



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Maria do Céu Carvalho Alves

Envelhecimento, Rede Social e Funcionalidade na Vida  
diária: um estudo nos Centros de Dia e Universidade  
Sénior de Guimarães

Curso de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Manuela Cachadinha

Fevereiro de 2017



## **Agradecimentos**

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração de vários profissionais e instituições, as quais quero manifestar o meu agradecimento, em especial aos idosos participantes das três instituições Centro Social Nossa Senhora do Carmo, Fraterna, Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Conceição e por fim, à Universidade Sénior de Guimarães que cederam o seu tempo e consentimento para participar neste estudo.

À minha estimada orientadora Professora Doutora Manuela Cachadinha, um especial agradecimento pelo seu empenho, dedicação, disponibilidade, orientações recebidas e acima de tudo, motivação. Um muito obrigado pela forma próxima e carinhosa com que sempre me apoiou.

Agradeço também à Doutora Marisa Fonseca que me ajudou no tratamento estatístico dos dados quantitativos.

Agradeço, igualmente, a todos os professores com os quais me cruzei neste percurso académico, Professora Doutora Alice Bastos e Emília Moreira pois todos contribuíram para a minha capacidade de conclusão deste trabalho, com os conhecimentos que me transmitiram.

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo, acreditando, incentivando e apoiando a realizar este projeto de vida desde a sua conceção até se concretizado.

Ao meu irmão por estar sempre comigo e por me apoiar incondicionalmente.

Em especial deixo o meu maior agradecimento à Dra. Renata Costa, por me ter acompanhado ao longo de todos estes anos e por ter incentivando a lutar por este objetivo. Por me ajudar a ultrapassar muitos medos, hesitações, que foram ocorrendo ao longo deste período académico, reconhecendo sempre a importância das suas opiniões e conhecimentos.

E por último, a Cristiana, a Lília, a Letícia e a Sara, pelo incentivo e encorajamento constante para atingir os meus objetivos, quando tudo parece impossível, mostrando-se sempre disponíveis e com compreensão.

A todos os que tornaram esta tese possível.



## Resumo

**Contexto e objetivo do estudo:** O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. As alterações manifestam-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos, associado à prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que leva a uma diminuição da capacidade funcional e perda de independência, responsáveis por uma baixa perceção da qualidade de vida (Direcção-Geral da Saúde, 2004), procurou-se fazer um estudo das relações entre a funcionalidade e a rede social. A presente dissertação tem como principal objetivo estudar a relação entre a funcionalidade nas atividades de vida diária e a rede social de idosos em contexto de centro de dia e de universidade sénior, tendo em conta diferentes variáveis, como por exemplo, sexo, idade, profissão, rendimentos etc.

**Método:** Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo de natureza predominantemente quantitativa, descritivo e correlacional. Foi utilizada uma amostra de 54 idosos, dos quais 27 idosos de Centro de Dia e 27 da Universidade Sénior. As idades estão compreendidas entre os 65 e 94 anos. A recolha de dados foi realizada com recurso aos seguintes instrumentos: Ficha Sociodemográfica, Índice de Barthel, Índice Lawton-Brody e Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6).

**Resultados e Conclusão:** As evidências revelaram que os inquiridos na sua maioria se apresentam independentes quanto à sua funcionalidade nas atividades básicas da vida diária. Verificamos também que a rede social dos inquiridos é constituída fundamentalmente por familiares e amigos. Sendo que os familiares são os que maior apoio prestam. Relativamente à relação entre a funcionalidade e a rede social, constatamos que um menor risco de isolamento social está associado a uma melhor funcionalidade das atividades básicas e instrumentais. Os resultados mostraram, de uma forma geral, que estão em conformidade com outros estudos neste âmbito. No que se refere à funcionalidade, verifica-se ainda que os idosos da universidade sénior mostram-se mais independentes quanto as atividades básicas e instrumentais. Na rede social, não se verifica diferenças em função do sexo dos inquiridos. Constata-se a existência de um maior risco de isolamento social por parte dos idosos do Centro de Dia.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Funcionalidade, atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária, Rede Social



## Abstract

**Context and objective of the study:** Aging can be understood as a dynamic and progressive process, characterized by morphological, functional, biochemical and psychologic changes. The changes are manifested by the decline of the functions of the various organs, associated with the prevalence of chronic diseases and disabling that leads to a reduction in functional capacity and loss of independence, responsible for a lack of low quality of life (Directorate-General for health .2004), we sought to make a study of the relations between the functionality and the social network. The present dissertation has as a main objective to study the relationship between the functionality in daily life activities and social networking in context of day care and senior University, taking into account different variables, such as gender, age, occupation and incomes.

**Method:** This work is characterized for being a study of predominantly quantitative, descriptive and correlational nature. It was used a sample of 54 senior citizens, of which 27 elderly Day Centre and 27 Senior University. The ages are between 65 and 94 years. The data collection was performed by using the following instruments: Barthel Index Category, Lawton-Brody and Social networking Scale Index of Brief Lubben. ( LSNS-6)

**Results and conclusion:** The evidences revealed that the majority of the respondents were independent regarding the functionality in their basic activities of daily living. We also note that the social network of respondents is constituted fundamentally by family and friends. And their families are the ones that provide more support. Regarding the relationship between functionality and social networking, we found that there is a lower risk of social isolation associated with a better functionality of basic and instrumental activities. The results showed, in general, that are in accordance with other studies in this area. Regarding the functionality, we must say that the elderly senior of the University are more independent concerning basic and instrumental activities. In the social network, there are no differences according to the sex of respondents. It is recognized that there is a higher risk of social isolation of the elderly who are in the Day Care Centre.

**Keywords:** Aging, functionality, basic activities of daily living, instrumental activities of daily living, Social Network





# Índice Geral

Agradecimentos.....	III
Resumo .....	V
Abstract.....	VII
Índice Geral.....	IX
Índice de Figuras .....	XI
Índice de Gráficos .....	XIII
Índice de Tabelas .....	XIII
Anexos.....	XV
Lista de Abreviaturas .....	XVII
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
1. Envelhecimento e Envelhecimentos.....	7
1.1. Teorias E Modelos de Envelhecimento.....	7
1.1.1. Gerontologia e o Estudo do Envelhecimento .....	7
1.1.1.1-Gerontologia, Geriatria e Gerontologia Social.....	7
1.1.1.2 -O contributo de Bass para a Gerontologia Social.....	9
1.1.2- Envelhecimento Demográfico e Longevidade.....	10
1.1.3-Envelhecimento Normal, Envelhecimento Patológico e Envelhecimento Bem-Sucedido.....	15
1.1.4- Envelhecimento Biológico e Psicológico.....	20
1.1.5.Contributos das Perspetivas Life Span e Life Course .....	22
1.1.6- Envelhecimento Saudável e Envelhecimento Ativo .....	24
1.2. Funcionalidade no Envelhecimento .....	29
1.2.1. Funcionalidade nos Idosos.....	29
1.2.2. Atividades de Vida Diária .....	33
1.2.3- Funcionalidade e Qualidade de Vida .....	35
1.2.4. Modelo Ecológico de Competência de Lawton .....	39
2- A Rede Social na Velhice.....	41
2.1. Principais quadros teóricos e conceitos .....	41

2.2. Teorias Sociológicas do Envelhecimento .....	46
2.2.1- Teoria da Atividade .....	46
2.2.2. Teoria do Afastamento/Desvinculação/ Desengajamento Social .....	47
2.2.3- Teoria da Seletividade Socio-emocional.....	49
2.2.4-Teoria da Modernização .....	52
2.2.5-Teoria do Curso de vida .....	54
CAPÍTULO II-MÉTODO.....	57
1. Metodologia do estudo.....	59
1.1.Objetivos do estudo.....	59
1.2.Tipo de estudo .....	60
1.3. Local de recolha da amostra .....	61
1.4. População e amostra .....	65
1.5.Instrumentos de recolha de dados.....	66
1.6. Procedimentos de Recolha de Dados .....	67
1.7. Procedimentos de Análise de Dados .....	68
CAPÍTULO III-CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO ENVOLVENTE.....	71
1. Contextualização geográfica do estudo.....	73
2. Centro Histórico de Guimarães.....	76
3. Análise de acessibilidades.....	79
4. Envelhecimento populacional em Guimarães .....	80
5. Escolarização no Concelho de Guimarães .....	84
6. Análise Industrial e de Serviços.....	87
7. Respostas sociais no âmbito do envelhecimento no Concelho de Guimarães .....	88
CAPÍTULO IV-APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	91
1. Caraterização global.....	93
1.1. Caraterísticas Sociodemográficas do Grupo de Entrevistados .....	93
1.2. Ambiente físico, acessibilidade.....	116
1.3. Dimensões do Funcionamento Humano.....	118
1.3.1-Funcionalidade nas Atividades de Vida Diária.....	118
1.3.2- Rede Social .....	120
1.3.2.Relação entre a Funcionalidade e a Rede Social .....	125
1. Apresentação de alguns dados de natureza qualitativa.....	125
CAPÍTULO V-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	132

CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	148
ANEXOS.....	164
ANEXO I.....	165.
ANEXO I I.....	164
ANEXO III.....	173
ANEXO IV.....	180
ANEXO V.....	186

## Índice de Figuras

Figura 1- Teoria Integrada da Gerontologia Social .....	11
Figura 2- Pirâmide etária da população Idosa entre 2001 e 2011 .....	14
Figura 3- Os determinantes do envelhecimento ativo .....	28
Figura 4- Modelo da interação competência-pressão ambiental .....	41
Figura 5- Mapa do Concelho de Guimarães e as suas freguesias .....	77
Figura 6- Centro urbano de Guimarães .....	78
Figura 7- Distribuição da população por grupos etários do Centro Histórico de Guimarães e Concelho de Guimarães .....	79
Figura 8- Diversidade habitacional da área urbana de Guimarães .....	80
Figura 9- Densidade de Atividades na área Urbana de Guimarães .....	80
Figura 10- Densidade da área urbana de Guimarães .....	81



## Índice de Gráficos

Gráfico 1- Índice de envelhecimento por local de residência .....	83
Gráfico 2- Índice de dependência dos idosos por local de Residência .....	84
Gráfico 3- Proporção de famílias clássicas unipessoais com 65 anos e mais idade por local de Residência .....	84
Gráfico 4- Número de Repostas sociais na Intervenção na População Idosa .....	91

## Índice de Tabelas

Tabela 1- População por grupos etários no concelho e em Portugal, segundo os Censos 2011 .....	85
Tabela 2- População residente segundo o nível de escolaridade no concelho de Guimarães e em Portugal segundo os Censos 2011 .....	87
Tabela 3- Indicadores de Educação no Concelho de Guimarães e em Portugal, 2010/2011 e 2011/2012 .....	88
Tabela 4- Distribuição dos participantes por grupo etário dos idosos e por Género ..	95
Tabela 5- Descrição sociodemográfica dos participantes .....	96
Tabela 6- Agregado familiar .....	111
Tabela 7- Atividade Profissional .....	112
Tabela 8- Síntese da caracterização sociodemográfica dos inquiridos .....	113
Tabela 9- Distribuição dos entrevistados por freguesias de residência .....	116
Tabela 10- Condições da habitação, ambiente físico/acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato .....	117
Tabela 11- Funcionalidade para as atividades básicas .....	118
Tabela 12- Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária .....	119

Tabela 13- Rede social .....	120
Tabela 14- Caracterização dos idosos ao nível do apoio .....	121
Tabela 15- Rede social: análise itens sobre a família e amigos .....	123
Tabela 16- Relação entre a rede social e a rede de apoio .....	124
Tabela 17- Relação entre a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e a rede social dos participantes .....	125
Tabela 18- Caracterização do apoio/ajudas solicitadas dos inquiridos .....	126
Tabela 19- Síntese das atividades dos entrevistados por ordem de preferência para ocupação do tempo da Manhã (Ver em Anexo III e IV) .....	128
Tabela 20- Síntese das atividades preferidas dos entrevistados por ordem de preferência para ocupação do tempo da Tarde (Ver em Anexo III e IV) .....	128
Tabela 21- Síntese das atividades preferidas dos entrevistados por ordem de preferência para ocupação do tempo da Noite (Ver em Anexo III e IV) .....	129

## **Anexos**

Anexo 1- Consentimento Informado

Anexo 2-Protocolo de Avaliação Multidimensional utilizado no estudo

Anexo 3- Tabela 20- Análise Qualitativa- Resposta à questão: Relativamente às atividades da vida diária, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana desde que se levanta até que se deita? Idosos da Universidade Sénior

Anexo 4-Tabela 21- Análise Qualitativa- Resposta à questão: Relativamente às atividades da vida diária, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana desde que se levanta até que se deita? Idosos dos Centros de Dia

Anexo 5-Tabela 22- Planificação das Atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior





## **Lista de Abreviaturas**

**ABVD** – Atividades Básicas de Vida Diária

**AIUTA**-Associação Internacional da Terceira Idade

**AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**CHG**-Centro Histórico de Guimarães

**CIF**-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**INE** -Instituto Nacional de Estatística

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OMS**-Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**QvD**-Qualidade de Vida

**UNAGUI**-Universidade Autodidata e da Terceira Idade de Guimarães

**UNESCO**- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

**UTI`s**- Universidade da Terceira Idade

**UTI**-Universidade da Terceira Idade



## INTRODUÇÃO

---



A presente investigação, realizada no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tem como tema “*Envelhecimento, Rede Social e Funcionalidade na vida diária: um estudo nos Centros de Dia e Universidade Sénior de Guimarães* “. O objetivo do estudo é perceber a relação que se estabelece entre a funcionalidade e qualidade das relações sociais de idosos que frequentam a Universidade Sénior de Guimarães e os Centros de Dia.

A área do envelhecimento, atualmente tem sido uma área emergente (Lopes & Lemos, 2012) de muita investigação realizada em diversas formas e numa diversidade de temáticas. À sua semelhança, a área da funcionalidade e rede social tem sido estudada por diversos autores, nomeadamente ao nível da sua influência conforme decorre o envelhecimento.

Em Portugal, a população com mais de 65 anos tem vindo a aumentar, passando de 16,4% em 2001 para 19,1% em 2011. Ocorreu assim, o fenómeno de duplo envelhecimento da população idosa e diminuição da população jovem (INE, 2011). Concomitantemente tem vindo a existir um crescimento da esperança média de vida resultante da melhoria das condições de vida. Estes dois fenómenos resultam num aumento da quantidade de pessoas idosas portadoras de incapacidade funcional e a depender de outros para o desempenho de Atividades de Vida Diária (AVD).

Segundo Sequeira (2010), a dependência surge como resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade da funcionalidade, em consequência de um processo patológico ou acidente. Nesse sentido, a incapacidade funcional pode ser considerada como incapacidade ou dificuldade na realização das atividades diárias, podendo estar relacionada com a saúde física, psicológica, social, económica ou de recursos, impossibilitando a uma vida com independência (Rodrigues *et al.*, 2016). Sendo que avaliar o grau de dependência funcional do idoso ajuda a determinar os cuidados necessários, constituindo um indicador fulcral para um diagnóstico mais preciso dos cuidados, baseados na resposta funcional da pessoa traduzida pelo grau de dependência (Araújo *et al.*, 2011).

A dependência constitui um fator de risco para a mortalidade das pessoas idosas e o seu prejuízo nas atividades instrumentais da vida diária contribui para o afastamento social, enquanto, as atividades básicas de vida diária se associam a uma questão de sobrevivência (Brito & Pavarini, 2012). Desta forma, as dificuldades ou limitações nas realizações das atividades diárias, podem originar a dependência de outras pessoas, não apenas quando há enfermidades físicas, mas também em caso de doenças mentais, sendo ambas fatores de risco para a mortalidade (Alvarenga, *et al.*, 2011).

O apoio social constitui um fator de proteção em caso de incapacidade funcional, ajudando o idoso a manter-se autónomo e independente dentro do seu contexto familiar e sociocultural, o que é considerado fundamental para as suas funções cognitivas e para o seu bem-

estar psicológico (Brito & Pavarini, 2012). O vínculo afetivo torna-se fundamental “*nas fases em que a necessidade de suporte aumenta na proporção em que a autonomia diminui*” (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011, p.74). A rede social tem vindo a assumir efeitos positivos na saúde e no bem-estar dos indivíduos. No entanto, o tamanho, a densidade, a reciprocidade e homogeneidade da rede são características que estão associadas à qualidade de suporte social, bem como a sua relação com a saúde (Nelas, *et al.*, 2010).

O estudo que se segue é composto por cinco momentos fundamentais. Num primeiro momento, com o enquadramento teórico, que aborda o envelhecimento de forma genérica, envelhecimento normal, envelhecimento patológico, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento biológico e psicológico, e a forma como é visto ao nível da funcionalidade na vida diária e da rede social na velhice. Num segundo capítulo podemos encontrar o método, ou seja, de conteúdo mais prático, serão apresentados os participantes e a forma como foram seleccionados, um pequeno desenvolvimento sobre os instrumentos utilizados e o seu procedimento. Num terceiro capítulo será apresentada a caracterização do espaço envolvente da recolha da amostra, ou seja, alguns aspetos característicos do contexto social onde vivem os idosos estudados. No quarto capítulo são apresentados os resultados da recolha de dados efetuada e num quinto capítulo a discussão dos mesmos resultados, ou seja, é feita a ponte entre a componente teórica e prática do presente estudo. O mesmo termina ainda com uma breve conclusão.

## **CAPÍTULO I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---





Neste primeiro capítulo é apresentada, de modo geral, o enquadramento teórica e empírico do estudo.

## **1. Envelhecimento e Envelhecimentos**

### **1.1. Teorias E Modelos de Envelhecimento**

#### **1.1.1. Gerontologia e o Estudo do Envelhecimento**

Atualmente, as sociedades deparam-se com o envelhecimento demográfico, que se relaciona com a redução dos níveis de fecundidade e de natalidade e o aumento da esperança de vida, o qual leva ao aumento da proporção de pessoas com mais de 65 anos. A OMS (Organização Mundial de Saúde, 2005) prevê que em 2025 existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos e até 2050, esse valor subirá para dois milhões, sendo que 80 % localizar-se-á nos países em desenvolvimento.

Neste contexto, o fenómeno do envelhecimento está na base do desenvolvimento de uma nova área de estudo. A Gerontologia que começou a ganhar estatuto a partir da década de 80, do século XX assume-se como uma nova área que agrega os contributos de outras áreas científicas, mas que constitui um novo campo de saber (Paúl, 2005a), crescendo na sua visibilidade pública e política (Paúl & Ribeiro, 2012). Desenvolve-se como uma ciência que pretende estudar e compreender as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento. A Gerontologia Social, visa estudar o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento, bem como as consequências sociais e ações que otimizam o processo de envelhecimento (Paúl, 2005a). A Geriatria é um ramo que faz parte da Medicina, e tem como finalidade tratar das doenças que ocorrem no envelhecimento.

##### **1.1.1.1-Gerontologia, Geriatria e Gerontologia Social**

A palavra Gerontologia apareceu pela primeira vez em 1903 com Metchnicoff, tendo uma origem grega, estando formada pela palavra *gero* que significa velho, e *logía*, que refere estudo (Neri, 2008). Gerontologia é uma ciência que abrange um campo multi e interdisciplinar tendo como seu objetivo de estudo a descrição e a explicação das mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento. Interessa-se também por estudar as características dos idosos, com as várias experiências ocorridas na velhice e em vários contextos socioculturais e históricos (Neri, 2008).

Além disso, abarca aspetos do envelhecimento normal e patológico (Neri, 2008), e abrange conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, tem uma base multidisciplinar de outras disciplinas e pesquisas, tendo uma aproximação à teoria bio-psico-social (Fernandez-Ballesteros, 2004). A Gerontologia é, também uma ciência de caráter interventivo, com vista à melhoria das condições de vida dos idosos em contextos quer públicos quer privados (Fernandez-Ballesteros, 2004).

Por sua vez, no ramo da Gerontologia englobam-se outras áreas, como a Geriatria e a Gerontologia Social. A Geriatria foi introduzida na literatura pelo médico Nascher em 1909, para denotar o estudo clínico da velhice (Neri, 2008). Este ramo é uma especialidade médica que faz parte da Medicina e que se tem vindo a desenvolver à medida que aumenta a população de adultos e idosos portadores de doenças crónicas e típicas da velhice, tendo como finalidade o aumento da longevidade desse segmento da população (Neri, 2008). A Geriatria caracteriza-se assim como uma área que se ocupa de tratar da prevenção e assistência das doenças do envelhecimento (Millán-Calenti, 2006). Assim, Fernandez-Ballesteros (2004) refere não haver dúvidas em relação à diferença entre Gerontologia e Geriatria, realçando que nem a origem nem o objeto de estudo são equiparáveis. A gerontologia é tipicamente multidisciplinar e ocupa-se com a velhice e com o envelhecimento, a Geriatria é um ramo da medicina cujo objeto específico é estudar as enfermidades que ocorrem na velhice (Fernandez-Ballesteros 2004).

Quanto à Gerontologia Social, tal como a Gerontologia trata-se de uma ciência multidisciplinar, com uma base teórica bio-psico-social, porém esta enfatiza muito mais pormenorizadamente as questões sociais (Fernandez-Ballesteros, 2004). O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez por Clark Tibbis em 1954, para referir a área da Gerontologia que se ocupa de estudar a influência das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e as consequências sociais que derivam desse processo. Neste campo, são temas importantes: atitudes em relação à velhice, práticas e políticas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações não-governamentais, o bem-estar das populações idosas, redes de suporte social e por fim relações intergeracionais (Neri, 2008).

Em suma, a Gerontologia Social é uma especialização da Gerontologia que, apesar de se ocupar com questões biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, dedica-se especialmente ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais face ao processo de envelhecimento e velhice, as consequências sociais resultantes desse mesmo processo, bem como, as ações sociais que podem interferir na melhoria do processo de envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2004). Importa ainda referir que a Gerontologia Social procura estudar as condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que permitam melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (Fernandez-Ballesteros, 2004). Os

profissionais desta área, nomeadamente o Gerontólogo Social deve possuir conhecimentos biopsicossocial da velhice e do envelhecimento, de forma a compreender o fenómeno do envelhecimento e da velhice, segundo uma perspectiva social, aplicando os conhecimentos em prol do maior bem-estar dos idosos (Fernandez-Ballesteros, 2004). Por último, Fernandez-Ballesteros (2004) refere que a Geriatria, muitas vezes confundida com a Gerontologia, trata-se da especialidade médica que deve ocupar-se com as doenças das pessoas idosa.

#### 1.1.1.2 -O contributo de Bass para a Gerontologia Social

Bass (2009) apresentou uma teoria integrada da Gerontologia Social, que se baseia em elementos que emergiram ao longo dos anos. A proposta de Bass (2009), ao contrário de se basear numa simples filosofia, combina os componentes, fornecendo coerência para a compreensão do indivíduo no processo de envelhecimento na sociedade contemporânea. A teoria integrada combina uma macroperspetiva que avalia os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde com a microperspetiva a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões. Estas perspetivas destacam a disposição de recursos que apoiam a população envelhecida e estudam como o indivíduo responde ao seu próprio envelhecimento e aos outros aspetos pelo que são centrais para um quadro conceptual.

Segundo Bass (2009) o envelhecimento ocorre em diferentes contextos, que mudam ao longo de diferentes períodos de tempo, os quais são influenciados por eventos históricos, nas diferentes nações e regiões geográficas. Ao longo do ciclo de vida, acumulam-se vantagens e desvantagens, que servem para a compreensão da experiência da velhice, as experiências acumulam-se e influenciam as capacidades, o acesso a recursos, redes e ações em fases posteriores da vida. Esta perspetiva multifacetada reconhece ainda a influência do poder político, que pode ser desencadeado por ideologias políticas ou movimentos em massa para a compreensão da experiência do envelhecimento.

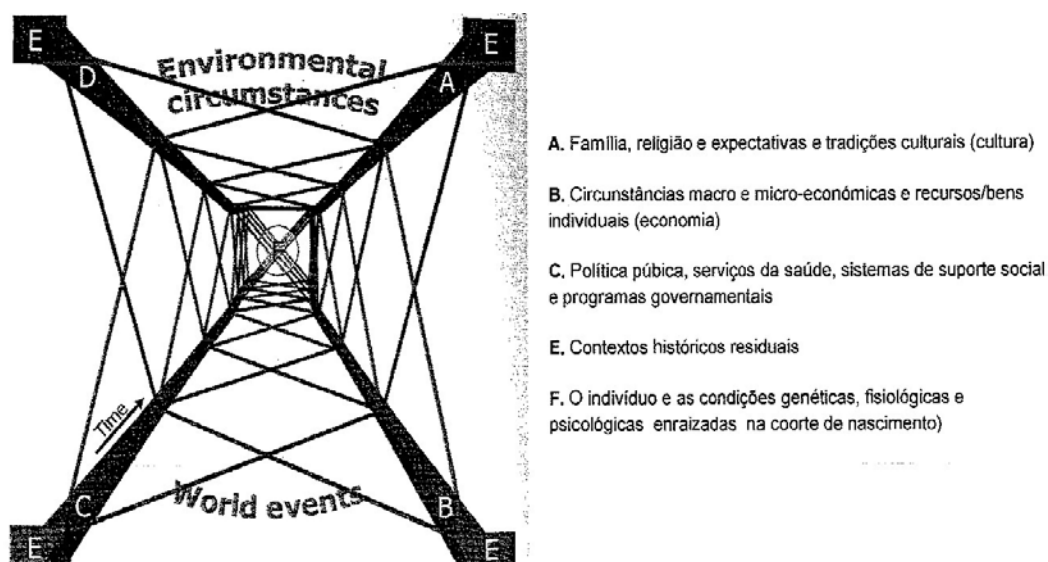
De acordo com o autor, existem alguns obstáculos aos avanços do conhecimento na Gerontologia Social que se prendem com as metáforas representacionais ou esquemas utilizados. Para se avançar no conhecimento, o autor defende que é necessário dispor de instrumentos conceptuais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores (Bastos, Faria, Amorim e Melo de Carvalho, 2013).

A teoria integrada da Gerontologia Social, não sendo estática, movimenta-se e altera-se ao longo do tempo, neste seguimento, Bass (2009) propõe uma nova representação gráfica, como uma teia tridimensional, ou uma rede em que vários elementos são interativos com influências

mútuas em diferentes momentos no tempo.

Na figura 1, encontra-se a representação da teoria, onde na dimensão vertical consta o tempo, a experiência acumulada, a história e os eventos que influenciam o indivíduo, onde este se encontra no centro. Os quatro elementos que unem a estrutura da figura referem-se à economia (circunstâncias macro e microeconómicas e recursos/bens individuais), à política, à cultura (família, religião e expectativas e tradições culturais) e ao coletivo. Cada um dos elementos interativos representa as diversas interações que os indivíduos têm com as diferentes estruturas ao longo do tempo.

**Figura 1-** Teoria Integrada da Gerontologia Social



Fonte. Bass, 2009.p.2

### 1.1.2- Envelhecimento Demográfico e Longevidade

Ao longo dos últimos anos, temos vindo a assistir a uma transformação demográfica. À semelhança dos outros países da Europa e do mundo, Portugal não foi exceção e tem sentido profundas alterações na sua estrutura etária e na dimensão populacional.

O Envelhecimento Demográfico define-se *“a partir do momento em que a proporção de*

*população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas” (Carrilho, 2007, p.24).*

A transição demográfica da população portuguesa inicia-se em 1890-1920, com a intensificação dos movimentos migratórios ao Atlântico, caracterizada pelo declínio lento e contínuo da mortalidade e pela diminuição dos níveis de fecundidade (Henriques & Rodrigues, 2008). Estes fenómenos resultam de diversos acontecimentos: entre o início e o fim do século XX, *“a queda da monarquia e consequente implantação da República, a 5 de Outubro de 1910; um golpe militar em 1926, que criou condições para o surgimento do Estado Novo; a restauração da democracia parlamentar em 1974; a entrada para a CEE em 1986; em 1999 a adesão à moeda única europeia e o consequente fim do escudo “* (Henriques & Rodrigues, 2008, p.421). Ainda entre 1910 e 1926, a economia portuguesa regista um período negativo, sendo a instabilidade política uma das principais razões, existindo um descontentamento social, político e económico (Henriques & Rodrigues, 2008). Até 1930 a proporção do número de jovens correspondia a 42%, mas a partir dessa data, observa-se um envelhecimento na base da pirâmide etária de Portugal, e em 1980 os jovens representavam 34,4% do total da população e os idosos representavam 16% (Nazareth, 1985).

Em 1960, a natalidade ainda se mantém relativamente elevada, mas verifica-se dois tipos fenómenos: emigração (movimentos para países europeus) e imigração (movimentos internos para o litoral urbano). Estes movimentos desequilibraram de maneira durável, as estruturas das populações em idade ativa onde o êxodo demográfico era mais intenso (Bandeira, 2014).

Durante o século XX verificam-se as maiores e mais rápidas transformações na população. Inicialmente devido aos progressos da medicina, e de maneira geral, à melhoria das condições de vida das pessoas, resultam numa diminuição substancial dos níveis de mortalidade. Mais tarde, a partir de 1974 verifica-se uma sucessiva mudança nos comportamentos face à fecundidade, derivado de políticas favoráveis à redução do número de filhos, do acesso a programas de planeamento familiar, ao crescimento urbano e industrial, à emancipação da mulher, aos casamentos tardios e ao facto de a criança passar a ser considerada como um custo (Henriques & Rodrigues, 2008). Essas alterações contribuíram para que atualmente o número de filhos que nascem não assegure a renovação das gerações. No entanto, desde 1982 que se deixou de assegurar a substituição de gerações e do prolongamento da vida (Moreira & Rodrigues, 2008). Por outro lado, estes fatores condicionaram as determinantes geográficas, no que respeita aos níveis de natalidade e influenciam os ritmos de crescimento demográfico das populações (Henriques & Rodrigues, 2008).

Os fenómenos que determinam a dinâmica de uma população derivam dos padrões de natalidade, mortalidade e movimentos migratórios (Rodrigues, 2008). Um desajustamento entre

estas duas variáveis (natalidade e mortalidade) provoca alterações na estrutura das sociedades. O envelhecimento resulta de dois processos que incidem no topo e na base da pirâmide etária. No topo da pirâmide, ocorreu a queda da mortalidade, devido à melhoria das condições de vida das pessoas, que resultou no aumento da esperança de vida à nascença. E na base, a diminuição da natalidade ou mais em concreto a redução do número de filhos por mulher (fecundidade) que resulta num estreitamento da base da pirâmide etária.

De acordo com Ana Alexandre Fernandes (1994, como citado em Torres, 1995) o declínio da fecundidade nos países industrializados está associado à entrada da mulher no mercado de trabalho, embora, esse declínio tenha ocorrido mais tarde do que no resto da Europa, porém em Portugal foi acentuado a partir dos anos 70.

A composição etária e por sexo da população portuguesa, nos anos 90 foram influenciadas pela emigração e pela redução dos níveis da mortalidade. A descida da mortalidade infantil traduz-se no aumento do número de jovens e por sua vez, a redução da mortalidade noutras faixas etárias resulta num aumento das pessoas idosas. Entre 1864 a 1874, a estimativas da esperança de vida à nascença indicavam a subida de 8 anos e entre 1900-1911 de 36 para 44 (Rodrigues, 2008).

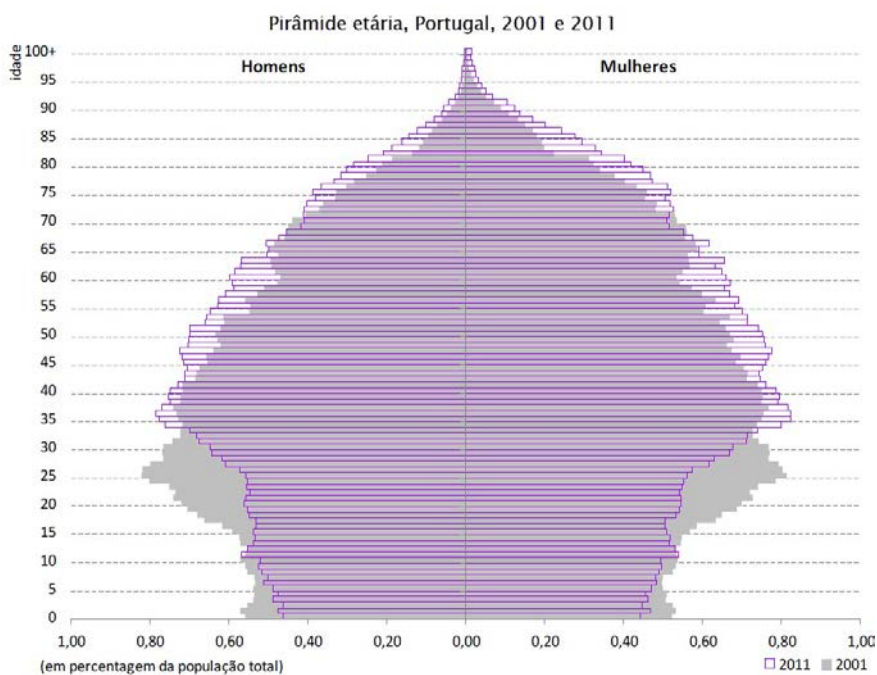
Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população começou a acumular-se lentamente durante o final do século XIX, devido ao declínio das taxas de fecundidade. Assim, o envelhecimento da população mundial surgiu mais tarde, onde a proporção das pessoas com mais de 65 anos, passou de 6% no último trimestre do século XX, devido ao declínio da fecundidade (Rowland, 2009). O processo de mudança generalizou-se à escala global, onde ocorreu uma sucessão de novos comportamentos face à nupcialidade, ao celibato e ao controlo da natalidade. Os fatores que interferiram nesta alteração são de ordem socioeconómica, mudança de mentalidades baseadas na intervenção do Homem sobre a natureza, na razão e na afirmação da mulher no seio familiar, laboral, social e político. Estes fatores condicionam os determinantes demografias no que refere aos níveis de natalidade, e influenciam os ritmos de crescimento demográfico das populações. A Europa foi o continente onde se deu início a estas mudanças, mas é na segunda metade do século XX, que existe a adoção de novas formas de fecundidade e que se tornam num fenómeno global (Henriques & Rodrigues, 2008).

De 1950 para 2011, a população portuguesa que era jovem, tornou-se envelhecida, ocorreu uma inversão da pirâmide (Moreira & Gomes, 2014). Estima-se que ocorreu um aumento de cerca de 96,5 mil pessoas da população em Portugal entre 2001 a 2013. Em 2008 devido à crise económica que se instalou em Portugal, prosseguiu-se com a baixa natalidade que até a data se vinha a delinear (INE, 2015).

Portugal é hoje um dos países do mundo com mais peso de população idosa e é um dos países

que apresenta mais baixos níveis de fecundidade, tanto no contexto Europeu como Mundial (Henriques & Rodrigues, 2008). O caso de Portugal evidencia-se através da ilustração da alteração do perfil que as pirâmides etárias apresentam nos últimos anos, com a sobreposição de pirâmides de 2001 e 2011.

**Figura 2-** Pirâmide etária da população Idosa entre 2001 e 2011



Fonte: INE, 2011a

A redução observada na base da pirâmide etária refere-se à diminuição do número de jovens, que resulta na baixa natalidade, e o alargamento no topo da pirâmide corresponde ao aumento da proporção das pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida (INE, 2011a). Em consequência com este resultado, o índice de envelhecimento entre 2001 e 2011, aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens. Nesse mesmo período, a proporção de jovens (população dos 0-14 anos de idade) diminuiu de 16,2 % para 14,9% da população residente, ao mesmo tempo, a proporção de pessoas em idade ativa também reduziu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) de 16,6 % para 19,0%. A esperança média de vida à nascença aumentou 3,11 anos para ambos os sexos entre os triénios 1999-2001 e 2009-2011, sendo esse aumento de 3,44 anos no caso dos homens e 2,74 anos no caso das mulheres. O valor estimado da esperança média de vida à nascença foi de 76,47 anos para homens e 82,43 para mulheres para o triénio 2009-2011 (79,55, para ambos os sexos) (INE, 2013).

A população portuguesa envelheceu, porque existe cada vez menos crianças e se morre mais tarde. As pessoas vivem mais hoje, no entanto, as mulheres apresentam uma clara vantagem sobre os homens.

Entre 2002 a 2013 a esperança de vida à nascença aumentou 3,4 para os homens e 2,6 para as mulheres, atingindo os homens 76,9 anos e as mulheres os 82,9 anos. Paralelamente, nos mesmos anos a esperança de vida aos 65 anos correspondeu em 18,97 anos para ambos os sexos, situando-se em 17,07 para os homens e em 20,40 para as mulheres (INE, 2015). Progressivamente, o índice de longevidade foi registando acréscimos, aumentando a geração das pessoas mais velhas, ou seja, houve um aumento das pessoas com mais de 75 anos face aos de mais de 65 anos (Moreira & Gomes, 2014). Segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística, a população aumentará para 9, 5 milhões de pessoas em 2053 e o índice de envelhecimento registará 296 idosos por cada 100 jovens (INE, 2015).

De acordo com Sibila (2011, p.22) *“A Europa é a região mais envelhecida do mundo com um índice de envelhecimento de 136,2 e que se espera que venha a aumentar para 229,7 em 2050. A redução progressiva nas taxas de fecundidade, associada a um aumento na esperança de vida, são os principais responsáveis por esta mudança demográfica”*.

