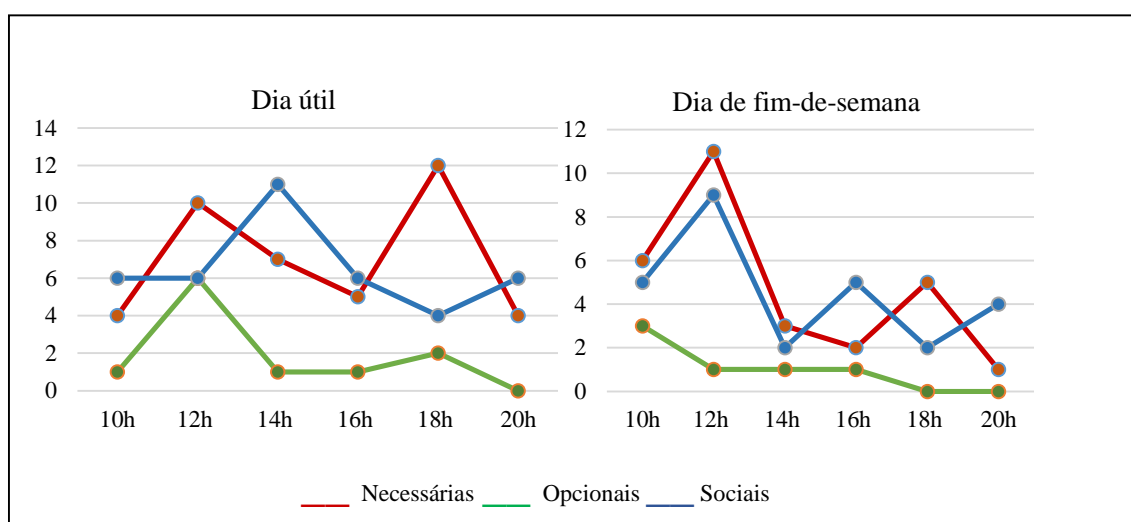


Figura 13. Tipo de atividades realizadas pelos idosos no bairro Senhora da Saúde- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana

A população idosa residente no bairro Senhora da Saúde utiliza os seus espaços públicos, maioritariamente para a realização de atividades necessárias e sociais. As atividades necessárias são realizadas com maior intensidade no meio da manhã (10h-12h) e no meio da tarde (16h-18h), enquanto as atividades sociais ocorrem com maior frequência no período de almoço (12h-14h) e no final da tarde (18h-20h) num dia útil, sendo que num dia de fim-de-semana são realizadas em três períodos distintos [10h-12h; 14h-16h; 18h-20h] (Ver Figura 13).

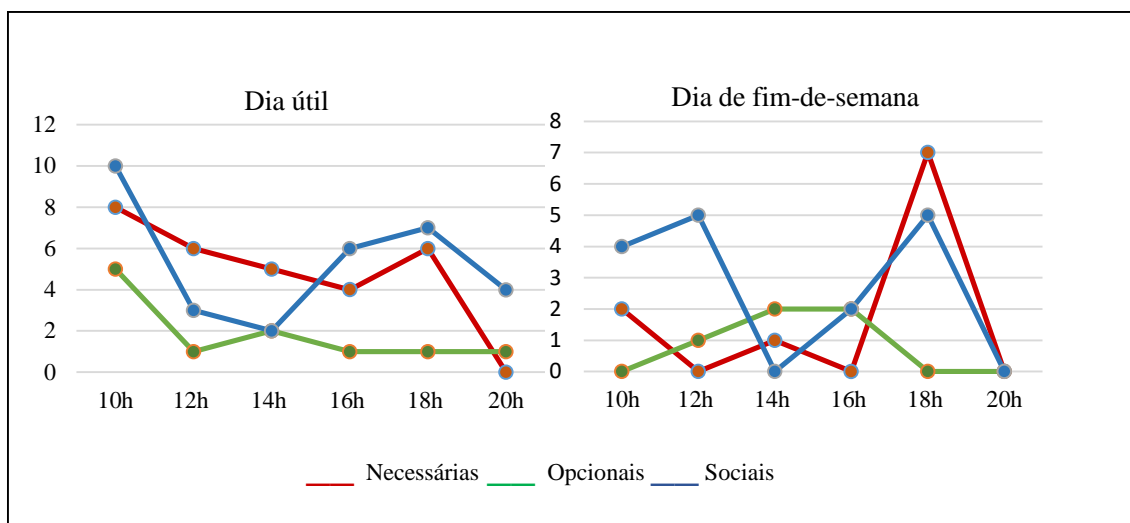


Figura 14. Tipo de atividades realizadas pelos idosos no bairro Horta das Figueiras- Dia útil vs. Dia de fim-de-semana

No bairro Horta das Figueiras, os idosos frequentam os seus espaços públicos, maioritariamente para a realização de atividades necessárias e sociais. As atividades necessárias são realizadas com maior intensidade ao meio da tarde (16h-18h), enquanto as atividades sociais ocorrem com maior frequência entre às 14h e as 18h. As atividades opcionais só são realizadas em maior número, num dia de fim-de-semana ao meio da tarde (14h-16h) (Ver Figura 14).

5.4. Teste de Hipóteses

5.4.1. Teste da hipótese 1

Existem diferenças estatisticamente significativas na perceção de características do bairro habitacional, identidade e vinculação ao lugar, perceção do estado de saúde, perceção de autonomia e perceção da qualidade de vida da população idosa, quando comparamos tipologias de habitação distintas (Prédios vs. Vivendas).

Tabela 3. Comparação das variáveis entre as duas tipologias de habitação (Prédios vs. Vivendas) do bairro Senhora da Saúde - Resultado do teste t-Student

Variável	Prédios Média (DP)	Vivendas Média (DP)	t	p
EPAP – Condições Físicas do Bairro	15.88 (1.70)	16.31 (1.73)	-.917	.363
EPAP - Estética	7.88 (1.83)	8.14 (1.55)	-.567	.573
EPAP – Segurança	7.79 (1.74)	8.17 (2.05)	-.718	.476

EPAP – Proximidade de Destinos	7.38 (.92)	6.97 (1.02)	1.520	.135
Escala de vínculo e identidade ao lugar				
Vínculo	24.96 (3.34)	23.97 (3.36)	1.072	.289
Identidade	12.54 (1.72)	12.07 (1.75)	.986	.329
Percepção de autonomia (EAIVD)	1.46 (.78)	1.93 (.37)	-2.898	.006
Percepção do estado de saúde	2.96 (.96)	3.48 (.87)	-2.089	.042
WHOQOL-BREF Total	95.13 (10.27)	99.28 (7.10)	-1.734	.089
WHOQOL-BREF - Domínio Físico	24.63 (4.91)	26.07 (4.30)	-1.142	.259
WHOQOL-BREF- Domínio Psicológico	21.71 (2.42)	22.31 (2.75)	-.836	.407
WHOQOL-BREF- Domínio Relações Sociais	9.29 (1.04)	8.83 (1.26)	1.445	.155
WHOQOL-BREF- Domínio Meio Ambiente	26.38 (2.67)	27.69 (1.97)	-2.064	.044

A comparação de tipologias de habitação distintas (Prédios vs. Vivendas) através do teste *t*-Student, permitiu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção de autonomia (EAIVD) ($t(51) = -2.898$; $p = .006$), percepção do estado de saúde ($t(51) = -2.089$; $p = .042$) e no domínio meio ambiente da escala WHOQOL-BREF ($t(51) = -2.064$; $p = .044$), sendo os idosos que residem em vivendas os que demonstraram maior nível de independência na realização de AIVD ($M = 1.93$; $DP = .37$), maior satisfação com a condição de saúde ($M = 3.48$; $DP = .87$) e maior satisfação com o meio ambiente ($M = 27.69$; $DP = 1.97$) (Tabela 3).

Verificou-se ainda uma diferença marginalmente significativa na percepção global da qualidade de vida ($t(51) = -1.734$; $p = .089$), onde os idosos residentes em vivendas avaliaram de forma mais positiva a sua qualidade de vida ($M = 99.28$; $DP = 7.10$), comparativamente aos idosos que residem em prédios ($M = 95.13$; $DP = 10.27$).

5.4.2. Teste da hipótese 2

Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção de características do bairro habitacional, identidade e vinculação ao lugar, percepção do estado de saúde, percepção de autonomia e percepção da qualidade de vida da população idosa, quando comparamos a mesma tipologia de habitação em bairros distintos (Bairro Senhora da Saúde vs. Bairro Horta das Figueiras).

Tabela 4. *Comparação das variáveis entre o bairro Senhora da Saúde e o bairro Horta das Figueiras na tipologia de habitação (Prédios) - Resultado do teste t-Student*

Variáveis	Bairro Senhora da Sa-	Bairro Horta	<i>t</i>	<i>p</i>
	úde	das Figueiras		
	<i>Média (DP)</i>	<i>Média (DP)</i>		
EPAP – Condições Físicas do Bairro	15.88 (1.70)	15.69 (1.32)	.547	.586
EPAP - Estética	7.88 (1.83)	7.12 (1.69)	1.817	.073
EPAP – Segurança	7.79 (1.74)	8.00 (1.41)	-5.77	.566
EPAP – Proximidade de Destinos	7.38 (.92)	7.12 (.98)	1.079	.284
Escala de vínculo e identidade ao lugar				
Vínculo	24.96 (3.34)	23.33 (3.72)	1.880	.064
Identidade	12.54 (1.72)	11.67 (2.11)	1.806	.074
Perceção de autonomia (EAIVD)	1.46 (.78)	1.84 (0.44)	-2.906	.005
Perceção do estado de saúde	2.96 (.96)	3.45 (1.01)	-2.082	.040
WHOQOL-BREF Total	95.13 (10.27)	96.67 (10.03)	-.640	.524
WHOQOL-BREF - Domínio Físico	24.63 (4.91)	25.52 (4.57)	-.798	.427
WHOQOL-BREF- Domínio Psicológico	21.71 (2.42)	21.59 (2.59)	.188	.851
WHOQOL-BREF- Domínio Relações Sociais	9.29 (1.04)	8.58 (.99)	2.971	.004
WHOQOL-BREF- Domínio Meio Ambiente	26.38 (2.67)	26.67 (2.44)	-.496	.621

Por sua vez, a comparação entre a mesma tipologia de habitação (Prédios) através do teste *t*-Student, permitiu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na perceção de autonomia (EAIVD) ($t(86) = -2.906$; $p = .005$), na perceção do estado de saúde ($t(86) = -2.082$; $p = .040$) e no domínio relações sociais da escala WHOQOL-BREF ($t(86) = 2.971$; $p = .004$). De acordo com os resultados, foram os idosos que residem nos prédios do bairro Horta das Figueiras que demonstraram maior nível de independência na realização de AIVD ($M = 1.84$; $DP = .44$) e maior satisfação com o seu estado de saúde ($M = 3.45$; $DP = 1.01$), enquanto os idosos residentes nos prédios do bairro Senhora da Saúde expressaram maior satisfação com as suas relações pessoais ($M = 9.29$; $DP = 1.04$) (Tabela 4).

Verificou-se ainda a existência de diferenças marginalmente significativas no fator estética da escala EPAP ($t(86) = 1.817$; $p = .073$), identidade ($t(86) = 1.806$; $p = .074$) e vínculo ao lugar ($t(86) = 1.880$; $p = .064$), onde os idosos que residem nos prédios do bairro Senhora da Saúde evidenciaram maior satisfação com a estética do seu bairro (M

= 7.88; $DP = 1.83$) e expressaram maior identidade ($M = 12.54$; $DP = 1.72$) e vínculo ($M = 24.96$; $DP = 3.34$), relativamente ao seu local de residência.

5.4.3. Teste da hipótese 3

A percepção do estado de saúde, percepção de autonomia, identidade e vinculação ao lugar, percepção de acessibilidade, percepção das características do bairro habitacional e características sociodemográficas, são variáveis que contribuem para a utilização de espaços públicos urbanos.

Tabela 5. *Determinação dos preditores da utilização de espaços públicos urbanos- Resultado da análise de regressão linear múltipla*

Preditores	β	t	p
Percepção do estado de saúde	.251	3.125	.002**
Percepção de autonomia	-.087	-1.002	.318
Identidade de lugar	-.076	-1.034	.304
Vínculo ao lugar	-0.38	-.504	.615
Percepção de acessibilidade	-.022	-.304	.762
Tipologia de habitação	-.102	-1.407	.162
EPAP-Condições físicas do bairro	.314	4.375	.000***
EPAP- estética	-.096	-1.220	.225
EPAP-Segurança	.093	1.194	.235
EPAP-Proximidade de destinos	.026	.327	.745
Idade	-.025	-.313	.755
Género	-.453	-6.090	.000***
Estado civil	-.100	-1.359	.177
Escolaridade	.241	2.925	.004**
Rendimento	-.189	-2.116	.037*
Agregado familiar	.019	.257	.798
R^2a		.413; $p < .001$	

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A regressão linear múltipla permitiu identificar o género ($\beta = -.453$; $t(111) = -6.090$; $p < .001$), EPAP- condições físicas do bairro ($\beta = .314$; $t(111) = 4.375$; $p < .001$), percepção do estado de saúde ($\beta = .251$; $t(111) = 3.125$; $p < .01$), escolaridade ($\beta = .241$; $t(111) = 2.925$; $p < .01$) e rendimento ($\beta = -.189$; $t(111) = -2.116$; $p < .05$) como preditores significativos da utilização de espaços públicos urbanos. O modelo final ajustado ($F(5, 111) = 17.33$; $p < .001$); $R^2a = .413$) indica que 41% da variabilidade da utilização de espaços públicos é explicada por estes preditores (Ver tabela 5).

O género é o fator que exerce maior influência na utilização de espaços públicos, estando associado negativamente a esta variável. A realização do teste t -Student, permitiu

identificar diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género ($t(115) = 5.825$; $p < .001$) onde são os homens ($M = 2.24$; $DP = .948$) que utilizam com maior frequência espaços públicos urbanos, em comparação com as mulheres ($M = 1.34$; $DP = .607$).

Por sua vez, uma maior perceção das condições físicas do bairro, maior satisfação com o estado de saúde e maior nível de escolaridade influenciam positivamente a variável dependente deste modelo, estando assim associadas a uma maior utilização de espaços públicos urbanos. Por fim, o rendimento exerce uma influência negativa na utilização de espaços públicos, onde uma situação financeira desfavorável diminui a frequência com que a população idosa utiliza esta tipologia de espaços.

5.4.4. Teste da hipótese 4

A perceção do estado de saúde, perceção de autonomia, identidade e vinculação ao lugar, perceção de acessibilidade, perceção das características do bairro habitacional e características sociodemográficas, são variáveis que contribuem para a perceção de qualidade de vida dos idosos.

Tabela 6. *Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF-Total- Resultado da análise de regressão linear múltipla*

Preditores	β	t	p
Perceção do estado de saúde	.481	6.011	.000***
Perceção de autonomia	.228	2.827	.006**
Identidade de lugar	.226	3.162	.002**
Vínculo ao lugar	.108	.973	.333
Perceção de acessibilidade	-.072	-.988	.325
Tipologia de habitação	-.103	-1.457	.148
EPAP-Condições físicas do bairro	-.202	-2.848	.005**
EPAP- estética	.101	1.275	.205
EPAP-Segurança	.005	.068	.946
EPAP-Proximidade de destinos	.014	.176	.860
Idade	-.126	-1.772	.079
Género	-.087	-1.208	.229
Escolaridade	-.021	-.279	.781
Estado civil	-.096	-1.368	.174
Rendimento	.133	1.710	.090
Agregado familiar	.091	1.288	.200
R^2a		.450; $p < .001$	

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A regressão linear múltipla permitiu identificar a percepção do estado de saúde ($\beta = .481$; $t(112) = 6.011$; $p < .001$), percepção de autonomia ($\beta = .228$; $t(112) = 2.827$; $p < .01$), identidade de lugar ($\beta = .226$; $t(112) = 3.162$; $p < .01$) e EPAP- condições físicas do bairro ($\beta = -.202$; $t(112) = -2.848$; $p < .01$), como preditores significativos de WHO-QOL-BREF- Total. O modelo final ajustado ($F(4,112) = 24.74$; $p < .001$); $R^2a = .450$) indica que 45% da variabilidade da percepção global da qualidade de vida dos idosos, é explicada por estes preditores (Ver tabela 6).

Todos os preditores exercem uma influência positiva na variável dependente deste modelo, à exceção das condições físicas do bairro. De acordo com estes resultados, uma maior satisfação com o estado de saúde, maior independência na realização de AIVD e maior identidade de lugar estão associadas a uma melhor percepção global da qualidade de vida da população idosa, enquanto uma menor percepção das condições físicas do bairro diminui a avaliação subjetiva da sua qualidade de vida.

Tabela 7. Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Físico- Resultado da análise de regressão linear múltipla

Preditores	β	t	p
Percepção do estado de saúde	.578	8.924	.000***
Percepção de Autonomia	.058	.801	.425
Identidade de lugar	.081	1.309	.193
Vínculo ao lugar	.099	1.597	.113
Percepção de acessibilidade	.095	1.502	.136
Tipologia de habitação	.023	.368	.713
EPAP-Condições físicas do bairro	-.060	-.971	.334
EPAP- Estética	-.021	-.342	.733
EPAP-Segurança	.149	2.374	.019*
EPAP-Proximidade de destinos	.080	1.276	.205
Idade	-.145	-2.272	.025*
Género	-.249	-3.939	.000***
Escolaridade	.027	.363	.718
Estado civil	-.040	-.638	.525
Rendimento	-.050	-.667	.506
Agregado familiar	.045	.694	.489
R^2a		.563; $p < .001$	

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A regressão linear múltipla permitiu identificar a percepção do estado de saúde ($\beta = .578$; $t(112) = 8.924$; $p < .001$), género ($\beta = -.249$; $t(112) = -3.939$; $p < .001$), EPAP-segurança ($\beta = .149$; $t(112) = 2.374$; $p < .05$) e idade ($\beta = -1.45$; $t(112) = -2.272$; $p < .05$), como preditores significativos de WHOQOL-BREF- Domínio Físico. O modelo final ajustado ($F(4,112) = 38.37$; $p < .001$); $R^2a = .563$) indica que 56% da variabilidade da percepção da qualidade de vida física dos idosos é explicada por estes preditores (Ver tabela 7).

Neste grupo de preditores, a percepção do estado de saúde e a segurança estão associados positivamente à variável dependente deste modelo, ou seja, quanto maior a satisfação com o estado de saúde e a percepção de segurança, melhor será a percepção da qualidade de vida física da população idosa. Por sua vez, o género e a idade exercem uma influência negativa neste domínio, variáveis que estão associadas a uma pior qualidade de vida física. Através do teste *t*-Student permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género ($t(115) = 4.529$; $p < .001$) onde as mulheres ($M = 23.39$; $SD = 4.791$) expressam uma percepção da qualidade de vida física inferior aos homens ($M = 26.97$; $SD = 3.761$), uma tendência que se agrava à medida que a idade aumenta.

Tabela 8. *Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Psicológico- Resultado da análise de regressão linear múltipla*

Preditores	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Percepção do estado de saúde	.401	5.072	.000***
Autonomia	-.076	-.919	.360
Identidade de lugar	.224	3.194	.002**
Vínculo ao lugar	.047	.415	.679
Acessibilidade do bairro	.045	.618	.538
Tipologia de habitação	.085	1.210	.229
EPAP-Condições físicas do bairro	.027	.376	.708
EPAP- Estética	.000	-.002	.998
EPAP-Segurança	.091	1.192	.236
EPAP-Proximidade de destinos	-.011	-.143	.886
Idade	-.202	-2.776	.006**
Género	-.116	-1.617	.109
Escolaridade	-.014	-.159	.874
Estado civil	-.089	-1.239	.218
Rendimento	.211	2.698	.008**
Agregado familiar	.080	1.090	.278
<i>R</i> ² <i>a</i>		.437; $p < .001$	

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A regressão linear múltipla permitiu identificar a percepção do estado de saúde ($\beta = .401$; $t(112) = 5.072$; $p < .001$), identidade de lugar ($\beta = .224$; $t(112) = 3.194$; $p < .01$), rendimento ($\beta = .211$; $t(112) = 2.698$; $p < .01$) e idade ($\beta = -.202$; $t(112) = -2.776$; $p < .01$), como preditores significativos WHOQOL-BREF- Domínio Psicológico. O modelo final ajustado ($F(4,112) = 23.47$; $p < .001$; $R^2a = .437$) indica que 44 % da variabilidade da percepção da qualidade de vida psicológica dos idosos é explicada por estes preditores (Ver tabela 8).

Todos os preditores exercem uma influência positiva na variável dependente deste modelo, à exceção da idade. Estes resultados indicam que uma maior satisfação com o estado de saúde, maior identidade de lugar e um elevado rendimento estão associados a uma melhor qualidade de vida psicológica. Por sua vez, a idade exerce uma influência negativa neste domínio, evidenciando que à medida que a idade aumenta, a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida psicológica diminui.

Tabela 9. *Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Relações Sociais- Resultado da análise de regressão linear múltipla*

Preditores	β	t	p
Percepção do estado de saúde	.053	.601	.549
Autonomia	-.084	-.947	.346
Identidade de lugar	.009	.065	.948
Vínculo ao lugar	.194	2.212	.029*
Acessibilidade do bairro	-.025	-.290	.772
Tipologia de habitação	.011	.126	.900
EPAP-Condições físicas do bairro	-.107	-1.159	.249
EPAP- Estética	.078	.830	.408
EPAP-Segurança	-.117	-1.324	.188
EPAP-Proximidade de destinos	.065	.673	.502
Idade	-.107	-1.185	.238
Género	.068	.774	.441
Escolaridade	-.119	-1.352	.179
Estado civil	.142	-.971	.334
Rendimento	-.078	-.888	.377
Agregado familiar	.289	3.295	.001**
R^2a		.118; $p < .001$	

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A regressão linear múltipla permitiu identificar a composição do agregado familiar ($\beta = .289$; $t(112) = 3.295$; $p < .01$) e vínculo ao lugar ($\beta = .194$; $t(112) = 2.212$; $p < .05$), como os preditores significativos de WHOQOL-BREF- Domínio Relações Sociais.

O modelo final ajustado ($F(4,112) = 8.741; p < .001; R^2a = .118$) indica que 12% da variabilidade da percepção da qualidade de vida social dos idosos é explicada por estes preditores (Ver tabela 9).

A composição do agregado familiar e o vínculo ao lugar exercem uma influência positiva na variável dependente deste modelo. Através do teste *t*-Student verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao agregado familiar ($t(115) = -3.490; p < .01$), onde os idosos que vivem acompanhados expressam melhor qualidade de vida social ($M = 8.97; SD = .971$), em comparação aos idosos que vivem sozinhos ($M = 8.15; SD = 1.287$). Assim, viver acompanhado e uma maior vinculação ao lugar são variáveis que estão associadas a uma melhor percepção da qualidade de vida social.

Tabela 10. *Determinação dos preditores de WHOQOL-BREF- Domínio Meio Ambiente- Resultado da análise de regressão linear múltipla*

Preditores	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Percepção do estado de saúde	.112	1.281	.203
Autonomia	.100	1.155	.251
Identidade de lugar	.128	1.414	.160
Vínculo ao lugar	.071	.794	.429
Acessibilidade do bairro	-.031	-.366	.715
Tipologia de habitação	.125	1.461	.147
EPAP-Condições físicas do bairro	.049	.531	.596
EPAP- Estética	.379	4.484	.000***
EPAP-Segurança	-.027	-.316	.752
EPAP-Proximidade de destinos	.098	1.056	.293
Idade	-.193	-2.281	.024*
Género	-.015	-.175	.861
Escolaridade	-.063	-.663	.509
Estado civil	.149	1.682	.095
Rendimento	-.077	-.883	.379
Agregado familiar	-.061	-.666	.507
R^2a		.172; $p < .001$	

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

A regressão linear múltipla permitiu identificar EPAP- estética ($\beta = .379; t(112) = 4.484; p < .001$) e a idade ($\beta = -.193; t(112) = -2.281; p < .05$), como preditores significativos de WHOQOL-BREF- Domínio Meio Ambiente. O modelo final ajustado ($F(4,112) = 13.01; p < .001$); $R^2a = .172$) indica que 17% da variabilidade da percepção da qualidade de vida ambiental é explicada por estes preditores (Ver tabela 10).

O fator EPAP- estética é o preditor que exerce maior influência na variável dependente deste modelo, sendo que uma maior percepção da estética do bairro está associada a uma melhor percepção da qualidade de vida ambiental. Por sua vez, a idade exerce uma influência negativa neste domínio, evidenciando que à medida que a idade aumenta, a percepção dos idosos sobre a sua qualidade de vida ambiental diminui.

6. Discussão

A maioria dos resultados obtidos na presente investigação vão ao encontro do que é teoricamente esperado, apresentando um contributo importante para a realização de investigações futuras, relativamente à utilização de espaços públicos e avaliação da percepção da qualidade de vida da população idosa, residente em bairros urbanos.

Relativamente, à percepção dos idosos sobre as condições de acessibilidade do seu local de residência, verificou-se que a maioria dos idosos consideraram o seu bairro acessível, uma característica essencial para a ocorrência de vida urbana, que para além de favorecer a utilização de espaços públicos (Garcia-Ramon et al., 2004; Matos, 2010; Phillips et al., 2011), está associada a um nível superior de independência na realização de AIVD (Oswald et al., 2007).

Apesar de existirem espaços públicos de permanência (e.g., jardins, largos, praças) em ambos os bairros, os idosos que integraram a amostra deste estudo, referiram que também utilizam esta tipologia de espaços fora do seu local de residência (e.g., Praça do Giraldo, Largo Luís de Camões, Jardim Público de Évora), resultados confirmados em estudos anteriores (Guerreiro, 2017; Raimundo, 2014). Estes resultados demonstram que apesar das remodelações urbanísticas efetuadas na zona intramuros da cidade de Évora, esta mantém a sua importância comercial e social. Consideramos que a localização dos bairros e a existência de uma rede de transportes urbana acessível também favorece a utilização destes espaços, por parte da população idosa.

Os resultados obtidos, sobre a frequência com que os idosos saem de casa e, o tempo que estes despendem na utilização de espaços públicos urbanos, salientam a importância que os espaços públicos assumem na sua vida, cuja utilização beneficia a sua saúde e bem-estar (Carlson et al., 2012; Chaudhury et al., 2016; Cohen et al., 2007; De Vries et al., 2003; Li et al., 2005; Mowem et al., 2007; Orsega-Smith et al., 2004; Sugiyama et al., 2009; 2010; Takano et al., 2002). A população idosa residente em ambos os bairros, demonstrou preferência em realizar atividades de lazer e/ou convívio no seu local de residência, maioritariamente em espaços fechados. Uma menor utilização dos espaços públicos urbanos para a concretização destas atividades, poderá estar relacionada com a ausência de manutenção dos espaços verdes em ambos os bairros e ainda pela existência de um número reduzido de bancos no bairro Horta das Figueiras. Como sabe-

mos, a ausência de bancos e a presença de vegetação densa e desordenada diminuí a qualidade do ambiente construído, contribuindo para uma menor utilização dos seus espaços públicos, principalmente pelos idosos que apresentam menor mobilidade (Aspinall et al., 2010; Bowling & Stafford, 2007; Brownlow, 2006; Jansson et al., 2013; Jorgensen et al., 2002; 2007; Lindgren & Nilsen, 2011; Keysor et al., 2010; O'Brien, 2005; Rantakokko et al., 2010; Rosso et al., 2013; White et al., 2010).

As diferenças encontradas através da realização de mapeamentos de comportamento são consistentes com pesquisas publicadas anteriormente, que ilustram o género e a faixa etária como fatores que determinam a utilização de espaços públicos (e.g., Cohen et al., 2007; Garcia-Ramon et al., 2004; Hung & Crompton, 2006; Jorgensen & Anthopoulos, 2007; Noon & Ayalon, 2018). Os resultados obtidos demonstram que os homens frequentam mais espaços públicos, em comparação com as mulheres, principalmente no período da manhã. Esta diferença poderá estar associada à realização de atividades de carácter instrumental associadas à esfera privada, ou ainda pelo facto do género feminino apresentar maior sensibilidade à poluição, presença de lixo, ruído e insegurança, procurando espaços mais calmos, que lhes transmitam maior perceção de controlo, segurança, conforto e descontração (Cabral et al., 2013; Garcia-Ramon et al., 2004; Hung & Crompton, 2006; Spain, 2014).

Em relação à faixa etária verificou-se que são os utilizadores com idades compreendidas entre os 21 e 65 anos e com mais de 65 anos, que utilizam com maior frequência espaços públicos. Uma menor realização de atividades ao livre, por parte das crianças poderá estar associada a um conjunto de características do ambiente construído (e.g., criminalidade, trânsito automóvel excessivo, presença de pessoas estranhas), que contribuem para o aumento da perceção de insegurança dos pais, relativamente ao seu local de residência (Holt, Lee, Millar & Spence, 2015; Villanueva et al., 2012).

Quanto ao tipo de atividades realizadas em espaços públicos urbanos, os resultados evidenciam que a população idosa realiza atividades necessárias com a mesma regularidade, enquanto a realização de atividades sociais foi mais acentuada no bairro da Senhora da Saúde, uma diferença que poderá ser explicada pelo número de bancos e pelas várias zonas de estar à sombra que permitem aos seus utilizadores, permanecer mais tempo nos seus espaços públicos.

Ao compararmos duas tipologias de habitação distintas no bairro Senhora da Saúde (Hipótese 1), verificou-se que os idosos que residem em vivendas demonstraram maior satisfação com o seu estado de saúde, maior nível de independência na realização de AIVD, e melhor percepção da qualidade de vida, principalmente no domínio meio ambiente.

Apesar da avaliação da condição de saúde apresentar uma tendência para se agravar com o avançar da idade, os idosos que residem em vivendas apresentam uma melhor percepção do seu estado de saúde, provavelmente favorecida por um melhor suporte social (Cabral et al., 2013), onde a tipologia de habitação assume um papel crucial (Rollwagen, 2014). Não quer dizer que os idosos que integraram a amostra deste estudo não tenham doenças crónicas, até porque essa condição não foi avaliada na presente investigação. No entanto, podem possuir maior capacidade de lidar com as perdas decorrentes do processo de envelhecimento, recorrendo a mecanismos compensatórios, que lhes permite obter uma melhor percepção do seu estado de saúde (Smith et al., 2002).

Por sua vez, a ausência de problemas de acessibilidade no bairro e na habitação dos idosos está associada a maior independência na realização de AIVD, o que permite à população idosa exercer um papel ativo na sociedade. A variedade de serviços, percepção de segurança e a qualidade do ambiente físico, estimula a independência dos idosos, fazendo com que estes estejam mais satisfeitos com as condições do lugar em que vivem, expressando uma melhor qualidade de vida ambiental (Oswald et al., 2007).

Ao compararmos a mesma tipologia de habitação (Prédios) em bairros distintos (Hipótese 2), verificou-se que os idosos residentes no bairro Horta das Figueiras demonstraram maior satisfação com o estado de saúde, maior nível de independência na realização de AIVD, e menor satisfação com as suas relações pessoais.

Apesar da idade avançada, os idosos residentes neste bairro encontram-se satisfeitos com o seu estado de saúde, uma avaliação que pode ser justificada através do valor do seu rendimento mensal, que lhes facilita o acesso aos serviços de saúde (Geib, 2012), disponíveis em maior número neste bairro. A maioria dos idosos que residem neste bairro são homens, que normalmente apresentam menos doenças crónicas e menor dependência de medicação, do que as mulheres (Cabral et al., 2013; Garcia et al., 2005; Fernández-Ballesteros, 1998; Jakobsson et al., 2004; Paúl & Fonseca, 2001b; Sprangers et al., 2000), o que poderá ter contribuído para uma melhor percepção do seu estado de saúde. Por outro

lado, um nível superior de independência na realização de AIVD poderá estar relacionado com a diversidade de funções do bairro, que disponibiliza à população um maior número de serviços. É provável que uma maior autonomia na realização destas atividades também esteja associada a uma maior satisfação com estado de saúde, situação financeira favorável e acessibilidade de transportes públicos, condições essenciais para que os idosos consigam realizar este tipo de atividades de forma autónoma. Por sua vez, uma menor satisfação com as suas relações sociais poderá ser explicada pela disposição espacial dos seus prédios que apresentam um efeito de fortaleza que aumenta a perceção de segurança, mas que diminuí a interação social entre residentes (Rollwagen, 2014).

Os idosos que residem nos prédios do bairro Senhora da Saúde evidenciaram maior satisfação com a estética do seu bairro e expressaram maior identidade e vinculação, relativamente ao seu local de residência. Estas diferenças poderão estar relacionadas com o número de anos que os idosos residem no bairro, que lhes proporciona maior familiaridade com a comunidade e maior congruência com o meio, facilitando o desenvolvimento de laços afetivos em relação ao seu local de residência, através dos quais conseguem alcançar uma identidade de lugar positiva (Dassopoulos & Monnat, 2011; Kearney, 2006; Lewicka, 2010; Rowles 2008; Phillips et al., 2011; Speller et al., 2002; Wanka, 2017; Wiles et al., 2012). Apesar dos idosos referirem a necessidade de realizar melhorias no seu local de residência, evidenciaram uma perceção positiva da estética do seu bairro, que poderá estar associada a atratividade do ambiente construído (e.g., espaços verdes, coisas interessantes para ver, zonas de lazer) e acessibilidade dos seus espaços públicos (Garcia-Ramon et al., 2004; Phillips et al., 2011). Por outro lado, sabemos que o forte desejo de “envelhecer no lugar” também faz com que a população idosa valorize com maior intensidade o seu ambiente construído, mesmo que as suas condições físicas e sociais não sejam as melhores (Gilleard et al., 2007; Golant, 2011; Wahl & Oswald, 2010; Wanka, 2017).

Os resultados referentes à terceira hipótese mostram que o género (privilegiando o género masculino), maior nível de escolaridade e um rendimento elevado são as características sociodemográficas que determinam a utilização de espaços públicos. Estes resultados são consistentes com a literatura existente (e.g., Cabral et al., 2013; Van Groenou & Deeg, 2010), que evidenciam que estas características estão associadas a uma maior utilização de espaços públicos e, a maiores níveis de participação social. No entanto, os

idosos apresentam uma tendência para reduzir a frequência com que praticam atividades no exterior, uma diminuição que está maioritariamente, associada a um pior estado de saúde, razão pela qual esta variável determina a frequência com que a população idosa utiliza esta tipologia de espaços (Ahern & Hendryx, 2008; Cabral et al., 2013). As condições físicas do bairro analisadas nesta investigação (e.g., proximidade de paragens de autocarro, existência de passeios, presença de sinalização adequada para peões, boa iluminação pública), também estão associadas a uma maior utilização de espaços públicos. A presença destes elementos no ambiente construído, já foi evidenciada em estudos anteriores como um dos principais atributos que os idosos consideram relevantes na utilização de espaços públicos urbanos (Alves et al., 2008, Aspinall et al., 2010; Sugiyama et al., 2009; White et al., 2010).

Por fim, os resultados obtidos após o teste da quarta hipótese confirmaram a influência de algumas variáveis na perceção global da qualidade de vida da população idosa, nomeadamente a perceção do estado de saúde, perceção de autonomia, identidade de lugar e condições físicas do bairro.

Os resultados encontrados relativamente à perceção do estado de saúde e perceção de autonomia coincidem com estudos anteriores (e.g., Cabral et al., 2013; Farqhar, 1995; Fernandez-Mayoralas et al., 2012; Fonseca, 2005; Fonseca & Paúl, 2008; Fonseca et al., 2008; Gabriel & Bowling, 2004; Nunes & Menezes, 2014b; Paúl & Fonseca, 2001a; Ribeiro, 2005) que salientam estas variáveis como sendo os principais determinantes da qualidade de vida dos idosos.

O sentimento de pertença que a população idosa desenvolve em idades muito avançadas relativamente, ao seu local de residência, na maioria das vezes é resultado da sua satisfação residencial (Baley et al., 2012; Gilleard et al., 2007; Livingston et al., 2010; Oswald et al., 2005; Perez et al., 2001) influenciada pelo tempo de residência, perceção de segurança, elevada capacidade de autonomia, familiaridade com a comunidade, que permite aos idosos alcançar uma identidade de lugar positiva (Dassopoulos & Monnat, 2011; Kearney, 2006; Lewicka, 2010; Phillips et al., 2011; Rowles 2008; Speller et al., 2002; Wanka, 2017; Wiles et al., 2012) e, conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (Bjornstrom & Ralston, 2013; Choi & Matz-Costa, 2018; Cramm et al., 2012; Dong & Bergen, 2016; Friedman et al., 2012; Gray et al., 2011; Tartaglia, 2013).

Por outro lado, uma menor percepção das condições físicas do bairro está associada a uma menor qualidade de vida, cuja influência já foi confirmada em estudos anteriores (e.g., Gobbens & Van Assen, 2017; Parra et al., 2010; Phillips et al., 2005; Rantakokko et al., 2010; Smith, 2009)

No que diz respeito, aos diferentes domínios avaliados pela escala WHOQOL-BREF verificou-se que a idade foi a única variável associada negativamente a todos os domínios, à exceção do domínio relações sociais. Estes resultados são consistentes com a literatura existente (e.g., Canavarro et al., 2010; Fonseca et al., 2008; Garcia et al., 2005; Garcia & Navarro, 2018; Paúl et al., 2004) que indica que à medida que a idade de um indivíduo aumenta a avaliação subjetiva da sua qualidade de vida diminui. Nesta investigação, foram as mulheres que expressaram pior qualidade de vida física, uma diferença confirmada em estudos anteriores (e.g., Fonseca et al., 2008; Gobbens & Van Assen, 2017; Paúl et al., 2004), associada a uma maior dependência da medicação e ao aparecimento de doenças crónicas e problemas físicos (Fernández- Ballesteros, 1998; Jakobsson et al., 2004; Paúl & Fonseca, 2001b). Por sua vez, quanto maior for o rendimento mensal dos idosos, melhor será a percepção da sua qualidade de vida psicológica, um resultado que também já era esperado (e.g., Canavarro et al., 2010; Dong & Bergen, 2016; Fonseca et al., 2008; Friedman et al., 2012; Garcia et al., 2005; Gobbens & Van Assen, 2017). Por fim, a composição do agregado familiar (privilegiando quem vive acompanhado), está associada a uma melhor percepção da qualidade vida social, provavelmente beneficiada pela qualidade do seu suporte social (Bowling et al., 2003). Ao contrário do que se verificou em outros estudos (e.g., Alexandre et al., 2009; Bowling & Windsor, 2001; Canavarro et al., 2010; Gobbens & Van Assen, 2017) o estado civil e o nível de escolaridade não apresentaram relevância na percepção da qualidade de vida dos idosos, o que demonstra que não existe consenso sobre o seu impacto na avaliação da qualidade de vida da população idosa.

A percepção do estado de saúde exerce uma influência positiva na percepção da qualidade de vida física e psicológica da população idosa, ou seja, quanto maior a satisfação com o seu estado de saúde, melhor será a percepção dos idosos relativamente à sua energia, mobilidade, capacidade de trabalho e realização de atividades diárias. É possível que os idosos alcancem níveis positivos de qualidade de vida mesmo que apresentem limitações

funcionais, desde que recorram a mecanismos adaptativos (seleção, otimização, compensação), para lidar com as exigências do meio, de modo a envelhecer de forma saudável e produtiva (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997).