Segundo as projeções 2012-2060 (INE,2014), a população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060. Diminuirá em 2012 de 10,5 milhões de pessoas para 8,6 milhões em 2060. Para além do declínio populacional, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens. Nesse mesmo período, a esperança de vida de vida à nascença, estima-se que atinga em 2060 em Portugal 86,44 para os homens e 92,15 para mulheres. Até 2060 a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade) diminuirá de 6 904 para 4 540 milhares, entre 2012 e 2060, e que em consequência ocorre um aumento da população idosa. A redução mais significativa da população em idade ativa ocorrerá na faixa etária dos 15 aos 39 anos, contribuindo assim para o envelhecimento demográfico da própria população em idade ativa. A população com 65 ou mais anos de idade aumentará de 2 033 para 3 043 milhares, entre 2012 e 2060.



### 1.1.3-Envelhecimento Normal, Envelhecimento Patológico e Envelhecimento Bem-Sucedido

Segundo Oliveira (2010), o envelhecimento é um processo que interessa a todos *“em primeiro lugar aos já idosos, mas a todos os que vêm atrás, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos (...) do modo como a sociedade trata hoje os gerontes pode aferir-se dos seus valores e prever os valores de amanhã”* (p. 7). Atualmente, não existe uma definição única de envelhecimento, o processo de envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo da vida (Sequeira, 2010). Entende-se assim o envelhecimento humano como *“um processo de mudança progressiva da estrutura biológica e social, que se desenvolve ao longo da vida”* (DGS, 2004,p.3).

Ao longo desse período, ocorrem diversas transformações de ordem pessoal, biológica, psicológica e social que mudam o indivíduo, e que o orientam progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo, como *“idosos”*, diferente da imagem que habitualmente se tem em adulto (Fonseca, 2012). Ou seja, é um processo individualizado que com o aumento da idade aumentam as diferenças interindividuais, que resulta numa maior variabilidade (Paúl, 2005a). Sendo assim consensual referir o envelhecimento como um fenómeno bio-psico-social de cariz individual, assim qualquer abordagem que se faça, deve ser multidisciplinar (Fonseca, 2012). Acresce ainda, o facto de o envelhecimento ser um processo individual e diferenciado (Paúl, 2005a).

O envelhecimento, segundo Rosa (2012) apresenta-se sob dois conceitos distintos: envelhecimento coletivo e envelhecimento individual. O conceito de envelhecimento Individual pode desagregar-se em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico deriva da idade, ou seja, é um processo universal, progressivo e inevitável que faz parte do processo do ser humano. Sequeira (2010) salienta que a idade cronológica consiste num marco para definir o início da terceira idade, no entanto, é um critério artificial. O envelhecimento biopsicológico refere-se ao processo individual de cada pessoa, como é vivido por cada pessoa, dependendo da sua vivência, hábitos, estilos de vida, género, condicionantes e da própria sociedade (Rosa, 2012). No conceito envelhecimento Coletivo pode distinguir-se em envelhecimento demográfico e envelhecimento societal ou da sociedade. Quando se fala em envelhecimento demográfico, este conceito engloba mais do que atributos pessoais, vê os indivíduos consoante as suas categorias (idade jovem, ativa e idosa) (*Idem*; 2012). Já o envelhecimento da sociedade parece estar articulado com o envelhecimento demográfico, no sentido de resultar deste, embora isso não se verificar. A população pode estar a envelhecer e

a sociedade não, sendo que esta pode reagir á alteração do curso dos factos, tentando encontrar uma forma de enfrentar. O envelhecimento societal caracteriza-se por “ *uma sociedade deprimida, que se sente “ameaçada” com a sua própria evolução etária e com mudanças que em si acontecem*” (Idem, 2012, p.24). Assim, o envelhecimento societal consiste na estagnação de alguns pressupostos organizativos da sociedade, sendo por vezes difícil de compreender, como a tal expressão “*sempre foi assim*” (Idem, 2012).

Birren & Schroots (1996, citado em Fonseca, 2006) enuncia padrões de envelhecimento, chamados de envelhecimento primário, secundário e terciário, sendo o último acrescentado por Busse em 1969. O envelhecimento primário caracteriza-se pelas mudanças intrínsecas que ocorrem no processo de envelhecimento e que são de todo irreversíveis, isto é, são as mudanças que ocorrem com a passagem da idade. O envelhecimento secundário reporta-se às mudanças que decorrem da doença que estão relacionadas com a idade, mas que podem ser reversíveis ou prevenidas. E por último, o envelhecimento terciário refere-se às mudanças que aparecem de forma precipitada na velhice, o que denota a existência de um envelhecimento rápido e que pode preceder à morte.

Existem fatores que nos mostram que estamos a envelhecer para além da idade. Embora a idade cronológica esteja relacionada ao processo de envelhecimento, os anos de vida do individuo não nos dão obrigatoriamente a informação sobre a qualidade de vida, a sua experiência psicológica e social e mesmo o estado da sua saúde (Paúl, 2005a). O envelhecimento manifesta-se em vários aspetos e em diferentes domínios no individuo, como por exemplo, cabelo grisalho e e/ou queda, pele enrugada, diminuição das capacidades auditivas e visuais, desgaste ósseo e da dentição. Neste caso, o envelhecimento ocorre de forma normal, pois são manifestações que não implicam a existência de doenças (Fonseca, 2006).

No entanto, com o aumento da esperança média de vida, verifica-se que em alguns indivíduos, o envelhecimento não ocorre de forma natural. Nesses casos, verifica-se a ocorrência de um aumento da prevalência de doenças crónicas, doenças mentais, diabetes, doenças cardiorrespiratórias, pulmonares, músculo-esqueléticas, acidente vascular cerebral, hipertensão e cancro que podem afetar a saúde mental e física dos idosos (WHO, 2003), colocando-nos assim perante um envelhecimento patológico, onde a doença se torna a causa próxima da morte (Fonseca, 2006). Birren & Cunningham (1985, citado em Fonseca, 2006) defendem que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológica deriva do comportamento dos indivíduos no percurso da vida, ou seja, a forma como envelhecemos resulta da forma como nos desenvolvemos.

Embora todas as pessoas envelheçam, isso acontece de maneira diferentes e em ritmos diferentes, uma vez que as pessoas diferem não só nas características e comportamentos, mas

também na maneira como mudam ao longo do tempo. O envelhecimento pode ser entendido como processo individual, e também cultura e social, que envolve ganhos e perdas, embora na velhice haja mais perdas do que ganhos. Porém, a velhice e o envelhecimento não são sinónimos de doença e inatividade no desenvolvimento (Neri, 2008). Com o passar dos anos, a variabilidade interindividual dos idosos torna-se superior à dos outros grupos etários (Paúl, 2005a), e com as experiências, os indivíduos apresentam cada vez mais diferenças individuais notórias no processo de envelhecimento, resultantes das mudanças ocorridas no *self*, das alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais e das suas relações, leva a que o idoso apresente uma variabilidade interindividual (Fonseca, 2012).

A expressão Envelhecimento Bem-Sucedido foi mencionada pela primeira vez por Robert. J. Havighurst, no periódico *The Gerontologist*, em 1961 (Teixeira & Neri, 2008).

Em 1998, Rowe e Kahn, propuseram uma definição de envelhecimento Bem-Sucedido. Este modelo conceptual de envelhecimento é um constructo multidimensional que engloba três domínios de operacionalização: baixo risco de doença e de incapacidade relacionadas com a doença; funcionamento físico e mental elevado e envolvimento ativo com a vida. Para os autores, somente a combinação destas três características torna possível proporcionar um envelhecimento bem-sucedido, verificando-se uma hierarquia entre os componentes, sendo representada pela integridade das funções física e mental (Fonseca, 2005b; Teixeira & Neri, 2008). Ou seja, a ausência de doença facilita a manutenção do funcionamento físico e mental, que por sua vez, ajuda (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida (Fonseca, 2005b). Este modelo analisado à luz de duas grandes perspetivas – a biomédica e a psicossocial (Teixeira & Neri, 2008), considera a existência de deficits cognitivos e fisiológicos ligados à idade que são determinados geneticamente, mas que contempla algumas condições modificáveis (Kahn, 2002; citado em Teixeira & Neri, 2008). Rowe e Kahn (1998) referem aspetos positivos do envelhecimento, ultrapassando a visão genética, biomédica, comportamental e social que se apresentam como responsáveis da manutenção ou melhoria no desempenho do indivíduo na velhice. Neste sentido, permite obter uma compreensão positiva do envelhecimento, referindo que o alcance do envelhecimento bem-sucedido está dependente das escolhas e dos comportamentos individuais, colocando-o numa iniciativa pessoal e desvalorizando o papel da família e sociedade em geral (Fonseca, 2005b).

O modelo de envelhecimento de Paul Baltes e Colaboradores (1990), no qual o desenvolvimento é visto como sendo uma das várias fases do ciclo da vida, fazendo assim parte dele. Sendo esta fase caracterizada por ganhos e perdas, tal como acontece em outra fase da vida. Da relação entre ganhos e perdas, surgiu um modelo de compreensão acerca dos processos

adaptativos característicos do desenvolvimento psicológico, que acontecem na idade adulta e na velhice. (Fonseca, 2006). O modelo é centrado numa visão em que é possível o idoso manter a funcionalidade em domínios específico, através do recurso dos mecanismos psicológicos de seleção otimização e compensação (SOC).

Em 1990, Baltes e Baltes formulam o modelo de envelhecimento, o qual designam “envelhecimento bem-sucedido”, sendo esta já a segunda formulação do modelo. Em 1987 ocorreu a primeira operacionalização do modelo onde predomina a expressão “otimização seletiva com compensação” (Fonseca, 2005a). Na última formulação, os autores distinguem três mecanismos interativos-Seleção, Otimização e Compensação, formando assim o modelo SOC.

Trata-se de um modelo psicossocial dinâmico que atinge o seu pico na idade adulta, mas que vai se acentuando com o envelhecimento através de um plano de seleção e compensação de características pessoais e contextuais específicas. O seu foco incide na procura de uma maneira de lidar com as perdas por meio de estratégias psicológicas, recorrendo a recursos internos e concretos que faz com que se aproxime de uma teoria de desenvolvimento adaptativo (Baltes & Smith, 2003; citado em Teixeira & Neri, 2008). As trajetórias de vida influenciam o desenvolvimento e envelhecimento com um balanço entre ganhos e perdas, com alocação de recursos nos diferentes momentos de vida, caracterizando percursos tais como: o do crescimento na infância, o da manutenção da vida adulta e da regulação de perdas na velhice (Teixeira & Neri, 2008). Qualquer progressão desenvolvimental mostra as novas capacidades adaptativas e a perda de capacidades existentes (Fonseca, 2006). Este raciocínio conduziu a que Baltes & Baltes (1990) preconizassem o modelo SOC, no qual os ganhos e as perdas resultam da interação entre os recursos da pessoa e os recursos do ambiente.

Neste caso, por seleção entende-se o processo pelo qual as pessoas idosas selecionam objetivos e resultados que desejam (Fonseca, 2005a). A seleção consiste assim, num instrumento no qual se dirige a relação pessoa-ambiente, focando a atenção nas múltiplas escolhas e domínios prioritários de vida de modo a conferirem a satisfação e sentido de controlo pessoal (*Idem*, 2005a).

Neste sentido, entende-se por otimização os meios pelos quais a pessoa concretiza as suas decisões de envolvimento em ações que lhe permitam alcançar os objetivos desejados, enriquecendo e maximizando os percursos de vida selecionado (Fonseca, 2005a). Um aspeto importante da otimização refere-se à monitorização dos efeitos das estratégias aplicadas, sendo o *feedback* primordial para atingir metas e a base para a harmonia dos próprios meios e circunstâncias (Fonseca, 2006).

Por fim, o processo de compensação surge como a produção de respostas funcionais face à ocorrência de perdas capazes de comprometerem a obtenção de objetivos desenvolvimentais

desejáveis (Fonseca, 2005a). Trata-se, assim, do uso de recursos internos e externos que auxiliam o indivíduo a atingir os seus objetivos exemplificando, *“à medida que envelhece e vê as suas capacidades a sofrerem um declínio, a pessoa seleciona objetivos pessoais nos quais deseja continuar a envolver-se (...). Nesses objetivos pessoais selecionados (...), a pessoa procura otimizar as suas capacidades, colocando justamente em ação aquelas que se revelam mais interessantes sob o ponto de vista adaptativo e que lhe permitam manter a congruência entre os seus objetivos, interesses (...) sempre que tal se revele necessário, a pessoa procede a compensação, de natureza técnica (..) ou de natureza comportamental (..)”* (Fonseca, 2005a, p.103).

Resumidamente, a seleção abrange objetivos ou resultados, a otimização incide na utilização de meios para atingir objetivos desejados com êxito, enquanto a compensação envolve respostas comportamentais tendo como finalidade conservar ou recuperar o sucesso adaptativo (Fonseca, 2005a).

Tendo em conta o conjunto de teorias de envelhecimento bem-sucedido, podese dizer que vêm os idosos como pessoas pró-ativas, organizando a sua qualidade de vida tendo em conta aos seus objetivos e lutando para os atingir. Para tal, recorrem a recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas como processo de envelhecimento e envolvendo-se ativamente na preservação do seu bem-estar (Fonseca, 2005b).

Baltes e Baltes (1990) enunciam um conjunto de proposições no qual assenta a concetualização do envelhecimento bem-sucedido:

1. Existem diferenças substâncias nas formas de envelhecer (envelhecimento normal, patológico, e ótimo);
2. Existe uma variabilidade interindividual no processo de envelhecimento
3. Os indivíduos se caracterizam pela sua plasticidade e reserva latente no processo de envelhecimento;
4. Existe perda na capacidade de reserva no final do ciclo de vida (ex: capacidade de reserva cognitiva);
5. As pragmáticas baseadas no envelhecimento e na tecnologia podem retardar o declínio associado à idade nas mecânicas cognitivas;
6. Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez mais reduzido;
7. O *self* mantêm-se resiliente na velhice.

De acordo com as sete proposições acima enunciadas, Baltes e Baltes (1990) abordam o conceito de envelhecimento bem-sucedido recorrendo aos seguintes critérios: (1) longevidade; (2) saúde biológica; (3) saúde mental; (4) eficácia cognitiva; (5) competência social e produtiva;

(6) controlo pessoal; e (7) satisfação com a vida.

Segundo Baltes e Carstensen (1996, como citado em Fonseca, 2005b), envelhecimento Bem-Sucedido trata-se de um conceito que incorpora dois processos relacionados entre si. Por um lado, refere-se a uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem no processo de envelhecimento, através de uma procura de objetivos e resultados significativos para o próprio, mesmo quando já é notório o declínio das possibilidades. E por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido através da escolha de determinados estilos de vida, de modo que esteja implícito o objetivo da manutenção da integridade física e mental até aos últimos anos da vida. Neste processo está implícita ideia de que não há só um caminho de envelhecimento bem-sucedido, destacando a diversidade e a relevância que desempenham no ato de envelhecer fatores como a personalidade, o contexto sociocultural ou as relações familiares. Na mesma linha de pensamento, os mesmos autores sugerem que se incluam fatores psicossociais no conceito, tais como: “satisfação com a vida, bem-estar psicológico, suporte social percebido e envolvimento na vida da comunidade, saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas (força e resistência) e condições sociais (como educação e pertença a redes).

#### 1.1.4- Envelhecimento Biológico e Psicológico

Tendo em conta que o envelhecimento é um fenómeno bio-psico-social de cariz individual, qualquer abordagem que se faça, terá de ser multidisciplinar. O envelhecimento de modo geral é descrito como uma fase marcada por transformações de várias ordens (Fonseca, 2012), nesse sentido, o envelhecimento humano nunca poderá ser explicado e descrito sem não abranger as dimensões biológica, psicológica e social (Fonseca, 2006).

O **Envelhecimento Biológico** é caracterizado pelo decréscimo da taxa metabólica, consequência da diminuição das trocas energéticas do organismo, capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch, 1998, citado em Sequeira, 2010). Mas as mudanças que ocorrem no corpo em diferentes indivíduos podem existir com diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000, como citado em Fonseca, 2006). Essas mudanças (e eventuais perdas) a nível do funcionamento biológico influenciam o padrão global de saúde, a nível da mobilidade física, o funcionamento cognitivo, etc. Apesar de esse declínio se iniciar na meia-idade, verifica-se algumas diferenças significativas entre os indivíduos no que respeita ao impacto desse declínio, Birren (1995) e, o modelo SOC de Baltes (1997) ajuda a compreender as formas de lidar com esse declínio, vendo como mais uma mudança que requer esforços renovados de adaptação (Fonseca, 2005a).

No que respeita às mudanças corporais, Hayflick (1994, como citado em Sequeira, 2010) refere que tais mudanças resultam do facto das células não serem imortais, de não ser ilimitadas e devido a morbilidade que as pessoas são expostas ao longo da vida. O envelhecimento torna-se assim inevitável, porém espera-se que nesse processo não ocorra perda de autonomia e independência do idoso.

Assim, a senescência inicia-se com alterações no aspeto exterior como o aparecimento de cabelos brancos, alterações a nível do equilíbrio, diminuição da força muscular e da velocidade de reação, alterações na área emocional e cognitiva (Sequeira, 2010). A nível interno, o organismo sofre mudanças em alguns órgãos vitais como no coração, pulmões, rins e fígado, e ocorrem, também alterações no metabolismo basal como na circulação, respiração, tónus muscular, atividade glandular, etc. Tais alterações são associadas ao envelhecimento intrínseco e tem como consequência uma diminuição de capacidade funcional do individuo (Sequeira, 2010). Do ponto de vista biológico, o envelhecimento apresenta-se então como um processo cujos efeitos são visíveis, mas o mecanismo interno em maioria permanece desconhecido (Fonseca, 2006).

Deste processo, decorre um aumento de vulnerabilidade, decorrentes do facto de não serem imortais e não ocorrer substituição. Neste sentido, o envelhecimento traduz-se numa diminuição das capacidades de adaptação ao meio, mas que em parte são geneticamente influenciadas pelas condições de vida e ambiente (Rodrigues, 2009). No decorrer da idade adulta e sobretudo na velhice, as componentes biológicas têm que ser articuladas com outras condições, tanto de natureza psicológica como ambiental, para ser possível alcançar uma visão integrada e global de aspetos como a saúde, a competência, a personalidade e o bem-estar psicológico (Fonseca, 2006).

Assim sendo, o processo de envelhecimento inicia-se no nascimento, mas é principalmente no idoso que o envelhecimento no corpo se destaca mais (Sequeira, 2010). Torna-se num processo inevitável, pelo que se espera que ocorra uma perda da autonomia e independência do idoso (Sequeira, 2010). As alterações corporais no individuo têm consequências a nível psicológico, que provocam mudanças de atitudes e comportamentos, uma vez que o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo. A nível psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do individuo, de forma a minimizar as perdas resultantes do processo de envelhecimento (Sequeira, 2010). Numa perspetiva do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, Baltes (1987) insere o conceito de desenvolvimento visto como um balanço entre ganhos e perdas, referindo que qualquer progressão desenvolvimental acarreta o aparecimento de novas capacidades adaptativas e a perda de capacidade existentes.

As alterações corporais decorrentes nos idosos têm repercussões psicológicas, que desencadeiam mudança de atitudes, comportamentos, decorrente do envelhecimento ser um

processo dinâmico e complexo (Sequeira, 2010). O **Envelhecimento Psicológico** envolve um conjunto de fenómenos de natureza psicológica, tais como as reações emocionais, personalidade, mecanismos perceptivos, aprendizagem, memória e cognição (Fonseca, 2005a). Por outro lado, depende de fatores patológicos, genético, ambientais e do contexto sociocultural em que o indivíduo se encontra e a forma como cada um organiza e vive o seu projeto de vida. Assim, a manutenção de atividades significativas constitui um fator de equilíbrio psicológico por excelência (Sequeira, 2010).

Do ponto de vista psicológico, o envelhecimento compreende a segunda metade da vida, isto é, a “meia-idade” sendo vista como a porta de entrada. O desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento envolve ajustamentos individuais face *“à ocorrência de mudanças no self, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando por vezes à institucionalização)”* (Fonseca, 2012, p.96). No entanto, dada a enorme variabilidade interindividual, nem todos os indivíduos lidam com essas mudanças da mesma forma, pelo que os “resultados desenvolvimentais” são diferentes de pessoa para pessoa. As diferenças individuais resultantes no processo adaptativo constituem, uma componente essencial do desenvolvimento psicológico na velhice, sendo resultantes da diferente combinação de fatores e características biológicas, psicológicas e sociais, não detendo qualquer uma destas características primazia sobre as restantes (Fonseca, 2005a).

A qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem dimensões como a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a subjetividade de cada pessoa. Assim, a história de vida, o sistema de valores e o contexto social, são fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido, apesar da sua subjetividade. (Sequeira, 2010). Baltes e Baltes (1990) apresentam um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, em que o idoso saudável apresenta funcionalidade em domínios específicos que originam o sentido e significado à sua existência, no qual ocorre uma compensação relativamente as possíveis perdas no processo de envelhecimento.

#### 1.1.5. Contributos das Perspetivas Life Span e Life Course

Tendo em conta que o desenvolvimento envolve sempre um processo de mudança e que é melhor compreendido num contexto de acontecimentos, Baltes e colegas propõem em 1980 a **Psicologia do ciclo de vida** (Life-Span), que incide na descrição, explicação e modificação dos processos desenvolvimentais no percurso de vida até à morte (Baltes, Reese & Lipsit, 1980; citado em Fonseca, 2007). A Psicologia do Ciclo de vida apresenta uma visão do desenvolvimento que



ocorre para lá da infância e da adolescência e, ao longo do ciclo de vida, as pessoas vão experimentando processos de mudança, de transição e de adaptação (Fonseca, 2005), no qual está implícito ganhos e perdas, sendo constituído por condições socioculturais, sendo melhorado e otimizado pela mudança social e transformações históricas (Tetens, 1777 citado em Baltes *et al.*, 2006a, citado em Bastos, Faria & Moreira, 2012). Estes processos resultam da *“emergência de novos comportamentos, de novas relações e de novas percepções de si mesmo e da realidade, sugerindo efetivamente a existência de uma determinada plasticidade no funcionamento e no desenvolvimento humanos”* (Fonseca, 2005a, p.79).

Esta teoria também compreende o desenvolvimento como um processo multidirecional de mudanças de cariz genético-biológicas e socioculturais, de natureza normativa e não-normativas marcado por ganhos e perdas e pela interatividade entre o indivíduo e a cultura (Neri, 2006). Compreende uma sequência de mudanças, que envolve uma ação combinada entre gene-ambiente, no qual são consideradas três axiomas principais da estrutura do desenvolvimento humano: a plasticidade biológica diminui com o aumento da idade; a cultura prolonga a longevidade; a eficácia da cultura diminui com o aumento da idade. A cultura aqui é entendida como a totalidade de recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos que são transmitidos de geração em geração e com quais as pessoas se desenvolvem ao longo do ciclo de vida (Baltes *et al.*, 2006a, citado em Bastos, Faria & Moreia, 2012).

As influências normativas por idade são consideradas eventos que tendem a ocorrer na mesma época e com a mesma duração para os indivíduos. Estes eventos normativos por idade dizem respeito a dois conjuntos de influências que afetam os indivíduos: as biológicas, que descrevem o crescimento ou maturação, e o envelhecimento, assim como as sociais, caracterizam o processo de socialização durante o ciclo de vida. As influências normativas por história são considerados eventos macroestruturais experienciados ao mesmo tempo por uma dada coorte. As influências não normativas caracterizam-se por eventos que não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo, ou seja, não dependem da ontogenia nem do tempo. Podem ser acontecimentos de carácter biológico ou societal. Estas três influências- as normativas por idade, por história e não-normativas, atuam de modo a que haja uma construção de regularidade e de diferenças individuais nas trajetórias do ciclo de vida (Neri, 2006).

Quanto ao estudo do **curso de vida (“Life Course”)** cresceu nas últimas décadas do século XX. Este termo segundo Marshall (2009) foi utilizado pela primeira vez por Leonard Cain, Jr (1964) para fazer referência aos estatutos sucessivos que os indivíduos ocupam no decorrer do processo de envelhecimento. Esta proposta de “Life Course” é enquadrada em termos individuais e não como estrutura da sociedade, uma vez que contempla acontecimentos relativos à idade, biologia e ao social. Deste modo, esta perspetiva vê os indivíduos nascidos numa sociedade onde existe

um conjunto de cargos a serem ocupados ao longo das suas vidas e um conjunto de mecanismos que criam restrições e oportunidades de mobilidade através deste campo estruturado (Marshall, 2009).

De acordo com Marshall (2009) a Perspetiva do Curso de Vida tem sido usada na investigação para tentar compreender a vida das pessoas em sociedade ao longo do tempo e o modo como “ *social structure and social institutions*” dão forma às trajetórias de vida. Segundo o autor, a perspetiva centra-se no estudo da experiência de vida ao longo do tempo, e como é vivida pelas diferentes coortes e as diferentes configurações sociodemográficas na sociedade.

Ter a perspetiva do curso de vida como política, é acabar com a ideia de que começamos a envelhecer aos 65 anos, nisto, esta perspetiva partilha dos mesmos princípios da perspetiva *Life Span* de Baltes e colaboradores (1987, 1997, 2006). Assim, como instrumento de política, esta perspetiva pode ser entendida como uma lente analítica para varias barreiras e pontos de intervenção (Marshall, 2009). Esta teoria será mais desenvolvida no terceiro capítulo, onde se fala sobre a rede social na velhice.

#### 1.1.6- Envelhecimento Saudável e Envelhecimento Ativo

As alterações demográficas nos últimos anos, as quais se traduzem numa inversão da pirâmide etária, refletindo o aumento da população idosa, têm vindo a levantar várias questões aos governos, às famílias e à sociedade, constituindo um dos maiores desafios da humanidade.

O envelhecimento é um processo que faz parte do ciclo de vida do individuo, o qual é desejável viver de forma saudável e autónoma o máximo tempo possível (DGS, 2004), no entanto, permanecer ativo constitui um desafio tanto a nível individual como da sociedade. A Organização Mundial de Saúde (2002, p.30) desde a sua origem tem refletido na definição de saúde, como “*não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*”, mas como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social*”. O processo de envelhecimento é determinado pela maneira como os indivíduos controlam a sua saúde, ou seja, através da promoção de estilos de vida saudáveis e acesso a cuidados de saúde (Fernandes & Botelho, 2007).

A promoção de um **envelhecimento saudável** refere-se a múltiplos sectores, tais como a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que sociedade defende e os cidadãos tem (DGS, 2004). Para que seja possível envelhecer saudavelmente, tem-se que promover a saúde, o funcionamento físico e mental e o compromisso com a vida (Fernandez-Ballesteros, 2002), de modo a manter a

autonomia e independência pessoal.

Para Paillat (1986 e Katz, 2000; como citado em Rodrigues, 2009) envelhecer consiste num processo dinâmico, normalmente lento e gradual, e varia de indivíduo para indivíduo. Assim, envelhecer integra um processo subjetivo, no qual o indivíduo exerce autorregulação através de decisões e de escolhas para a adaptação ao processo de envelhecimento, interagindo com esta adaptação a dimensão social, bem como a relação destas dimensões como contexto social em que o indivíduo está inserido (Rodrigues, 2009).

Numa perspetiva mais abrangente, Hansen-Kyle (2005) define envelhecimento saudável como a capacidade de continuar a funcionar mentalmente, fisicamente, socialmente e economicamente, à medida que ocorre o processo gradual de senescência do corpo. Destas definições surgem diferentes perspetivas de abordagem, com diferentes focos: as perspetivas médico-gerontológica, psicossocial e de enfermagem (Rodrigues, 2009).

A investigação médica gerontológica sobre envelhecimento saudável incide no declínio das capacidades e na capacidade de resposta às doenças crónicas (Hansen-Kyle, 2005). Ou seja, na perspetiva médica gerontológica o envelhecimento saudável é *“entendido sob a óptica de ausência de doenças crónicas, ou quando estas existam, na capacidade para ultrapassar as suas repercussões, ou a eliminação de fatores de risco que possam conduzir ao seu aparecimento”* (Rodrigues, 2009, p.41). O indivíduo para ser bem-sucedido no envelhecimento saudável, deve optar por manter bons padrões de exercício, uma dieta saudável e bom estilo de vida (Ellingson & Conn, 2000; Fletcher, 1999, como citado em Hansen-Kyle, 2005).

Na perspetiva psicossocial, o envelhecimento saudável é entendido com o ajustamento pessoal, autonomia, atitude, resiliência e um ambiente propício (Rodrigues, 2009). Ford *et al.*, (2000) incidiu o seu estudo na autonomia individual e relacionou-o com o envelhecimento saudável, outros autores, constaram elementos-chave para o envelhecimento saudável, como a estabilidade mental, apoio social e interação social (Carpenter, Van Haitsma, Ruckdeschel, e Lawton, 2000; Peake, 1998; Tirrito, Nathanson, e Langer, 1996 como citado em Hansen-Kyle, 2005).

Na perspetiva da enfermagem, o envelhecimento saudável engloba um adequado estado funcional, estruturas de suporte, ambiente propício, práticas de manutenção de saúde e bem-estar (Paier & Bowdish, 1995; Kresevic & Mezey, 1997; Ellingson & Conn, 2000; Congdon & Magilvy, 2001; Phillips, Brewer & Torres de Ardon, 2001; como citado em Rodrigues, 2009). No processo de envelhecimento saudável, estão incluídos fatores físicos, fatores de natureza cognitiva ou mental e fatores de ordem social e ambiente envolvente (Rodrigues, 2009). De acordo com Bowling e Grund (1997, citado em Hansen-Kyle, 2005), a avaliação das atividades de vida é importante, pois permite determinar a saúde e o envelhecimento, a diminuição nas

capacidades das tarefas vida diária indicam os primeiros sinais de vulnerabilidade do indivíduo.

Tendo em conta a todos os aspetos identificados nos estudos sobre o envelhecimento (Rodrigues, 2009), Hansen-Kyle (2005, p.52) conceptualizou uma nova influência na definição sobre o envelhecimento saudável baseada nos antecedentes de resiliência, adaptação e compensação. Deste modo, o envelhecimento saudável segundo esta autora é definido como o *“processo de abrandamento físico e cognitivo que acontece enquanto ocorre uma adaptação resiliente e de compensação, de forma a otimizar as capacidades funcionais que permitam ao indivíduo participar em todas as áreas da sua vida (física, cognitiva e espiritual)”*. Neste conceito, Hansen-Kyle (2005) sublinha que o declínio ocorre de forma gradual e continua ao longo do ciclo de vida do indivíduo.

No que diz respeito ao **Envelhecimento Ativo**, este foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos finais dos anos 90 como sendo uma experiência positiva (OMS, 2005). Este conceito surge na sequência do envelhecimento saudável, alargando o conceito a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais inseridos num modelo multidimensional que descreve o envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011). Segundo esta perspetiva, superar o conceito anteriormente designado por *“envelhecimento saudável”*, pretende não incluir apenas pessoas idosas que tenham saúde, mas permitir e melhorar se possível a sua qualidade de vida quando envelhecem, proporcionando o seu potencial de bem-estar físico, social e mental, participando socialmente e prolongando o seu envelhecimento dentro de uma vida com qualidade (Fonseca, 2005a).

Este modelo foi aplicado tanto aos indivíduos como às populações pela Organização Mundial de Saúde em 2002 de modo a fomentar que o envelhecimento pode ser visto como uma fase da vida positiva. Uma das diretrizes prioritárias do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento 2002 diz respeito à necessidade de fomentar a inserção social das pessoas idosas, *“através a aprendizagem ao longo da vida, da otimização das condições de saúde física e das oportunidades de desenvolvimento psicológico, da participação nos assuntos familiares, sociais, económicos, culturais e cívicos”* (Fonseca, 2005a, p.121), ou seja, meios que permitem o desempenho de papéis ativos por parte das pessoas idosas, de modo a corresponder às suas necessidades, desejos e capacidades (Fonseca, 2005a).

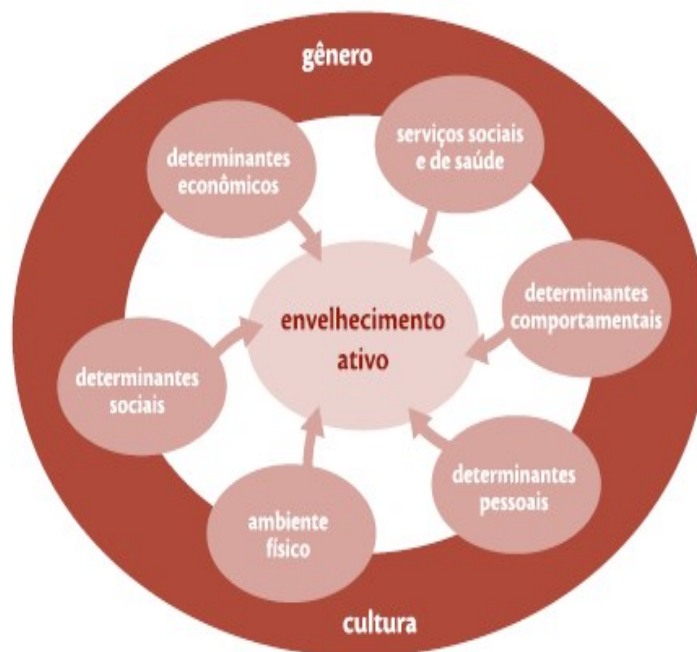
A perspetiva de *“Envelhecimento Ativo”* adotada pela Organização Mundial de Saúde em 2002, apresenta o envelhecimento como um *“processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (OMS, 2005, p.13). Neste sentido, este modelo apresenta-se como sendo mais consensual, uma vez que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, através da manutenção da autonomia física, psicológica e social, de modo a que os idosos estejam

integrados na sociedade e assumam uma cidadania plena. Os pilares nos quais este modelo assenta são a participação social, a saúde e a segurança (Paúl, 2005a.) Assim, implica autonomia, independência (AVD-atividades de vida diária e nas AIVD-atividades instrumentais de vida diária) aumentar a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável durante o processo de envelhecimento (Paúl, 2005a).

Tendo em conta a estes aspetos o envelhecimento é considerado numa perspetiva de curso de vida, no qual refere que envelhecer não se inicia numa determinada data, e que cada momento da vida contribui para que haja uma adaptação mais ou menos favorável ao processo do envelhecimento, num balanço entre ganhos e perdas que se equilibram diferentemente em cada percurso individual (Ribeiro & Paúl, 2011).

Dito isto, o processo de envelhecimento resulta, segundo a OMS (2005) da conjugação de um largo número de fatores designados por determinantes: de ordem pessoal, comportamental, do meio físico, sociais, e ainda relativos aos serviços de sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (Ribeiro & Paúl, 2011).

**Figura 3-** Os determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2005, p. 19)

Desta forma, este modelo defende a visão de viver e envelhecer com otimização de oportunidades que beneficiam a saúde, participação e segurança, com objetivo de ter qualidade de vida e bem-estar. Para tal, a conduta do indivíduo deve enveredar por estilos de vida saudáveis, englobando atividade física, a participação em atividades de natureza

social, económica, cultural, espiritual ou cívica, e num eventual prolongamento da atividade laboral, tendo em conta os interesses e capacidades pessoais (Botelho, 2005).

Esta nova abordagem do envelhecimento ativo, reconhece a importância dos direitos humanos, das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação e dignidade (Ribeiro & Paúl, 2011), assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), nos quais requer ações ao nível dos três pilares básicos: 1-Saúde; 2-Participação e 3- Segurança (OMS, 2005). Por outro lado, esta visão permite que os indivíduos percebam o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida, e que participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, capacidades e ao mesmo tempo, que usufruam de proteção, segurança e cuidados adequados, quando for necessário (Fernandes & Botelho, 2007).

Este conceito é muito abrangente, na medida em que coloca a questão do envelhecimento no âmbito social, no qual decorre o processo individual, ao mesmo tempo que apela para uma transversalidade da dinâmica social. Neste contexto, a cultura e o género são considerados determinantes transversais, uma vez, que contextualizam e moldam uma diversidade de situações (Fernandes & Botelho, 2007). Na mesma linha de pensamento, o envelhecimento ativo, tem vindo a influenciar o conceito de capacidade e a forma como a medir, tendo em conta os declínios funcionais, houve a necessidade da medição da capacidade funcional global e implementação da definição de saúde num âmbito biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde (Fernandes & Botelho, 2007).

O termo “*ativo*” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. Desta forma, o envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005).

Para Fernández-Ballesteros (2001) o envelhecimento ativo é um conceito inovador, que está associado a fatores psicológicos e psicossociais e a fatores determinantes: sociais, ambientais, económicos, educativos, sanitários e biológicos, prevendo “ *que os factores psicológicos determinam realmente este tipo de envelhecimento e que acção psicológica exercida por esses factores (os estilos de vida, a auto-eficácia, os estilos de coping, entre outros) influenciam e determinam um maior bem-estar*” (Fernández-Ballesteros, 2001, p.282).

## 1.2. Funcionalidade no Envelhecimento

### 1.2.1. Funcionalidade nos Idosos

O aumento da longevidade constitui um desafio para as sociedades, famílias e governos, de modo a poder-se envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível. Manter a autonomia e independência no decorrer do processo de envelhecimento é uma meta tanto para os indivíduos como para os governantes. Este aumento leva necessariamente a colocar um objetivo paralelo na saúde, ou seja, uma vida longa com qualidade de vida e autonomia (Amaral & Vicente, 2000). Apesar do envelhecimento ser um processo complexo, universal, normal, gradual e irreversível (Araújo, Paul, Martins, 2011) no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e psicológicas. Uma das alterações determina a perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente provocando uma maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos (Ferreira, *et al.*, 2012). Com o envelhecimento, ocorre uma deterioração/redução gradual da capacidade funcional que leva a uma inatividade (Gomes Neto & Castro, 2012), que tais condições, não são fatais, mas condicionem a aquisição de uma melhor qualidade de vida dos idosos (Maciel, 2010).