No que diz respeito, às características físicas e sociais do ambiente construído, verificou-se que a percepção de segurança e estética do bairro, são variáveis que determinam a percepção da qualidade de vida da população idosa. Apesar de existirem características em ambos os bairros indutoras de insegurança, a familiaridade com o bairro e uma elevada coesão social tiveram um efeito protetor nos moradores que aumenta a sua percepção de segurança (Gainey et al., 2011; Gibson et al., 2002; Krenichyn, 2004; Scarborough et al., 2010), proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida (Bjornstrom & Ralston, 2013; Choi & Matz-Costa, 2018; Cramm et al., 2012; Dong & Bergen, 2016; Friedman et al., 2012; Gray et al., 2011). Enquanto, uma maior percepção da estética do bairro poderá ter sido influenciada pela atratividade do seu ambiente construído, que faz com que os idosos estejam mais satisfeitos com as condições do lugar onde vivem, expressando melhor qualidade de vida ambiental.

Os dois bairros parecem satisfazer as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais dos seus moradores, proporcionando um desenvolvimento de identidade positivo importante para a sua saúde e bem-estar (Taylor, 2001; Twigger-Ross & Uzzel, 1996), contribuindo para uma melhor qualidade de vida psicológica dos idosos. À medida que a idade avança é comum que o sentimento de afeto, relativamente ao local de residência aumente, onde o seu ambiente construído (Peace et al., 2006; Wiles et al., 2012) é valorizado com maior intensidade e utilizado com maior frequência para a realização de atividades pessoais e sociais, assumindo assim um papel importante na manutenção das relações sociais da população idosa (Garcia-Ramon et al., 2004; Phillips et al., 2011), que se reflete num melhor qualidade de vida social (Tartaglia, 2013).

7. Conclusão

O processo de envelhecimento está associado a aspetos negativos como a deterioração física, a diminuição da capacidade funcional do indivíduo, aparecimento de doenças e a diminuição das relações pessoais, mas também pode corresponder a um período que oferece numerosas oportunidades de crescimento pessoal (Nunes & Menezes, 2014b).

A possibilidade de envelhecer com qualidade de vida, implica que sejam proporcionados à população idosa bons serviços de saúde e uma participação ativa na sociedade, que lhes permita alcançar elevada capacidade funcional, uma vida independente e maior longevidade (Cabral et al., 2013; Nunes & Menezes, 2014a). Como tal, é necessário modificar as cidades para que estas se tornem mais amigas dos idosos, dado que as suas características exercerem influência na sua qualidade de vida (WHO, 2007).

A realização desta investigação veio demonstrar que envelhecer em bairros urbanos pode trazer alguns inconvenientes aos idosos (e.g., existência de barreiras físicas, tráfego automóvel intenso, isolamento social, maior perceção de insegurança), mas também oferece uma diversidade de serviços (e.g., saúde, sociais, transporte), que favorece o seu envolvimento na realização de atividades sociais e de lazer, que lhes permite desempenhar um papel ativo na sociedade, essencial para um envelhecimento com qualidade de vida (Buffel et al., 2012).

Os resultados encontrados evidenciam que a perceção do estado de saúde, perceção de autonomia, identidade e condições físicas do bairro, são os preditores da perceção global da qualidade de vida dos idosos. Enquanto, o género, condições físicas do bairro, perceção do estado de saúde e nível de escolaridade, determinam a utilização e/ou apropriação de espaços públicos urbanos, frequentados pela população idosa, maioritariamente para a realização de atividades necessárias e sociais.

Por outro lado, verificou-se que os idosos que residem em vivendas apresentam maior nível de independência na realização de AIVD, maior satisfação com o estado de saúde e o meio ambiente e, melhor perceção global da qualidade de vida, comparativamente aos idosos que residem em prédios.

É importante referir também algumas das limitações identificadas nesta investigação. Em primeiro lugar, o facto de estarmos perante uma amostra de conveniência não representativa da população, o que dificulta a generalização dos resultados obtidos. Em segundo lugar, os resultados obtidos neste estudo poderão ter sido influenciados, pelos valores de consistência interna abaixo do aceitável nos fatores condições físicas do bairro e segurança da escala EPAP. Apesar das limitações existentes na utilização do α de Cronbach, este continua a ser um dos índices mais utilizados na análise da fiabilidade de instrumentos. Só a utilização repetida dos instrumentos utilizados na presente investigação é que poderá indicar algo sobre a sua validade, pois só a sua replicação poderá tornar os dados obtidos mais fiáveis (Maroco & Garcia- Marques, 2006).

Por outro lado, a diversidade de escalas de resposta da escala WHOQOL-BREF e, a existência de itens com conotação negativa no fator segurança da escala EPAP (4, 11 e 13) e na escala WHOQOL-BREF (3, 4 e 26), causaram algumas dificuldade de compreensão nos participantes, o que poderá ter condicionado as suas respostas e, consequentemente os resultados.

A temperatura ambiente elevada e a ocorrência de precipitação durante a realização do mapeamento de comportamentos, poderão ter contribuído para uma menor realização de atividades em espaços públicos, condicionando os resultados obtidos através deste método de observação.

No que diz respeito, a sugestões para investigações futuras, consideramos que seria pertinente verificar com uma amostra de maior dimensão, se existem diferenças estatisticamente significativas na utilização e/ou apropriação de espaços públicos e perceção da qualidade de vida dos idosos, residentes em zonas geográficas distintas (rurais vs. urbanas). A organização e o *design* inclusivo das características dos bairros desempenha um papel importante na manutenção das suas relações sociais (Bevan & Croucher, 2011), no entanto, são poucos os estudos que valorizam o seu impacto na participação social (formal vs. informal) dos idosos (Buffel et al., 2013; Rosso et al., 2013), um aspeto que deveria ser abordado em estudos futuros. Para além disso, seria interessante estudar a influência das características do ambiente construído na prática de atividade física, cujo impacto é avaliado maioritariamente, em amostras compostas por participantes com idade inferior a 65 anos (e.g., Van Dyck, Teychenne, McNaughton, Bourdeaudhuij & Salmon, 2015).

A realização deste trabalho apresenta um contributo significativo na compreensão do impacto das características físicas e sociais do ambiente construído na percepção da qualidade de vida da população idosa. Por esta razão, espera-se que os resultados obtidos representem um contributo importante na implementação de políticas públicas e sociais que permitam aos idosos envelhecer de forma ativa (Cabral et al., 2013). A importância da utilização de espaços públicos no quotidiano da população idosa evidenciada neste estudo, remete para a necessidade da requalificação e/ou construção de espaços públicos urbanos acessíveis, seguros e confortáveis, que facilitem a deslocação da população em geral, incluindo as pessoas com mobilidade reduzida (Gehl, 2010; Lorenc et al., 2013).

Referências

- Ahern, M. M., & Hendryx, M. (2008). Community participation and the emergence of late-life depressive symptoms: Differences between women and men. *Journal of Women's Health, 17*, 1463-1470. doi:10.1089/jwh.2007.0752
- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública, 43*, 613-621. doi:10.1590/S0034-89102009005000030
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 858-865. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10%3C858::AID-GPS35%3E3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10%3C858::AID-GPS35%3E3.0.CO;2-8)
- Alves, S., Aspinall, P. A., Ward Thompson, C., Sugiyama, T., Brice, R., & Vickers, A. (2008). Preferences of older people for environmental attributes of local parks: The use of choice-based conjoint analysis. *Facilities, 26*, 433-453. doi:10.1108/02632770810895705
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *“Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde.”*: (pp. 217-220). Lisboa: ISPA
- Aspinall, P. A., Thompson, C. W., Alves, S., Sugiyama, T., Brice, R., & Vickers, A. (2010). Preference and relative importance for environmental attributes of neighbourhood open space in older people. *Environment and Planning B: Planning and Design, 37*, 1022-1039. doi:10.1068/b36024
- Atchley, R. C. (1989). A Continuity theory of normal aging. *The Gerontologist, 29*, 183-190. doi:10.1093/geront/29.2.183

- Bailey, N., Kearns, A., & Livingston, M. (2012). Place attachment in deprived neighbourhoods: The impacts of population turnover and social mix. *Housing Studies*, 27, 208-231. doi:10.1080/02673037.2012.632620
- Balfour, J. L., & Kaplan, G. A. (2002). Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: Evidence from the Alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, 155, 507-515. doi:10.1093/aje/155.6.507
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422. doi:10.1017/s0144686x00003603
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626. doi:10.1037//0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594. doi:10.1093/geront/33.5.580
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp.1-35). Cambridge: Cambridge University Press
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi:10.1159/000067946
- Baran, P. K., Smith, W. R., Moore, R. C., Floyd, M. F., Bocarro, J. N., Cosco, N. G., & Danninger, T. M. (2013). Park use among youth and adults: Examination of individual, social and urban form factors. *Environment and Behavior*, 46, 768-800. doi:10.1177/0013916512470134
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: Análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, 188-196. doi:10.1016/j.rpsp.2014.09.002

- Barros de Oliveira, J. H. (2010). Questões preliminares. In H. J. Barros de Oliveira (Ed.), *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (pp. 11-24). Porto: Legis, Editora.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C., & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, *24*, 1-19. doi: 10.1093/heapro/dap059
- Beard, J. R., & Montawi, B. (2015). Age and the environment: The global movement towards age-friendly cities and communities. *Journal of Social Work Practice*, *29*, 5-11. doi:10.1080/02650533.2014.993944
- Beard, J. R., Blaney, S., Cerda, M., Frye, V., Lovasi, G. S., Ompad, D., ... Vlahov, D. (2009). Neighborhood characteristics and disability in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *64*, 252-257. doi:10.1093/geronb/gbn018
- Beaulieu, M., Dubé, M., Bergeron, C., & Cousineau, M.-M. (2007). Are elderly men worried about crime?. *Journal of Aging Studies*, *21*, 336-346. doi:10.1016/j.jaging.2007.05.001
- Benyamini, Y., & Lomranz, J. (2004). The relationship of activity restriction and replacement with depressive symptoms among older adults. *Psychology and Aging*, *19*, 362-366. doi:10.1037/0882-7974.19.2.362
- Bernardo, C. F. M. (2011). *Place Identity or The Place of Identity: Contribution to a theory of social identity of place* (Tese de doutoramento). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10174/14056>
- Bevan, M., & Croucher, K. (2011). *Lifetime Neighbourhoods*. London: Department for Communities and Local Government. Retirado de: <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2011/lifetimeneighbourhoods.pdf>
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. F. (1996). The history of geropsychology. In E. J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5 ed, pp. 3-27). San Diego: Academic Press.
- Bjornstrom, E. E. S., & Ralston, M. L. (2013). Neighborhood built environment, perceived danger, and perceived social cohesion. *Environment and Behavior*, *46*, 718-744. doi:10.1177/0013916513503833

- Boudiny, K. (2013). Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33, 1077-1098. doi:10.1017/S0144686X1200030X
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing?. *Aging & Mental Health*, 12, 293-301. doi:10.1080/13607860802120979
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, 64, 2533-2549. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.009
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population Survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55-81. doi:10.1023/A:1011564713657
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A., ... Sutton, S. (2003). Let's ask them: A national Survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *The International Journal of Aging and Human Development*, 56, 269-306. doi:10.2190/bf8g-5j8l-ytrf-6404
- Brown, C., & Grant, M. (2007). Natural medicine for planners. *Town & Country Planning*, 76, 67- 69. Retirado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/1344571.pdf>
- Brownlow, A. (2006). An archaeology of fear and environmental change in Philadelphia. *Geoforum*, 37, 227-245. doi:10.1016/j.geoforum.2005.02.009
- Buffel, T., De Donder, L., Phillipson, C., De Witte, N., Dury, S., & Verté, D. (2014). Place attachment among older adults living in four communities in Flanders, Belgium. *Housing Studies*, 29, 800-822. doi:10.1080/02673037.2014.898741
- Buffel, T., De Donder, L., Phillipson, C., Dury, S., De Witte, N., & Verte, D. (2013). Social participation among older adults living in medium-sized cities in Belgium: The role of neighbourhood perceptions. *Health Promotion International*, 29, 655-668. doi:10.1093/heapro/dat009
- Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing "age-friendly" cities. *Critical Social Policy*, 32, 597-617. doi:10.1177/0261018311430457

- Byrnes, M., Lichtenberg, P. A., & Lysack, C. (2006). Environmental press, aging in place, and residential satisfaction of urban older adults. *Journal of Applied Social Science*, 23, 50-76. doi:10.1177/19367244062300204
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Lisboa: Guide- Artes Gráficas, Lda. Retirado de: <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
- Câmara Municipal de Évora. (2007). *Plano Director Municipal: Estudos de caracterização do território- Anexo I: Estudos de caracterização demográfica*. Évora: CME. Retirado de: https://www.cm-evora.pt/pt/site-viver/Habitar/ordenamento-do-territorio/Planos%20Municipais/Documents/relatorio_pdme.pdf
- Canavarro M. C., Pereira, M., Moreira, H., Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3, 243-268. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.21/770>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson J. A., Sallis, J.F., Conway, T. L., Saelens, B. E., Frank, L. D., Kerr, J., ... King, A. C. (2012). Interactions between psychosocial and built environment factors in explaining older adults' physical activity. *Preventive Medicine*, 54, 68-73. doi:10.1016/j.ypmed.2011.10.004
- Carmona, M., Heath, T., Oc, T., & Tiesdell, S. (2003). The dimensions of urban design. In M. Carmona, T. Heath, T. Oc & S. Tiesdell (Eds.), *Public Spaces- Urban spaces: The dimensions of urban design* (pp.61-210). Oxford: Architectural Press.

- Carp, F. M. & Carp. A. (1984). A complementary/congruence model of well-being or mental health for community elderly. In I. Altman, M. P. Latwon & J. F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 279-336). New York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-2171-0
- Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience?. *British Medical Journal*, *322*, 1240-1243. doi:10.1136/bmj.322.7296.1240
- Cerin, E., Leslie, E., Owen, N., & Bauman, A. (2008). An Australian Version of the Neighborhood Environment Walkability Scale: Validity evidence. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, *12*, 31-51. doi: 10.1080/1091367070175190
- Chaudhury, H., Campo, M., Michael, Y., & Mahmood, A. (2016). Neighbourhood environment and physical activity in older adults. *Social Science & Medicine*, *149*, 104-113. doi:10.1016/j.socscimed.2015.12.011
- Chaudhury, H., Mahmood, A., Michael, Y., Campo, M., & Hay, K. (2012). The influence of neighborhood residential density, physical and social environments on older adults' physical activity: An exploratory study in two metropolitan areas. *Journal of Aging Studies*, *26*, 35. doi:10.1016/j.jaging.2011.07.001
- Choi, Y. J., & Matz-Costa, C. (2018). Perceived neighborhood safety, social cohesion, and psychological health of older adults. *The Gerontologist*, *58*, 196-206 doi:10.1093/geront/gnw187
- Cohen, D. A., McKenzie, T. L., Sehgal, A., Williamson, S., Golinelli, D., & Lurie, N. (2007). Contribution of public parks to physical activity. *American Journal of Public Health*, *97*, 509-514. doi:10.2105/AJPH.2005.072447
- Comissão Europeia. (2002, Março). *Resposta da Europa ao envelhecimento da população mundial: Promover o progresso económico e social num mundo em envelhecimento- Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento*. Comunicação da comissão ao conselho e ao parlamento Europeu. Bruxelas:CE. Retirado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002DC0143&from=PT>

- Cramm, J. M., Van Dijk, H. M., & Nieboer, A. P. (2012). The Importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community. *The Gerontologist*, *53*, 142-152. doi:10.1093/geront/gns052
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, *3*, 291-301. doi:10.14417/ap.972
- Dassopoulos, A., & Monnat, S. M. (2011). Do perceptions of social cohesion, social support, and social control mediate the effects of local community participation on neighborhood satisfaction?. *Environment and Behavior*, *43*, 546-565. doi:10.1177/0013916510366821
- Davison, K. K., & Lawson, C. T. (2006). Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *3*, 1-17. doi:10.1186/1479-5868-3-19
- Day, R. (2008). Local environments and older people's health: Dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health & Place*, *14*, 299-312. doi:10.1016/j.healthplace.2007.07.001
- De Vries, S., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural environment-healthy environments? An exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A*, *35*, 1717-1731. doi:10.1068/a35111:
- Deniz, D. (2016). Improving perceived safety for public health through sustainable development. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *216*, 632-642. doi:10.1016/j.sbspro.2015.12.044
- Diniz, A. M. (2007). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Instrumento não publicado.

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável, 2017-2025*. Lisboa: DGS. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Dong, X., & Bergren, S. M. (2016). The associations and correlations between self-reported health and neighborhood cohesion and disorder in a community-dwelling U.S. Chinese population. *The Gerontologist*, *57*, 679-695. doi:10.1093/geront/gnw050
- Duarte, N., & Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp. 171-204). Lisboa: Lidel.
- European Union. (2016). *Key figures on Europe*. Luxembourg: EU. Retirado de: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7827738/KS-EI-16-001-EN-N.pdf/bbb5af7e-2b21-45d6-8358-9e130c8668ab>
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. (2015). Transição e (in) adaptação ao lar de idosos: Um estudo qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *31*, 435-442. doi: 10.1590/0102-37722015042472435442
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, *41*, 1439-1446. doi:10.1016/0277-9536(95)00117-p
- Farrall, S., Bannister, J., Ditton, J & Gilchrist, E. (2000). Social psychology and the fear of crime: Re-examining a speculative model. *British Journal of Criminology*, *40*, 399- 413. doi: 10.1093/bjc/40.3.399
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, *2*, 57-65. Retirado de: <http://www.psychologyinspain.com/content/reprints/1998/7.pdf>
- Fernandez-Mayoralas, G., Giraldez-Garcia, C., Forjaz, M.J., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P. & Prieto-Flores, M. (2012). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older

- adults. *International Psychogeriatrics*, 24, 425-438.
doi:10.1017/S1041610211002018
- Ferreira, P. M. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: Tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, 7-34. Retirado de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/27113/19216>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.281-308). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: Perdas, ganhos e um paradoxo. *Revista de Geriatria e Gerontologia*, 2, 32-37. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.14/11753>
- Fonseca, A. M., Paúl, C., & Martin, I. (2008). Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science* 7, 87-102. doi:10.1386/pjss.7.2.87/1
- Fontaine, R. (2000a). O envelhecimento e as suas causas. In R. Fontaine (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp.19-32). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000b). O envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento óptimo. In R. Fontaine (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp.147-158). Lisboa: Climepsi Editores.
- Foster, L., & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3-10. doi:10.1007/s10433-013-0261-0
- Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 0, 1-8. doi:10.1093/geront/gnu028
- Fox, K. A., Nobles, M. R., & Piquero, A. R. (2009). Gender, crime victimization and fear of crime. *Security Journal*, 22, 24-39. doi: 10.1057/sj.2008.13

- Freedman, V. A., Grafova, I. B., Schoeni, R. F., & Rogowski, J. (2008). Neighborhoods and disability in later life. *Social Science & Medicine*, *66*, 2253-2267. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.013
- Friedman D., Parikh, N. S., Giunta, N., Fahs, M. C., & Gallo, W.T. (2012). The influence of neighborhood factors on the quality of life of older adults attending New York city senior centers: Results from the health indicators project. *Quality of Life Research*, *21*, 123-131. doi:10.1007/s11136-011-9923-6
- Gabriel, U., & Greve, W. (2003). The psychology of fear of crime: Conceptual and methodological perspectives. *The British Journal of Criminology*, *43*, 600- 614. doi:10.1093/bjc/43.3.600
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, *24*, 675-691. doi:10.1017/S0144686X03001582
- Gainey, R., Alper, M., & Chappell, A. T. (2011). Fear of crime revisited: Examining the direct and indirect effects of disorder, risk perception, and social capital. *American Journal of Criminal Justice*, *36*, 120-137. doi:10.1007/s12103-010-9089-8
- Garcia, E. L., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Cabrera, R. H., & Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, *14*, 511-520. doi:10.1590/S0036-36342009000100004
- Garcia, L. M. R., & Navarro, J. M. R. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of Aging Research*, *2018*, 1-7. doi:10.1155/2018/4086294
- Garcia-Ramon, M. D., Ortiz, A., Prats, M. (2004). Urban planning, gender and the use of public space in a peripheral neighbourhood of Barcelona. *Cities*, *21*, 215-223. doi:10.1016/j.cities.2004.03.006
- Gehl, J. (2010). The human dimension. In J. Gehl (Ed.), *Cities for people* (pp. 3-29). London: Island Press.
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*, 123-133. doi:10.1590/S1413-81232012000100015