É facto descrito na literatura, que com o avanço da idade cronológica acompanhado pelo próprio processo de envelhecimento se associado as pessoas tornam-se menos ativas e a sua capacidade funcional diminui (Gomes Neto & Castro, 2012). Porém, a saúde do individuo não é definida pelas doenças crónicas ou pela integridade física. O fator determinante na saúde na velhice é a independência para a realização das suas tarefas, ou seja, a funcionalidade. O idoso é considerado saudável quando não necessita de ajuda ou supervisão de terceiros para realizar as suas tarefas do dia-a-dia, ainda que possua doenças crónicas (Machado *et al.*, 2013).

A funcionalidade pode ser entendida como a tentativa de medir a capacidade de uma pessoa desempenhar determinadas tarefas ou funções em diferentes áreas, utilizando diversas habilidades para o desempenho das tarefas do dia-a-dia, para a realização de interações sociais, nas suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos no dia-a-dia (Duarte, Andrade, Lebrão, 2007). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) designa como sendo um

termo que inclui as funções do corpo, atividades e participação (OMS,2004). A limitação ou a não realização dessas atividades leva ao desenvolvimento de um quadro de incapacidade funcional do idoso (Maciel, 2010). A capacidade funcional pode ser avaliada focando dois domínios: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) - que estão relacionadas com atividades de autocuidado; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) -que indicam a capacidade do individuo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive (Duarte, Andrade, Lebrão, 2007).

A perda da funcionalidade, depende de diversos fatores, como a constituição genética, características de personalidade e sociais, dos hábitos e estilos de vida saudáveis, meio ambiente, doenças associadas e do contexto socioeconómico e sociocultural (Neri, 2008; Paschoal, 2012), na ausência de doenças existe adaptabilidade e reserva funcional para a maioria das atividades. A CIF, refere que a incapacidade não deve ser tida como atributo do individuo, mas como um conjunto complexo de condições, muitas resultantes do ambiente (OMS, 2004). No entanto, os idosos podem adquirir incapacidades em qualquer dimensão da vida, como física, mental, psíquica, socioeconómica entre outros, nos quais pode não ser possível a recuperação (Paschoal, 2012). Os deficits nas capacidades funcionais desenvolvem uma dependência funcional, na qual pode ocorrer uma gradação da mesma, porém nem sempre atinge todos os domínios do funcionamento dos idosos (Neri, 2008).

Relativamente à capacidade funcional, os sujeitos podem ser classificados em dois grupos: Independentes e Dependentes (Botelho, 2005). De acordo com Botelho (2005),o indivíduo independente é aquele que recorre à utilização de auxílios mecânicos, como andarilhos e canadianas, para conseguir satisfazer as suas Atividades de Vida Diária (AVDs) tais como tarefas de autocuidado (tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, levantar-se). O indivíduo dependente diz respeito aquele que necessita de ajuda regularmente de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade.

A autonomia e capacidade funcional para a realização de tarefas, traz benefícios para a saúde física e mental, mas também determina o bem-estar social do individuo (Fillenbaum, 1986). A dependência desta função constitui um risco significativo de mortalidade como um afastamento do meio social e posteriormente uma tendência para o isolamento das pessoas (Brito & Pavarini, 2012). Para Sequeira (2010) a dependência surge como resultado do declínio funcional que limita a atividade em termos da



funcionalidade em consequência de um processo patológico ou acidente. Assim, a dependência é um estado no qual por razões de falta ou perda de autônoma física, psíquica ou intelectual as pessoas se encontram, e necessitam de assistência ou ajuda de terceiros para realizar atividades do dia-a-dia (Araújo, Paúl, Martins, 2011).

A avaliação da capacidade funcional de indivíduos é relevante na medida em que, a partir dela, “é possível encontrar meios de prevenir ou retardar o início de fragilidades físicas que ocorrem em idades avançadas” (Nunes & Santos, 2009). Apesar da capacidade funcional ser vital e ter complicações para a saúde, em geral, os idosos só recebem atenção quando apresentam disfunções. Segundo Sequeira (2010) uma avaliação precoce e monitorizada das limitações/défices nos idosos permite delinear intervenções adequadas às suas necessidades, o que permite um maior potencial terapêutico, quer a nível da prevenção, como proporcionando uma melhoria da capacidade funcional e na qualidade de vida das pessoas (Nunes & Santos, 2009). Para além da avaliação da capacidade funcional para a realização das AVD, segundo Rodrigues (2009) também é fundamental realizar a avaliação do estado cognitivo de modo adequar os cuidados aos idosos com dependências em algumas atividades, sendo que as dificuldades na realização das tarefas surgem antes do declínio da função cognitiva. Na realização da avaliação do idoso, é essencial avaliar diferentes níveis de incapacidade, de modo que a planificação seja adequada aos cuidados de saúde necessitados (Araújo *et al.*, 2007). “*A dependência pode ocorrer em todas as idades mas aumenta a prevalência quando a idade aumenta pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crónicas*” (Araújo, Paúl, Martins, 2011, p.870) que podem conduzir a diferentes e níveis de dependência.

Nesse sentido, a avaliação da funcionalidade, é uma dimensão predominantemente relevante para uma previsão significativa de perda de autonomia do idoso, possibilidade de risco de institucionalização, necessidade de recursos de saúde bem como até de mortalidade (Sequeira, 2010).

Desta forma, importa clarificar alguns conceitos, sendo que para a OMS (2005, p.14) a autonomia “*é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências*”; a independência é entendida como a capacidade de o indivíduo realizar algo, sem necessitar de qualquer apoio das pessoas (Paschoal, 2012), a dependência caracteriza-se pelo “*recursos a apoios de terceiros*” (Botelho, 2005, p.113). A incapacidade é definida

como sendo uma característica “*que resulta de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive*” (OMS, 2004, p.4).

No entanto, é impossível estudar o envelhecimento e as condições de saúde, sem inclui-lo numa perspectiva de género. Assim estes dois conceitos estão intrinsecamente ligados aos determinantes de saúde, uma vez que tendo em conta ao ponto de vista biológico e psicossocial, estes dois conceitos se relacionam à medida do processo de envelhecimento. Enquanto os homens morrem mais cedo, as mulheres ao longo do seu ciclo de vida, experimentam maior morbilidade e incapacidade (Rodrigues *et al.*, 2016). De acordo com o estudo realizado em Coimbra, por Rodrigues (Rodrigues *et al.*, 2016) os resultados apresentados mostram diferenças de género, tal e qual como é mencionado na literatura, que as mulheres percecionam pior saúde física, sendo mais acentuado no grupo etário  $\geq 85$  anos.

Para Shaie & Willis (1999) a competência de vida diária, consiste na capacidade do indivíduo realizar de forma eficaz as tarefas do quotidiano. Diehl (1998) define a competência de vida diária como a capacidade do indivíduo desempenhar um leque de atividades essenciais para ter uma vida autónoma envolvendo aspetos da funcionalidade física, psicológica e social. O modelo proposto por Willis (1999, citado em Diehl, 1998) refere que os principais resultados da competência no quotidiano são a nível físico e bem-estar, que consistem em dois componentes psicológicos do envelhecimento bem-sucedido (P.Baltes & M. Baltes, 1990). Lawton (1986, citado em Diehl, 1998) encontrou em 3 estudos, que a competência diária tem efeitos indiretos sob os idosos no bem-estar através da variável mediadora: o tempo. Ou seja, os idosos que apresentam níveis elevados de competência no quotidiano têm mais atividades de lazer e sociais, que por sua vez proporcionam maior bem-estar (Diehl, 1998).

Existem três abordagens explicativas sobre a competência relacionadas com a vida diária dos idosos: a teoria dos componentes, a teoria do domínio específico e a teoria da adequação ambiente/indivíduo (Sequeira, 2010). A *teoria dos componentes* aponta para a existência de diferentes dimensões latentes de competência, onde o meio ambiente desempenha um papel essencial ao nível da expressão e da manutenção da competência. Labouvie-Vief (1992 citado em Sequeira, 2010) diz que com o envelhecimento a realidade se torna mais pragmática, concreta subjetiva e sensível a nível do contexto interpessoal,

de acordo com a vivência de cada um e devido à prevalência de um tipo de raciocínio pós-formal. A *teoria do domínio específico* (Salthouse, 1990 citado em Fonseca, 2006) vê a competência a uma determinada área do conhecimento, sendo que a resolução nos idosos está nomeadamente relacionada com a familiaridade de um determinado domínio. A *teoria da adequação ambiente indivíduo* (Lawton, 1982; Kahana, 1982, citado em Sequeira, 2010) refere que a competência encontra-se relacionada com a combinação entre as capacidades do indivíduo, as exigências e os recursos do meio. Uma das questões problemáticas importantes em relação à avaliação da competência de vida diária refere-se à sua evolução ao longo do ciclo de vida (Fonseca, 2005). Segundo Shaie & Willis (1999), a competência de vida diária evolui de exigências simples na infância para uma acentuada exigência na vida adulta e volta a diminuir para uma menor exigência na velhice. Baltes (1993, como citado em Fonseca, 2006) refere-se a esta questão, referindo que a competência na vida diária se apresenta de formas distintas conforme a idade do sujeito, recorrendo os idosos a mecanismos de seleção, otimização e compensação para responder de forma adequada às necessidades sentidas e aos recursos disponíveis, de modo a otimizar o seu funcionamento psicológico e a sua autonomia.

Considerando as perspetivas sobre a competência de vida diária, Baltes & Carstensen (1999, como citado em Fonseca, 2006) sugerem uma explicação centrada em fatores de natureza psicológica defendendo que a dependência não deriva propriamente de problemas relacionados com o envelhecimento, mas como uma consequência de condições sociais e individuais concretas. Assim, a dependência pode ser aprendida através da qual o idoso evita a solidão e exerce controlo sobre o ambiente e pode também surgir na sequência de uma reduzida funcionalidade a qual provoca uma diminuição da qualidade de vida individual (Fonseca, 2006).

### 1.2.2. Atividades de Vida Diária

A designação Atividades de Vida Diária (AVD) refere-se a uma complexidade de comportamentos instrumentais que as pessoas devem realizar de forma adequada para cuidar de si mesmas e viver de forma autónoma e independente. Neste sentido, um dos objetivos da atuação na velhice incide sobre as AVDs tendo o objetivo principal de manter a pessoa autónoma e independente, conseguindo-o através de programas, avaliação e

intervenção (Fernández-Ballesteros, 2004).

A funcionalidade tem sido definida como a capacidade de um indivíduo para se adaptar a problemas e exigências do dia-a-dia, e é avaliada através da capacidade e autonomia para a execução das atividades básicas de vida diária (AVDs). As Atividades de vida Diária, dividem-se em Atividades Básicas de vida Diária (ABVD) que incluem alimentar, tomar banho, limpar, vestir, controlar os esfíncteres, entre outras (Fernández-Ballesteros, 2004). As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) referem a capacidade do indivíduo levar uma vida independente na comunidade, como tendo capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (Maciel, 2010).

No idoso, a realização das ABVDs e as AIVDs surge como algo essencial à sobrevivência, para que possa manter-se participativo na gestão do quotidiano, nos cuidados com a sua própria saúde e na realização das tarefas domésticas (Ferreira *et al.*, 2012). A incapacidade ou dificuldade por parte do idoso em realizar as tais atividades encontra-se associada à mortalidade neste grupo etário, à hospitalização, à necessidade de cuidados e elevados custos para o serviço de saúde (Nunes & Santos, 2009).

Por outro lado, as atividades que exigem capacidade para executar atividades mais complexas relacionadas com uma independência foram denominadas de atividades instrumentais da vida diária. Nesta categoria, incluem-se atividades como: cozinhar, utilizar o telefone, fazer compras, tomar medicação, usar meios de transporte, entre outras.

*ABVD – “São definidas como um conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo actividades como: comer, uso de casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as actividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente” (Sequeira, 2010, p. 46).*

De acordo com Oliveira 2006 (como citado em Rodrigues, 2009) as AVD consistem em atividades desenvolvidas no dia-a-dia destinadas ao autocuidado e com a participação social, podendo ser subdividas em Atividades de vida diária física (AVDf) e atividades de vida diária instrumentais (AVDi). A dificuldade no desempenho em algumas atividades de

vida diária, ocorre em primeiro na AVDi, sendo estas mais complexas, como o uso de telefone, limpeza de casa, uso de transporte, fazer compras. Quanto às AVDF as perdas ocorrem na maioria das vezes após as perdas das AVDi, estando estas atividades relacionadas com os cuidados pessoais básicos e sendo fundamentais para garantir da independência do indivíduo, através de cuidados de higiene pessoal, vestir-se, despir-se e alimentar-se.

*AIVD – “São constituídas pelas actividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão directamente correlacionadas com o estado cognitivo e incidem sobre o cozinhar, o uso de transportes, o uso de dinheiro, o uso do telefone, etc.” (Sequeira, 2010, p. 53).*

Para avaliar o grau de dependência na realização das ABVD, um dos instrumentos mais utilizados é o índice de Barthel, este avalia o nível de independência que o indivíduo tem para a realizar as dez atividades básicas de vida diária, tais como: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965; como citado em Araújo *et al.*, 2007); para a avaliar o grau de dependência na realização das AIVD, a mais utilizada é a escala de Lawton e Brody. Consiste numa medida que avalia o nível de independência do indivíduo para realizar as atividades instrumentais, como tarefas de usar o telefone, fazer compras, preparar alimentação, lida de casa, entre outras (Araújo *et al.*, 2008).

### 1.2.3- Funcionalidade e Qualidade de Vida

Muitos dos desafios que os idosos enfrentam no dia-a-dia refere-se à autónoma e independência, no entanto é desejável que o envelhecimento seja vivido com qualidade de vida. Na velhice, muitas vezes a qualidade de vida é associada a questões de dependência e autonomia. A dependência resulta tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, normalmente, as últimas determinam as primeiras (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Para tal, é importante a manutenção da autonomia dos indivíduos, de modo a procurar preservar os seus contributos na sociedade, uma vez que constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (DGS, 2004). É por essa razão

que a qualidade de vida constitui um dos principais indicadores de avaliação que deve ser relevante aquando a avaliação da condição de vida dos idosos (Fonseca, 2005b).

Ao falarmos de qualidade de vida (QvD), e tendo em conta a vasta publicação disponível, percebemos que a literatura apresenta inúmeras definições conceptuais diferentes e com implicações diferentes na avaliação (Pais-Ribeiro, 2009). Podemos então, estar a falar de conceitos amplos como bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação com a vida, a conceitos mais estritos que se encontram relacionados com o estado de saúde ou outros (Idem, 2009). O interesse e aplicabilidade da definição de QVD na área da saúde resulta da definição de Saúde assumida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde -OMS (1948), que refere como sendo um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Esta definição implica que as iniciativas de promoção da saúde não sejam dirigidas apenas aos sintomas, diminuição de mortalidade ou aumento da expectativa de vida. Mas também valorizar de igual modo aspetos como o bem-estar e a qualidade de vida (Canavarro *et al.*, 2006). Embora exista uma diversidade de definições de qualidade de vida (QvD), a que parece mais consensual, refere-se à proposta pela Organização Mundial de Saúde (1994) a qual na sua divisão de saúde mental define a qualidade de vida como a percepção sobre a posição na vida, tendo em consideração o contexto cultural e valores, quer ao nível dos seus objetivos, expectativas, padrões como as percepções.

A qualidade de vida é vista como um dos principais indicadores de adaptação e a sua compreensão refere-se muito a uma experiência fenomenológica, multidimensional que ultrapassa a largamente a problemática de saúde (Hendry e McVittie, 2004, como citado em Paúl *et al.*, 2005c).

O conceito de qualidade de vida (QvD) é definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo a *“percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p. 28). Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional e se apresenta numa perspetiva transcultural e multidimensional, onde é influenciada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspetos do meio envolvente em que o indivíduo se encontra inserido (WH HOQOL Group, 1995, como citado em Canavarro *et al.*, 2006). Neste sentido, Fernández-

Ballesteros (1998) refere que a principal característica da qualidade incide na sua multidimensionalidade, ou seja, *“à semelhança da própria vida, a qualidade de vida tem muitos ingredientes”* (p.57).

Tornou-se assim importante a criação de um instrumento que avalia a qualidade de vida de modo apropriado, a nível psicométrico, com intuito de avaliar o impacto de programas de intervenção na área da saúde (Fonseca *et al.*, 2009). Sabe-se que atualmente os idosos são mais saudáveis do que no passado, porém nas idades superiores a 65 anos existe probabilidade de dependência, doenças neurológicas e neuropsiquiátricas, mas é também verdade que se sabe que as pessoas com idades avançadas têm mais patologias, pelo facto de serem idosos (Fonseca *et al.*, 2009). A qualidade de vida do individuo depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, variando de pessoa para pessoa e está sujeita tanto às influências do quotidiano e do meio onde vive, como dos seus hábitos e dos estilos de vida. O conceito qualidade de vida diferencia-se de indivíduo para indivíduo, no entanto rejeita qualquer tipo de alteração ao longo da vida. Os fatores que determinam a qualidade de vida nas pessoas são inúmeros e resulta na combinação de fenómenos e situações que podem ser chamados de forma abstrata de Qualidade de Vida (QvD).

Normalmente, os fatores correspondentes à QvD são o estado de saúde, a longevidade, a satisfação no trabalho, o salario, o lazer, as relações familiares, o ânimo, o prazer e a espiritualidade (Nahas, 2001).

Na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, é relevante não só os indicadores clínicos como a forma como o doente percebe e vive a sua situação, e que é influenciada por características individuais e do ambiente (Fonseca *et al.*, 2009). De acordo com Fonseca (2005b, p.304), no modo como decorre o processo de envelhecimento há diferenças, relativamente a diversos aspetos tidos geralmente como determinantes para a sua qualidade de vida *“(...) saúde, integração social, capacidades funcionais (que permitem manter a independência nas atividades de vida diária), atividade (relativa à ocupação do tempo em atividades que dêem satisfação), qualidade ambiental (em termos da casa que se habita e do lugar onde se vive), satisfação com a vida, educação, recursos económicos, acesso a serviços sociais e de saúde”*.

A qualidade de vida engloba uma vasta dimensão de áreas de vida. Os modelos da qualidade de vida vão da *“satisfação com a vida”* ao *“bem-estar social”*, a modelos

baseados em conceitos como independência, controle, competências sociais e cognitivas (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

A qualidade de vida na velhice é muitas vezes associada a questões de dependência e autonomia. As dependências observadas nas pessoas idosas advêm tanto das alterações biológicas (deficiências ou incapacidades) como das mudanças sociais, e normalmente as últimas determinam as primeiras. Baltes e Silberberg (1995, citado em Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) descrevem três tipos de dependência:

- 1) Estrutura- refere-se ao significado do valor do ser humano que é determinado em primeiro lugar pela participação no processo produtivo (na velhice a dependência é gerada pela perda do trabalho);
- 2) Física- designa a incapacidade funcional individual para a realização das atividades de vida diária;
- 3) Comportamental- refere-se a dependência física e socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso.

Lawton (1983, como citado em Neri, 2008) refere o constructo da qualidade de vida na velhice como uma avaliação multidimensional que inclui *“critérios socio normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o individuo maduro e o seu ambiente”* (p.164). Este autor estabeleceu um modelo que inclui quatro dimensões: 1) Competência Comportamental - nesta dimensão é avaliado o funcionamento do individuo no que se refere à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo; 2) Condições ambientais - refere-se ao contexto ecológico e à sua relação direta com a competência comportamental do homem; 3) Qualidade de vida percebida- consiste na avaliação subjetiva que cada individuo faz sobre o seu funcionamento a respeito de qualquer dimensão das suas competências comportamentais; e por último o 4) Bem-estar subjetivo- esta dimensão reflete a avaliação pessoal e privada a respeito do conjunto e da dinâmica das relações entre as três ultimas dimensões (Neri, 2008).

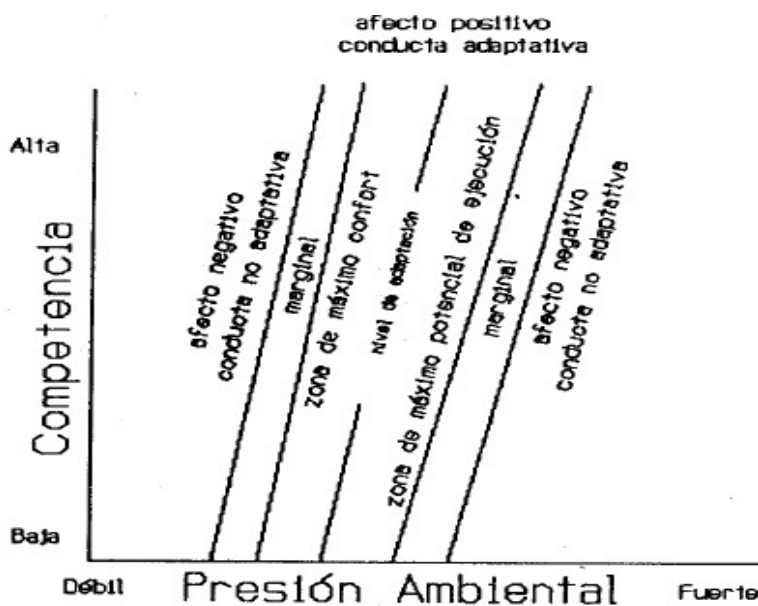


#### 1.2.4. Modelo Ecológico de Competência de Lawton

Lawton (1983, citado em Fonseca, 2006) apresenta o Modelo Ecológico de Competência, modelo esse que se refere à relação pessoa-ambiente, no qual mostra evidências que o contexto de residência desempenha um papel relevante para compreender diferentes padrões de envelhecimento e explicar porque é que algumas pessoas alcançam o envelhecimento bem-sucedido e outras não. A competência segundo Lawton (1999, citado em Fonseca, 2006) é vista em termos de capacidades sensoriais e motoras, funções cognitivas e condição biológica, isto é, segundo uma série de fatores relativamente estáveis que podem alterar-se consoante o decurso das trajetórias individuais de saúde. Neste modelo, o comportamento é tido como *“el resultado de una combinación de la presión ambiental, de una determinada magnitud, que actúa sobre y es percibida por un individuo con un nivel de competencia específico”* (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990, p.184). Assim, quanto menor for o nível de competência do indivíduo, maior irá ser o impacto do ambiente no seu bem-estar do indivíduo (comportamento) (Fernández-Ballesteros, 2009).

Este modelo engloba o conceito de *“nível de adaptação”* (Helson, 1964, citado em Izal & Fernández-Ballesteros, 1990) no qual este se refere o equilíbrio entre o nível de estimulação externa e o grau de sensibilidade perceptiva, sensorial e cognitiva que apresenta o indivíduo. Tendo em conta o modelo, não existe apenas uma tendência para o indivíduo estabelecer um nível de adaptação à pressão ambiental que se produz num dado momento, mas o nível no qual o estímulo é neutro está parcialmente determinado pelo grau de competência do indivíduo (ver Figura 4).

Figura 4- Modelo da interação competência-pressão ambiental



Fonte: Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; p.185

Lawton (1999) sugere duas hipóteses de trabalho. A primeira a hipótese denomina-se de “hipótese da docilidade ambiental” (1972, citado em Izal & Fernández-Ballesteros, 1990) que refere que um elevado nível de ocorrência de pressão se encontra associado a uma independência do indivíduo em relação aos efeitos da pressão ambiental sobre o seu comportamento, enquanto um baixo grau de ocorrência significa uma maior vulnerabilidade as tais pressões. Assim, as pessoas com baixa ocorrência em qualquer área têm dificuldades em responder às exigências propostas pelos ambientes desfavoráveis (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990). Ou seja, os idosos competentes e saudáveis tendem a escolher atividades e contactos num largo espaço, enquanto os idosos menos competentes tendo em conta a sua condição, optam por escolher os seus amigos e usufruir das oportunidades tendo em conta a proximidade geográfica, sendo um fator determinante para tal (Fonseca, 2006).

Formula uma segunda “hipótese da proactividade ambiental”, em que argumenta que quanto maior for a competência do indivíduo, maior capacidades tem ele de utilizar os recursos existentes no ambiente para lhe satisfazer às necessidades (Izal & Fernández-

Ballesteros, 1990). Neste âmbito, existe uma relação recíproca entre pessoa-ambiente, ou seja, são as pessoas que alteram e criam ambientes.

De acordo com Lawton (1999, citado em Fonseca, 2006) os mecanismos de docilidade e de pro-atividade revelam-se eficazes no sentido de reduzir eventuais disfunções ambientais, na medida em dão oportunidade ao indivíduo de determinar o seu desenvolvimento, tendo em conta a escolha de contextos ambientais mais ou menos favoráveis a esse desenvolvimento.

## **2- A Rede Social na Velhice**

### **2.1. Principais quadros teóricos e conceitos**

Ao longo do ciclo de vida o indivíduo, enquanto elemento de um sistema, desenvolve-se e evolui em contacto com os outros sistemas, sendo a família e a escola sistemas muito significativos da sua rede social, por corresponderem a contextos onde existem interações mais duradouras e com resultados mais significativas no desenvolvimento do indivíduo (Antunes, Sequeira, Alarcão, 2011). O ser humano é um ser social que necessita de estabelecer relações sociais com os outros por diversos motivos, tendo a rede social ao longo da vida inúmeras funções: afetivas, como dar e receber carinho, de conforto; apoio financeiro; de se sentir integrado na sociedade (Domingues, 2011). Sabe-se que com o avanço da idade, existem alterações inevitáveis resultantes das particularidades do processo de envelhecimento (Araújo & Ribeiro, 2012), nomeadamente nos papéis sociais desempenhados até à data (Nunes & Menezes, 2014). Uma das alterações reporta-se à rede social do indivíduo, que ao longo do ciclo vital sofre mudanças em função do contexto familiar, do trabalho e da participação na comunidade. Acontecimentos como a reforma, a mudança de residência (Paúl, 2005a) e diminuição da capacidade física fazem com que ocorra uma diminuição de contactos sociais (Araújo & Ribeiro, 2012).

Tendo em conta a literatura, sabe-se que existe uma associação entre o envelhecimento e uma certa vulnerabilidade decorrente deste, acarretando a deterioração das capacidades funcionais. Na sociedade contemporânea, o envelhecimento encontra-se associado as modificações relativas à participação ativa do

idoso, visto que com a entrada nesta fase da vida, os idosos são alvo de mudanças a vários níveis - familiar, laboral, ocupacional e nos papéis a desempenhar e verifica-se uma disposição crescente para diminuir nesses níveis conforme envelhecem (Sequeira, 2010). Nesse sentido, a sobrevivência na velhice exige a existência de fatores favoráveis ao estado de saúde e à qualidade de vida no seu processo (Rodrigues, 2009), como permanecer com os contactos sociais da sua rede, pois é nesta fase que ocorrem inúmeras alterações na forma de viver como referido anteriormente. Assim, manter o contacto social permite restabelecer o equilíbrio pessoal, transmitir solidariedade, amizade e segurança (Nunes & Menezes, 2014). A rede social nas pessoas idosas desempenha um papel primordial, tendo como função contribuir para obter sentimento de ser amado e valorizado, de pertença a um grupo, permitindo também ao indivíduo escapar ao anonimato e aos sentimentos de solidão e isolamento (Rodrigues & Silva, 2013). Deste modo, torna-se relevante a rede social nas pessoas idosas, pois a sua diminuição se associa à diminuição da qualidade de vida, ao *stress* quotidiano, ao aumento de dificuldades funcionais e de incidência de doenças, bem como a ocorrência de morte em caso de períodos curtos de doença. Ao tema da redução das redes sociais também se associa a solidão, interligado a este conceito está o isolamento e o viver só (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Com base em Neri (2008) as **redes de suporte social** são “conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber” (p.172). De acordo com esta autora, as redes sociais de suporte social do idoso podem ser classificadas em formais e informais. Segundo Martins (2005) a **rede de apoio formal** é constituída pelos serviços estatais, como a Segurança Social e pelos organismos do poder local (Lares, Centros de Dia), quanto à **rede de apoio informal**: inclui a família, os amigos e os vizinhos.

A rede social de apoio do idoso tende a variar em número e na sua composição ao longo do ciclo vital (Rodrigues, 2009), pelo que é necessário reorganizar as redes de apoio, nomeadamente informal, de modo a permitir manter a independência e a participação social, pois a sua existência consiste num dado essencial para o indivíduo de modo a assegurar autonomia, a saúde mental, satisfação com a vida e principalmente um envelhecimento ótimo (Paúl, 2005a). No centro destas redes encontram-se as redes familiares e as redes de amigos, sendo a primeira de carácter não voluntário, enquanto a

segunda de escolha voluntária (Litwak, 1981, como citado em Paúl, 2005b), tendo os seus efeitos na qualidade de vida dos idosos mais positivos do que na primeira. Assim, as redes primárias familiares no caso das pessoas idosas tornam-se mais relevantes, aquando ocorre o declínio funcional e o da sua autonomia (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011).

Seguindo esta linha de pensamento, é importante referir alguns conceitos importantes inseridos nesta temática: **Rede social** caracteriza-se pelas relações sociais e pelas suas características, refere-se à forma como as relações estruturam os comportamentos e como se apresentam em cada circunstância específica, caracteriza-se pela integração social (Martins, 2005); **Rede de suporte** é a que visa ajudar a pessoa em situação concreta (Martins, 2005), onde abrange empatia, carinho e confiança (Cohen, 2004); **Apoio social** refere-se ao tipo de ajuda que se recebe da rede social (Sequeira, 2010), de modo a capacitar o indivíduo como lidar com o stress (Cohen, 2004). O tipo de apoio pode ser diferenciado em três tipos de recursos: instrumental, informático e emocional (House & Kahn, 1985, como citado em Cohen, 2004). O apoio instrumental refere-se ao fornecimento de ajuda material; o apoio informático diz respeito à prestação de informações destinadas ao indivíduo como forma de lidar com dificuldades ou como orientação para lidar com os problemas (Cohen, 2004); o apoio emocional consiste na empatia, confiança e no fornecimento de oportunidades para expressão emocional e ventilação (*Idem*, 2004). A Interação social caracteriza-se pela frequência e duração de contactos que se estabelecem na rede social (Sequeira, 2010).

De acordo com Rowe e Kahn (1998) há um conjunto de investigações que mostram que o apoio social é uma chave determinante no processo de envelhecimento bem-sucedido. As redes pessoais, no processo de envelhecimento, desempenham um papel protetor no sentido de evitar e permitir “*amortecer*” o stress associado ao envelhecimento (Paúl, 2005b), podendo fornecer recursos psicológicos e matérias necessários para o indivíduo lidar como o stress (Cohen, 2004).

Vários estudos referem uma associação entre a rede social de apoio e o estado de saúde tanto a nível físico como mental do indivíduo (Fiori, Antonucci & Cortina, 2006). Tendo em conta a importância do suporte social neste grupo etário, e tendo como finalidade assegurar o bem-estar e a qualidade de vida de cada idoso, Paúl, (2005b) refere que a investigação deverá incidir mais nos efeitos das redes de suporte social, na saúde, mortalidade, mas também no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida.

Cohen (2004) refere que as relações sociais podem ter variados efeitos na saúde. Este autor, refere que as diferentes relações sociais podem envolver vários graus de suporte social, integração social e integração negativa. No entanto, nem sempre as relações sociais constituem uma fonte de suporte, por vezes afetam negativamente o indivíduo quando lhe provoca sentimentos que enfraquecem o seu autoconceito o que posteriormente conduz a uma redução do seu bem-estar, à doença e à incapacidade, e conseqüentemente pode interferir com a qualidade do relacionamento social, dificultando ou impedindo a reciprocidade do suporte e os laços (Fonseca, 2006).

Com base no modelo do comboio (sobre o qual nos debruçaremos mais adiante), sabemos que o indivíduo encontra-se inserido numa rede de pessoas, na qual a sua composição e a qualidade da rede é formada ao longo do tempo, tendo em conta aos fatores pessoais (idade, género e personalidade) e situacionais (expetativas de papel, recursos) (Antonucci, 2001, como citado em Friori, Antonucci & Cortina, 2006). Carstensen *et al.*, (2011) refere que a experiência emocional na idade adulta melhora, porque as pessoas investem em questões mais importantes o que pode provocar experiências emocionais mais enriquecedoras e complexas, como a gratidão e a felicidade. Por outro lado, a mesma autora refere que os idosos apresentam maior bem-estar quando comparados com os adultos mais jovens.

Neri (2008) refere que apesar da diminuição da rede de relações sociais e do suporte social no envelhecimento, a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos para determinar a satisfação com a vida, as relações sociais, bem como a saúde física e mental. A quantidade e a qualidade dos relacionamentos mantidos são determinadas em função da história anterior da integração social. Neste sentido, os relacionamentos entre idosos são bastante benéficos, porque são de livre escolha e por norma mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos, pois compartilham diversas experiências de vida, valores, significados e também porque possuem necessidades idênticas (Neri, 2008). A relação que se estabelece entre as pessoas que trocam apoio social costuma ser hierarquizada sendo umas mais íntimas que as outras (Rodrigues & Silva, 2013), o que lhes confere características distintas na rede.

As relações sociais por natureza são dinâmicas e variam de pessoa para pessoa, de situação para situação e tendo em conta ao tipo de interação. Segundo Capitanini (2000)

o grau de significado da rede de relações relaciona-se com a avaliação que o indivíduo faz em relação à natureza da sua relação e ao grau em que elas respondem às suas necessidades. Na avaliação inserem-se critérios de quantidade de pessoas que estão inseridas na rede, o tipo de interação que proporcionam e grau desejabilidade dos relacionamentos e das interações. Em momento de transição do ciclo, as relações sociais significativas são importantes porque oferecem ao indivíduo segurança, proteção e várias formas de suporte social, como a proteção, acompanhamento económico, social, físico e emocional (Capitanini, 2000).

Tendo em conta os estudos, o apoio social contribui para a proteção contra a incapacidade funcional e cognitiva dos idosos (Brito & Pavarini, 2012), assim, o apoio social assume-se como promotor de assistência e de ajuda onde facilita a sobrevivência do indivíduo (Martins, 2005), permitindo manter o idoso autónomo e independente no seu contexto quer familiar quer sociocultural (Brito & Pavarini, 2012). Este apoio é desempenhado por grupos ou pessoas significativas para os indivíduos em determinada situação de vida (Martins, 2005). Os contactos com os amigos têm um maior impacto no bem-estar do indivíduo do que os membros da família (Capitanini, 2000).

O apoio social torna-se essencial na vida das pessoas, uma vez que tem um efeito direto no bem-estar e fomenta a saúde, ou seja, quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico e quanto menor for o apoio social maior será a incidência de doença e stress associado ao envelhecimento. O apoio social para além de prestar auxílio nas perdas e limitações resultantes do envelhecimento, nos idosos institucionalizados ajuda nos problemas resultantes da institucionalização (Rodrigues & Silva, 2013).

Quanto à rede social em termos de género, de acordo com Capitanini (2000) como (citado em Nogueira *et al.*, 2009) as mulheres têm mais relações sociais do que os homens, porque demonstram mais habilidades pessoais, sendo mais calorosas, mais facilidade de estabelecer relações de intimidade e serem mais chegadas à família. As mulheres transmitem mais apoio, maior contacto com os membros da sua rede, (Antonucci, 1985, 1990, como citado em Fiori, Antonucci & Cortina, 2006), e independentemente da idade, apresentam um maior número de pessoas na sua rede e os contactos estabelecidos são mais diretos que os dos homens (Nogueira *et al.*, 2009).

## 2.2. Teorias Sociológicas do Envelhecimento

No âmbito do envelhecimento foram formuladas diversas teorias que explicam a especificidade da vida social do adulto e do idoso: as duas teorias mais clássicas da Gerontologia são a Teoria do Afastamento/ Desvinculação e a da Atividade (Doll *et al.*, 2007). A teoria do Afastamento afirma que o isolamento é um acontecimento normal da velhice (Domingues *et al.*, 2012). Estas duas teorias explicam como ocorrem as relações sociais na velhice, no entanto, é importante realçar que cada pessoa tem um processo de envelhecimento diferente, tendo em conta a cultura, o contexto social, político e as experiências individuais que o indivíduo experiencia ao longo da vida (Nogueira *et al.*, 2009). Estas duas teorias baseiam-se em normas sociais que estabelecem um consentimento recíproco entre os idosos e a sociedade, a nível da restrição de papéis e oportunidades para as pessoas mais velhas (Neri, 2008). Porém, são apresentadas mais teorias que ajudam a perceber o que ocorre no processo de envelhecimento. As teorias seguidamente apresentadas contribuem para compreender como o indivíduo se adapta ao estado de idoso e explicam a forma como ocorre o seu processo.

### 2.2.1- Teoria da Atividade

A teoria da Atividade foi desenvolvida por Havighurts & Albrecht (1953, citado em Neri, 2008) e refere que quanto maior for o envolvimento dos idosos em atividades maior é a sua satisfação, assim como uma melhor saúde física e mental, o autoconceito e a aceitação social. Segundo esta teoria o indivíduo ao envelhecer depara-se com mudanças relacionadas com condições anatómicas, psicológicas e de saúde normais dessa etapa da vida, no entanto as necessidades psicológicas e sociais permanecem as mesmas que antes (Siqueira, 2001).

O foco da teoria é a substituição de papéis por atividades desenvolvidas pelos idosos, referindo nomeadamente que as atividades informais têm um maior impacto na satisfação com a vida, do que as atividades formais especialmente as que são desenvolvidas com os amigos (Doll *et al.*, 2007). Com as alterações no contacto com o mundo externo, derivadas das normas de afastamentos dos idosos do cenário social (Neri, 2008), os idosos deparam-se com dificuldades em satisfazer as suas necessidades (Siqueira, 2001). Os idosos bem-sucedidos são aqueles que envelhecem permanecendo ativos e que através da atividade conseguem enfrentar o desengajamento social (Neri,



2008). Antes de falar do que é desengajamento Social, é importante referir que o desengajamento, consiste num: “ *processo inevitável durante o processo no qual muitas das relações entre uma pessoa e os outros membros da sociedade são rompidas e aquelas que permanecem são modificados qualitativamente*”( Damianopoulos, 1961, p. 211, tradução Johannes Doll, como citado em Doll *et al.*, 2007, p. 15). Quanto ao Desengajamento Social, consiste numa teoria que explica o afastamento que ocorre entre os idosos e a sociedade, que será apresentada na seguinte teoria. A ênfase desta teoria incide em ocultar a diversidade dos indivíduos no processo de envelhecimento, sendo que na sua heterogeneidade podem existir pessoas que preferem um envelhecimento menos ativo ou aquelas que não tem condições saudáveis para a realização de tarefas que ocupam o seu tempo (Doll *et al.*, 2007). O aumento da atividade não aumenta apenas a satisfação do indivíduo, também cria uma relação recíproca entre as variáveis, ou seja, existe uma relação vice-versa (Neri, 2008).

Em síntese, esta teoria parte do pressuposto de que o envelhecimento bem-sucedido significa a manutenção do maior tempo possível das atividades na meia-idade, sendo estas, quando necessário substituídas (Doll *et al.*, 2007). Além disso, Havighurst (1961, citado em Doll *et al.*, 2006) realça a importância da imagem social da velhice na sociedade, da satisfação dos idosos com as suas atividades e com as suas vidas.

### 2.2.2. Teoria do Afastamento/Desvinculação/ Desengajamento Social

Cummings e Henry (1961, citado em Doll *et al.*, 2007), desenvolveram esta teoria, que representa a primeira tentativa compreensiva, explícita e multidisciplinar de explicar o processo de envelhecimento tendo em conta as mudanças nas relações entre o indivíduo e a sociedade. A teoria é desenvolvida a partir do senso comum, segundo a qual as pessoas idosas estão menos envolvidas na vida ao redor do que quando elas eram mais jovens.

Esta teoria enfatiza o afastamento universal, inevitável, como sendo um processo mutuamente consentido pelos idosos e pela sociedade (Neri, 2008), sendo assim funcional para ambas as partes, uma vez que permite à sociedade abrir portas às pessoas mais jovens e ao mesmo tempo preparar os idosos para esse afastamento (Siqueira,

2001). O afastamento dos idosos da sociedade é visto como normal, esperado e consentido pelas pessoas e instituições sociais. O afastamento ocorre em vários domínios da vida (ex: vida familiar, profissão) e não em todos, o que torna esse processo de envelhecimento multidimensional e multidirecional, como é descrito no paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (Life Span) ( Neri, 2008). Quando o processo de envelhecimento se der por completo, ocorrerá um distanciamento entre o indivíduo e a sociedade, uma diminuição das relações sociais e uma modificação no tipo de relacionamentos. Cumming e Henry (1961, citado em Doll *et al*, 2007) nesse sentido formulam três tipos de mudanças que devem orientar a pesquisa empírica:

- 1) As mudanças que ocorrem na quantidade de contactos devem ser observáveis (número de contactos, número de pessoas);
- 2) Verificar as mudanças na qualidade dos contactos, no estilo e padrão de interações entre os indivíduos;
- 3) Observar mudanças na personalidade do indivíduo, provocando a mudança no envolvimento com o outro e se preocupar com ele mesmo.

Apesar de este processo ser pensado de forma universal, de acordo com Cumming e Henry (1961, citado em Doll *et al.*, 2007) existe diferenças entre homens e mulheres, porque o papel que ambos exercem na sociedade são diferentes, com regras e critérios de desempenho diferentes. De acordo com estes autores, o papel dos homens centra-se a nível instrumental, trabalhar fora de casa, exige habilitações mecânicas e conhecimentos técnicos e se ausenta de casa. É aquele que traz sustentabilidade económica à família, articulando com a sociedade através da sua profissão. Já a mulher, encontra-se associada ao lado social, ou seja, criar um ambiente livre de tensões, transmitir normas e valores que regem a sociedade, de modo a manter a integridade da família.

Este afastamento permite à sociedade a entrada de pessoas mais jovens e mais eficientes permitindo assim a estabilidade social, enquanto a retirada dos idosos à vida privada permite a estes preparem-se para a morte. Porém, segundo esta teoria, este afastamento pode provocar nos idosos um ressentimento, desgosto e depressão à perda de *status* e papéis. Para colmatar essas circunstâncias, a substituição de papéis e o envolvimento em atividades é essencial, sendo um dos ideias centrais da teoria da atividade, que é outro pilar da Gerontologia (Neri, 2008).

As instituições sociais dispõem de condições para que os idosos saiam do sistema e ao mesmo tempo, eles vão se afastando de forma mais ou menos voluntária (Neri, 2008). Apesar do processo de afastamento dos idosos ser visto como universal, estes autores referem que existe diferença entre homens e mulheres, uma vez que o papel desempenhado por ambos é diferente na sociedade. Segundo Siqueira (2001), todo o sistema social necessita de promover o afastamento dos seus idosos, para manter o equilíbrio. A noção de que o afastamento é seletivo, e que consiste numa forma adaptativa de responder as necessidades internas, originou a teoria Seletividade Socio-emocional (Neri, 2008).

### 2.2.3- Teoria da Seletividade Socio-emocional

A teoria da Seletividade Socio-emocional desenvolvida por Laura Carstensen (1991, citado em Neri, 2006) é derivada da teoria SOC (Seleção, Otimização e Compensação) e explica o declínio que ocorre nas interações sociais e a mudanças nos comportamentos emocionais dos idosos. O declínio cognitivo e físico no envelhecimento e a manutenção ou melhoria do bem-estar é referido como “paradoxo do envelhecimento”, porém, a teoria da seletividade socio-emocional oferece uma explicação baseada na motivação (Carstensen *et al.*, 2006).

Esta teoria contrapõe-se às teorias anteriores por observações empíricas, referindo que a redução da amplitude das relações sociais e a restrição da participação social na velhice não acontecem pelo facto de os idosos serem afastados pela sociedade, mas sim, porque estes se envolvem num processo de seleção das relações sociais significativas e de investimentos que envolvam relações de proximidade (Neri, 2008). A tal redução em ambas as componentes na velhice reflete a redistribuição de recursos socio-emocionais tendo em conta a perspectiva de tempo futuro (Neri, 2006). A teoria refere que quando as pessoas idosas percebem que têm menos tempo (Carstensen *et al.*, 2011) elas são motivadas a procurar a satisfação emocional (Carstensen *et al.*, 2006). Assim começam por investir no que é mais importante, nomeadamente em relacionamentos que lhes proporcionem uma maior satisfação (Carstensen *et al.*, 2011).

Para tal, procuram assim selecionar metas, parceiros e formas de interação, visto que possibilita otimizar os recursos de que dispõem (Neri, 2006). Ao contrário do que

acontece nos mais jovens, cujos objetivos consistem em ampliar a rede de relações e ir em busca de informações e de *status* (Neri, 2006). Ou seja, com o passar da idade, a interação social tende a ser incentivada pela regulação da emoção e cada menos motivada pela possibilidade de obtenção de informação ou correspondência das necessidades de afiliação com parceiros sociais desconhecidos (Nogueira *et al.*, 2009).

Carstensen *et al.*, (2011) refere que a experiência emocional melhora com idade, no entanto, segundo o contexto oferecido por esta teoria, a melhoria do bem-estar na velhice não significa que a vida emocional das pessoas seja mais feliz. Em vez disso, tendo em conta o tempo limitado, os investimentos em atividades mais significativas, provoca experiências emocionais complexas, tais como gratidão, felicidade e tristeza (Carstensen *et al.*, 2011). No entanto, as emoções passam a ser vivenciadas e demonstradas pelos idosos com menos intensidade, e estes a ter menor capacidade de descodificação de expressões, no entanto, são consideradas compatíveis com os recursos biológicos dos idosos (Neri, 2006).

Segundo Carstensen (como citado em Neri, 2006), essas alterações são de natureza adaptativa porque permitem aos idosos poupar recursos, canaliza-los para alvos importantes, pois assim permite otimizar o funcionamento afetivo e social. Neste sentido, esta teoria é de natureza *Life Span*, “na medida em que considera que a adaptação é delimitada pelo tempo e pelo espaço e que a fase do desenvolvimento vivido pela pessoa é um importante contexto ao qual ela deve se adaptar” (p.23).

A teoria de Kahn e Antonucci (1980, como citado em Neri, 2008) denominada **comboio social/ Convoy model** complementa a anterior, fundamentada na teoria de ligação afetiva de Bowlby. O termo “*comboio*” foi usado pela primeira vez por David Plath em 1980 e é usado para descrever as relações de aproximação que rodeiam um indivíduo e, perante condições normais, providenciam uma base protegida e segura para a exploração do desenvolvimento pessoal (Antonucci, Birditt, Akiyama, 2009). Segundo este modelo, o comboio é moldado por características pessoais, como: idade, sexo, raça e personalidade; e situacionais como: papel social, expectativas, normas e exigências que influenciam o apoio das relações presenciadas pelo indivíduo (Antonucci,

Birditt, Akiyama, 2009). Estas características do comboio são normalmente enunciadas como uma estrutura em rede ou rede social, que visa “*descrever os membros da sua rede pelas suas características estruturais (ex: o número de pessoas dentro ou a*

*dimensão da rede; a sua idade, sexo, e a relação para com o indivíduo alvo, o número de anos que se conhecem, a proximidade a nível geográfico e a frequência com que se relacionam)*” (Antonucci, Birditt, Akiyama, 2009, p.248). A rede ou estrutura evidenciam os aspetos mais subjetivos das relações que se podem desenvolver, assim sendo, as grandes redes mostram que existem muitas pessoas que podem fornecer apoio. No entanto, o facto de ter um grande número de pessoas na rede, que à partida devem fornecer o tal apoio, não quer dizer que o façam (Antonucci, Birditt, Akiyama, 2009).

O modelo de Convoy Model/ Comboio Social providência uma base teórica onde se refere que ao longo da vida o indivíduo tende a selecionar, investir e a sedimentar um grupo restrito e significativo de relações sociais, que por norma pertencem à mesma coorte (Neri, 2008) e pretende perceber qual a sua influência na saúde e bem-estar (Antonucci, Birditt, Akiyama, 2009). Ao longo da vida, estas pessoas exercem funções, como ajudar a desenvolver a identidade, a interpretar acontecimentos do curso de vida e a proporcionar sentimentos de bem-estar (Neri, 2008). Embora os comboios por norma se apresentem estáveis, a sua composição pode mudar (Papalia *et al.*, 2006), sendo que alguns membros permanecem durante todo o curso de vida, outros se afastam e outros saem (Erbolato, 2002; como citado em Domingues *et al.*, 2012). Pois, varia consoante o seu grau de importância, sendo que as relações podem ser hierarquizadas (Nogueira *et al.*, 2009).

Porém, apesar do modelo comboio social/ Convoy Model referir que todas as pessoas precisam de relações, ele não refere que todos precisam da mesma quantia ou do mesmo tipo de apoio (Antonucci, Birditt, Akiyama, 2009). Kahn e Antonucci (1980, como citado em Antonucci, Birditt, Akiyama, 2009) referem três tipos de apoio social: ajuda, afeto e afirmação. Ajuda consiste na assistência tangível, que pode ser ajuda em dinheiro, ou cuidados de saúde, ou menos tangível como informação ou conselhos. Afeto refere-se ao apoio emocional e pode ser transmitido apenas a pessoas próximas ou significantes, como transmissão de amor e prestação de cuidado ao companheiro, crianças ou parentes, ou pode ser transmitido através de outro tipo de afeto, como carinho ou afeto a um amigo chegado ou a um familiar afastado.

## 2.2.4-Teoria da Modernização

Tendo em conta o senso comum, as pessoas idosas são resistentes à inovação e à modernidade e num mundo moderno, marcado pela mudança e pela tecnologia, o idoso ganha uma conotação de antigo e ultrapassado (Doll *et al.*, 2007). A Teoria da Modernização ao contrário das outras teorias trabalha com a imagem do idoso e com as representações que a influenciam (Doll *et al.*, 2007).

Segundo Siqueira (2001) esta teoria é baseada no estruturalismo funcional sendo apresentada por Cowgill e Holmes em 1972 e revista por Cowgill em 1974, na qual descreve a relação entre a modernização e as mudanças nos papéis sociais e no *status* das pessoas idosas. O conceito de modernização, neste contexto, refere-se ao processo de industrialização que levou às mudanças estruturais na sociedade, tendo em particular atenção o contexto histórico e cultural. Deste modo, o argumento central desta teoria refere que o *status* dos idosos está relacionado com o nível da industrialização da sociedade, sendo que nas sociedades pré-industriais, os idosos possuíam alto *status*, enquanto nas sociedades industrializadas, a tendência é para a perda de status (Siqueira, 2001).

De acordo com Siqueira (2001), evidenciam-se quatro aspetos que interferem nas condições das pessoas idosas numa sociedade em processo de modernização: 1) Tecnologia científica aplicada à produção económica, refere-se à criação de novas ocupações em contextos urbanos, com conhecimentos e aptidões referentes às pessoas mais velhas. No entanto, a falta de oportunidade de recapacitação origina a reforma precoce, a perda de rendimentos que posteriormente leva às conseqüentes mudanças nos papéis familiares e comunitários; 2) Urbanização, refere-se à separação do trabalho doméstico e à distância geográfica entre os jovens migrantes e as suas famílias, provocando mudanças nas relações intergeracionais. A segregação residencial entre as gerações enfraquece os laços familiares, que por sua vez provoca o aumento da distância entre gerações, contribuindo para a redução do *status* das pessoas idosas; 3) Alfabetização e educação intensiva, consiste em que os jovens são mais capacitados do que os mais velhos, causando mudanças em papéis sociais, passando assim os jovens a ocupar posições anteriormente desempenhadas pelas pessoas mais velhas. Estas alterações fazem com que a distância se amplie entre gerações, causando a segregação

intelectual dos idosos; e 4) Tecnologia da Saúde, consiste em ações de saúde preventiva, que visa a melhoria dos níveis de nutrição e novas tecnologias curativas e de reabilitação. Estas ações permitem alterar a estrutura demográfica das sociedades através da diminuição da taxa de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida. Esta teoria alega que as mudanças referidas permitem levar a uma competição intergeracional pelos empregos.

De acordo Cowgill (1986, citado em Doll *et al.*, 2007) as pessoas idosas consideram a família como uma referência importante na sociedade. A autora desta teoria refere que existem diferenças na estrutura familiar nas sociedades modernas que por norma não cortam o vínculo entre as gerações existentes, quando o idoso não vive junto dos familiares, vive perto deles, o que permite manter autonomia e manter contato. Mesmo assim, nas famílias patriarcais, onde os idosos continuam a viver no mesmo domicílio com os mais novos, os idosos normalmente têm uma posição de maior poder. Cowgill (1986, como citado em Doll *et al.*, 2007) acrescenta que as relações familiares têm um papel importante na satisfação de vida dos idosos, tanto os contatos com as gerações mais novas, como com as relações dos idosos com os membros da mesma geração ou com familiares. Outra área que Cowgill (1986, como citado em Doll *et al.*, 2007) analisa refere-se ao sistema económico e aos papéis económicos dos idosos.

Nas sociedades pré-industriais, os idosos continuavam a exercer as suas atividades económicas, mesmo quando ocorria uma mudança devido a diminuição da capacidade física. Já nas sociedades industrializadas, se insere a idade da reforma que se rege pela idade cronológica do individuo, tratando-se assim de uma transferência do suporte dos idosos que antes era desempenhada pela família e agora passa para a esfera pública. Em quase todas as sociedades, as pessoas preparam a sobrevivência na velhice, Cowgill (1986, como citado em Doll *et al.*, 2007) nota três padrões em relação ao desenvolvimento das atividades no curso de vida: primeiro existe uma expectativa grande de chegar à velhice como sendo uma pessoa reconhecida e respeitada; o segundo padrão refere-se à expectativa de continuar a manter as suas principais atividades e o terceiro padrão refere que nas sociedades industrializadas a partir de uma determinada idade a reforma encontra-se implementada (Doll *et al.*, 2007).

## 2.2.5-Teoria do Curso de vida

A presente teoria trata-se de uma concepção teórica que se baseia na interação pessoa/ ambiente e nas mudanças que ocorrem com a idade e acontecimentos de vida. A perspectiva do curso de vida, emergiu das várias correntes teórica e empíricas de pesquisa relacionadas com a mudança de comportamento na estrutura social e individual (Elder & Giele, 2009).

Na década de 1960, a perspectiva e modelo do curso de vida começou a mudar quando começou a ser favorável ao desenvolvimento dos estudos longitudinais, e ocasionou o surgimento de novas questões científicas que fez com que origina-se um consenso em torno das diferenças que separam a perspectiva *Life Span* e *Life Course*, dando especificidade e autonomia à última (Nico, 2011). Esta transição conceitual coincide com a publicação de *Children of the Great Depression* (Elder de 1974, 1999), que marcou a nova etapa de novos trabalhos no âmbito do Curso de Vida (Elder, 2001). Desde então, a pesquisa no âmbito da perspectiva *Life Course* tem vindo a aumentar, e tem-se desenvolvido e consolidado muito rapidamente enquanto perspectiva metodológica (Giele e Elder, 1998, citado em Nico, 2011).

Dos estudos longitudinais no início dos anos 1960, Elder encontrou novas formas de pensar sobre a mudança social, as transições de vida, trajetórias como modelos de continuidade e mudança de comportamentos (Elder & Giele, 2009). O estudo das pessoas levantou questões de como as mudanças na sociedade proporcionam uma mudança na sua trajetória de vida (Elder, 2001). Os múltiplos caminhos que o indivíduo escolhe influencia-o na sua trajetória de vida, como “*transitions, such as entry into first grade and graduation, are part of life trajectory that gives them meaning*” (Elder & Giele, 2009, p.8).

A partir dos resultados do trabalho sobre *Children of the Great Depression* (1994, 1998<sup>a</sup>), Elder identificou quatro fatores da *Life Course* e do desenvolvimento humano que são influenciados por: localização histórica e geográfica, laços sociais com outros, agência humana na construção do curso de vida e as variações no tempo dos eventos e papéis sociais. Cada elemento aplica-se ao longo da vida, aliado ao princípio do desenvolvimento e envelhecimento humano de vida que se desenvolvem ao longo da vida (Elder & Giele, 2009). Segundo esta teoria, os primeiros anos da infância são importantes para a



compreensão, adaptações sociais nos anos mais tarde, e não somente na adolescente e início da vida adulta Elder & Giele, 2009).

A perspectiva *Life Course* centra-se na identificação da diversidade de ordem, ritmos, sobreposição dos eventos demográficos ao longo da vida e entre faixas etárias. O tempo nesta perspectiva é o mais importante, sendo comum aos princípios orientadores desta perspectiva. Na análise desta perspectiva estão envolvidos três tempos: individual, social e histórico (Nico, 2011).

O tempo individual consiste no desenvolvimento cronológico enquanto estado de envelhecimento do indivíduo que é influenciado por papéis sociais, direitos e deveres na sociedade (Elder, 1975, 1965, 1994, como citado em Nico, 2011).

O tempo social refere-se ao calendário de vida contagiado pelos sistemas de valores etários e sociais em que se insere uma determinada ação humana (Elder, 1975, como citado em Nico, 2011).

E por último, o tempo histórico refere-se aos contextos históricos específicos e às mudanças sociais ao nível de políticas económicas, militares ou tecnológicas, no qual os dois tempos anteriores ocorrem, ou seja, onde o tempo individual e social se situa (Elder, 1975, como citado em Nico, 2011), marcado por acontecimentos à escala mundial.

Os princípios orientadores desta perspectiva seguem a seguinte explicação: 1) Localização histórica e geográfica: este princípio refere que as biografias das pessoas se inserem numa comunidade e época histórica. Esta perspectiva dá relevância ao significado histórico de idade enquanto ano de nascimento, na medida em que as pessoas que nascem num determinado ano têm uma experiência histórica particular e um leque de oportunidades de vida que depende igualmente da sua localização geográfica (Elder & Giele, 2009). A vida é assim marcada pelo tempo e pelo espaço, a combinação destas coordenadas fabrica ou mantém as condições desiguais de acesso à estrutura de oportunidades e constrangimentos de ação que condicionam o *timing* das transições e eventos (Elder & Giele, 2009); 2) Laços Sociais/ Vínculos Sociais (Integração Social): este princípio refere que a vida de uma pessoa está sempre interligada com a vida de outras pessoas. No entanto, as vidas mudam como as relações e os papéis sociais. Nesta teoria o conceito de ciclo de vida foca-se nas relações intergeracionais e na sequência de acontecimentos que vai desde o nascimento da criança até a sua fase fértil. Deste modo, segue-se uma sequência: casamento, gravidez e sobrevivência na velhice, padrão típico

da sociedade contemporânea. Os processos do ciclo de vida nas relações intergeracionais e as reproduções retratam domínios importantes nos laços sociais com outras pessoas, na forma de estabelecer a socialização, controle na canalização de ações e decisões individuais.

Em suma, a teoria curso de vida (*Life-Course*) trata-se de uma concepção teórica que trata de investigar o desenvolvimento dos indivíduos dentro do contexto social. Esta perspectiva deixa de considerar as características da velhice próprias dessa fase, e entende-as como resultante dos períodos de vida anteriores, ou seja, pretende compreender o comportamento em função do contexto individual e social, nomeadamente desde o início da fase adulta. A teoria estuda o indivíduo inserido nas diferentes fases de vida e com os momentos de transição (escola, início da vida laboral, filhos, reforma), e como a passagem por vários papéis sociais pode condicionar as trajetórias dos indivíduos ou desencadear implicações para o seu desenvolvimento. Esta teoria vê o envelhecimento como sendo dinâmico, sendo influenciado pela idade, trajetórias de vida, contexto e a história que molda o processo de envelhecimento a nível individual, grupal ou social.

## **CAPÍTULO II-MÉTODO**

---



## 1. Metodologia do estudo

Este segundo capítulo descreve toda a metodologia de estudo, ou seja, as etapas inerentes ao projeto de investigação. Primeiramente, refere o objetivo de estudo e as questões de investigação. Seguidamente apresenta as características do estudo: amostra, procedimentos e instrumentos de recolha. Este capítulo permite compreender as etapas e procedimentos adotados no decurso do processo da elaboração do trabalho.

### 1.1. Objetivos do estudo

O objetivo geral deste estudo, visa descrever a relação entre a funcionalidade na atividade diária e a Rede Social, numa amostra de idosos da Terceira e Quarta Idade frequentadores de UNAGUI - Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães de Centros de Dia.

De forma mais detalhada, tendo em conta a problemática em estudo, traçou-se o seguinte objetivo de estudo e as respetivas questões de investigação:

*Objetivo específico:* Descrever a relação existente entre a funcionalidade na vida diária (atividades básicas e atividades instrumentais) e rede social da população frequentadora de Universidade Sénior e Centros de Dia da região de Guimarães.

*Elaboramos as seguintes questões de Investigação:*

- 1-Quais são os níveis de funcionalidade/autonomia dos indivíduos estudados?
- 2-Será que a idade está relacionada com uma perda de funcionalidade?
- 3-Como se caracterizam as redes de relações sociais dos seniores estudados?
- 4-Haverá diminuição da rede de relações sociais com a idade?
- 5-Qual o tipo de apoios que têm os seniores observados?
- 6-O nível de funcionalidade está relacionado com o envolvimento social?

## 1.2. Tipo de estudo

Atendendo à questão de investigação enunciada e aos conhecimentos do problema a investigar, conceptualizou-se um estudo de enfoque predominantemente quantitativo. *“O enfoque quantitativo utiliza a coleta e a análise de dados para responder às questões de pesquisa (...), e confia na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população”* (Sampieri, Collado & Lucio, 2006, p.5). No que se refere aos objetivos deste estudo, consideramos que se trata de um estudo descritivo pois pretendemos descrever detalhadamente a funcionalidade, a rede de apoios dos seniores e a relação entre os níveis de funcionalidade na vida diária e a rede social dos idosos estudados.

De acordo com o presente estudo de investigação as variáveis consideradas são de atributo e de investigação decorrem da revisão da literatura realizada no âmbito.

As variáveis atributo são:

- ✓ Idade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Estado civil;
- ✓ Escolaridade;
- ✓ Rendimentos.

As variáveis de investigação são relativas:

- ✓ À funcionalidade;
- ✓ À rede social.

### 1.3. Local de recolha da amostra

Tendo em conta que o estudo pretende estudar a relação entre a funcionalidade na vida diária a rede social na velhice, escolheu-se duas áreas de recolha: Centro de dia e Universidade Sénior. Esta escolha foi efetuada tendo em conta que se trata de dois tipos de locais onde habitualmente se encontram seniores com diferentes características sociais e de funcionalidade. Mas antes de caracterizar cada instituição onde foi recolhida a amostra, será efetuada uma breve caracterização do que se entende por Universidade Sénior e por Centro de Dia.

Universidade Sénior:

As Universidades da Terceira Idade (UTI) ou Universidade Sénior constituem-se, em Portugal como uma *“resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, educacionais, culturais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As atividades educativas realizadas são em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida”* (Jacob, 2012, p.16). As Universidades Seniores como movimento específico de ensino para os seniores surgiram em França em 1972, na Universidade de Toulouse por Dr. Pierre Vellas. Este elaborou pesquisas sobre programas de estudo relacionadas com o envelhecimento em universidades europeias e americanas, trabalhos de organizações internacionais e políticas desenvolvidas nos países mais desenvolvidos. Após a pesquisa e realizado visitas a hospitais e lares de idosos, percebeu que as oportunidades oferecidas eram quase inexistentes e percebeu que as universidades seniores deveriam voltar a atenção aos idosos, proporcionando uma leque de atividade: intelectuais, artistas, físicas e lazer (Jacob, 2012).

A partir de 1975, surgiu uma Associação Internacional de Universidades da Terceira Idade (AIUTA), reconhecida por Organizações Internacionais, como a ONU (Organização das Nações Unidas) a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) (Carvalho &Silva, 2015). Em Portugal a primeira UTI foi criada em 1976 mas é em meados da década de 1990 que aparecem outras entidades análogas e entre 2004 e 2008 foram fundadas mais de 50 universidades em Portugal (Ricardo, 2016).A criação destas instituições visa

melhorar o bem-estar dos idosos, valorizá-los, de modo a recuperar a sua autoestima, com a finalidade de os tornar mais participativos e mais ativos (Gonçalves & Neto, 2013). Assim, as universidades seniores são vistas como uma resposta social, que incide no combate ao isolamento, à exclusão social dos mais velhos, nomeadamente após a entrada na reforma, incentivam a sua participação na sociedade e dão a conhecer os seus direitos e oportunidades e permitem que ocorra uma diminuição do risco de dependência (Jacob, 2013).

As Universidade Seniores (UTIS) enquadradas num modelo de aprendizagem ao longo da vida e com grande visibilidade e sucesso a nível mundial e proporciona um grande leque de atividades culturais e recreativas, científicas e de aprendizagem. As UTIs inserem-se no conceito de formação ao longo da vida (Lifelong Learning) ou formação permanente, uma vez que busca princípios à gerontagogia ou gerontologia educativa (Jacob, 2012).

A dinâmica e o funcionamento das UTI é, normalmente vasto de país para país e até de localidade para localidade (Carvalho & Silva, 2015). Nesse sentido, cada universidade deve decidir a sua linha de atuação e a sua organização. Como refere Jacob (2013), o mais importante é as UTI serem universidades “da” terceira idade e não “para” a terceira idade. Quanto aos seniores, estes dependendo do modelo adotado da organização, podem desempenhar nestas organizações três papéis em simultâneo: alunos, professores e dirigentes.

Centros de Dia:

*“Resposta Social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisam dos serviços prestados pelo Centro de Dia” (www.seg-social).*

*“O Centro de Dia é uma resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção de idosos no seu meio sócio-familiar” (fraterna.org).*

Objetivos:



- 1) Assegura a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador;
- 2) Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- 3) Promover as relações pessoais e entre gerações;
- 4) Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida;
- 5) Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições;
- 6) Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

Instituições inquiridas no estudo:

✓UNAGUI-Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães

A UNAGUI-Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães com sede na Travessa do Padre António Caldas 80, na freguesia da Costa. A UNAGUI, é uma cooperativa de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, tem como objetivo a promoção cultural e a integração social, em particular as pessoas em situação de pós-reforma ou no limiar da Terceira Idade, através de ações de apoio social, de formação e de convívio. Nesta instituição encontram-se inscritos cerca de 200 indivíduos. Em termos de atividades realizadas nesta universidade sénior, esta oferece um grande leque de atividades culturais e recreativas, científicas e de aprendizagem, como se pode verificar no Anexo nº.

✓Centro de Dia: Fraterna-Centro de Comunicação e Solidariedade Social

A Fraterna com sede na Travessa de Vila Verde, pertence à União de freguesias de Oliveira, São Paio e São Sebastião - Guimarães, é uma instituição que intervém no concelho de Guimarães através de políticas sociais ativas que promovam a inclusão das pessoas em risco ou situação de exclusão social. A Fraterna é composta por vários tipos de equipamentos de apoio social. No Departamento de Desenvolvimento Social incluem-

se as seguintes valências: Banco Social, Rendimento Social de Inserção e Gabinete de Consulta Jovem; Centro de Dia, Creche e SAD-Serviço de Apoio ao Domicílio (fraterna.org.).

Na resposta social Centro de Dia, encontram-se inscritos 20 idosos. Em termos de atividades realizadas no centro de dia com os idosos, foram referidas as seguintes: Educação Física, Música, Expressão Dramática, Ateliers de Artesanato, Festas, Passeios, Atividades Socioculturais: Cinema; Conferências; Visitas a museus/ Exposições, Dança, Terapia do Riso e Intercâmbio. A resposta centro de dia, é composta por uma equipa constituída por: 1 Diretora Técnica, 2 Ajudantes de Ação Direta, 1 Professor de Música, 1 Professor de Ginástica, 1 Professor de Dança, 1 Terapeuta do Riso, 1 Nutricionista, 1 Cozinheira, 2 Auxiliares de Cozinha e 1 Gestora hoteleira (fraterna.org.).

#### ✓Centro de Dia Nossa Senhora do Carmo

O Centro de Dia Nossa Senhora do Carmo, com sede na Rua João I, pertence à União de Freguesias de Oliveira, São Paio e São Sebastião-Guimarães, é uma instituição que se destina a prestar auxílio à população envelhecida do concelho. Nesta resposta social, encontram-se inscritos 12 indivíduos. Em termos de atividades realizadas neste centro de dia, foram referidas as seguintes: Ginástica, Canto Coral, Teatro, Piscina, Colónias de Férias, Música (Concertinas) e atividades da época (Dia do Magusto, Dia do pai, Dia da Mãe, entre outras). A resposta centro de dia, é composta por uma equipa constituída por: Direção-Diretora Geral (1 Diretora de Serviços), 1 Diretora Técnica (Assistente Social); 1 Cozinheira, 1 Auxiliar Técnica, 1 Professor de Ginástica, 1 Professor de Música.

#### ✓Centro de Dia Nossa Senhora da Conceição

O Centro de Dia Nossa Senhora da Conceição, com sede na Rua Nossa Senhora da Conceição, nº787, pertence à União de Freguesias de Oliveira, São Paio e São Sebastião de Guimarães, e é uma instituição com caráter de natureza Particular de Solidariedade Social que é composta por várias valências. Esta instituição é composta pelas seguintes

valências: Centro de Dia, Creche e A.T.L- Atividades de Tempos Livres. Nesta resposta social, encontram-se inscritos 20 indivíduos. A resposta Centro de Dia é composta por uma equipa multidisciplinar: Educadora Social, Motorista, Auxiliar, e a Diretora Técnica (Enfermeira). Em termos de atividades realizadas neste centro de dia, foram referidas as seguintes: Ginástica, Jogo de Cartas, Pintura, Desenho, Caminhada, Passeios e Convívio com outras instituições.

#### 1.4. População e amostra

Observando que o estudo pretende estudar a relação entre a funcionalidade na vida diária e rede social na velhice, consideramos:

População alvo: população idosa da região Guimarães.

População acessível: idosos com idade igual ou superior a 65 anos frequentadores da UNAGUI - Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães e dos Centros de Dia da Fraterna, Nossa Sr.<sup>a</sup> do Carmo e Nossa Sr.<sup>a</sup> da Conceição.

No estudo utilizou-se um método de amostragem não probabilístico, de conveniência, sendo a amostra constituída por 54 idosos, com idades igual ou superior a 65 anos. Neste tipo de amostra a participação é voluntária e os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. Trata-se de *“subgrupo da população no qual a escolha dos elementos não depende da probabilidade, e sim das características da pesquisa”* (Sampieri, Collado & Lucio, p.255).

Com base na revisão da literatura estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

##### Critérios de Inclusão

- Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentam a UNAGUI - Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães;
- Idosos que frequentam os Centros de Dia: Fraterna, Nossa Senhora do Carmo e Nossa Senhora da Conceição;

##### Critérios de Exclusão

- Participantes com problemas cognitivos que não conseguiram responder, com liberdade, e plenitude às questões, podendo limitarem a sua participação.

### 1.5. Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta aos objetivos a alcançar no presente estudo, foi fundamental utilizar uma diversidade de instrumentos, cuja seleção se apoiou no facto de serem os mais apropriados para atingir os objetivos propostos. Tendo em conta o tema em estudo, decidiu-se recorrer a instrumentos já existentes e validados que permitem a comparação de resultados, procedendo à análise de fiabilidade dos resultados do estudo.

Deste modo, para recolher a informação foi utilizada a Ficha Sociodemográfica, a qual foi reformulada pela autora com objetivo de recolher informação sobre diversas variáveis, como: 1) aspetos sociodemográficos (ex. idade, sexo, estado civil, escolaridade, rendimentos), 2) dados relativos à sua rede social (ex: quando precisa de ajuda, a quem recorre, que tipo de apoio precisa, recebe amigos em casa), 3) dados relativos à vida autónoma (ex: o que lhe dificulta a sua mobilidade na sua casa, tem dificuldade em deslocar-se fora de casa). Para além do referido questionário foram administrados outros instrumentos: para realizar a avaliação da capacidade funcional foram utilizados dois instrumentos, para avaliar as AVD - o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; adaptação portuguesa de Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e para avaliar as AIVD - o Índice Lawton-Brody (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007; adaptação portuguesa de Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira. A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Quanto à avaliação da rede social foi utilizado a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6 Lubben, 1988; adaptação portuguesa de Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012).

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência funcional do sujeito para a realização de dez ABVD: comer, higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, controlo de Intestinal, controlo vesical deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação <20 pontos corresponde à máxima dependência para todas as AVD avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD avaliadas. Segundo Araújo et al. (2007) a escala

de Barthel é um instrumento válido, fiável e de fácil aplicação para a avaliação da capacidade funcional em contexto clínico.

O Índice Lawton-Brody, consiste numa medida que avalia o nível de independência da pessoa idosa em relação à realização das atividades instrumentais que engloba: tarefas como usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavar a roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, consoante a atribuição de uma pontuação mediante a capacidade do indivíduo avaliado para realizar essas atividades. A pontuação da escala varia de 8 a > 20 pontos, sendo que 8 pontos corresponde a Independente, 9-20 pontos a moderadamente dependente (necessita de certa ajuda) e > 20 pontos a severamente dependente (necessita de muita ajuda) (Araújo, *et al.*, 2008).

Por ultimo, a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) é um instrumento que avalia por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc... (1) *“Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?”*, (2) *“ De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?”* e (3) *“ Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”*. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do respondente. A pontuação total da escala resulta do somatório dos itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8 “ e “ 9 e mais”).

## 1.6. Procedimentos de Recolha de Dados

Numa primeira fase procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica acerca da temática em questão. Com base nesta pesquisa, resultou o enquadramento e a fundamentação que suporta o tema. Posteriormente, foi reformulado o protocolo de investigação com os instrumentos de avaliação que a escolha contempla. Tendo em conta os objetivos da investigação foi reformulado o protocolo, selecionando apenas instrumentos que vão de encontro aos objetivos estabelecidos para este Trabalho-Envelhecimento, Rede Social e Funcionalidade na vida diária: Um estudo nos Centros de Dia e UNAGUI - Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães.

Concluída a fase da elaboração do protocolo, procedeu-se ao pedido formal através de via eletrónica à Direção da Centro de Dia da Fraterna. Aos Centros de Dia Nossa Senhora do Carmo e Nossa Senhora da Conceição, a investigadora dirigiu-se pessoalmente para recolha dos dados e aplicação dos instrumentos, explicando-se a natureza do estudo, o objetivo do estudo, as questões de direitos e privacidade presentes no termo de consentimento lido e assinado por eles, de forma a garantir todas as normas éticas e deontológicas respeitando assim confidencialidade e o sigilo dos dados recolhidos. No caso dos idosos sem escolaridade a investigadora leu-lhes o termo de consentimento livre e estes concordaram em participar no estudo. Quanto à UNAGUI - Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães a investigadora procedeu da mesma forma.