- Gibson, C. L., Zhao, J., Lovrich, N. P., & Gaffney, M. J. (2002). Social integration, individual perceptions of collective efficacy, and fear of crime in three cities. *Justice Quarterly*, *19*, 537-564. doi:10.1080/07418820200095341
- Gilleard, C., Hyde, M., & Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place, and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging*, *29*, pp. 590-605. doi:10.1177/0164027507305730
- Giuliani, M. V. (2003). Theory of attachment and place attachment. In M. Bonnes, T. Lee & M. Bonaiuto (Eds.), *Psychological theories for environmental issues* (pp. 137-170). London: Ashgate
- Glass, T. A. & Balfour, J. L. (2003) Neighborhoods, aging, and functional limitations. In I. Kawachi & L. F. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and health* (pp.303-334). New York: Oxford University Press.
- Gobbens, R. J. J., & Van Assen, M. A. L. M. (2017). Associations of environmental factors with quality of life in older adults. *The Gerontologist*, *0*, 1-10. doi:10.1093/geront/gnx051
- Golant, S. M. (2003). Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: A pair of old issues deserving new thought. *The Gerontologist*, *43*, 638-648. doi:10.1093/geront/43.5.638
- Golant, S. M. (2011). The quest for residential normalcy by older adults: Relocation but one pathway. *Journal of Aging Studies*, *25*, 193-205. doi:10.1016/j.jaging.2011.03.003
- Gomes, G. A., Reis, R. S., Parra, D. C., Ribeiro, I., Hino, A. A., Hallal, P. C., ... Brownson, R. C. (2011). Walking for leisure among adults from three Brazilian cities and its association with perceived environment attributes and personal factors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*, 1-8. doi:10.1186/1479-5868-8-111
- Grant T. L., Edwards, N., Sveistrup, H., Andrew, C., & Egan, M. (2010). Neighborhood walkability: Older people's perspectives from four neighborhoods in Ottawa, Canada. *Journal of Aging and Physical Activity*, *18*, 293-312. doi:10.1123/japa.18.3.293

- Gray, E., Jackson, J., & Farrall, S. (2011). Feelings and functions in the fear of crime: Applying a new approach to victimisation insecurity. *British Journal of Criminology*, *51*, 75-94. doi:10.1093/bjc/azq066
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, *1*, 9-10.
- Guerreiro, A. M. (2017). *Uso de espaços urbanos e Satisfação com a vida em idosos do concelho de Évora*. (Tese de mestrado). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10174/22815>
- Hand, C., Law, M., Hanna, S., Elliott, S., & McColl, M. A. (2012). Neighbourhood influences on participation in activities among older adults with chronic health conditions. *Health & Place*, *18*, 869-876. doi:10.1016/j.healthplace.2012.03.004
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, *1*, 8-13. doi:10.1093/geront/1.1.8
- Hernández, B., Hidalgo, C. M., Salazar-Laplace, M. E., & Hess, S. (2007). Place attachment and place identity in natives and non-natives. *Journal of Environmental Psychology*, *27*, 310-319. doi:10.1016/j.jenvp.2007.06.003
- Hidalgo, M. C., & Hernandez, B. (2001). Place attachment: Conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, *21*, 273-281. doi:10.1006/jevp.2001.0221
- Holt, N. L., Lee, H., Millar, C. A., & Spence, J. C. (2015). Eyes on where children play: A retrospective study of active free play. *Children's Geographies*, *13*, 73-88. doi:10.1080/14733285.2013.828449
- Hung, K., & Crompton, J. L. (2006). Benefits and constraints associated with the use of an urban park reported by a sample of elderly in Hong Kong. *Leisure Studies*, *25*, 291-311. doi:10.1080/02614360500409810
- Indovina, F. (2002). O espaço público: Tópicos sobre a sua mudança. *Revista Cidades, Comunidades e Territórios*, *5*, 119-123. Retirado de: [file:///C:/Users/Carla/Downloads/9168-Article%20Text-25986-1-10-20160502%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Carla/Downloads/9168-Article%20Text-25986-1-10-20160502%20(3).pdf)

- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011- Resultados Definitivos, Portugal- Região do Alentejo: Alojamentos familiares de residência habitual e cujos residentes são apenas pessoas com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: INE.
- International Longevity Centre Brazil. (2015). *Active Ageing: A policy framework in response to the longevity revolution*. Brasil: ILC-BR. Retirado de:http://ilcbrasil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Active-Ageing-A-Policy-Framework-ILC-Brazil_web.pdf
- Iwarsson, S. (2005). A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *The Gerontologist*, *45*, 327-336. doi:10.1093/geront/45.3.327
- Iwarsson, S., Horstmann, V., & Slaug, B. (2007). Housing matters in very old age - yet differently due to ADL dependence level differences. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *14*, 3-15. doi: 10.1080/11038120601094732
- Jackson, J., & Stafford, M. (2009). Public health and fear of crime: A prospective cohort study. *British Journal of Criminology*, *49*, 832-847. doi:10.1093/bjc/azp033
- Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: A gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*, *17*, 494-501. doi:10.1007/bf03327417
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of Life Research*, *13*, 125-136. doi:10.1023/b:qure.0000015286.68287.66
- Jansson, M., Fors, H., Lindgren, T., & Wiström, B. (2013). Perceived personal safety in relation to urban woodland vegetation - A review. *Urban Forestry & Urban Greening*, *12*, 127-133. doi:10.1016/j.ufug.2013.01.005
- Johansson, M., Rosén, M., & Küller, R. (2011). Individual factors influencing the assessment of the outdoor lighting of an urban footpath. *Lighting Research & Technology*, *43*, 31-43. doi:10.1177/1477153510370757
- Jorgensen, A., & Anthopoulou, A. (2007). Enjoyment and fear in urban woodlands – Does age make a difference?. *Urban Forestry & Urban Greening*, *6*, 267-278. doi:10.1016/j.ufug.2007.05.004

- Jorgensen, A., Hitchmough, J., & Calvert, T. (2002). Woodland spaces and edges: Their impact on perception of safety and preference. *Landscape and Urban Planning*, *60*, 135-150. doi:10.1016/S0169-2046(02)00052-X
- Jorgensen, A., Hitchmough, J., & Dunnett, N. (2007). Woodland as a setting for housing-appreciation and fear and the contribution to residential satisfaction and place identity in Warrington New Town, UK. *Landscape and Urban Planning*, *79*, 273-287. doi:10.1016/j.landurbplan.2006.02.015
- Jorgensen, L. J., Ellis, G. D., & Ruddell, E. (2012). Fear perceptions in public parks: Interactions of environmental concealment, the presence of people recreating, and gender. *Environment and Behavior*, *45*, 803-820. doi:10.1177/0013916512446334
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. *JAMA*, *185*, 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kearney, A. R. (2006). Residential development patterns and neighborhood satisfaction: Impacts of density and nearby nature. *Environment and Behavior*, *38*, 112-139. doi:10.1177/0013916505277607
- Keysor, J. J., Jette, A. M., LaValley, M. P., Lewis, C. E., Torner, J. C., Nevitt, M. C., ... MOST Group. (2010). Community environmental factors are associated with disability in older adults with functional limitations: The MOST study. *Journal of Gerontology*, *65*, 393-399. doi:10.1093/gerona/glp182
- Kim, J., & Kaplan, R. (2004). Physical and psychological factors in sense of community: New urbanist Kentlands and nearby Orchard Village. *Environment and Behavior*, *36*, 313-340. doi:10.1177/0013916503260236
- King, D. (2008). Neighborhood and individual factors in activity in older adults: Results from the neighborhood and senior health study. *Journal of Aging and Physical Activity*, *16*, 144-170. doi:10.1123/japa.16.2.144

- Krenichyn, K. (2004). Women and physical activity in an urban park: Enrichment and support through an ethic of care. *Journal of Environmental Psychology*, 24, 117-130. doi:10.1016/S0272-4944(03)00053-7
- Kullberg, A., Karlsson, N., Timpka, T., & Lindqvist, K. (2009). Correlates of local safety-related concerns in a Swedish Community: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 1-11. doi:10.1186/1471-2458-9-221
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186. Retirado de http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf
- Lawton, M.P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of adult development and aging* (pp. 619-624). Washington: American Psychological Association. doi.org/10.1037/10044-000
- Lehning, A., Scharlach, A., & Wolf, J. P. (2012). An emerging typology of community aging initiatives. *Journal of Community Practice*, 20, 293-316. doi:10.1080/10705422.2012.700175
- Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., & Payette, H. (2011). Associations between perceived proximity to neighbourhood resources, disability, and social participation among community dwelling older adults: Results from the VioSiNuAge Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 1979-1986. doi: 10.1016/j.apmr.2011.06.035.
- Lewicka, M. (2010). What makes neighborhood different from home and city? Effects of place scale on place attachment. *Journal of Environmental Psychology*, 30, 35-51. doi:10.1016/j.jenvp.2009.05.004
- Li, F., Fisher, K. J., Brownson, R. C., & Bosworth, M. (2005). Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 558-564. doi:10.1136/jech.2004.028399

- Liddle, J., Scharf, T., Bartlam, B., Bernard, M., & Sim, J. (2014). Exploring the age-friendliness of purpose-built retirement communities: Evidence from England. *Ageing and Society*, *34*, 1601-1629. doi:10.1017/S0144686X13000366
- Lindgren, T., & Nilsen, M. R. (2011). Safety in residential areas. *Tijdschrift Voor Economische en Sociale Geografie*, *103*, 196-208. doi:10.1111/j.1467-9663.2011.00679.x
- Livingston, L., Bailey, N., & Kearns, A. (2010). Neighbourhood attachment in deprived areas: Evidence from the north of England. *Journal of Housing and the Built Environment*, *25*, 409-427. doi:10.1007/s10901-010-9196-3
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, *2*, 13-31. Retirado de: <https://www.re-dalyc.org/pdf/4265/426539987003.pdf>
- Lorenc, T., Petticrew, M., Whitehead, M., Neary, D., Clayton, S., Wright, K., ... Renton, A. (2013). Fear of crime and the environment: Systematic review of UK qualitative evidence. *BMC Public Health*, *13*, 1-8. doi:10.1186/1471-2458-13-496
- Maas, J., Spreeuwenberg, P., van Winsum-Westra, M., Verheij, R. A., Vries, S., & Groenewegen, P. P. (2009). Is green space in the living environment associated with people's feelings of social safety?. *Environment and Planning A*, *41*, 1763-1777. doi:10.1068/a4196
- Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). Qualitative research methods overview. In N. Mack, C. Woodsong, M. MacQueen, G. Guest, & E. Namey (Eds.), *Qualitative research methods: A data collector's field guide* (pp. 1-12). North Carolina: Family Health International.
- Mak, B. K. L., & Jim, C. Y. (2018). Examining fear-evoking factors in urban parks in Hong Kong. *Landscape and Urban Planning*, *171*, 42-56. doi:10.1016/j.landurbplan.2017.11.012
- Maroco, J., & Gracia- Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, *4*, 65-90. doi:10.14417/lp.763

- Marsillas, S., De Donder, L., Kardol, T., van Regenmortel, S., Dury, S., Brosens, D., ... Varela, J. (2017). Does active ageing contribute to life satisfaction for older people? Testing a new model of active ageing. *European Journal of Ageing, 14*, 295-310. doi:10.1007/s10433-017-0413-8
- Maruthaveeran, S., & van den Bosch, C. C. K. (2014). A socio-ecological exploration of fear of crime in urban green spaces: A systematic review. *Urban Forestry & Urban Greening, 13*, 1-18. doi:10.1016/j.ufug.2013.11.006
- Matos, F. L. (2010). Espaços públicos e qualidade de vida nas cidades - O caso da cidade Porto. *Revista Electrónica de Geografia, 2*, 17-33. Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/73469>
- McCrea, R., Shyy, T.-K., Western, J., & Stimson, R. J. (2005). Fear of crime in Brisbane. *Journal of Sociology, 41*, 7-27. doi:10.1177/1440783305048381
- Mesch, G. S. (2000). Perceptions of risk, lifestyle activities, and fear of crime. *Deviant Behavior, 21*, 47-62. doi:10.1080/016396200266379
- Moore, R. C., & Cosco, N. G. (2007). What makes a park inclusive and universally designed?: A multi-method approach. In C. Ward Thompson & P. Travlou (Eds.), *Open space: People space* (pp. 85-110). London: Taylor and Francis.
- Moos, R. H., & Lemke, S. (1984). Supportive residential settings for older people. In I. Altman, M. P. Latwon & J. F. Wohlwill (Eds.), *Elderly people and the environment* (pp. 159-190). New York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-2171-0
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse, 9*, 10-16. Retirado de: [file:///C:/Users/Carla/Downloads/sinapse-vol-9-n-2%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Carla/Downloads/sinapse-vol-9-n-2%20(3).pdf)
- Mowen, A., Orsega-Smith, E., Payne, L., Ainsworth, B., & Godbey, G. (2007). The role of park proximity and social support in shaping park visitation, physical activity, and perceived health among older adults. *Journal of Physical Activity and Health, 4*, 167-179. doi:10.1123/jpah.4.2.167

- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126. doi: 10.1093/bmb/ldn003
- Niedzwiedz, C. L., Katikireddi, S. V., Pell, J. P., & Mitchell, R. (2014). Socioeconomic inequalities in the quality of life of older Europeans in different welfare regimes. *European Journal of Public Health*, 24, 364-70. doi: 10.1093/eurpub/cku017.
- Noon, R. B., & Ayalon, L. A. (2018). Older adults in public open spaces: Age and gender segregation. *The Gerontologist*, 58, 149-158. doi:10.1093/geront/gnx047
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014a). Conselhos para um envelhecimento com qualidade de vida. In L. Nunes & O. Menezes (Eds.), *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos* (pp. 67-132). Lisboa: Caminho, SA.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014b). Bem-estar, qualidade de vida e saúde. In L. Nunes & O. Menezes (Eds.), *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos* (pp. 17-22). Lisboa: Caminho, SA.
- O'Brien, E. A. (2005). Publics and woodlands in England: Well-being, local identity, social learning, conflict and management. *International Journal of Forest Research*, 78, 321-336. doi:10.1093/forestry/cpi042
- Olshansky, S. J., Carnes, B. A., & Désesquelles, A. (2001). Prospects for human longevity. *Science's Compasse*, 291, 1491-1492. doi:10.1126/science.291.5508.1491
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (1998). *The basic demography: Sources and methods used in annex I of " Maintaining prosperity in na ageing society "*. França: OECD. Retirado de: <http://www.oecd.org/els/public-pensions/2429509.pdf>
- Orsega-Smith, E., Mowen, A. J., Payne, L.L., & Godbey, G. (2004). The interaction of stress and park use on psycho-physiological health in older adults. *Journal of Leisure Research*, 36, 232-256. doi:10.1080/00222216.2004.11950021
- Oswald, F., Hieber, A., Wahl, H.-W., & Mollenkopf, H. (2005). Ageing and person- environment fit in different urban neighbourhoods. *European Journal of Ageing*, 2, 88-97. doi:10.1007/s10433-005-0026-5

- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, H.-W. (2010). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction?. *The Gerontologist*, *51*, 238-250. doi:10.1093/geront/gnq096
- Oswald, F., Wahl, H.-W., Schilling, O., Nygren, C., Fange, A., Sixsmith, A., ... Iwarsson, S. (2007). Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist*, *47*, 96-107. doi:10.1093/geront/47.1.96
- Paisana-Morais, V., Bispo, S., Encantado, J., & Carvalho, C. (2014). Acessibilidade pedonal percebida em maiores de 65 anos: Instrumento de avaliação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*, 25-35. doi.org/10.15309/14psd150104
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2000a). Desenvolvimento físico e cognitivo na terceira idade. In E. D. Papalia, W.S. Olds & D. R. Feldman (Eds.), *Desenvolvimento humano* (pp.491-519). Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2000b). Desenvolvimento psicossocial na terceira idade. In E. D. Papalia, W. S. Olds, & D. R. Feldman (Eds.), *Desenvolvimento humano* (pp.523-553). Porto Alegre: Artmed.
- Parra, D. C., Gomez, L. F., Sarmiento, O. L., Buchner, D., Brownson, R., Schimd, T., ... Lobelo, F. (2010). Perceived and objective neighborhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogotá, Colombia. *Social Science & Medicine*, *70*, 1070-1076. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.024
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Sockza (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp.247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001a). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In C. Paúl, & M. Fonseca (Eds.), *Psicossociologia da saúde* (pp.111-128). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001b). Demografia social da saúde. In C. Paúl, & M. Fonseca (Eds.), *Psicossociologia da saúde* (pp.51-57). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Lopes, A. (2017). Active aging. In N. A. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of geropsychology* (pp.10-14). Singapore: Springer. doi:10.1007/978-981-287-082-

- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2004). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1-10. doi:10.1155/2012/382972
- Paúl, C., Teixeira, L., & Ribeiro, O. (2017). Active aging in very old age and the relevance of psychological aspects. *Frontiers in Medicine*, 4, 1-7. doi:10.3389/fmed.2017.00181
- Peace, S., Holland, C., & Kellaheer, L. (2006). Placing the self. In S. Peace, C. Holland & L. Kellaheer (Eds.), *Environment and identity in later life* (pp. 1-31). New York: Open University Press.
- Pereira, S. C. (2012). *Diagnóstico social, Évora 2013/2015*. Évora: Câmara Municipal de Évora- CLASE. Retirado de: http://www.cm-evora.pt/pt/rede_social/Documents/Diagn%C3%B3stico%20Social_CLASE_2013%281%29.pdf
- Perez, F. R., Fernandez-Mayoralas, G., Rivera, F. E. P., & Abuin, J. M. R. (2001). Ageing in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54, 173-208. doi:10.1023/a:1010852607362
- Phillips, D. R., Siu, O., Yeh, A.G., & Cheng, K.H. C. (2005). Ageing and the urban environment. In G. J. Andrews & D. R. Phillips (Eds.), *Ageing and the urban environment: Perspectives, policy, practice* (pp. 147-163). London: Routledge.
- Phillips, J., Walford, N., & Hockey, A. (2011). How do unfamiliar environments convey meaning to older people? Urban dimensions of placelessness and attachment. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6, 73-102. doi:10.3384/ijal.1652-8670.116273
- Plouffe, L.A., & Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: State and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25, 131-137. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.001

- Pordata. (2013). *Retrato de Portugal Pordata, indicadores 2011*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos. Retirado de: file:///C:/Users/Carla/Downloads/RETRATODEPORTUGAL2011%20(1).pdf
- Pordata. (2017). *Retrato de Portugal Pordata, edição 2017*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos. Retirado de: file:///C:/Users/Carla/Downloads/RetratodePortugal2017%20(1).pdf
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research, 14*, 2197-2214. doi: 10.1007/s11136-005-7380-9
- Project for Public Spaces. (2012). *Placemaking and the future of cities*. PPS. Retirado de: https://daks2k3a4ib2z.cloudfront.net/5810e16fbe876cec6bcbd86e/59f1fb530aad1d00010a6186_PPS-Placemaking-and-the-Future-of-Cities.pdf
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology, 3*, 57-83. doi:10.1016/s0272-4944(83)80021-8
- Raimundo, E. F. A. (2014). *Uso de espaços públicos e Satisfação com a vida em diferentes grupos de idosos: Identificação de perfis psicossociais e sócioespaciais com base numa análise Clusters Two-Step*. (Tese de mestrado). Retirado de: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14596/1/UsodeEspaçosPúblicosSatisfaçãocomavidaemdiferente>
- Rantakokko, M., Iwarsson, S., Kauppinen, M., Leinonen, R., Heikkinen, M., & Rantanen, T. (2010). Quality of life and barriers in the urban outdoor environment in old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*, 2154-2159. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03143.x
- Reid, L. W., & Konrad, M. (2004). The gender gap in fear: Assessing the interactive effects of gender and perceived risk on fear of crime. *Sociological Spectrum, 24*, 399-425. doi:10.1080/02732170490431331
- Ribeiro, J. L. P. (2005). Qualidade em saúde. In P. Ribeiro (Ed.), *Introdução à Psicologia da saúde* (pp.91-107). Coimbra: Quarteto.

- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento activo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp. 1-12). Lisboa: Lidel.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., & Laforest, S. (2008). Staying connected: Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Québec. *Health Promotion International, 24*, 46-57. doi:10.1093/heapro/dan039
- Richard, L., Gauvin, L., Kestens, Y., Shatenstein, B., Payette, H., Daniel, M., ... Mercille, G. (2012). Neighborhood resources and social participation among older adults: Results from the VoisiNuAge study. *Journal of Aging and Health, 25*, 296-318. doi:10.1177/0898264312468487
- Rollwagen, H. (2014). The relationship between dwelling type and fear of crime. *Environment and Behavior, 48*, 365-387. doi:10.1177/0013916514540459
- Ross, C. E., & Jang, S. J. (2000). Neighborhood disorder, fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors. *American Journal of Community Psychology, 28*, 401-420. doi:10.1023/a:1005137713332
- Rosso, A. L., Taylor, J. A., Tabb, L. P., & Michael, Y. L. (2013). Mobility, disability, and social engagement in older adults. *Journal of Aging and Health, 25*, 617-637. doi:10.1177/0898264313482489
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*, 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Rowles, G. D. (2008). Place in occupational science: A life course perspective on the role of environmental context in the quest for meaning. *Journal of Occupational Science, 15*, 127-135. doi:10.1080/14427591.2008.9686622
- Scarborough, B. K., Like-Haislip, T. Z., Novak, K. J., Lucas, W. L., & Alarid, L. F. (2010). Assessing the relationship between individual characteristics, neighborhood context, and fear of crime. *Journal of Criminal Justice, 38*, 819-826. doi:10.1016/j.jcrimjus.2010.05.010
- Scarlach, A. E., & Lehning, A. J. (2013). Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. *Ageing and Society, 33*, 110-136. doi:10.1017/s0144686x12000578

- Schaie, K. W. (2016). Theoretical perspectives for the psychology of aging in a lifespan context. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (8 ed, pp. 3-13). San Diego:Academic Press.
- Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. (2003). Older people's perceptions of the neighbourhood: Evidence from socially deprived urban areas. *Sociological Research Online*, 8, 1-12. doi:10.5153/sro.867
- Scharlach, A. (2012). Creating age-friendly communities in the United States. *Ageing International*, 37, 25-38. doi:10.1007/s12126-011-9140-1
- Schroots, J. J. F., & Birren, J. E. (1990). Concepts of time and aging in science. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3 ed, pp. 45-59). San Diego:Academic Press.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516. doi:10.14417/ap.336
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-172. doi:10.1300/J018v05n01_09
- Shepherd, D., Welch, D., Dirks, K. N., & McBride, D. (2013). Do quiet areas afford greater health-related quality of life than noisy areas?. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 10, 1284-1303. doi:10.3390/ijerph10041284
- Shumway-Cook, A., Patla, A., Stewart, A., Ferrucci, L., Ciol, M. A., & Guralnik, J.M. (2003). Environmental components of mobility disability in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 393-398. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51114.x
- Simplício, M. D. (2001). *Évora: Estrutura e renovação urbana no sector intramuros*. Departamento de Geociências. Universidade de Évora. Retirado de: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2670/1/Evora_Estrutura_Renovacao_Urbana_sector_intramuros.pdf.

- Simplício, M. D. (2009). *Evolução da estrutura urbana de Évora: O século XX e a transição para o século XXI*. Departamento de Geociências. Universidade de Évora. Retirado de: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2668/1/Evolucao_Estrutura_Urbana_Evora_secXX_XXI.pdf.
- Simplício, M. D. (2013). *A cidade de Évora e a relevância do centro histórico*. Departamento de Geociências. Universidade de Évora. Retirado de: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/8383/1/Cidade%20de%20C3%89vora,%20relev%C3%A2ncia%20do%20Centro%20Hist%C3%B3rico.pdf>.
- Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferriss, A. L., Easterlin, R. A., Patrick, D., & Pavot, W. (2006). The quality of life (QOL) research movement: Past, present, and future. *Social Indicators Research*, 76, 343-466. doi:10.1007/s11205-005-2877-8
- Smith, A. E. (2009). Ageing in deprived neighbourhoods. In E. Smith (Ed.), *Ageing in urban neighbourhoods: Place attachment and social exclusion* (pp.85-133). Bristol: Policy Press
- Smith, A. E., Sim, J., Scharf, T., & Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing and Society*, 24, 793-814. doi:10.1017/S0144686X04002569
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732. doi:10.1111/1540-4560.00286
- Smith, R. J., Lehning, A.J., & Dunkle, R. E. (2013). Conceptualizing age-friendly community characteristics in a sample of urban elders: An exploratory factor analysis. *Journal of Gerontological Social Work*, 56, 90-111. doi:10.1080/01634372.2012.739267
- Soczka, L. (2005). Viver n (a) cidade. In In L. Sockza (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp.91-132). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-371. doi:10.1590/S0034-89102003000300016
- Spain, D. (2014). Gender and urban space. *Annual Review of Sociology*, 40, 28.1-28.18. doi:10.1146/annurev-soc-071913-043446
- Speller, G. M. (2005). A Importância da vinculação aos lugares. In L. Sockza (Ed.), *Contextos humanos e psicologia ambiental* (pp. 133-167): Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Speller, G. M., Lyons, E., & Twigger-Ross, C. (2002). A community in transition: The relationship between spatial change and identity processes. *Social Psychological Review*, 4, 39-58. Retirado de: <http://epubs.surrey.ac.uk/2114/1/RevisedSPR.pdf>
- Sprangers, M. A. G., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M. E., Bijl, R. V., de Boer, J. B., ... de Haes, H. C. J. M. (2000). Wich cronich conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907. doi:10.1016/s0895-4356(00)00204-3
- Steels, S. (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities*, 47, 45-52. doi:10.1016/j.cities.2015.02.004
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and active ageing: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16, 467-477. doi:10.1177/1359105310384298
- Stuart-Hamilton, I. (2002a). O que é envelhecer?. In I. Stuart-Hamilton (Ed.), *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução* (pp.15-41).Porto Alegre: Artmed.
- Stuart-Hamilton, I. (2002b). Avaliação das mudanças intelectuais no envelhecimento. In I. Stuart-Hamilton (Ed.), *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução* (pp.43-78).Porto Alegre: Artmed.
- Stuart-Hamilton, I. (2002c). Envelhecimento e memória. In I. Stuart-Hamilton (Ed.), *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução* (pp.79-104).Porto Alegre: Artmed.

- Stuart-Hamilton, I. (2002d). Envelhecimento, personalidade e estilo de vida. In I. Stuart-Hamilton (Ed.), *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução* (pp.125-148).Porto Alegre: Artmed.
- Sugiyama, T., Francis, J., Middleton, N. J., Owen, N., & Giles-Corti, B. (2010). Associations between recreational walking and attractiveness, size, and proximity of neighborhood open spaces. *American Journal of Public Health, 100*, 1752-1757. doi:10.2105/AJPH.2009.182006
- Sugiyama, T., Thompson, C. W., & Alves, S. (2009). Associations between neighborhood open space attributes and quality of life for older people in Britain. *Environment and Behavior, 41*, 3-21. doi:10.1177/0013916507311688
- Takano, T., Nakamura, K., & Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: The importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology & Community Health, 56*, 913-918 doi:10.1136/jech.56.12.913
- Tandogan, O., & Ilhan, B. S. (2016). Fear of crime in public spaces: From the view of women living in cities. *Procedia Engineering, 161*, 2011-2018. doi:10.1016/j.pro-eng.2016.08.795
- Tartaglia, S. (2013). Different predictors of quality of life in urban environment. *Social Indicators Research, 113*, 1045-1053. doi:10.1007/s11205-012-0126-5
- Tavares, J., Pereira, S. A., Gomes, A. A., Monteiro, M. S. & Gomes, A. (2007). Desenvolvimento humano. In J. Tavares, A. S. Pereira, A. A. Gomes, S. M. Monteiro & A. Gomes (Eds.), *Manual de Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem* (pp.98-105). Porto: Porto editora, Lda.
- Taylor, S. A. P. (2001). Place identification and positive realities of aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 16*, 5-20. doi:10.1023/a:1010673000367
- Theis, K. A., & Furner, S. E. (2011). Shut-in? Impact of chronic conditions on community participation restriction among older adults. *Journal of Aging Research, 2011*, 1-10. doi:10.4061/2011/759158
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology, 9*, 150-162. doi:10.5964/ejop.v9i1.337

- Twigger-Ross, C. L., & Uzzell, D. L. (1996). Place and identity processes. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 205-220. doi:10.1006/jevp.1996.0017
- United Nations Economic Commission for Europe. (2017, Setembro). *A sustainable society for all ages: Realizing the potential of living longer*. 4th UNECE ministerial conference on ageing. Lisbon: UNECE. Retirado de: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Lisbon/Declaration/2017_Lisbon_Ministerial_Declaration.pdf
- Van Dyck, D., Teychenne, M., McNaughton, S. A., De Bourdeaudhuij, I., & Salmon, J. (2015). Relationship of the perceived social and physical environment with mental health-related quality of life in middle-aged and older adults: Mediating effects of physical activity. *Plos One*, 10, 1-16. doi:10.1371/journal.pone.0120475
- Van Groenou, M. B., & Deeg, D. J. H. (2010). Formal and informal social participation of the young-old in the Netherlands in 1992 and 2002. *Ageing & Society*, 30, 445-465. doi:10.1017/s0144686x09990638
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 37, 73-97. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645433005>
- Villanueva, K., Giles-Corti, B., Bulsara, M., Timperio, A., McCormack, G., Beesley, B., ... Middleton, N. (2012). Where do children travel to and what local opportunities are available? The relationship between neighborhood destinations and children's independent mobility. *Environment and Behavior*, 45, 679-705. doi:10.1177/0013916512440705
- Wahl, H.-W., & Oswald, F. (2010). Environmental perspectives on aging. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The sage handbook of social gerontology* (pp. 111-124). London: Sage.
- Wahl, H.-W., Schilling, O., Oswald, F., & Iwarsson, E. S. (2009). The home environment and quality of life-related outcomes in advanced old age: Findings of the

- ENABLE-AGE project. *European Journal Ageing*, 6, 101-111. Doi: 10.1007/s10433-009-0114-z
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55, 121-139. doi:10.1111/1468-246X.00118
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21, 117-130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Wanka, A. (2017). Disengagement as withdrawal from public space: Rethinking the relation between place attachment, place appropriation, and identity-building among older adults. *The Gerontologist*, 58, 130-139. doi:10.1093/geront/gnx081
- White, D. K., Jette, A. M., Felson, D. T., Lavalley, M. P., Lewis, C. E., Torner, J. C., ...Keysor, J. J. (2010). Are features of the neighborhood environment associated with disability in older adults?. *Disability and Rehabilitation*, 32, 639-645. doi:10.3109/09638280903254547
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56. doi: 10.1080/00207411.1994.11449286
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585. doi:10.1016/s0277-9536(98)00009-4
- Whyte, W. H. (2001a). The life of plazas. In H. W. Whyte (Ed.), *The social life of small urban spaces* (pp.16-23). New York: Project for Public Spaces
- Whyte, W. H. (2001b). Sitting space. In H. W. Whyte (Ed.), *The social life of small urban spaces* (pp. 24-39). New York: Project for Public Spaces
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. (2012). The meaning of aging in place to older people. *The Gerontologist*, 52, 357-366. doi:10.1093/geront/gnr098

- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25, 585-600. doi:10.1017/S0144686X05003454
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO. Retirado de: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO. Retirado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities:A guide*. Geneva: WHO. Retirado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789241547307_eng.pdf?sequence=1
- Wyant, B. R. (2008). Multilevel impacts of perceived incivilities and perceptions of crime risk on fear of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45, 39-64. doi:10.1177/0022427807309440
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

Anexos

ANEXO 1
Limite dos bairros



Legenda

— Limite do Bairro Senhora da Saúde (Freguesia Senhora da Saúde- Évora)



Legenda

— Limite do Bairro Horta das Figueiras (Freguesia Horta das Figueiras- Évora)

ANEXO 2

Grelha de observação: Caracterização do espaço físico - Bairro Senhora da Saúde

Nome do Bairro: Bairro Senhora da Saúde	
Localização: Freguesia Senhora da Saúde	
Presença de Idosos: Sim	
EQUIPAMENTOS /INFRAESTRUTURAS	
Tipologia de Habitação	Habitação coletiva e habitação unifamiliar
Comércio	Posto de gasolina-Galp, Casa estrela, Talho da praceta, Frutaria da ponte, Drogaria arco-íris, Mercadora loja de frescos, Tabacaria Senhora da Saúde
Instituições administrativas públicas e/ou Instituições Financeiras	Junta de Freguesia da Senhora da Saúde Banco Caixa Agrícola
Saúde	Farmácia sagres
Educação	Escola EB2 André de Resende
Restauração /Cafetaria	Snack-bar Caravela, Churrasqueira da Senhora da Saúde, Pastelaria esperança, Café a nau, Pastelaria doce paraíso, Rei dos caracóis, Doce café, Cafetaria naia, Café o ratinho
Áreas de Lazer	A Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Freguesia da Senhora da Saúde (ARPIFSS) Biblioteca da Junta de Freguesia da Senhora da Saúde Realização da “Feira no bairro” (mensal) na rua Dr. Manuel Carvalho Moniz
Presença de espaços verdes (árvores, casas com jardim)	A presença de vegetação também é visível em várias ruas deste bairro: Rua de Santo António, Rua de Mourão, Rua de Reguengos de Monsaraz, Rua Senhora da Saúde, Rua de Mora, Rua Dr. Manuel Carvalho Moniz, no Largo Principal da Senhora da Saúde, na Av. Alm Gago Coutinho, na Praceta Infante Dom Henrique. No entanto, a existência de árvores é mais abundante na Av. Dona Leonor de Oliveira Fernandes.
Equipamento Urbano	Bancos de madeira distribuídos por diferentes pontos: Praceta Infante Dom Henrique, Rua Dr. Manuel Carvalho Moniz e Av. Alm Gago Coutinho. Este tipo de equipamento é utilizado para a realização de recreio passivo (sentar, ler, conversar), especialmente nos que estão situados em zonas de sombra. Verifica-se a existência de vários caixotes do lixo, apesar de alguns apresentarem sinais de vandalismo. Os candeeiros apresentam duas tipologias distintas, iluminar a via automóvel e facilitar a circulação dos peões. Na rua Dr. Manuel Carvalho Moniz estão disponíveis equipamentos do circuito de manutenção

Áreas de Estar	Este bairro disponibiliza à população diferentes áreas de estar situadas no Largo Principal da Senhora da Saúde, na rua Dr. Manuel Carvalho Moniz e na Praceta Infante Dom Henrique.
Áreas para Jogos	Este bairro possui um campo que permita aos seus moradores e/ou utilizadores a realização de jogos.
ACESSIBILIDADE	
Transportes públicos	<p>Praça de táxis na Praceta Infante Dom Henrique.</p> <p>A deslocação da população também pode ser assegurada pela rede de transportes de Évora (Trevo), através de três redes urbanas, 32 (dias úteis), 33 (dias úteis, sábado, domingo e feriados) e 34 (dias uteis e sábado). Neste bairro existem 7 paragens de autocarro distribuídas por diferentes ruas: (2) na rua Dr. Manuel Carvalho Moniz (1) no largo principal da Senhora da Saúde, (2) na Av. Alm. Gago Coutinho e (2) na Av. Dona Leonor de Oliveira Fernandes.</p> <p>Os autocarros circulam pelo bairro com um intervalo de tempo que varia entre os 30 m aos 60 minutos.</p>
Trânsito	Neste bairro, a circulação de veículos é mais acentuada e ruidosa às 9h e às 18h, com maior predominância na Av. Dona Leonor de Oliveira Fernandes, na Praceta Infante Dom Henrique e na Rua Dr. Manuel Carvalho Moniz.
Sinalização	Existe sinalização adequada para os peões (passadeiras), ainda que nem todas estejam em bom estado, necessitando de uma nova pintura. Os condutores que circulam no bairro não respeitam a sinalização existente, o que acaba por colocar em causa a segurança dos utilizadores e/ou moradores deste bairro.
Ruas	Existe uma rampa com um elevado nível de inclinação na Rua Dr. Manuel Carvalho Moniz que permite o acesso à Praceta Infante Dom Henrique, que condiciona a circulação dos seus moradores e/ou utilizadores, principalmente se estes forem idosos.
Passeios	<p>A maioria dos pavimentos dos passeios do bairro da Senhora da Saúde são construídos em calçada regular, à exceção dos passeios junto aos equipamentos do circuito de manutenção construídos com blocos de encaixe e, os passeios que rodeiam a ARPIFSS, que ainda são de terra batida. Para além disso, verificou-se que existem alguns passeios que não estão em bom estado (e.g., buracos, calçada irregular devido às raízes das árvores e tampas de esgoto desniveladas), o que pode colocar em causa a segurança dos peões.</p> <p>Na rua de Portel não existem passeios.</p>
Escadas	As escadas que dão acesso à zona de estar no Largo Principal da Senhora da Saúde, encontram-se em mau estado.

Anexo 3

Grelha de observação: Caraterização do espaço físico- Bairro Horta das Figueiras

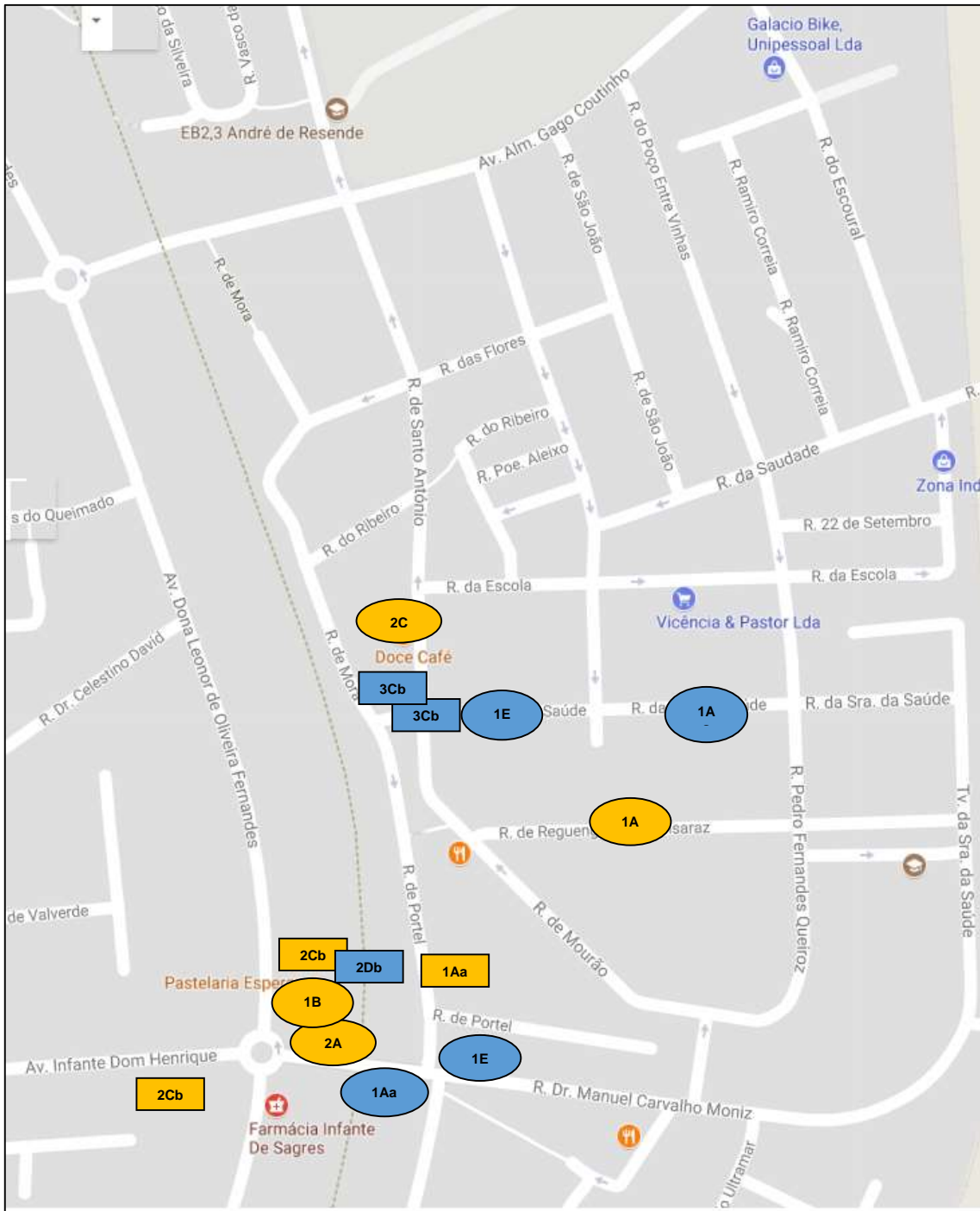
Nome do Bairro: Horta das Figueiras	
Localização: Freguesia Horta das Figueiras	
Presença de Idosos: Sim	
EQUIPAMENTOS /INFRAESTRUTURAS	
Tipologia de Habitação	Habitação coletiva
Comércio	Aqui à Pão, Agência de viagens, Meo, Nowo, Fotolis, Pingo doce, Lidl, Eborpapers, José Mosca automóveis, Remax, Glass Drive, Brinka, Seaside, Rody
Instituições administrativas públicas/Instituições financeiras/Instituições sociais	Junta de Freguesia da Horta das Figueiras Montepio BPI Centro Social Paroquial de São Brás- Évora
Saúde	Farmácia Horta das Figueiras, Laboratóri de Análises clínicas, Ótica das Figueiras, Cruz Vermelha Portuguesa, Centro auditivo do Alentejo, Hospital da Misericórdia de Évora.
Educação	Universidade Sénior de Évora EB1 da Horta das Figueiras
Restauração/Cafetaria	Restaurante o Alforge, Restaurante o Baloço, Pastelaria princesa, Cervejaria penalty, Tasquinha piquenique, Pastelaria Horta das Figueiras, Pastelaria nova.
Desporto	Juventude Sport Clube Ginásio
Alojamento	Residência António Gedeão
Áreas de Lazer	Associação de Reformados Pensionistas e Idosos da Horta das Figueiras Biblioteca da Junta de Freguesia da Horta das Figueiras Realização da “Feira no Bairro” (mensal)
Presença de espaços verdes (árvores, casas com jardim)	A presença de vegetação verifica-se apenas na Praceta Horta do Bispo, na Praceta Pedro de Sousa, na Rua Engenheiro Tomás Silva, na rua Amadeo de Sousa Cardoso, na rua Catarina Eufémia, sendo mais saliente na rua General Humberto Delgado à Horta das Figueiras.
Equipamento Urbano	Os bancos neste bairro encontram-se num número reduzido, construídos com materiais diferentes, localizados apenas na Praceta Natália Correia (bancos de madeira) e na Rua da Horta das Figueira junto ao edifício da Residência António Gedeão (bancos de cimento), utilizados maioritariamente, para recreio passivo (e.g., sentar, ler, conversar). Também se verifica a existência de vários cai-

	xotes de lixo em diferentes ruas. Por sua vez, os candeeiros também apresentam duas tipologias distintas, iluminar a via automóvel e facilitar a circulação dos peões.
Áreas de Estar	Este bairro disponibiliza à população duas zonas de estar situadas à sombra na Rua General Humberto Delgado à Horta das Figueiras e na rua Amadeo de Sousa Cardoso. Existem outras duas zonas que apesar de não estarem à sombra são utilizadas pelo moradores e/ou utilizadores deste bairro situadas na Praceta Natália Correia e na Rua da Horta das Figueira junto ao edifício da Residência António Gedeão. Para além disso, este bairro possui um parque infantil que favorece a ocorrência de atividades sociais.
ACESSIBILIDADE	
Transportes públicos	Praça de táxis situada na General Humberto Delgado à Horta das Figueiras. A deslocação da população também pode ser assegurada pela rede de transportes de Évora (Trevo), através de duas redes urbanas, 23 (dias úteis, sábado, domingo e feriados) e 24 (dias úteis). Neste bairro existem 10 paragens de autocarro distribuídas por diferentes ruas: (4) na rua da Horta das Figueiras, (4) na rua General Humberto Delgado à Horta das Figueiras e (2) na rua Catarina Eufémia. Os autocarros circulam pelo bairro com um intervalo de tempo que varia entre os 30 m aos 60 minutos.
Trânsito	Neste bairro, a circulação de veículos é mais acentuada e ruidosa às 9h e às 18h, com maior predominância na Rua da Horta das Figueiras e na Rua Fernanda Seno.
Sinalização	Existe sinalização adequada para os peões (passadeiras), ainda que nem todas estejam em bom estado, necessitando de uma nova pintura. Os condutores que circulam no bairro não respeitam a sinalização existente, o que acaba por colocar em causa a segurança dos utilizadores e/ou moradores deste bairro. Na rua General Humberto Delgado à Horta das Figueiras (perpendicular à rua da Horta das Figueiras) não existe passadeiras.
Ruas	Neste bairro junto à Praceta Pedro de Sousa existe um pequeno nível de inclinação que não parece condicionar a circulação dos seus moradores e/ou utilizadores. As instituições financeiras deste bairro (BPI E Montepio) possuem rampas o que facilita o acesso às suas instalações, principalmente à população idosa. Por outro lado, o passeio situado junto à passadeira que dá acesso a Av. Sanches de Miranda, apresenta uma inclinação que condiciona o trânsito dos peões.
Passeios	Os pavimentos dos passeios do bairro Horta das Figueiras são construídos em calçada regular. No entanto, verificou-se que alguns passeios que não estão em bom estado

	(e.g., buracos, calçada irregular devido às raízes das árvores e tampas de esgoto desniveladas), o que pode colocar em causa a segurança dos peões.
Escadas	A maioria das escadas existentes situam-se na rua General Humberto Delgado à Horta das Figueiras e, têm como principal função facilitar o acesso aos diferentes edifícios onde residem os moradores deste bairro. A única infraestrutura no bairro Horta das Figueiras cujo acesso é realizado através de escadas é o parque infantil.

Anexo 4

**Distribuição espacial do total de utilizadores no bairro Senhora da Saúde
(dia útil vs. dia de fim-de-semana)**



Legenda

Género

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos
 12-21 Anos
 21-65 Anos
 Mais de 65 Anos

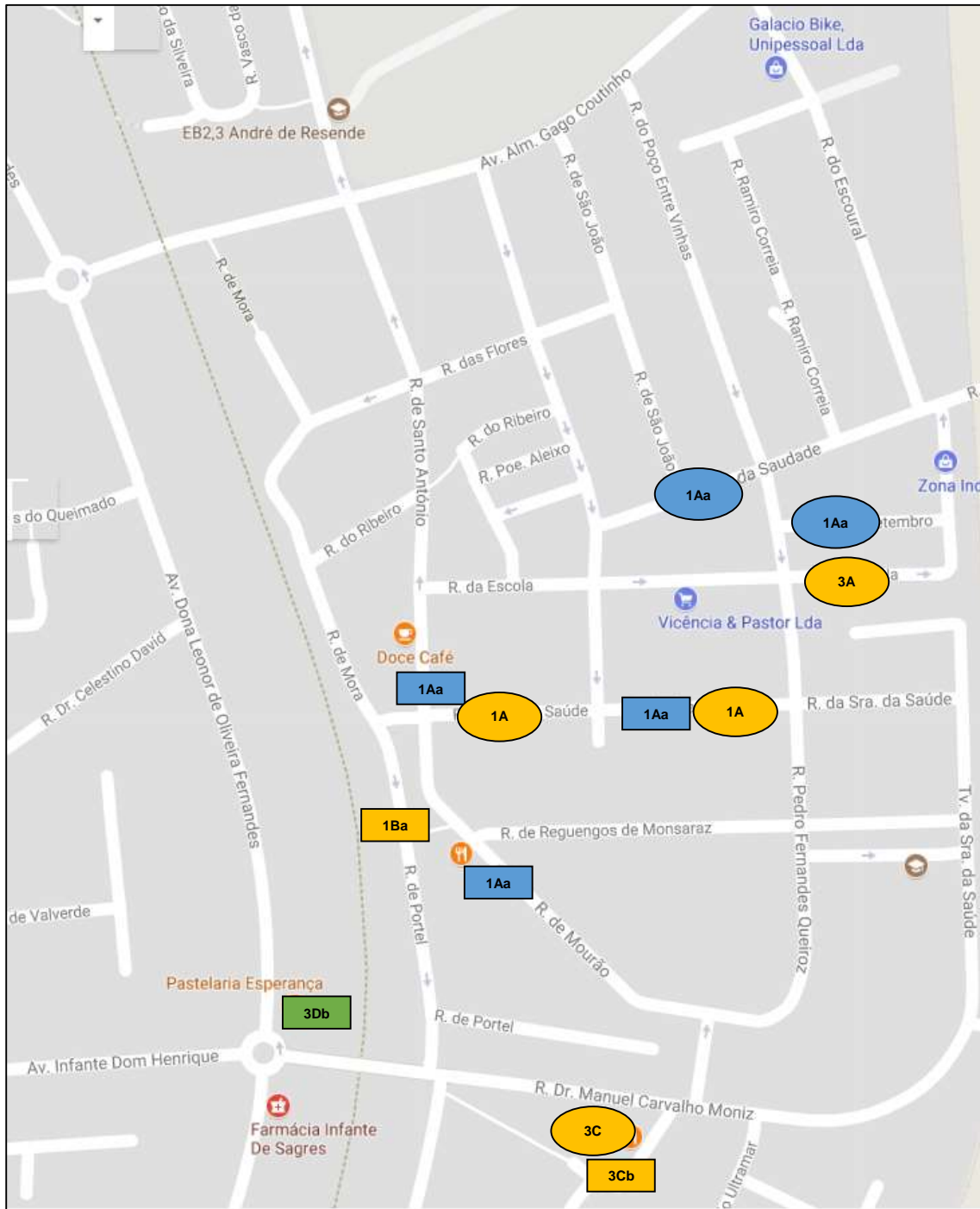
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Dia útil: 30-06-2017
Horário: 10:00



Legenda

Género

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

■ 0-12 Anos ■ 12-21 Anos ■ 21-65 Anos ■ Mais de 65 Anos

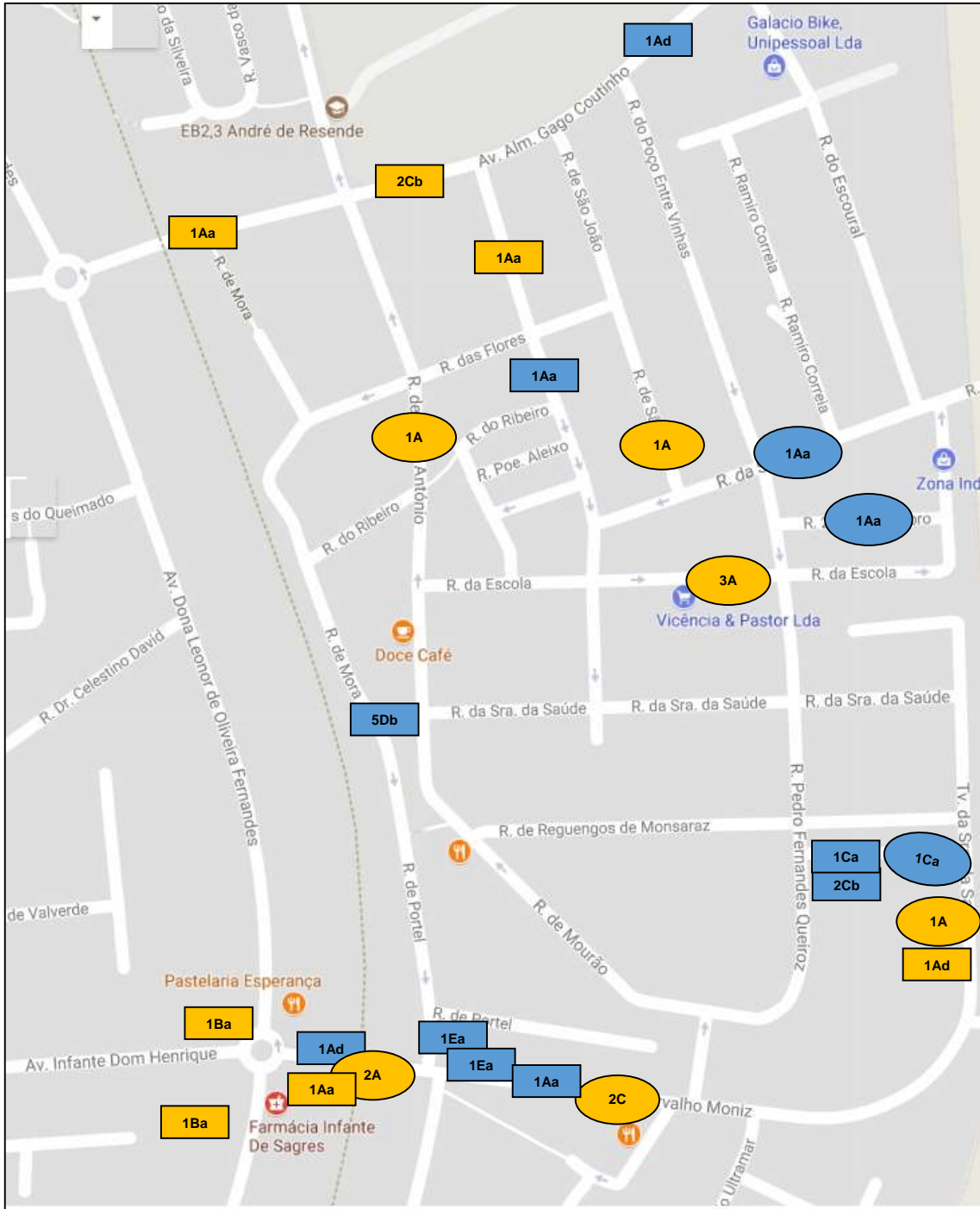
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Dia útil: 30-06-2017
Horário: 16:00



Legenda

Género

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

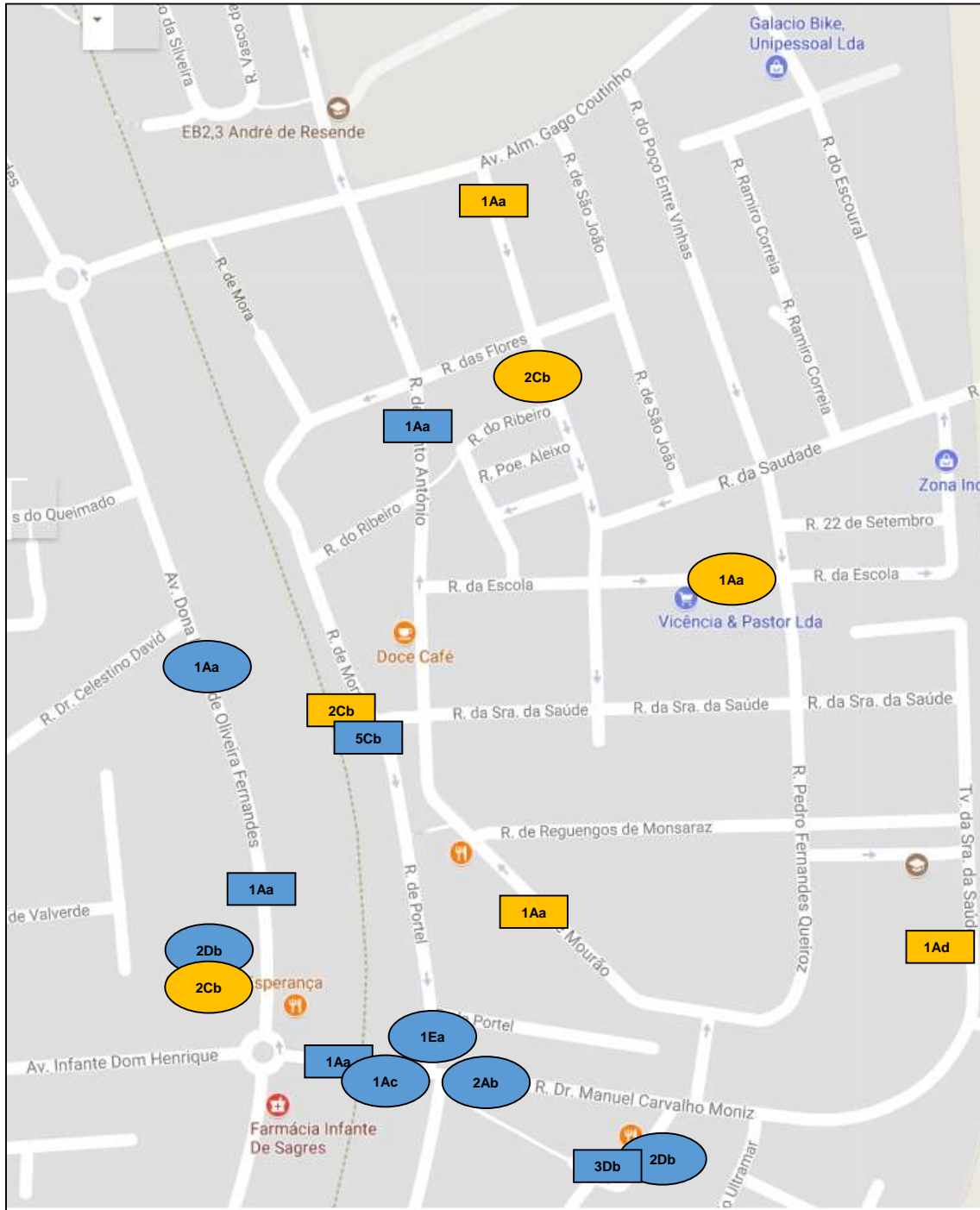
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Dia útil: 30-06-2017
Horário: 18:00