Posteriormente foi realizado um pré-teste no sentido de constatar as possíveis dificuldades encontradas na aplicação dos instrumentos, quer por parte dos entrevistados quer por parte do entrevistador. Aquando da recolha da amostra os participantes foram abordados pessoalmente pela investigadora, onde foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a possibilidade ou não de participar, o tempo de aplicação e o sigilo da sua identidade. Após resposta afirmativa, os instrumentos foram lidos e o preenchimento realizado pela investigadora. A aplicação dos protocolos teve a duração de aproximadamente dois meses (Maio e Junho de 2016), sendo que o tempo de administração médio na Universidade Sénior foi de 15 minutos e nos Centros de Dia 25 minutos. O tempo despendido nos Centros de Dia deveu-se ao facto de os indivíduos demonstrarem mais necessidade de conversar sobre as suas histórias de vida e as suas dificuldades em relação aos indivíduos da UNAGUI - Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães.

No final agradeceu-se a todos os participantes o tempo disponibilizado na participação neste estudo.

## 1.7. Procedimentos de Análise de Dados

Quantos aos dados: sexo, idade, estado civil, rendimentos, profissão, anos de reforma, anos de profissão, entre outros, e ao Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007), Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; adaptação portuguesa de

Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007) e Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS6) foram analisados de modo quantitativo. Os dados quantitativos ao longo da pesquisa foram informaticamente tratados utilizando o SPSS. Este programa foi concebido, essencialmente, para a análise estatísticas em Ciências Sociais e Humanas, no âmbito da metodologia quantitativa. Inicialmente foi criada uma base de dados, posteriormente realizou-se tratamento estatístico, para caracterizar e descrever a amostra utilizou-se a estatística descritiva.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSSs), versão 24, recorrendo a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor mínimo de significância estabelecido foi .05.

Na análise descritiva foram tidos em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) no caso das variáveis contínuas e frequências, absolutas (nº) e relativas (%) no caso das variáveis categoriais.

Na estatística inferencial, foram utilizados coeficientes de correlação para analisar a relações entre as variáveis em estudo: coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ) – utilizado entre duas variáveis contínuas; coeficiente de correlação *ponto bisserial* ( $r_{pb}$ ) – utilizado entre uma variável categorial dicotómica e uma variável contínua; coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r_s$ ) – utilizado entre uma variável categorial não dicotómica e uma variável contínua ou entre duas variáveis categoriais.

Quanto à questão: “Relativamente às atividades da vida diária, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana, desde que se levanta até que se deita”? será analisada de forma qualitativa recorrendo à análise de conteúdo.





## **CAPÍTULO III-CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO ENVOLVENTE**

---



Neste capítulo do trabalho, procede-se a uma breve caracterização do contexto sociodemográfico onde foram recolhidos dados da investigação empírica. A eleição do contexto da amostra da investigação está estreitamente relacionada com a proximidade geográfica da investigadora, de modo a facilitar a deslocação aos diferentes locais de recolha da informação.

## **1. Contextualização geográfica do estudo**

O presente estudo realizou-se na área urbana da cidade de Guimarães, junto da população idosa.

O concelho de Guimarães pertence ao distrito de Braga e corresponde a uma NUT (Unidades Territoriais para Fins Estatísticos) de ordem III do Ave com uma área total de 242,32 km<sup>2</sup>, com 159 576 habitantes de acordo com os Censos 2011. Encontra-se situada a Noroeste de Portugal, aproximadamente, 350 Km da sua capital, Lisboa e cerca de 50km da cidade do Porto. Esta NUT III era constituída por 69 freguesias e com o agrupamento de freguesias passou a 48 em 2013 com a Reorganização Administrativa do Território das Freguesias (Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro). Este concelho localiza-se na sub-região do Vale do Ave, integrando a região litoral a norte do país e tem por limites a norte e noroeste os concelhos de Póvoa de Lanhoso e Braga, a sudoeste Santo Tirso, Felgueiras e Vizela, a nascente o concelho de Fafe e a poente Vila Nova de Famalicão.

O Concelho de Guimarães subdivide-se nas seguintes 48 freguesias:

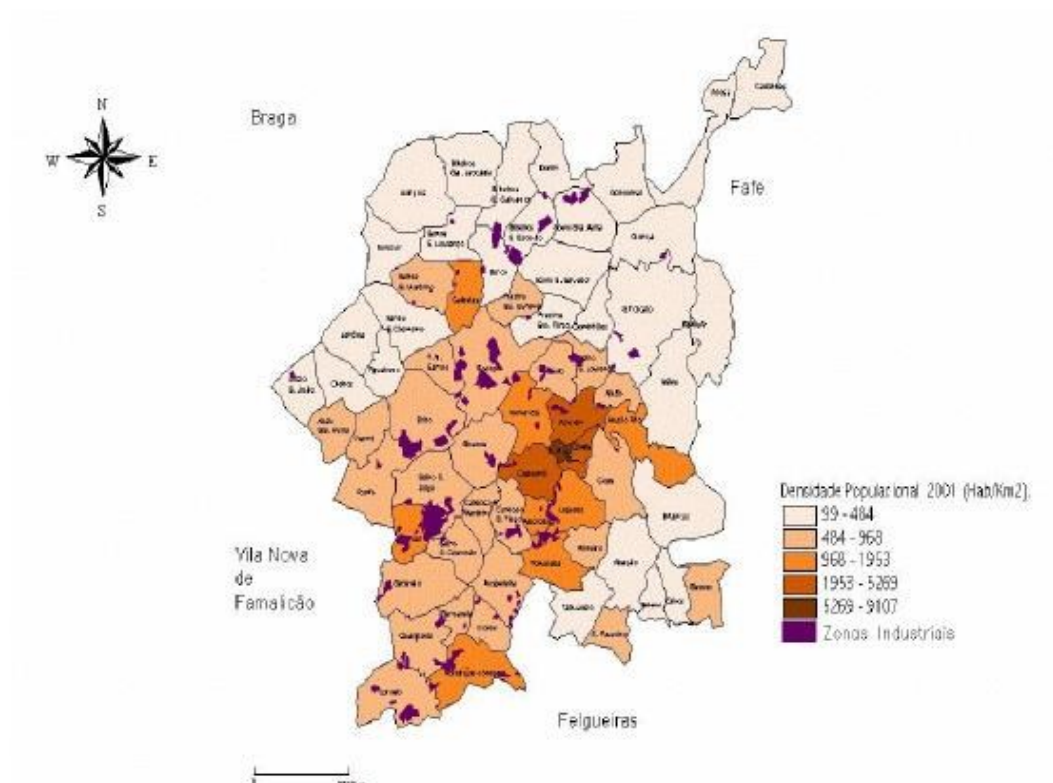
- Aldão
- Azurém
- Barco
- Brito
- Caldelas
- Candoso (São Martinho)
- Costa
- Creixomil

- Fermentões
- Gonça
- Gondar
- Guardizela
- Infantas
- Longos
- Lordelo
- Mesão Frio
- Moreira de Cónegos
- Nespereira
- Pencilo
- Pinheiro
- Polvoreira
- Ponte
- Prazins (Santa Eufémia)
- Ronfe
- Sande (São Martinho)
- São Torcato
- Selho (São Cristóvão)
- Selho (São Jorge)
- Serzedelo
- Silvares
- Urgeses
- União das Freguesias de Abação e Gémeos
- União das Freguesias de Airão Santa Maria, Airão João e Vermil
- União de Freguesias de Arosa e Castelões
- União de Freguesias de Atães e Rendufe
- União de Freguesias de Briteiros Santo Estêvão e Donim
- União de Freguesias de Briteiros S. Salvador e Briteiros Sta. Leocádia
- União de Freguesias de Candoso Santiago e Mascotelos
- União de Freguesias de Conde e Gandarela
- União de Freguesias de Leitões, Oleiros e Figueiredo

- União de Freguesias de Oliveira, São Paio e São Sebastião
- União de Freguesias de Prazins Santo Tirso e Corvite
- União de Freguesias de Sande São Lourenço e Balazar
- União de Freguesias de Sande Vila Nova e Sande São Clemente
- União de Freguesias de Selho S. Lourenço e Gominhães
- União de Freguesias de Serzedelo e Calvos
- União de Freguesias de Souto Sta. Maria, Souto Salvador e Gondomar
- União de Freguesias de Tabuadelo e São Faustino

Na figura 5, situada imediatamente abaixo, podemos visualizar o mapa do concelho de Guimarães e as freguesias envolventes

**Figura 5-** Mapa do Concelho de Guimarães e as suas freguesias

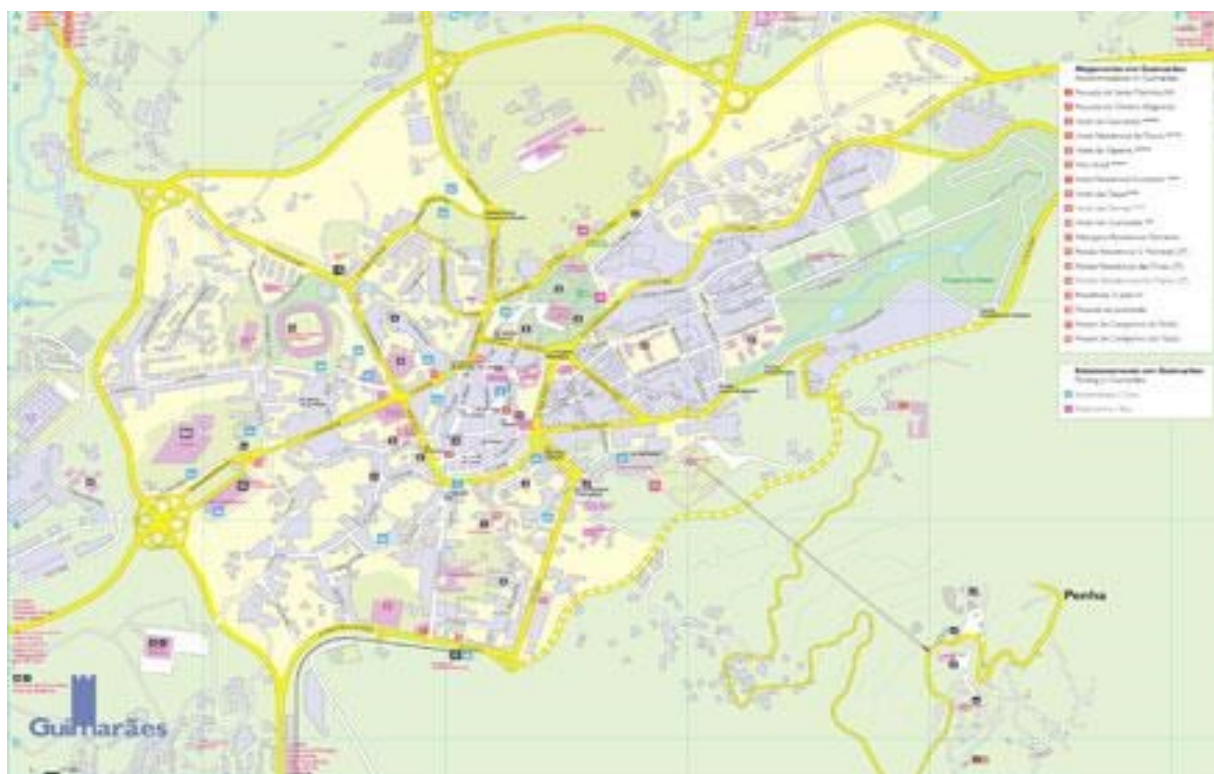


Fonte: [ww.cm-guimaraes.pt](http://ww.cm-guimaraes.pt)

## 2. Centro Histórico de Guimarães

O Centro Histórico de Guimarães (CHG) é composto pela União de Freguesias da Oliveira do Castelo, São Sebastião e São Paio. Do ponto de vista da gestão da edificação patrimonial o CHG é dividido em duas zonas: a zona intramuros, classificada pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) como património da humanidade em 2011, constituído por uma área territorial de 16 hectares e pela zona tampão que ocupa 98 hectares do território da cidade e a zona extramuros.

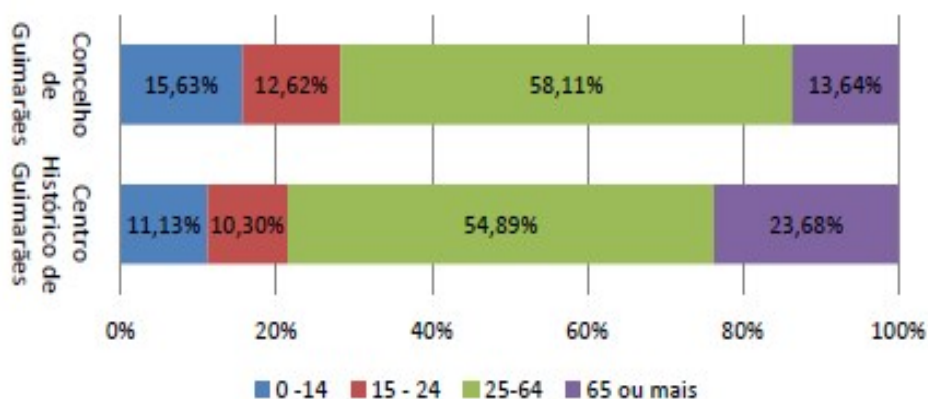
**Figura 6-** Centro urbano de Guimarães



Fonte: [ww.cm-guimaraes.pt](http://ww.cm-guimaraes.pt)

Ao nível da população, o CHG é composto por cerca de 8000 habitantes, sendo cerca de 5% da população pertence ao concelho de Guimarães, e 16% reside na cidade.

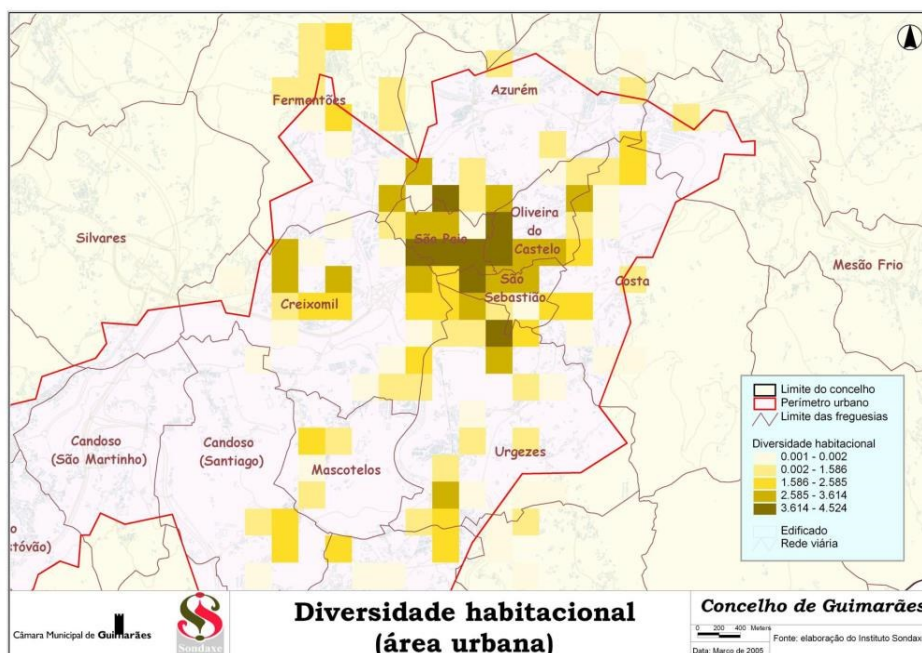
**Figura 7-** Distribuição da população por grupos etários do Centro Histórico de Guimarães e Concelho de Guimarães



Fonte: Faria, 2014, p.7

Tendo em conta estes valores, o CHG é diferente do concelho, visto que existe uma diferença percentual entre os idosos e jovens em idade não ativa de aproximadamente de 12%, enquanto a diferença é de aproximadamente de -2%. Com base nos dados apresentados, conclui-se que o CHG é notavelmente mais envelhecido que o concelho (Faria, 2014).

**Figura 8-** Diversidade habitacional da área urbana de Guimarães



Fonte: Câmara Municipal de Guimarães, 2005

Este fenómeno resulta de dois fenómenos demográficos associados ao CHG. O primeiro é a tendência que se verifica da população idosa que aí reside, registando-se no período entre 2001 e 2011, um aumento de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e em contrapartida a diminuição dos restantes grupos etários, com maior enfoque nos jovens até 24 anos. O segundo fenómeno refere-se a desertificação do centro histórico que, no mesmo período, regista uma diminuição populacional de aproximadamente 1200 habitantes (Faria, 2014).

**Figura 9-** Densidade de Atividades na área Urbana de Guimarães



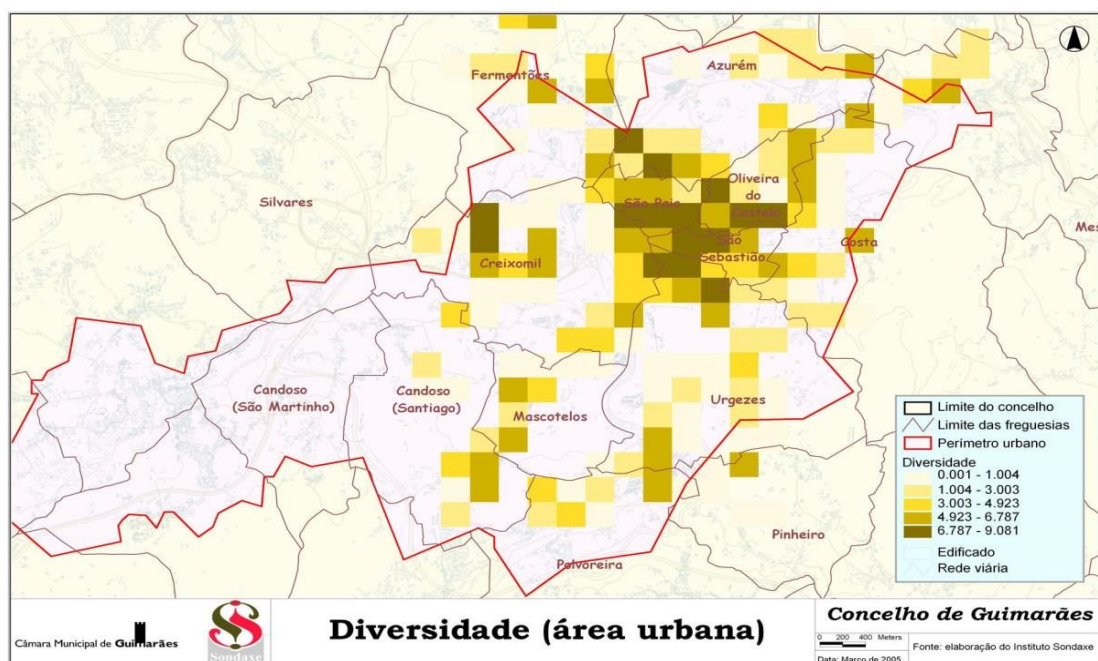
Fonte: Câmara Municipal de Guimarães, 2005

A cidade de Guimarães regista índices de diversidade de atividades com valores consideráveis quando comparada com outras cidades do Eixo Atlântico-Portugal. Verifica-se uma grande concentração e diversificação de atividades no centro da cidade, nomeadamente nas freguesias de São Paio e São Sebastião. Salienta-se que na freguesia de Oliveira do Castelo é onde se encontra um grande valor de diversidade no sul da freguesia, o mesmo acontece em Azurém. O concelho de Guimarães apresenta características distintas dos outros concelhos do eixo por ter uma grande dispersão de atividades espalhadas por todo o concelho, concentradas em pequenos núcleos distintos



(Câmara Municipal de Guimarães, 2005).

**Figura 10-** Densidade da área urbana de Guimarães



Fonte: Câmara Municipal de Guimarães, 2005

### 3. Análise de acessibilidades

A nível de acessibilidades, Guimarães dispõe de excelentes ([www.cm-guimaraes.pt](http://www.cm-guimaraes.pt)). As ligações rodoviárias efetuam-se de forma direta e/ou não direta, entre qualquer ponto de Portugal e Guimarães. A rede de autoestradas garante a ligação ao Porto em aproximadamente 30 minutos (A7 e A3), a Braga em 15 minutos (A11) a Lisboa em 180 minutos (A3, A7 e A1) e à fronteira a Vigo em 90 minutos (A7 e A3) ([www.cmguimaraes.pt/](http://www.cmguimaraes.pt/)). No que respeita aos transportes urbanos (TUG-Transportes Urbanos de Guimarães) estes asseguram ligações da população na cidade e interidades (Arriva). Possui também um eixo ferroviário que estabelece ligação Guimarães ao Porto, que serve de alternativa as ligações rodoviárias. A estação ferroviária encontra-se localizada a cerca de 1km do centro histórico. Esta estação é usada pelos comboios Intercidades que conectam a ligação direta a Lisboa e aos urbanos do Porto e possibilita a deslocação entre Guimarães/ Porto, em aproximadamente 60 minutos e asseguram as ligações para outros destinos. Por fim, o aeroporto mais perto de Guimarães é o aeroporto Francisco Sá Carneiro, no Porto, que fica a cerca de 50 Km de Guimarães

([www.cm-guimaraes.pt](http://www.cm-guimaraes.pt)).

No que se refere a acessibilidades a equipamentos públicos, o CHG reúne o maior número e a maior diversidade dos mesmos, nomeadamente:

- ✓ Centros de Saúde;
- ✓ Hospital;
- ✓ Pré-escolas;
- ✓ Escolas Primárias;
- ✓ Escolas EB 2,3; Equipamentos Culturais;
- ✓ Equipamentos Desportivos;
- ✓ Abrigos de passagem de autocarro.

#### 4. Envelhecimento populacional em Guimarães

Como já foi referido atrás, Portugal apresenta um fenómeno do envelhecimento demográfico caracterizado por um enorme decréscimo na população jovem e um aumento da população idosa.

Os Censos de 2011 referem que existem no concelho 10503 pessoas sozinhas com idade igual ou superior a 65 anos em alojamentos familiares sem outras, representando 48,51% deste grupo etário, sendo que destes, 2995 vivem completamente sós.

Em seguida são apresentados os números que nos indicam o crescimento da população idosa em todo o território de Portugal, e entre os dois momentos censitários 2001 e 2011, fazendo a comparação com a região Norte, o Vale do Ave e a cidade de Guimarães.

**Gráfico 1-** Índice de envelhecimento por local de residência

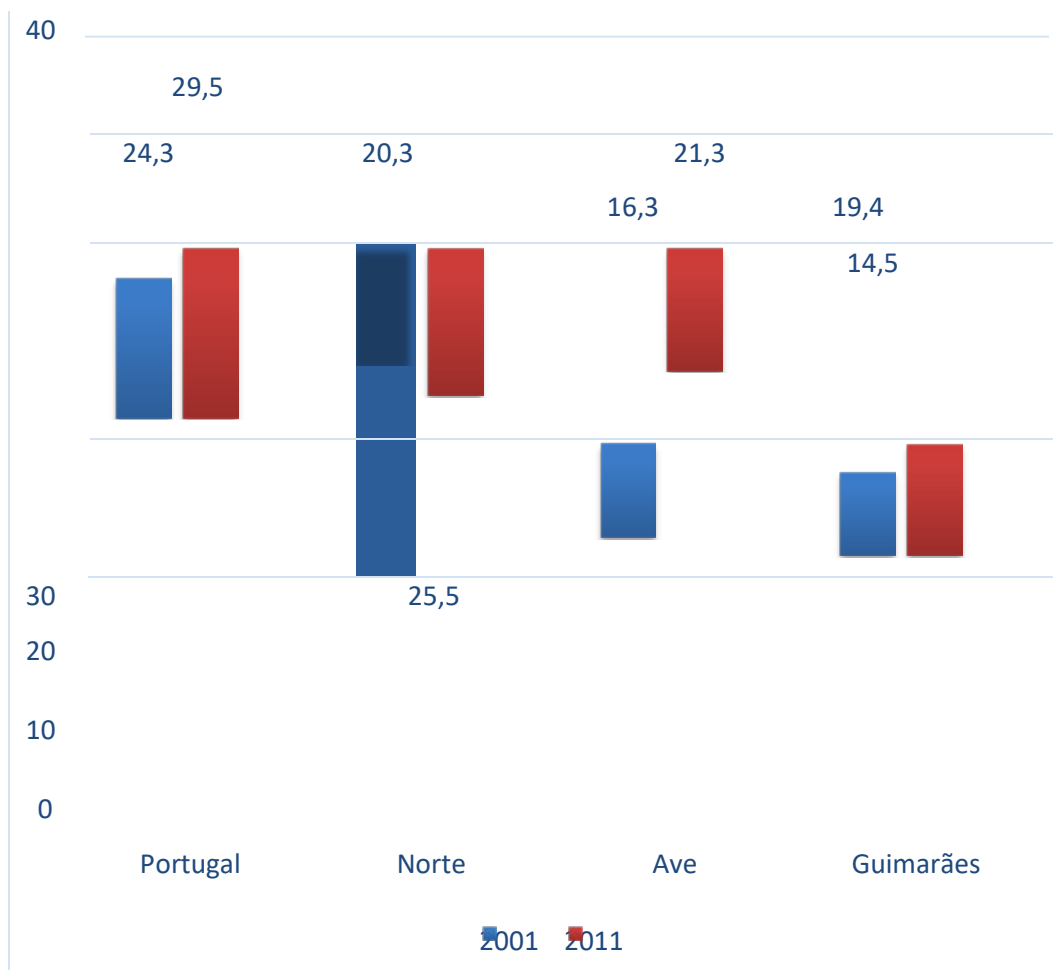


Fonte: INE, Censos 2001, 2011.

Através do gráfico supracitado, podemos constatar que houve um aumento generalizado do índice de envelhecimento, entre os anos de 2001 e 2011, que é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida normalmente pelo número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos. Em Guimarães, no ano de 2011 registou-se um aumento de 67,8% relativamente ao ano de 2001, como se pode verificar na tabela abaixo apresentada por grupos etários. No espaço de dez anos, a população de Guimarães tornou-se mais envelhecida. No Vale do Ave, de 2001 para 2011, o índice de envelhecimento cresceu 58,4%, na zona Norte foi de 42,7% e em Portugal foi de 25,6%.

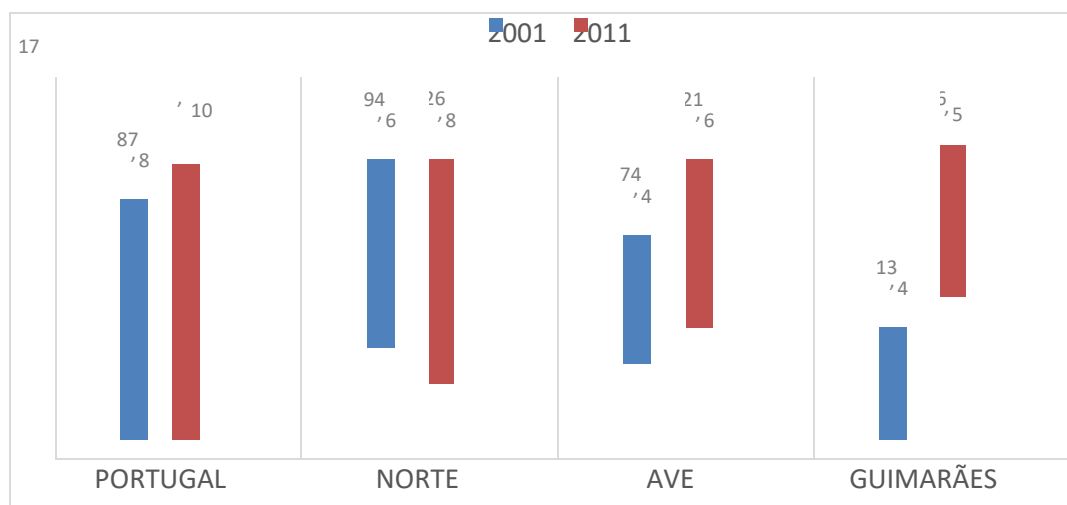
No concelho de Guimarães, o índice de dependência dos idosos no ano de 2011 aumentou 33,8% comparativamente ao ano de 2001, o mesmo se verificou nas outras zonas, no Vale do Ave um aumento de 30,7%, na zona Norte aumentou 25,6% e em Portugal 21,4%. O índice de dependência dos idosos é medido pela relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definido normalmente pelo quociente entre o número de pessoas com 65 anos ou mais anos. No entanto, em Guimarães o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos regista-se superior ao índice de dependência dos idosos a nível nacional.

**Gráfico 2- Índice de dependência dos idosos por local de Residência**



Fonte: INE, Censos 2001, 2011

**Gráfico 3- Proporção de famílias clássicas unipessoais com 65 anos e mais idade por local de Residência**



Fonte: INE, Censos 2001, 2011

De acordo com o gráfico 3, verifica-se no concelho de Guimarães uma tendência para aumento da população com mais de 65 anos a viver sozinha, a formar as famílias clássicas unipessoais. Em Guimarães o aumento entre 2001 e 2011 foi de 35,6%, no Vale do Ave de 31%, no Norte de 19% e em Portugal o aumento da proporção de famílias unipessoais com mais 65 anos e mais idade foi de 14,7%.

Quanto aos grupos etários neste concelho, os dados do INE (2011) referem que residem no concelho de Guimarães 158.124 indivíduos, sendo que 24.712 mil se encontram entre 0-14 anos, 19.961 mil entre os 15-24 anos, 91.883 mil entre os 25-64 anos e 21.568 com idade superior a 65 anos dispersos pelas 48 freguesias que constituem este concelho (Censos 2011). A faixa etária que sofreu um maior aumento foi a dos 65 e mais anos, aumentando mais de 32,13% de 2001 para 2011. Na tabela em baixo é possível verificar a diferença entre o concelho de Guimarães em relação a Portugal, quanto aos diferentes grupos etários.

**Tabela 1-** População por grupos etários no concelho e em Portugal, segundo os Censos 2011

Grupos Etários	Concelho	Portugal
	2011	2011
0-14	24712	1572329
15-24	19961	1147315
25-64	91883	5832470
65 e +	21568	2010064
Total	158124	10562178

Fonte: INE, 2011

Apesar de ser considerado um concelho densamente povoado e relativamente jovem, verifica-se a existência de 19,6 idosos por cada 100 pessoas com idade entre os 15 e os 65 anos (índice de dependência idosos) e 90,9 por cada 100 jovens com idade

inferior a 15 anos (índice de envelhecimento).

Apresenta ainda um índice de longevidade de 43,8%. Tendo em conta os dados recolhidos nos Censos 2011, neste concelho residem 21568 pessoas com 65 ou mais anos, sendo que destas, 2995 residem sós. O índice de longevidade, consiste num indicador que *“relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos”* (INE,2011a, p.23).

De acordo com os dados do INE (2011) Guimarães é o 5º concelho mais populoso, este e o Porto estão nos primeiros cinco a registarem uma variação populacional negativa no período entre 2001 e 2011. Em relação ao número de habitantes do concelho, tem ocorrido variações visíveis ao longo dos últimos anos. Entre 1980 e 1990 houve um crescimento gradual da sua população, mas no início da década de 2000 sofre uma queda acentuada, devido a passagem de algumas freguesias para o concelho de Vizela. A partir de então, o número de habitantes tem sido estável, mas em 2008 sofre uma queda. Entre esse ano e 2011, ocorreu um decréscimo populacional de 2,8%, contrariando o aumento de 6,2 ocorrido na região Norte (Sales Index, 2012, citado em Universidade do Minho, 2013). Este decréscimo, maioritariamente, deve-se ao saldo migratório negativo registado nos últimos anos. A população do concelho é mais jovem que a média da região Norte e do país, porém em termos de evolução, na última década verificou-se um aumento do envelhecimento da população.

A população com 65 e mais anos em 1991 registava 7,9% e passou para 13,7% em 2011. No mesmo período, a população entre 15 e 24 anos diminuiu de 20,1% para 12,6%. No entanto, apesar de ser um concelho jovem, os níveis de escolaridade da população são inferiores aos da média nacional e da região Norte. No entanto, as habilitações da população vimaranense nos últimos anos tem sofrido alterações (INE,2011a) Em 2011, a população do concelho detinham com o 1º ciclo do ensino básico 26%, 17% ao nível do 3º ciclo, 14% ao nível do 2º ciclo, 11% ao nível do secundário e 8% ao nível do ensino superior. Ou seja, neste ano, apenas 19% da população de Guimarães tinha o ensino secundário, porém, os baixos níveis de escolaridade constituem um obstáculo para o desenvolvimento socioeconómico da região e o acesso à cultura.

##### 5. Escolarização no Concelho de Guimarães

A taxa de analfabetismo no concelho de Guimarães é de 4,40%, sendo inferior à verificada no restante país 5,23% (Câmara Municipal de Guimarães, 2015).

Os Censos 2011 referem que 61,08 % da população residente no concelho possuía como nível de escolaridade mais elevado um dos ciclos do ensino básico. Tendo 16,68 % dessa população o 3º ciclo. Com o ensino secundário, os Censos 2011 registaram 14,46 % da população e 10,53 com o ensino superior (Tabela 2).

**Tabela 2-** População residente segundo o nível de escolaridade no concelho de Guimarães e em Portugal segundo os Censos 2011

Níveis de Ensino	2011			
	Concelho	%	Portugal	%
Nenhum	11847	7,20	895140	8,28
Pré-Escolar	3687	2,24		
1ºCiclo	51851	31,53	3152778	29,19
2ºCiclo	21162	12,87	1098656	10,17
3ºCiclo	27432	16,68	1660964	15,37
Ens. Secundário	23786	14,46	1770324	16,39
Pós-Secundário	1043	0,63	92611	0,85
Ensino Superior	17316	10,53	1629900	15,09
Analfabetos com 10 anos ou +	6301	3,83	499936	4,62

Fonte: INE, 2011a

Os indicadores de educação apresentados na Tabela nº2 , referentes aos anos letivos 2010/2011 e 2011/2012 referem-se ao aumento da taxa de pré-escolarização que se tem registado no concelho. No concelho de Guimarães a taxa bruta de escolarização no ensino básico continua a registar valores superiores a 100. Porém, com um valor ligeiramente inferior registado no ano letivo de 2010/2011, o que significa que o número de inscritos é superior à população residente com idade para frequentar esse nível de ensino. A taxa de retenção e de desistência no ensino básico regista valores mais baixos que os valores médios apresentados no país. Quanto a taxa de transição/conclusão no ensino secundário, no concelho, regista valores superiores nos dois (Câmara Municipal de Guimarães, 2015).

**Tabela 3-** Indicadores de Educação no Concelho de Guimarães e em Portugal, 2010/2011 e 2011/2012

Indicadores de Educação	2010/2011		2011/2012	
	Concelho	Portugal	Concelho	Portugal
Taxa de Pré-Escolarização	89,9	87,4	92,1	90,9
Taxa bruta de Escolarização no Ensino Básico	112,3	122,2	110,2	117,9
Taxa bruta de Escolarização no Ensino Secundário	100,7	134,9	96,4	124,9
Taxa de Retenção e de Desistência no ensino básico	4,9	7,5	6,7	9,9
Taxa de transição/conclusão no ensino secundário	84	79,2	83,2	79,9

Fonte: INE-Anuário Estatístico da Região Norte-2012 e 2013



## 6. Análise Industrial e de Serviços

Guimarães encontra-se inserido no Vale do Ave, uma zona caracterizada pela forte presença de empresas ligadas à indústria têxtil, nomeadamente nos concelhos de Famalicão, Guimarães e Trofa. Ao nível do emprego no sector secundário, o VAB (Valor Acrescentado Bruto) do Vale do Ave corresponde a 162,7milhares de pessoas em 2001, um valor superior ao verificado em qualquer sub-região do Norte, com exceção do Porto. O Vale do Ave assume uma grande importância para a economia portuguesa, tendo um forte nível de industrialização. Guimarães é um concelho com uma taxa de industrialização elevada, ao nível do emprego, este sector de atividade tem um peso superior a 44% e corresponde a 17,5% das empresas (Câmara Municipal de Guimarães, 2005).

Neste concelho a mão-de-obra é pouco especializada o que torna-se num problema estrutural grave, condicionando toda a indústria têxtil em redor de um núcleo com poucas qualificações e sem perspectivas de futuro. Tendo em conta que este concelho sempre teve um carácter extremamente industrial, com um número elevado de empresas (12982 empresas em 2002), registando uma taxa de desemprego inferior à maioria dos outros concelhos, potenciou uma população ativa sem estudos e uma mão-de-obra barata. Existe uma forte presença de micro e pequenas empresas na estrutura empresarial do concelho, tendo 78% dos estabelecimentos a registarem menos de dez trabalhadores. Apenas 2% das empresas têm mais de 500 trabalhadores (*Idem*, 2005).

Guimarães não segue a tendência das sociedades atuais de substituição de um sector secundário por um sector terciário emergente. De facto, o concelho é caracterização por um elevado nível de industrialização, se ao nível do sector terciário existe um número elevado de empresas, o mesmo não acontece ao nível do número de empregados da população ativa empregada no concelho que se dedica ao sector secundário (*Idem*, 2005).