Legenda

Género

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

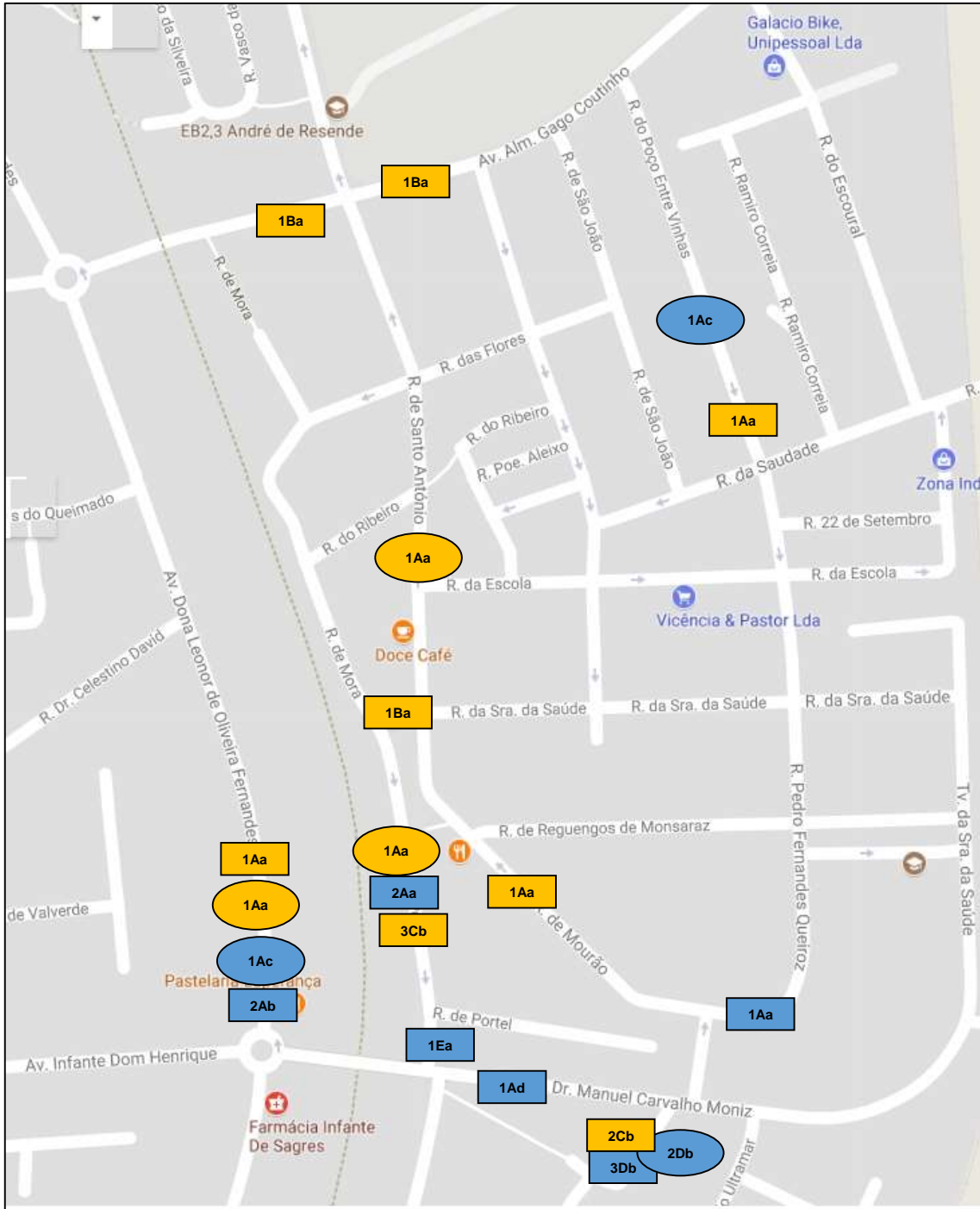
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividade opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Dia útil: 30-06-2017
Horário: 20:00



Legenda

Gênero

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

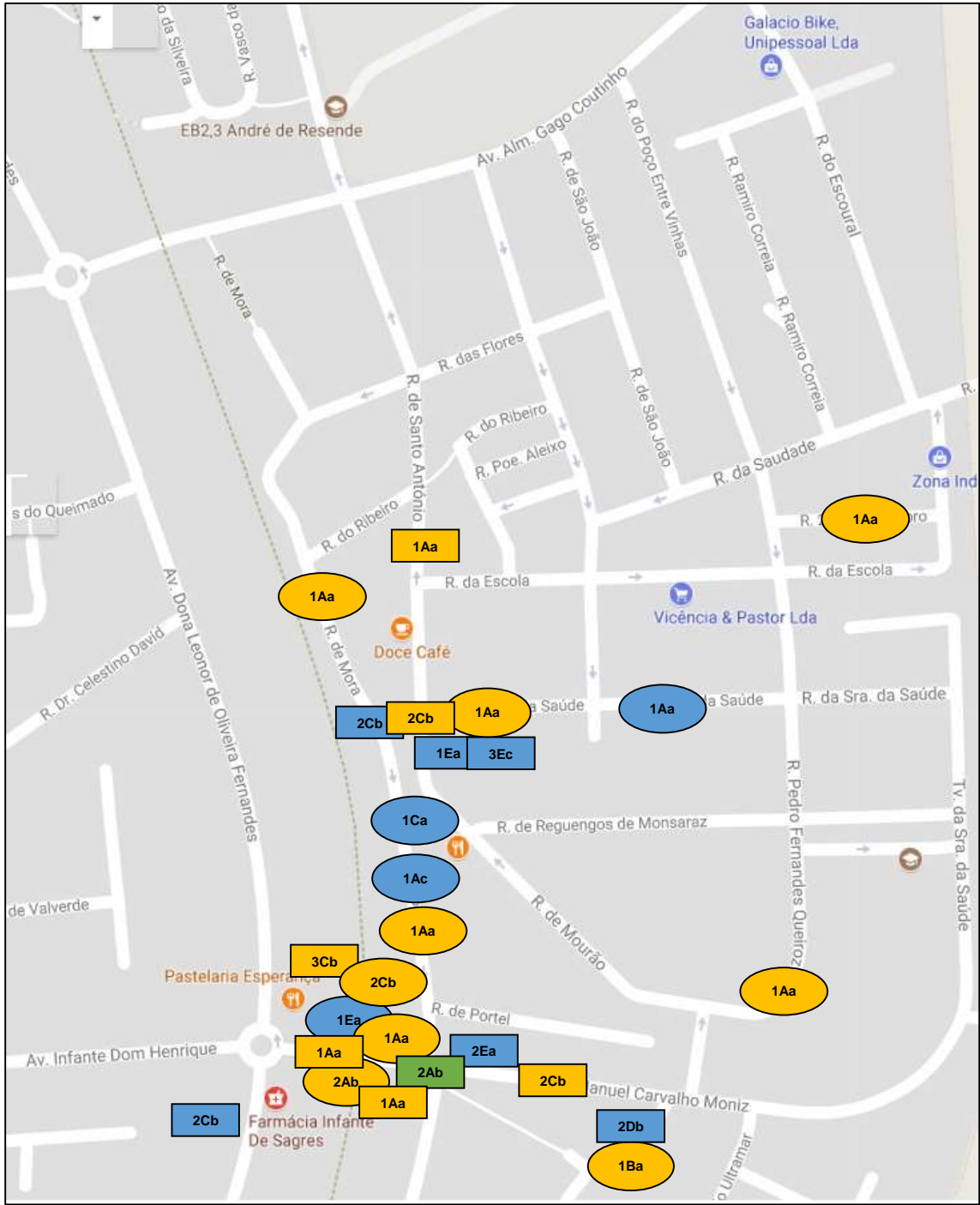
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Fim-de-semana: 01-07-2017
Horário: 10:00



Legenda

Gênero

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

■ 0-12 Anos ■ 12-21 Anos ■ 21-65 Anos ■ Mais de 65 Anos

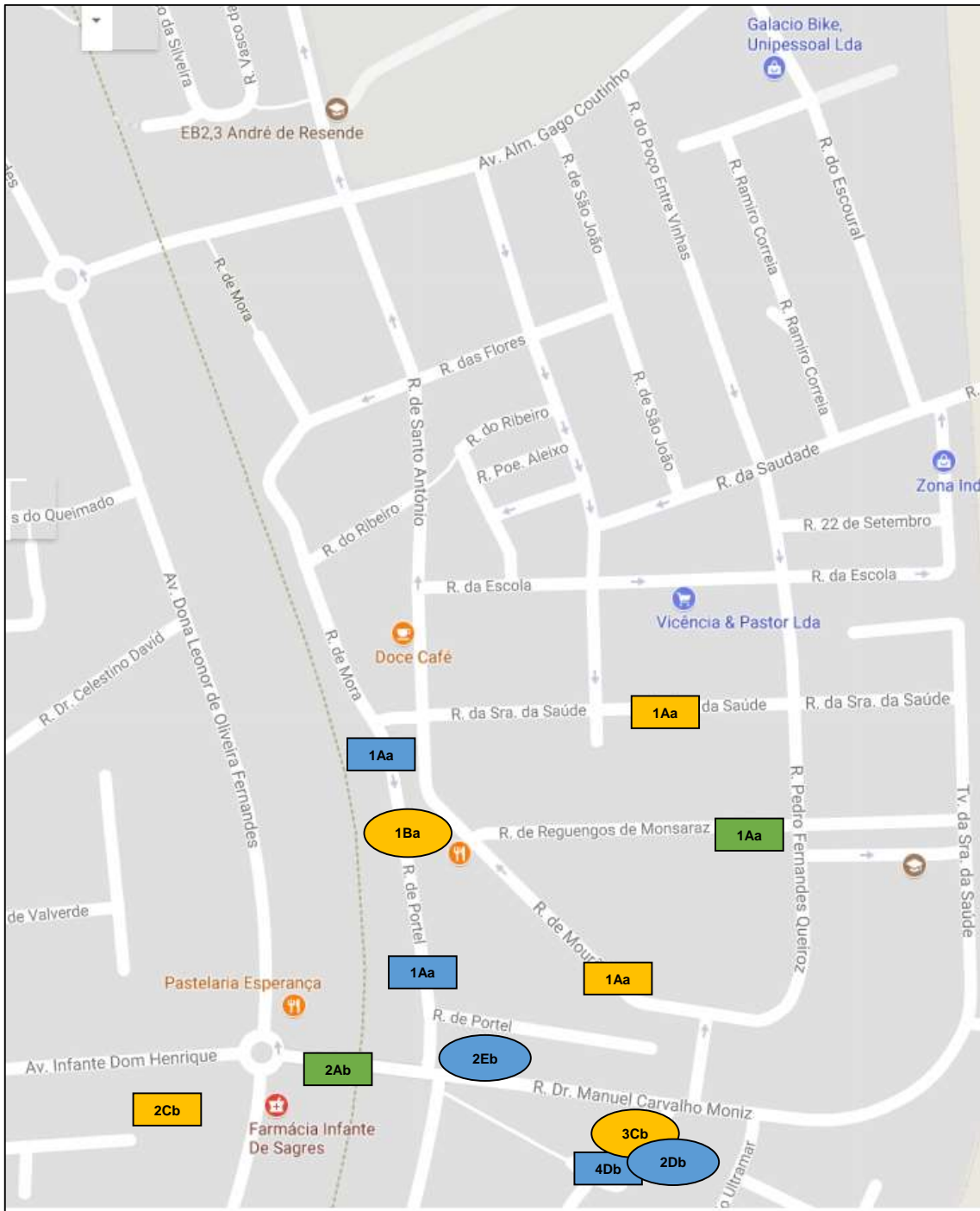
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Fim-de-semana: 01-07-2017
Horário: 12:00



Legenda

Género

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

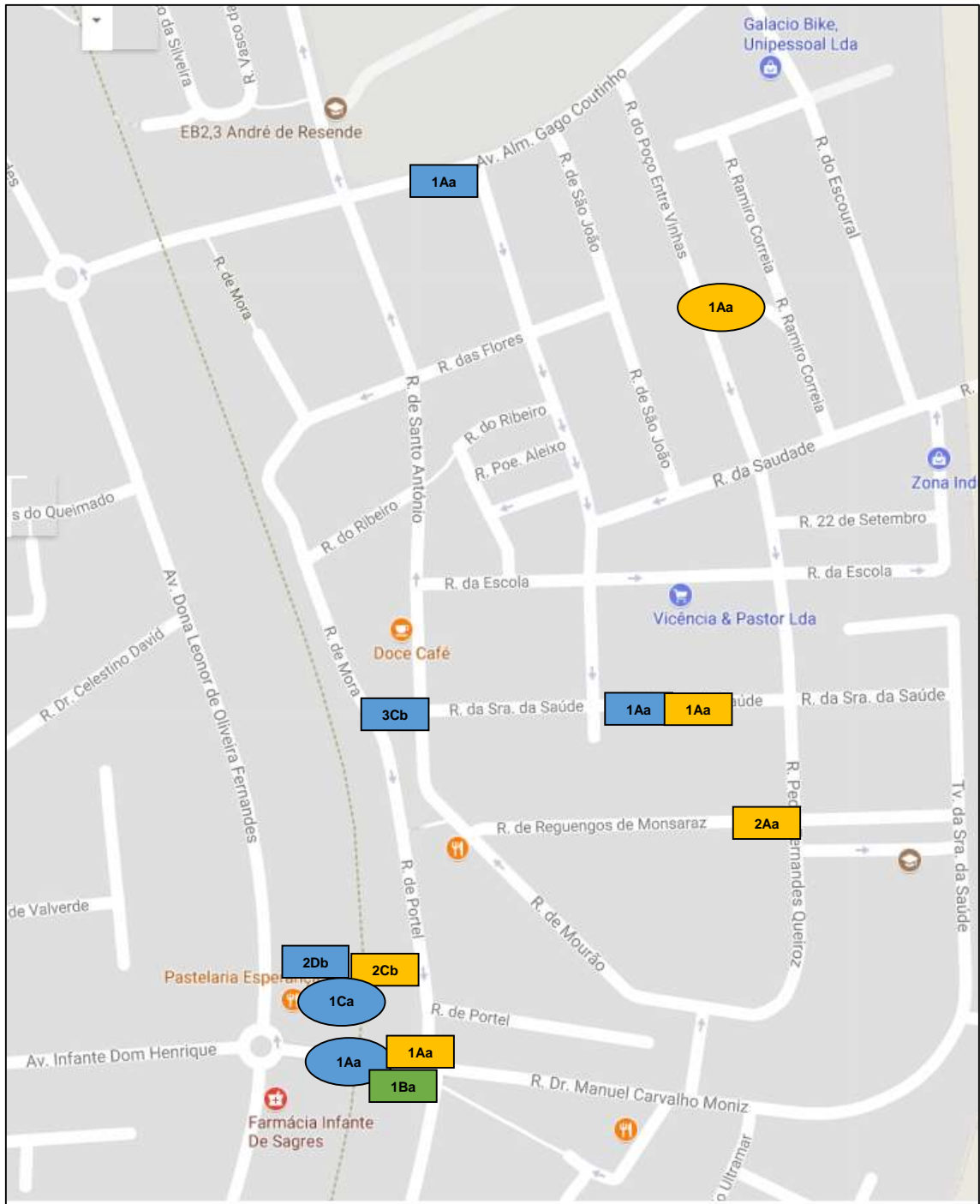
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Fim-de-semana: 01-07-2017
Horário: 16:00



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

□ 0-12 Anos ■ 12-21 Anos ■ 21-65 Anos ■ Mais de 65 Anos

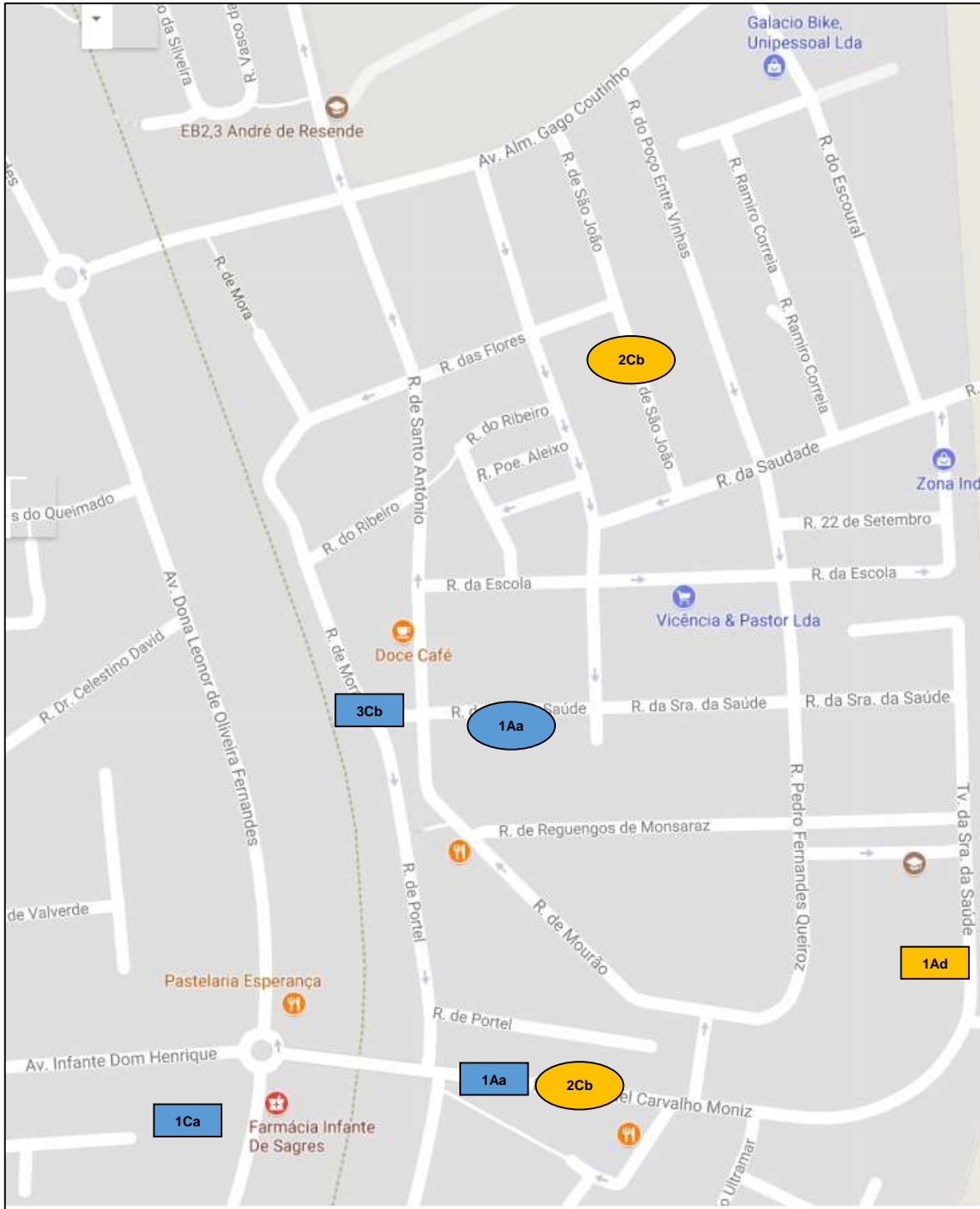
Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Fim-de-semana: 01-07-2017
Horário: 18:00



Legenda

Género

○ Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

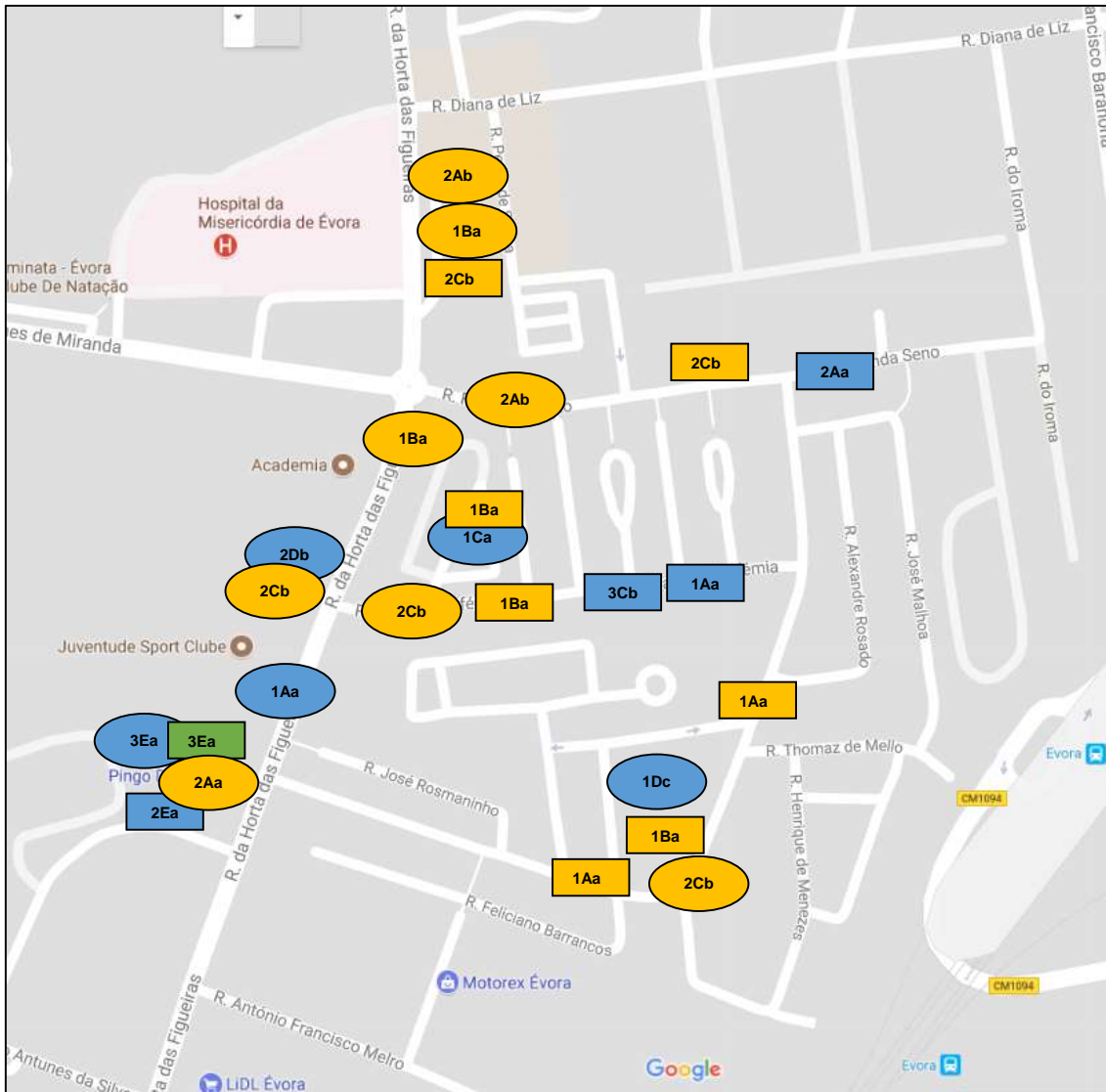
Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Senhora da Saúde
Fim-de-semana: 01-07-2017
Horário: 20:00

Anexo 5

**Distribuição espacial do total de utilizadores no bairro Horta das Figueiras
(dia útil *vs.* dia de fim-de-semana)**



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Horta das Figueiras
Dia útil: 28-06-2017
Horário: 10:00



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras

Dia útil: 28-06-2017

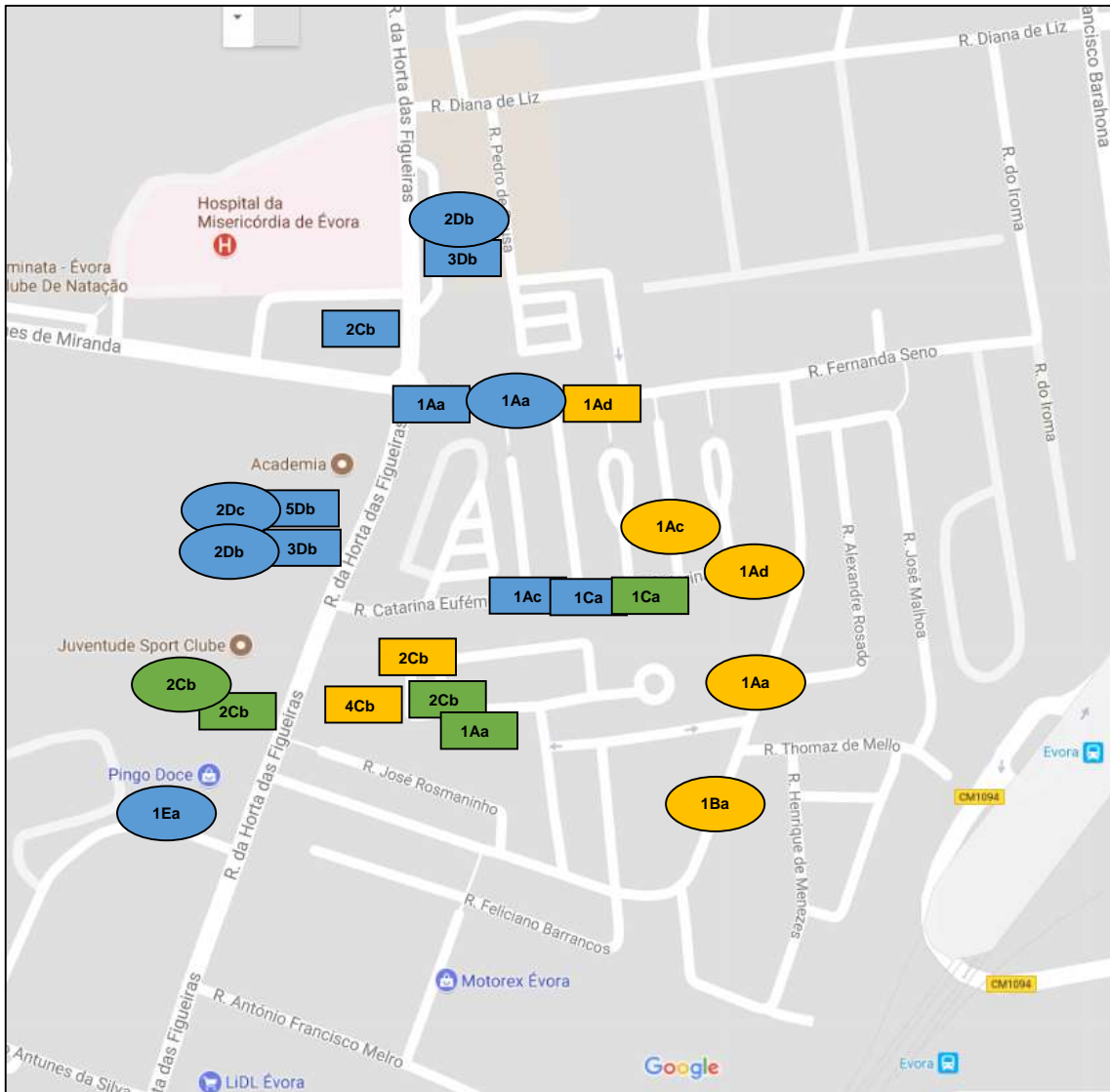
Horário: 14:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Bairro: Horta das Figueiras
Dia útil: 28-06-2017
Horário: 16:00



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras
Dia útil: 28-06-2017
Horário: 20:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividade sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras
Fim-de-semana: 02-07-2017
Horário: 12:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras
Fim-de-semana: 02-07-2017
Horário: 14:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras
Fim-de-semana: 02-07-2017
Horário: 16:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras
Fim-de-semana: 02-07-2017
Horário: 18:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação



Legenda

Género

O Feminino □ Masculino

Faixa etária

0-12 Anos 12-21 Anos 21-65 Anos Mais de 65 Anos

Bairro: Horta das Figueiras
Fim-de-semana: 02-07-2017
Horário: 20:00

Classes de comportamentos

- A. Atividades necessárias
- B. Atividades opcionais
- C. Atividades sociais

Sub classes de comportamentos

- a. Sozinho
- b. Conjunto
- c. Com crianças
- d. Com animais de estimação

Anexo 6

Questionário

Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)

Escolha a resposta mais adequada (Sim / Não) para cada pergunta que lhe vou fazer sobre a maneira como se sentiu na sua última semana.

Instrução: Perguntar, pausadamente, cada questão. Desenhar um círculo à volta da opção correspondente à resposta.

1. Está basicamente satisfeito (a) com a sua vida? **Sim/Não**
2. Afastou-se de muitas das suas atividades e interesses? **Sim/Não**
3. Sente que sua vida é vazia? **Sim/Não**
4. Sente-se muitas vezes desinteressado? **Sim/Não**
5. Está de bom humor a maior parte do tempo? **Sim/Não**
6. Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer? **Sim/Não**
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo? **Sim/Não**
8. Sente-se muitas vezes abandonado (a)? **Sim/Não**
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? **Sim/Não**
10. Sente que tem mais problemas de memória do que a maior parte das pessoas?
Sim/Não
11. Acha que estar vivo agora é maravilhoso? **Sim/Não**
12. Sente que não tem valor no estado em que agora se encontra? **Sim/Não**
13. Sente-se cheio de energia? **Sim/Não**
14. Sente que não há esperança para a sua situação? **Sim/Não**
15. Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que a Sra. (Sr.)? **Sim/Não**

Mini- Mental State Examination (MMSE)

Nome: _____

Idade: _____Anos

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta).

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (1 ponto por cada palavra corretamente repetida).

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes corretas. Parar ao fim de 5 respostas).

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_24_21_18_15_

Nota:___

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta).

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pera _____

Gato _____

Bola _____

Nota:___

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta).

a. “Como se chama isto?”

Relógio _____

Lápis _____

Nota:___

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota:___

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota:___

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível. “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Nota:___

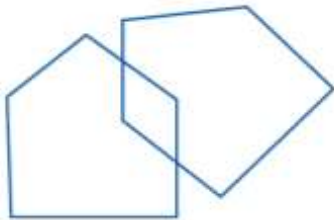
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

Nota: ____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta).

Deve copiar o desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com os 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho



Cópia:

Nota: ____

(Máximo 30 pontos) Total: _____

FECHE OS OLHOS

Escala de Percepção da Acessibilidade Pedonal (EPAP)

Gostaria de saber algumas informações acerca do seu bairro.

Vão-lhe ser apresentadas um conjunto de afirmações onde gostaria que me dissesse o quanto concorda ou discorda com cada uma delas.

Instrução: Sempre que me referir a locais que estejam próximos ou a uma curta distância, quero que pense em locais que estejam a uma distância de 10-15 minutos a pé da sua casa. Desenhar um círculo à volta da opção correspondente à resposta.

1= Discordo Totalmente 2=Discordo 3=Concordo 4=Concordo Totalmente

1.As lojas estão a uma distância curta e acessível da minha casa.	1	2	3	4
2.Existem muitos lugares onde posso ir que se situam a uma distância curta e acessível da minha casa.	1	2	3	4
3.É fácil caminhar até uma paragem de transportes públicos a partir da minha casa (comboio, autocarro).	1	2	3	4
4. As ruas do meu bairro são inclinadas o que torna o meu bairro um local difícil para andar a pé.	1	2	3	4
5.Existem passeios na maioria das ruas da minha residência.	1	2	3	4
6. As ruas do meu bairro estão bem iluminadas à noite.	1	2	3	4
7.As pessoas que andam a pé no meu bairro podem ser facilmente vistas por outras pessoas a partir das suas casas.	1	2	3	4
8. Existem muitos espaços verdes na minha área de residência (árvores, arbustos, casas com jardim).	1	2	3	4
9.Há muitas coisas interessantes para ver quando se anda a pé no meu bairro	1	2	3	4
10. Existe sinalização para peões com o objetivo de ajudar os peões a atravessar as ruas mais movimentadas do meu bairro.	1	2	3	4
11.Existe tanto trânsito ao longo das ruas que estão próximas do meu bairro que se torna difícil ou desagradável andar a pé.	1	2	3	4
12. A minha zona tem várias zonas de lazer grátis ou de baixo custo como, parques, trilhos para caminhada, ciclovias, parques infantis e centros recreativos.	1	2	3	4
13. A taxa de criminalidade no meu bairro torna-o inseguro para andar a pé durante o dia.	1	2	3	4

Escala de Vínculo e Identidade ao Lugar

Gostaria de saber em que medida se identifica com um conjunto de afirmações.

Instrução: Deve considerar lugar como o bairro onde reside (e.g.,: em relação ao espaço onde vive, os espaços que mais frequenta, entre outros). Ditar, pausadamente, cada uma das afirmações e respetivas pontuações. Repetir se necessário. Desenhar um círculo à volta da opção correspondente à resposta.

Afirmações	Nada					Muitíssimo
Identifico-me com este lugar	1	2	3	4	5	6
Eu sinto que pertenço a este lugar	1	2	3	4	5	6

Afirmações	Nada					Muitíssimo
Sinto-me ligado a este lugar	1	2	3	4	5	6
Eu teria pena se tivesse que mudar para outro lugar	1	2	3	4	5	6
Sinto-me em casa neste lugar	1	2	3	4	5	6
Quando estou longe, tenho saudades deste lugar	1	2	3	4	5	6

Questionário de Utilização e/ou Apropriação dos Espaços Públicos

1. Com que frequência sai de casa?

Todos os dias ___

4-5 Dias por semana ___

2-3 Dias por semana ___

1-2 Dias por semana ___

1-2 Dias por mês ___

2. Em média quanto tempo passa na rua por dia?

Mais de 6 horas ___

5-6 Horas ___

3-4 Horas ___

1-2 Horas ___

Menos de 1 hora ___

3. Quais os espaços públicos que costuma utilizar com mais frequência?

4. Quanto tempo passa nos espaços públicos (jardins, rua, praça...) por dia, em média ___h?

5. Frequenta o centro de dia? Sim ___ Não ___?

6. Frequenta centro de convívio? Sim ___ Não ___?

7. Fora de casa onde se encontra com os seus amigos?

No seu bairro ___

Fora do seu bairro ___

Café ___

Jardim ___

Na casa deles ___

Outro _____

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD)

Esta é uma escala que pretende avaliar a sua autonomia na realização de atividades diárias (realização de compras e na utilização de meios de transporte) necessárias para viver de forma independente na comunidade.

Instrução: Ditar as alternativas e repetir se necessário com exemplos adequados dentro do bairro. Desenhar um círculo à volta da opção correspondente à resposta.

A. Realização de Compras	Resposta
1. Realiza todas as compras necessárias de maneira independente	1
2. Realiza de maneira independente pequenas compras	0
3. Necessita de companhia para realizar qualquer compra	0
4. Completamente incapaz de fazer compras	0
B. Utilização de Meios de Transporte	Resposta
1. Viaja sozinho (a), utiliza transporte público/conduz o seu próprio carro	1
2. Pode ir sozinho (a) de táxi, não utiliza outro transporte público	1
3. Só viaja em transporte público se for acompanhado	1
4. Só utiliza o táxi ou o carro com ajuda de terceiros	0
5. Não viaja	0

Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Instrução: Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Peça-lhe que tenha sempre em conta a sua vida nas duas últimas duas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Instrução: Deve escolher a resposta que melhor descreve o apoio que recebeu de outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, deveria escolher o número 4 se recebeu bastante apoio, ou o número 1 se não recebeu nenhum tipo de apoio nas duas últimas semanas.

Em relação as próximas perguntas escolha, novamente, a resposta que lhe parece mais adequada.

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1.Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2.Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3. Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a))	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito (a) em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16. Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito consigo próprio (a)?	1	2	3	4	5
20. Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21. Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22. Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

23. Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: ___ anos

2. Género: Masculino ___ Feminino ___

3. Nível de escolaridade:

Não alfabetizado(a) ___

Sabe ler e escrever ___

2 Anos de escolaridade ___

4 Anos de escolaridade ___

Ensino básico (9 anos de escolaridade) ___

Ensino secundário (12 anos de escolaridade) ___

Ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento) ___

4. Estado civil:

Casado (a) ___

Solteiro (a) ___

União de facto ___

Divorciado (a) ___

Viúvo (a) ___

Outro ___ Qual? ___

5. Freguesia: _____

5.1. Há quantos anos reside nesta freguesia? ___ anos

6. Bairro: _____

6.1. Há quantos anos reside neste bairro? ___ anos

7. Tipo de habitação: Prédio ___ Vivenda ___

8. Vive sozinho: Sim ___ Com quem? _____ Não ___

9. Profissão: _____

10.Reformado (a): Sim ___ Não ___

10.1.Há quantos anos está reformado (a)?___

11.Gostaria de saber como classifica a sua situação económica:

Má ___

Média ___

Boa ___

11.1.Em média o valor mensal da sua reforma é/varia:

Menos de 500 € ___

Entre 500 e 750€ ___

Mais de 750€ ___

12.“Acessibilidade é a capacidade do meio para proporcionar a todos uma igual oportunidade de uso, de uma forma direta, imediata, permanente e o mais autónoma possível através de espaços, edifícios e serviços acessíveis, por regra, mais funcionais, seguros e confortáveis para todos os utilizadores. A acessibilidade pedonal remete especificamente para a acessibilidade experimentada por quem se desloca a pé ou em cadeira de rodas (Decreto –Lei nº163/2006), de 8 de Agosto; Regulamento Municipal de Acessibilidade e Mobilidade Pedonal, publicado no Edital nº29/2004, de 7 de Junho).

12.1. Considera que o seu bairro é acessível?

Sim ___ Não ___

Justifi-

que:_____

13.Considera que no seu bairro existem alguns aspetos que deveriam ser melhorados?

Sim ___ Quais?_____

Não ___

Anexo 7

Pedido de autorização para a recolha de dados

Carla Sofia Freitas Carmo
Rua do Eborim, nº7
7000-659 Évora
Tel: 962468655
Email: carla.patricia.dissertacao2017@gmail.com.



Évora, 16 de Março de 2017

Ex.mo (a) Senhor(a)

Presidente da Associação de Reformados

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo no âmbito de Tese de Mestrado

No âmbito da realização da minha tese de Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica, eu Carla Sofia Freitas Carmo, estudante d.a Universidade de Évora, venho por este meio solicitar a Vossa. Ex^a a autorização para recolher dados junto dos seus utentes/sócios. A tese de mestrado está a ser orientada pela Professora Doutora Fátima Bernardo, docente da Universidade de Évora. Este projeto de investigação foi desenvolvido com o intuito de estudar o impacto da perceção de barreiras ambientais na qualidade de vida de idosos residentes em meio urbano.

Assim, para alcançar este objetivo irei aplicar aos utentes disponíveis um conjunto de questionários num único momento. O pedido de colaboração dos participantes será feito mediante o termo de consentimento informado, onde são explicados os objetivos e procedimentos do estudo, garantindo sempre o anonimato e máxima confidencialidade das respostas.

Estou totalmente disponível para prestar qualquer tipo de esclarecimento sobre o estudo desenvolvido, através dos contactos anteriormente disponibilizados, que também poderão ser utilizados para obter informação sobre as conclusões deste projeto de investigação.

Agradeço antecipadamente a atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos.

A Mestranda

(Carla Sofia Freitas Carmo)

Anexo 8

Termo de consentimento informado

Termo de Consentimento Informado

Declaro que tomei conhecimento sobre os objetivos e procedimentos referentes ao projeto de investigação intitulado “Nome da tese”, desenvolvido pela estudante Carla Sofia de Freitas do Carmo sob orientação da Professora Doutora Fátima Bernardo, para a obtenção de Grau de Mestre na área de especialização de Psicologia Clínica, da Universidade de Évora.

Assim, para este efeito, a minha participação na presente investigação será inteiramente voluntária e não remunerada, realizada através da resposta a um conjunto de instrumentos num único momento.

Fui informado (a) de que os questionários serão apenas identificados com um código numérico, que permite manter o anonimato e máxima confidencialidade das respostas fornecidas. Além disso, obtive a informação de que poderia recusar ou desistir de participar no estudo, sem que isso tivesse qualquer prejuízo pessoal.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas sobre a investigação, colocando questões para as quais obtive sempre respostas satisfatórias. Para além disso, poderei entrar em contato com a investigadora para receber informação sobre as conclusões deste estudo, através do email: carla.patricia.dissertacao2017@gmail.com.

Aceito colaborar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam analisados e utilizados apenas para fins de investigação.

(Participante)

Localidade, _____ de _____ de 20 ____

Agradeço desde já a sua participação