De seguida, é apresentado de forma mais detalhada cada sector: o **Sector Primário**- o concelho neste sector apresenta-se pouco relevante, com apenas 2% das empresas; o **Sector Secundário**- a construção civil neste concelho tem tido algum peso, contudo a atividade mais prolífera é a indústria têxtil; e por fim o **Sector Terciário**-como referido, Guimarães tem uma elevada industrialização, tendo neste sector cerca de 62%

das atividades. As atividades que pertencerem ao setor Terciário são as atividades tradicionais como a restauração e o comércio. No entanto, as atividades como a saúde e a educação têm valores consideráveis (Câmara Municipal de Guimarães, 2005).

As atividades de cariz económico concentram-se nas freguesias do núcleo urbano, nomeadamente em Oliveira do Castelo. Quanto as atividades com cariz social estão espalhadas pelo concelho, principalmente nas freguesias de Creixomil, onde se localiza o hospital distrital e em Azurém encontra-se o Pólo da Universidade do Minho.

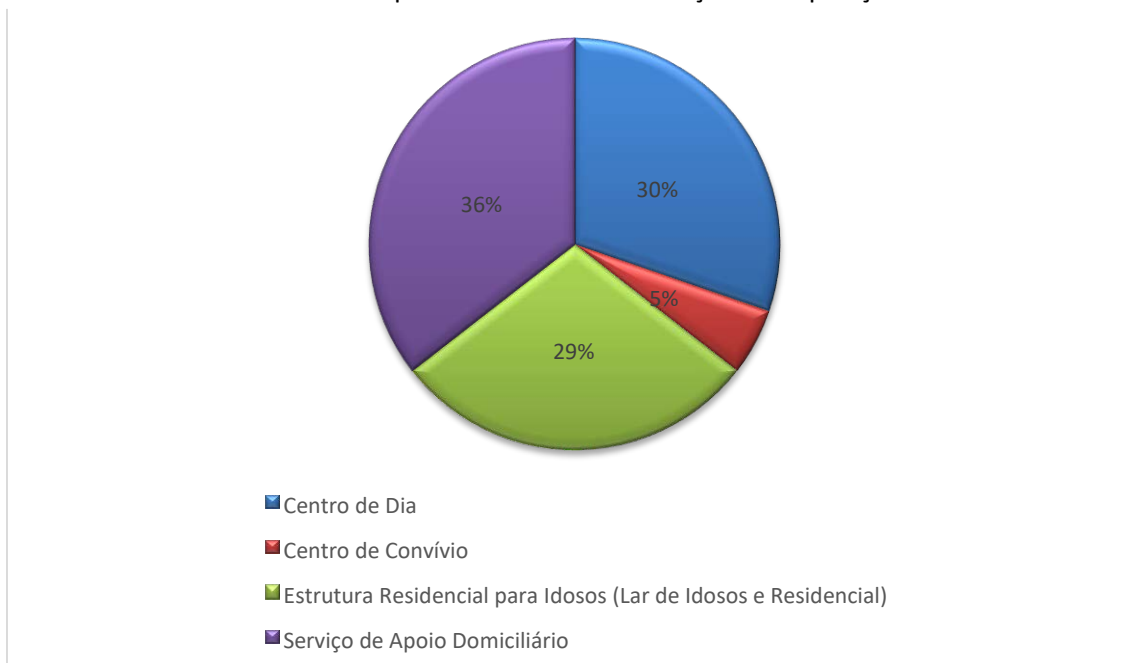
## 7. Respostas sociais no âmbito do envelhecimento no Concelho de Guimarães

O concelho de Guimarães oferece um abrangente leque de respostas sociais junto da população idosa. Sabemos que de acordo com os dados do INE (2011) a proporção da população no concelho tem vindo a aumentar, nesse sentido as respostas sociais tornam-se importantes para a qualidade de vida deste grupo etário. As pessoas idosas do concelho podem aceder a quatro tipos de respostas: Centro de Convívio, Centro de Dia, Estruturas Residenciais/lares de idosos e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). A capacidade oferecida por cada resposta é superior ao número de utentes que frequentam (Câmara Municipal de Guimarães, 2015).

Relativamente a resposta social Centro de Dia, o município é composto por 23 instituições que prestam este serviço. No que concerne a resposta social SAD, a maioria das freguesias oferecem, nomeadamente 27 instituições, com exceção da freguesia de Silves. Quanto ao Centro de Convívio, 4 instituições, sendo que na freguesia de Fermentões o número de idosos que as frequentam é igual à capacidade que a resposta oferece. A Estrutura Residencial para idosos, esta resposta é composta por 22 instituições a prestar este serviço.

No sentido de prevenir o isolamento e as situações de negligência das pessoas idosas que se encontram numa situação de fragilidade e com a finalidade de aumentar a segurança, o bem-estar e a solidariedade da sua rede familiar e social, a Câmara Municipal de Guimarães e instituições compostas na Rede Social criaram, em Julho de 2013, o Programa Guimarães 65+ (Câmara Municipal de Guimarães, 2015).

**Gráfico 4- Número de Repostas sociais na Intervenção na População Idosa**



Fonte: <http://www.cartasocial.pt>



## **CAPÍTULO IV-APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

---



## 1. Caraterização global

No presente capítulo pretendemos apresentar de uma forma clara e pertinente, uma quantidade muito vasta de informação, tanto de natureza quantitativa, como de índole qualitativa, recolhidas no âmbito da aplicação dos instrumentos utilizados. A utilização de tais instrumentos permitiu-nos recolher precisamente os dados de que necessitamos, isto é, os dados delineados nos objetivos.

No decorrer desta investigação entrevistamos um conjunto de pessoas com mais de 65 anos e residentes na área urbana de Guimarães, de dois contextos: Universidade Sénior e Centro de Dia, todos os inquiridos estavam reformados.

### 1.1. Caraterísticas Sociodemográficas do Grupo de Entrevistados

O grupo entrevistado é constituído por 54 indivíduos dos quais, 39 são do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Neste grupo, a repartição por idades apresenta-se da seguinte forma: as idades variam entre os 65 e os 94 anos, sendo que 14 têm entre 65 e 70, outros 11 têm entre 71 e 75, 12 têm entre 76 e 80, 13 têm entre 81 e 81 e 85 e 4 têm 86 e mais anos, tal como se pode verificar através da leitura do seguinte quadro (Tabela 4). A média de idades neste estudo, situa-se entre os 65-94 anos.

**Tabela 4-** Distribuição dos participantes por grupo etário dos idosos e por Género

Grupos de Idade	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Totais
65-70	4	10	14
71-75	3	8	11
76-80	3	9	12
81-85	4	9	13
86 e +	0	4	4
Totais	14	40	54

No que se refere ao estado civil dos indivíduos, verifica-se que, do grupo de 54 inquiridos, 36 são viúvos, 8 são casados/ união de facto, 2 são solteiros e outros 2 são separados/divorciados. Quanto ao número de filhos dos nossos inquiridos varia entre

um mínimo de 1 filho e um máximo de 9, sendo que dos 47 inquiridos, 7 não terem filhos

Quanto às habilitações escolares podemos verificar que varia entre um mínimo de “*Não frequentou a escola*” (9 indivíduos) e um máximo de “*Licenciatura*” (16 indivíduos). Neste indicador, agrupamos os indivíduos em níveis de escolaridade, verificamos que 12 pessoas não terminaram o 1º ciclo do Ensino Básico, 8 são detentoras do 1º ciclo Do Ensino Básico, 1 do 2º ciclo do Ensino Básico, 3 do 3º ciclo do Ensino Básico e 5 com Ensino Secundário.

**Tabela 5-** Descrição sociodemográfica dos participantes

		N = 54	
		n	%
<b>Sexo</b>			
	Masculino	15	27.8
	Feminino	39	72.2
<b>Idade</b>			
	<i>M (DP)</i>	77.1 (7.3)	
	Min-Max	65 – 94	
<b>Escolaridade</b>			
	Não frequentou a escola	9	1
	Não terminou o 1º Ciclo do Ensino Básico	1	2
	1º Ciclo do Ensino Básico	8	1
	2º Ciclo do Ensino Básico	1	1
	3º Ciclo do Ensino Básico	3	5
	Ensino Secundário	5	9
	Licenciatura	1	2
<b>Estado civil</b>			
	Solteiro	2	3.7
	Casado/união de facto	8	1
	Viúvo	3	6
	Separado/divorciado	2	3
<b>Filhos</b>			
	Não tem filhos	7	13.0
	Tem filhos	47	87.0
	N.º de filhos		
	<i>M (DP)</i>	3.2 (2.0)	
	Min-Max	1 – 9	
<b>Distancia a que vive dos filhos (kms)<sup>a</sup></b>			
	<i>M (DP)</i>	21.0 (38.2)	
	Min-Max	0 – 150	

a) n = 30.



As habilitações profissionais dos inquiridos variam desde sem habilitações (9 inquiridos) até habilitações mais elevadas com maior qualificação (curso de Medicina, Enfermagem, Educação Básica, etc.). Neste ponto, devemos lembrar que se trata de uma amostra proveniente de dois tipos de sítios: Centro de dia e Universidade Sénior. Os seniores provenientes da Universidade Sénior apresentam maiores habilitações, tendo 15 curso Superior, 4 com o Ensino Secundária, 3 com o 3º Ciclo do Ensino Básico, 1 com 2ºCiclo do Ensino Básico e 4 com o 1ºciclo do Ensino Básico.

Por outro lado, devemos ter em conta que se trata de gerações que cresceram numa época em que havia pouca oferta de formação profissional relativamente ao que se verifica nos dias de hoje.

**Tabela 6-** Agregado familiar

	N = 54	
	n	%
<b>Características do Agregado familiar</b>		
<b>N.º de pessoas com quem vive</b>		
<i>M (DP)</i>	0.9 (1.0)	
Min-Max	0 – 5	
Vive sozinho	2	4
Família nuclear	2	3
Família alargada	7	1
<b>Rendimento do Agregado familiar</b>		
Idoso/a vive sozinho <sup>a</sup>		
inferior a 250€	0	0.0
250€ - 420€	3	11.5
421€ - 750€	9	34.6
751€ - 1000€	0	0.0
1001€ - 2000€	8	30.8
superior a 2000€	6	23.1
Idoso vive		
acompanhado <sup>b</sup>	2	7.1
250€ - 420€	7	25.0
421€ - 750€	8	28.6
751€ - 1000€	2	7.1
1001€ - 2000€	8	28.6
superior a 2000€	1	3.6

a) n = 26; b) n = 28.

Para além das características sociodemográficas referidas anteriormente dos inquiridos, devemos destacar outros aspetos importantes, tais como o facto de a maior parte dos sujeitos viverem sozinhos/as (26), os outros vivem com a família nuclear (21) e com a família alargada (7). Relativamente ao número de filhos dos inquiridos, salienta-se que a maioria tem pelos dois filhos. Dos inquiridos, onze têm três filhos, sete com um e sem nenhum, seis com quatro. Apenas quatro declaram ter seis filhos, duas pessoas declaram ter oito filhos e uma outra pessoa disse ter nove filhos.

Quanto aos níveis de rendimento, sendo um dos indicadores relevantes do estatuto socioeconómico, no grupo de inquiridos, 2 auferem menos de 250 euros, 7 entre 250 e 420, 8 tem rendimentos entre 421 e 750, 2 auferem entre 751 e 1000, 8 entre 1001 e 2000 e 1 auferem rendimentos igual ou superior a 2000 euros.

Em seguida, será apresentada uma tabela 7, com alguns dados de todos os inquiridos de forma sucinta.

**Tabela 7-** Atividade Profissional

	N = 54	
	N	%
<b>Profissão ao longo da vida</b>		
Sector Primário	5	9.3
Sector Secundário	25	46.3
Sector Terciário	24	44.4
<b>Número de anos em que exerceu a profissão<sup>a</sup></b>		
<i>M (DP)</i>	34.7 (12.0)	
Min-Max	3 – 65	
<b>Número de anos que está reformado<sup>b</sup></b>		
<i>M (DP)</i>	17.6 (10.9)	
Min-Max	2 – 53	

a) n = 50; b) n = 52.

No que se refere à situação profissional verificou-se que os participantes maioritariamente exerceram uma profissão enquadrada no sector secundário (46,3%,n=25) ou terciário (44,4%, n=24), trabalharam mais de 35 anos (60,0%, n=30) e estão reformados há mais de 14 anos (53,8%, n=28). Na tabela 8, é apresentado de uma forma sistematizada as características sociodemográficas dos inquiridos em estudo.

**Tabela 8-** Síntese da caracterização sociodemográfica dos inquiridos

<b>Nº Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nº de Filhos</b>	<b>Habilitações Escolares</b>	<b>Habilitações Profissionais</b>
1	66	Feminino	Solteira	0	Licenciatura	Investigadora Química
2	71	Feminino	Viúva	2	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
3	66	Masculino	Casado	2	12ºano	Contabilista
4	74	Feminino	Viúva	3	Licenciatura	Enfermeira
5	79	Feminino	Viúva	2	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
6	76	Feminino	Viúva	2	9ºano	Cabeleireira
7	69	Feminino	Viúva	4	12ºano	Secretaria
8	94	Feminino	Solteira	0	Licenciatura	Médica
9	81	Feminino	Casada	3	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
10	70	Feminino	Casada	2	Licenciatura	Enfermeira
11	77	Feminino	Viúva	4	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
12	85	Feminino	Solteira	1	Licenciatura	Engenheira Química
13	68	Feminino	Casada	2	9ºano	Chefe de Seção no Hospital
14	80	Masculino	Viúvo	6	2ºano	Comercial
15	75	Feminino	Viúva	4	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
16	74	Masculino	Casado	2	10ºano	Trabalhador Têxtil
17	65	Masculino	Viúvo	1	12ºano	Técnico de Manutenção
18	82	Masculino	Viúvo	5	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
19	75	Feminino	Viúva	1	Licenciatura	Comerciante

20	78	Masculino	Viúvo	2	4ºano	Instrutor de Escola de Condução Enfermeira
21	68	Feminino	Solteira	0	Licenciatura	
22	65	Feminino	Casada	2	Licenciatura	Professora de Desporto
23	77	Masculino	Viúvo	3	Licenciatura	Engenheiro
24	82	Masculino	Viúvo	3	6ºano	Oficial de Força Área
25	76	Masculino	Casado	2	4ºano	Notário
26	84	Feminino	Viúva	1	Licenciatura	Professora de Ensino Básico
27	85	Feminino	Viúva	1	Nenhum	Cozinheira
28	80	Feminino	Viúva	8	Nenhum	Empregada Doméstica
29	76	Feminino	Solteira	0	4ºano	Aux. De Ação Doméstica
30	71	Masculino	Viúvo	2	4ºano	Soldador Elétrico
31	85	Feminino	Viúva	5	3ºano	Costureira
32	66	Feminino	Divorciada	1	12ºano	Chefe de Contabilidade
33	86	Feminino	Viúva	3	2ºano	Nenhum
34	80	Feminino	Viúva	4	Nenhum	Nenhum
35	77	Feminino	Viúva	4	3ºano	Operária têxtil
36	75	Feminino	Viúva	3	3ºano	Empregada Doméstica
37	78	Feminino	Viúva	3	4ºano	Costureira
38	82	Feminino	Viúva	9	Nenhum	Operária Têxtil Comercial
39	76	Feminino	Viúva	1	3ºano	
40	68	Masculino	Solteiro	0	Nenhum	Agricultor
41	73	Feminino	Viúva	3	2ºano	Operária Têxtil
42	85	Feminino	Solteira	0	Nenhum	Empregada Doméstica
43	83	Feminino	Solteira	0	3ºano	Empregada Doméstica

44	89	Feminino	Viúva	2	3ºano	Nenhum
45	81	Masculino	Viúvo	6	Nenhum	Motorista
46	86	Feminino	Viúva	4	3ºano	Operária têxtil
47	91	Feminino	Viúva	8	Nenhum	Agricultora
48	77	Feminino	Viúva	3	2ºano	Operária
49	88	Feminino	Viúva	6	Nenhum	Têxtil Empregada de
50	82	Masculino	Viúvo	3	4ºano	Limpeza Motorista
51	82	Feminino	Viúva	6	2ºano	Emprega de
52	67	Masculino	Divorciado	2	4ºano	Pastelaria Construtor
53	67	Feminino	Viúva	2	12ºano	Civil Administrativa
54	74	Masculino	Casado	3	4ºano	Operária Têxtil

Atendendo à área geográfica de residência dos inquiridos, verifica-se que todos os indivíduos residem no concelho. Observando a repartição dos inquiridos por freguesias, verificamos que umas das freguesias com mais idosos inquiridos pertence ao centro histórico/centro urbano de Guimarães com 13 inquiridos na União de Freguesia de Oliveira, São Paio e São Sebastião. A freguesia com maior número de inquiridos é Azurém com 14, de seguida Costa com 6 inquiridos, 4 não se sabe a que freguesia pertencem, tal como se pode verificar no quadro seguinte (Tabela 9).

**Tabela 9-** Distribuição dos entrevistados por freguesias de residência

Freguesias	Totais
Aldão	1
Azurém	14
Costa	6
Creixomil	2
Fermentões	3
Gondar	1
Mesão Frio	1
Ronfe	1
São Torcato	1
União de Freguesia de Serzedo e Calvos	2
União de Freguesias de Oliveira, São Paio e São Sebastião	13
Selho (São Jorge)	2
Selho (São Cristóvão)	1
Urgeses	2
Não se sabe	4

## 1.2. Ambiente físico, acessibilidade

Quanto ao ambiente físico e acessibilidade, os participantes inquiridos consideram maioritariamente que a sua habitação apresenta as condições adequadas às suas necessidades (96.3%, n = 52). Todos referem ter eletricidade, saneamento e água canalizada. Na generalidade têm televisão (96.3%, n = 52), telefone/telemóvel (96.3%, n = 52), aquecimento (53.7%, n = 29) e não indicam ter humidade em casa (87.0%, n = 47) e a maioria refere não ter dificuldades em deslocar-se fora de casa (70.4%, n = 38). A respeito das barreiras arquitetónicas, a maioria refere que a sua habitação tem barreiras que dificultam a sua mobilidade nomeadamente na casa de banho.

**Tabela 10-** Condições da habitação, ambiente físico/acessibilidades e mobilidade no contexto físico imediato

	<b>N = 54</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>A casa tem condições adequadas?</b>		
Sim	52	96.3
Não	2	3.
(casa de banho não tem local para tomar banho, só sanita e lavatório; casa muito degradada com madeiras podres)		
<b>Tem barreiras arquitetónicas</b>		
Não	10	18.5
Sim (escadas, casa de banho, banheira)	44	81.5
Para já não são problema	25	46.3
Dificultam a mobilidade no presente	19	35.2
<b>Televisão</b>		
Não	2	3.7
Sim	52	96.3
<b>Telefone</b>		
Não	2	3.7
Sim	52	96.3
<b>Humidade</b>		
Não	47	87.0
Sim	7	13.0
<b>Aquecimento</b>		
Não	25	46.3
Sim	29	53.7
<b>Tem dificuldades em deslocar-se fora de casa</b>		
Não	38	70.4
Sim (limitações físicas associadas a problemas de saúde)	16	29.6

### 1.3. Dimensões do Funcionamento Humano

#### 1.3.1- Funcionalidade nas Atividades de Vida Diária

Relativamente à capacidade de mobilidade fora de casa, apenas 29,6% dos participantes respondeu ter dificuldade em deslocar-se fora de casa, enquanto 70,4 % referiu não ter dificuldade. No que respeita aos resultados sobre **a funcionalidade nas ABVD** com o Índice de Barthel, os participantes obtiveram uma pontuação média de 93,1 valores ( $dp=12,2$ ), variando entre 30 e 100 pontos.

Relativamente ao grau de independência, a maioria dos participantes 36 (66,7 %) apresentam-se com independência para as ABVD, 17 participantes (31,5%) apresentam-se ligeiramente dependente e 1 participante (1,9%) severamente dependente (Tabela 11).

**Tabela 11-** Funcionalidade para as atividades básicas

	Participantes	
	n = 54	
	n	%
<b>Funcionalidade para as atividade básicas de vida diária</b>		
<i>M (DP)</i>	93.1 (12.2)	
Amplitude teórica	0 – 100	
Min-Máx	30 – 100	
Independente	36	66.7
Ligeiramente dependente	17	31.5
Moderadamente dependente	0	0.0
Severamente dependente	1	1.9

Relativamente à **funcionalidade nas AIVD**, avaliada com recurso ao Índice de Lawton, os participantes obtiveram uma pontuação média de 15,9 valores ( $dp=6,2$ ), variando entre 1e 21 pontos. Em relação ao grau de independência, observa-se uma percentagem significativa dos/as idosos/as 23 (42.6%) apresentam-se como sendo independente, 22 (40,7%) foram classificado como sendo como moderadamente independentes, 9 (16,7, a ressaltar que existem mais idosos/as quanto à sua funcionalidade nas atividades instrumentais em comparação com a funcionalidade nas atividades da vida diária (Tabela 12).



**Tabela 12-** Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária

	Participantes	
	n = 54	
	N	%
<b>Funcionalidade para as atividade instrumentais</b>		
M (DP)		15.9 (6.2)
Amplitude teórica		8 – 29
Min-Máx		1 – 21
Independente	23	42.6
Moderadamente dependente	22	40.7
Severamente dependente	9	16.7

Quanto à relação entre a funcionalidade nas atividades básicas e nas atividades instrumentais da vida diária que foi constatada através do recurso ao coeficiente de correlação de Pearson esta é estatisticamente significativa,  $r = .74$ ,  $p < .001$ . A maior independência na funcionalidade nas atividades básicas da vida diária encontra significativamente associada a uma maior independência na funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária.

Na avaliação com recurso ao índice de Barthel,  $r_{pb} = .04$ ,  $p = .790$ , ou o índice de Lawton,  $r_{pb} = -.04$ ,  $p = .757$ , não foi encontrada nenhuma associação significativa entre estes instrumentos com o sexo, ou seja, o ser homem ou mulher não está associado a ter uma maior independência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Considerando a idade dos participantes com a sua relação com os dois instrumentos: Barthel,  $r_{pb} = -.24$ ,  $p = .080$ , e o índice de Lawton,  $r_{pb} = -.43$ ,  $p = .001$ , verificou-se que quanto maior a idade dos participantes menor a sua funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária, sendo uma associação estatisticamente significativa. Já, o mesmo não acontece quando se considera a funcionalidade nas atividades básicas da vida diária.

Por outro lado, o facto de os participantes viverem sozinhos ou acompanhados encontra significativamente correlacionado com o índice de Lawton,  $r_{pb} = -.32, p = .020$ , mas não com o índice de Barthel,  $r_{pb} = -.23, p = .091$ . Sendo que os/as idosos que vivem acompanhados registam uma maior dependência na funcionalidade ao nível das instrumentais da vida diária.

Na proveniência dos participantes (Centro de Dia ou Universidade Sénior) existe uma associação significativa com os índices de Barthel,  $r_{pb} = .56, p < .001$ , e Lawton,  $r_{pb} = .65, p < .001$ . Os participantes provenientes da Universidade Sénior apresentam uma maior independência na funcionalidade ao nível das atividades básicas e instrumentais da vida diária, em comparação com os participantes provenientes do Centro de Dia.

### 1.3.2- Rede Social

Em relação à **Rede social** avaliada com recurso à Rede de Lubben, os participantes obtiveram uma pontuação média 15,3 (dp=3,7), variando entre 7 e 24 pontos. Os participantes deste estudo e tomando o ponto de corte (< 12) do valor global deste instrumento podemos diferenciar os participantes em risco de isolamento social, e tendo em conta a análise dos dados permite concluir que a maioria 45 (83,3%) dos participantes não se encontra em risco de isolamento (Tabela 13).

**Tabela 13-** Rede social

	N = 54	
	n	%
<b>Rede social global</b>		
M (DP)	15.3 (3.7)	
Amplitude teórica	0-30	
Min-Máx	7 – 24	
<b>Rede social - família</b>		
M (DP)	7.8 (2.8)	
Amplitude teórica	0 – 15	
Min-Máx	0 – 13	
<b>Rede social – amigos/as</b>		
M (DP)	7.5 (2.4)	
Amplitude teórica	0 – 15	
Min-Máx	2 – 13	

**Risco de isolamento social**

Maior risco de isolamento social	9	16.7
Menor risco de isolamento social	45	83.3

---

Quanto à relação entre o sexo e a rede social global, não foi encontrada nenhuma relação significativa,  $r_{pb} = -.07$ ,  $p = .599$ , proveniente apenas da família,  $r_{pb} = -.11$ ,  $p = .417$ , ou apenas dos amigos/as,  $r_{pb} = .02$ ,  $p = .893$ . Os resultados foram semelhantes quando analisada a associação entre a idade e a rede social global,  $r = -.03$ ,  $p = .819$ , rede social familiar,  $r = -.06$ ,  $p = .668$ , ou rede social com base nos/as amigos/as,  $r = .02$ ,  $p = .882$ . Ou seja ser homem ou mulher ou ter mais ou menos idade não se encontra associado a uma rede social maior ou menor.

Considerando tanto os familiares como os amigos verifica-se que à medida que os itens crescem em intimidade/exigência diminuem o número de pessoas indicadas. Quanto aos familiares os participantes maioritariamente vêm ou falam com mais de 5 familiares por mês (61.1%,  $n = 33$ ), sentem-se próximos de 1/5 (74.1%,  $n = 38$ ) familiares para lhes pedir ajuda mas sentem-se à vontade para falar com problemas pessoais com apenas 1/2 (64.8%,  $n = 35$ ). Realizando a mesma análise focando os/as amigos/as, a maioria indica ver ou falar com mais de 9 amigos/as por mês (55.6%,  $n = 30$ ), havendo mais idosos a indicar 1/2 amigos (47.2%,  $n = 26$ ) a quem pode recorrer para ajuda e apoio e nenhum amigo/a (48.1%,  $n = 26$ ) com quem se sintam bem a falar sobre assuntos pessoais.

Tendo em conta o maior ou menor risco de isolamento social não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa com o sexo,  $r_s = -.06$ ,  $p = .690$ , ou a idade,  $r_{pb} = .13$ ,  $p = .369$ . Contudo, a proveniência dos participantes, os/as idosos/as da Universidade Sénior apresentam um menor risco de isolamento social,  $r_s = .35$ ,  $p = .010$ .

**Tabela 14-**Caracterização dos idosos ao nível do apoio

	N = 54	
	n	%
<b>Tipo de relação com os vizinhos</b>		
Próxima e amigável	45	83.3
Distante	3	5.6
Inexistente	6	11.1
Conflituosa	0	0.0
<b>A quem recorre no dia-a-dia quando precisa de ajuda</b>		
Família	42	77.8
Amigos	3	5.6
Vizinhos	8	14.8
Outros (empregada)	1	1.9
<b>Que tipo de ajuda/apoio usualmente solicita</b>		
Atividades da vida diária	28	51.9
Apoio afetivo	5	9.3
Ir ao médico	8	14.8
É autónomo/a, não necessita de pedir ajuda	13	24.1
<b>Recebe vizinhos/amigos família em casa</b>		
Não	18	33.3
Sim	36	66.7
<b>Em caso de doença/incapacidade tem a quem recorrer?</b>		
Não	8	14.8
Os filhos não têm disponibilidade, terá que ir para um lar	7	12.9
Não tem família, terá que ir para um lar	1	1.9
Sim	46	85.2
Família (irmão/irmã)	43	79.6
Amigos/as	2	3.7
Vizinha	1	1.9
<b>Que atividades faz para além de frequentar o Centro de Dia e a Universidade Sénior</b>		
Não faz mais nenhuma atividade	24	44.4
Cuidar de familiares	8	14.8
Desporto	7	13.0
Passear	5	9.3
Voluntariado	3	5.6
Atividades ligadas à religião	3	5.6
Atividades ligadas à música	2	3.7
Jardinagem	2	3.7

Em relação ao tipo de relação com os vizinhos a grande maioria refere as relações com os vizinhos como sendo próximas e amigáveis 45 (83,3%) e refere ser habitual receber na própria habitação visitas de amigos e vizinhos 36 (66,7%). No que se refere ao necessitar de ajuda ou apoio, recorrem principalmente à família 42 (77,8%), sendo que a ajuda solicitada se prende nomeadamente com as atividades da vida diária 28 (51,9%). Em caso de doença ou incapacidade a maioria 46 (85%) refere que é possível recorrer à família.

Em relação ao facto de os participantes residirem sozinhos ou acompanhados não se revelou estar estatisticamente correlacionado com a rede social global,  $r_{pb} = -.01$ ,  $p = .983$ , familiar,  $r_{pb} = .18$ ,  $p = .186$ , ou dos amigos/as,  $r_{pb} = -.22$ ,  $p = .106$ .

A proveniência dos participantes (Centro de Dia ou Universidade Sénior) foi um dos itens que se revelou estar significativamente correlacionada com a rede social global,  $r_{pb} = .33$ ,  $p = .015$ , e a rede social familiar,  $r_{pb} = .38$ ,  $p = .005$ , o mesmo não acontecendo com a rede social referente aos/às amigos/as,  $r_{pb} = .07$ ,  $p = .609$ . Os participantes provenientes da Universidade Sénior registam valores mais elevados na rede social global e na rede social integrada por familiares.

Quando inquiridos/as sobre as atividades que realizam além das que fazem no Centro de Dia e na Universidades Sénior as respostas são múltiplas, mas maioria refere que não fazem mais nenhuma atividade 24 (44%), seguindo-se o cuidar de familiares com 8 (14,8%) e em última a Jardinagem e Atividades ligadas à música (3,7%).

**Tabela 15-** Rede social: análise itens sobre a família e amigos

	N = 54									
	0		1-2		3-5		5-8		≥ 9	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Família</b>										
Quantos familiares vê fala pelo menos uma vez	1	1.9	9	16.7	1	20.4	1	25.0	3	35.2
M (DP)	3.7 (1.3)									
De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar- lhes para pedir ajuda?	2	3.7	2	48.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0
M (DP)	2.4 (1.2)									
Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	6	11.1	3	64.0	1	20.0	2	37.0	0	0.0
M (DP)	1.7 (1.0)									
<b>Amigos</b>										
Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	0	0.0	3	5.6	5	9.3	1	29.6	3	55.6
M (DP)	4.4 (0.9)									
De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar- lhes a pedir ajuda?	7	13.0	2	48.0	9	16.7	1	20.0	1	1.9
M (DP)	2.2 (1.4)									
Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	26	48.1	2	37.0	5	9.3	2	3.7	0	0.0
M (DP)	1.0 (1.2)									

A análise das médias reforça esta análise tanto para a família como para os/as amigos/as, há uma diminuição do número de elementos da rede social indicados pelos participantes à medida que os itens descrevem situações em que a intimidade/exigência aumentam. Quando comparadas as médias relativas aos familiares e aos/as amigos/as constatamos que os participantes (em média) vêem ou falam mensalmente com mais amigos ( $M = 4.4$ ) do que familiares ( $M = 3.7$ ). Contudo há mais familiares do que amigos/as a quem podem pedir ajuda (respetivamente:  $M = 2.4$ ;  $M = 2.2$ ) ou com quem se sentem à vontade para falar de assuntos pessoais (respetivamente:  $M = 1.7$ ;  $M = 1.0$ ).

Relação entre a Rede social e a Rede de Apoio.

**Tabela 1-** Relação entre a rede social e a rede de apoio

	A quem recorre no dia-a-dia quando necessita de ajuda (família; amigos/as; empregada/vizinhos/as)	Que tipo de ajuda/apoio usualmente solicita? (atividades da vida diária, apoio afetivo, não solicita)	Quem cuida em situação de doença/incapacidade? (família, amigos, vizinhos/empregada)
Rede social global (maior valor, maior rede social global)	-.41**	.12	-.18
Rede social - família (maior valor, maior rede social familiar)	-.48***	.22	-.27
Rede social – amigos/as (maior valor, maior rede social amigos/as)	.01	-.11	.16
Rede social – risco de isolamento social (maior valor menor risco de isolamento) <sup>a</sup>	-.14	.06	-.13

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

a) foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Quanto a relação entre a rede social e a rede de apoio, esta foi alvo de avaliação nomeadamente as questões que incidem sobre a rede de apoio (mais especificamente: a quem recorre no seu dia-a-dia quando precisa de ajuda/apoio; que tipo de ajuda/ apoio usualmente necessita; a quem recorre em caso de doença/incapacidade).

Conforme se verifica na tabela 16 os valores da rede social global e da rede social familiar revelaram estar significativamente correlacionado com a (s) pessoa (s) a que os participantes recorrem quando necessitam de ajuda no seu dia-a-dia respetivamente: ,  $r_s = -.41$ ,  $p = .002$ ; ,  $r_s = -$

.48,  $p < .001$ . os participantes que apresentaram valores mais elevados quanto à rede social global e à rede social familiar recorrem mais a elementos da família quando necessitam de ajuda/apoio no seu quotidiano.

### 1.3.2. Relação entre a Funcionalidade e a Rede Social

**Tabela 2-** Relação entre a funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e a rede social dos participantes

	Funcionalidade nas atividades básicas da vida diária (maior valor maior funcionalidade)	Funcionalidade nas atividades instrumentais da vida diária (maior valor maior funcionalidade)
Rede social global (maior valor, maior rede social global)	.26	.22
Rede social - família (maior valor, maior rede social familiar)	.22	.19
Rede social – amigos/as (maior valor, maior rede social amigos/as)	.16	.21
Rede social – risco de isolamento social (maior valor menor risco de isolamento) <sup>a</sup>	.40**	.29*

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

a) foi utilizado o coeficiente de correlação ponto bisserial entre uma variável categorial dicotómica e uma variável continua.

Através do recurso ao coeficiente de correlação de Pearson foram analisadas as relações entre as variáveis da funcionalidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária e as variáveis da rede social dos participantes (Tabela 17). Verificou-se que um menor risco de isolamento social está associado a uma melhor funcionalidade das atividades básicas  $r_{pb} = .40$ ,  $p = .003$ , e instrumentais  $r_{pb} = .29$ ,  $p = .032$ , da vida diária.

## 1. Apresentação de alguns dados de natureza qualitativa

A presente seção tem a finalidade fulcral de apresentar, uma quantidade de informações de natureza qualitativa, recolhidas no âmbito da aplicação do questionário por entrevista aos sujeitos em estudo. A realização do questionário por entrevista permitiu-nos obter precisamente os dados qualitativos que o estudo exige, a fim de complementar as conclusões proporcionadas pela abordagem quantitativa, de modo, a responder as questões orientadoras da nossa pesquisa.

Iniciando pela ajuda/apoio solicitado, verifica-se que 28 inquiridos requerem apoio nas



“atividades da vida diária”, sendo que 13 referem não precisar de apoio por serem “autónomos”, 5 pedem apoio afetivo e 8 requerem ajuda quando se deslocam ao médico. Na seguinte tabela 18, apresenta de uma forma mais clara a percepção de ajuda dos inquiridos do nosso estudo.

**Tabela 3-** Caracterização do apoio/ajudas solicitadas dos inquiridos

	Universidade Sénior	Centro de dia
Atividades da vida diária	<p>“...Peço à empregada para me ajudar a fazer algumas atividades domésticas mais exigentes”</p> <p>“... Peço ajuda para tratar de papéis de burocracia”</p>	<p>“..Peço ajuda a emprega para ajudar nas tarefas domésticas.”</p> <p>“ Peço ajuda para tomar banho e para me deitarem.”</p> <p>“ Peço à vizinha para me aquecer a sopa, pois não tenho micro-ondas “</p> <p>“..Peço ajuda a minha filha para tomar banho”</p> <p>“Para comprar medicação e tomar banho”</p> <p>“ a minha nora dá-me banho e ajuda-me a tomar o pequeno almoço”</p> <p>“...Para realizar as compras”</p> <p>“..Para fazer a sopa.”</p> <p>“..peço ajuda para me lavarem a roupa, a loiça e me ajudarem a fazer a cama “..comprar medicação “</p> <p>“..a minha vizinha a que me faz me as compras que necessito para casa”</p> <p>“ a vizinha aquece-me a sopa todos os dias e ajuda-me todos os dias antes de ir para o Centro de dia”</p> <p>“..o meu filho a que vai pagar a renda, a água, luz, as despesas de casa e faz os recados que necessito”</p>

---

Apoio afetivo	<p><i>"..a minha filha ajuda me para tomar banho e vestir-me .."</i></p> <p><i>"..o irmão leva-me a passear"</i></p> <p><i>"..peço a carinho e atenção a minha filha.."</i></p>	
Ir ao médico	<p><i>"...só peço companhia para ir ao médico, do resto ainda me sinto autónomo";</i></p> <p><i>"...peço ao meu marido para vir comigo ao médico"</i></p> <p><i>"..peço ajuda à vizinha em caso de doença apenas.."</i></p>	<p><i>"o irmão acompanha-me para ir ao médico e para ir passear"</i></p> <p><i>"Peço as filhas quando necessito de ir ao médico"</i></p> <p><i>"o meu filho vai comigo ao médico quando necessito"</i></p> <p><i>"quando necessito de ir ao médico, as minhas amigas estão dispostas a acompanharem me"</i></p>
Autónomo	<p><i>"...Atualmente não preciso de nenhum tipo de apoio, ainda me sinto autónomo para realizar qualquer tipo de atividade"</i></p> <p><i>"..é raro pedir ajuda, ainda sou autónomo"</i></p>	

---

Tendo em conta à tabela supracitada, é possível verificar uma grande discrepância entre os dois grupos. Através da visualização dos resultados, podemos referir que os idosos que se encontram em centro de dia necessitam mais de apoio, nomeadamente nas atividades de vida diária, referentes aos cuidados de higiene. Quanto ao grupo de idosos da Universidade Sénior, estes mostram-se mais autónomos, e quando pedem é apenas para lhe fazer companhia na deslocação ao médico.

Quanto à questão *"Relativamente às atividades, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana, desde que se levanta até que se deita?"* foi possível verificar através da análise das respostas às questões colocadas ao conjunto dos 54 inquiridos, que ambos os grupos, quer homens e mulheres ocupam os seus tempos livres de diversas maneiras. Portanto, optamos por apresentar nas seguintes (Tabelas 19, 20, 21) a síntese das respostas dada pelos nossos entrevistados, dividindo pelas três parte que compõe o dia: manhã, tarde e noite seguindo pela ordem de preferência.

**Tabela 4-** Síntese das atividades dos entrevistados por ordem de preferência para ocupação do tempo da Manhã (Ver em Anexo III e IV)

Universidade Sénior	Centro de Dia
1) Frequentar as Atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior	1) Frequenta as atividades desenvolvidas pelo Centro de Dia
2) Tarefas Domésticas	2) Tarefas Domésticas
3) Desporto (Caminhar, Ginástica)	3) Cuidar de Animais
4) Ir às compras	4) Rezar o terço
5) Tomar café com os/as amigos/as	5) Ler
6) Ler	
7) Jogar no computador	
8) Palavras Cruzadas	
9) Jogar Sudoku	
10) Ver televisão	

Da parte da manhã, verifica-se diferença entre os dois grupos, sendo que os inquiridos da universidade sénior praticam um leque mais diversificado de atividades, nomeadamente atividades de desenvolvimento intelectual (ler, fazer palavras cruzadas e jogar sudoku) e de Desporto (caminhar, ginástica, hidroginástica). Enquanto que os idosos que frequentam o Centro de Dia realizam atividades mais simples, como tarefas domésticas e ligadas à igreja.

**Tabela 5-** Síntese das atividades preferidas dos entrevistados por ordem de preferência para ocupação do tempo da Tarde (Ver em Anexo III e IV)

Universidade Sénior	Centro de Dia
1) Frequenta as atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior	1) Frequenta as atividades desenvolvidas pelo Centro de Dia
2) Tratar de assuntos pessoais	2) Ver televisão
3) Passear	3) Ler
	4) Estar com os amigos

- 
- 4) Realizar trabalhos manuais
  - 5) Estar com os amigos
  - 6) Ir as compras
  - 7) Ver televisão
  - 8) Cuidar dos netos
  - 9) Fazer palavras cruzadas
  - 10) Jogar Sudoku
  - 11) Ler
- 

Relativamente à parte de tarde do dia, verifica-se o mesmo cenário entre os dois grupos, sendo que os inquiridos da universidade sénior continuam a praticar um leque mais diversificado de atividades do que os idosos do Centro de dia. Os idosos que frequentam a Universidade Sénior continuam a praticar atividades de desenvolvimento intelectual, como ler, jogar sudoku, realizar palavras cruzadas e assuntos pessoais

**Tabela 6-** Síntese das atividades preferidas dos entrevistados por ordem de preferência para ocupação do tempo da Noite (Ver em Anexo III e IV )

<b>Universidade Sénior</b>	<b>Centro de Dia</b>
1) Ver televisão	1) Ver televisão
2) Ler	2) Realizar tarefas domésticas
3) Realizar tarefas domésticas	3) Rezar terço
4) Jogar no Computador	4) Conviver com outras pessoas (vizinha, cunhada, etc)
5) Frequenta as reuniões do grupo que pretence	5) Frequenta os ensaios do que pertence
6) Jogar cartas	
7) Ouvir musica	
8) Passear	
9) Aulas de Dança	
10) Conversar com os amigos pelo computador	

---

No final do dia, o mesmo acontece, embora exista uma semelhança entre os dois grupos,

verifica-se que a atividade de ver televisão e a realização de tarefas domésticas como sendo as mais indicadas pela amostra. De seguida, as escolhas dos inquiridos diferenciam – se, pois os participantes da Universidade continuam a praticar atividades ligadas a informática, a jogar cartas, a passear, enquanto o dia-a-dia dos idosos do Centro de Dia é mais monótono.



## **CAPÍTULO V-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---





Atendendo às questões de investigação colocadas e à revisão da literatura, neste capítulo são discutidos os resultados que foram obtidos no presente estudo tendo em conta os objetivos anteriormente propostos a fim de alcançar uma visão mais abrangente e detalhada possível sobre a realidade em estudo.

De uma forma geral, os resultados do nosso estudo estão em concordância com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais sobre a frequência em ambas as respostas sociais: Centro de Dia e Universidade Sénior.

Iniciando pela caracterização sociodemográfica da amostra, verificamos que a nível da proveniência quer Centro de Dia quer Universidade Sénior, diferentes pesquisas revelam, na sua maioria, serem constituídas por frequentadores do sexo feminino o que se verifica no presente estudo. Ao nível das Universidades da Terceira Idade (UTI) este cenário verifica-se no estudo de Ricardo (2016) com idosos de uma Universidade Sénior sendo a UTI constituída por 151 membros, tendo na grande maioria a participação de mulheres (75,5%), tal como os estudos de Jacob (2012) sobre Universidade Sénior onde constatou que a maioria dos alunos em todo o mundo são mulheres 76% Portugal 70% França, 80% Finlândia, 75% EUA, 80% Brasil) e o estudo de Pereira (2015) na Universidade Sénior de Águeda onde praticantes são predominante feminino (75%). Em contexto de instituição verifica-se a mesma tendência de predominância do sexo feminino, como demonstra os estudos realizados por Farinha (2015) e Moreira (2011) em Centros de Dia.

No que se refere ao estado civil, a amostra é constituída na sua maioria por participantes viúvos/as (66,7%) na maioria por mulheres, como se verifica em estudos de Farinha (2015) e Daniel, Ribeiro & Guadalupe (2016). Segundo o INE (2011a), nesta faixa etária encontra-se 21,3% do total de mulheres e 16,8% do total dos homens residentes em Portugal Continental.

Quanto às habilitações literárias, na nossa amostra verificamos uma maior presença de pessoas com habilitações literárias de licenciatura na Universidade Sénior. Na amostra global encontramos pessoas com todo o tipo de habilitações, sendo que 22,2% não terminaram o 1º ciclo do Ensino Básico e 16,7% dos participantes são analfabetos, existindo uma heterogeneidade quanto as habilitações literárias dos participantes. Reportando-nos aos Censos de 2011, a taxa de analfabetismos das mulheres era superior à dos homens, cifrando-se em 6,62 para as mulheres e em 3,24 para os homens. Estes resultados, tal como em estudos anteriores (Machado & Medina,

2009; Pereira, 2015; Gonçalves & Neto, 2013), refletem que os idosos frequentadores das Universidades Seniores possuem, na sua maioria, o nível de ensino superior de licenciatura. De acordo com Alvarenga, Oliveira, Facenda, e Souza (2011) a escolaridade é um indicador preciso do nível socioeconómico de uma população pois influência o acesso a emprego, habilitação e utilização de serviços de saúde. Nesse contexto, ao nível de rendimentos podemos constatar nos nossos resultados que existem diferenças resultantes das habilitações literárias e das profissões, sendo que os participantes da Universidade apresentam profissões e reformas melhor remuneradas.

Quanto à caracterização do agregado familiar, a maioria da amostra vive sozinho/a (26), este facto verifica-se tendo em conta que a maioria da amostra é constituída por viúvos/as. No estudo de Mendão (2013) sobre o papel das Universidades Seniores, constatou-se que a maioria dos inquiridos que as frequenta, na constituição do seu agregado familiar, esta é composta pelo próprio ou vive apenas com o seu conjugue. Este facto é referenciado nesse estudo como sendo uma das razões para a frequência da universidade sénior.

Na área de recursos sociais verificamos que em ambos os grupos da amostra, a maioria dos idosos (85.2%, n = 46) referem que em caso de doença ou incapacidade tem alguém, recorrem à família, tal como em estudos anteriores Sobral (2015) e Daniel, Ribeiro & Guadalupe (2016). Estes estudos constataam que, em caso de doença, os idosos têm quem lhes preste ajuda. Relativamente, à família, esta por norma é quem assume geralmente o papel de cuidadores por períodos longos. Segundo Paúl (2005b), a família é considerada como o pilar de todo o Suporte Social recebido, constituindo uma fonte de apoio emocional e instrumental, contribuindo para uma positiva perceção de qualidade de vida do idoso.

Quanto ao tipo de relação com os vizinhos, a maioria refere como sendo “*próxima e amigável*”. Muito embora as relações entre vizinhos não sejam tão fluídas e livres como a escolha de amigos, estas possuem um carácter de maior proximidade e instrumental (Paúl, 1997). Nesse sentido os vizinhos podem prestar alguma ajuda, nas atividades instrumentais da vida diária, numa urgência ou necessidade. De acordo com Araújo & Melo (2011), o apoio instrumental prestado através da disponibilidade de bens e serviços ajudam a pessoa na execução de tarefas, na resolução de problemas e potencializa o convívio pessoal que permite aliviar tensões, diminuir o isolamento e o aumento da

participação social. Ao contrário do que diz na literatura, relativamente à rede social neste estudo não foi encontrada nenhuma diferença entre os sexos. A literatura refere que as mulheres apresentam menor contacto e participação social resultante da viuvez, como é observado em estudos por Rodrigues (2009), Rodrigues (2012). No presente estudo, foi verificada uma nítida diferença na proveniência dos participantes, apresentando os inquiridos da Universidade Sénior valores mais elevados na rede social global e na rede integrada por familiares. De acordo com Ricardo (2016) a participação dos indivíduos na Universidade Sénior tem efeitos positivos, sendo que permite combater o isolamento social e a somatologia em certas patologias.

Quanto ao isolamento social também não foi verificada nenhuma diferença entre os sexos, porém os idosos que se encontram inseridos na Universidade Sénior registam menor risco de isolamento social. Segundo a literatura, as Universidades Seniores desenvolvem assim uma política educativa que visa criar e dinamizar regularmente atividades culturais, formativas e de convívio, para maiores de 50 anos, num contexto de formação ao longo da vida (Jacob, 2012). Existe uma diferença significativa nas respostas dos participantes do Centro de Dia e Universidade Sénior. Os participantes provenientes da Universidade Sénior apresentam valores mais elevados na rede global ou rede social integrada por familiares. Tal como mostra o estudo de Jacob (2012), alguns dos motivos que levam as pessoas idosas a frequentarem as universidades são entre outros, manterem-se ativos e participativos em atividades lúdicas e culturais.

Tal como afirma Domingues (2011) podemos verificar que os nossos inquiridos, necessitam de estabelecer relações com os outros por diversos motivos, designadamente, na nossa amostra verificamos que os idosos necessitam de estabelecer relações com os outros ao nível de ajuda nas atividades diárias. Podemos ainda perceber que, conforme afirmaram Nunes & Menezes (2014), o contacto social permite estabelecer o equilíbrio pessoal, transmitir solidariedade, amizade e segurança, fazendo obter um sentimento de ser amado e valorizado, de pertença a um grupo. No centro destas redes sociais encontram-se as redes familiares e as redes de amigos, sendo a primeira de carácter não voluntário, enquanto a segunda de escolha voluntária ( Litwak, 1981, como citado em Paúl, 2005b), tendo efeitos na qualidade de vida dos idosos que são mais positivos na rede de amigos do que na rede de familiares.

No estudo realizado por Gonçalves & Neto (2013) com dois grupos de idosos, uns

que frequentam a universidade e outros que não, após 6 meses verificaram-se mudanças significativas com a frequência, quer ao nível dos elementos que constituem a sua rede social, quer ao nível do grau de satisfação quanto a essa rede, ou seja, os idosos que frequentam as Universidades Seniores apresentam níveis de suporte social mais elevados dos que aqueles que não frequentam.

Neste contexto, os resultados obtidos na Universidade Sénior inserem-se no conceito de Envelhecimento Ativo, segundo a OMS (2005), este inclui os conceitos de segurança, saúde e participação social. Nesta perspetiva, a frequência na Universidade sénior pelos participantes permite a promoção da atividade, nas suas componentes físicas e mental, e encontra-se relacionada com aspetos da saúde e a necessidade de se manterem ocupados, a qual podemos relacionar com a participação social.

Quanto à funcionalidade, como referem as investigações no domínio, com o avanço da idade existe maior vulnerabilidade nas atividades básicas e instrumentais. Fontes, Botelho e Fernandes (2013) no seu estudo referem que os idosos com idade igual ou superior a 85 anos apresentam mais limitações, nomeadamente nas atividades instrumentais.

No nosso estudo não existem diferenças em relação ao género na funcionalidade tal como no estudo de Fontes, Botelho & Fernandes (2013). Nesse estudo, apesar de não se verificar diferença no género, as mulheres apresentavam maior vulnerabilidade no estado civil, no *status* económico, enquanto os homens tinham piores resultados nas quedas. Porém, alguns estudos apontam nesse sentido, como refere o estudo de Rodrigues *et al.*, (2016) que quanto ao sexo a diferenças na amostra é significativa, sendo as mulheres pior classificadas. Segundo dados do INE (2011b) Portugal em 2011 possuía cerca de 80% da população idosa com dificuldade ou em não conseguir realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia. Estas dificuldades afetavam 995213 pessoas idosas em Portugal, sendo que mais de metade das quais (565 615) vivem sozinhas ou acompanhadas exclusivamente com outros idosos.

Os participantes provenientes da Universidade Sénior apresentam uma maior independência na funcionalidade ao nível das atividades básicas e instrumentais, em comparação com os participantes do centro de dia. Como refere Rodrigues (2009) as perda da competência ocorrem inicialmente nas AVDI e posteriormente nas AVDF.

De acordo com o que é descrito por Gomes Neto & Castro (2012) quanto maior é a

deterioração/redução da capacidade funcional que leva a uma inatividade, verifica-se também que os idosos estudados, nomeadamente os idosos do centro de dia, apresentam menor capacidade funcional e inatividade. Também verificamos, tal como Neri (2008) que os deficits nas capacidades desenvolvem uma dependência funcional de outros, como se constatou com os idosos do Centro de Dia.

De acordo com o estudo de Sousa *et al.*, (2015), os idosos mais independentes encontram-se na comunidade, enquanto as pessoas com algum tipo de dependência (total, severa, moderada ou leve) ao nível de AVDB e das atividades instrumentais são idosos que se encontram inseridos nas IPSSs, o mesmo se verifica no estudo de Moreira (2011).

É de realçar que a maioria dos idosos do presente estudo se identifica como independente, como no estudo realizado por Sobral (2015) com idosos do concelho de Bragança. A dependência segundo Brito & Pavarini (2012) constitui um risco significativo de mortalidade como um afastamento do meio social e posteriormente uma tendência para o isolamento das pessoas. Nesse sentido, como refere Fonseca (2005) constatamos que uma das questões problemáticas refere-se à avaliação da competência de vida diária, que infelizmente não se pode analisar em plenitude neste estudo.

Quanto à relação entre a funcionalidade e rede social, os resultados do nosso estudo referem que um menor risco de isolamento social está associado a uma melhor funcionalidade das atividades de vida diária e instrumentais. Segundo Brito & Pavarini (2012), o apoio social contribui para proteção contra a incapacidade funcional e cognitiva, bem como permite manter o idoso autónomo e independente no seu contexto quer familiar quer sociocultural.

No que concerne as atividades de lazer, verifica-se uma grande discrepância entre os dois grupos, Universidade Sénior e Centro de Dia, para além da prática de atividades na resposta social. Embora os prazeres possam ser encontrados em diferentes atividades, e varia de indivíduo para indivíduo, verifica-se que as pessoas que se encontram na Universidade Sénior para além de frequentar as atividades oferecidas por esta, no seu dia-a-dia desenvolvem outras atividades lúdicas, ou seja, que dão prazer e incluem pessoas. Nestas incluem-se entre outras o ler, atividades manuais, tomar café com amigos, ouvir música, desporto (caminhar, ginástica, natação), utilizar a internet e voluntariado. Em contrapartida, a maioria dos idosos do Centro de Dia, apenas se

restringem as atividades realizadas pela instituição. Nesse sentido começámos por analisar a forma como se distribuíam os idosos pelas diferentes atividades. Os seniores que frequentam a Universidade Sénior, quando não se encontram na Universidade a realizar atividades, desenvolvem outros hobbies e passatempos fora do contexto universitário (ex. voluntariado, internet, desporto, palavras cruzadas, natação, ou vir música entre outras).

Os seniores dos Centros de Dia, quando se levantam apenas realizam as tarefas domésticas e de seguida vão para a resposta social. Da parte de tarde, o mesmo acontece. À noite, existem semelhanças entre os dois grupos, visto que a maioria da amostra encontra-se em casa a ver televisão e a realizar tarefas domésticas. Se verificarmos os resultados dos estudos de Martins (2010) e de Cachadinha (2014) podemos encontrar algumas semelhanças nas atividades desenvolvidas pelos idosos dos referidos estudos e pelos idosos do nosso estudo. Segundo os autores referidos, ver televisão é uma das atividades mais praticadas. Fazendo comparação entre os dois grupos de idosos do nosso estudo verifica-se a predominância deste passatempo nos idosos em Centro de Dia nomeadamente no período da noite. Quanto às atividades desenvolvidas nas Universidades Seniores, estas podem ser de vários tipos. No estudo realizado por Machado & Medina (2012) a maior parte dos entrevistados referiu interesse na frequência da universidade sénior, devido à diferenciação das atividades dinamizadas relativamente as que são realizadas nas outras instituições: centros de dia e Lares de Terceira Idade.

Em síntese, podemos dizer que os níveis de funcionalidade/ autonomia dos indivíduos estudados são diversos, sendo que os idosos frequentadores dos Centros de Dia apresentam maiores níveis de dependência sobretudo nas atividades instrumentais da vida diária e os idosos da Universidade Sénior apresentam uma maior independência global, nas básicas e instrumentais. Verificamos também que a idade está relacionada com a perda de funcionalidade, ou seja, quanto maior é a idade menor é a funcionalidade. Relativamente as redes de relações sociais dos seniores estudados, verifica-se que elas são compostas essencialmente por familiares e amigos. Quanto à rede de relações sociais não foi encontrada nenhuma relação estatística significativa com o sexo e a idade. Em termos de apoios, os nossos inquiridos recorrem preferencialmente à família. No que respeita à relação entre a funcionalidade e a rede social, constata-se que um menor risco

de isolamento social está associada a uma melhor funcionalidade das atividades de vida diária e atividades instrumentais.





## **CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

---



Neste estudo começamos por fazer uma revisão da bibliografia nos aspetos mais relevantes do envelhecimento relacionados com o nosso tema de investigação. Pretendemos analisar as relações entre a funcionalidade e a rede social nos idosos frequentadores de Centros de Dia e de Universidade Sénior no Concelho de Guimarães. Através do estudo percebeu-se que existem diferenças na rede social e na funcionalidade na vida diária nos frequentadores de Centros de Dia e de Universidade Sénior. Mais concretamente, procurou-se descrever a relação entre a funcionalidade na atividade diária e a rede social numa amostra de idosos de Centro de dia e Universidade Sénior do concelho de Guimarães com diversas características sociodemográficas.

Sendo o envelhecimento um dado demográfico, um fenómeno social com grande impacto na sociedade, tornando-se assim necessário refletir sobre o mesmo a fim de proporcionar uma velhice bem-sucedida. Nesse sentido, houve o crescimento das respostas sociais, dirigidas a esta população alvo, tais como Estrutura Residencial para pessoas idosas (ERPI), Serviço de Apoio Domiciliar e Centro de Dia (Sousa, Gomes, Pinto, 2015). Outra das respostas que surgiram foram as Universidades Seniores, que tem vindo a desempenhar um papel fulcral no envelhecimento, proporcionando aos idosos a participação social, desenvolvimento de sentimentos de afinidades, desenvolvimento de laços sociais contribuindo assim para combater o isolamento social.

A velhice não deve ser vista como um processo individual, mas antes como um fenómeno que se diferencia de idoso para idoso e que depende do contexto social. Constata-se que a longevidade contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais ao nível das atividades diárias e instrumentais que conseqüentemente implica uma redução na rede social.

Ao longo desta pesquisa, e a título de reflexão pessoal, podemos verificar que, independentemente de o idoso estar inserido numa resposta social, o idoso pode manter as suas relações e a sua autonomia contribuindo para o seu equilíbrio biopsicossocial e para a sua qualidade de vida. Sendo que com o desenvolvimento da sociedade as famílias deixam de ter disponibilidade para prestar o apoio necessário e imprescindível, levando a que o idoso procure elementos fora do seio familiar (Pimentel, 2005).

Neste trabalho procedemos à caracterização dos sujeitos quanto à sua autonomia e à caracterização da sua rede social. Neste ponto, verificamos que não existe diferenças quanto ao sexo, mas sim à proveniência do inquirido. Isto é, os inquiridos provenientes

da Universidade Sénior apresentam maior independência ao nível das atividades instrumentais e diárias, comparando com os inquiridos do centro de Dia. Apuramos também, que os indivíduos que vivem acompanhados apresentam maior dependência ao nível das atividades instrumentais da vida diária.

Quanto à rede social, apuramos que a maioria classifica as relações com os vizinhos como sendo próximas e amigáveis. Ao nível de ajuda ou apoio solicitado, a maioria recorre à família, sendo que a ajuda mais requisita se refere às atividades de vida diária. O mesmo acontece no caso de doença ou incapacidade. No que se refere à Rede Social global e familiar, os participantes da Universidade Sénior são detentores de valores mais elevados na Escala de Lubben, deste modo, registam menor risco de isolamento social.

Fizemos também a caracterização dos nossos inquiridos quanto às suas atividades e ocupações. Neste ponto verificamos a existência de uma grande diversidade de atividades e de preferências para ocupação do tempo nos dois grupos da amostra. Como denominador comum na amostra, encontramos a televisão como sendo uma das ocupações do tempo livre mais referida, nomeadamente no período noturno. Por outro lado, verificamos que os inquiridos da Universidade Sénior para além das atividades desenvolvidas na universidade procuram manter-se ativos, desenvolvendo outras atividades fora desse contexto, como desporto, ler, informática entre outros. O mesmo não acontece com os inquiridos do Centro de Dia, tendo estes um dia mais monótono.

Com este estudo, para além de se ter confirmado que o meio social interfere no envelhecimento, conclui-se que os idosos da Universidade Sénior apresentam-se como independentes ao nível da funcionalidade quer das atividades de vida diária quer das atividades instrumentais e que possuem uma maior rede social do que os idosos do centro de dia. Por outro lado, verificamos que, ao nível de atividades de lazer, também existem diferenças, realizando os idosos da universidade sénior um maior leque de atividades que os idosos do Centro de Dia.

Quanto às limitações deste estudo, deve-se dizer que, apesar da concretização dos objetivos de investigação delineados para o estudo, a interpretação dos resultados exige a ponderação de algumas limitações metodológicas que comprometem a generalização dos resultados. Foi utilizado o tipo amostragem não probabilística por conveniência, sendo que foram inquiridos idosos de apenas três Centros de Dia do centro urbano de Guimarães e da Universidade Sénior-UNAGUI. Salienta-se o tamanho da amostra ser reduzido, uma vez que

tal facto pode inviabilizar um conjunto de testes.

A segunda limitação prende-se com o local de aplicação do instrumento de avaliação na Universidade Sénior. Ou seja, o facto de o preenchimento ter sido durante o tempo e intervalo de aulas, implicando a presença de todos os estudantes no mesmo espaço. Os estudantes da Universidade Sénior podem indiretamente ter sentido alguma pressão para responder de um modo socialmente aceite. Por outro lado, o facto de a Universidade Sénior ser frequentada por pessoas a partir dos 50 anos, fez com que fosse necessário fazer uma seleção para obter inquiridos com idade igual ou superior a 65 anos.

A terceira limitação refere-se ao questionário aplicado aos participantes, este composto por questões fechadas e outras abertas. Uma das questões foi retirada conforme ia sendo aplicado o questionário. A questão “ *Acha que vai precisar de ajuda para continuar a viver em sua casa, à medida que vai envelhecendo?*” foi retirada do estudo, porque sendo uma pergunta que exige uma perspetiva futura, os idosos referiram que não sabiam responder à questão, visto que não sabem o que lhes pode acontecer.

E por fim a última, limitação refere-se à Escala de Rede Social de Lubben (Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) na sua aplicação notei que os idosos do Centro de Dia, tinham dificuldades em responder às questões da escala, nomeadamente em identificar a quantidade de pessoas a incluir em cada item ou questão.

Face ao exposto, sugerimos que mais investigações deverão ser realizadas sobre a relevante temática de que nos ocupamos para que se possa chegar a resultados mais aprofundados e abrangentes.

Tendo em consideração as limitações do estudo, poderá ser tomado como ponto de partida para o desenho e planificação de futuros estudos, uma amostra mais abrangente para poder ser feita uma generalização. Deverão ser feitos estudos noutros Centros de Dia e Universidade Sénior do Noroeste de Portugal e mesmo de Portugal. Em termos práticos, sugere-se que sejam concebidas estratégias para promover o envelhecimento mais ativo ao nível dos Centros de Dia.

Como tivemos oportunidade de comprovar, ao nível da funcionalidade verifica-se uma maior dependência ao nível das atividades instrumentais, sobretudo nos Centros de Dia. Neste contexto, sugere-se que sejam delineadas estratégias que promovam o aumento da independência ao nível das atividades instrumentais da vida diária, designadamente,

atividades educativas que promovam uma maior integração na sociedade tecnológica e informatizada.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---





Alvarenga, M., Oliveira, M., Faccenda O., & Souza, R. (2011). *Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família*. *Cogitare Enfermagem*, 16 (3), 478-485

Amaral, M.F., & Vicente, M.O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (2), 23-31

Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. *Handbook of theories of aging*, 2, 247-260.

Antunes, R., Sequeira, J., & Alarcão, M. (2011). Personal social network and perceived life quality in teenagers. *International Journal of Development and Educational Psychology*. INFAD- Revista de Psicologia, 1, 335-345.

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 (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa: ISPA

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25 (2), 59-66.

Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (4), 869-875.

Araújo, L., & Ribeiro, O. (2012). Centenários: que redes sociais? . *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. ISSN 2176-901X, 15, 57-74.

Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (Coord). *Manual de Envelhecimento Ativo*, pp. 141-167. Lisboa: LIDEL

Baltes PB, Lindenberger U, Staudinger UM (2006a) "Lifespan theory in developmental psychology. In RM Lerner (ed.), *Theoretical Models of Human Development: Vol.1. Handbook of Child Psychology*, 6 Ed. Wiley, New York; 569-664.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23 (5), 611.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Bandeira, M. L. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população Portuguesa--1950--2011 Evolução e Perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Bass, S. (2009) Toward and integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D.Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.) *Handbook of theories of aging*. (pp.347-374).New York: Springer.

Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e Envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. *Manual de Gerontologia*. Lisboa3:Lidel.

Bastos, A., Faria, C., Amorim, I., & de Carvalho, J. M. M. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. In *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social* (Vol. 1, No. 1).

Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal*,pp.111-35 Lisboa: CLIMEPSI.

Brito, T. R. P., & Pavarini, S. C. I. (2012). Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (4), 677-684.

Cachadinha, B. V. G. C. (2014). *Fatores interculturais no envelhecimento autónomo: estudo de um grupo de seniores residentes na área urbana de Viana do Castelo*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Aberta. Lisboa

Câmara Municipal de Guimarães (2005). A`21 Eixo- Complexidade. *Mais cidade. Mais campo*. Consultado a 2 de Novembro de 2016. Disponível em [www.cm-guimarães.pt](http://www.cm-guimarães.pt).

Câmara Municipal de Guimarães (2015) *Plano de Desenvolvimento Social Inclusivo de Guimarães*

2015-2020. *Rede social*. Consultado a 10 de Maio de 2016. Disponível em [www.cm-guimarães.pt](http://www.cm-guimarães.pt)

Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2006). Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um Projecto.

Capitanini, M. E. S. (2000). *Sentimento de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Carrilho, Maria José; Gonçalves, Cristina (2007) Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de estudos demográficos*. Lisboa. 40 (2007) 21-38.

Carstensen, L. L., Mikels, J. A., & Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation and emotion. *Handbook of the psychology of aging*, 6, 343-362.

Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*, 26(1), 21.

Carvalho, L., & Silva, M. (2015). Universidades da Terceira Idade: dimensão educativa e social. *Revista Aprender*, (36), 48-62

Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59 (8), 676-684.

Correia, M. R. R. (2015). *Qualidade de vida, satisfação e comunicação com a família em idosos*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2015.

Daniel, F., Ribeiro, A.M. & Guadalupe, S. (2011). Recursos Sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário. In Congresso Internacional "A Solidão nos limiares da pessoa e da solidariedade: entres os laços e as facturas sociais" Porto, 73-85.

Diehl, M. (1998). Everyday competence in later life: Current status and future directions. *The Gerontologist*, 38 (4), 422-433.

Direcção-Geral da Saúde (2004) - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.  
Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Doll, J., Gomes, Â., Hollerweger, L., Pecoits, R. M., & Almeida, S. T. D. (2007). Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre. Vol. 12 (2007), p. 7-33.*

Domingues, M. A., Ordonez, T. N., Torres, M. J., de Barros, T. C., Lima-Silva, T. B.

Batistoni, S. S. T., & Cachioni, M. (2012). Rede de Suporte Social de Idosos do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X, 15, 33-51.*

Domingues, M. (2011) O Cuidador e a Rede de Suporte Social do Idoso. In Filho & Kikuchi. *Geriatrics e Gerontologia Básicas*, São Paulo, 433.

Duarte, Y. A. D. O., Andrade, C. L. D., & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41 (2), 317-325.*

Elder Jr, G. H. (2001). Families, social change, and individual lives. *Marriage & family review, 31(1-2), 187-203.*

Elder, G. H., & Giele, J. Z. (Eds.). (2009). *The craft of life course research*. Guilford Press. Faria, P. M. M. (2014). Reabilitação no centro histórico de Guimarães-Uma visão estratégica. Universidade do Porto-Faculdade de Engenharia

Farinha, M. (2014). Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da instituição na perspectiva do utente. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal.

Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. In *Fórum Sociológico* (Vol. 17, pp. 11-16).

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: the differential conditions. *Psychology in Spain*, (2), 57-65.

Fernández-Ballesteros, R. (2001) "Psicología y envejecimiento: Retos internacionales en el siglo XXI", *Intervención Psicossocial*, 10, 3, pp.277-284

Fernández-Ballesteros, R. (2002). "Envejecer bien", in R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Vivir com vitalidade*, Madrid, Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp.31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, 21 (3), 513-8.

Fillenbaum, G.G. (1986), Troisième âge et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle. Genebra, OMS.

Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P25-P32.

Fonseca, A. M. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005b). O Envelhecimento Bem-Sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp.281-311). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2006). O Envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 277-289.

Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009).

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa. *Psychologica*, (50), 373-388.

Fonseca, A.M, (2012) Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição-Adaptação no Decurso do Envelhecimento. In Paul.C &Ribeiro,O. *Manual de Gerontologia: Aspectos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do Envelhecimento*: Lidel.

Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2013). A funcionalidade dos mais idosos (≥ 75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev. bras.geriatr. gerontol*, 16(1), 91-107.

Ford, A. B.,Haug, M.R., Strange,K.C.,Gaines,A.D.,Noelker,L.S.,& Jones, P.K. (2000). Sustained personal autonomy: a measure of successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12 (4), 470-489.

Gomes Neto, M., & Castro, M. F. D. (2012). Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. *Rev. bras. med. esporte*, 18(4), 234-237.

Gonçalves, J., & Neto, F. (2013). Influência da frequência de uma Universidade Sénior no nível de solidão, autoestima e redes de suporte social. *Temas em Psicologia do Envelhecimento (Vol. I)*, 69.

Hansen-Kyle, L. (2005, April). A concept analysis of healthy aging. In *Nursing forum* (Vol. 40, No. 2, pp. 45-57). Blackwell Publishing, Ltd.

Henriques, F., & Rodrigues, T. (2008). *O século XX: a transição*. História da população portuguesa: das longas permanências à conquista da modernidade. Porto: CEPESE & Edições Afrontamento, 417-513.

<http://www.cartasocial.pt>. Consultado a 8 de Setembro de 2016.

INE (2011a).*Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Norte*. Lisboa, 2012. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). Consultado a 10 de Maio de 2016.

INE (2011b) Saúde e Incapacidade em Portugal. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt). Consultado a 10 de Maio de 2016.

INE (2012) Anuário Estatístico da Região Norte. 2013 Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado a 2 de Novembro de 2016.

INE (2013). Estatísticas Demográficas 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado a 9 de Maio de 2016.

INE (2014). Projeções de População residente 2012-2060. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt>. Consultado a 9 de Maio de 2016.

INE (2015) Instituto Nacional de Estatística, Revista de Estudos Demográficos, nº 54, Lisboa: INE, I.P. Disponível em <https://www.ine.pt>. Consultado a 13 de Abril de 2016.

Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198.

Jacob, L. (2012). Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida. *Ideias para um envelhecimento ativo*.

Jacob, L. (2013). A educação e os seniores por Luís Jacob. Almeirim: RUTIS. Lei n.º 11-a/2013, de 28 de janeiro- Reorganização Administrativa do território das freguesias. Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2114&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2114&tabela=leis). Consultado a 10 de Agosto de 2016

Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico : percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 13 –31.

Machado, F. N., Machado, A. N., & Soares, S. M. (2013). Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21( 6), 1321-1329.

Machado, F., & Medina, T. (2012). As universidades seniores: Motivações e repercussões de percursos em contextos de aprendizagem. *Educação, Sociedade & Culturas*, 37, 151167.

Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz. Oct/Dec*, 16(4), 1024-1032.

Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Marshall, V. (2009). Theory informing public policy: The life course perspective as policy tool. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silversytein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp.573-593). NY:Springer.

Martins, R. (2010). Os idosos e as actividades de lazer. *Millenium*, 243-251.

Martins, R. M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 128-134.

Mendão, L. T. M. (2013). *O papel da universidade sénior de Elvas no quotidiano dos idosos*, Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Portalegre-Escola Superior de Educação.

Millán-Calenti, J. C. (2006). Gerontología y geriatría. In J. C. Millán-Calenti (Ed.), *Principios de Geriatría y Gerontología* (pp. 3-20). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Moreira, A. C. G. (2011). *Contributo para a validação da versão 12 itens do WHODAS 2.0* Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.

Moreira, M.J., & Gomes, C. S. (2014). *Evolução da População Portuguesa. Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População*. Lisboa: *Fundação Francisco Manuel do Santos*. Disponível em <https://www.ffms.pt>. Consultado a 13 de Dezembro de 2015

Moreira, M. J., & Rodrigues, T. (2008). *As Regionalidades Demográficas no Portugal Contemporâneo*. CEPESE.

Nahas, M. V. (2009). Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. *Revista Baiana de Saúde Pública*.

Nazareth, J. M. (1985). A demografia portuguesa do século XX: principais linhas de evolução e transformação. *Análise Social*, 963-980.

Nelas, J.; Duarte, J.; Nelas, P.; Nelas, R. (2010) (Dis) Funcionalidade: Suporte Social e Qualidade de Vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* Infad Revista de



Psicología, Nº1,. ISSN: 0214-9877. PP:177-188.

Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia, 14* (1), 17-34.

Neri, A. (2008). *Palavras-Chave em Gerontologia*. Brasil: Alínea.

Nico, M. L. (2011). Transição biográfica inacabada: transições para a vida adulta em Portugal e na Europa na perspectiva do curso de vida.

Nogueira, E. J., de Lima, L. J. C., Martins, L. A., & Moura, É. R. (2009). Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos. *Iniciação Científica Cesumar, 11*(1), 65-70.

Nunes, L. & Menezes O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa. Editorial Caminho.

Nunes, M. E., & Santos, S. (2009). Avaliação funcional de idosos em três programas de atividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 9* (2-3), 150-159.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4th ed). Porto: Livpsic. Organização Mundial de Saúde, (2002). Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Lisboa: Direcção-Geral da Saúde*.

Organização Mundial de Saúde, (2004). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Lisboa: Direcção-Geral da Saúde*.

Organização Mundial de Saúde, (2005) - Envelhecimento Activo: uma política de saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf) Consultado a 10 de Abril de 2016.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.

In: J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C. Nunes (Coords). *Bem-estar e Qualidade de vida* (pp.3149). Alcochete. Textiverso.

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. trad. *Daniel Bueno*. Porto Alegre: 639-714.

Paschoal, S. (2012). Independência e Autonomia. In Filho & Kikuchi. *Geriatrics e Gerontologia Básicas*.

Paúl. C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, 22-41.

Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*,15, 275-287.

Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I & Amado, J, (2005c) Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In. Constança, Paúl e António M. Fonseca, (Coords.) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores, p.77-95.

Paúl, M<sup>a</sup> Constança - Lá para o fim da Vida - Idosos, família e meio ambiente, Coimbra, Almedina, 1997.

Paúl. C., & Ribeiro, O. (2012). Introdução. *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Pereira, J. D. C. (2015). *O envelhecimento ativo na perspetiva de pessoas idosas que frequentam a Universidade Sénior de Águeda*. Universidade de Aveiro.

Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família – contextos e trajectórias. Coimbra: Quarteto

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento Ativo. In. *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Climepsi Editores, p.2-11.

Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. ISSN 2176-901X, 15, 217-234.

Ricardo, R. (2016). A Educação e a Terceira Idade em Portugal: estudo exploratório de uma Universidade Sénior. *Investigar em Educação*, 2(5).

Rodrigues, A. G., & Silva, A. A. D. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por

idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 16(1), 159-170.

Rodrigues, R. M. C. (2009). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização serviços.

Rodrigues, R. M. C., Azeredo, Z. D. A. S., Mendes, I. M. M. M. D., da Silva Crespo, S. S., & da Silva, C. F. R. (2016). Os muito idosos do concelho de Coimbra: avaliação da funcionalidade na área de saúde física. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (2), 163-172.

Rodrigues, T. (2012). O modelo OARS na enfermagem comunitária: Avaliação da funcionalidade e utilização de serviços de uma população idosa rural (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Rodrigues, T. F. (2008). História da população portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade. *Porto: CEPESE & Edições Afrontamento*, 417-513.

Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental. Faculdade de ciências humanas e sociais-UFP.

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rowe, J., & Kahn, R. (1998), *Successful Aging*, Nova Iorque, Pantheon Books.

Rowland, D.T (2009). Global Population Aging: History and Prospects. In Peter Uhlenberg , *International Handbook of Population Aging* (pp. 37-65). Texas: Springer.

Sampieri, R.; Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Schaie K.W., Willis, S. (1999). Theories of everyday competence and aging. In V. Bengtson & W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. *Lisboa: Lidel*.

Siqueira, M.E.C (2001) Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In. A.L.Neri (Org) *Desenvolvimento e Envelhecimento. Questões Biológicas, psicológicas e Sociais*: Campinas: Papirus.

Sobral, C. D. G. C. (2015). *Avaliação multidimensional (OARS) do idoso na cidade de Bragança*. Dissertação de Mestrado: Instituto Politécnico de Bragança.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: AMBAR.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37 (3), 364-71.

Sousa, P., Gomes, M., & Pinto, M. (2015). *Trajelórias de Vida e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira* Dissertação de Mestrado: Universidade de Aveiro.

Teixeira, I. N. D., & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94.

Torres, A. (1995). *Demografia e Desenvolvimento: elementos básicos*.

Universidade do Minho (2013) Impactos, Económicos e Sociais – Relatório Executivo.

Guimarães 2012, Capital Europeia da Cultura . Disponível em

<http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05->

[impactos](http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-impactos-)<http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-impactos->

[economicos-e-sociais-da-guimaraes-2012-capital-europeia-](http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-impactos-e-sociais-da-guimaraes-2012-capital-europeia-da-cultura--relatorio-executivo-)

[da-cultura--relatorio](http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-)<http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05->

[impactos-economicos-e-sociais-da-guimaraes-2012-capital-europeia-da-cultura--relatorio-](http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-)

[executivo-universidade-do-minho-2013-pdf.aspx](http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-)

[executivo-universidade-do-minho-2013-pdf.aspx](http://www.gepac.gov.pt/gepac-dsepac/estudos-e-estatisticas/estudos/05-)

Consultado a 10 de Maio de 2016

Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iranian journal of psychiatry*, 5(4), 140. WHO Group (1994). *Statement developed by WHO Quality of Life Working Group*. Geneve: World Health Organization. [www.fraterna.org](http://www.fraterna.org). Consultado a 8 de Maio de 2016

[www.seg-social](http://www.seg-social). Consultado a 8 de Maio de 2016



## ANEXOS

---





**Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
Escola Superior de Educação**

Código:\_\_\_\_\_

**Consentimento Informado**

*Envelhecimento, Rede Social e Funcionalidade na vida diária*

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, a decorrer na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESSE-IPVC). Este estudo tem como principal analisar a relação entre a funcionalidade na vida diária e rede social.

Fui informado que, para participar neste estudo, me será pedido para responder a um questionário sobre o assunto. Tenho conhecimento de que os objetivos deste estudo, para qual fui convidado(a) a participar, foram estabelecidos por uma equipa de investigação do Mestrado em Gerontologia Social da ESSE-IPVC.

Compreendi que a minha participação é voluntária e que os dados/informação recolhida serão mantidos anónimos e confidenciais, sendo utilizados apenas para os fins de investigação.

Assim, dou o meu consentimento informado de livre vontade para participar neste estudo, sabendo que poderei desistir em qualquer momento do estudo, se assim o entender.

Data \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do Participante:\_\_\_\_\_

O Investigador:\_\_\_\_\_

Observação:

Caso seja necessário informação adicional, gostaríamos de saber se está disponível para ser contactado (a) e pedimos-lhe que deixe os seus contactos:

Telemóvel:\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_



## ANEXO I I

---

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

INSTRUMENTOS USADOS PARA AVALIAÇÃO DE CAPACIDADES E NECESSIDADES  
ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

### PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

O presente protocolo focalizado no funcionamento individual, serve de base à avaliação da pessoa idosa. Composto por questões de resposta aberta e fechada, aborda aspetos de caracterização sócio-demográfica, funcionalidade, relações sócio-familiares, entre outros.

Profª.Doutora Manuela Cachadinha  
Maria do Céu Alves

Vou fazer-lhe algumas questões sobre as necessidades que sente no dia-a-dia para realizar as suas atividades usuais. Vou começar por pedir-lhe para me responder a algumas perguntas sobre si e sobre o que consegue fazer sem ajuda ou com ajuda tanto em casa como fora de casa. Vou ainda perguntar-lhe que tipo de ajuda necessita para conseguir realizar as suas atividades do dia-adia.

## A. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

### 1. Dados relativos à pessoa

Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Solteiro(a): \_\_\_\_\_

Casado (a): \_\_\_\_\_

Viúvo (a): \_\_\_\_\_

Separado(a)/divorciado(a): \_\_\_\_\_

Tem filhos? \_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_ Com \_\_\_\_\_ quem \_\_\_\_\_ vive?

Se tem filhos, a que distância vive deles? \_\_\_\_\_ (Km)

Andou na escola até que ano? \_\_\_\_

Qual a sua situação profissional? Ativo \_\_\_\_ Reformado \_\_\_\_ Nº de anos de Reforma \_\_\_\_\_

Qual foi a sua profissão? \_\_\_\_\_ Quantos anos trabalhou nessa profissão? \_\_\_\_\_

Quantas pessoas vivem consigo? \_\_\_\_\_ Em quem são essas pessoas ?

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 1. Vive sozinho/a | 6. Irmãos ou cunhadas  |
| 2. Cónjuge        | 7. Outros familiares   |
| 3. Filhos/as      | 8. Amigos  |
| 4. Netos/as       | 9. Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar) |
| 5. Pais ou sogros | 10. Outros _____   |

Qual o valor dos rendimentos mensais do seu agregado familiar? Por favor, assinale apenas uma das alternativas.

Inferior a 249,00 € <input type="checkbox"/>	Entre 751,00 € e 1000,00 € <input type="checkbox"/>
Entre 1001,00 € e 2000,00 € <input type="checkbox"/>	Entre 250,00 € e 420,00€ <input type="checkbox"/>
Entre 421,00 € e 750,00 € <input type="checkbox"/>	Superior a 2001,00 € <input type="checkbox"/>

### 2. Dados relativos à sua Rede Social

Se tivesse que explicar a outra pessoa, como descreveria a sua relação com os vizinhos?

Próxima e amigável Distante\_\_\_ Inexistente\_\_\_ Conflituosa \_\_\_

No dia-a-dia, quando precisa de ajuda, a quem recorre? Por favor, assinale apenas uma das alternativas:

Família

Amigos Vizinhos

Outros.  Quais? \_\_\_\_\_

Quando recorre a alguém, que tipo de apoio precisa ou solicita?

Atividades de Vida Diária

Apoio afectivo

Ir passear

Outros  Quais? \_\_\_\_\_

Habitualmente recebe amigos/ vizinhos em sua casa? \_\_\_\_\_

Para além de vir ao Centro de Dia/ Universidade Sénior, que outras atividades faz?

Desporto

Voluntariado

Cuidar de Familiares (Netos, sobrinhos, etc)

Outros.  Quais? \_\_\_\_\_

### 3. Dados relativos Vida Autónoma

#### Dentro da Habitação

Acha que a sua casa tem as condições adequadas? Sim  Não  Porque? \_\_\_\_\_

Na sua casa, o que lhe dificulta a sua mobilidade (ex. degraus, portas estreitas, banheira, etc)?\_\_

A sua casa tem:

Eletricidade

Saneamento

Água canalizada

Televisão

Telefone/Telemóvel

Humidade

Aquecimento

#### Fora de Casa

Sente alguma dificuldade em deslocar-se fora de casa? Sim Não Quais?\_\_

Caso fique doente ou incapacitado/a, tem alguém que possa ajuda-lo/a ou cuidar de si?

A) Sim. Quem \_\_\_\_\_

B) Não. Porque? \_\_\_\_\_

Relativamente às atividades da vida diária, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana, desde que se levanta até que se deita?

De Manhã:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De Tarde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

À Noite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acha que vai precisar de ajuda para continuar a viver em sua casa, à medida que vai envelhecendo?

\_\_\_\_\_

#### 4. Outros Dados

Local onde foi realizado o estudo:

Centro de Dia

Universidade Sénior

**A. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA  
DIÁRIA: ÍNDICE DE LAWTON**  
(LAWTON & BRODY, 1969; SEQUEIRA, 2007)

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da Casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma coisa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do Telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de Transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Incapaz de usar o transporte	3
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3
<b>Somatório</b>		_____

8 pontos      Independente  
9-20 pontos    Moderadamente dependente (necessita de certa ajuda)  
> 20 pontos    Severamente dependente (necessita de muita ajuda)

**B. Avaliação Da Funcionalidade Nas Atividades Básicas Da Vida Diária: ÍNDICE DE BARTHEL**  
(Mahoney & Barthel, 1965; Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007)

<b>Alimentação</b>	10	Independente	Ex: capaz de utilizar qualquer instrumento: come num tempo razoável
	5	Necessidade de alguma ajuda	Ex: Para cortar, levar à boca
	0	Dependente	Necessita ser alimentado
<b>Vestir</b>	10	Totalmente independente	Ex: Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos
	5	Necessita de alguma ajuda	Ex: Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo
	0	Dependente	
<b>Banho</b>	5	Totalmente independente	Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros
	0	Dependente	
<b>Higiene Corporal</b>	5	Totalmente independente	Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.
	0	Dependente	
<b>Utilizar a Casa de Banho</b>	10	Independente	Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho
	5	Necessita de Ajuda	Para manter o equilíbrio, limpar-se sozinho e ajustar a roupa
	0	Dependente	
<b>Controlo Intestinal</b>	10	Independente	Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de clisteres, fá-lo sozinho
	5	Incontinência ocasional	Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para clisteres
	0	Incontinente fecal	
<b>Controlo Vesical</b>	10	Independente	Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho
	5	Incontinência ocasional	Episódios ocasionais de incontinência; necessita de ajuda para uso de sonda ou colector
	0	Incontinente ou algaliado	
<b>Subir Escadas</b>	10	Independente	Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio
	5	Necessita de ajuda	Ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas
	0	Dependente	
<b>Transferência Cadeira-Cama</b>	15	Independente	Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho
	10	Necessita de ajuda mínima	Ajuda mínima e supervisão
	5	Necessita de grande ajuda	É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência
	0	Dependente	
<b>Deambulação</b>	15	Independente	Caminhada pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andalho, canadianas
	10	Necessita de ajuda	Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão
	5	Independente com cadeira de rodas	Anda pelo menos 50 metros
	0	Dependente	
			<b>Total: _____/100</b>

90-100 pontos	Independente
60-90 pontos	Ligeiramente dependente
40-55 pontos	Moderadamente dependente
20-35 pontos	Severamente dependente
<20 pontos	Totalmente dependente



**E. ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN - LSNS-6**

(Lubben, 1988; Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa &amp; Paúl, 2012)

*No que diz respeito à sua família e amigos....*

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
<b>FAMÍLIA:</b> <i>Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...</i>						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
<b>AMIGOS:</b> <i>Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...</i>						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente á vontade para falar sobre assuntos pessoais?						



## ANEXO III

### Análise Qualitativa

**Tabela 22**-Resposta à questão: *Relativamente às atividades da vida diária, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana, desde que se levanta até que se deita?*  
– Idosos da Universidade Sénior

---

Nº1	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço e trata das tarefas de casa, mais tarde faz o almoço.</p> <p><b>Tarde:</b> Vai para a Universidade Sénior e realiza voluntariado</p> <p><b>Noite:</b> Por norma encontra-se em casa, de vez em quando vai as reuniões do Grupo de Oração que pertence, janta e vê televisão.</p>
Nº2	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço, vai fazer voluntariado no Hospital e alguns dias que faz Ginástica.</p> <p><b>Tarde:</b> Durante a semana vai praticamente todos os dias as atividades da Universidade Sénior, só menos um dia. Nesse dia trata de assuntos pessoais.</p> <p><b>Noite:</b> Janta e costuma jogar as cartas com amigas, vê televisão e joga o sudoku</p>
Nº3	<p><b>Manhã:</b> Põe-se a pé, toma o pequeno-almoço, em seguida via para a Internet ver notícias e joga Sudoku e joga cartas</p> <p><b>Tarde:</b> Nos dias que tem atividades na Universidade Sénior vai, e nos outros dias vai fazer compras e tratar de assuntos relacionados com a casa</p> <p><b>Noite:</b> Janta e vê televisão</p>
Nº4	<p><b>Manhã:</b> Põe-se a pé, e vai ao café conversar com os amigos e realiza as compras diárias</p> <p><b>Tarde:</b> Nos dias que tem atividades na Universidade Sénior frequenta, e nos outros dias fica em casa e vê televisão</p> <p><b>Noite:</b> Faz o jantar e depois arruma a cozinha, no fim vai para o computador ou joga no tablet.</p>
Nº5	<p><b>Manhã:</b> Põe-se a pé, toma o pequeno-almoço, em seguida realiza as tarefas de casa, prepara o almoço para os netos.</p> <p><b>Tarde:</b> Frequenta as atividades das Universidade Sénior.</p> <p><b>Noite:</b> Janta, vê televisão, joga no computador e depois deita-se.</p>
Nº6	<p><b>Manhã:</b> Põe-se a pé, toma o pequeno-almoço, e em seguida vai fazer as compras para casa.</p> <p><b>Tarde:</b> Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante toda a semana.</p> <p><b>Noite:</b> Janta, em seguida vê televisão, lê revistas e depois deita-se.</p>

---

- 
- Nº7 **Manhã:** Levanta-se, frequenta a Ginástica duas vezes por semana. Após realiza compras, joga computador, faz sudoku e palavras cruzadas
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante toda a semana.
- Noite:** Janta em seguida vê televisão ou lê, e por norma deita-se tarde.
- 
- Nº8 **Manhã:** Levanta-se, vai ao café ler o jornal. Em seguida, regressa para casa onde trabalha em trabalhos manuais e lê.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior quando tem e, nos outros dias realiza trabalhos manuais ou lê.
- Noite: Janta** e em seguida vê televisão com a irmã. Deita-se entre as 22:30 e as 23:00.
- 
- Nº9 **Manhã:** Levanta-se, faz a higiene e depois começa a fazer o almoço.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior quando tem e, nos outros dias vai passear com o marido.
- Noite: Janta**, em seguida vê televisão e depois deita-se.
- 
- Nº10 **Manhã:** Levanta-se, realiza as tarefas de casa e em seguida faz o almoço.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante a semana
- Noite: Faz** o jantar, em seguida vê televisão e depois realiza trabalhos manuais ou lê antes de se deitar.
- 
- Nº11 **Manhã:** Levanta-se, e ajuda a empregada a fazer as tarefas de casa.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante a semana
- Noite: Janta**, em seguida vê televisão ou lê antes de deitar.
- 
- Nº12 **Manhã:** Levanta-se, e ajuda a empregada a fazer as tarefas de casa.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior quando tem e, nos outros dias vai passear ou para a casa da filha.
- Noite:** Janta, em seguida vê televisão ou ouve rádio antes de deitar.
- 
- Nº13 **Manhã:** Levanta-se as 8:30, em seguida toma o pequeno-almoço em casa. Durante a semana dois a 3 dias por semana frequenta as atividades da Universidade Sénior da parte da manhã, e depois regressa a casa para fazer o almoço
- Tarde:** Dois dias por semana frequenta as atividades da Universidade Sénior. Nos outros dias, realiza compras e toma conta dos netos ( Ex: buscar os netos a escola). Um dia por semana vai tomar chá com as amigas.
- Noite:** Janta em casa arruma a cozinha e depois vê televisão ou lê, depois deita-se por volta das 23:30.
- 
- Nº14 **Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço, depois vai até a cidade gerir o seu negócio e almoça na cidade.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante a semana.
- Noite:** No final do dia costuma e passear depois janta e deita-se.
-

- 
- Manhã:** Levanta-se arruma o quarto, vai ao café ter com uma amiga. Depois regressa a casa e faz o almoço.
- Nº15 **Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade nos dias que tem, nos outros faz trico, palavras cruzadas ou vai para o computador.
- Noite:** Janta, vê televisão e depois deita-se.
- 
- Manhã:** Levanta-se, toma banho, depois toma o pequeno-almoço e vai fazer compras ou tratar de assuntos pessoais.
- Nº16 **Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Senior durante a semana.
- Noite:** Janta, vê televisão e depois deita-se.
- 
- Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida caminha 9 a 10 km por dia. E frequenta a Ginástica e Natação as terças e quinta na Universidade Sénior.
- Nº17 **Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante a semana.
- Noite:** Janta, vê televisão. Quando não tem Ensaios no Grupo que pertence vai até ao café.
- 
- Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida frequenta a Hidroginástica duas vezes por semana. Nos outros dias trata de assuntos que precisa (ex. enviar e-mail, tratar de papeis).
- Nº18 **Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior durante a semana.
- Noite:** Janta e por norma frequentas aulas de dança e lê.
- 
- Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida caminha 9 a 10 km por dia. E frequenta a Ginástica e Natação as terças e quinta na Universidade Sénior.
- Nº19 **Tarde:**
- Noite:** Frequenta as atividades da universidade Sénior de segunda a quinta. Sexta está em casa com a empregada.
- 
- Nº20 **Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida frequenta as atividades da Universidade. Nos outros dias, vai piscina duas vezes por semana.
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior de segunda a sexta.
- Noite:** Pelas 18 horas encontra-se em casa, depois faz o jantar. Em seguida, vê televisão, lê jornal e vai para a cama.
- 
- Nº21 **Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida realiza caminhadas ou Hidroginástica
- Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior de segunda a sexta.
- 
- Noite:** Faz o jantar, depois vê televisão e joga no computador.
- 
- Nº22 **Manhã:** Levanta-se, toma banho e depois toma o pequeno-almoço. Em seguida realiza caminhadas e ouve música
- Tarde:** Convive com as amigas e frequentas as atividades da Universidade Sénior.

**Noite:** Janta e está com a filha, neto e vê televisão.

Nº23 **Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida vê televisão e lê o jornal.

**Tarde:** Costuma passear e vai as atividades da Universidade Sénior uma vez por semana.

**Noite:** Janta, sem seguida vê televisão e depois deita-se.

**Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida toma a medicação. Depois atualiza as notícias e depois trata do almoço.

Nº24 **Tarde:** Vai ao café, lê o jornal e faz palavras cruzadas. Frequenta as atividades da Universidade Sénior uma vez por semana.

**Noite:** Janta , em seguida vê televisão, lê e depois vai-se deitar.

**Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida faz uma caminha matinal, compra o jornal e regressa a casa.

**Tarde:** Toma café e frequenta as atividades da Universidade Sénior quase todos os dias.

Nº25 **Noite:** Janta, vê televisão. Em seguida vai para o computador falar com os amigos e mandar e-mails todos os dias.

---

Nº53 **Manhã:** Levanta-se faz a sua higiene e vai tomar o pequeno café à rua. Depois regressa a casa e está no computador até a hora de fazer o almoço. Em seguida faz o almoço e almoça.

**Tarde:** Caso tenhas atividades na Universidade Sénior vai, senão vai passear ou fazer compras.

**Noite:** Faz o jantar, arruma a cozinha e vê televisão e está no computador até ir dormir

---

Nº54 **Manhã:** Levanta-se, toma o pequeno-almoço. Em seguida faz piscina, anda de bicicleta e costuma estar com os amigos.

**Tarde:** Frequenta as atividades da Universidade Sénior.

**Noite:** Janta e fica por casa a ver televisão e na Internet antes de ir dormir.

## ANEXO IV

**Tabela 23-** Resposta à questão: *Relativamente às atividades da vida diária, como costuma ser o seu dia-a-dia, durante a semana, desde que se levanta até que se deita?*

– Idosos dos Centros de Dia

Nº26	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço em seguida lê o jornal. Depois arruma o seu quarto e faz o almoço.</p> <p><b>Tarde:</b> Orienta a empregada nas tarefas de casa, lê revistas, recebe amigos em casa. Frequenta o Centro de Dia dois dias da semana, terça e quinta das 10:00 as 17:00h.</p> <p><b>Noite:</b> Janta, vê televisão e deita-se por das 23h. Fala com o filho todos os dias.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b></p>
Nº27	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se as 8:30, toma o pequeno-almoço no café. Todas as vai até ao continente até as 11:40, depois vai para o centro de dia e almoça.</p> <p><b>Tarde:</b> Participa nas atividades do Centro de dia. Regressa a casa pelas 16:40h.</p> <p><b>Noite:</b> Chega a casa vê televisão até ao jantar. Janta e deita-se as 19:00h.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b></p>
Nº28	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço e em seguida vai para o centro de Dia pelas 10:00h.</p> <p><b>Tarde:</b> Participa nas atividades do centro de dia e regressa a casa pelas 18h.</p> <p><b>Noite:</b> Janta em casa do filho. Todos os dias janta em casa de cada filho (correspondente a cada dia) depois deita-se e reza o terço.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Passa-o em casa todo o dia.</p>
Nº29	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma banho e em seguida toma o pequeno-almoço. Posteriormente se tiver alguma tarefa em casa para fazer faz. As 11:00 vai para o Centro de Dia.</p> <p><b>Tarde:</b> Realiza as atividades no Centro de Dia, e regressa a casa pelas 17:00h.</p> <p><b>Noite:</b> Em casa, fecha as janelas e faz alguma coisa pendente em casa. Vai ao terço e a missa, após regressa a casa e janta. Caso tenha ensaios do grupo que pertence vai, senão fica vai se deitar.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b></p>
Nº30	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, o genro ajuda-o a vestir-se e depois vai para o Centro de Dia. No centro de dia, toma o pequeno-almoço.</p> <p><b>Tarde:</b> Realiza as atividades do Centro de Dia, e regressa a casa pelas 17:30h.</p> <p><b>Noite:</b> Janta e fica no sofá a ver televisão até as 22:30. Depois, a filha ajuda-o a deitar-se.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Encontra-se em casa, e vê televisão.</p>
Nº31	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma banho e em seguida por volta das 10:30 vai para o Centro de Dia.</p> <p><b>Tarde:</b> Realiza as atividades do Centro de Dia.</p> <p><b>Noite:</b> Janta e depois deita-se a ver televisão.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> <b>Visita</b> um irmão e fica por casa a ver televisão.</p>

	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, faz a higiene, toma o pequeno-almoço e arruma o seu quarto. Em seguida vai para o centro de dia</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> <b>Vai</b> para casa de um irmão em Fafe.</p>
Nº32	<p><b>Tarde:</b> Frequenta as atividades do Centro de dia, e fica lá até as 17:30.</p>	
	<p><b>Noite:</b> Em casa vê televisão até à hora do jantar. Prepara o jantar, janta e vai ver televisão para a cama até dormir.</p>	
	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço. As 9:00h vai para o Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Faz algumas</p>
	<p><b>Tarde:</b> Frequenta as atividades do Centro de Dia, lancha e vai se embora as 17:00h</p>	<p>compras para a</p>
Nº33	<p><b>Noite:</b> Em casa lê o jornal até a filha vir do trabalho. Quando a filha chega ajuda-a no que consegue na preparação do jantar, janta e depois regressa para a sua casa. Em casa deita-se entre as 21:00 e as passa-o com a filha e 22:00h.</p>	<p>casa. Ao sábado vai a missa as 17h.</p>
	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, faz a higiene e toma o pequeno-almoço e em seguida vai para o Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Encontra-se em casa com a filha.</p>
Nº34	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa na atividades.</p>	
	<p><b>Noite:</b> Quando regressa a casa, reza o terço todos os dias, de seguida janta e após isso vê televisão. Deita-se por volta das 21:30h.</p>	
	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, faz a higiene e toma o pequeno-almoço em seguida vai para o Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Durante a</p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades.</p>	<p>semana</p>
Nº35	<p><b>Noite:</b> Chega a casa reza o terço todos os dias, de seguida janta com o filho e nora, depois toma a medicação</p>	<p>encontra-se sempre com o mesmo filho.  e ao fim de semana vai para os outros filhos à vez.</p>
	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma banho, de seguida toma o pequeno-almoço e depois vai para o Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Fica em casa, e vê</p>
Nº36	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e encontra-se lá até as 18h.</p>	<p>televisão o dia todo.</p>
	<p><b>Noite:</b> Janta a refeição que a vizinha lhe faz e depois deita-se a ver televisão até dormir.</p>	<p>Mas de 15 em 15</p>
	<p>dias passa o sábado ou domingo com um filho.</p>	
	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se entre as 10.30 e as 11:00h, toma banho e toma o pequeno-almoço e em seguida vai para o Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Encontra-se por</p>
Nº37	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e por volta das 17:00h vai se embora para casa.</p>	<p>casa, alguns dias dias vai passear .</p>
	<p><b>Noite:</b> Em casa vê televisão, depois prepara o jantar. Janta, arruma a cozinha, reza o terço e deita-se a ver televisão e costuma adormecer por volta das 21h.</p>	



Nº38	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço. Depois vai dar comida aos animais, toma banho e de seguida vai para o centro de dia.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e vai embora as 18:00 para casa.</p> <p><b>Noite:</b> Quando chega a casa, vai dar de comida aos animais. Depois vai comer a sopa à casa da filha, posteriormente regressa a casa, reza e depois deita-se.</p>	<b>Fim-de-semana:</b>
Nº39	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se as 8:00h, e em seguida vai para o Centro de Dia as 9.45. No centro de dia, toma o pequeno-almoço e toma banho duas vezes por semana na instituição.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 17:00h vai se embora para casa e leva a sopa para o jantar.</p> <p><b>Noite:</b> Em casa conversa com as vizinhas até a hora do jantar. Janta e depois vai dormir.</p>	<b>Fim-de-semana:</b>
Nº40	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma banho e de seguida vai para o Centro de Dia as 8:30</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 18:00h vai se embora para casa.</p> <p><b>Noite:</b> Janta as 21:00 e conversa com a cunhada e depois vai dormir.</p>	<b>Fim-de-semana:</b> Costuma ir a lenha, dormir da parte de tarde. Ao Domingo, está
Nº41	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se as 8:30 h, toma o pequeno-almoço e as 9:00h vai para o Centro de Dia.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e por volta das 17:00h vai se embora para casa.</p> <p><b>Noite:</b> Quando chega, caso tenha alguma tarefa de casa pendente para fazer faz (ex: lavar roupa). Depois janta leite com bolachas e deita-se cedo</p>	<b>Fim-de-semana:</b>
	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se as 8:30 e vai para o Centro de Dia e toma o pequeno-almoço.</p>	<b>Fim-de-semana:</b> Quando tem reunião

Nº43	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço, arruma o quarto. Depois da comida ao Canário e vai para o Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Fica mais tempo na cama de manhã, depois arruma a casa, passa a roupa a ferro e fica</p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 18:00h vai se embora para casa-</p>	
	<p><b>Noite:</b> Em casa reza o terço e depois faz o jantar, janta, arruma a cozinha e vê televisão até ir dormir.</p>	<p>em casa a ver televisão o dia todo.</p>
Nº44	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, veste-se sozinha e toma o pequeno-almoço e em seguida vai para o Centro de dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Fica em casa a ver televisão.</p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 18:00h vai se embora para casa-</p>	
	<p><b>Noite:</b> Janta e depois deita-se a ver televisão até adormecer.</p>	
Nº45	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, veste-se, toma o pequeno-almoço e em seguida a vizinha ajuda-a a entrar na carrinha do Centro de Dia as 9:30.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Encontra-se em casa.</p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 17:00 vai se embora para casa.</p>	
	<p><b>Noite:</b> Em casa, as 18:30 come a sopa e depois deita-se a ver televisão.</p>	
Nº46	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, veste-se, depois reza o terço e toma o pequeno-almoço e a medicação. Em seguida vai para o Centro de dia as 9:00h.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b></p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e por volta das 17:00h vai se embora para casa.</p>	
	<p><b>Noite:</b> Em casa prepara o jantar, janta e em seguida arruma a cozinha. Depois reza o terço e fica na sala a ver televisão e quando fica com sono vai deitar-se.</p>	
Nº47	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se as 8:00h, veste-se e toma o pequeno-almoço com auxílio da filha. De seguida a filha leva-o ao Centro de Dia.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b></p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 17:00h vai se embora para casa.</p>	
	<p><b>Noite:</b> Quando regressa a casa, senta-se na sala a ver televisão até a hora do jantar. Depois janta com a filha, de seguida vê televisão e depois deita-se.</p>	
Nº48	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma banho com auxílio da filha e em seguida vai para o Centro de Dia. No Centro de dia, toma o pequeno-almoço.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Vai para casa de um dos filhos, mas passa o dia em casa.</p>
	<p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, e as 18:00h vai se embora para casa.</p>	
	<p><b>Noite:</b> Quando chega a casa, senta-se a ver televisão até as 20:00h, depois janta e volta a ver televisão, e depois deita-se.</p>	

Nº49	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, toma o pequeno-almoço e arruma a casa. Em seguida vai para o Centro de Dia as 12:00h.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades, as 17:00h vai se embora para casa.</p> <p><b>Noite:</b> Em casa janta a sopa que trouxe do Centro de Dia, vê televisão e depois deita-se.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Por norma passa o fim-de-semana em casa, só sai se precisar de alguma coisa e vai à missa.</p>
Nº50	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, em seguida vai para o Centro de Dia, onde toma o pequeno-almoço.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas nas atividades, as 18:00h regressa a casa.</p> <p><b>Noite:</b> Em casa senta-se no sofá ou deita-se até à hora do jantar. Depois janta as 20h e deita-se de novo.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Fica em casa, mas de vez quando sai até à Churrasqueira para almoçar e estar com amigos.</p>
Nº51	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se as 8:30h e de seguida vai para o Centro de Dia, onde toma o pequeno-almoço.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas suas atividades, as 17:30 regressa a casa-</p> <p><b>Noite:</b> Em casa, vê televisão ou faz companhia a filha na preparação do jantar. Janta com a família as 20:00, vê televisão até as 10:30 e depois vai dormir.</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Fica em casa, e de vez quando passeia com a família.</p>
Nº52	<p><b>Manhã:</b> Levanta-se, faz a sua higiene e de seguida toma o pequeno. Depois vai a pé até ao Centro de Dia.</p> <p><b>Tarde:</b> Almoça no Centro de Dia e participa nas atividades propostas. As 16:30 h regressa a casa.</p> <p><b>Noite:</b> Em casa vê televisão, as 18:30 começa a fazer o jantar, depois janta, vê televisão e as 20:00 vai dormir..</p>	<p><b>Fim-de-semana:</b> Passa o fim-de-semana em casa, trata do seu quintal. Por vezes, à noite sai com amigos.</p>



ANEXO V

Tabela 24- Planificação das Atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior

HORÁRIO PARA O ANO LECTIVO 2015/2016

SEGUNDA				TERÇA				QUARTA				QUINTA				SEXTA			
Aulas	Inic	fm	Local	Aulas	Inic	fm	Local	Aulas	Inic	fm	Local	Aulas	Inic	fm	Local	Aulas	Inic	fm	Local
IEFP	09h30	11h30	Sac	IEFP	09h30	11h30	Sac	IEFP	09h30	11h30	Sac	IEFP	09h30	11h30	Sac	IEFP	09h30	11h30	Sac
Aerobica, Pilates, Rítmicas	10h00	11h00	Sala Poliv	Ginástica Teresa Almeida	10h00	11h00	Sala Poliv	Aerobica, Pilates, Rítmicas	10h00	11h00	Sala Poliv		10h00	11h00	Sala Poliv	Ginástica Teresa Almeida	10h00	11h00	Sala Poliv
Hidrogin Tempo Livre	10h30	11h15	Pisc				Sala				Sala	Hidrogin Tempo Livre	10h30	11h15	Pisc				Sala
			Sala				Sala				Sala				Sala				Sala
IEFP	14h30	17h00	Sac	IEFP	14h30	17h00	Sac	IEFP	14h30	17h00	Sac	IEFP	14h30	17h00	Sac	IEFP	14h30	17h00	Sac
Comunic Ingl Carla Menezes	14h30	15h30	Sala 3		14h30				14h30			TICA Luis Alves	14h30	16h00	Sala 1	Teatro e Jograis José I. Menezes	14h30	18h00	Sala Poliv
	15h00	15h50	Sala Poliv	Cantares F. Teixeira	15h00	15h50	Sala Poliv	Folclore Augusto Freitas	15h00	15h50	Sala Poliv	Coral P F Ribeiro	15h00	15h50	Sala Poliv		15h00	15h50	Sala Poliv
Bordados Zinha	15h00	15h50	Sala 1	Pintura Saigado Almeida	15h00	18h00	Sala 1		15h00	15h50	Sala 1		15h00	15h50	Sala 1	Viola João Monteiro	15h00	15h50	Sala 1
Hist.L. Portu Angela Catarino	15h00	15h50	Sala 2	Cult Religios Miguel Angelo	15h00	15h50	Sala 2	Hist Civ. Port Balbina Janeiro	15h00	15h50	Sala 2	Inglês B Berta Vieira	15h00	15h50	Sala 2		15h00	15h50	Sala 2
	15h00	15h50	Sala 3		15h00	15h50	Sala 3		15h00	15h50	Sala 3		15h00	15h50	Sala 3		15h00	15h50	Sala 3
Francês Alberto Guedes	15h00	15h50	Sala 4		15h00	15h50	Sala 4		15h00	15h50	Sala 4		15h00	15h50	Sala 4		15h00	15h50	Sala 4
	15h00	15h50	Pst Soc	Reiki 2 José Ferreira	15h00	15h50	Pst Soc		15h00	15h50	Pst Soc		15h00	15h50	Pst Soc		15h00	15h50	Pst Soc
Reiki 1 José Ferreira	15h00	15h50	Sala Cost	Costura M Natividade	15h00	15h50	Sala Cost		15h00	15h50	Sala Cost	Costura M Natividade	15h00	15h50	Sala Cost		15h00	15h50	Sala Cost
	16h00	16h50	Sala Poliv		16h00	16h50	Sala Poliv		16h00	16h50	Sala Poliv	Cavaquinhos João Monteiro	16h00	16h50	Sala Poliv	Teatro e Jograis José I. Menezes	16h00	16h50	Sala Poliv
Yoga Teórica Ana P. Amorim	16h00	16h50	Sala 1		16h00	16h50	Sala 1	Artes Manu Belém Tavares	16h00	16h50	Sala 1	TIC B Luis Alves	16h00	17h30	Sala 1		16h00	16h50	Sala 1
	16h00	16h50	Sala 2	Inglês A Berta Vieira	16h00	16h50	Sala 2	Nutrição Ana Araújo	16h00	16h50	Sala 2	Esperanto Lurdes Oliveira	16h00	16h50	Sala 2		16h00	16h50	Sala 2
	16h00	16h50	Sala 3	Hist Música F. Teixeira	16h00	16h50	Sala 3		16h00	16h50	Sala 3		16h00	16h50	Sala 3		16h00	16h50	Sala 3
	16h00	16h50	Sala 4	Português Adélia Gamboa	16h00	16h50	Sala 4		16h00	16h50	Sala 4		16h00	16h50	Sala 4		16h00	16h50	Sala 4
	16h00	16h50	Pst Soc		16h00	16h50	Pst Soc	Reiki 3 José Ferreira	16h00	16h50	Pst Soc		16h00	16h50	Pst Soc		16h00	16h50	Pst Soc
	16h00	16h50	Sala Cost		16h00	16h50	Sala Cost		16h00	16h50	Sala Cost		16h00	16h50	Sala Cost		16h00	16h50	Sala Cost
Yoga Prática Ana P. Amorim	17h10	18h00	Sala Poliv		17h10	18h00	Sala Poliv		17h10	18h00	Sala Poliv	Tuna João Monteiro	17h10	18h00	Sala Poliv		17h10	18h00	Sala Poliv
	17h10	18h00	Sala 1		17h10	18h00	Sala 1		17h10	18h00	Sala 1		17h10	18h00	Sala 1		17h10	18h00	Sala 1
	17h10	18h00	Sala 2	Filosofia Paulo Martins	17h10	18h00	Sala 2	Psicologia Angelina Leite	17h10	18h00	Sala 2	Ed. Emocion Vitorino Costa	17h10	18h00	Sala 2		17h10	18h00	Sala 2
	17h10	18h00	Sala 3		17h10	18h00	Sala 3		17h10	18h00	Sala 3		17h10	18h00	Sala 3		17h10	18h00	Sala 3
	17h10	18h00	Sala 4		17h10	18h00	Sala 4		17h10	18h00	Sala 4		17h10	18h00	Sala 4		17h10	18h00	Sala 4
	17h10	18h00	Pst Soc		17h10	18h00	Pst Soc		17h10	18h00	Pst Soc		17h10	18h00	Pst Soc		17h10	18h00	Pst Soc

